

مجلس المنافسة

ⵏⴰⴽⴰⴷⴰ ⵏ ⵙⵉⵎⵓⵎⵉⵏⴰ

CONSEIL DE LA CONCURRENCE

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC



Avis
du Conseil de la concurrence
sur l'état de la concurrence dans
les marchés de la distribution des
médicaments au Maroc

A/6/25

www.conseil-concurrence.ma

AVIS

du Conseil de la concurrence

sur l'état de la concurrence dans les marchés
de la distribution des médicaments au Maroc



Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assiste

“ La même exigence s'impose en ce qui concerne le nouveau pacte économique qui implique le devoir d'être attentif à l'appareil de production, et de stimuler l'esprit d'initiative et la libre entreprise, en s'attachant notamment à encourager les PME. Cette démarche est en accord avec l'esprit de la nouvelle Constitution qui consacre l'Etat de droit dans le domaine des affaires, prévoit une série de droits et institue un certain nombre d'instances économiques.

Celles-ci sont chargées de garantir la liberté d'entreprendre et les conditions d'une concurrence loyale, ainsi que la mobilisation des dispositifs de moralisation de la vie publique et des moyens de lutte contre le monopole, les privilèges indus, l'économie de rente, la gabegie et la corruption. ”

**Extrait du Discours Royal à l'occasion du douzième anniversaire
de la fête du Trône, du 20 chaabane 1432 (30 juillet 2011)**

Conformément aux dispositions de la loi n° 20-13 relative au Conseil de la concurrence, telle qu'elle a été modifiée et complétée, le Conseil a pris l'initiative de donner son avis sur l'état de la concurrence dans les marchés de la distribution du médicament au Maroc.

A cet égard, et conformément aux dispositions de la loi n°20-13 relative au Conseil de la concurrence et la loi n°104-12 relative à la liberté des prix et de la concurrence, telles qu'elles ont été modifiées et complétées, et après que le Rapporteur Général et les Rapporteurs chargés du dossier de la demande d'avis aient été entendus, lors des réunions du Collège du Conseil, tenues les 18 décembre 2025 et 26 février 2026, le Conseil de la concurrence a émis le présent avis.

Avis du Conseil de la concurrence n° A/6/25
du 27 joumada II 1447 (18 décembre 2025)
sur l'état de la concurrence dans les marchés de la distribution
des médicaments au Maroc

Le Conseil de la concurrence,

- Vu la loi n° 104-12 relative à la liberté des prix et de la concurrence promulguée par le dahir n° 1-14-116 du 2 ramadan 1435 (30 juin 2014), telle qu'elle a été modifiée et complétée ;
- Vu la loi n° 20-13 relative au Conseil de la concurrence promulguée par le dahir n° 1-14-117 du 2 ramadan 1435 (30 juin 2014), telle qu'elle a été modifiée et complétée ;
- Vu le décret n° 2-14-652 du 8 safar 1436 (1er décembre 2014) pris pour l'application de la loi n° 104-12 sur la liberté des prix et de la concurrence, tel qu'il a été modifié et complété ;
- Vu le décret n° 2-15-109 du 16 chaabane 1436 (4 juin 2015) pris pour l'application de la loi n° 20-13 relative au Conseil de la concurrence, tel qu'il a été modifié et complété ;
- En application de l'article 21 du Règlement intérieur du Conseil de la concurrence ;
- Après constatation du quorum par le Président du Conseil de la concurrence, conformément aux dispositions de l'article 31 du Règlement intérieur du Conseil ;
- Vu la décision du Conseil de la concurrence n° 20/D/2025 du 11 chaaban 1446 (10 février 2025) relative à son initiative de donner un avis sur l'état de la concurrence dans les marchés de la distribution des médicaments au Maroc ;
- Vu les décisions du Rapporteur Général du Conseil de la concurrence, Monsieur Hicham Mohamed BOUAYAD, n° 021/2025 portant désignation de Madame Kawtar MGOUNI et n°032/2025 Bis portant désignation de Monsieur Abdelhadi EL FELLAH, rapporteurs en charge du dossier, conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n° 104-12 relative à la liberté des prix et de la concurrence, telle qu'elle a été modifiée et complétée ;
- Après présentation du projet d'avis par le Rapporteur Général et les Rapporteurs chargés du dossier de la demande d'avis, lors de la réunion du Collège du Conseil, tenue en date du 18 décembre 2025, et présentation d'un complément d'analyse lors de la réunion du Collège du Conseil tenue en date du 26 février 2026 ;
- Après délibération lors de la réunion du Collège du Conseil, tenue le 18 décembre 2025 et validation de la version modifiée, tenant compte du complément d'analyse précité, lors de la réunion du Collège du 26 février 2026.

a adopté l'avis suivant :

Table des matières

Chapitre I : Présentation générale de la saisine d'office	21
I. Fondements juridiques de la saisine d'office	21
II. Périmètre de la saisine d'office	21
III. Contexte de la saisine d'office	22
IV. Approche méthodologique et procédure d'instruction	23
Chapitre II : Cadre réglementaire et institutionnel de la chaîne de distribution du médicament	25
II.1 Cadre légal et réglementaire	25
II.1.1 Notion du médicament au Maroc	25
II.1.2 Mise sur le marché des médicaments	26
II.1.3 Vente et distribution en gros	30
II.1.4. Dispensation des médicaments par les pharmacies d'officine	32
II.1.5. Sur les réserves des médicaments dans les cliniques et les établissements assimilés	34
II.1.6. Système de la fixation des prix des médicaments et des marges des acteurs de la distribution	34
II.1.6.1. Modalités de fixation des prix des médicaments	34
II.1.6.2. Fixation des marges brutes des acteurs de la distribution	34
II.1.7. Modalités de paiement entre acteurs de la chaîne de distribution	37
II.2 Cadre institutionnel et les organisations professionnelles	38
II.2.1 Acteurs institutionnels encadrant la distribution du médicament	38
II.2.1.1. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale	38
II.2.1.2. Agence Marocaine du Médicament et des Produits de Santé	39
II.2.1.3. Agence Nationale de l'Assurance Maladie	40
II.2.1.4. Organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire	41
II.2.2. Tissu professionnel et associatif impliqué dans la distribution du médicament	42
II.2.2.1. Associations représentant le secteur de l'industrie pharmaceutique	42
II.2.2.2. Association des acteurs de la Distribution Pharmaceutique en gros	42
II.2.2.3. Ordre National des Pharmaciens	43
II.2.2.4. Syndicats des pharmaciens	44

Chapitre III : Structure des marchés de la distribution des médicaments au Maroc	45
III.1 Principaux indicateurs et agrégats économiques du marché des médicaments	45
III.1.1. Au niveau mondial	45
III.1.2. Au niveau national	46
III.2 Organisation de la distribution des médicaments	52
III.2.1 Circuits de distribution des médicaments au Maroc	52
III.2.2 Acteurs de distribution des médicaments au Maroc	54
III.2.2.1 Etablissements pharmaceutiques industriels	54
III.2.2.2 Etablissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs	55
III.2.2.3 Pharmacies d'officine	55
III.3 Système de fixation des prix des médicaments au Maroc et marges des acteurs	56
III.3.1 Rappel du système de fixation des prix des médicaments	56
III.3.2 Marges brutes des acteurs de la distribution des médicaments	57
III.3.3 Cartographie des baisses liées aux révisions du prix public de vent des médicaments	59
III.4 Système de remboursement des médicaments dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	59
III.4.1. Principaux acteurs et processus de remboursement des médicaments	60
III.4.2. Aperçu sur les remboursements des médicaments dans le cadre de l'AMO	62
Chapitre IV : Analyse du fonctionnement concurrentiel des marchés de la distribution des médicaments au Maroc	64
IV.1 Distribution en gros	64
IV.1.1. Conditions d'accès et degré de concentration	64
IV.1.1.1 Évolution du nombre des grossistes-répartiteurs	64
IV.1.1.2 Répartition géographique des grossistes-répartiteurs	65
IV.1.1.3 Degré de concentration au niveau de la distribution en gros	66
IV.1.2. Modèle économique des grossistes-répartiteurs au Maroc	69
IV.1.2.1. Obligations de service public	69
IV.1.2.2. Mode de rémunération et les niveaux de rentabilité	70
IV.1.2.3. Appui financier fourni par les grossistes aux pharmacies	73

IV.2 Distribution au détail (dispensation)	78
IV.2.1. État des lieux du marché officinal marocain	78
IV.2.2 Analyse comparative des modèles économiques des pharmacies d'officine à l'échelle internationale	87
IV.2.3. Analyse comparative des pratiques de substitution des génériques en pharmacie d'officine à l'international	102
IV.3 La Distribution au niveau du circuit hospitalier	104
IV.3.1. Au niveau du secteur hospitalier public	104
IV.3.2. Au niveau du secteur hospitalier privé	104
Chapitre V : Conclusions et recommandations	107
I. Conclusions	107
I.1. Conclusions transverses relatives au fonctionnement global de distribution du médicament	109
I.1.1. Système de distribution du médicament efficace sur le plan technique et remplissant d'importants rôles économiques et sociaux	109
I.1.2. Activité fortement réglementée à l'accès au marché, notamment pour les médicaments, posant des enjeux de concurrence	110
I.2. Conclusions relatives au maillon de la distribution en gros	110
I.2.1. Un maillon de la distribution en gros du médicament avec un degré de concentration relativement élevé et d'importantes disparités régionales	110
I.2.2. Des niveaux de rentabilité des EPGR en baisse continue fragilisant l'économie du maillon de la distribution en gros pharmaceutique	111
I.3. Conclusions relatives au maillon de la distribution au détail	114
I.3.1. Un maillon des officines marqué par la fragilité persistante de ses équilibres économiques et financiers	114
I.3.2. Une forte densité pharmaceutique, supérieure à la recommandation de l'OMS, génératrice de déséquilibres économiques et territoriaux	115
I.3.3. Un modèle de rémunération basé principalement sur la marge liée au prix des médicaments	116
I.3.4. Contournement du réseau officinal par certaines pratiques de dispensation au sein des cliniques privées	117
I.3.5. Absence de droit de substitution : Gestion des ruptures fragilisée et contraintes de stockage élevées	118

I.3.6. Un schéma organisationnel du tissu officinal qui limite les dynamiques d'investissement, l'insertion professionnelle des jeunes diplômés, ainsi que la modernisation et la structuration du réseau	118
II. Recommandations	120
II.1. Recommandations transversales concernant le système global de distribution du médicament	120
II.1.1. Moderniser le cadre réglementaire et accélérer l'adoption de certains textes juridiques pour adapter la distribution des médicaments aux évolutions du secteur	121
II.1.2. Renforcer le cadre institutionnel en vue d'améliorer la gouvernance et de favoriser la coordination entre les acteurs du secteur	123
II.1.3. Améliorer les conditions d'accès au marché afin de garantir la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments dans un cadre d'équité et de concurrence loyale	124
II.1.4. Renforcer la digitalisation de la chaîne de distribution afin d'améliorer la régulation des prix, garantir la disponibilité et la traçabilité des médicaments et accroître la transparence du marché	125
II.1.5. Faciliter l'accès au financement et créer un fonds de garantie pour renforcer la résilience économique des officines et des EPGR	126
II.2. Recommandations relatives au maillon de la distribution en gros de médicaments	127
II.2.1. Mettre en place un système de rémunération des EPGR adapté aux réalités du marché afin d'assurer leur pérennité et de renforcer leur viabilité économique	127
II.2.2. Instaurer une régulation équitable des délais de paiement pour corriger les asymétries commerciales qui pénalisent fortement les EPGR	128
II.3. Recommandations relatives au maillon de la distribution au détail de médicaments	129
II.3.1. Mettre en place de nouveaux critères pour l'implantation des pharmacies et adaptation aux réalités territoriales	129
II.3.2. Assouplir, de manière encadrée, les horaires d'ouverture des officines afin d'assurer l'accès permanent aux médicaments et renforcer la rentabilité des pharmaciens	130
II.3.3. Définir un mode de rémunération mixte valorisant l'acte pharmaceutique indépendamment du prix du médicament	131

II.3.4. Élargir le rôle et les missions du pharmacien d'officine, afin d'en faire un acteur de santé publique de proximité au-delà de la seule dispensation ,.....	132
II.3.5. Mettre en place, à terme et sous conditions, le droit de substitution afin d'améliorer l'accès aux traitements et de réduire les coûts ,.....	133
II.3.6. Encadrer la dispensation des médicaments dans les cliniques privées afin de préserver le rôle des officines ,.....	135
II.3.7. Procéder à une restructuration encadrée du tissu officinal afin de renforcer la modernisation, améliorer l'attractivité et assurer la soutenabilité du réseau ,.....	135

Liste des Tableaux

Tableau 1: Les marges brutes réglementaires des grossistes-répartiteurs et officines,	36
Tableau 2: Evolution des dépenses en médicaments des assurés de la CNOPS et CNSS sur la période 2014-2024,	50
Tableau 3: La répartition des parts de marchés par opérateurs (en 2024),	55
Tableau 4: Taux du décrochage du générique par rapport au princeps,	57
Tableau 5: Système de fixation des marges pour chaque acteur de la chaîne de distribution (EPGR et pharmacien d'officine),	58
Tableau 6: Taux de remboursement des prestations couvertes,	63
Tableau 7: Évolution de principaux indices de concentration du segment de la grossisterie 2016-2024,	68
Tableau 8: Benchmark des systèmes de rémunération des EPGR,	72
Tableau 9: Marge brute et marge nette des principaux EPGR (moyenne de la période 2016-2024),	72
Tableau 10: Évolution du chiffre d'affaires et du résultat net global des EPGR pour la 2016-2024 (en MMDH),	73
Tableau 11: Évolution du nombre de pharmacies par habitant au Maroc entre 2015 et 2024,	79
Tableau 12: Répartition du marché privé des médicaments par sous-tranches de prix de la T1 en 2024 en volume et en valeur,	85
Tableau 13: Benchmark des modèles économiques des pharmacies d'officine,	88
Tableau 14: Comparaison des pratiques de substitution des génériques en pharmacie d'officine en France, Allemagne et Belgique,	102

Liste des graphiques

Graphique 1: Les marchés pharmaceutiques les plus importants au Monde en 2023,	45
Graphique 2: Les dix premières entreprises pharmaceutiques au Monde en 2023,	46
Graphique 3: Dépenses mondiales en médicaments (Hors Vaccins COVID) en milliards de dollars,	46
Graphique 4: Évolution des importations, des exportations et du solde de la balance commerciale du marché pharmaceutique marocain : 2014-2024 (en millions de dirhams),	47
Graphique 5: Répartition des importations marocaines des médicaments selon les 10 pays fournisseurs en 2024 ,	48
Graphique 6: Les dix premiers ATC importées au Maroc en 2023 ,	48
Graphique 7: Répartition des exportations marocaines de médicaments par pays en 2024 ,	49
Graphique 8: Évolution de la généralisation de la couverture médicale 2021-2024,	51
Graphique 9: Évolution de la consommation privée per Capita (par habitant) par an, des médicaments en valeur, au Maroc (2020-2024) en DH ,	52
Graphique 10: Répartition des baisses par tranches de prix des médicaments en% (Jusqu'au BO du 09/01/2025) ,	59
Graphique 11: Évolution du nombre de médicaments autorisés et remboursables au Maroc (2014-2024) ,	61
Graphique 12: Poids de la pharmacie par rapport aux autres familles de soins CNSS et CNOPS (en 2024) ,	62
Graphique 13: Évolution des dépenses et remboursements des médicaments par la CNOPS sur la période 2014-2024,	62
Graphique 14: Évolution des dépenses et remboursements des médicaments par la CNSS sur la période 2014-2024,	63
Graphique 15: Évolution de l'effectif des grossistes-répartiteurs au Maroc entre 2015 et 2024 ,	65
Graphique 16: Évolution des parts de marché des principaux groupes de grossistes-répartiteurs 2016-2024 ,	67
Graphique 17: Délais moyens de paiements clients et fournisseurs (en nombre de jour) ,	75
Graphique 18: Évolution de l'effectif des pharmacies d'officine au Maroc entre 2015 et 2024 ,	79
Graphique 19: Comparaison du Ratio habitants / pharmacie par pays,	80

Graphique 20: Répartition régionale des pharmacies d'officine au Maroc en 2024	80
Graphique 21: Évolution des pharmacies, diplômés et inscriptions à l'Ordre (2016–2024)	81
Graphique 22: Évolution du Chiffre d'affaires et des revenus professionnels des pharmacies (en millions de dirhams)	82
Graphique 23: Évolution du chiffre d'affaires moyen par officine en millions de dirhams	83
Graphique 24: Répartition du marché privé du médicament par tranche de prix en 2024 (en volume et en valeur)	84
Graphique 25: Évolution du chiffre d'affaires des cliniques sur la période 2016-2024 (en MMDH)	107

Liste des figures

Figure 1: Acteurs et circuits de la chaîne de distribution pharmaceutique au Maroc	53
Figure 2: Processus d'admission au remboursement des médicaments	61
Figure 3: Répartition régionale des grossistes-répartiteurs au Maroc en 2024	65

Liste des acronymes

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMMG	Association Marocaine du Médicament Générique
AMMPS	Agence Marocaine des Médicaments et des Produits de santé
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ARS	Agence Régionale de Santé en France
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
DAMPS	Direction de l'Approvisionnement en Médicaments et Produits de Santé
DMP	Direction du Médicament et de la Pharmacie
DGI	Direction Générale des Impôts
EPI	Établissement Pharmaceutique Industriel
EPGR	Établissement Pharmaceutique Grossiste-Répartiteur
FMIIP	Fédération Marocaine de l'Industrie et de l'Innovation Pharmaceutiques
GPDP	Groupement Professionnel de la Distribution Pharmaceutique
IMANOR	Institut Marocain de Normalisation
LEEM	Les Entreprises du Médicament au Maroc
LNCM	Laboratoire national de contrôle des médicaments
SEL	Société d'Exercice Libéral
HAS	Haute Autorité de Santé
ALD	Affection de Longue Durée
AMO	Assurance Maladie Obligatoire de base
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
GMR	Guide des Médicaments Remboursables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DCI	Dénomination Commune Internationale
MSPS	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
PIB	Produit Intérieur Brut
SGG	Secrétariat Général du Gouvernement
PFHT	Prix Fabricant Hors Taxe
PPV	Prix Public de Vente
PPM	Prix Public du Médicament
OTC	Over The Counter (médicaments en vente libre)

Chapitre I : Présentation générale de la saisine d'office

I. Fondements juridiques de la saisine d'office

En vertu des dispositions de l'article 4 de la loi n° 20-13 relative au Conseil de la concurrence telle qu'elle a été modifiée et complétée, le Conseil peut prendre l'initiative de donner un avis sur toute question concernant la concurrence et peut recommander à l'administration de mettre en œuvre les mesures nécessaires à l'amélioration du fonctionnement concurrentiel des marchés.

Par décision n° 2025/ق/20 du 10 février 2025, le Conseil de la concurrence s'est saisi pour avis, sur le fondement de l'article 4 susmentionné, afin d'analyser l'état de la concurrence sur les marchés de la distribution du médicament au Maroc et d'émettre des propositions de nature à améliorer son fonctionnement et à insuffler davantage de concurrence dans ces marchés.

Aussi, il convient de rappeler que, dans le cadre de l'application de l'article 4 susmentionné, le Conseil de la concurrence est compétent uniquement pour traiter des questions de concurrence d'ordre général. Il ne lui appartient donc pas de qualifier d'éventuels comportements constatés au regard des dispositions relatives aux pratiques anticoncurrentielles prévues par la loi n° 104-12 sur la liberté des prix et de la concurrence, telle qu'amendée et complétée.

En effet, la mission consultative dans laquelle s'inscrit cet avis ne se substitue en aucun cas à une procédure contentieuse, seule une saisine contentieuse, accompagnée de la mise en œuvre de la procédure contradictoire prévue par la loi n° 104-12, permettant de procéder à une telle évaluation.

Enfin, cet avis n'a pas pour vocation d'examiner des questions sanitaires, sauf lorsque celles-ci sont susceptibles d'avoir des causes ou des effets en lien avec les problématiques concurrentielles.

II. Périmètre de la saisine d'office

À titre de précision préalable, il convient de rappeler qu'en vertu de la loi n° 17-04 relative au code du médicament et de la pharmacie, les médicaments peuvent être destinés à un usage humain ou vétérinaire. Eu égard au périmètre défini dans la note de cadrage, le choix a été fait de centrer le présent avis sur les médicaments destinés à un usage humain, en s'intéressant aux circuits de distribution qui leur sont dédiés ainsi qu'aux différents intervenants amenés à intervenir sur les marchés de la distribution en gros, de la vente en gros et de la vente au détail (dispensation).

En conséquence, seuls les médicaments à usage humain relevant de la définition prévue par la loi n° 17-04 ont été retenus ; les produits de santé qui n'entrent pas dans cette définition, notamment les médicaments à usage vétérinaire ainsi que les dispositifs médicaux, ont été exclus du périmètre.

Ces produits, très diversifiés, sont généralement pris en charge par des opérateurs spécifiques à leur propre marché et obéissent à des règles tarifaires différentes de celles applicables aux médicaments à usage humain.

III. Contexte de la saisine d'office

Le secteur pharmaceutique au Maroc occupe une importance stratégique pour l'économie nationale et constitue un instrument de développement social et une composante centrale de la souveraineté sanitaire de notre pays.

Ce secteur profite actuellement d'un écosystème particulièrement dynamique, porté par deux leviers de croissance prometteurs. Le premier, d'ordre interne, découle de l'expansion du marché national, stimulée par la généralisation de la couverture sociale et la baisse des prix des médicaments, notamment grâce à la suppression de la TVA de 7% en vigueur depuis le 1er janvier 2024. Le second levier, à dimension externe, repose sur les opportunités à l'export (surtout africaines), d'autant que le Maroc dispose de l'un des secteurs pharmaceutiques les plus dynamiques du continent africain.

En raison de ses particularités et de son importance stratégique, le secteur a déjà suscité l'attention du Conseil de la concurrence à travers plusieurs de ses avis antérieurs. Les avis émis ont exploré plusieurs aspects de ce secteur, en mettant notamment l'accent sur la présentation des acteurs du secteur, les mécanismes de fixation des prix des médicaments, l'analyse de l'offre et de la demande, ainsi que les conditions d'accès au marché.

Le secteur pharmaceutique repose sur une chaîne de valeur articulée autour de trois composantes majeures : la production industrielle des médicaments, leur distribution par les grossistes-répartiteurs, et leur dispensation en officines. Bien que l'industrie pharmaceutique constitue un pilier fondamental, le présent avis porte spécifiquement sur le segment de la distribution, l'aspect industriel ayant déjà été traité en détail au niveau de l'avis n° A/4/20 du Conseil de la concurrence relatif à la situation de la concurrence sur le marché du médicament au Maroc.

Le maillon de la distribution des médicaments au Maroc, qui constitue l'objet de cet avis, joue un rôle stratégique en assurant la couverture géographique et l'approvisionnement en produits pharmaceutiques à l'échelle nationale. Cette distribution dépend de facteurs géographiques, culturels, des habitudes de consommation, mais également de la qualité des circuits de distribution et des systèmes logistiques. Un dysfonctionnement dans l'un de ces chainons peut rapidement entraîner des ruptures d'approvisionnement et compromettre l'accès aux médicaments.

En outre, ce secteur a démontré son importance en période de crise, particulièrement lors des situations de crises telles que la pandémie de la Covid-19 ou les catastrophes naturelles, en garantissant la continuité de l'approvisionnement. À titre d'exemple, lors du séisme

d'Al Haouz en septembre 2023, un réseau de distribution a été mis en place de manière réactive et rapide pour garantir l'approvisionnement constant des provinces touchées, mettant en lumière le rôle crucial de ce maillon dans les situations d'urgence sanitaire.

Malgré sa dynamique, la distribution des médicaments au Maroc fait face à des défis importants sur les plans réglementaire, économique et financier. Ces défis incluent, entre autres, le mode de régulation en place, les modalités de fixation des prix et des marges, les barrières à l'entrée limitant l'accès au marché, la concentration géographique des acteurs, les modalités de paiement, ainsi qu'un modèle économique considéré comme peu performant. Ces facteurs freinent le développement optimal du secteur.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la saisine d'office pour avis sur l'analyse de l'état de la concurrence dans les marchés de la distribution des médicaments, dont l'objectif principal consiste à dresser une analyse des dysfonctionnements existants sur ces marchés et à proposer des recommandations visant à adapter le cadre réglementaire et à améliorer la régulation des relations entre les différents acteurs et le fonctionnement concurrentiel du marché. L'enjeu est de favoriser une organisation davantage concurrentielle du secteur pharmaceutique national, tout en assurant un maillage territorial efficace de la distribution garantissant un bon accès aux soins pour la population.

IV. Approche méthodologique et procédure d'instruction

Dans le cadre de l'instruction de la saisine d'office, une quarantaine d'auditions ont été menées auprès des principaux acteurs institutionnels et économiques du secteur, des organisations représentatives des professionnels de santé, des organismes payeurs en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire et de la couverture sociale, des entreprises ainsi que des associations de protection des consommateurs. Ces consultations ont permis de recueillir leurs avis et positions sur l'organisation actuelle du marché de la distribution des médicaments au Maroc, mettant en lumière ses forces, ses limites et les axes de réforme à envisager.

En effet, au niveau de la sphère institutionnelle, ont été auditionnés, notamment : le ministère de la Santé et de la Protection Sociale, le ministère de l'Économie et des Finances (Direction de la Concurrence, des Prix et de la Compensation et de la Compensation), l'Administration des Douanes et Impôts Indirects, le ministère de l'Industrie et du Commerce, l'Agence Marocaine des Médicaments et des Produits de Santé, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, ainsi que l'Institut marocain de normalisation notamment sur les questions relatives aux normes et aux Bonnes Pratiques de Distribution des médicaments à usage humain.

En ce qui concerne les organisations représentatives des professionnels intervenant tout au long de la chaîne de valeur du secteur, plusieurs instances ont été auditionnées, parmi lesquelles :

- Les associations représentant les industriels et importateurs de médicaments : la Fédération Marocaine de l'Industrie et de l'Innovation Pharmaceutiques, les Entreprises du Médicament au Maroc, ainsi que l'Association Marocaine du Médicament Générique ;
- L'organisation des grossistes-répartiteurs : le Groupement Professionnel de la Distribution Pharmaceutique ;
- Les représentants des pharmaciens et des médecins : le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la Confédération des Syndicats des Pharmaciens du Maroc, la Fédération Nationale des Syndicats des Pharmaciens du Maroc, l'Union Nationale des Pharmaciens du Maroc, le Syndicat National des Pharmaciens du Maroc, ainsi que l'Inter-Syndicale des Pharmaciens du Maroc ;
- Les associations représentant les cliniques et groupes de santé privés : l'Association Nationale des Cliniques Privées du Maroc et l'Association Marocaine des Groupes de Santé ;
- Les associations de défense des consommateurs : la Fédération Marocaine des Droits du Consommateur, la Fédération Nationale des Associations du Consommateur, et l'Ordre National des Associations de Consommateurs.

En complément de ces auditions, l'instruction s'est appuyée sur les réponses apportées aux questionnaires et demandes d'information écrites adressés aux principaux représentants du secteur de la distribution du médicament à usage humain dans notre pays. Elle a également été enrichie par la tenue d'auditions avec des opérateurs du secteur notamment les grossistes-répartiteurs, ce qui a permis de recueillir des éléments qualitatifs complémentaires et de mieux appréhender les pratiques ainsi que les contraintes opérationnelles propres à ces marchés de distribution des médicaments.

Par ailleurs, l'instruction a été complétée par l'analyse de la documentation incluant notamment les textes législatifs et réglementaires encadrant ces marchés, ainsi que sur les rapports et études produits par certains acteurs auditionnés, ainsi que les pratiques décisionnelles des autorités de concurrence à l'international en matière de fonctionnement des circuits de distribution des médicaments.

Chapitre II : Cadre réglementaire et institutionnel de la chaîne de distribution du médicament

II.1 Cadre légal et réglementaire

Au Maroc, le secteur du médicament est régi par un cadre juridique rigoureux et ajusté au fil des années dans le but fondamental de préserver la santé publique. Cette réglementation couvre l'ensemble des activités liées à l'autorisation d'ouverture et d'exploitation des établissements pharmaceutiques industriels, à l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du médicament, aux conditions d'exercice des grossistes-répartiteurs et des pharmaciens d'officine. Elle englobe également la fixation des prix et des marges des acteurs de la distribution et de la dispensation, ainsi que le respect des bonnes pratiques à chaque étape de la chaîne de valeur du médicament.

Les acteurs privés clés impliqués dans la distribution des médicaments comprennent les établissements pharmaceutiques industriels (EPI), les établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs (EPGR), ainsi que les pharmacies d'officine. Chacune de ces catégories est soumise à un encadrement législatif et réglementaire strict.

Compte tenu du périmètre défini dans le présent avis, l'analyse du cadre légal et réglementaire applicable à ce secteur a été centrée sur les maillons de la vente en gros et de la distribution en gros, ainsi que de la vente au détail (dispensation).

Avant d'aborder en détail le cadre juridique régissant l'activité de distribution des médicaments, il convient, dans un premier temps, de rappeler la définition du médicament au sens de la législation marocaine ainsi que les principales conditions requises pour sa mise sur le marché, puisque la distribution ne peut intervenir qu'après l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché.

II.1.1 Notion du médicament au Maroc

Le médicament est défini dans l'article 1^{er} de la loi n° 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie comme « 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 ».

Cette définition met en évidence la distinction établie par la loi entre, d'une part, les médicaments à usage vétérinaire qui, comme mentionné précédemment, ne sont pas concernés par cet avis et, d'autre part, les médicaments destinés à un usage humain.

Les médicaments à usage humain couvrent une large gamme de catégories de produits, répertoriées à l'article 2 de la loi n° 17-04 susmentionnée. Parmi ceux-ci figurent notamment les préparations magistrales¹, officinales² et hospitalières, le médicament immunologique, les produits d'hygiène corporelle et les produits cosmétiques renfermant dans leur composition

¹ Tout médicament préparé extemporanément en pharmacie selon une prescription destinée à un malade déterminé.

² Tout médicament préparé en pharmacie selon les indications de la ou des pharmacopée(s) en vigueur.

une substance ayant une action thérapeutique au sens de la loi et les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas par elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en diététique thérapeutique, soit des propriétés de repas d'épreuve.

Ainsi, il découle de ce qui précède que ne sont pas considérés comme des médicaments, au sens de la loi n° 17-04, les produits dépourvus de substances actives à visée curative ou préventive dans leur composition, tels que les dispositifs médicaux.

En outre, cette même loi introduit une distinction entre deux catégories de médicaments à usage humain :

- Le médicament de référence (ou princeps), qui correspond à la spécialité pharmaceutique initialement développée et protégée par un brevet (art. 16). Il bénéficie d'une AMM délivrée que si le médicament a satisfait au préalable à une expérimentation appropriée, démontrant son efficacité, son innocuité et son intérêt thérapeutique (art. 8). Ce médicament constitue la base scientifique et réglementaire à partir de laquelle les médicaments génériques peuvent être développés après expiration du brevet (art. 16).
- Le médicament générique, défini comme une spécialité pharmaceutique ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que le médicament de référence, et dont la bioéquivalence avec celui-ci a été démontrée par des études appropriées (art. 2).

Bien que la loi n° 17-04 ne mentionne pas explicitement une autre catégorie de médicaments, à savoir le médicament biosimilaire, elle évoque néanmoins le médicament biologique. C'est le décret n° 2-14-841 du 5 août 2015 qui vient préciser cette catégorie en définissant le médicament biosimilaire comme un médicament biologique similaire à un médicament biologique de référence, et dont l'équivalence avec ce dernier a été démontrée en termes de qualité pharmaceutique, d'innocuité et d'efficacité, sur la base d'un ensemble d'essais comparatifs précliniques et cliniques.

Par ailleurs, l'article 3 de ladite loi précise que chaque substance active entrant dans la composition d'un médicament est désignée par sa dénomination scientifique usuelle, ou Dénomination Commune Internationale (DCI). Cette dernière permet une identification standardisée des principes actifs de chaque médicament, facilitant ainsi sa prescription et sa dispensation.

II.1.2. Mise sur le marché des médicaments

Pour être commercialisé au Maroc, tout médicament doit au préalable obtenir une AMM délivrée par le ministère de la Santé (anciennement DMP³, aujourd'hui relevant de l'AMMPS). En effet, l'AMM constitue une étape essentielle dans la commercialisation d'un médicament, qu'il soit produit localement ou importé, et valide officiellement son innocuité et son efficacité auprès de l'autorité compétente.

³ Direction des médicaments et de la pharmacie.

L'AMM matérialise l'évaluation scientifique et technique d'un dossier présenté par un établissement pharmaceutique industriel (EPI). Elle conditionne l'entrée d'un médicament dans les circuits de distribution.

La loi n° 17-04, relative au code du médicament et de la pharmacie, en a fait un principe de base, et dispose dans son article 7 que « tout médicament fabriqué industriellement, importé ou exporté, même sous forme d'échantillons, doit faire l'objet avant sa commercialisation ou sa distribution à titre gratuit ou onéreux, en gros ou au détail, d'une autorisation délivrée par l'administration ».

Aussi, cet article de la loi distingue deux principaux types d'autorisations :

- L'autorisation de mise sur le marché dont le numéro doit être porté sur le conditionnement secondaire de tout médicament destiné à être commercialisé ;
- L'autorisation spécifique, qui concerne les échantillons pour l'enregistrement des produits, les essais cliniques, les médicaments prescrits mais non enregistrés au Maroc, ainsi que l'utilisation temporaire de certains médicaments pour traiter des maladies graves ou rares lorsqu'aucun traitement adéquat n'est disponible au Maroc.

Les conditions d'obtention, de transfert, de suspension et de retrait de l'AMM sont détaillées dans le décret n° 2.14.841 du 5 août 2015 (19 chaoual 1436), concernant l'autorisation de mise sur le marché des médicaments à usage humain. Ce décret précise notamment :

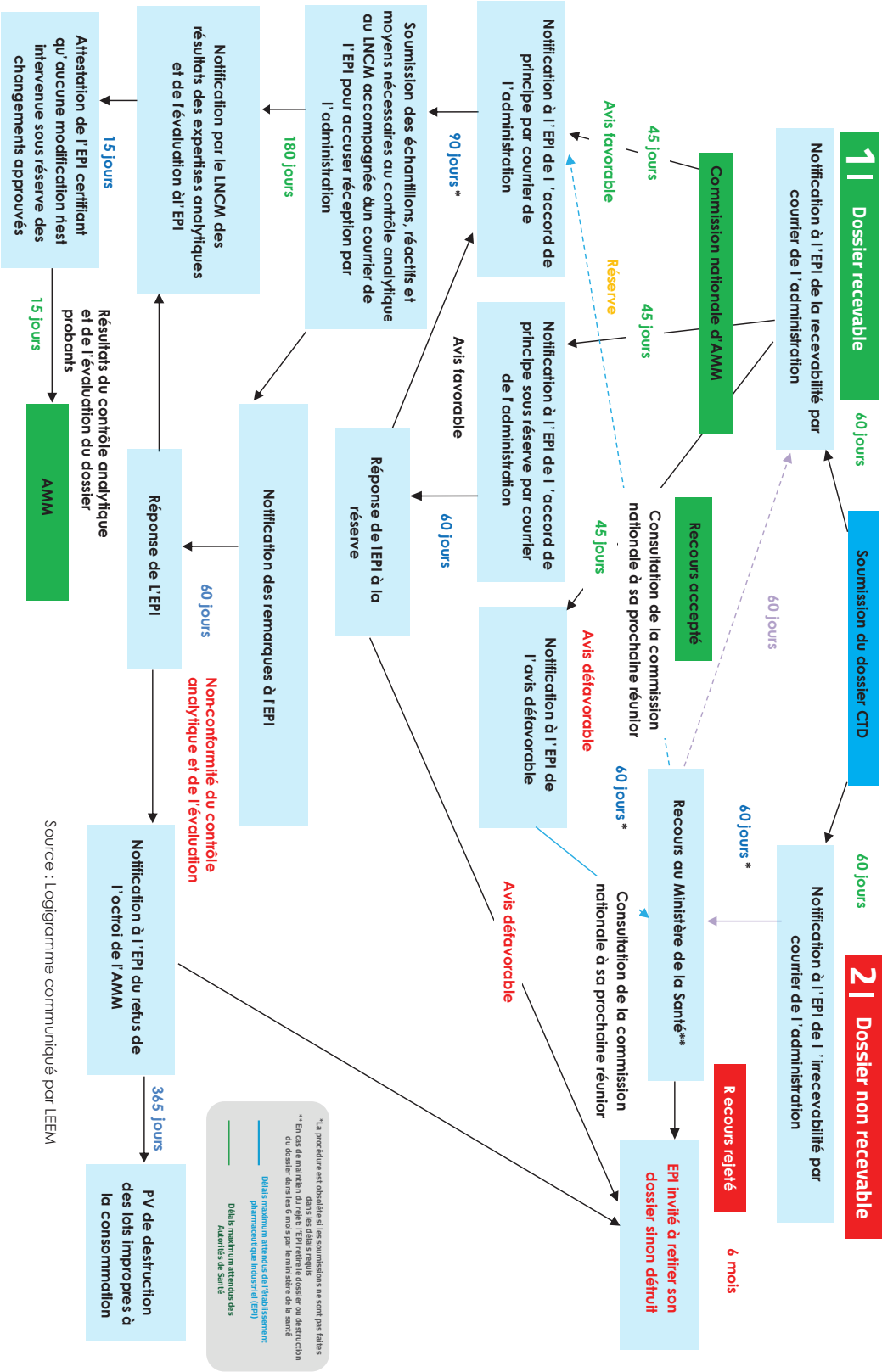
- La composition du dossier de la demande d'AMM ;
- La procédure d'instruction du dossier de la demande en matière de délais de traitement des dossiers de demande d'AMM pour l'Administration (étapes et délais d'instruction des dossiers) et pour le demandeur (délais de réponse) ;
- La durée de validité de l'AMM, fixée à cinq ans renouvelables, et les conditions de renouvellement, de transfert, de suspension et de retrait de l'AMM, en cas de problème sanitaire ou de non-conformité et les éventuelles voies de recours ;
- La composition et le rôle de la Commission nationale d'AMM réunissant des experts consultés par le ministère de la Santé sur l'évaluation thérapeutique, l'efficacité et l'innocuité du médicament objet de la demande.

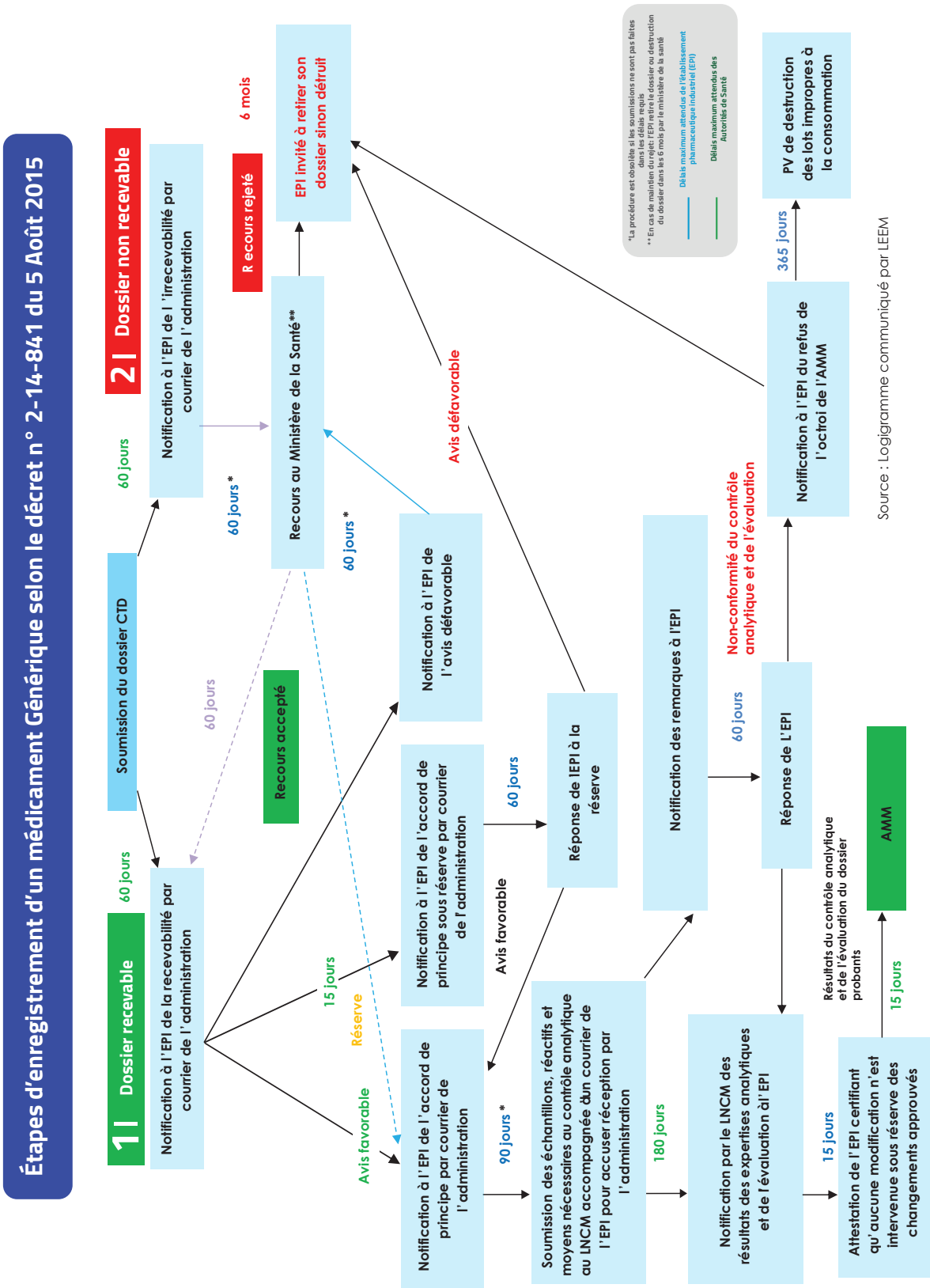
Il est important de souligner que le décret susmentionné prévoit la mise en place d'une procédure accélérée pour l'obtention de l'AMM pour les médicaments présentant un intérêt majeur en santé publique, notamment en raison de leur disponibilité et/ou de leur accessibilité.

