

Analyse du système d'approvisionnement pharmaceutique au Maroc : l'expérience de regroupement des achats depuis 2001

Jérôme Dumoulin

Mission OMS

20 septembre – 5 octobre 2004

1° Historique rapide du système d'approvisionnement

1980 : devant les difficultés de la Pharmacie Centrale (Casablanca), est instauré un système de livraisons directes par les industriels aux formations sanitaires.

1985-1986 : retour à la centralisation, mais aggravation des problèmes dus à l'exiguïté des locaux et l'insuffisance des locaux. Conception de l'unité de Berrechid et programme d'amélioration de la pharmacie centrale. Mise en place progressive de gestion semi autonome pour les hôpitaux régionaux (Services Gérés de Manière Autonome) qui s'approvisionnent directement.

1994 : création de la Division de l'Approvisionnement, rattachée directement au Secrétariat Général du Ministère.

1995 : mise en service de l'Unité de stockage de Berrechid¹ pour les médicaments et consommables : centralisation des approvisionnements.

1997 : décentralisation des achats pour les hôpitaux SEGMA.

2001: centralisation de l'approvisionnement (achat, stockage, distribution) pour les hôpitaux régionaux SEGMA par la Division de l'approvisionnement. Affectation d'un pharmacien dans tous les hôpitaux SEGMA et dans un certain nombre de délégations.

2003 : devant les difficultés d'approvisionnement régulier (ruptures de stocks), il est envisagé de décentraliser l'approvisionnement des hôpitaux. Mais une étude montre que, plutôt que de revenir au système antérieur, ceux-ci préféreraient d'aménager la centralisation ou la régionalisation.

Il y a eu ainsi depuis 24 ans **6 fois changement de système** à tour de rôle centralisé ou décentralisé.

Le système actuel d'approvisionnement est effectué entièrement par la "Division de l'approvisionnement" et les médicaments sont distribués gratuitement aux patients. Cependant, les 4 CHU (établissements dotés de l'autonomie administrative) s'approvisionnent séparément (sauf ponctuellement pour des réapprovisionnement en urgence, auquel cas les produits sont "prêtés"). De même, les programmes de la Direction de la Population, avec par exemple les vaccins et contraceptifs et de la Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies avec par exemple les produits contre la tuberculose, le sida et les vaccins achètent

¹ L'unité de production située sur le même site n'est toujours pas mise en service, et il n'y a toujours pas de projet précis pour ce faire.

directement leurs médicaments et produits médicaux, et les stockent dans les magasins de la division de l'approvisionnement qui effectue également les livraisons.

La division approvisionne les délégations provinciales de la santé (qui elles mêmes approvisionnent les hôpitaux en régie et centres de santé) et les hôpitaux semi-autonomes (SEGMA). Ces hôpitaux, comme tous les services publics, peuvent acheter directement par bon de commande jusqu'à un plafond de 100 000 DH par ordonnateur et par rubrique (ce qui représente environ 2,5 % de leur budget) et ils le font auprès des grossisteries et des officines. Il s'agit en principe de produits spécifiques non fournis pas le service des approvisionnements.

2° Structure du système d'approvisionnement

L'approvisionnement est effectué par la Division de l'Approvisionnement, mais le circuit est un tout et tous les intervenants jouent un rôle important pour la performance d'ensemble du circuit. Ces autres intervenants seront examinés plus rapidement.

1° Organisation de la Division de l'Approvisionnement (DA)

Créée en 1994, la division est rattachée directement au Secrétariat Général du Ministère de la Santé. Elle effectue une grande partie des achats du Ministère : produits pharmaceutiques, réactifs, produits et matériels hospitaliers... La division, outre sa direction (1 administrateur, 1 informaticien, 1 secrétaire) comporte actuellement 4 services :

Effectif de la Division de l'Approvisionnement (mars 2004)

	Effectif	Dont pharmaciens
Direction	3	
Service de l'approvisionnement (Rabat)	14	4
Service des marchés (Rabat)	14	
Service de gestion des produits pharmaceutiques (Berrechid)	59	3
Service de gestion des stocks (Casablanca)	46	
total	136	7

1° Service de l'approvisionnement (Rabat)

Il est chargé de programmer les achats à effectuer (en quantité et qualité) et de préparer les commandes.