En outre, ce décret instaure des mesures spécifiques pour les médicaments génériques et simplifie la procédure en exemptant la présentation des résultats d'essais précliniques et cliniques, sur présentation de données de bioéquivalence.

Les logigrammes ci-après, illustrent l'ensemble du processus d'obtention d'AMM, depuis le dépôt du dossier jusqu'à la décision d'autorisation :

Étapes d'enregistrement d'un médicament princeps, d'un biosimilaire ou d'un générique dont la référence n'est pas commercialisée au Maroc selon le décret n° 2-14-841 du 5 Août 2015





II.1.3. Vente et distribution en gros

La vente en gros, telle que définie par l'article 18 de la loi n° 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie, concerne la vente de médicaments par les établissements pharmaceutiques industriels aux établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs, tandis que la distribution en gros désigne la vente de ces médicaments aux pharmaciens d'officine.

En vertu de l'article 74 de cette même loi, deux catégories d'acteurs sont habilitées à intervenir dans la distribution en gros des médicaments à usage humain :

- D'une part, l'établissement pharmaceutique industriel (EPI), qui constitue le point d'entrée dans la chaîne de distribution des médicaments, est défini comme : « tout établissement disposant d'un site de fabrication et effectuant les opérations de fabrication, d'importation, d'exportation et de vente en gros des médicaments et, le cas échéant, la distribution en gros. » ;
- Et d'autre part, l'établissement pharmaceutique grossiste-répartiteur (EPGR) qui est défini comme « tout établissement exerçant les activités liées à l'achat, à la détention et à la distribution en gros des médicaments aux officines de pharmacie et aux réserves de médicaments dans les cliniques ».

Ces établissements pharmaceutiques sont soumis à un cadre réglementaire rigoureux, encadré par les articles 75 à 91 de la loi n° 17-04, ainsi que par le décret n° 2-07-1064 du 5 rejeb 1429 (9 juillet 2008) relatif à l'exercice de la pharmacie, à la création et à l'ouverture des officines et des établissements pharmaceutiques.

Un établissement pharmaceutique, qu'il s'agisse d'une EPI ou d'un EPGR, peut être détenu par une personne physique ou une société, sous les conditions suivantes :

- Lorsque l'établissement est détenu par une personne physique, le propriétaire doit être un pharmacien dûment autorisé et exercer en qualité de pharmacien responsable ;
- Lorsque l'établissement appartient à une société, celle-ci doit être de droit marocain et, en fonction de sa forme juridique, désigner un pharmacien responsable, qui sera soit l'un des directeurs généraux, soit l'un des gérants.

Conformément aux dispositions de la loi n° 17-04, notamment des article 75 et 76, la création d'un établissement pharmaceutique est soumise à une procédure d'autorisation en deux étapes, l'obtention d'une autorisation préalable de création et d'une autorisation définitive d'ouverture, délivrées par l'administration après consultation du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

Le processus d'octroi de ces autorisations est précisé par le Décret n° 2-07-1064 du 5 rejeb 1429 (9 juillet 2008) relatif à l'exercice de la pharmacie, à la création et à l'ouverture des officines et des établissements pharmaceutiques dans son chapitre IV.

Ainsi, toute personne physique ou morale souhaitant créer un établissement pharmaceutique doit déposer une demande d'autorisation préalable de création auprès du Secrétariat Général du Gouvernement (SGG). À partir du 16 juin 2025, l'Agence Marocaine du Médicament et des Produits de Santé (AMMPS), est désormais compétente pour cette instruction.

L'autorisation préalable est délivrée dans un délai de 60 jours à compter de la réception de la demande par le Secrétaire Général du Gouvernement, après avis conforme du ministre de la Santé et consultation du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

À cet effet, le ministre de la Santé dispose de 30 jours à partir de la réception du dossier transmis par le SGG pour examiner et donner son avis. Le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens également doit rendre son avis dans un délai de 15 jours à compter de sa saisine.

Une fois les travaux de réalisation du projet achevés, le titulaire de l'autorisation préalable doit soumettre une demande d'autorisation définitive d'ouverture de l'établissement pharmaceutique au SGG.

L'autorisation définitive est délivrée par le Secrétaire Général du Gouvernement après avis conforme du ministre de la Santé et consultation du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, dans un délai de 30 jours suivant la réception des avis précités.

Par ailleurs, il importe de signaler que la loi impose aux établissements pharmaceutiques (EPI et EPGR) un ensemble d'obligations liées à leur activité, dont l'obligation de service public. Ainsi en vertu de l'article 84 de la loi n° 17-04, ils sont tenus de détenir un stock de sécurité des médicaments qu'ils fabriquent, importent ou distribuent pour assurer l'approvisionnement continu du marché. Cette obligation qui est précisée par l'arrêté du ministre de la Santé n° 263-02 du 30 rabbi I 1423 (12 juin 2002) relatif aux stocks de sécurité des médicaments, indique dans son article 1^{er} que :

- Pour les EPI : un stock équivalant à 1/4 du total des ventes de leurs spécialités pharmaceutiques au cours de l'année précédente ;
- Pour les EPGR : un stock représentant 1/12 du total de leurs ventes au cours de l'année précédente, constitué d'au moins 80% des spécialités agréées sur le marché national.

Conformément à l'article 89 de la loi, les grossistes-répartiteurs ne peuvent se spécialiser dans la distribution exclusive de médicaments provenant d'un seul établissement pharmaceutique industriel.

Les établissements pharmaceutiques industriels peuvent, sous conditions, déléguer certaines opérations dont la distribution à un autre établissement pharmaceutique, à condition que cette délégation soit formalisée dans un cahier des charges contractuel, dont les clauses techniques doivent être visées par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (art. 89 de la loi n° 17-04).

Enfin, pour garantir la qualité des médicaments jusqu'à leur livraison finale, l'article 80 de la loi n° 17-04 stipule que les établissements pharmaceutiques doivent respecter les bonnes pratiques de distribution. Ces pratiques sont définies dans la norme marocaine NM 21.6.201, qui établit les règles et principes fondamentaux à suivre pour la vente et la distribution en gros des médicaments. Elle couvre toutes les opérations réalisées par les établissements pharmaceutiques et fixe les dispositions relatives à la disponibilité des produits pharmaceutiques, à la sécurité d'approvisionnement, à la rapidité des livraisons et aux procédures de rappel.

II.1.4. Dispensation des médicaments par les pharmacies d'officine

Tout comme l'activité de distribution en gros, le chaînon de la distribution pharmaceutique au détail (dispensation) est soumis à une réglementation stricte sur de nombreux aspects.

La dispensation, telle que définie à l'article 29 de la loi n° 17-04 susmentionnée, englobe les actions suivantes :

- La délivrance d'un médicament ou d'un produit pharmaceutique non médicamenteux, accompagnée de l'analyse de l'ordonnance ou de la commande qui y est associée ;
- La mise à disposition du public des informations nécessaires à une utilisation correcte des médicaments et produits pharmaceutiques, ainsi que les actes liés à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Selon l'article 30 du code du médicament et de la pharmacie, la vente de médicaments au consommateur ne peut être effectuée que par les pharmaciens d'officine. Ces derniers disposent ainsi d'un monopole sur la vente des médicaments, et qui s'étend également à divers autres produits spécifiés dans cet article, tels que les dispositifs médicaux (y compris les pansements), les produits médicaux stériles, ainsi que les laits et aliments lactés diététiques destinés aux nourrissons.

À titre complémentaire, le pharmacien d'officine est autorisé à détenir certains produits spécifiques : stupéfiants, substances chimiques ou préparations pharmaceutiques non inscrites à la ou aux pharmacopées⁴ en vigueur, produits pour l'entretien ou l'application des lentilles de contact, réactifs, ainsi que des huiles essentielles.

Ce monopole réglementaire a pour objectif de garantir la sécurité de la distribution des médicaments en attribuant la responsabilité de leur délivrance à des pharmaciens titulaires, pouvant, si nécessaire, être assistés par des préparateurs.

L'exercice de la profession de pharmacien et les modalités de création des officines sont fixés par la loi n° 17-04 et le décret n° 2-07-1064 du 5 rejeb 1429 (9 juillet 2008) relatif à

⁴ La pharmacopée indique les caractères des médicaments, les moyens qui permettent de les identifier, les méthodes d'essai et d'analyse à utiliser pour assurer le contrôle, les procédés de préparation, de stérilisation, de conservation desdits médicaments ainsi que les règles de leur conditionnement, leurs principales incompatibilités et un ensemble de données utiles aux pharmaciens pour la préparation et la dispensation des médicaments.

l'exercice de la pharmacie, à la création et à l'ouverture des officines et des établissements pharmaceutiques.

Précisément, l'article 93 de la loi n°17-04 stipule que l'exercice privé de la profession de pharmacien, quelle qu'en soit la forme, est conditionné à l'obtention d'une autorisation délivrée par le président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, aux individus satisfaisant les conditions précisées dans cette même loi. La décision d'autorisation est notifiée, dans un délai de 24 heures au ministre de la Santé et au SGG.

La loi précise également que l'exercice privé de la profession de pharmacien se fait sous l'une des trois modalités suivantes :

- Pharmacien d'officine exerçant à titre individuel, en association ou en tant que pharmacien assistant ;
- Pharmacien responsable de la gestion d'une réserve de médicaments dans une clinique ;
- Pharmacien responsable, délégué ou assistant dans un établissement pharmaceutique.

En ce qui concerne les pharmacies d'officine, qui représentent le principal canal de vente de médicaments au détail au Maroc, la législation en vigueur stipule que leur création est soumise à l'obtention d'une autorisation délivrée par le Gouverneur de la province ou de la préfecture du lieu d'implantation de la pharmacie envisagée.

L'obtention de cette autorisation est conditionnée par le respect des modalités de chaînage de la distance minimale de 300 mètres entre la façade de la pharmacie en projet et celles avoisinantes, prévues par la section 2 du décret n° 2-07-1064 susmentionné, en particulier dans ses articles allant du 17 au 22.

En ce qui concerne les délais, l'autorisation doit être accordée dans un délai de 60 jours à partir du dépôt de la demande. Une copie de l'autorisation doit également être transmise au ministère de la Santé et à l'Ordre des pharmaciens.

Par ailleurs, il est important de signaler qu'en vertu de la loi régissant le code du médicament et de la pharmacie notamment son article 62, aucun pharmacien n'est autorisé à posséder plus d'une officine. Il doit en être l'unique propriétaire et en assurer la gestion en personne.

Toutefois, la loi n° 17-04 autorise les pharmaciens à exploiter une officine sous forme sociétaire, ainsi les pharmaciens peuvent constituer entre eux une société en nom collectif en vue de l'exploitation d'une officine à condition que celle-ci soit gérée par tous les associés.

Dans son article 63, la loi permet également aux pharmaciens de créer une société à responsabilité limitée, avec un ou plusieurs associés, pour l'exploitation d'une seule officine, à condition que cette société ne détienne qu'une seule pharmacie. Si plusieurs pharmaciens sont associés, la gestion de l'officine doit être assurée conjointement par tous les pharmaciens associés.

Un pharmacien peut être copropriétaire d'une seule pharmacie. Tous les pharmaciens associés doivent être titulaires de l'autorisation d'exercice mentionnée, et être inscrits à l'Ordre des pharmaciens. L'autorisation de création ou d'exploitation d'une officine sous forme de société est accordée nominativement à chaque pharmacien associé, et aucun d'eux ne peut exercer une autre activité pharmaceutique.

II.1.5. Sur les réserves des médicaments dans les cliniques et les établissements assimilés

Selon les dispositions de la loi n° 17-04 portant code de la pharmacie et des médicaments, les cliniques et établissements assimilés, définis à l'article 21 de la loi n° 10-94 relative à l'exercice de la médecine, sont autorisés à détenir une réserve de médicaments destinée à satisfaire leurs besoins internes spécifiques.

Cette réserve doit être gérée sous la responsabilité d'un pharmacien autorisé. À ce titre, ce dernier doit conclure à cette fin une convention avec la clinique ou l'établissement concerné. La validité de cette convention est subordonnée par le visa du président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, qui en garantit la conformité aux dispositions légales et au code de déontologie en vigueur.

Le pharmacien conventionné engage sa responsabilité professionnelle pour l'ensemble des actes pharmaceutiques réalisés dans le cadre de la gestion de cette réserve. Il doit veiller au respect des normes relatives à la détention, au stockage et à la traçabilité des médicaments, y compris des substances vénéneuses, conformément à la législation en vigueur.

Lorsque le pharmacien responsable n'est pas implanté au sein même de la clinique, il doit impérativement être titulaire d'une officine située dans la même commune que la clinique. En tout état de cause, un pharmacien ne peut être lié que par une seule convention de ce type. Si le pharmacien ne détient pas d'officine, il doit exercer personnellement au sein de la clinique ou de l'établissement assimilé.

L'approvisionnement de la réserve doit se faire auprès d'établissements pharmaceutiques, qu'il s'agisse d'EPI ou d'EPGR, dans des conditions conformes à la réglementation applicable aux médicaments à usage hospitalier destinés aux patients qui y sont hospitalisés, notamment en ce qui concerne le prix hôpital défini par voie réglementaire. Enfin, l'article 73 de la loi n° 17-04 précise que la dispensation de médicaments dans les cliniques et établissements assimilés ne peut se faire qu'au profit de patients hospitalisés. Toute vente au public ou distribution, à titre gratuit ou onéreux, en dehors du cadre hospitalier est strictement interdite.

II.1.6. Système de la fixation des prix des médicaments et des marges des acteurs de la distribution

II.1.6.1. Modalités de fixation des prix des médicaments

Au Maroc, les médicaments sont soumis à un cadre réglementaire spécifique en matière de fixation des prix à chaque étape de leur chaîne de valeur. Conformément à l'article 17 de la loi n° 17-04, les prix de vente des médicaments, qu'ils soient produits localement

ou importés, sont encadrés par le Ministère de la Santé, selon les modalités définies par voie réglementaire.

Le décret n° 2-13-852 du 14 safar 1435 (18 décembre 2013) relatif aux conditions de fixation des prix publics de vente des médicaments fabriqués localement ou importés, constitue la référence réglementaire en matière de prix des médicaments.

L'article 2 de ce décret précise que la structure du prix public de vente (PPV) de tout médicament, qu'il soit fabriqué localement ou importé, se compose de trois éléments principaux :

- Le prix fabricant hors taxe (PFHT) : le prix auquel le fabricant facture le médicament ;
- Les marges de distribution, allouées à l'établissement pharmaceutique grossiste répartiteur et au pharmacien d'officine ;
- La taxe sur la valeur ajoutée (TVA), le cas échéant.

Il est à signaler que l'ensemble des médicaments est exonéré de la TVA, à compter du 1^{er} janvier 2024. Cette mesure, introduite par la loi de finances 2024, s'applique à toutes les catégories de médicaments sans distinction.

Le décret définit également la méthode de fixation des prix selon le type de médicament :

- Pour un médicament princeps, le PFHT doit être égal au PFHT le plus bas observé dans les pays de référence suivants : Arabie Saoudite, Belgique, Espagne, France, Turquie, Portugal, ainsi que dans le pays d'origine s'il diffère des pays mentionnés.
- Pour un médicament générique, le PFHT est déterminé à un niveau inférieur au prix de vente du médicament princeps, en appliquant une règle de décrochage variant de 0 à 50% par rapport au PFHT initial du médicament princeps.

Dans les deux cas, la fixation ou l'homologation des prix est effectuée par un arrêté ministériel du ministre de la Santé.

Le décret prévoit également des règles pour la révision des prix des médicaments. Les médicaments princeps sont révisés au moment de la révision quinquennale de l'AMM, en fonction de la moyenne des PFHT observés dans les pays de référence. En revanche, les prix des médicaments génériques et biosimilaires sont révisés en fonction de la révision des prix de leur princeps ou du premier générique/biosimilaire enregistré au Maroc, en se référant à la médiane des prix des médicaments commercialisés qui constituera le nouveau prix maximum de référence.

Outre cette révision périodique, des révisions ponctuelles à la hausse ou à la baisse sont possibles :

- Une révision à la baisse peut être sollicitée par l'établissement pharmaceutique industriel ou décidée par l'administration si une baisse de plus de 10% du PFHT est constatée dans les pays de référence, ou en cas d'exonération de TVA ;
- Une révision à la hausse peut intervenir si les PFHT augmentent dans l'ensemble des pays du benchmark.

II.1.6.2. Fixation des marges brutes des acteurs de la distribution

Le PPV d'un médicament en pharmacie au Maroc inclut notamment la marge brute bénéficiaire du grossiste-répartiteur et de la pharmacie d'officine.

Le montant de ces marges est fixé réglementairement par l'article 4 du décret n° 2-13-852 relatif aux conditions et modalités de fixation du prix de vente public des médicaments fabriqués localement ou importés, sur la base d'une classification en quatre tranches (T1 à T4). Ainsi, l'article 4 de ce décret précise les marges brutes applicables sur le prix fabricant hors taxe (PFHT) selon les différentes tranches suivantes :

Tableau 1 : Les marges brutes réglementaires des grossistes-répartiteurs et officines

Tranche	Prix fabricant hors taxe (PFHT)	Marge officine par rapport au PFHT	Marge grossiste par rapport au PFHT
T1	PFHT ≤ 166	57%	11%
T2	166 < PFHT ≤ 588	47%	11%
T3	588 < PFHT ≤ 1766	Forfait de 300 DH	2%
T4	PFHT > 1766	Forfait de 400 DH	2%

Source : Décret n° 2-13-852 relatif aux conditions et modalités de fixation du prix de vente public des médicaments fabriqués localement ou importés

Il convient également de noter qu'un régime spécifique s'applique aux médicaments importés. En vertu de ce régime, une majoration de 10% est ajoutée au prix fabricant hors taxes (PFHT) de ces médicaments. Cette majoration, prévue par l'article 4 du décret susmentionné, vise à couvrir la marge de l'importateur, ainsi que les frais d'approche et les droits de douane.

Par ailleurs, s'agissant des cliniques et établissements assimilés, l'article 72 de la loi n° 17-04 relative au code du médicament et de la pharmacie précise les modalités de facturation des médicaments qui leur sont destinés. Selon cet article, ces établissements doivent s'approvisionner directement auprès des établissements pharmaceutiques industriels ou des grossistes-répartiteurs, et ce, au prix hôpital. Les médicaments qu'ils délivrent doivent également être facturés à ce même prix.

Le prix hôpital, tel que défini à l'article 9 du décret n° 2-13-852 précité, correspond au prix fabricant majoré d'une marge de 5% sur le PFHT limitée à un plafond maximal de 400 dirhams.

Il convient de souligner que, pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation spécifique, autres que les échantillons destinés à l'enregistrement ou aux essais cliniques, le prix est fixé selon une règle dérogatoire précise : Il est égal au prix fabricant hors taxe (PFHT) du pays d'origine converti en dirhams, majoré d'une marge bénéficiaire de 5%, dans la limite d'un plafond ne dépassant pas 400 DH.

II.1.7. Modalités de paiement entre acteurs de la chaîne de distribution

Après avoir présenté le cadre réglementaire encadrant l'exercice, la fixation des prix et les marges des acteurs de la chaîne de distribution du médicament, il convient également de rappeler les règles légales et réglementaires relatives aux délais de paiement dans les relations commerciales entre ces différents intervenants. Cet aspect revêt une importance particulière dans l'analyse, en raison des enjeux économiques et concurrentiels qu'il soulève, comme l'ont souligné plusieurs acteurs entendus au cours des auditions.

Les délais de paiement entre entreprises sont régis par la loi n° 69-21, publiée en 2023, qui est la plus récente réforme importante en la matière. Cette loi modifie et complète les dispositions du Code de commerce en ce qui concerne les délais de paiement et vise à lutter contre les retards de paiement, soutenir la trésorerie des entreprises, notamment les PME, et améliorer le climat des affaires.

En termes de champ d'application, cette loi concerne les personnes physiques ou morales dont le chiffre d'affaires annuel dépasse 2 millions de dirhams HT et les entreprises publiques à caractère marchand.

La loi n° 69-21 a instauré une obligation de respect des délais de paiement selon les deux modalités suivantes :

- En l'absence d'accord entre les parties, le délai de paiement est fixé à 60 jours à compter de la date d'émission de la facture, qui doit être émise au plus tard le dernier jour du mois au cours duquel a eu lieu, la livraison des marchandises. À défaut, le délai de paiement commence à courir à partir de la fin du mois correspondant à la livraison ;
- Si un délai est convenu contractuellement, il ne peut excéder 120 jours à partir de la date de facturation.

À titre dérogatoire, un délai maximal de 180 jours peut être accordé par décret, après avis du Conseil de la concurrence, pour certains secteurs d'activité présentant des caractéristiques particulières ou saisonnières. Cette dérogation concerne les professionnels relevant de ces secteurs, dans le cadre d'accords établis par leurs organisations professionnelles, et repose sur des études objectives analysant les données propres à chaque secteur, en tenant compte de leurs spécificités et/ou de leur caractère saisonnier.

Il est à indiquer que, comme il s'agit de délais maximaux, ces délais peuvent être réduits d'un commun accord entre le fournisseur et son client.

Concernant le calcul des délais de paiement, ceux-ci commencent à courir à partir de la date d'émission de la facture. Si la date d'échéance tombe un jour férié ou chômé légal, elle est automatiquement reportée au jour ouvrable suivant.

La législation impose également le dépôt d'une déclaration électronique trimestrielle, même en l'absence de factures en retard de paiement. Cette déclaration doit être effectuée avant la fin du mois suivant la clôture de chaque trimestre, conformément au modèle établi par la Direction Générale des Impôts (DGI).

Enfin, il convient de souligner que tout manquement aux dispositions légales expose le débiteur à des sanctions pécuniaires. Ces amendes, perçues par l'Administration fiscale pour le compte du Trésor public, sont calculées sur la base du taux directeur de Bank Al-Maghrib en vigueur à la fin du premier mois de retard, majoré de 0,85% par mois ou fraction de mois supplémentaire. L'amende s'applique au montant toutes taxes comprises (TTC) impayé de chaque facture au-delà des délais légaux.

II.2 Cadre institutionnel et organisations professionnelles

La distribution des médicaments au Maroc repose sur un système de gouvernance et de régulation solide, garantissant la qualité, la sécurité et la traçabilité des produits tout au long de leur parcours. Ce dispositif implique plusieurs acteurs, tant publics que professionnels, qui interviennent de manière spécifique ou complémentaire à chaque étape de la chaîne de distribution.

Cette section ne prétend pas dresser un panorama exhaustif de l'ensemble des intervenants du secteur pharmaceutique au Maroc, mais s'attache à mettre en lumière les principaux établissements et organismes dont les missions sont directement liées au fonctionnement de la distribution du médicament ou en influencent le déroulement.

II.2.1 Acteurs institutionnels encadrant la distribution du médicament

II.2.1.1 Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Le ministère de la Santé et de la Protection Sociale représente l'autorité centrale chargée de la régulation, de la planification et de la supervision du secteur pharmaceutique au Maroc. Il est notamment responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale en matière de médicaments et de produits pharmaceutiques, tant sur le plan technique que réglementaire.

Le ministère assure également l'évaluation des besoins nationaux et régionaux en médicaments et produits de santé, tout en garantissant l'approvisionnement du stock national nécessaire au fonctionnement des établissements de santé publics.

En matière opérationnelle, le ministère supervise l'organisation des chaînes d'approvisionnement en médicaments au sein des hôpitaux et des centres de santé, incluant l'achat, le stockage et la distribution interne. Cette gestion s'effectue souvent en collaboration avec l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) et d'autres institutions concernées.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, le ministre de la Santé et de la Protection Sociale exerce également une tutelle sur les établissements publics

relevant de son département. Par ailleurs, il joue un rôle clé dans la régulation du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), en sa qualité de président du conseil d'administration de l'ANAM.

Certaines fonctions auparavant assurées par la Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP), telles que l'octroi des autorisations de mise sur le marché, l'agrément des établissements pharmaceutiques industriels et des grossistes-répartiteurs, ainsi que le contrôle des pharmacies d'officine et des établissements pharmaceutiques, ont été transférées à l'AMMPS.

Il est également important de souligner l'implication d'autres départements ministériels dans la chaîne de valeur du médicament. Par exemple, le Ministère de l'Économie et des Finances, qui assure le Secrétariat Général de la Commission Interministérielle des Prix⁵, intervient dans la fixation des prix des médicaments. De son côté, le Ministère de l'Intérieur participe à la régulation du secteur à travers la délivrance des autorisations d'ouverture des pharmacies d'officine, assurée par les Gouverneurs, ainsi que par la gestion des horaires d'ouverture et de fermeture et l'organisation du service de garde.

II.2.1.2 Agence Marocaine du Médicament et des Produits de Santé

Placée sous la tutelle de l'État, l'AMMPS a été créée par la loi n°10.22, en remplacement de l'ancienne DMP. Dotée d'une plus grande autonomie, l'AMMPS s'inspire du modèle des agences européennes.

Sa mission principale consiste à mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'État en matière de politique pharmaceutique, avec pour objectifs de garantir la souveraineté médicamenteuse, d'assurer la disponibilité, la sécurité et la qualité des médicaments et des produits de santé.

L'action de l'agence s'articule autour de plusieurs axes, dont certains touchent directement à la distribution des médicaments, objet du présent Avis. À ce titre, l'AMMPS est notamment chargée de :

- Organiser et encadrer le secteur pharmaceutique et celui des médicaments et produits de santé, en veillant au respect des dispositions légales qui les régissent, et en fixant ou proposant les prix de vente des médicaments et produits de santé conformément aux textes en vigueur.
- Délivrer les autorisations initiales et finales pour la création et l'ouverture des établissements de deux acteurs clés de l'activité de distribution : les EPI et les EPGR. Elle est également responsable de l'habilitation des pharmaciens responsables, délégués ou assistants exerçant au sein de ces établissements.

⁵ Instituée par le décret d'application de la loi sur la liberté des prix et de la concurrence n°2-14-652 du 1^{er} décembre 2014, elle est chargée de donner un avis sur les questions relatives à la réglementation des prix, dont celui des médicaments, qui lui sont soumises et de proposer toute mesure à cet effet (art. 35).

- Assurer le contrôle de la qualité et du stock des médicaments et des produits de santé, et l'inspection des pharmacies, des cliniques, des établissements pharmaceutiques (y compris industriels), ainsi que des entrepôts de médicaments.
- Lutter, en collaboration avec les autorités compétentes, contre le trafic et la distribution illégale de médicaments.

Il convient de préciser qu'à compter du 16 juin 2025, l'ensemble des attributions relatives à la création, l'ouverture et l'exploitation des EPI et des EPGR, auparavant exercées par le Secrétariat Général du Gouvernement, ont été officiellement transférées à l'AMMPS.

II.2.1.3 Agence Nationale de l'Assurance Maladie

L'ANAM a pour mission principale d'assurer l'encadrement technique de l'Assurance Maladie Obligatoire de Base et de veiller à la mise en place des mécanismes de régulation du système, notamment en ce qui concerne le poste des médicaments, qui représente à lui seul près de 32% des dépenses.

Bien que l'ANAM ne soit pas directement impliquée dans la chaîne de distribution des médicaments, plusieurs de ses attributions ont un impact indirect sur celle-ci, ainsi que sur l'accès aux médicaments et leur remboursement au Maroc.

Dans ce cadre, l'Agence est notamment chargée d'élaborer et de mettre à jour le Guide des Médicaments Remboursables (GMR), un outil essentiel qui influence la demande et la distribution. En effet, plus un médicament est remboursé, plus il est prescrit et distribué. Ce guide constitue également une référence pour les établissements pharmaceutiques industriels dans leurs décisions de mise sur le marché de nouveaux médicaments.

Par ailleurs, l'ANAM est responsable de la fixation et de la régulation des tarifs de référence (TR) des médicaments dans le cadre de l'AMO. Ces tarifs, qui servent de base au remboursement, ont une incidence directe sur les stratégies de prix des laboratoires pharmaceutiques, sur l'accessibilité financière aux traitements pour les assurés, et par conséquent sur la demande.

L'Agence est également investie de la mission de conduire, dans les conditions définies par la réglementation, les négociations relatives aux conventions nationales entre les organismes gestionnaires de l'AMO et les prestataires de soins ou fournisseurs de biens et services médicaux, notamment les pharmaciens d'officine dans le cadre du tiers payant.

Enfin, dans le cadre de la politique nationale de promotion du médicament générique, l'ANAM encourage activement l'admission et la consommation de ces produits, généralement moins coûteux. Cette orientation influence les choix de prescription des médecins, les stratégies de distribution des pharmaciens et grossistes-répartiteurs, ainsi que la gestion des stocks.

Il convient de souligner que dans le cadre de la réforme du système de santé engagée par la loi-cadre n° 06-22, l'ANAM est remplacée par la Haute Autorité de la Santé (HAS), instituée

par la loi n° 07-22. Cette nouvelle entité a pour mission d'assurer la pérennité, la qualité et la performance du système de santé, à travers des fonctions élargies. Elle est chargée d'encadrer techniquement l'AMO, d'accréditer les établissements de santé publics et privés, de médier dans les litiges entre les professionnels de la santé et d'évaluer la qualité des services rendus aux usagers. Elle a également un rôle consultatif sur les politiques publiques dans le domaine de la santé et contribuera à l'élaboration de guides de formation et de bonnes pratiques médicales.

II.2.1.4 Organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire

Au Maroc, les organismes en charge de la gestion de l'assurance maladie jouent un rôle fondamental dans la régulation, le financement et le suivi de l'accès aux soins, y compris la distribution des médicaments. Leur action influence l'ensemble de la chaîne de distribution pharmaceutique, depuis l'importation ou la fabrication jusqu'à la délivrance au patient.

Les deux principaux gestionnaires de l'AMO sont :

1. La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) : chargée de la gestion de l'AMO pour les fonctionnaires du secteur public.
2. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) : responsable de l'AMO pour les salariés du secteur privé, ainsi que, récemment, pour les travailleurs non-salariés.

Cependant, la loi n° 54.23, qui modifie et complète la loi n° 65.00 relative à l'AMO, a introduit un changement majeur. Elle a en effet instauré la centralisation de la gestion de l'AMO au sein de la CNSS. Cette dernière prend désormais en charge le régime de base pour l'ensemble des assurés : secteur public, privé, et personnes économiquement vulnérables (AMO-Tadamoun), remplaçant ainsi la CNOPS.

Concernant le médicament, le gestionnaire de l'AMO est notamment chargé de :

- L'instruction et la validation des demandes de prise en charge des médicaments onéreux ;
- La coordination avec le ministère de la Santé et de la Protection Sociale et l'ANAM pour fixer les taux de remboursement et actualiser la liste des médicaments pris en charge ;
- Le remboursement des médicaments figurant sur la liste officielle des produits remboursables.

En effet, depuis l'élargissement de l'AMO à toute la population, l'organisme couvre une part importante des marocains, ce qui entraîne une hausse de la consommation de médicaments et modifie ainsi la structure de la demande (un recours accru aux médicaments génériques, par exemple, selon les politiques de remboursement).

Par ailleurs, la gestion administrative des dossiers de remboursement peut engendrer des délais de paiement importants, entraînant des tensions de trésorerie chez les acteurs de la chaîne, en particulier les pharmaciens d'officine, et par extension, les grossistes-répartiteurs.

En résumé, les principaux acteurs institutionnels mentionnés précédemment, le ministère de la Santé et de la Protection Sociale, l'AMMPS, l'ANAM, la CNSS et la CNOPS, jouent un rôle central dans la chaîne de distribution du médicament. En tant que régulateurs, financeurs et contrôleurs. Ils influencent directement le choix des médicaments consommés, la structure des prix ainsi que la viabilité économique des intervenants du secteur.

II.2.2 Tissu professionnel et associatif impliqué dans la distribution du médicament

Au niveau des organisations professionnelles, le secteur de la distribution du médicament dans notre pays est représenté, entre autres, par les associations représentant le secteur de l'industrie pharmaceutique, le Groupement professionnel de la distribution pharmaceutique, l'Ordre National des Pharmaciens ainsi que les syndicats des pharmaciens.

II.2.2.1 Associations représentant le secteur de l'industrie pharmaceutique

Les industriels du secteur pharmaceutique au Maroc sont regroupés autour de trois principales associations professionnelles :

- La Fédération Marocaine de l'Industrie et de l'Innovation Pharmaceutiques (FMIP), qui rassemble les principaux acteurs nationaux ainsi que des multinationales disposant d'un site de production local. En 2021, la FMIP a été cooptée par la Confédération Générale des Entreprises du Maroc (CGEM) en tant que fédération représentative du secteur pharmaceutique.
- L'Association Marocaine du Médicament Générique (AMMG), qui représente les fabricants de médicaments génériques. Elle joue un rôle clé dans le système de santé marocain et dans l'économie nationale en proposant des alternatives thérapeutiques sûres, efficaces et accessibles à la population.
- Les Entreprises du Médicament du Maroc (LEMM), association professionnelle regroupant les filiales marocaines des laboratoires pharmaceutiques internationaux. LEMM met un accent particulier sur l'innovation et la recherche-développement (R&D), contribuant ainsi à la promotion d'un système de santé conforme aux standards internationaux les plus exigeants.

Ces trois associations, toutes à but non lucratif, partagent des valeurs communes et s'engagent en faveur du respect des principes fondamentaux de la profession, en particulier pour garantir l'accessibilité des médicaments et améliorer l'accès des citoyens marocains à des traitements de qualité.

II.2.2.2 Association des acteurs de la distribution pharmaceutique en gros

Le Groupement Professionnel de la Distribution Pharmaceutique (GPDP) est une organisation qui regroupe les principaux acteurs de la distribution en gros de produits pharmaceutiques,

notamment les grossistes répartiteurs. Sa mission consiste à représenter et défendre les intérêts de ses membres, tout en favorisant l'adoption de normes de qualité et de bonnes pratiques dans le secteur.

Le GPDP occupe une position stratégique dans l'organisation du circuit de distribution pharmaceutique. Il veille à la traçabilité, à la qualité et à l'accessibilité des produits de santé pour les patients. Il garantit également la sécurité et la continuité de l'approvisionnement en médicaments, tant pour les pharmacies que pour les établissements de santé, dans le respect des normes nationales et internationales.

II.2.2.3 Ordre National des Pharmaciens

L'Ordre National des Pharmaciens constitue l'organe professionnel chargé de l'encadrement, de la régulation et de la supervision de l'exercice de la profession pharmaceutique au sein du pays. Doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est investi d'une mission de service public et assure un double rôle scientifique et disciplinaire, tel que prévu par le dahir n° 1-75-453 du 25 hijra 1396 (17 décembre 1976) instituant un ordre de pharmaciens.

Il veille au respect de la déontologie, à l'instauration des principes éthiques de la profession et à la garantie de soins de qualité en assurant compétence, discipline et intégrité chez les pharmaciens. Il intervient également dans les processus de délivrance des autorisations d'exercice dans le secteur privé et dans l'avis sur les créations d'établissements pharmaceutiques.

Historiquement, l'Ordre est structuré autour d'un Conseil national composé des deux Conseils régionaux (Nord et Sud), du Conseil des pharmaciens biologistes, et du Conseil de l'ordre des pharmaciens fabricants et répartiteurs.

Une réforme de cette organisation a été introduite par la loi n° 98.18 du 20 février 2024 relative à l'ordre national des pharmaciens, visant à adapter son fonctionnement et son cadre juridique à l'évolution de la profession et aux nouvelles exigences du secteur pharmaceutique, notamment à travers la création de conseils régionaux, sectoriels et d'un congrès des conseils. Selon cette loi, l'exercice de la pharmacie est soumis à l'inscription obligatoire au sein de l'Ordre National des Pharmaciens. Ainsi, nul ne peut exercer un acte pharmaceutique, sous quelque forme que ce soit, sans être inscrit au registre de l'Ordre. De ce fait, l'Ordre regroupe obligatoirement l'ensemble des pharmaciens habilités à exercer, qu'ils soient dans le secteur public ou privé.

Dans le cadre des missions de service public qui lui sont confiées par la loi n° 98.18, l'Ordre assume plusieurs responsabilités, notamment en lien avec la chaîne de distribution du médicament. À ce titre, il est notamment chargé de :

- Donner son avis sur les projets de lois et de règlements relatifs à la pharmacie et à la profession pharmaceutique qui lui sont soumis par l'Administration ;

- Se prononcer sur les demandes de création d'officines de pharmacie, d'établissements pharmaceutiques (Industriels et grossistes-répartiteurs), ainsi que sur toute question ayant trait aux activités pharmaceutiques ;
- Délivrer les autorisations d'exercice de la profession de pharmacien dans le secteur privé, incluant notamment les pharmaciens d'officine.

Toutefois, à la date du présent rapport, la réforme introduite par la loi n° 98.18 n'a pas encore été mise en œuvre de manière effective. Les textes d'application n'ont toujours pas été publiés, les nouvelles structures prévues par la loi, notamment les conseils régionaux et sectoriels, ne sont pas encore opérationnelles, et aucun processus électoral n'a été engagé pour le renouvellement des instances ordinales. L'Ordre continue ainsi de fonctionner selon les anciennes dispositions. Faute de renouvellement du Conseil national et des conseils régionaux depuis plusieurs années, la profession se trouve confrontée à une situation de blocage institutionnel caractérisée par l'absence de représentation élue et de gouvernance ne remplissant pleinement ses missions.

II.2.2.4 Syndicats des pharmaciens

Les syndicats de pharmaciens représentent leurs membres auprès des différentes institutions publiques et privées. Leur mission principale est de défendre les droits des pharmaciens d'officine, en veillant à la protection des intérêts professionnels et de la profession pharmaceutique dans son ensemble.

Plus concrètement, les syndicats participent à des actions telles que la formation continue de leurs membres et œuvrent à la promotion de l'information, de l'éducation et de la communication en matière de santé auprès de la population.

Ils prennent également en charge des missions opérationnelles, telles que l'organisation des services de garde, en coordination avec les autorités locales et le Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens. La désignation des pharmacies de garde est effectuée par les syndicats, après concertation. Cette sélection est ensuite transmise au Conseil régional de l'Ordre pour validation, avant d'être communiquée à la préfecture. Celle-ci est ainsi informée et peut veiller au respect des dispositions de l'article 111 de la loi n° 17-04, qui stipule : « ...Les horaires d'ouverture et de fermeture ainsi que les modalités selon lesquelles doit être assuré le service de garde sont fixés par le gouverneur de la préfecture ou de la province concernée, sur proposition du conseil régional de l'ordre des pharmaciens. ».

Il importe de signaler qu'à l'échelle nationale, les différents syndicats jouent un rôle central dans la mise en œuvre des politiques professionnelles. Grâce à leur organisation décentralisée et à leur fonction de coordination entre les représentations locales. Ils restent à l'écoute des pharmaciens et sont en mesure de relayer efficacement leurs attentes auprès des instances concernées.

Chapitre III : Structure des marchés de la distribution des médicaments au Maroc

III.1 Principaux indicateurs et agrégats économiques du marché des médicaments

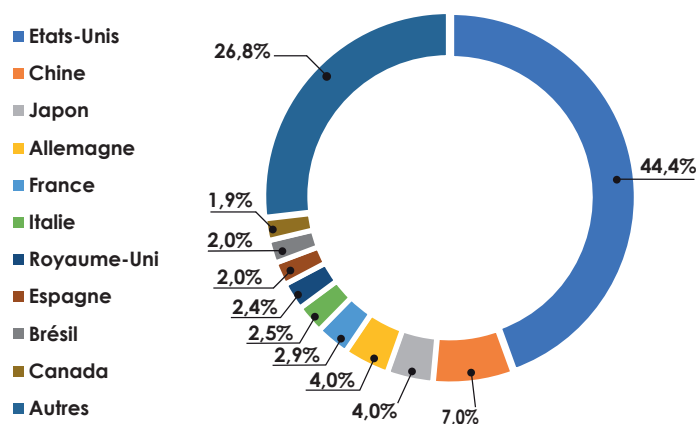
Bien que cet avis porte sur les marchés de la distribution des médicaments à usage humain, il est essentiel de les replacer dans leur environnement global, celui du marché pharmaceutique. En effet, la distribution ne constitue qu'un maillon de la chaîne de valeur, laquelle englobe la vente en gros, la distribution en gros et, en aval, la dispensation au patient. L'analyse de la distribution ne peut donc être pleinement comprise qu'à la lumière des dynamiques générales du secteur pharmaceutique, tant sur le plan international que national. Ainsi, le panorama chiffré qui sera exposé dans cette partie offre une vue d'ensemble sur les principales caractéristiques de ce marché, en termes d'offre et de demande.

III.1.1 Au niveau mondial

À l'échelle mondiale, le marché pharmaceutique se caractérise par une dynamique de croissance soutenue, portée par l'innovation thérapeutique, le vieillissement des populations, la montée en puissance des maladies chroniques, ainsi que par l'élargissement progressif de l'accès aux soins dans de nombreux pays. En 2023⁶, ce marché a été estimé à 1 607 milliards de dollars, enregistrant une progression de 8,2% par rapport à 2022, selon les données d'IQVIA⁷.

S'agissant de la demande, dix marchés ont capté près de 73,2% du chiffre d'affaires du marché pharmaceutique mondial. Les États-Unis demeurent de loin le premier marché avec 44,4% des ventes mondiales, suivis par la Chine (7,0%) et le Japon (4,0%). En Europe, l'Allemagne (4,0%), la France (2,9%) et l'Italie (2,5%) figurent parmi les principaux marchés. Le Brésil (2,0%) illustre la montée en puissance progressive de certains marchés émergents.