Effectif 13 personnes : 4 pharmaciens, 2 préparateurs, 2 administrateurs, 2 ingénieurs, 1 technicien, 1 personne de service. Le personnel technique est spécialisé par type de produits : médicaments (2 pharmaciens, un préparateur en pharmacie), consommables médicaux, réactifs et produits chimiques, linges et consommables hospitaliers.

2° Service des marchés (Rabat)

Il lance les appels d'offres, les organise. Les décisions sont prises par les commissions d'appel d'offres. Puis le service engage les marchés et ordonnance les paiements après réception des factures certifiées.

Ces deux services, localisés dans les mêmes locaux travaillent en étroite collaboration. Ils sont correctement équipés en informatique, avec accès à internet ; les logiciels utilisés sont des

applications DBASE + Visuel Basic et Excel, mais sans système intégré ni intranet (projet en cours).

Commissions d'appel d'offres : désignées par le Ministre, sur proposition de la DA, elles sont présidées par le chef de la DA et comportent de 5 à 10 personnes réparties en commission technique (3 pharmaciens, 1 préparateur, et un représentant des utilisateurs) et commission administrative (représentants de la DA, de la Direction des Médicaments et de la Pharmacie, de la Direction des Hôpitaux et d'utilisateurs tels que pharmaciens, médecins du secteur public).

3° Service de gestion des produits pharmaceutiques

Localisé à Berrechid 30 km de Casablanca, 130 km de Rabat, il réceptionne, stocke et expédie ces produits.

Localisé dans un grand bâtiment fonctionnel de 3015 m² construit en 1987-95 et climatisé naturellement, (frais l'été, froid l'hiver) il comprend 3 chambres froides et 165 m² de bureaux. Le stockage se fait sur de grands rayonnages, la manutention des produits se fait avec des chariots élévateurs et transpalettes. L'organisation semble précise et rationnelle, malgré un excédent de stocks au moment de la visite, car elle se situait à une période où avaient lieu de nombreuses livraisons.

Sous la responsabilité d'un pharmacien, Le service comprend 47 personnes : 3 pharmaciens, 12 préparateurs, 3 techniciens informatique, 2 secrétaires, 1 chauffeur, 27 manutentionnaires. Il est organisé de la façon suivante :

- un fichier central manuel pour l'état des stocks
- une cellule facturation et ressources humaines
- une cellule informatique (saisie). Il s'agit d'applications développées sur les logiciels Dbase + Visuel Basic et Excel.
- un service de réception (dirigé par un pharmacien).
- un service de stockage (dirigé un pharmacien.) Le stockage comprend trois zones en fonction des quantités :
 - zone palettes : grandes quantités et conditionnement
 - zone étagères moyennes quantités et conditionnement
 - zone "vrac " : petits conditionnements, ces zones sont grillagées et fermées à clé.

Chaque emplacement correspond à une adresse définie par l'allée (de A à M), le niveau (0 à 5) et la rangée (de 1 à 40) soit au total $13 \times 6 \times 40 = 3320$ emplacements, sans compter les chambres froides. Un inventaire est effectué tous les ans en mars pour confronter le stock réel avec les fiches ; ce système va être remplacé par un inventaire tournant permettant de moins immobiliser le service. Il y a des écarts en plus et en moins dus en grande partie à des erreurs de rangement.

- un service d'expédition.

L'unité de Berrechid dispose de quelques véhicules : un camion de 8 tonnes et un véhicule léger fonctionnels et deux autres camions en réparation ou non fonctionnels. La plus grande partie des livraisons est effectuée par l'Office National des Transports (Camions semi-remorques de 24 tonnes) dans le cadre d'un contrat annuel de 2 millions de DH.

4° Service de gestion des stocks

Localisé à Casablanca (4 sites), il réceptionne, stocke et expédie les autres produits.

- 1er site (ancienne pharmacie centrale): Administration (43 personnes), dépôt de matériel médico-technique, magasin de produits de laboratoire et produits chimiques, magasin de produits de radiologie, magasin du matériel et accessoires de chirurgie (8 personnes).

- 2ème site : Dépôts des vaccins et produits de planification familiale. (13 personnes). Ce dépôt comprend 4 grandes chambres froides (2 à 4° et 2 à -24°) où sont stockés les vaccins, réactifs sensibles et l'insuline. Ce dépôt a également deux magasins pour les services d'hygiène.

- 3ème site : Dépôt du matériel d'administration et d'intendance (lingerie, matériel de cuisine, de bureau, d'administration, etc).

- 4^{ème} site : dépôt de mobilier médico-hospitalier.

Le service dispose de chargeurs, transpalettes et de véhicules : 2 gros camions 19T, 4 petits camions, 2 camions frigorifiques affectés à la livraison des vaccins. L'informatisation est minime (seulement pour le traitement de texte). Il effectue lui-même les livraisons.

La localisation de ces dépôts dans trois sites ne favorise pas leur gestion, de même que l'ancienneté des bâtiments, souvent de taille insuffisante (par exemple pour le magasin dédié aux produits du planning familial.). Ce service connaît un grand excédent de personnel au niveau de l'administration : lors de l'ouverture de Berrechid, le personnel n'y a pas été muté, ayant refusé.

2° Cellule de coordination des marchés (CMC)

La cellule de coordination des marchés du ministère de la santé (rattachée au Secrétariat Général) a une fonction de planification des appels d'offres du ministère et de conseil juridique pour assurer l'efficacité de la dépense publique. Elle dispose de locaux adaptés aux commissions d'appels d'offres, elle suit leur déroulement et a une fonction de formation. Elle a également un rôle d'information des fournisseurs sur la réglementation.

3° Direction du Médicament et de la Pharmacie et Laboratoire National de Contrôle

Cette direction du ministère n'a pas de responsabilité d'ensemble dans le circuit d'approvisionnement, mais joue un rôle essentiel pour garantir la qualité des produits.

Elle délivre les autorisations de mise sur le marché (AMM) pour les médicaments, qui est obligatoire pour tous les médicaments consommés dans le pays, il délivre le visa sanitaire (délivré aux produits importés à la première importation), enregistre les consommables médicaux (obligatoire pour les achats publics), teste en laboratoire médicaments et consommables, et inspecte tout le système pharmaceutique. Cette direction joue également un rôle important pour établir la Liste Nationale des Médicaments Essentiels² (appelée aussi Nomenclature) qui définit les médicaments acquis par la DA.

4° Fournisseurs

Les services de santé publique achètent toutes leurs fournitures au Maroc, sans importer directement eux-mêmes, auprès de producteurs ou d'importateurs. Seule exception : les achats de vaccins à l'UNICEF.

Les médicaments relèvent du monopole pharmaceutique : 26 entreprises de fabrication ayant également le monopole de l'importation. Certaines sont à capitaux entièrement marocains, d'autres sont des filiales de firmes pharmaceutiques étrangères. L'industrie est représentée par l'Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique (AMIP). Selon celle-ci, le secteur public représente environ 10% des ventes du secteur et l'industrie pharmaceutique marocaine travaille à 30 - 40 % de sa capacité de production.

² Une seconde liste nationale de médicaments essentiels est en cours d'élaboration pour être appliquée à l'Assurance Maladie Obligatoire qui doit être mise en œuvre en 2005. Cette seconde liste aura un nom différent et n'a pas les mêmes objectifs.

Les autres produits ne font pas l'objet de monopole. De la même façon, certains sont fabriqués au Maroc et d'autres importés. Une partie des fournisseurs est représentée par l'Association des produits Bio-médicaux. Le secteur public représente 80 % de leurs ventes.

5° Utilisateurs

La division de l'Approvisionnement livre à 120 destinataires :

68 délégations provinciales qui livrent ensuite aux formations sanitaires (hôpitaux en régie, SIAP qui livrent ensuite aux dispensaires, centres de santé).

47 centres hospitaliers semi - autonomes (SEGMA Structures gérées de manière autonome), chacun pouvant regrouper plusieurs hôpitaux.