Graphique 1 : Les marchés pharmaceutiques les plus importants au Monde en 2023



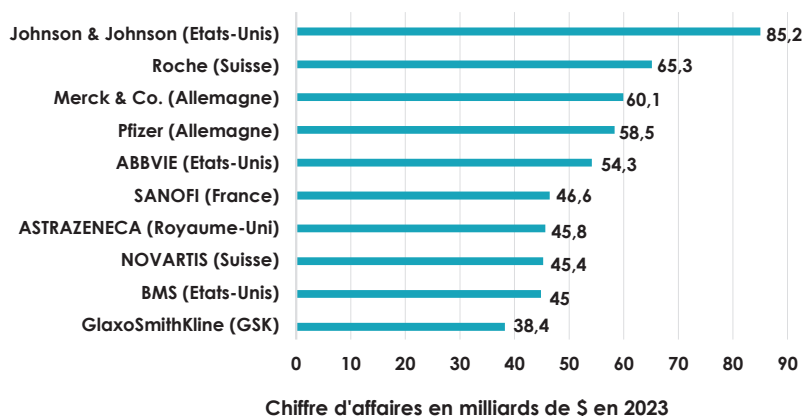
Source : LEEM et IQVIA

⁶ En l'absence de données fiables pour 2024, seuls les chiffres de 2023, derniers disponibles, ont été retenus.

⁷ IQVIA (appelée auparavant Quintiles IMS Health) est une multinationale américaine spécialisée dans les données de santé, l'analyse avancée, les solutions technologiques et les services de recherche clinique.

En termes d'offre, les dix premiers groupes pharmaceutiques mondiaux cumulaient à eux seuls près de 33,9% des parts de marché en 2023, illustrant le rôle central des multinationales dans la structuration de l'offre globale.

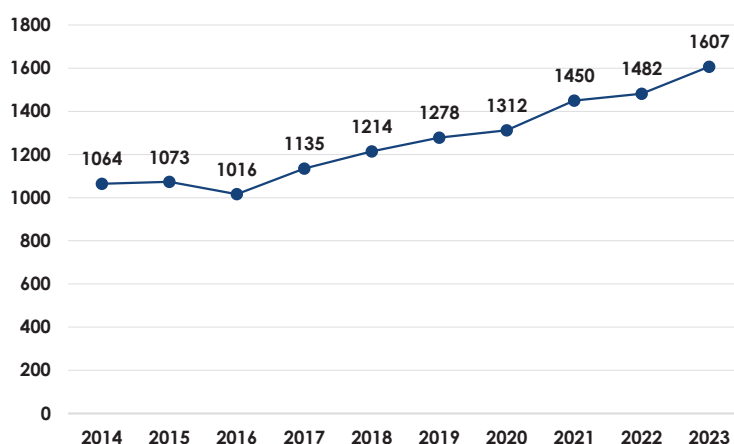
Graphique 2 : Les dix premières entreprises pharmaceutiques au Monde en 2023



Source : Données communiquées par le LEEM

Les dépenses mondiales en médicaments sont passées de 1 271 milliards de dollars en 2019 à 1 607 milliards de dollars, soit une augmentation de 26% sur cette période. Cette croissance résulte aussi de l'introduction de traitements innovants sur le marché notamment dans les domaines de l'oncologie, des maladies auto-immunes et des biotechnologies, souvent associées à des coûts élevés.

Graphique 3 : Dépenses mondiales en médicaments (Hors Vaccins COVID) en milliards de dollars



Source : LEEM et IQVIA

III.1.2. Au niveau national

En 2024, le marché pharmaceutique marocain a atteint 25,9 milliards de dirhams, une progression de 9,6% par rapport à 2023 représentant environ 1,6% du PIB national.

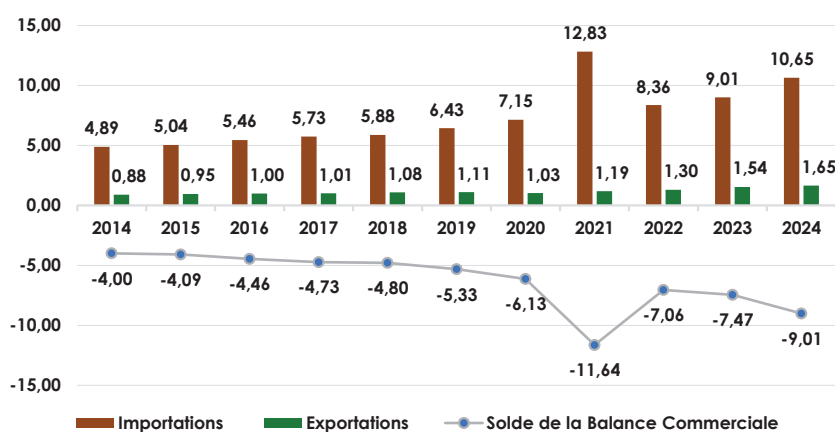
En termes de portefeuille de médicaments commercialisés à ce jour, plus de 7500 médicaments disposent d'une AMM, incluant aussi bien les spécialités fabriquées localement que celles importées. La production locale couvre 52% des besoins en médicaments en valeur et près de 75% en unités à travers 78% des génériques et 36% des princeps fabriqués localement. La pénétration des médicaments génériques dans le marché privé en 2024 est de 56,1% en unités et de 50,4% en valeurs⁸.

Par ailleurs, 11% de la production pharmaceutique nationale est destinée à l'export, principalement vers le continent africain. En parallèle, le Maroc reste fortement dépendant des importations, tant pour les matières premières pharmaceutiques (principes actifs, excipients) que pour les médicaments finis.

Entre 2014 et 2024, les importations des médicaments ont presque doublé, passant de près de 4,9 milliards de dirhams en 2014 à plus de 10,6 milliards de dirhams en 2024. En comparaison, les exportations des médicaments ont connu une progression plus modeste, augmentant de 884 millions de dirhams à environ 1,6 milliard de dirhams sur la même période. Cette évolution a conduit à un déficit commercial important et structurel, qui s'est creusé au fil de la décennie pour atteindre près de 9 milliards de dirhams en 2024.

Le graphique, ci-après, illustre l'évolution comparée des importations, des exportations et du solde de la balance commerciale du marché pharmaceutique marocain entre 2014 et 2024 :

Graphique 4 : Évolution des importations, des exportations et du solde de la balance commerciale du marché pharmaceutique marocain : 2014-2024
(en milliards de dirhams)



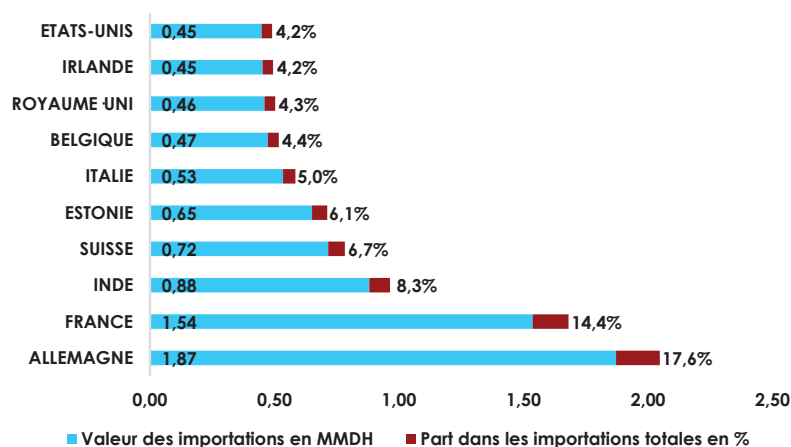
Source : Établi par le Conseil à partir des données de la FMIIP

En 2024, les importations marocaines de médicaments demeurent fortement concentrées, les dix principaux pays fournisseurs totalisent à eux seuls près de 75 % de la valeur globale des importations. L'Allemagne arrive en tête avec une valeur de 1,87 milliard de dirhams, soit 18%

⁸ Selon les données communiquées par la FMIIP.

des importations totales. La France suit de près avec 1,54 milliard de dirhams, représentant 14%. Viennent ensuite l'Inde (8%) et la Suisse (7%), suivies de pays européens comme l'Estonie (6%), l'Italie (5%), la Belgique (4%), le Royaume-Uni (4%) et l'Irlande (4%). Les États-Unis complètent ce top 10 avec 4,2% des importations. Cette concentration géographique des importations traduit la forte dépendance du marché national vis-à-vis des fournisseurs européens et asiatiques, notamment pour les médicaments onéreux à forte valeur ajoutée.

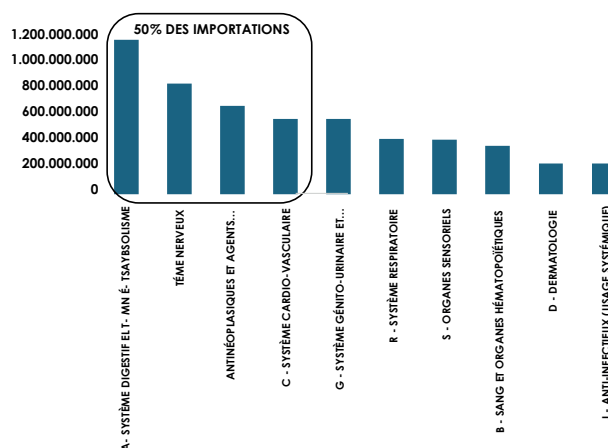
Graphique 5 : Répartition des importations marocaines des médicaments selon le top 10 des pays fournisseurs en 2024



Source : Établi par le Conseil à partir des données de la FMIIP

Faute de données disponibles pour l'année 2024, les classes thérapeutiques les plus importées en 2023, sur la base d'une étude menée par la FMIIP, sur la valorisation de la fabrication locale et des médicaments Génériques et Biosimilaires au Maroc, a fait ressortir que près de 50% des importations de médicaments, selon la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC), concernent principalement les médicaments du système digestif et métabolique, du système nerveux, les antinéoplasiques et agents immunomodulateurs, ainsi que ceux du système cardiovasculaire.

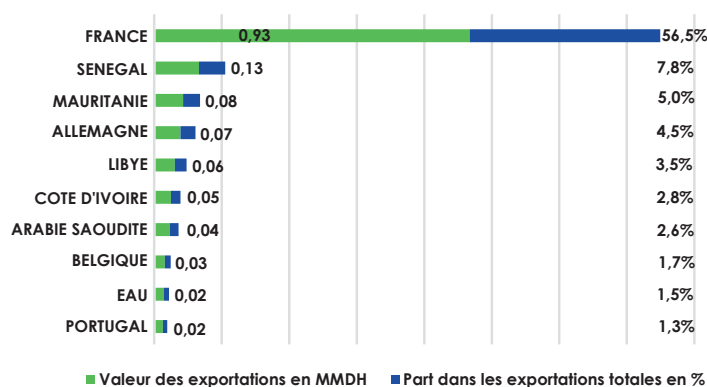
Graphique 6 : Les dix premiers ATC importées au Maroc en 2023



Source : Extrait de l'étude établie par la FMIIP

Quant aux exportations, les ventes marocaines de médicaments à l'international ont atteint en 2024 un montant de 929,86 millions de dirhams à destination de la France, soit plus de 56% de la valeur totale exportée. Suivent le Sénégal (7,8%), la Mauritanie (5%), l'Allemagne (4,5%), la Libye (3,5%) et la Côte d'Ivoire (2,72%).

Graphique 7 : Répartition des exportations marocaines de médicaments par pays en 2024



Source : Établi par le Conseil à partir des données de la FMIIP

Cette forte concentration apparente vers la France pourrait, à première lecture, laisser croire à une orientation majoritairement européenne des débouchés du secteur pharmaceutique marocain. Or, cette lecture est biaisée. En effet, la part élevée s'explique en grande partie par des opérations de transit via des plateformes logistiques spécialisées basées en France, telle que Planetpharma, servant de relais pour la réexportation des médicaments vers les marchés africains.

S'agissant de l'écosystème pharmaceutique, le Maroc dispose d'un tissu structuré articulé autour de 56 établissements pharmaceutiques industriels, 66 établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs et environ 14 000 pharmacies d'officine.

Le marché pharmaceutique marocain se distingue par sa conformité aux standards internationaux. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe le Maroc dans la zone Europe en termes de qualité et le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM) a obtenu la préqualification de l'OMS ainsi que la certification de la Direction Européenne de la Qualité du Médicament. De surcroît, le Centre National de Pharmacovigilance, reconnu par l'OMS, dispose également de plus de 30 ans d'expertise dans la surveillance des effets indésirables des médicaments.

Aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique marocaine intègre des capacités de production avancées, allant des formes standards aux formes galéniques complexes et innovants telles que les biosimilaires, les chimiothérapies hormonales, insulines en seringues préremplies, poches pour nutrition parentérale, et aérosols dont la production a démarré en 2019. En plus d'une usine d'hormonologie autorisée en 2020.

Si l'analyse de l'offre met en évidence un tissu industriel pharmaceutique en développement et des capacités de production des médicaments en cours de diversification, il convient également d'examiner la dynamique de la demande nationale, notamment à travers les niveaux de consommation et de dépenses en médicaments.

Les médicaments représentent en effet une part importante des dépenses de santé au Maroc, notamment dans le cadre de l'AMO, qui couvre aujourd'hui 27,8 millions de bénéficiaires⁹.

En 2024, les dépenses en médicaments (hors automédication) engagées par les assurés relevant des organismes gestionnaires de l'AMO (CNOPS et CNSS), s'élèvent à environ 11,86 milliards de dirhams¹⁰. Le tableau ci-après présente l'évolution des dépenses en médicaments engagées par les assurés relevant de ces deux régimes au cours des dix dernières années :

Tableau 2 : Evolution des dépenses en médicaments des assurés de la CNOPS et de la CNSS sur la période 2014-2024

Année	CNSS		CNOPS	
	Nombre de consommateurs (Population sinistrée)	Frais engagés en médicaments des assurés (en dhs)	Nombre de consommateurs (Population sinistrée)	Frais engagés en médicaments des assurés (en dhs)
2014	841 135	1 172 851 378	1 067 416	1 973 144 694
2015	946 012	1 263 249 203	1 091 368	1 945 113 250
2016	1 073 144	1 470 511 017	1 129 207	2 019 860 609
2017	1 175 049	1 670 988 019	1 160 572	2 265 973 395
2018	1 275 963	1 862 105 356	1 138 869	2 260 105 681
2019	1 399 596	2 133 524 400	1 180 970	2 383 181 447
2020	1 335 473	2 239 284 683	1 102 911	2 349 126 279
2021	1 586 165	2 806 930 814	1 230 102	3 066 184 673
2022	2 035 775	3 329 549 608	1 295 324	3 184 642 911
2023	3 378 581	6 080 836 445	1 312 796	3 321 722 478
2024	4 846 338	8 285 394 709	1 355 155	3 583 822 886

Source : CNSS et CNOPS

Les dépenses en médicaments ont connu une croissance continue sur la période 2014-2024 par les assurés des deux régimes CNOPS et CNSS, avec une accélération notable à partir de 2022, particulièrement au niveau de la CNSS avec la généralisation de l'AMO :

- Au niveau de la CNSS : Les frais engagés en médicaments par la population sinistrée ont été multipliés par 7 passant de 1,17 milliard DH en 2014 à 8,29 milliards de dirhams en 2024 avec un élargissement massif de la population sinistrée, soit près de 5,8 fois plus. La population assurée de la CNSS est passée de 8,6 millions en 2021 à 24,7 millions en 2024.
- Au niveau de la CNOPS : Les dépenses en médicaments de la population sinistrée sont passées de 1,97 milliard DH à 3,58 milliards DH, soit une progression de 81% sur dix

⁹ La somme des bénéficiaires de la CNSS et de la CNOPS.

¹⁰ Données recueillies via les questionnaires adressés à la CNSS et la CNOPS.

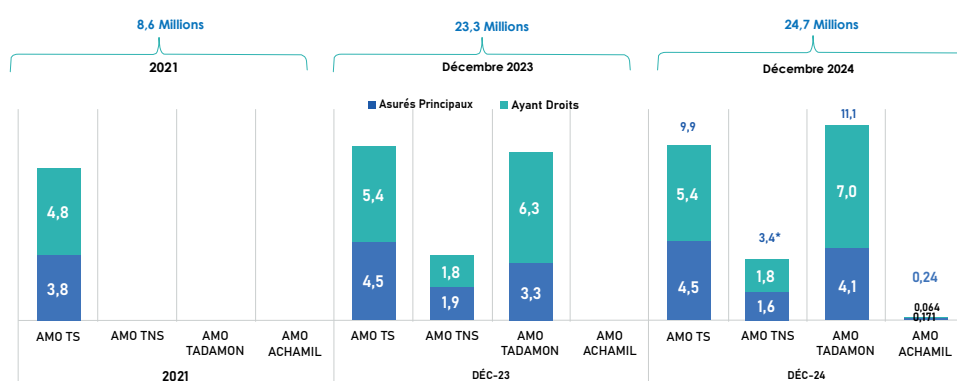
ans alors que le nombre des consommateurs est passé de 1,06 à 1,35 million soit une hausse de 27%. Le nombre d'assurés de la CNOPS reste relativement stable autour de 3,1 millions depuis des années.

L'augmentation du nombre de consommateurs de la CNSS est dû à la généralisation de l'AMO, notamment à partir de 2022, année marquante dans le chantier de la Couverture de Santé Universelle (CSU). Un chantier structurant de transformation sociale, soutenu par une vision royale éclairée et une volonté politique affirmée, visant à bâtir un État social équitable, plaçant la santé au cœur du développement humain.

Cette généralisation de la CSU repose sur deux piliers essentiels :

- L'élargissement de l'AMO à l'ensemble des actifs, incluant notamment les travailleurs non-salariés ;
- L'intégration des populations vulnérables, précédemment couvertes par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), soit plus de 11 millions de personnes, désormais incluses dans le régime contributif avec une prise en charge des cotisations par l'État via le Fonds de Cohésion Sociale.

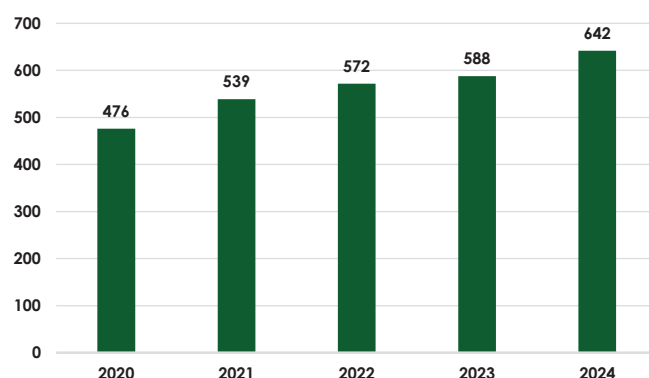
Graphique 8 : Évolution de la généralisation de la couverture médicale 2021-2024



Source : Données de la CNSS

Cette généralisation de la couverture médicale est appelée à modifier la dynamique de la demande en soins, notamment en ce qui concerne la consommation et les dépenses en médicaments. A mesure que de nouveaux assurés accèdent aux services de santé, une augmentation progressive du recours aux médicaments est attendue. Toutefois, selon les données communiquées par le Conseil Régional des Pharmaciens d'Officine du Sud (CRPOS), le niveau de consommation des médicaments reste encore limité.

Graphique 9 : Évolution de la consommation privée par habitant et par an, des médicaments en valeur, au Maroc (2020-2024) en DH



Source : Données du CROPS

L'analyse de l'évolution de la consommation de médicaments par habitant avant et après la généralisation de l'AMO révèle que, malgré l'élargissement de la couverture médicale, le niveau de consommation de médicaments par habitant reste relativement modéré. En 2024, la dépense annuelle moyenne en médicaments par habitant s'élève à 642 dirhams, contre 588 dirhams en 2023, et 476 dirhams en 2020, soit une hausse globale de près de 35%. Cette évolution, bien que significative, demeure en deçà des niveaux observés dans plusieurs pays. À titre d'exemple, en 2024, les dépenses en médicaments par habitant atteignaient 17 060 Dirhams aux États-Unis, 7 992 Dirhams en Allemagne, 5 378 Dirhams en France et 4 259 Dirhams au Portugal¹¹.

III.2 Organisation de la distribution des médicaments

III.2.1 Circuits de distribution des médicaments au Maroc

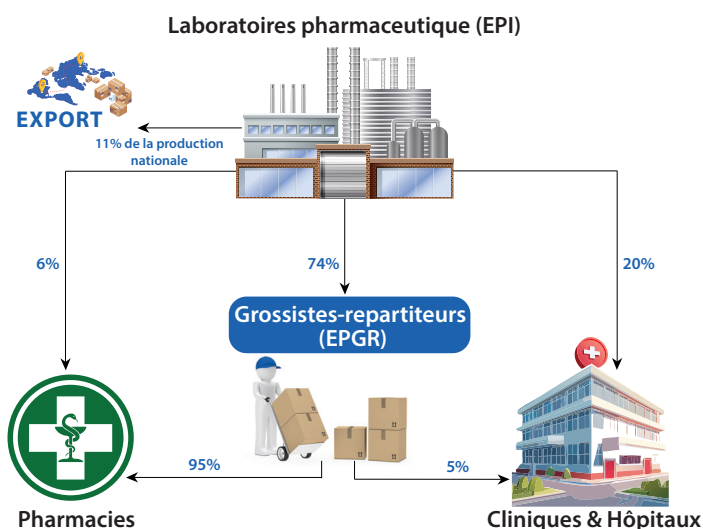
Avant d'examiner en détail les divers acteurs intervenant dans la distribution des médicaments, il est pertinent de commencer par une présentation générale de l'organisation des circuits de distribution.

La distribution des médicaments au Maroc repose sur un écosystème structuré, encadré par les dispositions de la loi n° 17-04. Cet écosystème qui relie les établissements pharmaceutiques industriels responsables de la fabrication et de l'importation des médicaments, et les patients, destinataires finaux, s'articule autour de deux niveaux de distribution : la distribution en gros et la distribution au détail (dispensation).

Le schéma ci-dessous illustre les principaux acteurs et canaux de la chaîne de distribution du médicament au Maroc. Il convient de souligner que, conformément à la loi n° 17-04, la distribution des médicaments doit impérativement s'opérer dans un cadre réglementé, garantissant la qualité, la sécurité et la traçabilité des médicaments :

¹¹ Source : Rapport de l'OCDE : Panorama de la santé 2025, les indicateurs de l'OCDE. La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024.

Figure 1 : Acteurs et circuits de la chaîne de distribution pharmaceutique au Maroc



Source : FMIP et IQVIA

Au départ de la chaîne, les EPI assurent la fabrication locale ou l'importation des médicaments destinés au marché national, et développent également l'export vers l'international. La majeure partie de leur production et importation est ensuite orientée vers le circuit classique de distribution, qui repose principalement sur les établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs. Ces derniers assurent l'interface entre les industriels et les pharmacies d'officine. En pratique, les grossistes-répartiteurs achètent près de 74% des médicaments directement auprès des établissements pharmaceutiques industriels, pour les distribuer en gros majoritairement aux pharmacies d'officine, qui constituent leur principal débouché. En effet, 95% des ventes réalisées par les grossistes sont destinées aux pharmacies d'officine, assurant ainsi une couverture nationale et des livraisons régulières : quatre fois par jour dans les grandes villes, deux fois par jour dans les petites villes, et une fois par jour en zone rurale. En revanche, les réserves des cliniques et hôpitaux restent faiblement desservies par ce canal, ne représentant qu'environ 5% des ventes des établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs. Pour répondre à leurs besoins, ces établissements s'approvisionnent essentiellement en vente directe auprès des établissements pharmaceutiques industriels qui assurent environ 20% de la distribution en gros à ce segment hospitalier.

Dans le secteur public, les achats sont réalisés principalement par voie d'appels d'offres centralisés organisés par le ministère de la Santé et de la Protection sociale notamment la Direction de l'approvisionnement en médicaments et produits de santé (DAMPS), ou de marchés conclus par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Quant au secteur privé, les cliniques et groupes de santé passent des commandes directes auprès des EPI ou plus

rarement via les EPGR notamment s'ils assurent la distribution par délégation conformément à l'article 89 de la loi n° 17-04 du code du médicament et de la pharmacie¹², sur la base de négociations directes avec le EPI principalement via des appels d'offres et de bons de commande. Ces commandes définissent les prix d'achat, les volumes commandés, les modalités de livraison et pourraient inclure des conditions préférentielles sous forme de remises, ristournes ou gratuités.

En plus de ce circuit classique, il existe d'autres canaux de distribution, comme la distribution en gros directe des médicaments par les établissements pharmaceutiques industriels aux pharmacies d'officines qui représentent environ 6% de leurs ventes. Ainsi, l'organisation des circuits de distribution des médicaments au Maroc reflète une segmentation fonctionnelle entre le circuit officinal, fondé sur l'intermédiation des grossistes-répartiteurs, et le circuit hospitalier, plus direct et désintermédié dans sa majorité.

Enfin, il convient de rappeler le rôle déterminant du prescripteur dans l'orientation de la distribution du médicament. Bien que centré sur le diagnostic et la prise en charge médicale du patient, le médecin joue un rôle clé dans le choix thérapeutique, conditionnant ainsi la demande en médicaments. Pour rester informé des innovations thérapeutiques, des indications nouvelles ou des recommandations de bonnes pratiques, le médecin s'appuie notamment sur les visites des délégués médicaux et sa participation à des séminaires, congrès ou formations continues organisés par les industriels du médicament.

III.2.2 Acteurs de distribution des médicaments au Maroc

La distribution des médicaments au Maroc mobilise plusieurs catégories d'acteurs qui interviennent à différents niveaux de la chaîne, conformément à la réglementation en vigueur. Chacun contribue à assurer l'accessibilité, la disponibilité et la sécurité des médicaments sur l'ensemble du territoire national.

III.2.2.1. Établissements pharmaceutiques industriels

Les établissements pharmaceutiques industriels constituent le premier maillon de la chaîne de distribution du médicament et sont à l'origine de la mise sur le marché des médicaments, par la production locale ou l'importation. Leur rôle ne se limite pas à la fabrication, ils interviennent également à la distribution, en assurant la vente en gros des médicaments aux grossistes-répartiteurs, la distribution en gros directement aux réserves des cliniques et hôpitaux et aux pharmacies d'officine ainsi que l'exportation vers des marchés étrangers.

Le Maroc compte aujourd'hui 56 établissements pharmaceutiques industriels agréés, regroupant à la fois des industriels nationaux et des filiales de multinationales.

¹² Les établissements pharmaceutiques industriels peuvent confier certaines opérations (fabrication, contrôle, conditionnement, stockage, vente ou distribution) à d'autres établissements industriels ou à des grossistes répartiteurs, via un contrat technique validé par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

Selon les données communiquées par la Direction Générale des Impôts, ces établissements ont réalisé un chiffre d'affaires de près de 25,91 milliards de dirhams en 2024, enregistrant une progression de 9,6% par rapport à 2023, et d'environ 58% en comparaison à 2016.

III.2.2.2 Établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs

Les grossistes-répartiteurs représentent le maillon central de la chaîne de distribution des médicaments. Ces établissements sont chargés de l'achat, de la détention et de la distribution en gros des médicaments aux pharmacies d'officine et aux réserves de médicaments dans les cliniques. Ils peuvent également exporter des médicaments, sous réserve d'être autorisés à cet effet par l'EPI titulaire des AMM, conformément à l'article 19 de la loi n° 17-04.

En 2024, le Maroc compte 66 établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs en activité, ayant réalisé un chiffre d'affaires, d'environ 16,26 milliards de dirhams en 2024. Ce montant représente une augmentation de 11,3% par rapport à 2023, où le chiffre d'affaires s'élevait à 14,61 milliards de dirhams.

Parmi ces 66 EPGR, six grands groupes concentrent plus de 60% d'acteurs et plus de 84% des parts de marché, tandis que le reste est composé d'opérateurs indépendants :

Tableau 3 : La répartition des parts de marchés par opérateurs (en 2024)

Opérateurs	Parts de marché en %
Groupe A	24,1
Groupe B	21,7
Groupe C	19,5
Groupe D	8,7
Groupe E	6,2
Groupe F	4,5
Indépendants	15,3
Total	100

Source : Établi par le Conseil à partir des données du questionnaire adressé aux EPGR

III.2.2.3. Pharmacies d'officine

Les pharmacies d'officine représentent le dernier maillon de la chaîne de distribution du médicament au Maroc. Elles sont responsables de la délivrance des médicaments, de la dispensation des prescriptions médicales, ainsi que du conseil et de l'information aux patients sur l'utilisation appropriée des médicaments.

Le réseau des pharmacies d'officine compte environ 14 134 pharmacies¹³ réparties sur l'ensemble du territoire marocain réalisant un chiffre d'affaires global qui s'élève à 13,52 milliards de dirhams en 2024.

En matière de distribution, ces dernières constituent les principaux débouchés commerciaux des grossistes-répartiteurs et le premier point de contact des patients avec le système de santé.

¹³ Selon les données communiquées par le CROPS au titre de 2024..

III.3 Système de fixation des prix des médicaments au Maroc et marges des acteurs

Alors que le cadre réglementaire relatif à la fixation des prix des médicaments a été abordé précédemment, cette partie porte sur les mécanismes opérationnels ainsi qu'à la structuration des marges appliquées aux différents acteurs des circuits de distribution.

III.3.1. Rappel du système de fixation des prix des médicaments

Au Maroc, le prix des médicaments à usage humain ne relève pas du libre jeu de l'offre et de la demande. Il est encadré par un dispositif législatif et réglementaire spécifique, en application des articles 2 et 3 de la loi n° 104.12 relative à la liberté des prix et de la concurrence. Pareillement, la loi n°17-04 relative au code des médicaments et de la pharmacie dispose, dans son article 17, que « le prix public de vente des médicaments fabriqués localement ou importés continue à être réglementé par l'administration selon les conditions et modalités définies par voie réglementaire ».

Ainsi, la fixation des prix relève de la compétence du ministre de la Santé et de la Protection Sociale, agissant par délégation de pouvoirs du Chef du Gouvernement, et après avis de la Commission interministérielle des prix¹⁴.

Le décret n° 2-13-852, entré en vigueur en 2013, définit la structure du prix public de vente du médicament qui en plus du prix fabricant hors taxe s'ajoutent :

- La marge du grossiste-répartiteur,
- la marge du pharmacien d'officine,
- la TVA, supprimée en 2024, entraînant l'exonération totale des médicaments.

● Prix des médicaments princeps

Pour un médicament princeps, fabriqué localement ou importé, nouvellement introduit, le PFHT est fixé sur la base du prix le plus bas observé dans les pays du benchmark et dans le pays d'origine lorsqu'il est différent de ces derniers, converti en dirhams.

Dans le cas où le médicament n'est commercialisé dans aucun des pays de référence, le PFHT est aligné sur le PFHT du pays d'origine converti en dirhams.

La révision du prix du princeps intervient, quant à elle, selon une périodicité quinquennale, à l'occasion du renouvellement de l'AMM. Cette révision s'applique sur la base de la moyenne des prix pratiqués dans les pays de référence.

● Prix des médicaments génériques

Pour les médicaments génériques, fabriqué localement ou importé, le prix est fixé sur la base du prix du médicament princeps réduits d'un taux de décrochage (variable en fonction du niveau du PFHT de son princeps) :

¹⁴ La commission interministérielle des prix est instituée par le décret d'application de la loi sur la liberté des prix et de la concurrence n°2-14-652 du 1er décembre 2014, elle est chargée de donner un avis sur les questions relatives à la réglementation des prix, dont celui des médicaments, qui lui sont soumises et de proposer toute mesure à cet effet (article 35).

Tableau 4 : Taux du décrochage du générique par rapport au princeps

Taux de décrochage du générique par rapport au princeps		
Prix fabricant HT du princeps (en dh)	Décrochage	Exemple
PFHT ≤ 15	0%	Exemple de calcul du prix maximum de référence d'un médicament générique : PFHT du princeps = 200 dh Taux de décrochage = 40% Prix maximum HT du générique = 120 dh
15 ≤ PFHT ≤ 30	15%	
30 ≤ PFHT ≤ 70	30%	
70 ≤ PFHT ≤ 150	35%	
150 ≤ PFHT ≤ 300	40%	
PFHT > 300	50%	
Taux de décrochage du prix des biosimilaires par rapport aux médicaments princeps issus de la Biotechnologie		
Quel que soit le prix	30%	

Source : 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.

Lorsque le princeps n'est pas commercialisé au Maroc, le PFHT du générique est calculé à partir du PFHT théorique du princeps obtenu par benchmark international.

La révision des médicaments génériques, intervient à l'occasion de la révision du prix public de vente de leurs princeps ou, à défaut, du premier générique ou biosimilaire enregistré au Maroc. La médiane des prix des médicaments commercialisés constituera le nouveau prix maximum de référence.

Les prix des médicaments génériques supérieurs au prix maximum de référence doivent au moins y être alignés. Aucun générique ne peut être commercialisé, suite à la révision de son PPV, à un prix supérieur au prix public de vente de son médicament princeps.

III.3.2. Marges brutes des acteurs de la distribution des médicaments

La réglementation des marges des acteurs de la distribution des médicaments au Maroc repose sur un système de tarification structuré en quatre tranches (T1 à T4), définies selon le PFHT. Ces tranches déterminent les marges appliquées par les EPGR ainsi que les pharmaciens d'officine. Il convient de souligner que les marges définies par la réglementation correspondent à des marges commerciales brutes sur le prix de vente, calculées comme la différence entre le prix de vente pratiqué par chaque acteur et son prix d'achat.

Le tableau ci-dessous résume le système de fixation des marges pour chaque acteur de la chaîne de distribution (EPGR et pharmacien d'officine), en y incluant également le taux de calcul en vigueur avant la réforme de 2013.

Tableau 5 : Système de fixation des marges pour chaque acteur de la chaîne de distribution (EPGR et pharmacien d'officine)

Tranche	PFHT (DH)	Marge EPGR par rapport au PPM (Avant le décret de 2013)	Marge EPGR par rapport au PFHT	Marge EPGR par rapport au PPV	Marge pharmacien par rapport au PPM (Avant le décret de 2013)	Marge pharmacien par rapport au PFHT	Marge pharmacien par rapport au PPV
T1	PFHT ≤ 166	10%	11%	9,9%	30%	57%	33,93%
T2	166 < PFHT ≤ 588		11%	9,9%		47%	29,73%
T3	588 < PFHT ≤ 1766		2%	1,66%		300 (Forfait)	300 (Forfait)
T4	PFHT > 1766		2%	1,66%		400 (Forfait)	400 (Forfait)

Source : Établi par le Conseil à partir du 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 et des données communiquées par les parties auditionnées

À titre de comparaison avec le système qui était en vigueur avant la réforme de 2013, les marges des grossistes-répartiteurs et des pharmaciens étaient calculées par rapport au prix public du médicament (PPM), tandis que le décret n° 2-13-852 a modifié ce mode de calcul en les basant sur le PFHT.

Ainsi, lorsqu'on rapporte les marges actuellement prévues par la réglementation au prix public de vente, il en ressort ce qui suit :

● **Pour les établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs (EPGR) :**

- Une marge de 11% pour les médicaments dont le PFHT, est inférieur ou égal à 588 DH (tranches T1 et T2) soit 9,9% par rapport au PPV.
- Une marge réduite à 2% pour les médicaments dont le PFHT dépasse 588 DH (tranches T3 et T4) soit 1,66% par rapport au PPV.

● **Pour les pharmacies d'officine :**

- La marge est calculée en pourcentage du PFHT, avec des taux élevés pour les produits à faible coût pour les tranches T1 et T2, respectivement 57% pour T1 et 47% pour T2 par rapport au PFHT, (soit respectivement 33,93% et 29,76% du PPV).
- Pour les médicaments onéreux relevant des T3 et T4, la marge est forfaitaire fixée à 300 DH pour la tranche T3 et à 400 DH pour la tranche T4.

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

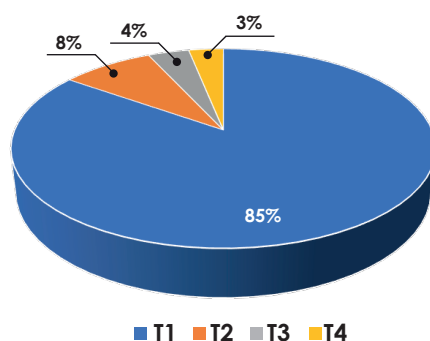
● **Pour les médicaments destinés aux réserves des cliniques et hôpitaux,** le prix hospitalier est calculé sur la base du prix fabricant TTC, majoré d'une marge bénéficiaire de 5% sur le PFHT, plafonnée à un maximum de 400 DH.

III.3.3 Cartographie des baisses liées aux révisions du prix public de vente des médicaments

L'application du décret n° 2-13-852 a engendré, depuis 2014, plusieurs vagues de révisions tarifaires ayant conduit à des baisses significatives du prix des médicaments, tant princeps que génériques.

Les données analysées communiquées par la FMIIIP, montrent que les baisses de prix sont majoritairement concentrées dans la tranche T1, qui regroupe les médicaments à plus faible prix. Comme l'illustre le graphique ci-dessus, 85% des révisions concernent les médicaments de la tranche T1, tandis que les tranches supérieures T2, T3 et T4 ne représentent respectivement que 8%, 4% et 3% des révisions effectuées.

Graphique 10 : Répartition des baisses par tranches de prix des médicaments en% (Jusqu'au BO du 09/01/2025)



Source : Établi par le Conseil à partir des données fournies par la FMIIIP

Cette dynamique de baisse, massivement concentrée sur les tranches 1 et 2, contribue à alléger la charge financière supportée par les patients, mais exerce une pression croissante sur la rentabilité de la chaîne de distribution, en particulier pour les grossistes-répartiteurs et les officines dont les marges sont proportionnelles au PFHT.

III.4 Système de remboursement des médicaments dans le cadre de l'AMO

Le remboursement des médicaments constitue un levier essentiel dans la dynamique de leur distribution au Maroc. En réduisant le reste à charge pour les assurés, il améliore l'accès aux traitements et favorise ainsi une demande accrue au niveau des pharmacies. Cette demande, soutenue par les régimes d'AMO, conditionne en grande partie les volumes écoulés sur le marché national, ce qui signifie que la politique de remboursement influence fortement les prescriptions en favorisant les médicaments remboursés, ce qui a un impact indirect sur leurs ventes et leur distribution.

III.4.1. Principaux acteurs et processus de remboursement des médicaments

Le système de remboursement des médicaments au Maroc repose principalement sur les régimes de l'AMO, gérés par la CNSS pour les salariés du secteur privé, et la CNOPS pour les fonctionnaires et agents du secteur public.

La CNSS est une institution publique créée en 1961, chargée de la gestion du régime de sécurité sociale des salariés du secteur privé. Elle assure à la fois le recouvrement des cotisations et le service des prestations sociales, notamment celles liées à la couverture maladie. Au fil du temps, la CNSS a vu ses missions s'élargir avec l'intégration de nouvelles catégories de populations, notamment les travailleurs non-salariés, dans le cadre du chantier de réforme de la protection sociale.

La CNOPS, quant à elle, fut créée en 1950 en tant qu'union de mutuelles, régie par le dahir sur les mutuelles de 1963. Forte de son expérience dans les métiers de l'assurance maladie (tarification, conventionnement, contrôle médical, liquidation des prestations), elle a été un acteur central dans la mise en œuvre de l'AMO au profit des fonctionnaires.

Dans le cadre de la réforme de gouvernance des régimes d'assurance maladie, le Conseil de Gouvernement a adopté, le 7 novembre 2024, le projet de loi n°54-23 modifiant et complétant la loi n°65-00 relative à l'AMO. Ce projet de loi vise à confier la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire du secteur public à la CNSS, en remplacement de la CNOPS, afin d'unifier la gestion des systèmes de l'AMO sous une seule entité.

Sur le plan opérationnel, le remboursement d'un médicament s'initie par le dépôt, par l'EPI, d'une demande auprès de l'ANAM, qui sera désormais remplacée par la HAS. Cette demande est conditionnée par l'obtention préalable d'une AMM et par la fixation du PPV ou du prix hospitalier (PH) par le ministère de la Santé et de la Protection Sociale, conformément aux dispositions du décret n° 2-13-852 du 18 décembre 2013 relatif aux modalités de fixation des prix des médicaments.

Le remboursement est accordé sur la base des critères définis à l'article 8 du décret n°2-05-733 pris pour l'application de la loi n° 65-00, et formalisé par arrêté ministériel, en tenant compte notamment du service médical rendu (SMR) par le médicament concerné.

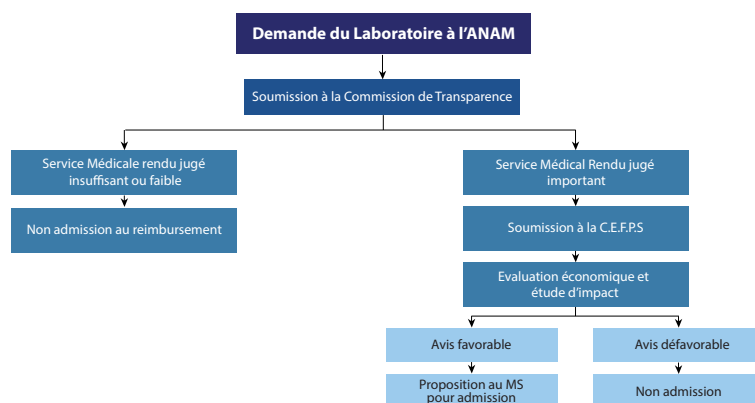
L'admission des médicaments au remboursement repose sur un processus d'évaluation, à la fois scientifique et économique, mené respectivement par la Commission de la Transparence (CT)¹⁵ et la Commission d'Évaluation Économique et Financière des Produits de Santé

¹⁵ La CT est chargée de donner un avis sur l'inscription ou le retrait des spécialités pharmaceutiques de la liste des médicaments remboursables au titre de l'AMO. Depuis 2014, ses missions incluent également l'examen des demandes relatives aux médicaments prescrits hors AMM ou non commercialisés au Maroc. La CT évalue le SMR et l'ASMR, contribue au bon usage du médicament.