15 autres services publics (par exemple l'administration Pénitentiaire qui paie par transferts)

Ensuite, les médicaments sont répartis aux hôpitaux et par ceux-ci aux armoires des services. La division de l'Approvisionnement n'est donc pas chargée d'acheminer les produits jusqu'aux services médicaux utilisateurs (services hospitaliers et centre de santé). Les pharmacies hospitalières, de même qu'un certain nombre de pharmacies de délégations³, sont maintenant sous la responsabilité d'un pharmacien. Longtemps, ces pharmacies ont été gérées par le directeur de l'établissement et un personnel non pharmacien. Très souvent, les locaux sont inadaptés, allant jusqu'à être situés dans une cave.

L'organisation des pharmacies est définie par une circulaire de 2001 sur l'attributions des pharmaciens affectés aux services extérieurs du Ministère de la Santé. Un guide pour la gestion des pharmacies hospitalière a été édité en mai 2002 et diffusé par le Ministère de la santé.

Dans les hôpitaux, la Commission Médicale Consultative réunit des représentants de médecins et le pharmacien participe aux travaux concernant les médicaments.

Un certain nombre de personnels des hôpitaux publics (médecins, infirmiers) travaillent également dans des cliniques privées qui auraient très peu de personnel propre. Par ailleurs, les médecins spécialistes affectés dans les hôpitaux périphériques demandent souvent leur mutation vers une grande ville, ce qui peut modifier profondément les quantités de certains médicaments utilisés, les spécialistes n'utilisant pas toujours les mêmes produits.

Les hôpitaux SEGMA ont des ressources propres (paiements des patients, selon un tarif national qui a été récemment fortement augmenté). Sur les crédits d'Etat, seule une petite partie peut être achetée directement (100 000 DH).

6° Contrôle financier

Le contrôle financier vise toutes les commandes et les paiements. Depuis 2004, un contrôleur financier est installé dans le ministère de la santé, ce qui a entraîné des retards au départ, mais permettra de mieux résoudre les problèmes par la suite, le contrôleur connaissant mieux les aspects spécifiques du Ministère.

³ Lorsqu'il n'y a pas de pharmacien à la délégation, le pharmacien du Centre hospitalier en remplit le rôle. Il faut noter que ce pharmacien a aussi pour fonction de participer aux inspections pharmaceutiques diligentées par la Direction du Médicament et de la Pharmacie.

3° Fonctionnement du circuit d'approvisionnement

La séquence des tâches effectuées est la suivante :

1° Notification des crédits

La notification est faite par la DPRF (Direction de la planification et des ressources financières) du ministère de la santé des crédits ouverts et de leur répartition par rubrique, délégation et hôpital. Pour 2004 ceci a eu lieu en décembre 2003 (contre mars de l'année budgétaire auparavant).

L'essentiel des crédits provient du Compte d'affectation spéciale. D'autres crédits peuvent provenir du Budget d'investissement ou de projets (par exemple le projet BAJ de la Banque Mondiale).

Crédits pour les produits pharmaceutiques

Crédits neufs (DH millions ⁴)	2002	2003	2004
Compte d'affectation spéciale	275	210	206 *
Investissements	30	60	60
Autres			

*Le total des acquisitions annuelles par l'Etat (DA + autres directions du Ministère + CHU) est évalué à 500 millions de DH, soit 16 DH (1,6 Euro) par habitant.

Les crédits sont répartis en 115 millions pour les hôpitaux en régie et formations de santé de base (délégations) et 85 millions pour les centres hospitaliers SEGMA. La répartition entre provinces et centres hospitaliers est effectuée par la Direction de la Planification et des Ressources Financières

Les crédits non consommés, correspondant à des AO infructueux peuvent être reportés d'une année à l'autre. Les reports (paiement de produits livrés non effectués dans l'année) doivent recevoir un visa financier. En 2004, le montant disponible au 31/12 a été annulé mais cette mesure a été rapportée en juin.

Report de crédits, compte d'affectation spéciale

Produits pharmaceutiques millions de DH	Reports non visés	Disponible non utilisé (pas de commande)
2002	121	27
2003	255	24

2° Envoi des bons de commandes aux "utilisateurs"

Le service d'approvisionnement envoie aux délégations et hôpitaux les bons de commande en blanc comprenant la Nomenclature et les prix indicatifs.

Cette nomenclature (230 médicaments + 200 à 250 dispositifs médicaux) est modifiée légèrement tous les ans, mieux tous les deux ans et doit faire l'objet d'une mise à jour plus approfondie. Ceci est fait par une Commission Nationale (en collaboration avec la Direction des Médicaments et de la Pharmacie, Direction des Hôpitaux, et recours à des experts-personnes ressources et des utilisateurs). La nomenclature des médicaments comprend 70 % de génériques (médicaments bénéficiant d'au moins deux fournisseurs sur le marché

⁴ 1 dirham = environ 0,1 Euro

marocain). Il y a encore un travail important à faire pour retirer des produits qui ne sont plus utilisés, par ex Vit K.

Les prix indicatifs sont les prix antérieurs payés, sauf pour les produits nouveaux pour lesquels on retient prix de vente aux grossistes privés (prix public x 0.63). Cette méthode se révèle la meilleure prévision possible du prix de marchés bien que dans certains cas, les prix des marchés peuvent être sensiblement différents, ce qui pose des problèmes. En droit, le prix réel ne peut être supérieur au prix de vente au secteur privé.

3° Les délégations et hôpitaux établissent leur commande en fonction des prix affichés par la division et de leurs crédits.

Ce travail est effectué par le gestionnaire de la pharmacie (pharmacien ou autre) en relation avec la Commission Médicale Consultative. La priorité doit être donnée aux médicaments pour les services d'urgence.

Trop souvent les quantités sont établies par report des quantités des années antérieures, sans tenir compte des consommations réelles, ni du nombre de patients admis. Mais la nomination d'un pharmacien dans chaque délégation a permis d'améliorer les choses.

4° Agrégation des commandes

Ces commandes sont envoyées au service d'approvisionnement (Rabat) par voie électronique (et confirmées par voie postale). Ce service collationne, et vérifie les commandes : conformité de la liste, des prix, vraisemblance des quantités et non dépassement du crédit. La correction des erreurs entraîne un va-et-vient qui peut durer deux mois, d'autant plus que certaines commandes sont envoyées tardivement.

Ce service agrège les commandes de la façon suivante :

Achats à effectuer = total des commandes des délégations et hôpitaux

+ reste à leur livre de l'année N-1 et année N-2

- stock actuel à Berrechid

- reste à livrer par les fournisseurs (marchés de l'année N-1)

+ 20 à 30 % pour reconstituer le stock de sécurité (produits vitaux)

L'informatisation du fichier de stocks effectuée à Berrechid (130 km) permet d'avoir assez rapidement les informations correspondantes.

Le résultat des quantités à acquérir est transmis au service des marchés.

5° Appels d'offres et passation des commandes

Le service des achats lance les appels d'offres début avril depuis 2004, le lancement est anticipé, ainsi dès le troisième trimestre 2003 le premier appel d'offres 2004 était achevé. Le premier appel d'offres 2005 a été lancé en septembre 2004.

L'appel d'offres est publié dans la presse entre 3 et 8 jour après. La date de publication est la référence légale pour les différents délais.

Le cahier des clauses spéciales (CPS) établi par la division définit les exigences particulières techniques et administratives. Il y a un seul article par lot. Il y a un délai de 4 mois pour livrer les produits, en général en plusieurs livraisons, sous peine de pénalités de retard.

Les soumissionnaires ont au moins 12 jours pour déposer leur documentation (en particulier les échantillons et la documentation technique) qui peut commencer à être analysée par la division.

La réunion des commissions d'appel d'offres est organisée matériellement par la cellule de coordination des marchés. L'ensemble des règles de d'organisation des appels d'offres suit évidemment la législation, et le détail est mis en œuvre avec l'aide de cette cellule.

L'ouverture des plis a lieu au moins 22 jours après la publication, en fait, au maximum un mois après. Cette ouverture se fait en présence des soumissionnaires qui peuvent toujours

présenter une offre à ce moment. Sont annoncés publiquement les noms des soumissionnaires, le montant total de la soumission, et les pièces fournies.