(CEEFPS)¹⁶. Ces commissions examinent, entre autres, le SMR, l'amélioration du service médical rendu (ASMR), ainsi que le coût du traitement et les comparateurs internationaux.

Les résultats de ces évaluations sont transmis au Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, qui décide, par arrêté, de l'inscription effective du médicament sur la liste des médicaments remboursables.

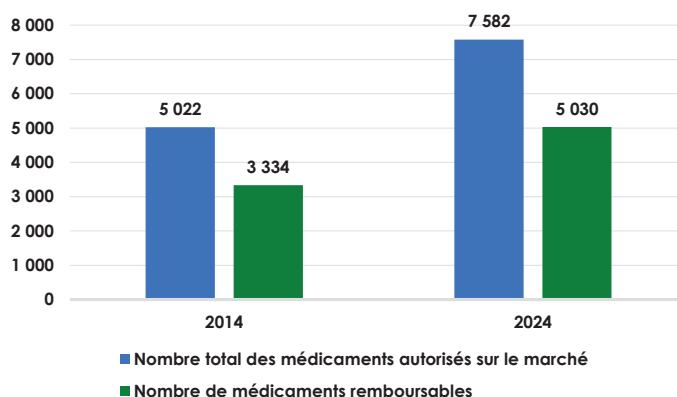
Figure 2 : Processus d'admission au remboursement des médicaments



Source : CNSS

Ainsi, le remboursement des médicaments est effectué sur la base d'un Guide des Médicaments Remboursables (GMR) qui recense aujourd'hui plus de 5 000 références. Comme le montre le graphique, ci-après, entre 2014 et 2024, le nombre total de médicaments autorisés sur le marché est passé de 5 022 à 7 582. Parallèlement, le nombre de médicaments inscrits sur le GMR a également connu une progression significative, passant de 3 334 en 2014 à 5 030 en 2024.

Graphique 11 : Évolution du nombre de médicaments autorisés et remboursables au Maroc (2014-2024)



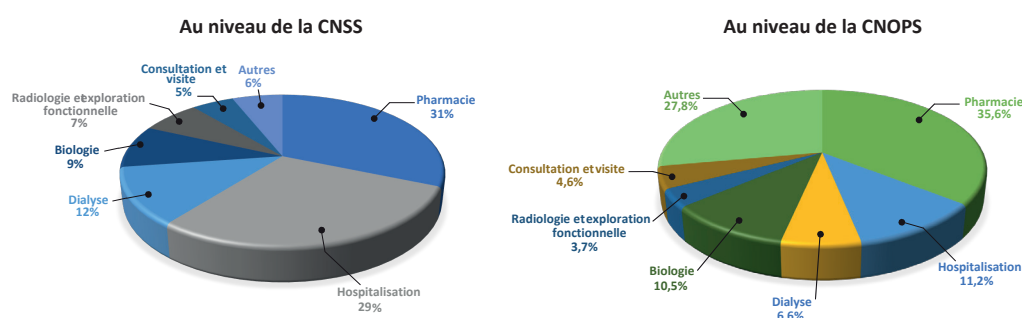
Source : Établi par le Conseil à partir des données de la CNOPS et CNSS

¹⁶ La CEEFPS, présidée par le Directeur Général de l'ANAM (ou son représentant), regroupe notamment la CNSS, la CNOPS, le ministère de la Santé, les industriels pharmaceutiques et l'Association marocaine des professionnels des dispositifs médicaux. Elle est chargée d'analyser l'impact économique et financier de l'introduction ou du retrait d'un produit de la liste des produits de santé remboursables.

III.4.2. Aperçu sur les remboursements des médicaments dans le cadre de l'AMO

À ce jour, la pharmacie constitue le premier poste des remboursements sur les dépenses de soins de santé dans les régimes gestionnaires de l'AMO (CNSS et CNOPS), avec une part de 35,6% au sein de la CNOPS et de 31% dans le régime de la CNSS. Ce qui reflète à la fois le poids économique du médicament dans le panier de soins et son rôle central dans la politique de remboursement et d'accès aux traitements.

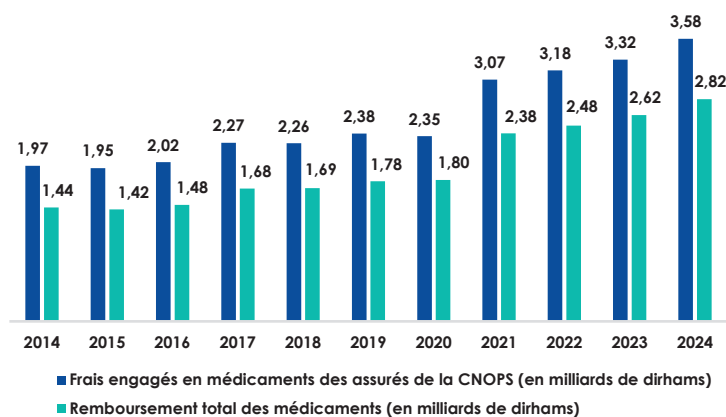
Graphique 12 : Poids de la pharmacie par rapport aux autres familles de soins CNSS et CNOPS (en 2024)



Source : Établi par le Conseil à partir des données de la CNSS et CNOPS

Sur la période 2014–2024, les remboursements relatifs aux dépenses en médicaments ont connu une progression continue dans les deux principaux régimes de l'AMO :

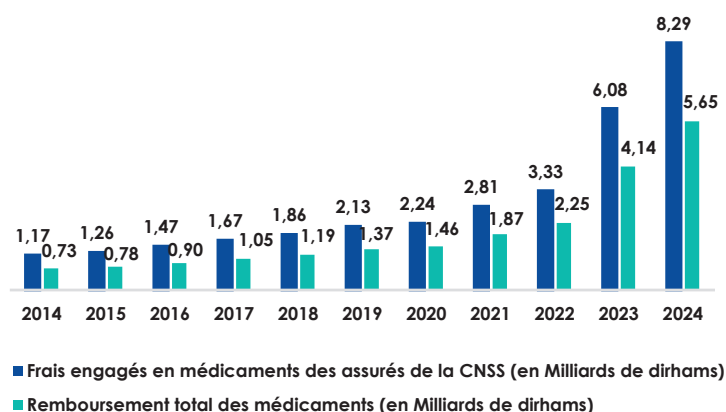
Graphique 13 : Évolution des dépenses et remboursements des médicaments par la CNOPS sur la période 2014-2024



Source : Établi par le Conseil à partir des données de la CNOPS

- Pour la CNOPS, les montants remboursés sont passés de 1,44 milliard de dirhams en 2014 à 2,82 milliards de dirhams en 2024, soit une hausse de 95% sur dix ans (+1,38 milliards de dirhams).

Graphique 14 : Évolution des dépenses et remboursements des médicaments par la CNSS sur la période 2014-2024



Source : Établi par le Conseil à partir des données de la CNSS

- Au niveau de la CNSS, la croissance est encore plus marquée. Les remboursements ont été multipliés par plus de 7, passant de 728 millions de dirhams en 2014 à plus de 5,65 milliards de dirhams en 2024 (+4,9 milliards de dirhams). Cette dynamique, particulièrement marquante à partir de 2021, coïncide avec le chantier de généralisation de la couverture sociale universelle.

Le remboursement des médicaments dans le cadre de l'AMO s'effectue sur la base du PPV du médicament générique le plus proche de la spécialité de référence lorsqu'il existe, portant la même dénomination commune internationale (DCI).

Au niveau de la CNSS, le taux de couverture des médicaments est de :

- 70% de remboursement sur la base du tarif national de référence pour les médicaments admis au remboursement ;
- 90% pour les soins hospitaliers dans le secteur public, en cas d'affections de longue durée (ALD) ou affections lourdes et coûteuses (ALC) ;
- 77% à 100% de couverture pour les ALD/ALC, selon les cas, avec une exonération partielle ou totale du reste à charge du bénéficiaire.

Au niveau de la CNOPS, le taux de couverture des médicaments est de :

Tableau 6 : Taux de remboursement des prestations couvertes

Prestations couvertes	Taux de remboursement
Médicaments admis au remboursement : soins ambulatoires	- 70% du prix public de vente
Médicaments admis au remboursement/soins ambulatoires: ALD/ALC	- 100% du prix public de vente
Médicaments-en sus en tiers payant	- 90% du prix hospitalier- secteur privé de soins - 100% du prix hospitalier-secteur public de soins - 100% du prix hospitalier pour les médicaments coûteux
Médicaments-Officines en tiers payant	- 100% du prix public de vente

Source : Données communiquées par la CNOPS

Sur la période 2014–2024, le taux de remboursement des médicaments est passé :

- de 62,10% à 68,20% pour la CNSS, soit une progression de 6,1 points de pourcentage en dix ans ;
- de 73,19% à 78,69% pour la CNOPS, soit une hausse significative de 5,5 points de pourcentage.

Cette évolution reflète une amélioration continue de la prise en charge des dépenses en médicaments, en particulier dans un contexte de renforcement de l'AMO et de généralisation de la couverture sociale.

Par ailleurs, en complément du système de remboursement des médicaments basé sur le prix public de vente, il importe d'indiquer qu'à partir de 2013, un mécanisme de tiers payant pour les médicaments a été introduit.

Ce dispositif constitue une réforme significative du système de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Il vise à réduire le reste à charge des assurés et à améliorer l'accès aux traitements, notamment pour les personnes atteintes d'affections de longue durée (ALD). Il s'applique à l'ensemble des pharmacies d'officine et couvre, à ce jour, 86 médicaments correspondant à 35 DCI.

Chapitre IV : Analyse du fonctionnement concurrentiel des marchés de la distribution des médicaments au Maroc

IV.1. Distribution en gros

IV.1.1. Conditions d'accès et degré de concentration

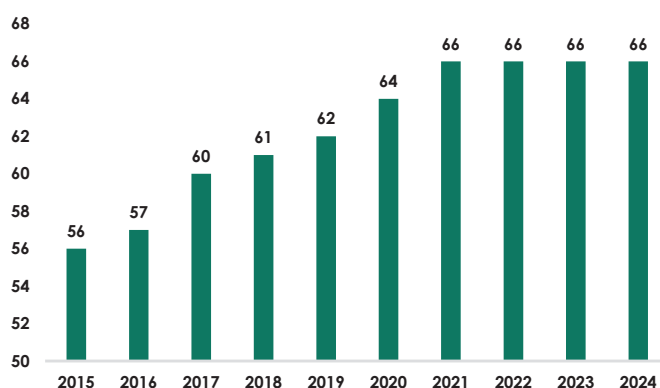
IV.1.1.1 Évolution du nombre des grossistes-répartiteurs

Entre 2015 et 2024, le nombre de grossistes-répartiteurs autorisés au Maroc est passé de 56 à 66, soit une augmentation de 10 opérateurs en neuf ans. Cette évolution témoigne d'une ouverture du marché et d'un renforcement progressif des capacités de distribution sur le territoire national.

La période 2015–2020 se distingue par une augmentation régulière du nombre d'acteurs, de 56 à 64 grossistes. Cette croissance peut s'expliquer par la combinaison de plusieurs facteurs : la stabilité du cadre réglementaire, l'augmentation de la demande pharmaceutique notamment sous l'effet de l'extension de la couverture médicale, ainsi que l'amélioration du maillage territorial pour assurer une meilleure équité d'accès aux médicaments, en particulier dans les zones moins desservies.

À partir de 2021, une stabilisation du nombre de grossistes à 66 opérateurs ce qui pourrait marquer l'entrée de ce maillon de distribution dans une phase de maturité, caractérisée par un équilibre entre l'offre et les besoins du marché, mais aussi par des contraintes économiques qui rendent plus difficile l'entrée de nouveaux acteurs.

Graphique 15 : Évolution de l'effectif des grossistes-répartiteurs au Maroc entre 2015 et 2024

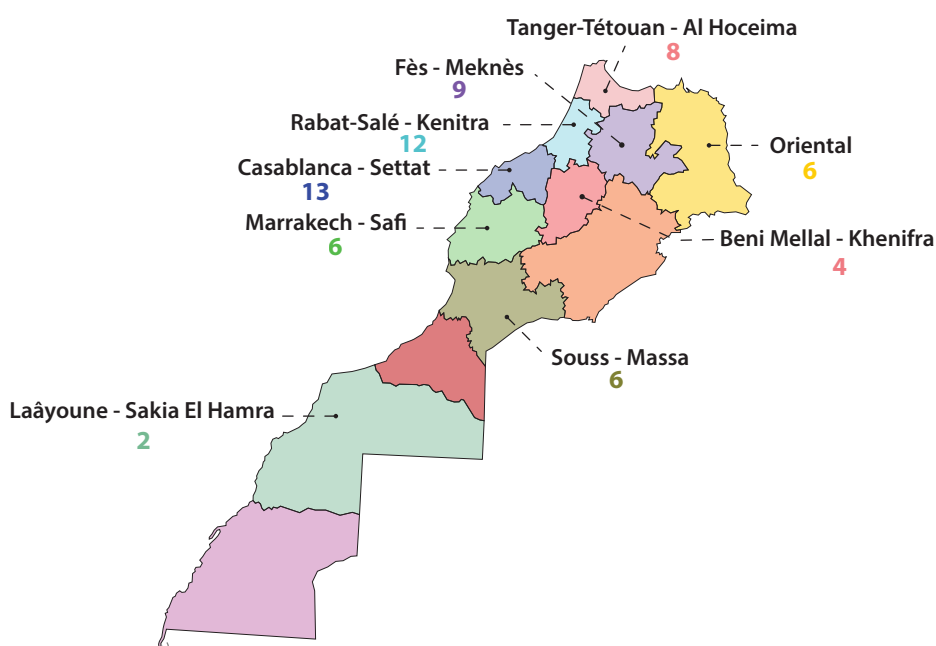


Source : Élaboré par le Conseil à partir des données de l'AMMPS

IV.1.1.2 Répartition géographique des grossistes-répartiteurs

La répartition géographique des grossistes-répartiteurs au Maroc révèle une forte concentration dans les principaux axes urbains et économiques, tandis que certaines régions restent faiblement couvertes, reflétant un maillage territorial contrasté.

Figure 3 : Répartition régionale des grossistes-répartiteurs au Maroc en 2024



Source : Élaboré par le Conseil à partir des données de l'AMMPS

Les régions Casablanca-Settat, avec 13 grossistes, et Rabat-Salé-Kénitra, avec 12 grossistes, concentrent à elles seules près de 39% des grossistes-répartiteurs du Maroc. Cette forte concentration s'explique par la densité élevée d'officines et la présence d'un nombre important d'établissements pharmaceutiques industriels.

Elles occupent ainsi un rôle central de hubs de distribution, permettant d'assurer l'approvisionnement des autres territoires.

Les régions de Fès-Meknès (9 grossistes) et Tanger-Tétouan-Al Hoceima (8 grossistes) disposent également d'un tissu relativement dense de grossistes-répartiteurs. Viennent ensuite les régions Marrakech-Safi, Souss-Massa et l'Oriental, chacune regroupant 6 grossistes.

À l'inverse, certaines régions comme Béni Mellal-Khénifra (4 grossistes) et Laâyoune-Sakia El Hamra (2 grossistes) demeurent moins dotées en opérateurs de distribution en gros des médicaments. Cette faiblesse peut refléter une demande pharmaceutique plus modérée, une densité de population plus faible ainsi que des contraintes logistiques accrues, limitant l'installation de nouveaux acteurs.

Cette cartographie de répartition met en évidence une géographie de la distribution différenciée, marquée par une forte densité dans les régions centrales et littorales, et par une présence plus limitée dans les zones intérieures et méridionales.

IV.1.1.3 Degré de concentration au niveau de la distribution en gros

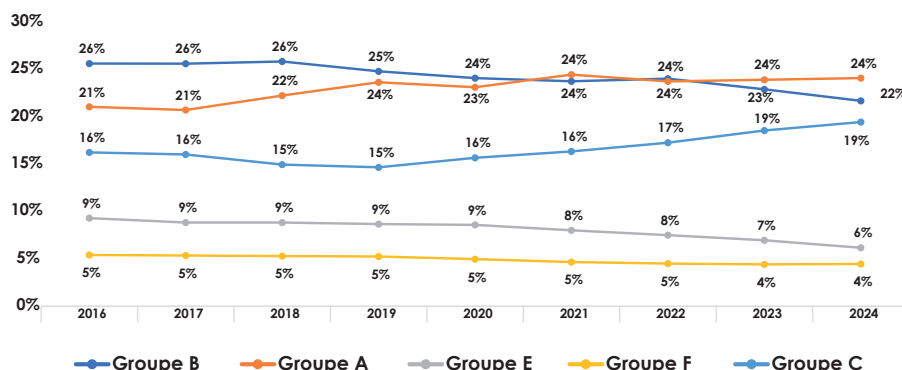
À la fin de l'année 2024, le maillon de la distribution en gros de médicaments recensait 66 grossistes-répartiteurs autorisés. La structure de ce maillon révèle une polarisation marquée entre groupes de grossistes-répartiteurs et opérateurs indépendants : 6 groupes totalisent 42 grossistes, tandis que 24 opérateurs sont indépendants.

Sur le plan économique, leur chiffre d'affaires global a atteint 16,3 milliards de dirhams, enregistrant une croissance de 11,3% par rapport à 2023, et une hausse de 68% par rapport à 2016, où il s'élevait à 9,7 milliards de dirhams.

La quasi-totalité du chiffre d'affaires des grossistes, soit environ 90%, provient de la distribution de médicaments. Le reste est généré par la vente de produits parapharmaceutiques tels que les compléments nutritionnels, les articles homéopathiques, diététiques, cosmétiques et d'hygiène.

Le graphique ci-dessous reprend par ailleurs les 5 premiers groupes de grossistes-répartiteurs du marché, sur le fondement de leur part de marché en valeur en 2024.

Graphique 16 : Évolution des parts de marché des principaux groupes de grossistes-répartiteurs 2016-2024



Source : Élaboré par le Conseil de la concurrence à partir des données communiquées par la DGI et les EPGR

L'analyse de l'évolution des parts de marché de la grossisterie met en évidence un niveau de concentration relativement élevé, en dépit de la présence d'un grand nombre de grossistes-répartiteurs (66 au total). Trois groupes de grossistes répartiteurs – groupe A, groupe B et groupe C – dominant largement le secteur, représentant à eux seuls environ 65% du marché. Le quatrième acteur, groupe D, détient en 2024 une part de marché estimée à 8,7%, bien qu'il ne figure pas dans le graphique en raison de l'absence de données continues sur la période 2016-2024.

En 2024, groupe A occupe la première position avec près de 24% de parts de marché, devançant groupe B de 2 points (22%). L'écart est encore plus significatif lorsqu'on le compare au sixième acteur, groupe F, dont la part atteint seulement 4%, soit plus de cinq fois moins que celle de groupe A.

L'analyse de l'évolution des parts de marché sur la période 2016-2024 révèle, à l'exception de groupe F qui maintient une part stable autour de 5%, une recomposition progressive du marché. Groupe B connaît un recul notable, passant de 26% en 2016 à 22% en 2024, soit une baisse de 4 points. À l'inverse, groupe A affiche une progression significative, gagnant 3 points sur la période (de 21% à 24%). De son côté, groupe C renforce également sa position, avec une augmentation équivalente de 3 points, passant de 16% à 19%.

Pour évaluer le niveau de concentration de ce segment de marché, il sera procédé à l'analyse des indicateurs les plus couramment utilisés par le Conseil de la concurrence et aussi les autorités de la concurrence au niveau international, tels que le Ratio de concentration (CRi) et l'indice de Hirschman-Herfindahl (IHH).

Le Ratio de concentration permet de mesurer la part de marché détenue par un certain nombre d’entreprises par rapport à l’ensemble du marché. Il offre ainsi une vision globale du poids relatif des principaux acteurs.

Quant à l’IHH, il est obtenu en additionnant les carrés des parts de marché (exprimées en pourcentage) de toutes les entreprises présentes sur le marché ou des principaux acteurs en cas d’indisponibilité de donnée pour tout le marché. Plus cet indice est élevé, plus le marché est dominé par un petit nombre d’acteurs.

Selon cette pratique décisionnelle trois zones peuvent être distinguées à la suite du calcul de cet indice:

- $IHH < 1000$: le marché est peu concentré, présentant peu de risques de problèmes de concurrence ;
- $1000 < IHH < 2000$: zone intermédiaire, pouvant présenter un risque de pouvoir de marché ;
- $IHH > 2000$: le marché est concentré et où la concurrence peut être limitée.

En l’espèce, faute de disponibilité de données sur les chiffres d’affaires de l’ensemble des acteurs grossistes-répartiteurs, l’analyse des degrés de concentration a concerné les cinq premiers groupes d’opérateurs qui eux représentent près de 76% des parts de marché de la grossisterie.

Ainsi, l’évolution des ratios de concentration CR1, CR2, CR3, CR4 et CR5 ainsi que de l’indice IHH du marché global de la grossisterie sur les neuf dernières années sont récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Évolution de principaux indices de concentration du segment de la grossisterie 2016-2024

Indice de concentration	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CR1	26%	26%	26%	25%	24%	24%	24%	23%	22%
CR2	47%	46%	48%	49%	47%	48%	48%	47%	46%
CR3	63%	62%	63%	63%	63%	65%	65%	65%	65%
CR4	72%	71%	72%	72%	72%	73%	73%	72%	71%
CR5	78%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	76%
IHH	1479	1451	1495	1496	1434	1519	1520	1512	1489

Source : Élaboré par le Conseil de la concurrence à partir des données communiquées par la DGI et les EPGR

Concernant les ratios de concentration, le CR1 a diminué d’environ 4 points, tandis que le CR2 est resté quasiment stable. Cette stabilité s’explique par le fait que les parts de marché perdues par groupe B ont été reprises par groupe A, qui est devenu le leader en 2024. Le CR3, représentant la part des 3 plus grandes sociétés, a progressé de 2 points entre 2016 et 2024 pour atteindre 65%, reflétant une concentration modérée à forte.

Quant à l'IHH, il oscille entre 1434 et 1520, ce qui correspond à un marché faiblement à modérément concentré selon les standards habituels (un IHH entre 1000 et 2000 indique une concentration modérée). Son évolution demeure stable dans le temps, sans changement structurel majeur du marché.

Par ailleurs, il convient de souligner que le niveau de concentration du marché national de la grossisterie, tel qu'évalué à travers le ratio de concentration et l'IHH, peut masquer d'importantes disparités régionales.

En effet, bien que la plupart des grossistes-répartiteurs pharmaceutiques au Maroc opèrent à l'échelle nationale, de nombreux acteurs restent fortement implantés localement et interviennent principalement au niveau régional. Même parmi les plus grands distributeurs disposant d'une couverture étendue, la distribution repose souvent sur des structures régionales, appuyées par des plateformes logistiques locales. Cette organisation permet de concilier performance logistique, couverture territoriale et réactivité, tout en garantissant un accès équitable aux médicaments à travers l'ensemble du territoire, conformément aux exigences du ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

En somme, le marché de la grossisterie présente une concentration modérée, principalement contrôlé par quelques grands acteurs. Depuis 2016, une légère dispersion est perceptible, notamment au détriment de l'opérateur historiquement leader (groupe B). Toutefois, la structure globale du marché est restée inchangée, et les niveaux de concentration n'ont pas connu de variation significative.

IV.1.2 Modèle économique des grossistes-répartiteurs au Maroc

IV.1.2.1. Obligations de service public

Comme leur nom l'indique, les grossistes-répartiteurs jouent un double rôle : l'achat en gros de médicaments auprès des EPI et leur distribution vers les pharmacies. Ce maillon garantit ainsi l'approvisionnement continu du réseau officinal, et parfois même d'autres établissements de santé. Aujourd'hui, près de 70% des médicaments délivrés en officine proviennent de cette chaîne de répartition.

Les EPGR sont soumis à des obligations de service public, notamment en matière de constitution de stocks et de conservation des médicaments. En vertu des dispositions réglementaires en vigueur, chaque EPGR doit disposer d'un stock équivalant au 1/12 de ses ventes annuelles précédentes (1 mois), couvrant au moins 80% des spécialités agréées au Maroc.

En pratique, les EPGR vont bien au-delà de leurs obligations légales : ils assurent des livraisons quotidiennes à toutes les officines, avec une fréquence arrivant jusqu'à quatre tournées par jour dans les grandes villes, deux dans les villes moyennes et une en zone rurale. Ils assurent également des services d'urgence, de garde et les weekends.

Certes, cette performance logistique constitue un élément de différenciation et de concurrence pour les EPGR dans un système de prix administrés. Elle permet également aux pharmacies, même pour les plus petites ou isolées, de commander les médicaments au fil de leurs besoins, sans avoir à constituer des stocks importants.

En conséquence, les officines ne disposent pas de l'ensemble des références en stock, et n'ont pas besoin de stocker les médicaments ce qui est particulièrement pertinent pour les médicaments onéreux à faible rotation, tels que ceux des tranches T3 et T4.

Toutefois, ce modèle opérationnel, combiné aux obligations légales de service public liées au stock de sécurité, engendrent des charges financières non-négligeables aux grossistes-répartiteurs. Ces contraintes ne font l'objet d'aucune rémunération spécifique et la seule source de revenus des EPGR demeure la marge de distribution en gros, calculée sur le PFHT des médicaments.

En somme, bien que le marché marocain de la grossisterie-répartition ne soit pas juridiquement fermé à de nouveaux acteurs, les obligations réglementaires liées au service public, qui ne sont pas rémunérées pourront constituer, dans les faits, des barrières à l'entrée susceptibles de dissuader d'éventuels concurrents. De plus, la marge n'évolue pas en proportion, ce qui peut mettre en difficulté les grossistes-répartiteurs, surtout les plus petits ou ceux opérant dans des zones peu rentables.

IV.1.2.2. Mode de rémunération et les niveaux de rentabilité

● Mode de rémunération et benchmark associé

Comme déjà mentionné, le PPV d'un médicament est réglementé au Maroc, tout comme la rémunération des différents intervenants de la chaîne de distribution. Le PPV comprend le PFHT auquel s'ajoutent des marges de distribution — en gros et au détail — fixées par le décret n° 2-13-852 relatif aux conditions de fixation des prix publics de vente des médicaments. En ajoutant la marge de gros au PFHT, on obtient le prix grossiste hors taxes (PGHT), lequel, une fois augmenté de la marge de détail, permet d'aboutir au PPV.

Concernant les marges réglementaires, les grossistes-répartiteurs bénéficient d'une marge brute de 11% sur le prix d'achat, soit 9,9% sur le prix de vente pour les médicaments dont le PFHT est inférieur ou égal à 588 dirhams, et de 2% sur le prix d'achat soit 1,66% sur le prix de vente, lorsque ce seuil est dépassé.

À titre de comparaison, ces niveaux de marges restent inférieurs à ceux pratiqués sous l'ancien système, en vigueur avant l'entrée en application du décret n° 2-13-852 de 2014 susmentionné, lequel fixait une marge brute uniforme de 10% sur le prix de vente pour l'ensemble des médicaments.

Cela étant, en pratique, les EPGR ne perçoivent pas toujours l'intégralité de cette marge brute théorique. Ils consentent souvent aux pharmacies d'officine des remises, des ristournes, ou encore divers avantages d'ordre commercial ou financier, ce qui a introduit une forme de concurrence tarifaire dans un cadre pourtant marqué par une réglementation stricte des prix et des marges.

De la sorte, le mode de rémunération des EPGR repose sur une marge réglementaire fixée sans lien direct avec leurs coûts réels de distribution. En d'autres termes, cette marge n'intègre pas les charges logistiques réelles supportées par les opérateurs (stockage, préparation des commandes, livraisons, etc.). Or, ces coûts dépendent davantage de la nature des produits (froids, stupéfiants, ...), de leur volume et de leur poids ainsi que de la fréquence des livraisons aux pharmacies.

De ce fait, lorsqu'un médicament subit une baisse de prix, sa distribution devient moins rentable pour le grossiste-répartiteur, alors même que les coûts logistiques restent inchangés. La situation se complique davantage en cas de hausse des charges d'exploitation, telles que l'énergie, le carburant, les salaires (SMIG) ou les intérêts bancaires, qui ne peuvent être répercutées sur le prix public des médicaments. À titre d'illustration, selon les professionnels du secteur, en 2023, le carburant et les frais bancaires représentaient respectivement 0,57% et 1,2% des charges des acteurs à des niveaux parfois supérieurs aux marges nettes de nombreux grossistes-répartiteurs.

Cette déconnexion fragilise la viabilité économique des EPGR, surtout pour les plus petits ou ceux situés dans des zones peu rentables.

Comparativement aux pratiques observées dans les pays de référence mentionnés dans le décret n° 2-13-852 susmentionné, il ressort, comme le montre le tableau ci-dessous, que la plupart encadrent également les marges de distribution en gros. Toutefois, les modalités d'encadrement varient : la plupart reposent sur une combinaison entre une marge dégressive et un forfait unitaire, d'autres sur la libéralisation des marges pour les médicaments non remboursables (médicaments conseil) ou encore sur la prise en compte des spécificités de certains médicaments, notamment ceux nécessitant des conditions particulières de conservation (froid), comme c'est le cas en France.

Tableau 8 : Benchmark des systèmes de rémunération des EPGR

Pays	Marge Grossiste (PFHT)	Forfait par unité (PFHT)
France	• 6,93% pour les produits remboursés (marge plancher de 0,30 € et une marge plafond de 32,50 €). • Produits nécessitant une chaîne de froid, un forfait additionnel de 0,63 € par boîte.	- Pas de forfait à l'unité mais la marge est non contrôlée pour produits non remboursés
Belgique	• 13,1% et 15%	- De 0,36 € à 2,18 €
Portugal	• De 1,18% à 2,24%	- 0,25 €
Espagne	- De 5% à 7,6% de produits prix de vente HT <91€	- 0,75 € de produits PV HT>91 €
Allemagne (Hors Benchmark)	- 3,15% - les marges de gros sont réglementées pour les médicaments sur ordonnance.	- Forfait de 0,70 € par unité - Les marges de gros sur les médicaments sans ordonnance ne font pas l'objet d'un contrôle.
Maroc	- 11% et 2%	- Pas de forfait à l'unité et pas de médicaments à prix non contrôlé

Source : Élaboré à partir des données transmises par le GPDP

● Niveaux de rentabilité

Ainsi, l'analyse des marges brutes et nettes réelles des principaux acteurs du marché national, présentée dans le tableau ci-après, révèle qu'entre 2016 et 2024, le taux moyen de marge brute pour ces opérateurs s'élève à environ 8,3%, pour un taux de marge nette de près de 1,1%, avec toutefois quelques disparités d'un acteur à l'autre.

Tableau 9 : Marge brute et marge nette des principaux EPGR (moyenne de la période 2016-2024)

Opérateur	Marge brute	Marge nette
Opérateur 1	9,44%	1,75%
Opérateur 2	8,23%	1,41%
Opérateur 3	10,36%	2,94%
Opérateur 4	7,87%	0,67%
Opérateur 5	7,25%	0,59%
Opérateur 6	8,74%	0,57%
Opérateur 7	8,52%	0,77%
Opérateur 8	6,24%	0,19%

Source : Élaboré à partir des données des EPGR

En termes d'appréciation des niveaux de rentabilité financière, les données du GPDP, indique que le ratio de rentabilité moyen du marché s'élevait à environ 0,66% en 2023, contre plus de 2% pour la majorité des grossistes-répartiteurs avant la réforme du système de fixation des prix des médicaments, entrée en vigueur en 2014.

Par ailleurs, cette rentabilité moyenne masque de fortes disparités entre les opérateurs du secteur. En effet, selon les dernières données disponibles du GPDP pour l'exercice 2023, seuls 22% des EPGR ont maintenu un taux de rentabilité égal ou supérieur à 1%. En revanche, 30%

affichent un taux compris entre 0,5% et 1%, 27% se situent entre 0,15% et 0,5% tandis que 21% des acteurs enregistrent des pertes ou un taux inférieur à 0,15%.

Les niveaux et la tendance à la baisse du taux de rentabilité nette globale sont confirmés par les données de la DGI. En effet, les données repris dans le tableau qui suit, montrent que le résultat net global du secteur demeure limité, oscillant entre 0,07 et 0,15 milliard de dirhams sur la période. Cette évolution traduit une rentabilité limitée, fortement contrainte par des marges réglementées indexées au PFHT des médicaments et des charges d'exploitations élevées notamment les coûts logistiques, charges du personnel, etc.

Le ratio résultat net/chiffre d'affaires illustre clairement cette fragilité car il reste inférieur à 1%, évoluant dans une fourchette de 0,6% à 1,3%. Ce niveau de rentabilité indique un modèle économique sous tension exposé à deux facteurs de risque majeurs : la baisse des prix des médicaments, qui affecte mécaniquement les marges des grossistes puisque celles-ci sont proportionnelles au PFHT et la hausse des coûts d'exploitation, notamment logistiques et charges du personnel, susceptible d'éroder encore davantage une rentabilité déjà faible. Selon les données communiquées par la DGI, les charges d'exploitations des grossistes ont connu une hausse d'environ 36% sur la période 2020-2024..

Ainsi, malgré la croissance du chiffre d'affaires, ce maillon de la distribution en gros des médicaments demeure caractérisé par une rentabilité faible et vulnérable, avec des implications en matière de viabilité économique, de capacité d'investissement et de dynamique concurrentielle.

Tableau 10 : Évolution du chiffre d'affaires et du résultat net global des EPGR pour la 2016-2024 (en milliards de dirhams)

Année	Chiffre d'affaires	Résultat net global	Ratio RN/CA
2016	9,68	0,13	1,3%
2017	9,98	0,07	0,7%
2018	10,57	0,10	0,9%
2019	11,33	0,08	0,7%
2020	11,98	0,10	0,9%
2021	12,95	0,09	0,7%
2022	13,82	0,09	0,6%
2023	14,61	0,09	0,6%
2024	16,26	0,15	0,9%

Source : Élaboré à partir des données de la Direction Générale des Impôts

IV.1.2.3. Appui financier fourni par les grossistes aux pharmacies

Pour appréhender de manière plus complète la distribution en gros, il convient également de s'intéresser à la vente au détail, notamment aux relations commerciales entre les officines avec les grossistes-répartiteurs, d'une part et les laboratoires d'autre part.

Ces relations s'inscrivent dans un cadre influencé par de nombreux facteurs, et se caractérisent par des flux financiers conséquents qui instaurent une forte interdépendance entre les

parties prenantes. Cette interdépendance a des répercussions directes sur leur équilibre économique et financier.

À cet égard, deux éléments essentiels, évoqués par de nombreux opérateurs auditionnés, apparaissent comme particulièrement déterminants pour leur stabilité financière : la charge liée à l'immobilisation des stocks et les conditions de règlement, notamment les délais de paiement pratiqués.

● **Charge liée à l'immobilisation des stocks**

L'analyse du délai moyen de rotation des stocks à partir des données du GPDP et de la DGI, fait apparaître une stabilité autour de 70 jours sur les trois dernières années (2022, 2023 et 2024). Toutefois, ce niveau s'explique par la nécessité, pour les grossistes, de sécuriser l'approvisionnement et de se conformer aux obligations réglementaires en matière de stock de sécurité équivalant à un mois du total de leurs ventes de l'année précédente, composé d'au moins 80% des spécialités pharmaceutiques autorisées sur le marché national, conformément à la réglementation en vigueur. Il constitue un levier essentiel pour garantir la disponibilité continue des médicaments, prévenir les ruptures et répondre aux fluctuations de la demande.

Le maintien d'un tel niveau de stock représente un coût important, qui mobilise davantage de ressources financières et logistiques et ce, dans un contexte déjà contraint par une baisse des marges et une pression croissante sur la trésorerie.

Cette situation est d'autant plus critique que les grossistes sont confrontés à des délais d'encaissement longs, à un risque d'impayés élevé et à un recours accru à l'endettement bancaire. Leur cycle d'exploitation est de près de 86 jours en moyenne, ce qui signifie qu'ils doivent financer l'équivalent de près de 3 mois d'activité entre l'achat des produits, leur stockage, leur distribution et leur paiement effectif.

Ce déséquilibre structurel entre les flux de décaissement et d'encaissement affecte fortement la capacité d'autofinancement des acteurs concernés et fragilise leur modèle économique. À terme, cela pourrait compromettre la résilience de l'ensemble de la chaîne de distribution des médicaments, avec un risque d'impact sur la disponibilité et l'accès aux traitements.

● **Impact des modalités d'application des délais de paiement**

La question des délais de paiement dans le secteur de la distribution des médicaments soulève des enjeux économiques majeurs. Bien que la loi n°69-21, venue modifier et compléter la loi n°15-95 portant Code de commerce et entrée en vigueur en 2023, ait instauré un cadre réglementaire clair visant à encadrer les délais de paiement et à limiter les retards, son application demeure inégale selon les maillons de la chaîne de distribution : établissements pharmaceutiques industriels, grossistes-répartiteurs et pharmacies d'officine.

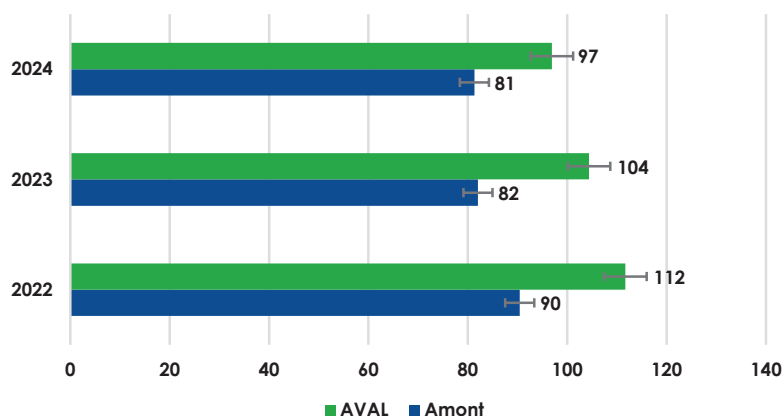
Cette mise en œuvre différenciée met en lumière des asymétries structurelles qui engendrent des déséquilibres économiques notables, tout en favorisant des distorsions de concurrence entre les différents acteurs.

Pour rappel, les délais de paiement sont régis par la loi n° 69-21, qui modifie les dispositions de la loi n° 15-95 portant Code de commerce. Par défaut, ces délais sont fixés à 60 jours à compter de la date d'émission de la facture. Ils peuvent être portés à 120 jours en cas d'accord entre les parties.

Dans certains secteurs présentant un caractère spécifique ou saisonnier, ce délai peut être exceptionnellement prolongé jusqu'à 180 jours, par décret, après avis du Conseil de la concurrence et sous conditions précises. Il est important de noter que ces dispositions ne s'appliquent qu'aux entités dont le chiffre d'affaires annuel hors taxes est inférieur à 2 millions de dirhams.

Sur le plan pratique, l'analyse des données collectées dans le cadre de l'instruction de cet avis, concernant les délais de paiement avant et après l'entrée en vigueur de la loi n°69-21 précitée, font ressortir plusieurs constats caractéristiques de tensions structurelles et concurrentielles au sein de la chaîne de distribution pharmaceutique. Le graphique ci-dessus illustre clairement la divergence entre les délais de paiement amont et aval sur la période 2022–2024 :

Graphique 17 : Délais moyens de paiements clients et fournisseurs (en nombre de jour)



Source : Élaboré à partir des données du GPDP de la DGI

En ce qui concerne les relations entre les établissements pharmaceutiques industriels (fournisseurs) et les grossistes-répartiteurs (clients), celles-ci étaient déjà, avant l'entrée en vigueur de la loi n°69-21, marquées par des délais de paiement relativement courts. L'entrée en vigueur de la loi n° 69-21 n'a pas entraîné de modifications significatives dans ces pratiques : les délais moyens consentis sont restés globalement stables, oscillant généralement entre 45 et 60 jours, voire jusqu'à 90 jours dans certains cas.

Selon les données recueillies auprès du GPDP, le délai moyen de paiement des fournisseurs est passé de 90 jours en 2022 à 81 jours en 2023, témoignant d'un effort d'adaptation à la nouvelle réglementation.

En l'absence de données consolidées pour l'année 2024, les estimations s'appuient sur les informations fournies par la DGI, lesquelles évaluent le délai moyen de paiement des fournisseurs à environ 81 jours, confirmant une certaine stabilité dans les pratiques de règlement à ce niveau de la chaîne de distribution.

En revanche, les relations commerciales entre les grossistes-répartiteurs (fournisseurs) et les pharmacies d'officine (clients) se caractérisent par des délais de paiement plus longs que ceux pratiqués en amont de la chaîne. L'analyse des données du GPDP sur les grossistes-répartiteurs révèle que le délai moyen de paiement des clients est passé d'environ 112 jours en 2022 à 104 jours en 2023, avec une estimation de 97 jours pour 2024.

Ce décalage entre les délais de règlement accordés aux clients et ceux imposés par les fournisseurs met en lumière un déséquilibre persistant des flux de trésorerie, accentuant la pression sur les grossistes-répartiteurs.

Positionnés entre des fournisseurs de plus en plus stricts sur les délais de paiement et des officines dont les capacités financières restent limitées, ces intermédiaires supportent une contrainte financière croissante. Selon le GPDP, le ratio moyen d'endettement bancaire sur l'excédent brut d'exploitation (EBE) atteint 9,5 témoignant d'une fragilité financière croissante. Près de 40 % des charges financières qu'ils supportent sont dues au dépassement des délais de paiement par les officines, ce qui affecte leur rentabilité et limite leur capacité d'investissement.

Cette difficulté est d'autant plus marquée que la grande majorité des pharmacies d'officine échappent au champ d'application de la loi n°69-21, du fait que près de 90% des officines enregistrent un chiffre d'affaires annuel inférieur à 2 millions de dirhams, les excluant ainsi du cadre législatif encadrant les délais de paiement. Ce statut favorise le maintien de pratiques longues de paiement, qui dépassent fréquemment les trois mois, voire davantage dans certains cas.