La commission administrative examine les aspects administratifs des soumissions (caractère complet du dossier, validité des pièces,...). Certains dossiers sont rejetés pour différentes raisons, par exemple absence d'offre chiffrée. Les dossiers acceptés sont ensuite examinés par la commission technique. Ensuite, la commission plénière se réunit pour la décision finale en fonction du prix et des autres variables. Jusqu'à maintenant, une proposition pouvait être rejetée pour prix excessif (supérieur de 30 % au prix indicatif), mais une circulaire vient d'interdire cette pratique qui n'avait pas de base réglementaire précise⁵. Ceci peut rendre l'AO infructueux lorsqu'il y a une seule soumission. Lorsque le prix d'un fournisseur est très inférieur à celui des concurrents, il est d'abord demandé au fournisseur de confirmer ce prix (il a pu y avoir des erreurs et le service ne veut pas "jouer" sur ces erreurs (risque de non respect du marché ou de faillite de l'entreprise)). Il est ensuite demandé au fournisseur de justifier ce prix : facture pro forma du fournisseur étranger du produit ou de la substance active.

Ce travail dure environ deux semaines.

Les résultats sont ensuite affichés (nom du soumissionnaire, lots attribués, montant par soumissionnaire). Les fournisseurs rejetés sont informés chacun des motifs de rejet par courrier. Un certain nombre de lots ne sont pas attribués. Dans ce cas, une relance est effectuée : nouvel appel d'offres. Ainsi en 2004, un second appel d'offres est lancé pour 114 médicaments et 194 consommables médicaux.

Lorsque cette relance est infructueuse, le service passe un marché par négociation directe avec un fournisseur. Il négocie un rabais sur le prix indicatif. La négociation se fait au cours d'une réunion avec les fournisseurs à laquelle participent plusieurs cadres de la division.

Le service engage ensuite les commandes, et transmet les commandes au contrôle financier. Cette procédure peut être parfois longue, ainsi en 2004 s'achève en juillet. Les retards ont de multiples causes, dont parfois des erreurs de détails et des incompréhensions du contrôleur financier (par exemple réponse en nom de marque alors que l'appel d'offres est en DCI, alors qu'il s'agit du même produit). Le retard de 2004 était dû à l'installation du contrôleur au ministère de la santé.

Une copie des marchés visé est transmise aux services chargés ensuite de la réception (Berrechid ou Casablanca), ainsi qu'aux fournisseurs.

6° Réception des produits pharmaceutiques

Les fournisseurs ne peuvent produire, s'approvisionner et livrer en août, période de congés annuels.

Les fournisseurs doivent livrer en 4 mois en 2, 3 ou 4 fois (selon les CPS). Le planning des livraisons est établi en accord avec les fournisseurs pour ne pas bloquer le quai des arrivées. Pour l'insuline, l'accord du responsable de stockage est une clause contractuelle (petite taille de la chambre froide). Il en est de même pour les réactifs qui sont à durée de vie courte. Les fournisseurs cherchent à livrer avant fin novembre pour être payés dans l'année et ne pas subir de retard important de paiement. En 2004, l'Etat devra payer des intérêts moratoires pour les retards de paiement : mise en place progressive en commençant par les plus grands marchés. Un montant de 1 % des marchés a été engagé pour y faire face.

Il en résulte qu'en septembre-octobre-novembre, les livraisons sont massives, parfois au delà des capacités du service de réception, ce qui entraîne à travailler les samedis et dimanches, et

⁵ L'existence de ces prix excessifs paraît par ailleurs parfois illégale, car il est interdit de vendre à l'Etat à un prix supérieur de 5 % au prix réglementé (arrêté de septembre 1969 fixant le prix des médicaments). Ces deux critères peuvent être présents ensemble, mais pas forcément.

un encombrement temporaire du dépôt, comme lors de notre visite. Les données de suivi ne montrent pas cela, étant calculées en tonnes (et palettes), et il est probable que la répartition des entrées en stocks par nombre d'entrées n'aient pas la même répartition temporelle que celles en tonnages.

Entrées en stocks à Berrechid (Tonnes)

mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2003	327	228	338	327	223	168	180	134	116	104	231	368
2004	272	215	357	352	183	491	271					

NB : Les enregistrements sont fait par semaine qui ne correspondent pas exactement aux mois du calendrier : certains mois comptés ici comptent 5 semaines.

La réception se fait en deux étapes :

- Réception provisoire faite avant déchargement par un pharmacien du service lui même : vérification des inscriptions obligatoires sur les emballages, durée de vie des produits conforme. En cas de non conformité, la livraison est refusée. Il en résulte que le fournisseur remplace rapidement le produit et/ou rectifie les manquements assez rapidement, sans formalité administrative excessive. Ce circuit court de vérification a été mis en place en 2003.
- Réception définitive par une commission de 4 personnes membres de la commission d'appels d'offres qui viennent de Rabat 2 à 3 jours par semaine pendant 3 mois. Un échantillon de chaque lot est prélevé et envoyé au Laboratoire National pour analyse éventuelle. Il arrive - rarement- que la date de péremption soit plus proche que celle prévue dans le marché. La livraison a pu être acceptée par décision ministérielle aux conditions suivantes : absence de stock, engagement du fabricant à reprendre et échanger ensuite les périmés éventuels.

Après la livraison, la division établit le mandatement de paiement qui doit être visé par le contrôleur financier. Des retards peuvent apparaître lors des reports de paiement à l'année suivante, car le visa des reports se fait avec des délais variables.

7° Livraisons- expéditions

A partir des données des commandes des délégations et hôpitaux, de l'état du stock et de livraisons à recevoir, il est établi le programme de livraisons. L'établissement du programme tient compte également du taux de livraison des commandes (moyenne des articles) des 3 dernières années budgétaires, pour donner priorité aux taux les plus bas. Ce taux est calculé tous les deux mois. Grâce à cela, les différences globales de satisfaction ne sont pas très importantes entre clients. Mais le point important est que les livraisons ne sont pas faites systématiquement en fonction des besoins du moment du destinataire, de l'état de ses stocks, produit par produit. Ceci fait que de nombreuses livraisons ne suppriment pas les ruptures d'approvisionnement des hôpitaux et des délégations.

Pour chaque livraison sont établis le bon de tirage (sortie de magasin) et le bon de colisage (pour le transporteur). La valorisation des livraison est faite au prix estimé et non au prix réellement payé. Comme ce prix payé est plus bas (voir infra) ceci permet de fournir éventuellement des réapprovisionnements au-delà des commandes annuelles.

Le transport est effectué par l'ONT (Office National des transports) avec qui un contrat définit les engagements réciproques; le coût annuel est de 2,3 millions de DH. A partir de 2005, cette fonction sera l'objet d'un appel d'offres. Chaque camion est commandé 24 heures à l'avance maximum. Le chauffeur ne participe ni au chargement ni au déchargement. Les livraisons se font dans une seule région à la fois, le nombre de destinations est variable selon les cas : 1 à 3. La livraison est effectuée toujours dans les 24 heures.

Ceci amène les structures à venir très souvent s'approvisionner directement (urgences) avec de petits véhicules, et à effectuer de nombreuses réclamations détournant le service de Berrechid de ses autres tâches. Ainsi en 2002, 2546 « livraisons en urgence » ont été effectuées.

Les restes à livrer une année donnée peuvent être livrés l'année suivante. Sauf exception, il n'y a pas de changement possible de la composition des commandes.

Livraison de vaccins et insulines par le dépôt de Casablanca

Ces livraisons sont effectuées par les camions frigorifiques du dépôt. Les quantités des besoins sont bien connues à l'avance : nombre de diabétiques pris en charge, programmes de vaccination. Le système semble bien fonctionner.

Le taux de périmés est très bas : 26 500 DH fin 2002 correspondant à deux lots de produits de développement radiologique commandés en excès.

8° Réception par les hôpitaux et délégations

La taille des camions, donc l'importance en volume des produits à réceptionner entraîne parfois des problèmes de déchargement et de stockage, d'autant plus que les locaux ne sont pas toujours bien adaptés.

9° Utilisation des médicaments par les hôpitaux et délégations

Nous avons pu visiter la pharmacie de trois hôpitaux (CHU Avicenne, Salé et Meknès), un centre de santé (Meknès) et deux pharmacies de délégation (Salé et Meknes). Depuis les pharmacies de ces établissements, les médicaments sont livrés ensuite aux services médicaux utilisateurs. Les pharmacies visitées font des efforts importants de suivi des médicaments distribués, et d'évaluation des besoins. Mais cet effort n'est pas encore poursuivi dans les services utilisateurs, si bien que la traçabilité y est beaucoup plus aléatoire. Etant donnée la faiblesse des budgets disponibles, l'évaluation des besoins met partout la priorité aux besoins des urgences (on a raisonnablement pas le temps d'aller acheter des médicaments dans une pharmacie privée). Mais on ne dispose pas de méthode rigoureuse pour évaluer ces besoins.