À ce sujet, il est à rappeler que le Conseil de la concurrence, dans son avis n° A/1/22, a exprimé ses réserves à l'égard de l'exclusion des professionnels réalisant un chiffre d'affaires inférieur à 2 millions de dirhams. Cette exception compromet l'efficacité globale de la réforme, dans la mesure où elle écarte des acteurs qui représentent une part importante des relations commerciales impactées par la problématique des retards de paiement, notamment les TPE et PME.

Cette critique prend tout son sens dans le secteur de la distribution des médicaments, où la majorité des officines échappent à la loi, selon les données communiquées par la DGI, seulement 1 374 pharmacies d'officine, soit environ 10% du total des pharmacies d'officine, ont pu réaliser un chiffre d'affaires supérieur à 2 millions de dirhams, ce qui engendre une asymétrie réglementaire majeure au sein de la chaîne de distribution des médicaments.

Cette asymétrie n'est pas sans conséquences sur le plan concurrentiel. D'une part, elle affaiblit les mécanismes incitatifs et dissuasifs de la loi en neutralisant son effet sur une large fraction des relations commerciales du secteur. D'autre part, elle accentue les déséquilibres entre officines, en créant une différenciation de traitement selon leur profil de solvabilité et leur capacité à honorer les délais de règlement.

Pour faire face à cette situation, les grossistes-répartiteurs, confrontés à des tensions de trésorerie croissantes, ont été contraints d'adapter leurs pratiques d'approvisionnement et de distribution. D'abord, certains grossistes-répartiteurs ont mis en place des politiques commerciales différenciées, accordant notamment des remises conditionnées au respect des délais de paiement. Si ces pratiques visent légitimement à se prémunir contre les retards de paiement, elles introduisent également des distorsions concurrentielles, en favorisant les officines les plus solvables au détriment des autres.

Ensuite, faute de trésorerie suffisante, nombre d'entre eux se voient dans l'obligation de morceler ou de réduire leurs commandes, afin de limiter leur exposition financière vis-à-vis des fournisseurs. Ce qui augmente le risque de ruptures d'approvisionnement et pourrait avoir des conséquences directes sur la continuité d'accès aux médicaments pour les patients et fragiliser l'ensemble de la chaîne de distribution.

Enfin, et face aux difficultés croissantes rencontrées dans le maillon aval, les grossistes-répartiteurs tendent également à réorganiser leur logistique commerciale. Afin de limiter le risque d'impayés, ils privilégient désormais des livraisons plus fréquentes mais à des volumes réduits, quitte à en assumer les surcoûts logistiques induits. Dans ce contexte, les niveaux d'impayés enregistrés auprès des pharmacies d'officine accentuent la fragilité structurelle de la chaîne de distribution des médicaments.

D'après les données issues des questionnaires collectés auprès des grossistes-répartiteurs, le taux moyen de clients en situation d'impayés s'établit à environ 18%, avec des disparités importantes selon les opérateurs. Cette exposition élevée au risque de non-recouvrement constitue un frein majeur à la sécurisation des flux commerciaux, et pousse nombre d'acteurs à durcir progressivement leurs conditions de paiement.

Pour conclure cette section sur le soutien financier accordé par les grossistes-répartiteurs aux officines, il apparaît que les EPGR endossent parfois un rôle comparable à celui d'un

établissement bancaire. Ils apportent une solution de trésorerie dans un contexte où les établissements financiers bancaires se montrent de plus en plus frileux, et où les EPI ont réduit les délais de paiement, notamment en raison de l'application de la loi n° 69-21 précitée. En amont, les EPGR doivent se conformer strictement aux exigences de cette loi en matière de délais de règlement, tandis qu'en aval, ils assument une lourde charge financière en portant des stocks immobilisés et en octroyant aux officines des délais de paiement étendus. Ce mode de fonctionnement leur est souvent imposé, soit pour préserver la continuité d'un client en difficulté et éviter sa faillite en ayant de fortes dettes à son égard, soit pour en attirer un nouveau, en proposant par exemple un paiement échelonné sur plusieurs mois.

IV.2 Distribution au détail (dispensation)

Dans le cadre de l'analyse concurrentielle des marchés de distribution des médicaments, il est crucial d'examiner le modèle économique des pharmacies d'officine, qui constituent un maillon indispensable de la chaîne de distribution des médicaments. Leur équilibre économique affecte à la fois l'accès des patients aux traitements et aussi la durabilité et la viabilité de l'ensemble de la chaîne de distribution.

Le modèle marocain repose sur une réglementation stricte des prix et des marges, qui vise à encadrer les coûts pour le patient tout en assurant une rémunération aux professionnels. Cependant, compte tenu de la pression continue sur les prix, de la surdensité pharmaceutique et du manque de valorisation de l'acte pharmaceutique, ce modèle démontre aujourd'hui ses limites.

L'analyse qui suit vise à en exposer les principales caractéristiques de ce marché, à en identifier les fragilités structurelles et à en situer les enjeux dans une perspective d'évolution du paysage concurrentiel du maillon officinal au Maroc.

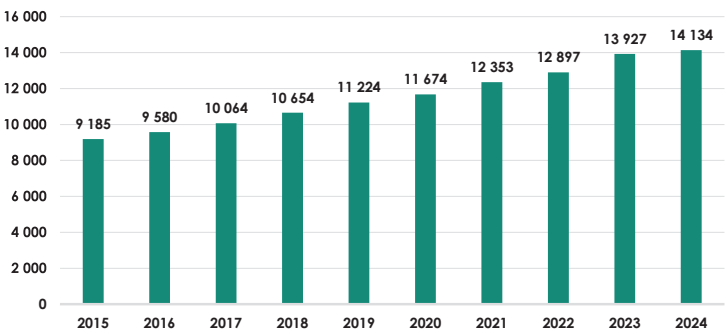
IV.2.1 État des lieux du marché officinal marocain

Le marché officinal marocain repose sur un réseau composé de 14 134 pharmacies d'officine¹⁷ implantées sur le territoire national pour assurer un accès de proximité aux médicaments pour plus de 36 millions de citoyens.

Comme le montre le graphique ci-après, le nombre de pharmacies d'officine au Maroc est passé de 9 185 en 2015 à 14 134 en 2024, enregistrant ainsi une progression de près de 54% en neuf ans.

¹⁷ Données communiquées par le CROPS.

Graphique 18 : Évolution de l'effectif des pharmacies d'officine au Maroc entre 2015 et 2024



Source : Établi par le Conseil à partir des données du CROPS

Cette dynamique est particulièrement marquante si l'on considère que la croissance démographique sur la même période, selon les données du Haut-Commissariat au Plan (HCP), n'a été que de 8,8 %, passant de 33,8 millions en 2015 à 36,8 millions d'habitants en 2024. Autrement dit, le nombre de pharmacies a augmenté 6,5 fois plus vite que la population. Conséquence directe de cette évolution, la densité pharmaceutique s'est nettement évoluée. Alors qu'on comptait une pharmacie pour 3 686 habitants en 2015, ce ratio est passé à une officine pour environ 2 600 habitants en 2024. Exprimé en nombre de pharmacies pour 100 000 habitants, ce ratio est passé de 27,1 à 38,4. Le Maroc présente aujourd'hui une densité pharmaceutique supérieure à la norme recommandée par l'OMS, qui préconise une pharmacie pour 5 000 habitants.

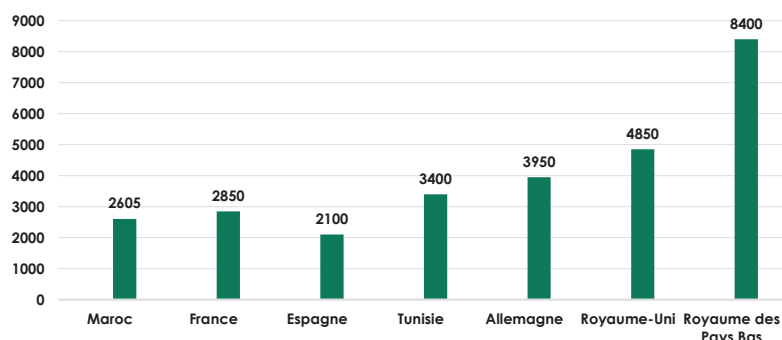
Tableau 11 : Évolution du nombre de pharmacies par habitant au Maroc entre 2015 et 2024

Année	Population	Pharmacies	Ratio habitants par pharmacie	Ratio pharmacies pour 100 000 habitants
2015 (RGPH 2014)	33 848 242	9 185	3685,2	27,1
2024 (RGPH 2024)	36 828 330	14 134	2 605,7	38,4

Source : Établi par le Conseil à partir des données de l'HCP, CROPS et SNPM

Ce constat de surdensité pharmaceutique est d'autant plus préoccupant lorsque l'on compare la situation du Maroc à celle d'autres pays y compris dans des contextes socio-économiques comparables ou même plus avancés en matière de couverture santé. En effet, la densité pharmaceutique au Maroc dépasse largement celle observée dans de nombreux pays comme le montre le graphique ci-dessous :

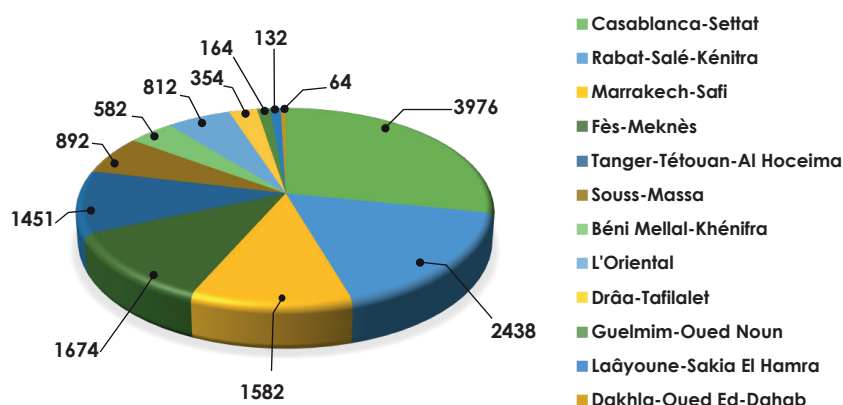
Graphique 19 : Comparaison du Ratio habitants / pharmacie par pays



Source : Établi par le Conseil à partir des données fournies par le SNPM

Certes, une densité élevée de pharmacies pourrait être interprétée positivement sous l'angle de l'accessibilité aux médicaments. Toutefois, cette situation soulève des préoccupations économiques majeures. En effet, la multiplication des officines entraîne une fragmentation du marché, ce qui s'accompagne d'une baisse significative du chiffre d'affaires moyen par pharmacie, réduisant ainsi la rentabilité de l'activité, notamment pour les nouvelles créations. Cette problématique de densité pharmaceutique est liée aussi à la répartition géographique des pharmacies, qui révèle d'importants déséquilibres. Comme évoqué précédemment, on observe une forte concentration des officines dans les grands axes urbains, en particulier dans les régions de Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra, qui regroupent à elles seules environ 45% des officines. Dans ces zones, les pharmacies se situent souvent à faible distance les unes des autres¹⁸. À l'inverse, certaines régions moins densément peuplées ne disposent que d'un nombre limité d'officines.

Graphique 20 : Répartition régionale des pharmacies d'officine au Maroc en 2024



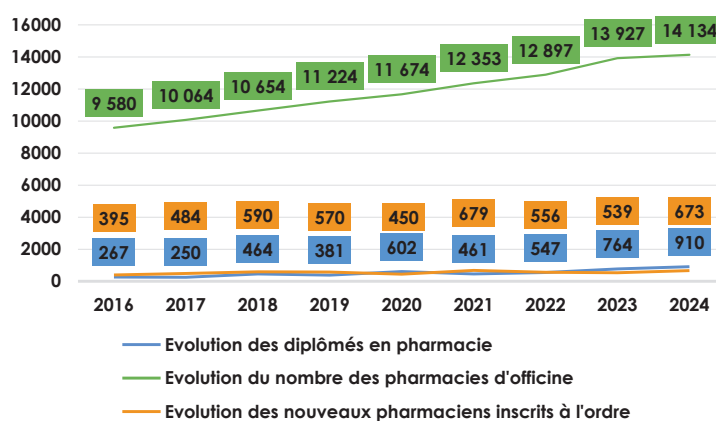
Source : Établi par le Conseil à partir des données fournies par le SNPM

¹⁸ Selon l'article 57 de la loi n°17-04, une distance minimale de 300 mètres à vol d'oiseau doit séparer l'extrémité de façade d'une officine de celle de toute pharmacie d'officine voisine.

Dans le cadre de cette dynamique de densité pharmaceutique, l'évolution des pharmaciens diplômés constitue un facteur déterminant pour comprendre l'évolution du marché officinal. Comme l'illustre le graphique ci-après, le nombre de diplômés en pharmacie et les nouvelles inscriptions à l'Ordre des pharmaciens ont connu une croissance particulièrement marquée entre 2016 et 2024. Durant cette période, 910 nouveaux pharmaciens ont été diplômés en 2024, contre seulement 297 en 2016, soit une hausse de +206%.

Au total, 4 676 pharmaciens ont été formés sur la période 2016–2024, dont 60% diplômés à l'étranger, témoignant de l'internationalisation croissante des parcours et de l'augmentation de la capacité d'accueil des facultés étrangères.

Graphique 21: Évolution des pharmacies, diplômés et inscriptions à l'Ordre (2016–2024)



Source : Établi par le Conseil à partir des données fournies par le ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation ET CNOP

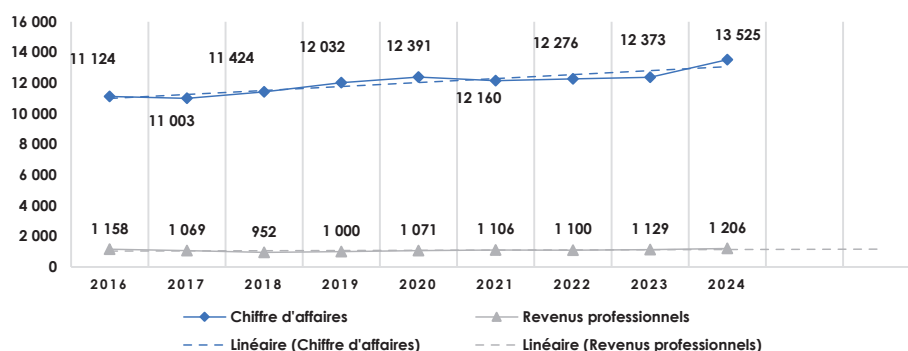
Cette montée en puissance du nombre de diplômés a exercé une pression directe sur le rythme de création des nouvelles officines. La corrélation très élevée entre ces deux variables (0,91) montre que l'expansion du réseau officinal suit de près l'arrivée de nouveaux pharmaciens sur le marché.

Ainsi, l'évolution rapide du nombre de pharmaciens diplômés et l'augmentation continue des inscriptions à l'Ordre apparaissent aujourd'hui comme des éléments centraux pour comprendre les mutations du modèle économique officinal. Ils participent directement à la surdensité dans certaines régions, à la concurrence plus intense entre pharmacies et à la fragilisation économique d'une partie du réseau, surtout dans les zones urbaines à forte concentration.

Si l'on passe à l'évolution économique globale du secteur officinal, telle qu'elle ressort des données communiquées par la DGI, illustrée dans le graphique ci-dessous, On constate que, entre 2016 et 2024, le chiffre d'affaires global des officines au Maroc est passé

de 11,12 à 13,52 milliards de dirhams¹⁹, soit une progression de 21,6% sur 8 ans. Cette croissance modérée correspond à un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 2,46%, traduisant une évolution relativement stable du secteur.

Graphique 22 : Évolution du Chiffre d'affaires et des revenus professionnels des pharmacies (en millions de dirhams)



Source : Établi par le Conseil à partir des données fournies par la DGI

En parallèle, les revenus professionnels moyens des pharmacies ont suivi une trajectoire moins dynamique. Après une baisse en 2018 (951,8 millions de dirhams), ces revenus se sont stabilisés autour d'environ 1 000 à 1 100 millions de dirhams entre 2019 et 2023, avant de connaître une légère reprise en 2024, atteignant un revenu estimé à 1 206,2 millions de dirhams.

Cette divergence entre croissance modérée du chiffre d'affaires et stagnation des revenus professionnels peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

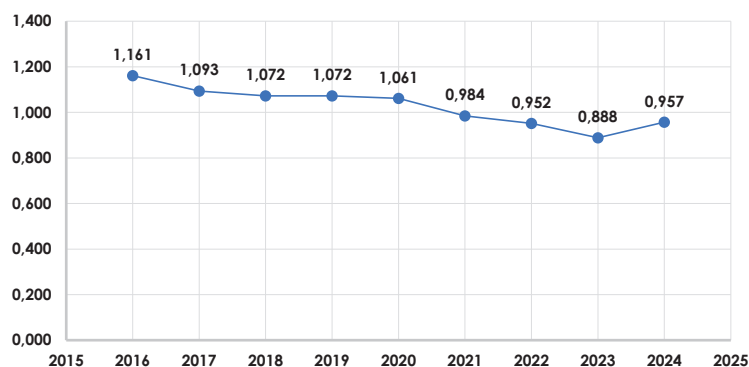
- Une pression continue sur les marges commerciales, liée notamment à la réglementation des prix des médicaments et les baisses successives des prix des médicaments notamment des tranches vitales T1 et T2 ;
- Une augmentation des charges d'exploitation (loyers, salaires, ...) qui grève la rentabilité des officines ;
- Un accroissement du nombre d'officines, qui contribue à la diminution du chiffre d'affaires moyen par pharmacie, ce qui pèse directement sur le revenu professionnel.

Il est à noter qu'en 2024, le chiffre d'affaires moyen par pharmacie s'établit à environ 950 000 dirhams, contre environ 1,1 million de dirhams en 2016, soit une baisse de près de 17,5% en huit ans. Cette diminution intervient dans un contexte où le chiffre d'affaires global du secteur continue de progresser modérément, ce qui signifie que la croissance du marché officinal est absorbée par un nombre croissant d'acteurs, réduisant la part de chacun. Alors que le nombre de pharmacies a fortement augmenté, notamment dans les grandes villes, la demande globale en médicaments ne croît pas à un rythme équivalent même après la

¹⁹ Il convient de préciser que le chiffre d'affaires communiqué par la DGI concerne exclusivement les officines exploitées sous le statut de personne physique, qui demeurent majoritaires au sein du réseau officinal national.

généralisation de la couverture sociale universelle, créant un déséquilibre économique au sein du marché.

Graphique 23: Évolution du chiffre d'affaires moyen par officine en millions de dirhams



Source : Établi par le conseil à partir des données fournies par la DGI

Pour mieux comprendre les déterminants du chiffre d'affaires observé au sein des officines, il est essentiel d'examiner les modalités de rémunération actuellement en vigueur. En effet, le modèle de rémunération des pharmacies d'officine au Maroc repose exclusivement sur la marge commerciale appliquée au prix fabricant hors taxes (PFHT) des médicaments. Comme exposé précédemment, ce système est structuré sur la base de quatre tranches de prix, selon un barème réglementaire :

Deux marges commerciales dégressives sont appliquées :

- 57 % du PFHT (équivalent à 33,93 % du PPV) pour les médicaments de la première tranche ;
- 47 % du PFHT (soit 29,75 % du PPV) pour ceux de la deuxième tranche.

Deux forfaits fixes sont appliqués pour les médicaments onéreux :

- 300 dirhams pour les médicaments de la troisième tranche dont le PFHT est compris entre 588 et 1 766 dirhams ;
- 400 dirhams pour les médicaments de la quatrième tranche dont le PFHT dépasse 1766 dirhams.

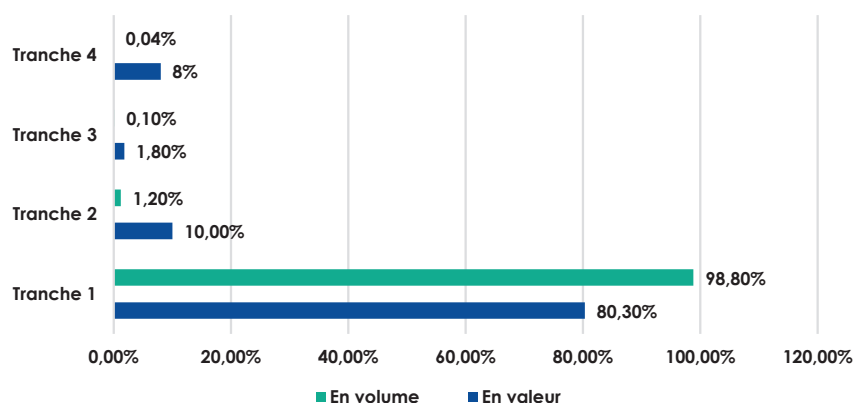
Ce modèle, entièrement corrélé au prix du médicament, présente une vulnérabilité structurelle. Plus les prix des médicaments baissent, sous l'effet de la politique de fixation et de révision des prix, plus les recettes des pharmacies se réduisent. Ce mécanisme entraîne une diminution mécanique des recettes des pharmacies, puisqu'aucune rémunération n'est prévue en dehors de la marge sur le prix.

Selon les données communiquées par le CROPS, l'analyse de la répartition du marché privé du médicament par tranche de prix en 2024 met en évidence la prédominance des

médicaments de la première tranche, dont le prix public de vente (PPV) est inférieur ou égal à 278 dirhams. Ces médicaments représentaient 98,8 % du volume total des ventes, constituant ainsi la tranche vitale de dispensation des médicaments par les officines. Suivent les médicaments de la deuxième tranche (P.P.V. supérieur à 278 Dirhams et inférieur ou égal à 929 Dirhams) qui ne représentent que 1,2% du volume des ventes. Ceux de la troisième tranche (P.P.V. supérieur à 929 Dirhams et inférieur ou égal à 2101 Dirhams) ne représentent que 0,1%. Tandis que la quatrième tranche (P.P.V. > à 2101 Dirhams) se limite à 0,04%.

En valeur, les médicaments de la première tranche des prix représentaient 80% du marché privé des médicaments au Maroc en 2024. Les médicaments de la deuxième tranche viennent ensuite avec 10%, tandis que ceux de la troisième tranche ne représentent que 2% et ceux de la quatrième tranche 8%.

Graphique 24 : Répartition du marché privé du médicament par tranche de prix en 2024 (en volume et en valeur)



Source : Établi par le conseil à partir des données fournies par le CROPS

Ces données confirment le poids économique important de la première tranche, à la fois en volume et en valeur. Elles soulignent également la très faible part des médicaments onéreux, soumis à des forfaits fixes de rémunération, ce qui limite d'autant leur contribution à la rentabilité globale des officines. D'après les auditions tenues avec les représentants du maillon officinal, ces médicaments chers, notamment de la 4ème tranche, sont distribués à travers un réseau restreint, constitué de pharmacies appelées « dépositaires ».

En effet, la délivrance de ces médicaments implique une prise de risque importante pour le pharmacien, à la fois financière (du fait des investissements élevés à l'achat) et matérielle (la perte, la casse ou l'expiration).

Au sein même de cette première tranche, une lecture par sous-tranches de prix révèle une concentration encore plus marquée autour des médicaments à très faible prix. Selon les données du CROPS, le marché privé peut être décomposé comme suit :

Tableau 12 : Répartition du marché privé des médicaments par sous-tranches de prix de la T1 en 2024 en volume et en valeur

Prix de vente public	Cumul de % en volume en 2024	Cumul de % en valeur en 2024
Inférieur ou égal à 20 Dirhams	30,7%	8,1%
Inférieur ou égal à 30 Dirhams	52,3%	17,8%
Inférieur ou égal à 50 Dirhams	72,1%	32,3%
Inférieur ou égal à 100 Dirhams	89,5%	55,0%
Inférieur ou égal à 150 Dirhams	95,1%	67,6%
Inférieur ou égal à 200 Dirhams	97,4%	74,6%
Inférieur ou égal à 278 Dirhams	98,6%	80,1%

Source : Données fournies par le CROPS

Ce croisement des données volume/valeur révèle une rentabilité limitée des médicaments à bas prix de la première tranche notamment ceux dont le PPV est inférieur ou égal à 100 dirhams, qui représentent 89,5% des unités dispensées, générant 55% de la valeur totale. Cela signifie que les 10,5% restants du volume des médicaments dispensés de la première tranche (soit les médicaments dont le PPV est supérieur à 100 dirhams et inférieur ou égal à 278 dirhams) représentent 45% en termes de valeur, ce qui traduit une forte concentration de la valeur sur un faible volume de produits.

La prédominance des médicaments à faible prix dans la dispensation rend donc le modèle économique des officines particulièrement dépendant du volume, et expose le marché officinal à une vulnérabilité dans un contexte de pression continue sur les prix et une demande encore limitée.

À cela s'ajoute un autre point important, bien que la loi n°17-04 portant code du médicament et de la pharmacie, autorise les pharmaciens à exercer en société, la réalité montre un paysage largement dominé par des officines exploitées sous le statut de personne physique.

Plus précisément, l'article 63 de ladite loi autorise les pharmaciens à constituer entre eux une société en nom collectif pour l'exploitation d'une officine, à condition que celle-ci soit gérée conjointement par tous les associés et qu'aucun d'eux ne détienne ou n'ait d'intérêt dans une autre pharmacie. La loi permet également la création d'une société à responsabilité limitée (SARL), à un ou plusieurs associés, à condition que la société ne soit propriétaire que d'une seule officine, et que la gérance soit assurée par l'ensemble des pharmaciens associés en cas de pluralité.

En pratique, la grande majorité des pharmaciens exercent leur activité en tant que propriétaires uniques, exploitant leur officine de manière individuelle.

Dans ce cadre, le pharmacien assume simultanément le rôle de propriétaire, gestionnaire administratif et financier, ainsi que responsable de la dispensation des médicaments. Cette configuration présente plusieurs limites importantes entravant notamment la gestion officinale, du fait de l'absence d'une séparation entre patrimoine personnel et professionnel. Cette absence de dissociation favorise une confusion entre ressources personnelles et professionnelles, rendant la gestion financière et administrative moins rigoureuse, et compromet la pérennité économique des officines.

Par ailleurs, les officines sont confrontées à une hausse constante de leurs charges d'exploitation. Selon le Syndicat National des Pharmaciens du Maroc (SNPM), les charges d'exploitation moyennes d'une pharmacie ont augmenté de 47% entre 2015 et 2025, ce qui pèse lourdement sur leur rentabilité. Ces charges comprennent notamment les loyers, les salaires du personnel, ainsi que diverses dépenses indispensables au fonctionnement quotidien. À cela s'ajoute la complexité croissante liée à la gestion des stocks pour répondre à la diversité des prescriptions médicales et aux attentes variées des patients, les officines devant maintenir un assortiment large et régulièrement actualisé de médicaments.

Cette exigence est accentuée en l'absence de droit de substitution, puisque le pharmacien ne peut pas remplacer un médicament prescrit par un autre médicament générique, limitant ainsi la flexibilité dans la gestion des stocks. À l'inverse, dans plusieurs pays ayant encadré juridiquement cette pratique, le droit de substitution constitue un levier essentiel d'optimisation des approvisionnements et de régulation des coûts. Le droit de substitution, tel qu'il est reconnu dans plusieurs pays, désigne la faculté accordée au pharmacien de remplacer un médicament prescrit par un médicament générique équivalent, sans nécessité d'accord préalable du prescripteur, sous réserve de conditions strictes de bioéquivalence thérapeutique.

En raison de ces contraintes, de nombreuses officines adoptent une stratégie d'approvisionnement en flux tendu « juste à temps », s'appuyant sur les grossistes-répartiteurs qui assurent des livraisons fréquentes jusqu'à 4 à 6 fois par jour dans les zones urbaines. Ces grossistes jouent ainsi, de manière informelle, un rôle de « banquiers » pour les pharmacies, comme cela a été souligné lors des auditions menées avec les acteurs du marché.

Ces fragilités économiques sont d'autant plus préoccupantes pour les nouvelles créations, qui doivent supporter un investissement initial moyen estimé à 1,2 million de dirhams en

2025, selon les données communiquées par le SNPM. Cette situation est aggravée par la forte concentration géographique des officines dans les zones urbaines, les marges commerciales réglementées et la pression continue sur les prix, mettant en péril la viabilité économique des installations récentes.

De ce qui précède, il ressort que le modèle économique des pharmacies d'officine au Maroc a atteint ses limites. Cette situation appelle à une réflexion stratégique sur la refonte du cadre réglementaire, économique et organisationnel du marché officinal.

Dans cette perspective, il est pertinent d'examiner les modèles économiques en vigueur dans d'autres pays, notamment ceux qui ont amorcé une diversification des sources de rémunération ou introduit une reconnaissance financière des actes pharmaceutiques, dans une logique d'intégration du pharmacien au parcours de soin et de pérennisation économique de ce maillon essentiel de la chaîne de distribution du médicament.

IV.2.2 Analyse comparative des modèles économiques des pharmacies d'officine à l'échelle internationale

Le modèle économique des pharmacies d'officine diffère d'un pays à l'autre, en fonction des politiques de santé publique, des mécanismes de régulation des prix des médicaments et du degré de reconnaissance de l'acte pharmaceutique dans le système de santé.

Dans de nombreux pays, le modèle traditionnel basé uniquement sur la marge commerciale sur le prix du médicament a progressivement montré ses limites. Ce modèle, historiquement dominant, ne permet ni de garantir une pérennité économique durable, ni de valoriser le rôle du pharmacien dans un contexte de transformation des systèmes de santé.

A ce titre, plusieurs pays ont engagé une évolution vers des modèles hybrides, marquée par l'essor de nouveaux concepts d'officines organisées sous enseigne ou en réseaux, ainsi que par la promotion de structures coopératives et mutualisées entre pharmaciens.

Sur le plan de la rémunération, ces dispositifs associent une marge commerciale appliquée au prix du médicament à des honoraires liés à la dispensation ou aux services rendus, visant à valoriser l'acte pharmaceutique. Ces modèles mixtes visent à renforcer la viabilité économique des officines tout en alignant leur mode de rémunération sur des missions élargies du pharmacien et des priorités des systèmes de santé. Ci-après sont présentés quelques exemples de modèles en vigueur à l'international :

Tableau 13 : Benchmark des modèles économiques des pharmacies d'officine

Pays	★ Maroc
Mode de rémunération	- Le modèle de rémunération des pharmacies d'officine au Maroc repose exclusivement sur la marge commerciale appliquée au prix fabricant hors taxes (PFHT) des médicaments. Comme exposé précédemment, ce système est structuré en fonction de quatre tranches de prix, selon un barème réglementaire : - Deux marges commerciales dégressives sont appliquées : 57 % du PFHT (équivalent à 33,93 % du PPV) pour les médicaments de la première tranche ; 47 % du PFHT (soit 29,75 % du PPV) pour ceux de la deuxième tranche. - Deux forfaits fixes sont appliqués pour les médicaments onéreux : 300 dirhams pour les médicaments de la troisième tranche dont le PFHT est compris entre 588 et 1 766 dirhams ; 400 dirhams pour les médicaments de la quatrième tranche dont le PFHT dépasse 1766 dirhams. - Rémunération pour services pharmaceutiques : Absence d'honoraires spécifiques pour dispensation ou autres services (conseil, prévention, etc.)
Mode d'organisation	- Détention réservée exclusivement aux pharmaciens. - Interdiction de toute prise de contrôle par des non-pharmaciens.
Régulation territoriale des officines	- Ouverture soumise à autorisation administrative préalable délivrée par le gouverneur de la préfecture ou de la province. - Respect de critères démographiques et géographiques : - Distance minimale entre officines généralement requise (300m) - Chaque officine doit être dirigée par un pharmacien titulaire inscrit à l'Ordre - Restrictions réglementaires encadrant strictement les horaires d'ouverture et de garde
Indicateurs de densité	- Nombre total d'officines : 14 134²⁰ - Nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre : 14 191²¹ - Densité de pharmaciens : 38,5 pharmaciens pour 100 000 habitants - Densité d'officines : 38,4 officines pour 100 000 habitants
Ratio pharmacien/officine	≈ 1 pharmacien par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	642 dirhams/habitant en 2024 ²²
Tendances économiques	Consommation pharmaceutique par habitant encore faible, Pression sur le modèle économique officinal avec des charges croissantes, des marges encadrées et une forte densité d'officines particulièrement dans les zones urbaines.
Nombre de fermeture	Bien qu'il n'existe pas de données officielles sur le nombre exact de fermetures d'officines au Maroc, des professionnels du secteur indiquent qu'environ 4 000 pharmacies seraient aujourd'hui au bord de la faillite en raison de difficultés économiques et financières.

²⁰ Données communiquées par le Conseil régional des pharmaciens d'officine du Sud

²¹ Données communiquées par les Conseils régionaux sud et nord de l'ordre des pharmaciens sur l'évolution du nombre des pharmaciens inscrits à l'ordre jusqu'en 2025

²² Sur la base des données communiquées par le CROPS

Pays	 Tunisie
Mode de rémunération	- Rémunération principalement fondée sur la marge réglementée sur le prix des médicaments - Médicaments remboursés : - Remboursement par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) - Païement à la pharmacie incluant la marge réglementaire - Ticket modérateur à la charge du patient selon les régimes - Barème officiel (arrêté ministériel) : marge indexée sur le prix (de 31,1% à 42,9%) - Médicaments non remboursés et OTC : - Prix administrés - Marge commerciale réglementée - Importance des ventes hors remboursement - Rémunération pour services pharmaceutiques : - Limitée - Principalement centrée sur la dispensation
Mode d'organisation	- Propriété exclusivement réservée aux pharmaciens - Interdiction de détention par des non-pharmaciens ou investisseurs - Absence de chaînes capitalistiques - Exercice majoritairement libéral - Inscription sur une liste d'attente nationale, gérée par le ministère de la Santé, pour les nouvelles ouvertures surtout dans les zones saturées (moratoire de fait)
Régulation territoriale des officines	- Installation soumise à autorisation administrative - Numerus clausus territorial basé sur la population et la distance minimale entre officines - Chaque officine doit être dirigée par un pharmacien titulaire
Indicateurs de densité	- Nombre total d'officines : $\approx$ 2 500 pharmacies²³ - Nombre de pharmaciens : $\approx$ 5 500 pharmaciens²⁴ - Densité de pharmaciens : $\approx$ 34 pharmaciens pour 100 000 habitants²⁵ - Densité d'officines : $\approx$ 20 officines pour 100 000 habitants²⁶
Ratio pharmacien/officine	$\approx$ 2,2 pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	$\approx$ 1 294,67 Dhs par habitant / an ²⁷
Tendances économiques	- Marché dominé par les officines indépendantes - Industrie pharmaceutique locale relativement développée - Forte régulation publique des prix et de l'accès au marché
Nombre de fermetures	Les communiqués officiels portent principalement sur l'organisation du service officinal (horaires, gardes), ce qui témoigne de la priorité accordée à la continuité du service plutôt qu'au suivi statistique des fermetures d'officines.

²³ Syndicat des Pharmaciens d'Officine de Tunisie (SPOT), données professionnelles sur le réseau officinal.

²⁴ Fédération internationale pharmaceutique (FIP), Global Situation Report on Pharmacy 2025.

²⁵ Statistiques du Ministère de la Santé en Tunisie.

²⁶ Une estimation fondée sur le rapport entre le nombre d'officines et une population d'environ 12,3 millions d'habitants.

²⁷ Sur la base d'un marché pharmaceutique en Tunisie estimé à 1,6 milliard USD en 2025 et d'une population d'environ 12,3 millions d'habitants, ce qui donne une estimation de la consommation pharmaceutique en Tunisie $\approx$ 130 USD par habitant/an. La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 9,959 MAD pour 1 USD.

Pays	France
Mode de rémunération	• Médicaments remboursables : Marges réglementées dégressives et lissées sur le PFHT : de 10% à 30% selon le prix. • Médicaments non remboursables : Marges libres Rémunération sur l'acte pharmaceutique : • Honoraires de dispensation (de 1,02 € à 2,76 €) : Honoraire de dispensation par boîte, ordonnance complexe, enfants/personnes âgées, dispensation à domicile. • Honoraires par acte : Suivi patient, vaccination, Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). • Rémunération sur objectifs (l'usage des outils numériques : e-prescription, messagerie sécurisée, application carte Vitale, l'alimentation de l'espace numérique de santé, le recours aux logiciels d'aide à la dispensation certifiés).
Mode d'organisation	• Détention réservée exclusivement aux pharmaciens. • Exploitation possible en nom propre ou sous forme sociétaire, limitée aux structures autorisées (Société d'exercice libéral) ; • Détention indirecte via Société de Participation Financière de Professions Libérales de pharmaciens, dans des conditions strictement encadrées ; • Interdiction des chaînes capitalistiques et de toute prise de contrôle par des non-pharmaciens avec l'émergence toutefois de nouveaux concepts de pharmacies sous enseigne ou en réseaux.
Régulation territoriale des officines	• L'exigence d'une licence accordée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) selon un système d'implantation par quota d'habitants ; • Critère démographique : 1 officine pour 2 500 habitants, puis 1 officine supplémentaire par tranche de 4 500 habitants.
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : 20 242²⁸ • Nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre : 75 080²⁹ • Densité de pharmaciens : 109 pharmaciens pour 100 000 habitants³⁰ • Densité d'officines : 30 officines pour 100 000 habitants³¹
Ratio pharmacien/officine	≈ 3,7 pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	5.378 Dhs/habitant en 2024 ³²
Tendances économiques	Les réseaux officinaux français représentent une forme hybride entre indépendance et chaîne intégrée : 34% ont opté pour une enseigne, soit environ 6 985 pharmacies sous enseigne ou un concept de réseau tout en restant conforme à la réglementation française en vigueur. Principaux réseaux non capitalistiques en France : Hygie31 ³³ , Giphar et Aprium Pharmacie.
Nombre de fermetures	Selon les données de l'Ordre national des pharmaciens et des organismes associés en France : En moyenne, 200 à 300 pharmacies ferment chaque année.

²⁸ Démographie pharmaceutique : les grandes tendances au 1er janvier 2025, La revue n°28 - juillet 2025, Ordre National des Pharmaciens en France.

²⁹ Panorama démographique mis à jour par l'Ordre national des pharmaciens en France, publication du 5 juin 2025

³⁰ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Effectifs des professionnels de santé au 1er janvier 2025 (RPPS)

³¹ Ordre national des pharmaciens en France, Panorama au 1er janvier 2024, indicateurs territoriaux.

³² Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Comptes nationaux de la santé — édition 2025 (données 2024) : consommation de médicaments en France ≈ 34,5 Md€, soit environ 500 € par habitant. La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 10,756 MAD pour 1 Euro.

³³ Hygie31 est un groupe français actif dans le secteur de la santé, structurant un vaste écosystème de pharmacies, parapharmacies, optique et matériel médical en France. Il regroupe aujourd'hui plus de 1 400 officines et réseaux partenaires (Lafayette, Pharmacorp, Pharmacyal, Quartz, Pharm'Auvergne, etc.). L'entité propose également des solutions centrales d'achats, plateformes e-commerce, formations et services support à destination des pharmaciens indépendants. Hygie31 prend des participations dans des structures de services qui ne détiennent pas le capital des officines elles-mêmes, mais fédèrent les pharmacies dans un écosystème mutualisé.

Pays	Italie
Mode de rémunération	• Médicaments remboursables : Marges réglementées intégrées dans le prix public du médicament remboursé par le Service National de Santé (SSN). - La rémunération des pharmacies comprend une quote-part proportionnelle (fixée à 6 % du prix public hors TVA du médicament appliquée à chaque boîte dispensée en régime SSN) et une quote-part fixe par conditionnement (0,58 € pour médicaments ≤ 4 €, 1,66 € pour médicaments > 4 € et ≤ 11 €, 2,50 € pour médicaments > 11 €) • Médicaments non remboursables (OTC / hors SSN) : Marges libres - Rémunération sur l'acte pharmaceutique : • Honoraires de dispensation • Prévention et dépistage (Mesure pression artérielle, Glycémie, programmes de prévention santé publique, ...) • Vaccination, Suivi patients chroniques et télémédecine et diagnostic assisté
Mode d'organisation	• Détention par un ou plusieurs pharmaciens ; • Capital ouvert aux non pharmaciens sous forme de société à condition à condition qu'elle soit gérée par un pharmacien. • Réseaux ou chaînes capitalistiques d'officines autorisés sous conditions.
Régulation territoriale des officines	• Autorisations d'ouverture, de transfert ou de regroupement sont délivrées par : les autorités régionales (Regioni) en coordination avec les Ordres provinciaux des pharmaciens ; • Instauration d'un plafond de concentration territoriale (un même opérateur ne peut pas détenir +20% des officines existantes ; • Critères démographiques et territoriaux à respecter pour l'implantation.
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : 20 160³⁴ • Nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre : environ 100 000³⁵ • Densité de pharmaciens : 134 pharmaciens pour 100 000 habitants³⁶ • Densité d'officines : 33 officines pour 100 000 habitants³⁷
Ratio pharmacien/officine	≈ 4,9 pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	5.797,5 Dhs par habitant/an ³⁸
Tendances économiques	Plus de 60% des pharmacies sont actuellement gérées sous forme de sociétés. La part restante (environ 40%) est gérée sous forme d'entreprises individuelles. Principales chaînes et groupes d'officines en Italie : Dr. Max, Farmacie Italiana, LloydsFarmacia... En plus, le réseau officinal italien comprend également des formes de regroupement entre pharmacies indépendantes, sans intégration capitalistique (Unico, CEF, Farmacentro)
Nombre de fermeture	Près de 1 500 ont fermé leurs portes en 2023, phénomène dû principalement à l'essor des médicaments en ligne et les services de livraison

³⁴ Données issues de la fédération des titulaires de pharmacies (Federfarma) : La farmacia italiana in cifre (édition 2024-2025).

³⁵ FOFI, données institutionnelles sur les pharmaciens inscrits aux Ordini provinciali (2024).

³⁶ OCDE, Health Statistics — Pharmacists per 100 000 population (Italie).

³⁷ Federfarma, La farmacia italiana in cifre ; Ministero della Salute, données sur la distribution territoriale des farmacie.

³⁸ Données issues du rapport « OCDE & Commission européenne, State of Health in the EU — Italy Country Health Profile 2025 », qui évalue le niveau de consommation des médicaments en Italie à 539 euros par habitant/an soit l'équivalent de 5.797,5 Dhs. La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 10,756 MAD pour 1 Euro.

Pays	 Belgique
Mode de rémunération	Médicaments remboursables : • Prix de vente ex usine ≤ 60 € HT : 7,18% • Prix de vente ex usine > 60 € HT : 4,308 € + 2,37% de la partie du prix de vente ex usine hors TVA du médicament dépassant 60 euros, si ce prix est supérieur ou égal à 60 euros. Médicaments non remboursables : • Prix public $\leq 25,44$ € TTC : 31% du prix de vente hors TVA • Prix public $> 25,44$ € TTC : 7,44 euros par présentation Rémunération sur l'acte pharmaceutique : • Honoraires complémentaires pour actes spécifiques (suivi, conseil, vaccination, garde...), pris en charge par l'assurance maladie.
Mode d'organisation	• Détention par un ou plusieurs pharmaciens associés ; • La propriété peut être ouverte à des personnes physiques ou morales, y compris des non-pharmaciens, sous réserve que la gestion et la responsabilité professionnelle soient assumées par le pharmacien titulaire • Le réseau belge est mixte : Pharmacies indépendantes, pharmacies sociétaires, chaînes / groupes non capitalistiques, réseaux coopératifs non capitalistiques
Régulation territoriale des officines	• Un moratoire sur l'ouverture de nouvelles pharmacies est prolongé de cinq ans, soit jusqu'en décembre 2029. Cette mesure, visant à limiter la concentration élevée d'officines, interdit la création de nouvelles officines mais permet les transferts et fusions sous conditions strictes; • Critères démographiques et territoriaux stricts
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : 4 647³⁹ • Nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre : 14.471⁴⁰ • Densité de pharmaciens : 128 pharmaciens pour 100 000 habitants⁴¹ • Densité d'officines : 40 officines pour 100 000 habitants⁴²
Ratio pharmacien/officine	$\approx 3,1$ pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	≈ 5.152 Dhs par habitant/an ⁴³
Tendances économiques	Un tiers environ des officines est affilié à un réseau ou groupe, ce qui illustre une tendance croissante vers la structuration coopérative du secteur, même dans un cadre où la propriété corporative est réglementée. Présence de groupes nationaux (ex. Multipharma, Lloydspharma Belgium)
Nombre de fermeture	Fermeture de 293 officines en 2024, s'inscrivant principalement dans dynamiques de fusions, transferts et réorganisation de réseaux.

³⁹ Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), statistiques 2024 sur les pharmacies ouvertes au public.

⁴⁰ Ordre des pharmaciens de Belgique, données institutionnelles sur les pharmaciens inscrits, 2024.

⁴¹ OCDE, Health Statistics — Pharmacists per 100 000 population (Belgique).

⁴² OCDE, données sur les infrastructures de soins

⁴³ Données issues du rapport « State of Health in the EU Belgium Country Health Profile 2025, OCDE » qui évalue le niveau de consommation des médicaments en Belgique à 479 euros par habitant/an soit l'équivalent de 5.152 Dhs. La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 10,756 MAD pour 1 Euro.

Pays	 Allemagne
Mode de rémunération	• Médicaments remboursables : • Un honoraire fixe par boîte • Une marge proportionnelle : 3 % du prix fabricant (plafonnée à 37,80 €) • Une contribution obligatoire aux caisses : – 2,00 € par boîte • TVA incluse dans le prix final (19 %) • Médicaments non remboursables : prix libres • Rémunération complémentaire pour services pharmaceutiques : • bilans médicamenteux • accompagnement des patients chroniques • suivi thérapeutique • prévention (vaccination dans certains cas)
Mode d'organisation	• Détention par un ou plusieurs pharmaciens associés ; • Organisation en réseau limitée: un pharmacien peut posséder une pharmacie principale + 3 succursales max proches géographiquement (dans le même district ou un district voisin) ; • Les chaînes de pharmacies capitalistiques ne sont pas autorisées: l'émergence toutefois de nouveaux concepts de pharmacies sous enseigne ou en réseaux
Régulation territoriale des officines	• Les pharmacies en Allemagne doivent être détenues par un pharmacien diplômé inscrit à l'Ordre des pharmaciens (Apothekerkammer); • Les nouvelles ouvertures doivent respecter des critères territoriaux stricts (régulation sur la distance minimale entre officines). • Chaque pharmacie doit avoir un pharmacien responsable qui assure la conformité aux normes professionnelles; • Quotas démographiques et territoriaux à respecter.
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : 17 041 pharmacies⁴⁴ • Nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre : 69 800⁴⁵ • Densité de pharmaciens : 67 pharmaciens pour 100 000 habitants⁴⁶ • Densité d'officines : 23 officines pour 100 000 habitants⁴⁷
Ratio pharmacien/officine	• ≈ 4,1 pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	• ≈ 7.992 Dhs par habitant / an ⁴⁸
Tendances économiques	Densité relativement faible, maillage parfois insuffisant en zones rurales, absence de chaînes permettant de mutualiser services et coûts.
Nombre de fermetures	• Fermetures en hausse (578 fermetures en 2024 contre seulement 48 ouvertures) : Fermetures observées surtout pour les succursales avec recentrage sur l'officine principale

⁴⁴ Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA — Fédération des pharmaciens allemands), statistiques officielles du réseau officinal, 2024.

⁴⁵ Ce chiffre correspond aux pharmaciens exerçant ou inscrits auprès des chambres professionnelles en Allemagne en 2023 (Apothekerkammern).

⁴⁶ OCDE, Health Statistics — Pharmacists per 100 000 population (Allemagne).

⁴⁷ ABDA, statistiques du réseau officinal

⁴⁸ Données issues du rapport « OCDE & Commission européenne — State of Health in the EU : Germany Country Health Profile 2025 » qui évalue le niveau de consommation des médicaments en Allemagne à 743 euros par habitant/an soit l'équivalent de 7.992 Dhs. La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 10,756 MAD pour 1 Euro.

Pays	 Portugal
Mode de rémunération	• Marge proportionnelle et forfait selon tranches de PFHT $\approx$ 18% à 27% du prix fabricant (PFHT) • Rémunération sur l'acte pharmaceutique : honoraires spécifiques sous forme fee-for-service pour actes pharmaceutiques (ex : test de dépistage (VIH, hépatite, etc.), conseil et suivi thérapeutique, etc.) • Rémunération pour participation à des programmes publics, promotion des génériques.
Mode d'organisation	• Toute personne physique ou morale peut devenir propriétaire d'une pharmacie, même si elle n'est pas pharmacien (sauf médecins, grossistes, industrie pharmaceutique, prescripteurs, assureurs, etc.); • Obligation d'un pharmacien responsable dans chaque pharmacie • Chaines capitalistiques autorisées.
Régulation territoriale des officines	• L'octroi de nouvelles licences pour ouvrir une pharmacie est soumis à des critères démographiques et géographiques (au moins 3 500 habitants dans la zone envisagée, à moins d'une distance minimale de 350 m entre officines dans les zones urbaines). • Chaque pharmacie doit être dirigée par un pharmacien responsable; • Un propriétaire (personne physique ou société) ne peut détenir directement ou indirectement plus de quatre pharmacies.
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : 2 920⁴⁹ • Nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre : 16 439⁵⁰ • Densité de pharmaciens : 99 pharmaciens pour 100 000 habitants⁵¹ • Densité d'officines : 33 officines pour 100 000 habitants⁵²
Ratio pharmacien/officine	• $\approx$ 5,6 pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	• $\approx$ 4.259 Dhs par habitant / an ⁵³
Tendances économiques	Ce modèle a permis de favoriser l'investissement pour la modernisation des officines avec la mise en place de nouveaux services (téléconsultation, click & collect, vaccination, conseils nutritionnels, etc) tout en permettant la mutualisation des outils pour offrir ces services à moindre coût.
Nombre de fermetures	Contrairement à certains pays européens, il n'y a pas eu de vague massive de fermetures au Portugal. Le nombre d'officines reste globalement stable depuis plusieurs années.

⁴⁹ INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, statistiques officielles des pharmacies communautaires, 2024.

⁵⁰ Ordem dos Farmacêuticos, données institutionnelles sur les pharmaciens inscrits, 2023.

⁵¹ OCDE, Health Statistics — Pharmacists per 100 000 population (Portugal).

⁵² NFARMED, statistiques territoriales des pharmacies.

⁵³ Données issues du rapport « OCDE & Commission européenne — State of Health in the EU : Portugal Country Health Profile 2025 » qui estime le niveau de consommation des médicaments par habitant en Portugal à 396 euros par habitant/an soit l'équivalent de 4.259 Dhs. La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 10,756 MAD pour 1 Euro.

Pays	Arabie Saoudite
Mode de rémunération	• Rémunération sur les médicaments • La principale source de revenus est la marge sur le prix de vente. • Prix des médicaments fixés ou approuvés par l'autorité nationale (SFDA) • Marge intégrée dans le prix public • Marge généralement dégressive selon le prix du médicament • Médicaments sans ordonnance et OTC • Prix réglementés pour la majorité des médicaments • Prix plus flexibles pour certains produits OTC • Forte part de ventes sans ordonnance dans les pharmacies privées • Paiement par les assurances et l'État, deux grands segments à distinguer : • Secteur public : • Médicaments souvent fournis gratuitement dans les hôpitaux publics • Rôle plus limité des officines privées pour les citoyens • Secteur privé et assurances : • Pharmacies rémunérées via facturation aux assureurs • Remboursement basé sur le prix réglementé • Pas d'honoraires de dispensation standardisés
Mode d'organisation	• La détention des officines n'est pas limitée aux pharmaciens; • Chaque pharmacie doit être dirigée par un pharmacien responsable ; • Chaines capitalistiques autorisées (ex : Nahdi⁵⁴) • Ouverture du capital à l'investissement étranger par décret royal en 2025 (Royal Decree n° M/195 (3 mars 2025)).
Régulation territoriale des officines	• La licence d'exploitation de pharmacie est délivrée par la Saudi Food and Drug Authority (SFDA). • L'Arabie saoudite appliquait historiquement des règles territoriales strictes, notamment en matière de distance minimale entre officines, celles-ci ont été progressivement assouplies.
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : 10.819 pharmacies communautaires⁵⁵ • Nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre : 46 856⁵⁶ • Densité de pharmaciens : 67,3 pharmaciens pour 100 000 habitants⁵⁷ • Densité d'officines : 32,2 officines pour 100 000 habitants
Ratio pharmacien/officine	• ≈ 4,3 pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	• ≈ 1.464 Dhs par habitant / an ⁵⁸
Tendances économiques	Croissance du nombre d'officines (+89 % en 2007-2022), densité en hausse (32,2/100 000 habitants) avec renforcement qualitatif de l'offre officinale avec l'ouverture du capital.
Nombre de fermetures	Le réseau demeure en croissance, avec des ajustements ponctuels plutôt qu'un déclin.

⁵⁴ Nahdi Medical Company (Nahdi) est la principale chaîne de pharmacies en Arabie saoudite et l'un des acteurs clés de la distribution pharmaceutique au Moyen-Orient. Avec un réseau de plus de 1 000 pharmacies réparties sur l'ensemble de l'Arabie Saoudite, le modèle « Nahdi » repose sur un réseau intégré de pharmacies à gestion centralisée, bénéficiant d'économies d'échelle, d'une forte diversification de l'offre et son modèle repose sur une intégration verticale avancée, une forte digitalisation et une diversification vers les services de santé.

⁵⁵ Données au titre de l'année 2024 issues de General Authority for Statistics – Healthcare Establishments and Workforce Statistics 2024

⁵⁶ Ce chiffre provient des statistiques du système de santé saoudien au titre de 2022, fondées notamment sur les enregistrements de la Saudi Commission for Health Specialties (SCFHS), organisme qui délivre les licences professionnelles.

⁵⁷ Ministry of Health (Saudi Arabia), Health Statistical Yearbook, indicateurs de ressources humaines en santé — densité des pharmaciens.

⁵⁸ Chiffre issu de l'estimation de la taille du marché pharmaceutique saoudien en valeur (≈ 5 milliards USD), rapportée à une population d'environ 34 millions d'habitants, ce qui donne un niveau de consommation de médicaments de l'ordre de 147 USD par habitant/an (soit l'équivalent de 1464 Dhs). La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 9,959 MAD pour 1 USD.

Pays	 Egypte
Mode de rémunération	• Rémunération sur les médicaments : marge officinale réglementée par le ministère de la Santé selon le type de médicament : • Médicaments princeps : $\approx 20\%$ du prix public • Médicaments génériques : $\approx 25\%$ • Médicaments non remboursables : prix globalement contrôlés • Pas d'honoraires de dispensation distincts
Mode d'organisation	• Une pharmacie doit être détenue par un pharmacien diplômé et inscrit à l'Ordre. • Détention réservée aux pharmaciens diplômés • Les chaînes capitalistiques sont officiellement interdites, avec une présence de réseaux structurés autour de marques communes (ex : chaîne El-Ezaby⁵⁹ avec +300 pharmacies)
Régulation territoriale des officines	• Licence délivrée par le ministère égyptien de la Santé • Distance minimale obligatoire entre officines : ≈ 100 mètres
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : $\approx 95\,000$ pharmacies communautaires⁶⁰ • Nombre de pharmaciens : 313.000⁶¹ • Densité de pharmaciens : 280 pharmaciens pour 100 000 habitants⁶² • Densité d'officines : 85 officines pour 100 000 ha
Ratio pharmacien/officine	$\approx 3,3$ pharmaciens par officine
Nombre de fermeture	• Le réseau demeure en croissance, avec des ajustements ponctuels plutôt qu'un déclin.
Niveau de consommation des médicaments par habitant	≈ 558 Dirhams par habitant / an ⁶³
Tendances économiques	L'Égypte possède l'un des réseaux de pharmacies les plus denses au monde. Contrairement à plusieurs pays de la région, l'Égypte voit émerger de grandes chaînes (ex. El-Ezaby).
Nombre de fermetures	Environ 1 500 pharmacies auraient fermé en Égypte ces dernières années en raison de l'augmentation du coût des médicaments et de la baisse des marges des pharmaciens. Par ailleurs, certaines officines ont également fait l'objet de fermetures temporaires dans le cadre de campagnes d'inspection menées par le ministère de la Santé pour diverses infractions.

⁵⁹ El-Ezaby Pharmacies est l'une des principales chaînes de pharmacies en Égypte, fondée en 1975 et implantée principalement au Caire et dans les grandes villes. Elle exploite plusieurs centaines d'officines (estimées à plus de 300) et emploie des milliers de pharmaciens et de personnels de santé, ce qui en fait l'un des plus grands réseaux privés du pays dans un marché dominé par près de 95 000 pharmacies communautaires.

⁶⁰ Données du Syndicat égyptien des pharmaciens (EPS), citées dans la littérature scientifique sur les pharmacies communautaires en Égypte, 2023.

⁶¹ Selon les registres du Syndicat des pharmaciens égyptiens (EPS)

⁶² Calcul fondé sur les données du Syndicat égyptien des pharmaciens (2023) et la population nationale (Banque mondiale / Nations Unies ≈ 112 millions d'habitants).

⁶³ Estimation fondée sur les analyses du marché pharmaceutique égyptien ($\approx 6,3$ milliards USD) rapportées à une population d'environ 112 millions d'habitants, source IQVIA, ce qui donne un niveau de consommation de médicaments de l'ordre de 56 USD par habitant/an (soit l'équivalent de 558 Dhs). La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 9,959 MAD pour 1 USD.

Pays	 Royaume Uni
Mode de rémunération	• Pour les médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre du NHS : • Une marge réglementée sur le médicament $\approx$ 5% à 10% du prix fabricant (PFHT) • Un honoraire de dispensation par prescription • Des ajustements financiers globaux au niveau national • Global Sum (financement contractuel) : les pharmacies anglaises reçoivent une enveloppe globale annuelle du NHS pour les services essentiels. • La dispensation • Le fonctionnement officinal • Certaines obligations de service public • Paiements pour services pharmaceutiques : • New Medicine Service (NMS) — accompagnement des nouveaux traitements • Medication reviews (bilans médicamenteux) • Emergency supply • Vaccination (grippe, COVID, etc.)
Mode d'organisation	• Les officines peuvent être détenues par un pharmacien enregistré auprès du General Pharmaceutical Council (GPhC); • Le pharmacien peut être propriétaire unique ou associé dans une société ; • Les pharmacies peuvent être détenues par des sociétés commerciales, y compris des chaînes nationales ou internationales. • Chaînes capitalistiques autorisées.
Régulation territoriale des officines	• La loi UK Pharmaceutical Regulations autorise la propriété corporative, ce qui signifie que des investisseurs non-pharmaciens peuvent détenir des officines par l'intermédiaire de sociétés ; • Chaque officine doit avoir un pharmacien responsable garantissant la conformité aux normes de dispensation et de sécurité; • Pas de limite stricte de critères géographiques ou du nombre de pharmacies par société, mais les règles de gestion et de licence s'appliquent à chaque officine.
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : 13 216 officines⁶⁴ • Nombre de pharmaciens : 65 400⁶⁵ • Densité de pharmaciens : 84 pharmaciens pour 100 000 habitants⁶⁶ • Densité d'officines : 21 officines pour 100 000 habitants
Ratio pharmacien/officine	• $\approx$ 4,9 pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	• $\approx$ 5.991 Dhs par habitant / an ⁶⁷
Tendances économiques	Ce modèle en Angleterre a favorisé le développement de grandes chaînes nationales (Boots, LloydsPharmacy, Well) en leur permettant de mutualiser leurs services en termes d'achats groupés et du marketing tout en respectant les règles de responsabilité professionnelle.
Nombre de fermetures	Taux de fermeture élevé avec 222 pharmacies ayant fermé en 2024

⁶⁴ NHS Business Services Authority, statistiques des community pharmacies, 2025.

⁶⁵ General Pharmaceutical Council (GPhC), registre des pharmaciens — données 2025.

⁶⁶ OCDE, Health Statistics — Pharmacists per 100 000 population (United Kingdom).

⁶⁷ Données issues du rapport « Health at a Glance 2025 OECD Indicators » qui estime le niveau de consommation des médicaments par habitant en Royaume-Uni à 557 euros par habitant/an soit l'équivalent de 5.991 Dhs. La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 10,756 MAD pour 1 Euro.

Pays	 États-Unis
Mode de rémunération	• Rémunération sur les médicaments prescrits : la pharmacie est payée par l'assureur (ou le programme public) selon deux composantes : • Remboursement du médicament • Basé sur un prix de référence (souvent AWP — Average Wholesale Price, ou prix négocié) • Dépend du contrat avec le PBM ou l'assureur • Inclut la marge commerciale • Honoraire de dispensation • Paiement fixe par ordonnance • Généralement ≈ 10 à 15 USD par prescription • Variable selon l'État et le contrat • Programmes publics : • Medicare (personnes âgées) • Remboursement via plans privés agréés • Conditions fixées par contrat • Importance croissante des médicaments coûteux • Medicaid (faibles revenus) • Remboursement par les États • Honoraires de dispensation souvent plus élevés que dans le privé • Médicaments non remboursables et OTC • Prix libres • Marge commerciale directe • Importance des ventes hors prescription • Rémunération pour services pharmaceutiques • Vaccination (grippe, COVID, etc.) • Tests rapides • Suivi thérapeutique • Gestion des maladies chroniques (dans certains États)
Mode d'organisation	• Les officines peuvent être détenues par des pharmaciens, des sociétés, des investisseurs non-pharmaciens; • Chaînes capitalistiques autorisées (CVS / Walgreens)
Régulation territoriale des officines	• Chaque officine doit avoir un pharmacien responsable garantissant la conformité aux normes de dispensation et de sécurité ; • Pas de limite nationale stricte pour l'implantation ; • Certains États peuvent imposer des conditions locales, mais globalement, la propriété et l'ouverture de nouvelles pharmacies sont libres, favorisant les zones urbaines.
Indicateurs de densité	• Nombre total d'officines : 67 000 pharmacies communautaires et 18 984 indépendantes⁶⁸ ; • Nombre de pharmaciens : 330 000⁶⁹ ; • Densité de pharmaciens : 99 pharmaciens pour 100 000 habitants⁷⁰ • Densité d'officines : 20 officines pour 100 000 habitants⁷¹
Ratio pharmacien/officine	$\approx 4,9$ pharmaciens par officine
Niveau de consommation des médicaments par habitant	≈ 17.060 Dhs par habitant / an ⁷²
Tendances économiques	Chaînes dominantes : CVS, Walgreens, Walmart (≈ 60 % du marché), la part restante est détenue majoritairement par les indépendants et franchises : ~ 38 %, souvent regroupés en alliances commerciales pour mutualiser achats et services.
Nombre de fermetures	Environ 2 300 pharmacies depuis le début de 2024 avec environ 8 fermetures/jr

⁶⁸ National Community Pharmacists Association (NCPA), NCPA Digest — Community Pharmacy at a Glance.

⁶⁹ U.S. Bureau of Labor Statistics, Occupational Employment Statistics — Pharmacists, 2023/2024.

⁷⁰ OCDE, Health Statistics — Pharmacists per 100 000 population (United States).

⁷¹ OCDE, statistiques du réseau officinal américain.

⁷² Selon le rapport de l'OCDE « Health at a Glance 2025 OECD Indicators » qui attribue aux États-Unis un niveau de consommation de médicaments de l'ordre de 1.713 USD par habitant/an (soit l'équivalent de 17.060 Dhs). La conversion a été établie, en application du taux de change de référence publié par la DGI pour la conversion des revenus perçus en monnaies étrangères au titre de l'année 2024 : 9,959 MAD pour 1 USD.

L'analyse comparative de ces modèles économiques des pharmacies d'officine met en évidence une diversité des configurations, chacune reflétant les caractéristiques propres du système de santé dans lequel elle s'inscrit. En effet, chaque modèle constitue l'aboutissement de choix stratégiques liés à la politique du médicament, au degré de couverture et d'organisation de l'assurance maladie, ainsi qu'au niveau de la maturité économique et sanitaire du pays. Ces facteurs structurants influencent directement l'architecture de la rémunération officinale, la structuration du réseau et les modalités d'intégration du pharmacien dans le système de soins.

● Par rapport au mode de rémunération :

Dans certains pays, notamment le Maroc et la Tunisie, la rémunération des pharmacies d'officine demeure principalement fondée sur la marge commerciale appliquée au prix du médicament. Ce modèle, historiquement centré sur la fonction de dispensation, rend les officines fortement dépendantes des politiques de régulation des prix et des marges. Il limite par ailleurs la reconnaissance et la valorisation de l'acte du pharmacien, en l'absence d'honoraires spécifiques liés aux services ou aux missions sanitaires du pharmacien. Dans un contexte marqué par la hausse des charges d'exploitation (salaires, loyers, ...) et par une pression continue sur les prix des médicaments, cette dépendance quasi exclusive à la marge constitue un facteur de fragilisation de l'équilibre économique du réseau officinal. Cette situation est d'autant plus sensible lorsque la consommation pharmaceutique par habitant est modérée, ce qui limite mécaniquement la rentabilité des officines et renforce leur exposition aux contraintes financières et réglementaires.

A l'inverse, la majorité des systèmes européens, notamment en France, en Belgique, en Allemagne, et au Portugal, ont progressivement évolué vers des modèles de rémunération mixtes. Ceux-ci combinent la marge commerciale, les honoraires de dispensation et la rémunération de l'acte pharmaceutique et des services rendus (suivi thérapeutique, prévention, vaccination, accompagnement des patients chroniques, etc.). Cette transformation traduit une mutation structurelle du rôle de l'officine, désormais intégrée davantage dans les soins primaires et les politiques de santé publique. Elle contribue également à réduire la dépendance au prix du médicament et à renforcer la viabilité économique des officines.

● Par rapport à la structuration du réseau officinal

Au-delà du mode de rémunération, l'analyse comparative fait ressortir des configurations différenciées quant à la structuration du capital et à l'organisation du réseau officinal.

Dans certains pays, tels que la France, l'Allemagne et la Tunisie, la propriété des officines demeure strictement réservée aux pharmaciens. Ce modèle, historiquement conçu pour garantir l'indépendance professionnelle, limite toutefois l'accès aux financements et pourrait restreindre les possibilités de mutualisation et de modernisation du réseau officinal.

Néanmoins, dans certains de ces systèmes, des formes d'organisation coopérative ou de réseaux non capitalistiques ont émergé afin de permettre une mutualisation des achats, des services et des outils, tout en préservant l'autonomie juridique des officines.

A l'inverse, d'autres pays, notamment l'Italie, la Belgique, le Portugal, et, plus récemment, l'Arabie saoudite, ont opté pour une ouverture encadrée du capital des officines. Cette configuration a favorisé l'émergence de chaînes et de groupes structurés, permettant de réaliser des économies d'échelle, de renforcer les capacités d'investissement et d'améliorer l'organisation logistique et commerciale. Toutefois, ces systèmes maintiennent généralement l'exigence d'un pharmacien responsable garantissant la conformité professionnelle et la qualité de la dispensation, traduisant la nécessité de concilier logique économique et mission sanitaire.

Le Royaume-Uni et les États-Unis représentent, quant à eux, des modèles d'ouverture intégrale du capital, caractérisés par une dissociation structurelle entre la détention économique et la responsabilité sanitaire. Dans ces systèmes, toute personne physique ou morale peut posséder et exploiter des pharmacies, tandis que l'exercice professionnel est assuré par des pharmaciens responsables, le plus souvent salariés. Cette configuration a favorisé une structuration fortement capitalistique du réseau officinal, marquée par l'émergence de grandes chaînes intégrées, la réalisation d'économies d'échelle et une modernisation du réseau officinal.

Ainsi, l'analyse permet d'observer une tendance internationale vers une restructuration progressive du secteur officinal, qu'elle soit capitalistique ou coopérative, visant à renforcer l'efficacité économique du réseau tout en préservant l'interdépendance du pharmacien et le rôle de proximité sanitaire de l'officine.

- **Par rapport à la régulation territoriale et à l'équilibre du maillage officinal**

La régulation territoriale constitue un autre déterminant essentiel de la viabilité économique et de l'accessibilité du réseau officinal. Les systèmes étudiés présentent des degrés variables de planification, reflétant des approches différentes de l'équilibre entre la logique du service public et la dynamique de marché.

Dans les systèmes fortement planifiés, tels que la France, l'Allemagne et la Tunisie, l'implantation des officines est encadrée par des critères démographiques et/ou géographiques, visant à garantir un maillage équilibré du territoire et à éviter une concentration excessive dans les zones urbaines. Ces dispositifs contribuent à préserver l'accessibilité géographique au médicament, mais peuvent également limiter la flexibilité d'adaptation du réseau aux évolutions démographiques et économiques.

D'autres pays, tels que l'Italie, le Portugal ou la Belgique, adoptent une régulation intermédiaire, combinant planification territoriale et mécanismes d'ajustement progressif. A l'opposé, des

systèmes plus libéraux, comme ceux du Royaume-Uni ou des États-Unis, laissent une plus grande place aux mécanismes de marché, ce qui peut favoriser l'innovation organisationnelle mais expose également à des déséquilibres territoriaux, notamment en zones rurales ou moins rentables.

L'analyse comparative montre que la soutenabilité du réseau officinal dépend largement de l'équilibre entre la densité des officines, le niveau de consommation pharmaceutique et la taille économique moyenne des structures. Une densité élevée, combinée à une consommation modérée et à une rémunération principalement fondée sur la marge, peut accentuer la pression concurrentielle et fragiliser la rentabilité des officines.

En guise de conclusion, l'analyse comparative des modèles économiques des pharmacies d'officine a permis de tirer des enseignements structurants :

- La diversification des sources de rémunération des pharmaciens apparaît comme un levier central de stabilité économique. Les expériences internationales montrent que les systèmes reposant exclusivement sur la marge commerciale sont structurellement plus exposés aux effets des politiques de régulation des prix, à l'évolution de la demande et des charges d'exploitation. A l'inverse, la valorisation de l'acte pharmaceutique et l'introduction d'honoraires de dispensation et de rémunérations liées aux services pharmaceutiques permet de mieux sécuriser les revenus officinaux, de réduire la dépendance au prix du médicament. Cette évolution s'inscrit dans une transformation de l'officine, d'un simple point de dispensation vers un acteur intégré du système de santé.
- La structuration du réseau officinal constitue un facteur déterminant d'efficience économique. Qu'elle prenne la forme de regroupements coopératifs, de réseaux non capitalistiques ou de chaînes capitalistiques encadrées, la mutualisation des moyens permet d'optimiser les coûts d'approvisionnement, d'améliorer la capacité d'investissement, de renforcer la digitalisation, de moderniser le réseau officinal et d'élever la qualité des services rendus aux patients. Les expériences internationales montrent toutefois que cette structuration doit s'accompagner de mécanismes de régulation appropriés afin de préserver l'indépendance professionnelle du pharmacien et d'éviter les risques de concentration excessive et de fermeture des officines notamment les indépendantes.
- La régulation territoriale joue un rôle essentiel dans l'équilibre global du réseau officinal. Les systèmes les plus résilients sont ceux qui parviennent à concilier accessibilité géographique au médicament et viabilité économique des officines. Un maillage territorial équilibré permet d'éviter à la fois la désertification pharmaceutique dans les zones peu attractives et la surdensité dans les zones

urbaines, deux situations susceptibles de fragiliser la soutenabilité du réseau et la continuité du service pharmaceutique.

- L'intégration du pharmacien dans les soins primaires renforce la valeur sanitaire et économique de l'officine. L'élargissement des missions du pharmacien d'officine constitue un levier majeur d'évolution du modèle officinal. Cette transformation contribue à améliorer la qualité des soins, à optimiser les dépenses de santé et des organismes d'assurance maladie et à positionner l'officine comme un maillon essentiel du système de santé.

IV.2.3 Analyse comparative des pratiques de substitution des génériques en pharmacie d'officine à l'international

Le droit de substitution permet au pharmacien de remplacer un médicament prescrit par son équivalent générique, dans des conditions strictement encadrées. Son instauration vise principalement à favoriser l'accès aux soins et à maîtriser les dépenses de santé, tout en valorisant le rôle du pharmacien dans le parcours de soin.

Dans plusieurs pays, sa mise en œuvre s'accompagne d'objectifs fixés, de référentiels techniques (groupes de génériques, liste des excipients à effet notoire) et de mécanismes incitatifs. La France, l'Allemagne et la Belgique en sont des exemples, chacun ayant adopté une approche selon son système de santé, ses pratiques professionnelles et son cadre réglementaire.

Le tableau ci-après propose un benchmark comparatif de ces trois pays :

Tableau 14 : Comparaison des pratiques de substitution des génériques en pharmacie d'officine en France, Allemagne et Belgique

Pays	Cadre juridique et mise en œuvre	Objectifs et incitations	Conditions	Référentiels
France	Droit de substitution en vigueur depuis 1999. Prescription en DCI ⁷³ obligatoire depuis 2015. Substitution possible sauf mention manuscrite « non substituable » par le prescripteur.	Taux cible de substitution fixé à 90 %. Convention avec l'assurance maladie et les pharmaciens.	Même groupe générique, même substance active. Vigilance sur les excipients à effet notoire.	Répertoire des génériques de l'ANSM ⁷⁴

⁷³ La dénomination commune internationale (DCI) désigne le nom scientifique de la substance active contenue dans un médicament. Contrairement au nom de marque, qui varie selon les laboratoires, la DCI est unique et universelle permet d'identifier clairement les médicaments appartenant à une même famille pharmacologique ou chimique, grâce à des radicaux ou suffixes caractéristiques : par exemple, les bêtabloquants se terminent souvent par -olol, tandis que les benzodiazépines se reconnaissent au suffixe -azépam.

⁷⁴ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de la France.

Belgique	Substitution encadrée depuis 2005, renforcée en 2012. Prescription en DCI autorisée mais non obligatoire.	Obligation de délivrer le médicament le moins cher en cas de prescription en DCI. Substitution obligatoire pour certaines classes de médicaments (antibiotiques, antimycosiques).	Même substance, forme, dosage, voie d'administration. Interdite pour médicaments « NO SWITCH » ou « NO DCI ». Vigilance sur les excipients à effet notoire.	Référentiels INAMI ⁷⁵ et AFMPS ⁷⁶ , liste des médicaments autorisés avec excipients à effet notoire, tableaux comparatifs du CBIP ⁷⁷ .
Allemagne	Principe « aut idem » en vigueur depuis 2002. Substitution obligatoire sauf exclusion par le médecin ou contre-indication établie par le G-BA ⁷⁸ .	Obligation pour toute alternative générique moins chère contenant la même substance active, sauf opposition médicale. Mesure inscrite dans la politique de maîtrise des dépenses de santé.	Même substance, forme galénique, posologie et usage. Formes définies par le G-BA.	Listes d'exclusion et d'interchangeabilité publiées par le G-BA.

Source : Établi par le Conseil sur la base du Benchmark

À l'international, plusieurs autorités de concurrence reconnaissent que le droit de substitution constitue un levier essentiel pour dynamiser la concurrence sur le marché des médicaments. En facilitant l'entrée des génériques et en contribuant à la maîtrise des dépenses publiques de santé, cette prérogative accordée au pharmacien d'officine, lorsqu'elle est correctement encadrée, permet également de rééquilibrer les relations entre les acteurs de la chaîne de distribution tout en garantissant la continuité et l'accessibilité des traitements pour les patients.

L'exemple français illustre bien ces enjeux. Dans son avis de 2022 sur la distribution des médicaments en ville, l'Autorité française de la concurrence a rappelé le rôle stratégique du droit de substitution, présenté comme un outil efficace de régulation économique et de responsabilisation des pharmaciens. Elle a toutefois mis en lumière les limites de son application actuelle, à savoir un recours excessif ou injustifié à la clause de non-substitution, une hétérogénéité des pratiques selon les territoires, ou encore des réticences persistantes de certains professionnels de santé et patients vis-à-vis des génériques.

Pour remédier à ces insuffisances et renforcer l'efficacité du dispositif, ladite Autorité a formulé plusieurs recommandations : limiter strictement l'usage de la mention « non substituable » à des situations médicalement justifiées, accroître les incitations à la substitution pour les pharmaciens, et étendre ce droit de manière encadrée à d'autres classes thérapeutiques, telles que les biosimilaires. Elle appelle également à améliorer l'information des prescripteurs

⁷⁵ Institut national d'assurance maladie-invalidité.

⁷⁶ Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

⁷⁷ Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique.

⁷⁸ Comité mixte fédéral

et du public sur la qualité, l'efficacité et la sécurité des génériques, condition indispensable pour renforcer leur acceptation et in fine l'efficacité globale du système.

IV.3 Distribution au niveau du circuit hospitalier

Le circuit hospitalier au Maroc absorbe environ 25% de la distribution en gros des médicaments et occupe une place croissante dans la chaîne de distribution des médicaments. Contrairement au circuit officinal, largement ouvert au public et structuré autour d'un réseau dense de pharmacies d'officine, la distribution hospitalière répond à des logiques spécifiques liées aux besoins cliniques, aux exigences de prise en charge des patients hospitalisés et aux contraintes de gestion des établissements de soins. Ce segment se distingue par la nature des médicaments consommés, leur quantité et coût et la nécessité d'un usage thérapeutique stricte dans un cadre hospitalier.

La distribution hospitalière s'organise autour de deux segments principaux : le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé, chacun présentant des spécificités institutionnelles et logistiques.

IV.3.1 Au niveau du secteur hospitalier public

Le secteur hospitalier public constitue l'un des principaux maillons du circuit hospitalier de distribution des médicaments. Il regroupe l'ensemble des établissements de santé relevant du ministère de la Santé et de la Protection Sociale, incluant les CHU, les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Centres Hospitaliers Provinciaux (CHP), les hôpitaux locaux et les hôpitaux spécialisés (oncologie, psychiatrie, rééducation fonctionnelle, maternités, etc.), ainsi que les différentes structures médico-sociales. Ce réseau couvre l'ensemble du territoire national et constitue le principal consommateur public des médicaments et des produits de santé.

Selon les données communiquées par la Direction de l'Approvisionnement en Médicaments et Produits de Santé (DAMPS), ce dispositif repose sur une architecture logistique étendue comprenant :

- 12 directions régionales de la santé ;
- 85 délégations provinciales ;
- 77 hôpitaux régionaux et provinciaux ;
- 97 centres de dialyse ;
- 13 centres régionaux d'oncologie ;
- Environ 2 200 centres de santé de premier niveau.

Ce maillage garantit une couverture nationale mais entraîne des besoins importants en coordination, planification et sécurisation de l'approvisionnement. L'approvisionnement des établissements de santé publics repose principalement sur des procédures de marchés

publics, conformément à la réglementation en vigueur. Ces procédures suivent un processus structuré comprenant :

1. Une détermination des besoins

- effectuée au niveau des délégations régionales, à partir des demandes consolidées des hôpitaux et centres de santé ;
- basée le plus souvent sur les consommations antérieures, ce qui peut entraîner des écarts avec les besoins réels en cas de variations épidémiologiques ou d'évolution des protocoles thérapeutiques.

2. Une publication des appels d'offres

- via la plateforme nationale des marchés publics : www.marchespublics.gov.ma ;
- incluant les quantités demandées, les exigences techniques, les normes de qualité et les conditions logistiques de livraison.

3. Une ouverture, analyse et évaluation des offres

- supervisée par des commissions dédiées (technique et financière) ;
- axée sur des critères d'évaluation, incluant la conformité technique, la certificats de qualité, les prix, les délais de livraison, les capacités logistiques, les autorisations de mise sur le marché.

4. Une attribution du marché et une contractualisation fondée sur

- une attribution provisoire puis définitive après vérification réglementaire ;
- une approbation et engagement budgétaire avant signature du contrat avec les fournisseurs.

5. Une livraison, réception et gestion des stocks

- assurées conjointement par les services régionaux et les unités centrales du MSPS ;
- reposant sur un suivi des livraisons, un contrôle de conformité, une réception des lots et stockage.

D'après les éléments recueillis dans le cadre de l'instruction de cet avis, le circuit hospitalier public fait face à plusieurs défis majeurs qui affectent l'efficacité du système d'approvisionnement et la disponibilité des médicaments. Parmi les principaux obstacles identifiés, figurent :

- Une difficulté d'anticipation des besoins et un allongement significatif des délais de traitement des commandes, pouvant atteindre deux mois, avec un délai global d'approvisionnement pouvant aller jusqu'à cinq mois ;

- Une insuffisance des ressources financières par rapport aux besoins réels en médicaments, accentuée par des retards récurrents dans la notification et le déblocage des crédits ;
- Un déficit en ressources humaines qualifiées, notamment en pharmaciens hospitaliers, gestionnaires de stocks et personnels formés à la logistique pharmaceutique ;
- Une complexité élevée de la nomenclature des produits, liée à la multiplication des références et à la diversité des choix thérapeutiques, rendant la standardisation difficile ;
- Des procédures administratives lourdes, en particulier dans le cadre des appels d'offres, qui se traduisent par un taux important de marchés infructueux ;
- Des infrastructures logistiques insuffisantes, incluant un dépôt central (Berrechid) saturé, des dépôts régionaux à capacité limitée ou non conformes, un manque de moyens de transport, ainsi que des conditions de stockage parfois inadaptées dans certaines zones ;
- L'absence d'un système d'information intégré, empêchant la disponibilité d'une vision en temps réel des stocks, des consommations et des besoins.

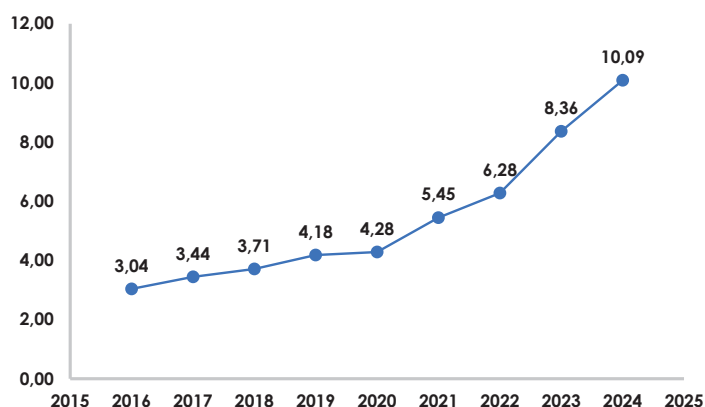
IV.3.2 Au niveau du secteur hospitalier privé

Le secteur hospitalier privé au Maroc est en pleine expansion et occupe désormais une place importante dans l'offre nationale de soins. Avec plus de 450 cliniques privées, ce segment s'est fortement développé au cours de la dernière décennie, porté, d'une part, par l'essor de la médecine spécialisée et des actes techniques à forte valeur ajoutée et, d'autre part, la demande croissante de services de soins hospitaliers.

Cette dynamique a été particulièrement accélérée par la réforme de 2015, introduite par la loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecine, qui a permis l'ouverture du capital des établissements de santé aux investisseurs privés. Cette évolution a favorisé l'émergence de groupes de santé, capables d'investir dans des plateaux techniques modernes, de renforcer la qualité de prise en charge et d'étendre leur présence sur le territoire.

La montée en puissance de ce secteur est également confirmée par les données communiquées par la DGI. L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées entre 2016 et 2024 met en évidence une progression continue, traduisant non seulement l'expansion du nombre d'établissements, mais aussi l'augmentation du nombre de patients pris en charge dans le cadre de l'AMO. Ceci s'accompagne d'une augmentation de la demande en médicaments et produits de santé, ce qui renforce son poids dans la chaîne de distribution des médicaments.

Graphique 25 : Évolution du chiffre d'affaires des cliniques sur la période 2016-2024 (en MMDH)



Source : Établi par le conseil à partir des données de la DGI

Contrairement au circuit officinal, les cliniques et établissements de santé privés recourent majoritairement à des médicaments plus coûteux et plus spécialisés, appartenant en grande partie aux tranches de prix T3 et T4. Ces médicaments, souvent destinés à des prises en charge lourdes (oncologie, réanimation, actes chirurgicaux complexes, anesthésie).

Parallèlement, l'émergence de groupes privés a permis la centralisation des achats, et la capacité de négociation renforcée de ces groupes conduisent à des commandes plus importantes et plus régulières opérés dans la majorité directement auprès des EPI. D'après les auditions menées dans le cadre de cet avis, ces pratiques peuvent s'accompagner de conditions préférentielles, incluant des remises, des ristournes ou des gratuités.

Cette évolution modifie progressivement les équilibres du marché de distribution des médicaments. En effet, alors que le secteur officinal demeure majoritaire en volume, le secteur hospitalier privé représente une part croissante en valeur. Ainsi, la structuration progressive du secteur hospitalier privé tend à renforcer désormais son poids dans la chaîne de distribution des médicaments.

Chapitre V : Conclusions et recommandations

I. Conclusions

La chaîne de valeur du médicament à usage humain constitue un élément fondamental du système de santé national. Ce secteur se distingue des autres activités économiques en ce qu'il ne repose pas uniquement sur les lois de l'offre, de la demande et de la libre concurrence. Les pouvoirs publics considèrent en effet les services de santé comme des services d'intérêt général, ce qui justifie une forte intervention de l'État et l'application d'une réglementation stricte visant à protéger la santé publique et à garantir à l'ensemble de la population un accès équitable à des médicaments sûrs et de qualité, à un coût raisonnable.

Ces spécificités expliquent que la demande sur ce marché, à elle seule, ne remplit pas pleinement son rôle de moteur de concurrence. Elle est peu sensible aux variations de prix, notamment parce qu'elle est largement prise en charge par les régimes d'assurance maladie. De plus, il s'agit d'une demande indirecte. En effet, le patient ne choisit pas librement son traitement, mais suit généralement la prescription d'un médecin, ce qui fait du marché du médicament avant tout un marché de prescription.

Pour autant, ces particularités ne signifient pas que le secteur de la santé doit être totalement soustrait aux mécanismes concurrentiels. Bien au contraire, la concurrence peut constituer un levier d'efficacité et de réduction des coûts, au bénéfice de l'ensemble du système de santé et, en premier lieu, des patients.

C'est dans ce contexte que le Conseil a consacré le présent avis à l'étude des problématiques liées à la distribution du médicament au Maroc, maillon stratégique de l'approvisionnement pharmaceutique national. La dimension industrielle ayant déjà fait l'objet d'un examen approfondi dans l'avis n° A/4/20 du Conseil de la concurrence relatif à la situation de la concurrence sur le marché du médicament au Maroc.

L'analyse réalisée dans le cadre du présent avis met en évidence le caractère à la fois dynamique et en constante évolution de la distribution du médicament dans notre pays, tout en révélant plusieurs obstacles d'ordre institutionnel et opérationnel susceptibles d'en freiner le développement et de limiter le bon fonctionnement de la concurrence.

Globalement, le maillon de la distribution des médicaments au Maroc joue un rôle stratégique en assurant la couverture géographique et l'approvisionnement continu en produits pharmaceutiques à l'échelle nationale. Son importance s'est particulièrement illustrée en période de crise, comme lors de la pandémie de Covid-19 ou de catastrophes naturelles. Ainsi, après le séisme d'Al Haouz en septembre 2023, un réseau de distribution a été rapidement et efficacement déployé pour garantir l'approvisionnement constant des provinces sinistrées, soulignant le rôle essentiel de ce maillon en situation d'urgence sanitaire.

Cependant, malgré sa dynamique, la distribution des médicaments au Maroc demeure confrontée à d'importants défis économiques, réglementaires et financiers. Parmi ces enjeux figurent notamment le mode de régulation en vigueur, les mécanismes de fixation des prix et des marges, les barrières à l'entrée limitant la concurrence, la concentration géographique des acteurs, les modalités de paiement, ainsi qu'un modèle économique jugé peu performant. Ces contraintes freinent le développement optimal et la modernisation du secteur.

L'Avis met ainsi en lumière trois principaux niveaux de conclusions.

I.1. Conclusions transverses relatives au fonctionnement global de distribution du médicament

I.1.1. Système de distribution du médicament efficace sur le plan technique et remplissant d'importants rôles économiques et sociaux

Le secteur de la distribution pharmaceutique nationale occupe une place essentielle dans la politique du médicament et de la santé publique de notre pays. Il garantit l'accès des citoyens aux traitements sur l'ensemble du territoire national.

Sur le plan économique, ce secteur joue un rôle majeur. Il regroupe 56 établissements pharmaceutiques industriels et 66 grossistes-répartiteurs à travers le Royaume, emploie directement ou indirectement près de 29 000 personnes et dessert environ 14 000 pharmacies d'officine.

Globalement, son fonctionnement demeure efficace et permet d'assurer la disponibilité continue des médicaments grâce à un maillage dense de grossistes-répartiteurs et de pharmacies couvrant toutes les régions. Une gestion rigoureuse des stocks et des approvisionnements permet de maintenir l'équilibre du marché ; 94 % des livraisons aux pharmacies d'officine sont assurées par les grossistes. Ces derniers organisent une couverture quotidienne de tout le pays, avec en moyenne : quatre livraisons par jour dans les grandes villes, deux dans les petites villes et une en zone rurale.

Le développement de nouvelles unités de distribution contribue également à l'élargissement de la carte sanitaire régionale, favorisant l'ouverture de nouvelles pharmacies, qui elles-mêmes stimulent l'installation de cabinets médicaux et de laboratoires d'analyses.

Ce maillon de la chaîne pharmaceutique joue aussi un rôle clé aux côtés des pouvoirs publics lors de situations exceptionnelles nécessitant un approvisionnement urgent en médicaments, comme cela a été le cas durant la pandémie de Covid 19 ou après le séisme d'Al Haouz.

Quant au réseau officinal marocain, il garantit un accès de proximité aux médicaments pour toute la population, y compris dans des zones parfois dépourvues d'autres structures de santé. Les pharmacies assurent un service de garde 24 h/24 et 7 j/7, offrent un conseil pharmaceutique gratuit et participent activement aux campagnes de prévention et aux actions de santé publique.

Avec une couverture estimée à 94 % du territoire national, les pharmaciens constituent le corps de professionnels de santé le plus accessible à la population marocaine et représentent souvent le premier point de contact avec le système de santé.

I.1.2. Activité fortement réglementée à l'accès au marché, notamment pour les médicaments, posant des enjeux de concurrence

Tout médicament, qu'il soit produit localement ou importé, doit impérativement obtenir une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) avant de pouvoir être commercialisé ou distribué, que ce soit à titre gratuit ou payant, en gros ou au détail. Cette autorisation vise à garantir la sécurité, la qualité et l'efficacité du produit avant sa mise à disposition du public.

L'examen des conditions d'accès des médicaments au marché fait apparaître deux enjeux majeurs de concurrence.

Premièrement, bien que le décret relatif à l'AMM fixe des délais réglementaires précis, le traitement des dossiers reste souvent beaucoup plus long en pratique. Selon les professionnels consultés, l'obtention d'une AMM prend en moyenne deux à trois ans. Ces retards ralentissent l'accès des patients aux traitements, impactent les prix pratiqués et affaiblissent la concurrence entre laboratoires pharmaceutiques.

Deuxièmement, le même décret interdit à un EPI de solliciter une AMM pour un médicament générique sans l'accord du titulaire de l'AMM du médicament princeps déjà autorisé au Maroc, et ce pendant les cinq années suivant l'autorisation initiale. Ce mécanisme confère un avantage concurrentiel discutable au premier entrant, qui peut maintenir une position de monopole sur cette période, limitant ainsi les bénéfices attendus en termes de disponibilité, d'accessibilité et de réduction des coûts pour les patients et le système de santé.

I.2. Conclusions relatives au maillon de la distribution en gros

I.2.1. Un maillon de la distribution en gros du médicament avec un degré de concentration relativement élevé et d'importantes disparités régionales

En 2024, la distribution de médicaments à usage humain comptait 66 grossistes-répartiteurs autorisés, dont 6 groupes regroupant 42 opérateurs et 24 acteurs indépendants. Le chiffre d'affaires global du secteur s'est élevé à 16,3 milliards de dirhams, en hausse de 11,3% par rapport à 2023 et de 68% depuis 2016 (9,7 milliards de dirhams).

Le marché de la grossisterie pharmaceutique reste modérément concentré et dominé par quelques grands acteurs malgré la présence de 66 grossistes-répartiteurs. Trois entreprises dominent à elles seules près de 65% du marché, tandis qu'un quatrième acteur détient environ 8,7% en 2024.

L'analyse de l'évolution des parts de ce marché depuis 2016 révèle une légère recomposition des parts de marché des acteurs, essentiellement au détriment du leader historique (groupe B). La structure globale du marché reste toutefois stable, sans variation significative du niveau de concentration. Le CR1 (part du premier acteur) a reculé d'environ 4 points, le CR2 est resté

stable et le CR3 (part des trois principaux acteurs) a gagné 2 points pour atteindre 65%, signe d'une concentration modérée à forte.

Ce diagnostic national masque d'importantes disparités régionales. Si la majorité des grossistes opèrent officiellement à l'échelle nationale, beaucoup restent implantés localement et interviennent surtout au niveau régional. Même les plus grands distributeurs s'appuient sur des structures régionales et des plateformes logistiques locales pour assurer performance, couverture du territoire et réactivité, tout en garantissant un accès équitable aux médicaments, conformément aux exigences réglementaires.

À cet effet, la répartition régionale des grossistes-répartiteurs révèle que plus de la moitié de l'offre nationale (52%, soit 34 opérateurs) est concentrée dans trois régions. Casablanca-Settat arrive en tête avec 13 grossistes (plus de 20%), suivie de Rabat-Salé-Kénitra avec 12 opérateurs (18%) et Fès-Meknès avec environ 9 (14%). À l'inverse, certaines régions, comme Béni Mellal-Khénifra (4 opérateurs, 6%) ou Laâyoune-Sakia El Hamra (2 opérateurs, 3%), sont moins bien desservies, en raison d'une demande plus faible, d'une densité de population réduite ou de contraintes logistiques.

I.2.2. Des niveaux de rentabilité des EPGR en baisse continue fragilisant l'économie du maillon de la distribution en gros pharmaceutique

La viabilité et la solidité financière des EPGR, et par voie de conséquence, leur modèle économique, reste fragile. En effet, l'examen des niveaux de marges brutes et nettes des principaux intervenants du marché national de la grossisterie pharmaceutique sur la période 2016-2024, par exemple, met en évidence un taux moyen de marge brute d'environ 8,3% et un taux de marge nette proche de 1,1%.

L'analyse de la rentabilité financière révèle une dégradation progressive des performances : le taux moyen est tombé à 0,66% en 2023 contre plus de 2% avant la réforme de 2014 sur la fixation des prix. Cette moyenne recouvre toutefois de fortes disparités : seuls 22% des opérateurs affichent une rentabilité supérieure à 1%, tandis que 21% sont en pertes ou présentent un taux inférieur à 0,15%.

Les données fiscales corroborent cette tendance baissière: entre 2016 et 2024, le taux de rentabilité (résultat net / chiffre d'affaires) est passé de 1,3% à 0,9%, soit un recul d'environ 0,4 point.

La fragilité financière des EPGR résulte d'un ensemble de facteurs, liés notamment à leur mode de rémunération, aux obligations de service public qui leur incombent ainsi qu'au soutien financier apporté aux pharmacies, en particulier pour la gestion des stocks immobilisés et les conditions de règlement des paiements.

b.1 Mode de rémunération encadré, proportionnel au prix des médicaments et ajusté à la baisse lors de toute baisse de ce prix

Pour déterminer la marge des grossistes-répartiteurs, la réglementation nationale fixe un plafond de marge brute hors taxe, calculée sur la base du prix fabricant hors taxe de chaque boîte de médicament distribuée. Autrement dit, cette marge est définie indépendamment des coûts logistiques réels (stockage, préparation, livraisons, etc.), etc.), lesquels varient selon la nature des produits (chaîne du froid, stupéfiants, etc.), leur volume, leur poids et la fréquence des livraisons aux pharmacies d'officine.

Ainsi, toute diminution du prix d'un médicament entraîne mécaniquement une réduction de la marge des EPGR. Cette contraction est accentuée par deux paramètres. D'une part, la hausse des charges d'exploitation (carburant, énergie, salaires, intérêts bancaires, etc.) ne peuvent pas être répercutées sur les prix de vente des médicaments. En 2023, par exemple, le carburant et les frais bancaires représentaient respectivement 0,57% et 1,2% des charges, parfois au-delà du niveau des marges nettes. D'autre part, les EPGR ne perçoivent pas toujours l'intégralité de leur marge réglementaire, car ils consentent fréquemment des remises et des avantages aux pharmacies, instaurant une concurrence tarifaire dans un cadre pourtant strictement encadré.

Cette dissociation entre rémunération et coûts réels fragilise l'équilibre économique des EPGR, en particulier pour les structures de petite taille ou opérant dans des zones peu rentables.

À titre de comparaison, plusieurs pays de référence, mentionnés dans le décret relatif à la fixation des prix publics des médicaments, encadrent également les marges de distribution, mais avec des dispositifs plus flexibles, à l'image des marges dégressives associées à des forfaits unitaires (Espagne, Allemagne), de la libéralisation des marges pour certains médicaments, notamment non remboursables (France, Allemagne), ou encore de la prise en compte des contraintes spécifiques des produits sensibles via un forfait additionnel pour les médicaments nécessitant la chaîne du froid (France).

En conséquence, la déconnexion entre la marge réglementaire et les coûts réels observée sur le marché national de la grossisterie pharmaceutique constitue un facteur de fragilisation de l'équilibre économique global des EPGR, en particulier pour les plus petits acteurs et ceux exerçant dans des zones à faible rentabilité.

b.2 Maillon de la grossisterie pharmaceutique soumis à des obligations de service public dont les coûts sont non négligeables

Les grossistes-répartiteurs (EPGR) assurent un double rôle. D'une part, ils achètent les médicaments auprès des laboratoires pharmaceutiques et, d'autre part, ils les distribuent d'une manière continue et appropriée aux pharmacies, ainsi qu'à certains établissements de santé.

Ils sont soumis à des obligations de service public prévues par la réglementation, notamment le maintien de stocks équivalant à un mois de ventes couvrant au moins 80% des spécialités agréées. Dans la pratique, ils dépassent souvent ces exigences en proposant des livraisons quotidiennes (jusqu'à quatre tournées par jour dans les grandes villes), ainsi que des services d'urgence, de garde et de weekend. Cela permet aux pharmacies, même isolées ou de petite taille, de commander uniquement ce dont elles ont besoin, sans constituer de stocks importants, ce qui est particulièrement utile pour les médicaments coûteux et à faible rotation (T3 et T4).

Cependant, ce mode de fonctionnement, combiné aux obligations légales de maintien de stocks de sécurité, entraîne des coûts significatifs pour les grossistes-répartiteurs, sans rémunération spécifique, leur unique revenu étant la marge sur le prix fabricant hors taxes. Ainsi, malgré l'ouverture théorique du marché marocain, ces contraintes peuvent représenter des barrières à l'entrée et fragiliser certains acteurs, notamment les plus petits ou ceux desservant des zones géographiques peu rentables.

b.3 Relations commerciales entre EPGR, laboratoires et officines, caractérisées par d'importants flux financiers, entraînant une forte interdépendance et pesant sur les premiers

Pour comprendre pleinement la distribution en gros, il est indispensable d'examiner aussi la vente au détail et les relations commerciales entre officines, grossistes-répartiteurs et laboratoires. Ces relations, marquées par d'importants flux financiers, créent une forte interdépendance qui pèse directement sur l'équilibre économique des acteurs.

Deux facteurs apparaissent déterminants pour leur stabilité financière :

- Coût lié à l'immobilisation des stocks

Le délai moyen de rotation des stocks chez les EPGR est de près de 70 jours pour les deux dernières années (2023-2024). Ce niveau reflète l'obligation réglementaire de maintenir un mois de stock de sécurité (dont 80% de spécialités autorisées) nécessaire pour garantir la disponibilité continue des médicaments et prévenir les ruptures.

Cependant, ce stock élevé mobilise d'importantes ressources financières et logistiques, dans un contexte de marges réduites et de trésorerie sous pression. Parallèlement, les grossistes subissent des délais d'encaissement prolongés, un risque accru d'impayés et un recours plus fréquent à l'endettement. Leur cycle d'exploitation atteint en moyenne 86 jours, soit près de trois mois à financer avant le paiement effectif.

Cet déséquilibre entre décaissements et encaissements fragilise leur capacité d'autofinancement et, à terme, la résilience de l'ensemble de la chaîne de distribution pharmaceutique, avec un risque pour la disponibilité et l'accès aux traitements.

- Charges relatives aux conditions de règlement, suite à l'entrée en vigueur de la loi n° 69-21 sur les délais de paiement

La réglementation instaurée par la loi n° 69-21 (entrée en vigueur en 2023) vise à encadrer les délais de paiement et à limiter les retards. Si elle fixe en principe un délai de 60 jours (pouvant aller jusqu'à 120 jours sur accord, et 180 jours par dérogation), son application reste inégale selon les acteurs (industriels, grossistes-répartiteurs et officines).

Cette mise en œuvre différenciée crée de fortes asymétries structurelles, sources de déséquilibres économiques et de distorsions de concurrence. En pratique :

- Les délais moyens restent globalement stables (45 à 60 jours, parfois 90) en amont (industriels - grossistes), avec un effort de réduction à 81 jours en 2023.
- Les délais sont beaucoup plus longs en aval (grossistes - officines), soit 112 jours en 2022, 104 jours en 2023, et sont estimés à 96 jours en 2024.

Or, près de 90% des officines échappent au champ d'application de la loi car elles réalisent moins de 2 millions de dirhams de chiffre d'affaires annuel. Cette exclusion neutralise en grande partie les effets de la réforme, entretient les retards de paiement et accroît les écarts de traitement entre officines, en créant une différenciation de traitement selon leur profil de solvabilité et leur capacité à honorer les délais de règlement.

Les grossistes-répartiteurs se retrouvent ainsi pris en étau. Ils sont soumis à des délais stricts de leurs fournisseurs tout en octroyant de longs crédits à leurs clients. Leur ratio d'endettement bancaire atteint 9,5 et près de 40% de leurs charges financières proviennent des retards de paiement d'officines. Pour se protéger, certains instaurent des remises conditionnées au respect des délais ou morcellent leurs commandes, quitte à en assumer les surcoûts logistiques induits et au risque d'accroître les ruptures d'approvisionnement.

En pratique, ils jouent souvent un rôle de "banquier" auprès des officines, supportant une charge financière qui fragilise leur rentabilité et limite leur capacité d'investissement. Cette situation, combinée à un taux moyen de clients en situation d'impayé de 18%, met en péril la sécurité des flux commerciaux et la continuité d'accès aux médicaments.

I.3. Conclusions relatives au maillon de la distribution au détail

I.3.1. Un maillon des officines marqué par la fragilité persistante de ses équilibres économiques et financiers

L'analyse des principaux indicateurs économiques et financiers de ce maillon fait ressortir une fragilité persistante de l'équilibre global du maillon officinal. Sur la période 2016–2024, le chiffre d'affaires global des officines est passé de 11,1 à 13,5 milliards de dirhams, soit une progression modérée de 21,6 % (TCAM : 2,5 %), traduisant une croissance globale limitée du secteur.

Par ailleurs, les revenus professionnels des pharmaciens sont restés quasi stagnants et se sont maintenus entre 1 et 1,1 milliard de dirhams jusqu'en 2023, avant d'enregistrer une légère remontée à 1,2 milliard de dirhams en 2024.

Cette divergence entre la progression du chiffre d'affaires global et la stagnation des revenus professionnels s'explique par plusieurs facteurs cumulatifs. D'une part, la pression continue exercée sur les marges réglementées due aux baisses successives des prix des médicaments, en particulier dans les tranches T1 et T2 ayant contribué à l'érosion de la rentabilité. D'autre part, la hausse des charges d'exploitation (loyers, salaires, ...) vient comprimer davantage les marges nettes. Enfin, l'augmentation continue du nombre d'officines a entraîné une fragmentation du chiffre d'affaires moyen par pharmacie, pesant directement sur leur équilibre économique.

En conséquence, le chiffre d'affaires annuel moyen par officine a reculé de manière significative, passant d'environ 1,1 million de dirhams en 2014 à près de 950 000 dirhams en 2024, soit une baisse d'environ 17,5 % sur la période. Cette contraction s'explique principalement par une croissance du nombre d'officines plus rapide que celle de la demande en médicaments.

Bien que l'extension de la protection sociale soit un levier de croissance pour la consommation de soins, cet effet risque d'être neutralisé par la densité démographique du secteur. L'afflux annuel de pharmaciens fragmente le marché et dilue le volume d'affaires individuel, fragilisant ainsi la viabilité de chaque structure.

En outre, l'analyse de la structure de répartition du chiffre d'affaires met en évidence une polarisation marquée du tissu officinal. Environ 70 % des officines réalisent un chiffre d'affaires annuel inférieur à 1,2 million de dirhams, traduisant une situation de fragilité économique pour une large majorité du réseau. À l'inverse, 20 % des officines enregistrent un chiffre d'affaires compris entre 1,2 et 2,5 millions de dirhams, tandis que seulement 10 % dépassent 2,5 millions de dirhams. Cette distribution asymétrique met en évidence une dualisation croissante du réseau officinal, avec une majorité d'officines à faible capacité économique et une minorité disposant d'une situation plus solide.

I.3.2. Une forte densité pharmaceutique, supérieure à la recommandation de l'OMS, génératrice de déséquilibres économiques et territoriaux

Le marché officinal marocain repose sur un réseau de 14 134 pharmacies réparties sur l'ensemble du territoire. Entre 2015 et 2024, leur nombre est passé de 9 185 à 14 134, soit une progression de 54 %, alors que la population n'a augmenté que de 8,8 % sur la même période. Le rythme d'ouverture des officines a ainsi été 6,5 fois plus rapide que la croissance démographique, traduisant une dynamique d'expansion soutenue du réseau officinal.

Cette dynamique s'explique en partie par l'arrivée continue de nouveaux diplômés en pharmacie (910 diplômés en 2024), dont une proportion importante s'oriente vers la création d'officines comme principale voie d'insertion professionnelle.

Avec 38,4 officines pour 100 000 habitants, soit une pharmacie pour environ 2 600 habitants. Ce niveau dépasse largement la recommandation de l’OMS, qui préconise une pharmacie pour 5 000 habitants.

Par ailleurs, la densité pharmaceutique élevée s’accompagne de déséquilibres territoriaux marqués. Près de 45 % des officines sont concentrées dans les principales zones urbaines, notamment dans les régions de Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra, où les pharmacies sont souvent situées à faible distance les unes des autres. A l’inverse, certaines régions moins densément peuplées, telles que l’Oriental ou Souss-Massa, demeurent relativement sous-dotées, chacune ne représentant qu’environ 6 % du total des officines.

Dans l’ensemble, cette densité a contribué à améliorer l’accessibilité géographique aux médicaments mais elle a également engendré des effets économiques significatifs. La multiplication des officines a favorisé la fragmentation du marché, entraînant une diminution du chiffre d’affaires moyen par pharmacie et une pression accrue sur la rentabilité, en particulier pour les nouvelles installations, ce qui contribue à la fragilisation progressive de l’équilibre économique du réseau officinal.

I.3.3. Un modèle de rémunération basé principalement sur la marge liée au prix des médicaments

La fragilité économique des pharmacies d’officine s’explique en grande partie par le mode de rémunération qui leur est appliqué. Celui-ci repose essentiellement sur une marge commerciale calculée sur le prix fabricant hors taxes des médicaments pour les deux premières tranches tarifaires ($PFHT \leq 166$ DH pour la tranche T1 et $166 \text{ DH} < PFHT \leq 588$ DH pour la tranche T2), complétée par des forfaits fixes pour les tranches supérieures (300 DH pour la T3 et 400 DH pour la T4). Ce mécanisme rend la rémunération des officines étroitement dépendante du niveau et de l’évolution des prix des médicaments.

Dans ce contexte, les baisses successives des prix ont entraîné mécaniquement une contraction des revenus officinaux. En effet, près de 85 % des révisions de prix ont concerné les médicaments de la tranche T1, qui représentent environ 99 % du volume des ventes et près de 80 % de leur valeur.

Au sein même de la tranche T1, l’analyse par sous-tranches met en évidence une concentration encore plus prononcée sur les médicaments à très bas prix. En effet, les produits dont le PPV est inférieur ou égal à 100 dirhams représentent près de 90 % du volume des ventes et environ 55 % de leur valeur totale. Cette structure renforce la dépendance du modèle économique officinal aux volumes de dispensation et accentue sa vulnérabilité dans un contexte marqué par une pression continue sur les prix et un niveau de demande encore limité.

Par ailleurs, la faible contribution des médicaments onéreux à la rentabilité globale des officines constitue un facteur supplémentaire de fragilité. Soumis à des forfaits fixes et

souvent distribués par un nombre limité de pharmacies, ces médicaments génèrent une faible contribution économique, tout en exposant les officines à des risques financiers et matériels importants (immobilisation de trésorerie, risques de péremption, casse ou perte).

Dans le même temps, les officines font face à une hausse significative de leurs charges d'exploitation. Selon les estimations professionnelles, les charges moyennes d'une pharmacie ont augmenté d'environ 47 % entre 2015 et 2025, sous l'effet notamment de l'augmentation des loyers, des coûts salariaux et des dépenses opérationnelles indispensables au fonctionnement courant. Cette évolution accentue la compression des marges nettes et fragilise davantage l'équilibre financier des officines.

En l'absence d'évolution du modèle économique actuel des pharmacies d'officine, cette dynamique pourrait compromettre la viabilité économique d'une part significative du réseau officinal, avec un risque de fermeture d'officines, susceptible d'affecter l'accessibilité territoriale aux médicaments. Une telle situation serait paradoxale au regard des objectifs de renforcement de l'accès aux soins et d'amélioration de la couverture médicale.

I.3.4. Contournement du réseau officinal par certaines pratiques de dispensation au sein des cliniques privées

Le cadre juridique en vigueur, notamment la loi n° 17-04 relative au code du médicament et de la pharmacie, autorise les cliniques et établissements assimilés à détenir un stock de médicaments exclusivement destiné à couvrir leurs besoins internes. En principe, la dispensation de ces médicaments doit être strictement limitée aux patients hospitalisés, toute délivrance au public en dehors du cadre de l'hospitalisation étant interdite.

Toutefois, certaines pratiques de dispensation des médicaments à usage ambulatoire aux patients quittant la clinique sont susceptibles de détourner une part croissante de la dispensation du réseau officinal. Cette évolution représente un manque à gagner important pour les pharmacies d'officine, dans un contexte déjà marqué par l'évolution de structures privées de soins.

Par ailleurs, l'absence de distinction suffisamment claire entre les médicaments strictement destinés à l'usage hospitalier et ceux relevant de la dispensation ambulatoire, ainsi que l'insuffisance du recours à des présentations spécifiquement hospitalières adaptées aux besoins des établissements de soins, contribuent à élargir ces pratiques au-delà du cadre initialement prévu par la réglementation.

Ces situations sont renforcées par l'existence d'une forme de « patientèle captive », les patients étant souvent orientés vers la pharmacie interne de la clinique sans réelle liberté de choix, notamment dans des contextes de vulnérabilité post-intervention ou post-consultation. Outre son impact économique, cette évolution soulève des enjeux d'équilibre du système de distribution, de respect de la réglementation et de préservation de la complémentarité entre les établissements de soins et le réseau officinal.

I.3.5. Absence de droit de substitution : Gestion des ruptures fragilisée et contraintes de stockage élevées

Le cadre réglementaire actuel ne confère pas au pharmacien d'officine un droit encadré de substitution lui permettant de délivrer un médicament générique équivalent en remplacement du médicament prescrit. Cette absence constitue un facteur limitant la continuité de l'accès aux traitements et l'optimisation de la gestion des stocks au niveau des officines.

En effet, l'absence de droit de substitution réduit la capacité des pharmaciens à faire face aux ruptures d'approvisionnement, notamment lorsque certaines spécialités sont en rupture alors que des alternatives thérapeutiques équivalentes existent sur le marché.

Par ailleurs, l'absence de droit de substitution impose aux officines de maintenir des niveaux de stocks plus élevés et une multiplicité de références pour une même classe thérapeutique, afin de limiter les risques d'indisponibilité. Cette contrainte est illustrée notamment par certaines classes thérapeutiques, telles que les inhibiteurs de la pompe à protons (ex. oméprazole) ou certains antibiotiques couramment prescrits (ex. amoxicilline). Elle se traduit par une immobilisation financière accrue, une pression supplémentaire sur la trésorerie des officines et une exposition plus importante aux risques liés aux invendus, aux péremptions et aux pertes, dans un contexte déjà marqué par des marges contraintes et une rentabilité fragilisée.

Sur le plan économique et sanitaire, l'absence de substitution limite également le recours aux médicaments génériques, généralement moins coûteux, ce qui pourrait permettre d'améliorer l'accessibilité financière des traitements pour les patients et la soutenabilité globale du système de santé. Elle réduit enfin la capacité du pharmacien à jouer pleinement son rôle d'acteur de proximité dans l'optimisation et la sécurisation de la dispensation. Dans ces conditions, l'absence de droit de substitution apparaît comme un facteur structurel contribuant à la rigidité du circuit officinal, à l'alourdissement des contraintes de gestion des stocks et à la fragilisation de la continuité d'accès aux traitements.

I.3.6 Un schéma organisationnel du tissu officinal qui limite les dynamiques d'investissement, l'insertion professionnelle des jeunes diplômés, ainsi que la modernisation et la structuration du réseau.

La configuration actuelle du tissu officinal constitue aujourd'hui un facteur structurel limitant l'évolution et la transformation du maillon de la distribution au détail. Marquée par une fragmentation du réseau et une prédominance de structures individuelles à faible intégration organisationnelle, elle contraint les dynamiques d'investissement, freine l'insertion professionnelle des jeunes diplômés, limite l'accès aux financements et ralentit les processus de modernisation et de structuration du réseau officinal.

Cette situation est renforcée par un mode d'exploitation majoritairement exercé en nom propre, malgré la possibilité légale de recourir à des structures sociétaires.

Dans ce modèle, le pharmacien cumule les rôles de propriétaire, de gestionnaire et de professionnel de santé, sans réelle séparation entre patrimoine personnel et professionnel. Cette confusion limite la rigueur de la gestion financière, accroît les risques et freine la professionnalisation des officines.

Par ailleurs, l'accès au financement est restreint. En effet, les banques exigent souvent des garanties personnelles et privilégient les sociétés structurées disposant de capitaux propres.

Sur le plan économique, cette configuration limite la capacité des officines à mutualiser les ressources nécessaires à leur développement, à structurer les fonctions support et à bénéficier d'économies d'échelle. Elle réduit également leur aptitude à investir dans la digitalisation, l'amélioration des infrastructures, l'innovation organisationnelle et l'élargissement des services pharmaceutiques, dans un contexte marqué par une pression continue sur les marges et une progression encore modérée de la demande en médicaments.

Sur le plan professionnel, la structure actuelle du tissu officinal limite les opportunités de l'emploi salarié et de la diversification des parcours professionnels pour les jeunes pharmaciens. L'absence de structures organisationnelles plus intégrées conduit une part importante des nouveaux diplômés à privilégier la création de leur propre officine comme principale voie d'insertion, contribuant ainsi à l'augmentation continue de la densité officinale et à l'accentuation de la fragmentation du réseau.

Au-delà de ses enjeux économiques et professionnelles, cette configuration limite également le potentiel d'émergence de formes d'organisation plus efficaces, fondées sur la coopération, la mutualisation des ressources et la professionnalisation de la gestion.

Dans ces conditions, la configuration actuelle du tissu officinal apparaît insuffisamment adaptée aux enjeux de transformation du secteur et constitue un facteur explicatif majeur des fragilités économiques, organisationnelles et professionnelles observées. Une évolution progressive et encadrée vers des formes d'organisation plus structurées apparaît, dès lors, comme un levier essentiel pour renforcer la viabilité économique du réseau officinal, améliorer son attractivité, soutenir l'insertion professionnelle des pharmaciens et consolider son rôle en tant que maillon stratégique du système de la santé de proximité.

II. Recommandations

Au regard du diagnostic établi dans le cadre du présent avis, et à la lumière des principales conclusions qui en ressortent, un ensemble de recommandations a été formulé. Celles-ci visent, d'une part, à remédier aux dysfonctionnements identifiés dans le fonctionnement des marchés de la distribution des médicaments et, d'autre part, à renforcer leur performance concurrentielle.

Ces propositions s'appuient sur une analyse du marché, intégrant à la fois ses spécificités structurelles et ses dynamiques concurrentielles. Elles ont été enrichies par un processus de concertation, associant l'ensemble des parties prenantes de la chaîne de distribution, afin d'assurer une prise en compte des réalités opérationnelles du terrain.

L'objectif est à la fois d'optimiser la distribution des médicaments de manière à en faire bénéficier l'ensemble des acteurs concernés, notamment les établissements pharmaceutiques industriels, les grossistes-répartiteurs, les pharmacies d'officine, les caisses d'assurance maladie ainsi que les patients afin d'identifier des leviers d'action concrets pour renforcer l'équité et l'efficacité du fonctionnement concurrentiel de ces marchés.

Ainsi, le Conseil formulera ses recommandations autour de trois grands axes :

- En premier lieu, celles visant à assouplir la réglementation concernant l'accès au marché et l'exercice des activités de grossiste répartiteur et de pharmacien d'officine ;
- En second lieu, celles portant sur l'optimisation du fonctionnement de la distribution en gros ainsi que sur l'équilibre des relations commerciales entre grossistes-répartiteurs et pharmacies d'officine ;
- Enfin, celles relatives à la distribution au détail, notamment à la révision du modèle économique des pharmacies d'officine afin de mieux valoriser les compétences des pharmaciens et d'assurer la viabilité économique de ce maillon essentiel de la chaîne de distribution des médicaments.

II.1. Recommandations transversales concernant le système global de distribution du médicament

L'analyse de la chaîne de distribution du médicament au Maroc a fait ressortir des recommandations d'ordre transverse visant à renforcer l'efficacité et l'équité du système global de distribution du médicament. Ces recommandations s'articulent autour de trois axes. D'abord, le cadre réglementaire qui appelle une modernisation et une accélération de l'adoption des décrets d'application nécessaires à la mise en œuvre des lois en vigueur, afin de combler les vides juridiques et d'assurer l'opérationnalisation effective des textes existants, tout en adaptant les règles de distribution aux évolutions du secteur; ensuite, le cadre institutionnel en vue de consolider les mécanismes de gouvernance et de coordination

entre les différentes parties prenantes et, enfin, l'accès au marché orienté vers l'amélioration des conditions de mise sur le marché des médicaments afin de garantir leur disponibilité et leur accessibilité dans un cadre d'équité et de concurrence loyale.

II.1.1. Moderniser le cadre réglementaire et accélérer l'adoption de certains textes juridiques pour adapter la distribution des médicaments aux évolutions du secteur

Le cadre réglementaire et institutionnel en vigueur, bien qu'il ait permis de structurer et d'encadrer la distribution des médicaments au Maroc, révèle aujourd'hui ses limites face aux évolutions rapides du marché pharmaceutique. La montée en puissance de la digitalisation, l'émergence d'innovations thérapeutiques, la diversification des circuits d'approvisionnement, l'évolution des pratiques de dispensation et la nécessité de mieux encadrer l'acte pharmaceutique imposent une mise à jour profonde des textes existants. La modernisation du cadre réglementaire apparaît ainsi comme un levier indispensable pour renforcer la transparence et la traçabilité des circuits de distribution, sécuriser les pratiques, aligner les normes nationales sur les standards internationaux et garantir un équilibre entre la disponibilité des médicaments et l'accessibilité des patients aux traitements, la viabilité économique des acteurs et le bon fonctionnement concurrentiel du marché.

À cet égard, le conseil recommande d'actualiser le cadre réglementaire, en particulier la loi 17-04 relative au code du médicament et de la pharmacie, afin de redéfinir clairement les droits et obligations des différents acteurs impliqués dans la distribution des médicaments. Cette actualisation doit également permettre d'encadrer et de sécuriser l'ensemble des circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments en renforçant la traçabilité et la transparence, tout en renforçant la régulation pour prévenir les distorsions concurrentielles et lutter contre les pratiques informelles.

Au-delà de cette actualisation, la fixation des prix des médicaments demeure un chantier prioritaire. Le dispositif en vigueur, bien qu'il ait introduit davantage de visibilité et de transparence, il pèse aujourd'hui sur la viabilité des acteurs de la distribution des médicaments et sur la compétitivité de la production locale. Une révision s'impose pour rendre le système plus équitable et mieux adapté aux réalités économiques, en prenant en considération la soutenabilité des marges, la disponibilité des médicaments et la nécessité de soutenir l'industrie nationale.

À cet effet, le conseil préconise de revoir le mode de rémunération des EPGR en instaurant un modèle hybride associant une marge proportionnelle au PFHT et un forfait fixe par unité distribuée, garantissant ainsi une rémunération minimale indépendamment du prix du médicament tout en assurant la pérennité de ce maillon essentiel de la chaîne de distribution et la continuité de l'approvisionnement en médicaments. En parallèle, le conseil recommande

d'introduire un mode de rémunération mixte, pour les pharmacies d'officine, combinant une marge commerciale et des honoraires de dispensation permettant de valoriser l'acte pharmaceutique et de répondre aux objectifs de santé publique.

Une attention particulière doit également être portée aux médicaments onéreux, notamment ceux relevant des tranches 3 et 4, dont les marges actuelles ne couvrent pas les charges liées à leur distribution. Une révision de leurs conditions de rémunération contribuerait à garantir leur disponibilité, à assurer un accès équitable pour les patients et à consolider la viabilité économique des EPGR comme des officines, tout en réduisant l'opacité du système et les risques de distorsions de concurrence.

Dans le même esprit, il importe de différencier clairement le traitement des médicaments importés et de ceux fabriqués localement, dans un contexte où les importations ont atteint plus de 10,6 milliards de dirhams en 2024 contre environ 1,6 milliard de dirhams d'exportations sur la même période conduisant à un déficit commercial de 9 milliards de dirhams en 2024.

Par ailleurs, les médicaments dont le PFHT est très faible devraient être exclus du champ des révisions systématiques, leur rôle vital dans la distribution imposant de préserver leur disponibilité et de ne pas fragiliser davantage la situation des acteurs qui en assurent la distribution. Une clause d'exemption pourrait également être introduite en cas de baisse insignifiante, afin d'éviter des ajustements administratifs lourds et coûteux, sans réel bénéfice pour les patients ni impact notable sur les dépenses de santé, mais susceptibles de perturber l'équilibre économique des acteurs.

En outre, le Conseil recommande de revoir les modalités de révision des prix des médicaments en réduisant la périodicité de cinq à trois ans et en harmonisant les méthodes appliquées. Il s'agirait ainsi de mettre fin à l'asymétrie actuelle, qui repose sur le prix le plus bas observé dans les pays de benchmark pour la fixation initiale des prix des princeps et sur la moyenne des PFHT de ces mêmes pays pour les révisions ultérieures. Une telle révision permettrait de renforcer la cohérence et de réduire les écarts de prix constatés entre le marché marocain et les marchés étrangers.

Aussi, le Conseil estime opportun de libéraliser les prix des médicaments non remboursables, dits de confort, en laissant la concurrence et le libre jeu du marché réguler leur prix, conformément aux pratiques adoptées dans plusieurs pays comparables.

Dans le même esprit de modernisation du cadre réglementaire, certains textes anciens apparaissent aujourd'hui totalement obsolètes. Le Dahir du 2 décembre 1922 relatif aux substances vénéneuses, toujours en vigueur, ne reflète plus ni les avancées scientifiques ni les exigences actuelles de santé publique, comme l'ont souligné les professionnels auditionnés dans le cadre de l'instruction de cet avis. Sa révision s'avère donc nécessaire afin d'intégrer les évolutions pharmaceutiques, de renforcer la sécurité sanitaire et les conditions

de dispensation, tout en évitant d'exposer les pharmaciens à des sanctions pénales disproportionnées.

Cette modernisation doit s'accompagner d'une accélération dans l'adoption des décrets d'application encore en attente afin de combler les vides juridiques et d'assurer l'effectivité des réformes déjà engagées. Cela concerne en particulier la réforme de la gouvernance professionnelle prévue par la loi 98-18, dont la mise en place des conseils régionaux et sectoriels apparaît indispensable pour améliorer l'encadrement et la représentation de la profession pharmaceutique, tout en renforçant la régulation de la distribution des médicaments.

II.1.2. Renforcer le cadre institutionnel en vue d'améliorer la gouvernance et de favoriser la coordination entre les acteurs du secteur

Le cadre institutionnel comprend un ensemble d'acteurs, tant publics que privés, qui interviennent de manière spécifique ou complémentaire à chaque étape de la chaîne de distribution des médicaments. Il a connu ces dernières années des avancées avec le renforcement de la régulation et la création d'institutions spécialisées. La création de l'AMMPS, en tant qu'autorité chargée d'assurer la régulation, la surveillance et le contrôle des médicaments et des produits de santé afin de garantir leur qualité, sécurité et efficacité, ainsi que la mise en place de la HAS, ayant, parmi ses prérogatives, l'encadrement technique de l'AMO et l'évaluation périodique des médicaments et des produits de santé, constituent des étapes structurantes vers une gouvernance plus efficace.

Cependant, pour que ces réformes institutionnelles produisent pleinement leurs effets, il est indispensable d'accélérer l'opérationnalisation effective de ces instances et de les doter des moyens nécessaires à l'exercice de leurs missions. Parallèlement, le conseil recommande de renforcer la coordination interinstitutionnelle et d'harmoniser certains processus décisionnels, notamment par la systématisation de l'examen conjoint des demandes d'AMM et d'admission au remboursement. Ce qui permettrait de réduire les délais de mise sur le marché des médicaments, tout en garantissant une disponibilité et une accessibilité des patients aux traitements, et de renforcer la soutenabilité du système de santé.

Également, le Conseil souligne l'importance d'accélérer la mise en œuvre effective de la réforme de la gouvernance professionnelle prévue par la loi n°98-18 relative à l'Ordre National des Pharmaciens, qui s'inscrit dans le cadre d'une refonte radicale des dispositions contenues dans le Dahir portant loi n° 1-75-453 du 25 hijra 1396 (17 décembre 1976) instituant un ordre des pharmaciens, devenues obsolètes et qui ne répondent plus aux mutations qu'a connues la profession de pharmacien depuis 1976.

Cette loi prévoit la réorganisation de l'Ordre National des Pharmaciens à travers la mise en place de ses conseils régionaux et sectoriels. L'opérationnalisation de ces instances revêt un caractère primordial, car elles constituent des relais essentiels de régulation et de renforcement de la représentativité, tout en permettant à la profession pharmaceutique de contribuer activement dans la chaîne de distribution des médicaments.

II.1.3. Améliorer les conditions d'accès au marché afin de garantir la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments dans un cadre d'équité et de concurrence loyale

L'accès au marché constitue un levier essentiel pour garantir la disponibilité des médicaments, renforcer la concurrence et améliorer l'accessibilité des patients aux traitements. Or, en l'état actuel et selon les professionnels auditionnés, l'obtention d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) prend en moyenne deux à trois ans, des délais longs et supérieurs à ceux prévus par la réglementation. Cette lenteur engendre des retards dans l'accès des patients aux innovations thérapeutiques, mais aussi dans l'introduction des médicaments génériques et biosimilaires, qui représentent pourtant un levier essentiel pour stimuler la concurrence et réduire les prix.

En outre, le cadre réglementaire actuel retarde l'arrivée des génériques. En effet, les EPI sont contraints de respecter la règle de protection des données cliniques, qui interdit, pendant une période de cinq ans, toute référence aux données du titulaire initial sans son accord. Cette contrainte génère des délais supplémentaires significatifs, retardant l'entrée effective des génériques sur le marché, réduisant leur potentiel de concurrence et limitant les gains attendus en termes de disponibilité, d'accessibilité et de soutenabilité du système de santé. À cet effet, le conseil recommande de réduire les délais d'instruction des demandes d'autorisation de mise sur le marché, en optimisant les procédures internes et en permettant le dépôt anticipé des dossiers d'AMM des génériques pendant la dernière année de protection des données cliniques pour accélérer leur arrivée au marché, avec une mise sur le marché effective conditionnée à la fin de la période de protection réglementaire.

Sur un autre registre, la chaîne de distribution des médicaments fait face à des contraintes économiques et structurelles, à savoir une baisse des marges due à la diminution des prix, des délais de paiement longs, des trésoreries fragilisées et des difficultés d'investissement. A cela s'ajoutent des exigences croissantes en matière de disponibilité, de traçabilité et de régulation, nécessitant une digitalisation renforcée.

Le secteur souffre également d'un accès limité au financement, freinant sa modernisation, surtout pour les petites structures.

Pour y répondre, deux priorités s'imposent : accélérer la digitalisation et améliorer l'accès au financement, afin de renforcer la viabilité et la résilience du système de distribution.

II.1.4. Renforcer la digitalisation de la chaîne de distribution afin d'améliorer la régulation des prix, garantir la disponibilité et la traçabilité des médicaments, et accroître la transparence du marché

Le renforcement de la digitalisation dans la chaîne de distribution des médicaments constitue aujourd'hui non seulement un levier essentiel pour sécuriser et moderniser la distribution du médicament, mais également un instrument pour renforcer la concurrence au sein du secteur visant l'amélioration de la traçabilité, la disponibilité et la régulation des prix. Elle contribue également à prévenir les ruptures d'approvisionnement, grâce à des systèmes d'alerte en temps réel, à réduire les délais de mise sur le marché des médicaments, notamment des innovations thérapeutiques, et à renforcer la sécurité du circuit légal en limitant les risques de contrefaçon ou de détournement en parallèle. Elle permet également aux autorités de régulation de se doter d'outils de veille et d'analyse, offrant une vision consolidée et actualisée sur la disponibilité des médicaments et l'évolution des prix à l'échelle nationale et internationale.

Cependant, l'intégration de la digitalisation dans la distribution des médicaments reste limitée et inégalement répartie. De nombreuses officines et EPGR, notamment les petites structures, ne disposent pas des ressources financières et techniques nécessaires pour investir dans des solutions numériques adaptées. Cette situation se traduit par une gestion fragmentée et peu intégrée, qui affaiblit l'efficacité globale de la chaîne de distribution et prive les autorités des outils indispensables à un pilotage optimal et à une régulation en temps réel du médicament. Ainsi, le conseil préconise de renforcer la digitalisation tout au long du parcours du médicament à travers l'accompagnement et l'encadrement de la sérialisation⁷⁸, en s'adaptant aux standards internationaux de traçabilité, le développement de plateformes numériques de suivi permettant de contrôler la disponibilité, de déclencher des alertes en cas de rupture et d'assurer une veille internationale des prix au sein des instances de régulation, en particulier l'AMMPS. Cette dynamique doit également inclure la digitalisation complète des processus d'enregistrement des médicaments et de remboursement, avec une interconnexion systémique entre les acteurs. Une telle dynamique permettrait d'accroître la transparence du marché, de renforcer la réactivité des autorités, d'accélérer la mise sur le marché des médicaments et in fine de favoriser leur disponibilité et leur accessibilité au bénéfice des patients.

⁷⁸ Appelée également traçabilité à la boîte, la sérialisation est un système de vérification de l'authenticité d'un médicament entre sa mise en distribution et sa dispensation effective à un patient. Elle consiste à apposer un identifiant unique sur chaque boîte de médicament sous forme de code à barres Datamatrix. Dans l'Union Européenne, la Directive 2011/62/UE rend la sérialisation obligatoire pour les médicaments soumis à prescription médicale.

II.1.5. Faciliter l'accès au financement et créer un fonds de garantie pour renforcer la résilience économique des officines et des EPGR

La question de l'accès au financement constitue aujourd'hui une entrave majeure au développement et à la modernisation du réseau officinal mais également des grossistes-répartiteurs. L'accès au crédit bancaire demeure difficile, en raison du risque perçu par les établissements financiers et du manque de mécanismes de garantie adaptés.

Afin de répondre à ces contraintes, le conseil recommande la mise en place d'un dispositif national de soutien financier de la distribution des médicaments et produits de santé, fondé sur deux piliers complémentaires :

Un fonds de garantie dédié à la distribution des médicaments, financé conjointement par l'État et éventuellement des contributions des professionnels, à l'instar du mécanisme de service universel dans le secteur des télécommunications, assimilable à un « service universel pharmaceutique » qui couvrirait une partie du risque de défaut des prêts octroyés aux officines et aux EPGR. Ce fonds, adossé à une contre-garantie publique permettrait d'élargir l'accès au crédit en réduisant les exigences de sûretés et en abaissant le coût du financement. Il ciblerait en priorité les nouvelles installations dans les zones peu denses et les investissements stratégiques, principalement la digitalisation et traçabilité, la mise à niveau logistique, la respect des obligations de stock de sécurité et la consolidation de trésorerie.

La mise en place de mécanismes de financement adaptés pour renforcer la trésorerie des officines et des EPGR et réduire leur exposition aux risques de délais de paiement. Parmi ces instruments, le préfinancement des créances de remboursement qui pourrait représenter une solution particulièrement adaptée au secteur pharmaceutique, où une part importante des flux financiers dépend des remboursements effectués par l'AMO. Concrètement, il s'agit de permettre aux pharmaciens d'obtenir, auprès d'un établissement financier partenaire, une avance de trésorerie correspondant aux créances validées mais non encore réglées. L'organisme payeur rembourse ensuite directement l'établissement financier, limitant ainsi le risque pour l'acteur et réduisant le délai effectif de règlement.

Ce type de dispositif s'inspire de pratiques internationales comme c'était le cas au Royaume-Uni. Le programme de paiement anticipé des pharmacies (PEPS) a été mis en place pour permettre aux pharmacies de recevoir le règlement de leurs créances liées au National Health Service (NHS) plus rapidement que le calendrier de paiement habituel. Ce mécanisme, géré en partenariat avec un organisme financier privé, a permis de raccourcir les délais de paiement de plusieurs semaines et de renforcer la stabilité de trésorerie des officines, en particulier des plus petites structures.

II.2. Recommandations relatives au maillon de la distribution en gros de médicaments

Les grossistes-répartiteurs occupent une position centrale dans la chaîne de distribution des médicaments, en tant que maillon incontournable entre les EPI et les pharmacies d'officine. Ils assurent environ 95% de l'approvisionnement des officines en médicaments, garantissant ainsi la disponibilité des médicaments sur l'ensemble du territoire et des livraisons quotidiennes à flux tendu. Leur rôle stratégique combine ainsi une mission de service public et une activité économique soumise à de fortes contraintes logistiques et réglementaires.

Toutefois, l'analyse du fonctionnement de ce maillon met en évidence des fragilités structurelles qui menacent sa pérennité. Le modèle de rémunération actuel des EPGR, fondé sur des marges dégressives réglementées, fixées à 11% du PFHT pour les médicaments relevant des tranches 1 et 2, et 2% pour ceux des tranches 3 et 4, ne parvient pas à couvrir les charges logistiques et financières induites par l'évolution du marché. Parallèlement, les délais de paiement, souvent longs et asymétriques entre fournisseurs industriels et clients officinaux, pèsent lourdement sur la trésorerie des EPGR et impactent leur rentabilité. Cette situation appelle à une réforme articulée autour de deux axes prioritaires. D'un côté, la mise en place d'un système de rémunération hybride, plus adapté aux réalités économiques et, de l'autre côté, l'instauration d'un dispositif réglementaire plus équitable et mieux encadré concernant les délais de paiement.

II.2.1. Mettre en place un système de rémunération des EPGR adapté aux réalités du marché afin d'assurer leur pérennité et de renforcer leur viabilité économique

Le modèle de rémunération actuel des EPGR, fondé exclusivement sur une marge brute calculée à partir du PFHT de chaque boîte de médicament distribuée, sans prise en compte des coûts logistiques réels (stockage, préparation, livraisons), qui varient selon la nature des produits (chaîne du froid, stupéfiants, volume, poids, fréquence des commandes, etc.), montre aujourd'hui ses limites. En effet, les baisses successives des prix des médicaments fragilisent directement ce système, puisque toute diminution du PFHT réduit mécaniquement la marge des EPGR. Cette vulnérabilité est renforcée par la hausse continue des charges d'exploitation, qui ne peuvent être répercutées sur les prix. En effet, les charges d'exploitations des grossistes ont connu une hausse d'environ 36% sur la période 2020-2024, selon les données communiquées par DGI.

Également, ce système s'avère inadapté aux spécificités des médicaments onéreux, pour lesquels la marge brute fixée à seulement 2% du PFHT demeure largement insuffisante pour couvrir les coûts logistiques et financiers nécessaires à leur distribution sécurisée. Cette dissociation entre la rémunération et les charges effectives fragilise l'équilibre économique des EPGR, en particulier les structures de petite taille ou opérant dans des zones peu

rentables, et compromet leur capacité à assumer pleinement leur mission de service public, à savoir garantir un approvisionnement continu, équitable et homogène en médicaments sur l'ensemble du territoire national.

L'impact de ce modèle sur la rentabilité est significatif. Selon les dernières données disponibles du GPDP pour l'exercice 2023, seuls 22% des EPGR ont maintenu un taux de rentabilité égal ou supérieur à 1%. En revanche, 30% affichent un taux compris entre 0,5% et 1%, 27% se situent entre 0,15% et 0,5%, tandis que 21% des acteurs enregistrent des pertes ou un taux inférieur à 0,15%. Ces chiffres mettent en lumière une fragilité structurelle qui menace la pérennité du maillon de la distribution en gros et appelle une réforme en profondeur du système de rémunération.

Dans ce contexte, le Conseil recommande de mettre en place un système de rémunération mixte combinant une marge proportionnelle au PFHT des médicaments avec un forfait fixe par unité distribuée. Ce modèle hybride, déjà expérimenté dans plusieurs pays européens, permettrait de sécuriser une rémunération minimale et stable, indépendamment du prix du médicament et d'assurer la pérennité économique des EPGR pour préserver leur capacité à remplir efficacement leur mission de service public et garantir un approvisionnement continu en médicaments sur l'ensemble du territoire national.

En outre, le conseil appelle à une revalorisation des marges applicables aux médicaments onéreux relevant des tranches 3 et 4 pour garantir leur disponibilité dans le circuit grossiste, sécuriser leur distribution sur tout le territoire et prévenir les distorsions concurrentielles.

II.2.2. Instaurer une régulation équitable des délais de paiement pour corriger les asymétries commerciales qui pénalisent fortement les EPGR

Les relations commerciales entre les acteurs de la chaîne de distribution des médicaments sont caractérisées par d'importants flux financiers qui génèrent une forte interdépendance, mais marquée par des déséquilibres structurels qui fragilisent les EPGR. Ces derniers, soumis à l'obligation réglementaire de constituer des stocks de sécurité, doivent assumer des charges financières considérables alors que leurs délais d'encaissement restent longs et incertains. En amont, les industriels imposent généralement des délais de paiement stricts (45 à 60 jours, voir jusqu'à 90 jours dans certains cas), alors qu'en aval, les officines bénéficient de délais plus étendus (dépassant 100 jours) et dont 90% échappe au champ d'application de la loi 69-21 relative aux délais de paiement, puisqu'elles réalisent moins de 2 MDH de chiffre d'affaires annuel.

Cette asymétrie contraint leur trésorerie et accroît leur endettement. Leur ratio d'endettement atteint des niveaux préoccupants (9,5 en moyenne), et près de 40% de leurs charges financières sont liées aux retards de paiement des officines. Dans les faits, les grossistes se transforment souvent en "banquiers" de leurs clients, supportant un taux moyen d'impayés de 18%, ce qui fragilise leur rentabilité et limite leur capacité d'investissement, avec un

risque direct sur la continuité d'approvisionnement des officines et l'accès des patients aux traitements.

Afin de corriger ces déséquilibres et de restaurer un cadre commercial plus équitable, le conseil recommande d'élargir progressivement le champ d'application de la loi 69-21 aux officines réalisant moins de 2 millions de dirhams de chiffre d'affaires annuel, à travers des mécanismes graduels, tout en tenant compte de leur réalité économique. Une telle réforme permettrait de restaurer un cadre commercial plus équilibré, de sécuriser les flux financiers et de préserver la viabilité des EPGR, tout en garantissant la continuité de l'approvisionnement du marché et l'accès des patients aux médicaments.

À signaler que le Conseil avait déjà souligné, dans son avis n° A/01/22, les risques liés à cette exclusion des entreprises dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 2 millions de dirhams, estimant qu'elle neutralisait une grande partie des effets attendus de la loi. En écartant du dispositif une proportion importante des professionnels, notamment les pharmacies d'officine qui représentent un maillon essentiel de la chaîne pharmaceutique, cette exception réduit la portée incitative et dissuasive de cette loi et fragilise son impact global sur les délais de paiement.

II.3. Recommandations relatives au maillon de la distribution au détail de médicaments

Les conclusions issues de l'examen du présent avis mettent en évidence que le maillon de la distribution au détail des médicaments, assuré par les officines, constitue le premier point de contact entre les citoyens et le système de santé et joue, à ce titre, un rôle central dans l'accès aux traitements. Toutefois, ce maillon connaît aujourd'hui des déséquilibres structurels persistants qui ont progressivement fragilisé son modèle économique et font peser un risque réel sur sa viabilité et sa pérennité.

Cette situation appelle à une réflexion approfondie visant à repenser le modèle économique des officines selon une approche globale et intégrée permettant de renforcer l'efficacité, la résilience et la durabilité de ce maillon essentiel du système de santé national et d'en assurer sa soutenabilité économique, indépendamment de mécanismes de soutien public dont l'efficacité a montré ses limites dans d'autres secteurs.

Au regard de ces constats, les recommandations du Conseil concernant ce maillon s'articulent autour des axes suivants :

II.3.1. Mettre en place de nouveaux critères pour l'implantation des pharmacies et l'adaptation aux réalités territoriales.

Dans un contexte marqué par une forte densité du réseau officinal, tout en étant territorialement inégale, la mise en place de nouveaux critères d'implantation des pharmacies,

en complément de la règle actuelle de chaînage de 300 mètres à vol d'oiseau, apparaît nécessaire afin d'assurer une meilleure adéquation du maillage de l'offre pharmaceutique et des besoins de la population. L'objectif attendu étant de corriger les déséquilibres observés, caractérisés par des situations de surdensité dans certaines zones urbaines par rapport à d'autres.

A cet égard, le conseil recommande d'introduire de nouveaux critères pour l'implantation des nouvelles pharmacies, notamment l'étendue effective de la zone de chalandise, la densité de population, le temps d'accès ou la distance vers l'officine la plus proche.

La mise en œuvre de ces nouveaux critères devrait s'inscrire dans un dispositif de planification territoriale afin de préserver un équilibre économique du réseau officinal et de garantir un accès équitable et continu aux médicaments sur l'ensemble du territoire. L'adoption de ces critères contribuerait à renforcer la cohérence du maillage officinal, à limiter les déséquilibres territoriaux et à soutenir la viabilité économique du réseau officinal, tout en répondant aux impératifs d'accessibilité et de continuité du service pharmaceutique.

II.3.2. Assouplir, de manière encadrée, les horaires d'ouverture des officines afin d'assurer l'accès permanent aux médicaments et renforcer la rentabilité des pharmaciens.

Le réseau officinal est soumis à des restrictions réglementaires encadrant strictement les horaires d'ouverture et de garde⁷⁹, ainsi que par des modalités d'organisation territoriale du service pharmaceutique qui reste relativement hétérogènes. Il en résulte un décalage entre l'accessibilité géographique apparente et l'accessibilité fonctionnelle réelle du service pharmaceutique malgré un maillage très dense, susceptible de restreindre la disponibilité effective des médicaments et d'en limiter l'accès à certains moments de la journée, contrairement à d'autres produits de première nécessité.

Dans ce contexte, le conseil recommande d'introduire une flexibilité encadrée dans l'organisation des horaires d'ouverture, permettant aux officines, en fonction des spécificités locales et de l'intensité de la demande, d'adapter leurs horaires d'ouverture et de fermetures. Cette flexibilité ne concerne pas le service de garde de nuit, qui relève des missions de continuité du service pharmaceutique, demeure régulé et devrait s'inscrire dans un cadre de rémunération approprié.

La mise en œuvre d'une telle mesure contribuerait à améliorer l'accès effectif des citoyens aux médicaments, en particulier en dehors des horaires classiques, tout en offrant aux officines

⁷⁹ L'article 111 de la loi 17-04 portant Code du médicament et de la pharmacie stipule clairement que : « Le pharmacien d'officine est tenu, sous peine de sanctions disciplinaires, de respecter les horaires d'ouverture et de fermeture des officines de pharmacie au public ainsi que les modalités selon lesquelles doit être assuré le service de garde. Les horaires d'ouverture et de fermeture ainsi que les modalités selon lesquelles doit être assuré le service de garde sont fixés par le gouverneur de la préfecture ou de la province concernée sur proposition du Conseil régional de l'ordre des pharmaciens. »

des marges d'optimisation de leur activité, susceptibles de renforcer leur rentabilité et leur soutenabilité économique.

II.3.3. Définir un mode de rémunération mixte valorisant l'acte pharmaceutique indépendamment du prix du médicament.

Le modèle économique actuel des pharmacies d'officine repose principalement sur une rémunération indexée sur le prix du médicament, ce qui rend la rémunération des officines fortement dépendante des niveaux de prix et des marges réglementées. Ce système devient particulièrement vulnérable dans un contexte marqué par des baisses successives des prix et par la prédominance de la dispensation des médicaments à bas prix.

La structure du marché officinal est orientée vers les médicaments à bas prix. La tranche T1 ($PFHT \leq 166$ DH) représente en effet près de 99 % du volume total des ventes et environ 80 % de leur valeur, traduisant une concentration significative de l'activité officinale sur des produits à faible marge. Par ailleurs, les baisses de prix successives ont concerné cette tranche, amplifiant mécaniquement l'effet de contraction des revenus des officines.

Ainsi, le modèle économique des officines reste tributaire des volumes de vente, dans un environnement marqué par une pression continue sur les marges et un niveau de demande encore limité, ce qui affecte la viabilité des pharmacies d'officine, accentue leur sensibilité aux fluctuations réglementaires des prix et réduit leurs capacités d'investissement, d'innovation et d'adaptation aux évolutions du système de santé.

En outre, même si les marges brutes apparaissent, en théorie, relativement élevées (47 à 57% du PFHT selon la tranche tarifaire), la réalité économique est tout autre. En effet, une fois les charges d'exploitation (loyers, salaires, impôts, etc.) déduites, la marge nette réelle des pharmaciens ne dépasse généralement pas 8 à 10 %.

Par ailleurs, ce mode de rémunération n'intègre pas l'acte pharmaceutique en tant que service de santé publique. Alors que le rôle du pharmacien ne se limite pas à la seule délivrance du médicament. Il assure un conseil, un suivi des interactions médicamenteuses, la prévention des risques liés aux traitements, la réalisation d'actes de proximité tels que la vaccination, le dépistage ou l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. En l'absence de valorisation de ces missions, la profession est contrainte de fonctionner sur un modèle purement commercial, sans reconnaissance de contribution réelle au système de santé.

Dans ce contexte, le conseil recommande de définir un modèle de rémunération mixte, à l'instar de ce qui est pratiqué dans plusieurs pays, qui combine, d'une part, une marge commerciale liée au prix du médicament et, d'autre part, des honoraires de dispensation selon les services rendus, qui rémunèrent l'acte pharmaceutique indépendamment du prix du médicament, définis par voie réglementaire ou conventionnelle.

L'adoption d'un modèle de rémunération mixte permettrait d'assurer une rémunération plus équitable, en phase avec le rôle réel du pharmacien. Elle renforcerait la viabilité économique des officines, tout en garantissant une meilleure qualité des services rendus aux patients. Elle constituerait enfin un levier d'investissement et de modernisation du réseau officinal, favorisant l'émergence de nouvelles missions de santé publique et l'intégration progressive du pharmacien comme acteur central du parcours de soins.

Dans cette logique, et en cohérence avec certaines pratiques internationales, il pourrait être envisagé d'assouplir progressivement le régime de fixation des prix en focalisant l'encadrement strict sur les médicaments présentant un enjeu majeur de santé publique, notamment ceux inscrits sur les listes de remboursement qui représentent au Maroc une part significative parmi les médicaments autorisés, ainsi que sur certains médicaments non remboursés mais renvoyant à un service médical rendu avéré, à l'exclusion des médicaments de confort susceptibles d'être vendus sans ordonnance.

Une telle évolution permettrait d'ajuster les marges en fonction des conditions du marché, d'améliorer la rentabilité des acteurs face à la pression exercée sur les médicaments remboursables à bas prix, et de favoriser une gestion plus efficiente des stocks et des pratiques commerciales. Elle contribuerait ainsi au renforcement de la viabilité financière et de la pérennité du réseau officinal, ainsi que de l'ensemble de la chaîne de distribution des médicaments.

II.3.4. Élargir le rôle et les missions du pharmacien d'officine, afin d'en faire un acteur de santé publique de proximité au-delà de la seule dispensation

Dans le prolongement de la recommandation précédente visant à instaurer un mode de rémunération mixte valorisant l'acte pharmaceutique indépendamment du prix du médicament, il apparaît essentiel d'accompagner cette évolution par un élargissement des missions du pharmacien d'officine. Une telle orientation permettrait d'aligner le modèle économique des officines avec leur contribution réelle au système de santé et de renforcer leur rôle en tant que professionnel de santé de proximité.

Le pharmacien constitue en effet l'un des premiers points d'accès des citoyens aux traitements, notamment dans les territoires où l'offre médicale demeure insuffisante. Toutefois, son rôle reste encore largement centré sur la dispensation, alors même que l'évolution des besoins de santé, marquée par la progression des maladies chroniques, la nécessité d'un suivi thérapeutique régulier et l'exigence d'un accès plus équitable aux soins, nécessite une mobilisation accrue des acteurs de première ligne.

Par ailleurs, l'expérience de la crise sanitaire liée à la Covid-19 a démontré la capacité opérationnelle du réseau officinal à assumer des missions élargies de santé publique. Les

pharmaciens ont contribué aux actions de dépistage et aux campagnes de vaccination, permettant d'atteindre des populations diversifiées, y compris dans les zones moins bien dotées en structures médicales, tout en participant à une meilleure maîtrise des coûts. Cette dynamique a confirmé la pertinence d'un renforcement de leurs responsabilités, tant pour valoriser leur expertise que pour soutenir la viabilité économique des officines.

Dans cette perspective, il est recommandé de favoriser l'élargissement progressif des missions du pharmacien d'officine, en ciblant prioritairement des activités à fort impact sanitaire et à forte valeur ajoutée, notamment :

- La réalisation de certains tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), dans un cadre protocolisé et traçable, permettant une orientation précoce des patients vers le niveau de prise en charge approprié et contribuant à une meilleure détection de certaines pathologies courantes ;
- La participation aux campagnes de vaccination, selon des modalités définies par les autorités sanitaires, incluant la sensibilisation, l'administration de certains vaccins et la contribution à l'amélioration de la couverture vaccinale, en particulier pour les populations à risque ;
- L'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques, à travers le suivi de l'observance thérapeutique, l'identification des interactions médicamenteuses, la prévention des effets indésirables ;
- Le développement d'actions de dépistage et de prévention incluant le conseil pharmaceutique personnalisé et l'orientation vers les structures de soins lorsque cela s'avère nécessaire.

Cet élargissement devrait s'inscrire dans un cadre réglementaire et organisationnel adapté, et s'accompagner de la mise en place d'une rémunération adaptée aux services rendus, afin de reconnaître pleinement l'acte pharmaceutique, de réduire la dépendance des officines au prix du médicament et d'assurer une plus grande stabilité financière au réseau officinal.

Au-delà de l'amélioration de l'accès aux soins, cette évolution contribuerait à alléger la pression sur les établissements de santé, à renforcer la place du pharmacien comme acteur de proximité et à promouvoir une concurrence fondée sur la qualité du service, le conseil et l'accompagnement des patients.

II.3.5. Mettre en place, à terme et sous conditions, le droit de substitution afin d'améliorer l'accès aux traitements et de réduire les coûts

Au regard des constats obtenus, le Conseil recommande l'instauration progressive et encadrée du droit de substitution au profit du pharmacien d'officine, en tant que levier visant à améliorer la continuité des traitements, optimiser la disponibilité des médicaments et contribuer à la maîtrise des dépenses de santé.

L'expérience de nombreux pays montre que l'octroi du droit de substitution au pharmacien, lorsqu'il est mis en œuvre dans un cadre réglementaire rigoureux, contribue à assurer la continuité des traitements, à optimiser la disponibilité des médicaments et à atténuer les effets des ruptures d'approvisionnement. Il contribue également à une gestion plus efficiente des stocks au sein des officines. Dans un contexte marqué par la multiplicité des spécialités disponibles pour une même classe thérapeutique, la possibilité de substitution permet d'optimiser la rotation des stocks, de réduire les risques de pénurie et de renforcer la résilience de la chaîne de distribution.

Afin de garantir la sécurité, l'efficacité du droit de substitution aux pharmaciens d'officine, le Conseil recommande notamment de :

- Mettre en place, en amont, un référentiel national des médicaments génériques, validant les équivalences thérapeutiques et assurant la disponibilité d'un cadre clair et transparent. Ce référentiel constituerait un outil essentiel pour sécuriser l'acte de substitution, renforcer la confiance des prescripteurs et des pharmaciens, et garantir la cohérence des pratiques à l'échelle nationale.
- Encourager les prescripteurs à indiquer la Dénomination Commune Internationale (DCI) lors de la rédaction des ordonnances aux côtés du nom commercial le cas échéant. Cette pratique permettrait de faciliter la substitution par le pharmacien, de rendre les prescriptions plus claires et de favoriser un recours plus large aux médicaments génériques, au bénéfice des patients comme du système de santé.
- Subordonner l'exercice du droit de substitution à la présence effective du pharmacien, garantissant la sécurité de l'acte pharmaceutique de substitution ;
- Garantir la présence effective du pharmacien lors de la dispensation des médicaments constitue un préalable essentiel pour assurer la sécurité de l'acte pharmaceutique de substitution ;
- Renforcer la formation des pharmaciens et des équipes officinales, notamment en matière de bioéquivalence, de pharmacovigilance et de gestion des substitutions ;
- Mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation, destinées tant aux professionnels de santé qu'au grand public pour consolider la confiance dans les médicaments génériques et mettre en évidence leurs avantages en termes d'accessibilité aux traitements et de soutenabilité du système de santé ;
- Mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation, permettant de mesurer l'impact du droit de substitution sur l'accès aux médicaments, la continuité des traitements et la maîtrise des dépenses.

II.3.6. Encadrer la dispensation des médicaments dans les cliniques privées afin de préserver le rôle des officines

Pour assurer une organisation claire et équilibrée des circuits de distribution des médicaments, le conseil recommande de renforcer l'encadrement de la dispensation au sein des cliniques privées. L'objectif n'est pas de compliquer l'accès aux traitements, mais de s'assurer que chaque acteur du système de santé exerce son rôle conformément à la réglementation et sans affecter l'autre.

Dans ce cadre, la dispensation des médicaments par les cliniques devrait être réservée aux situations qui la justifient réellement, notamment aux cas d'urgence et aux patients hospitalisés. Ceci permettrait d'éviter les chevauchements avec le rôle des officines et de garantir que les approvisionnements en médicaments ne contournent pas le circuit officinal, assurant ainsi une meilleure traçabilité et une distribution des médicaments plus équilibrée.

Par ailleurs, le Conseil recommande de privilégier, au sein des établissements de soins, l'utilisation de présentations hospitalières adaptées aux besoins thérapeutiques et aux modalités d'administration en milieu clinique. Ces conditionnements spécifiques contribuent à une gestion plus rationnelle des traitements, à une meilleure maîtrise des consommations et à une facturation plus conforme aux actes réellement dispensés.

La mise en œuvre de ces orientations devrait s'accompagner également d'un renforcement des mécanismes de contrôle afin d'assurer le respect des règles de dispensation, de prévenir toute distorsion concurrentielle de circuit et de préserver la complémentarité entre les structures de soins et le réseau officinal.

II.3.7. Procéder à une restructuration encadrée du tissu officinal afin de renforcer la modernisation, améliorer l'attractivité et assurer la soutenabilité du réseau

Au vu des conclusions issues de l'instruction de cet avis, le Conseil recommande de procéder à une restructuration encadrée du tissu officinal, visant à renforcer la viabilité économique des officines, améliorer la qualité de gestion, favoriser l'efficacité opérationnelle et accroître l'attractivité du secteur, tout en préservant l'indépendance professionnelle du pharmacien et la vocation sanitaire de l'officine.

Le modèle officinal actuel reste marqué par une fragmentation du marché et une prédominance de structures individuelles. Bien que la législation autorise la création de structures sociétaires, la réalité du terrain demeure largement marquée par une exploitation des officines sous le statut de personne physique. Cette configuration limite la mutualisation des ressources, freine les capacités d'investissement et l'accès au financement ce qui ralentit la modernisation du réseau officinal.

Cette fragilité structurelle est accentuée par l'augmentation continue du nombre d'officines, alimentée par la croissance continue de nouveaux diplômés orientés principalement vers la création d'officines comme principale voie d'insertion professionnelle, ce qui contribue à l'accroissement de la densité officinale, particulièrement en milieu urbain, et à l'émergence de situations de surdensité susceptibles, à terme, de compromettre l'équilibre économique du réseau.

Par ailleurs, la fragilité économique d'une part significative des officines limite leur capacité à recruter et à salarier des pharmaciens adjoints. En l'absence de marges financières suffisantes, de nombreuses pharmacies privilégient des structures de fonctionnement minimalistes, réduisant les opportunités d'emploi salarié pour les jeunes pharmaciens.

Certes, la loi n° 17-04 exige l'assistance du pharmacien titulaire par un pharmacien salarié lorsque le chiffre d'affaires annuel de l'officine est compris entre 3,5 et 5,5 millions de dirhams, ainsi que le recrutement d'un pharmacien assistant supplémentaire lorsque ce chiffre d'affaires dépasse 5,5 millions de dirhams. Toutefois, en pratique, seule une part limitée du tissu officinal (estimée à environ 10 %) atteint les seuils de chiffre d'affaires permettant l'application effective de ces obligations, rendant ce mécanisme insuffisant pour absorber le flux croissant de nouveaux diplômés. Le modèle actuel demeure ainsi structurellement inadapté pour répondre aux enjeux d'intégration professionnelle et de régulation démographique de la profession.

L'importance d'une évolution du modèle officinal ressort clairement des comparaisons internationales. Au Maroc, on observe une corrélation claire entre le nombre de pharmaciens inscrits à l'ordre et le nombre de pharmacies, soit un ratio d'environ un pharmacien par pharmacie, traduisant un niveau d'encadrement professionnel limité. A l'inverse, dans certains pays notamment européens, des formes d'organisation plus structurées permettent une mobilisation des ressources humaines pharmaceutiques et une intégration professionnelle. En France par exemple, on dénombre environ 20 242 pharmacies pour près de 75 080 pharmaciens inscrits, soit un ratio d'environ 3,7 pharmaciens par pharmacie. En Italie, on estime à environ 20 160 le nombre de pharmacies, avec environ 100.000 pharmaciens, soit un ratio d'environ 5 pharmaciens par pharmacie. Au Portugal, on compte environ 16.439 pharmaciens inscrits et un réseau d'environ 3 000 pharmacies, soit près de 5,6 pharmaciens par pharmacie. Enfin, en Tunisie, ce ratio s'élève à 2,2 pharmaciens par pharmacie.

Cette comparaison met en évidence que la diversification des formes d'organisation et l'élargissement des perspectives professionnelles au sein du réseau officinal peut contribuer à atténuer la pression liée à la densité officinale, à améliorer la soutenabilité du modèle économique et à favoriser le développement du réseau officinal.

Ces expériences internationales montrent également que, y compris dans des modèles où la propriété demeure réservée aux pharmaciens, l'émergence de structures organisées s'inscrit dans une tendance mondiale de regroupement et de mutualisation au sein du secteur officinal. Qu'elles soient capitalistiques ou non capitalistiques (sous forme de coopérative, Groupements d'Intérêt Économique ou gestion mutualisée sous la même enseigne, etc.), cette évolution a permis d'améliorer la qualité de gestion, de mutualiser les fonctions support, d'attirer des ressources financières, de renforcer l'efficacité opérationnelle et d'accroître l'attractivité économique du secteur, sans compromettre l'indépendance professionnelle du pharmacien ni la vocation sanitaire de l'officine.

En l'absence d'une pareille évolution, la poursuite de la situation actuelle du réseau officinal pourrait conduire à une dégradation progressive de l'équilibre économique de ce réseau. La restructuration apparaît dès lors nécessaire pour éviter une fragilisation accrue du secteur et pour assurer sa pérennité et sa viabilité économique, tout en améliorant sa capacité à absorber le flux croissant de nouveaux diplômés, dont l'orientation majoritaire vers l'exercice officinal contribue à la surdensité officinale.

Le besoin de pharmaciens pour accompagner l'évolution du système de santé national demeure nécessaire et la formation pharmaceutique constitue ainsi un levier stratégique qu'il ne saurait être question de restreindre. Si une diversification des débouchés professionnels notamment vers l'industrie pharmaceutique, la biologie médicale ou la pharmacie hospitalière apparaît souhaitable, l'officine demeure le principal débouché de la profession. Néanmoins, si les déséquilibres actuels persistent, le maillon officinal pourrait, à terme, être confronté à la nécessité de recourir à des mécanismes de régulation plus contraignants susceptibles de freiner sa dynamique. D'ailleurs certaines expériences internationales l'illustrent. La Belgique, par exemple, a instauré un moratoire sur l'ouverture de nouvelles officines, prolongé jusqu'en 2029, afin de stabiliser la densité pharmaceutique, préserver l'équilibre économique du réseau et améliorer sa répartition territoriale. Dans une logique comparable, la Tunisie a renforcé les mécanismes de régulation territoriale de l'installation des officines. En pratique, toute nouvelle création d'officine est conditionnée par un système de liste d'attente fondé sur des critères démographiques et géographiques, ce qui s'apparente à un moratoire de fait visant à maîtriser l'évolution du réseau officinal et à en préserver l'équilibre économique et territorial.

En outre, cette évolution apparaît d'autant plus pertinente que, malgré un niveau actuel de demande encore limité, la généralisation progressive de l'AMO devrait entraîner une augmentation des dépenses de santé et, par conséquent, une progression de la consommation de médicaments, avec des retombées directes sur l'activité officinale. Dans ce contexte, le regroupement des pharmacies apparaît avantageux, afin d'éviter que cette croissance se dilue entre un grand nombre de petites structures.

A cet effet, le Conseil appelle à inscrire la réorganisation du tissu officinal à l'ordre du jour du débat public, comme l'une des solutions visant à améliorer la viabilité du modèle économique des pharmacies d'officine. La réussite de ce chantier repose sur une adaptation préalable du cadre juridique, ainsi que sur une implémentation séquentielle. À cet égard, le Conseil recommande au département de tutelle de piloter cette réforme de façon évolutive, en la soumettant à des évaluations d'impact préalables permettant d'ajuster les modalités de sa mise en œuvre.

Ainsi, le Conseil recommande de revoir, de manière progressive et encadrée, la configuration du tissu officinal national, en encourageant le développement de formes de structuration et de regroupement entre officines, qu'elles soient capitalistiques ou non capitalistiques, notamment à travers des structures de services qui ne détiennent pas forcément des parts dans le capital des officines elles-mêmes, mais fédèrent les pharmacies au sein d'un écosystème mutualisé. Cette réorganisation permettra notamment au secteur officinal:

- la mutualisation des fonctions support (achats, logistique, digitalisation, formation, etc.) ;
- le développement d'organisations en réseau ou de formes de partenariats permettant d'améliorer la gestion, d'optimiser les coûts et de renforcer les capacités d'investissement ;
- l'intégration des jeunes pharmaciens au moyen de parcours professionnels diversifiés incluant le salariat, la prise de participation au capital et l'accès aux instances de gouvernance.

La mise en œuvre d'une telle restructuration implique une évolution progressive du cadre législatif et réglementaire afin de favoriser l'émergence de formes d'organisation plus structurées, tout en prévoyant les garde-fous nécessaires, notamment dans les montages à dimension capitalistique. Cette vigilance apparaît d'autant plus indispensable pour prévenir les risques de fragilisation et de fermeture d'officines, en particulier les indépendantes. De telles situations ont été observées dans certaines expériences internationales, même si ces fermetures donnent généralement lieu à des réouvertures ou à des transferts vers d'autres implantations.

Dans cette perspective, ces mesures visent à :

- préserver et renforcer l'indépendance professionnelle du pharmacien, en garantissant son autonomie dans l'exercice, la dispensation et le conseil pharmaceutique ;
- prévenir les risques de concentration excessive, d'intégration verticale et de conflits d'intérêts impliquant des industriels, des prescripteurs, des cliniques et groupes de

santé, des assurances et tout acteur économique puissant (enseignes de la grande distribution). Ceci permettra d'éviter toute distorsion de concurrence susceptibles de générer des déséquilibres concurrentiels ;

- maintenir et consolider le rôle sanitaire de l'officine, en tant qu'acteur de proximité essentiel du système de santé ;
- assurer un maillage officinal équilibré sur l'ensemble du territoire national et protéger la pérennité des pharmacies indépendantes, condition indispensable à l'accessibilité équitable aux médicaments et aux soins.

ANNEXES

Annexe n°1 : L'Instance chargée d'instruire l'avis du Conseil de la concurrence

Le Rapporteur Général
Mohamed Hicham BOUAYAD
Le Rapporteur Général Adjoint
Abdelilah QACHCHACHI
Les Rapporteurs chargés du dossier
Abdelhadi EL FELLAH
Kawtar MGOUNI

Annexe n°2 : Liste des membres de la 70^{ème} réunion du collège du Conseil de la concurrence

Le Président	Le Secrétaire Général
Ahmed RAHHOU	Mohamed ABOUELAZIZ
Les membres permanents	
Chaimae ABBOU	
Abdelaziz TALBI	
Hassan ABOUABDELMAJID	
Les membres conseillers	
Touhami ABDELKHALEK	
Adil HIDANE	
Abdessalam BENABBOU	
Mounir MEHDI	
Rachid BENALI	
El Aid MAHSOUSSI	
Othman EL FERDAOUS	
Bouazza KHERRATI	
Suppléant du Commissaire du Gouvernement	
Latifa BOUDOUMA	

Annexe n°3 : Liste des membres ayant délibéré au sujet de l'Avis

Le Président
Ahmed RAHHOU
Les membres permanents
Chaimae ABBOU
Adil BOUKBIR
Abdelaziz TALBI
Hassan ABOUABDELMAJID
Les membres conseillers
Adil HIDANE
Abdessalam BENABBOU
Mounir MEHDI
Rachid BENALI
El Aid MAHSOUSSI
Othman EL FERDAOUS
Bouazza KHERRATI

Angle avenue Azzaytouné et Mohammed Al Yazidi,
Hay Ryad, Rabat.
Tél. : 05 37 75 28 10 - 05 37 75 62 16
www.conseil-concurrence.ma