Il est reconnu que ces crédits sont largement insuffisants pour satisfaire tous les besoins des patients. Ainsi, pour les hôpitaux, une étude actualisée par la Direction des hôpitaux évalue la dépense en produits pharmaceutique par patient en 2003 à 560 DH par admission, dont 140 fournis par l'Etat et 420 par le patient (achats en officines).

4° Performances

Nous analyserons simultanément les performances des procédures et leurs résultats sur la qualité, les prix et coûts et sur la disponibilité des médicaments.

2° Sélection :

L'utilisation d'une liste nationale restrictive des médicaments acquis permet une bonne organisation de leur sélection.

2° qualité des produits

En 2002, 11 lots ont été refusés pour 110 prélèvements d'échantillons effectués et 3127 livraisons reçues. Nous n'avons pas de compétence pour évaluer la qualité au-delà de ces chiffres. Personne n'a soulevé de problème particulier de qualité des médicaments. La centralisation des achats facilite grandement le contrôle de qualité.

3° prix et coûts

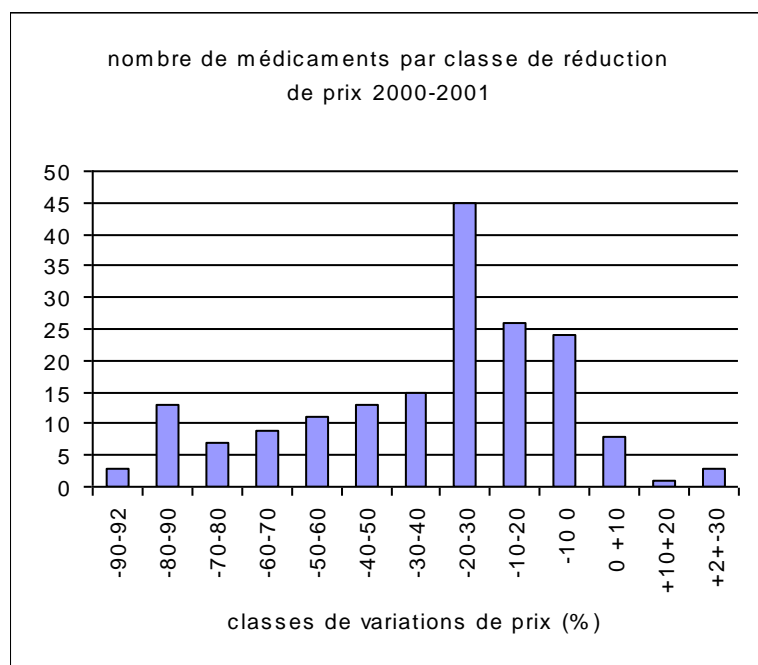
1° Prix et centralisation des achats

Selon les données d'une étude de la division de l'approvisionnement, (exploitation de ces données par nous-mêmes, JD) les prix d'acquisition des médicaments avec le système centralisé en 2001 ont été plus bas que les prix payés par les hôpitaux SEGMA de 31,54 % en moyenne arithmétique (33,41 % en valeur pondérée base 2000). Les 10 produits ayant fait l'objet des plus grandes dépenses (59,23 % de la dépense totale de l'échantillon des 178 médicaments achetés à la fois en 2000 et 2001) ont même connu une baisse de 38,28 %.

Effet de la centralisation sur les prix d'acquisition des médicaments

	Indice (moyenne arithmétique)	Indice (moyenne pondérée)
Achats décentralisés (2000)	100	100
Achats centralisés (2001)	68.46	66.59

Source : nos calculs d'après données de la division de l'approvisionnement



La centralisation des achats permet incontestablement des prix plus bas : quantités achetées plus importantes pour un même marché, livraison à Berrechid (30 km de Casablanca où sont situés les fournisseurs).

Cette baisse de prix a permis d'acheter 50 % de plus de médicaments, à budget constant.

2° Evolution des prix d'acquisition

La division de l'approvisionnement a les données permettant de mesurer cette évolution, mais nous n'avons pu en disposer. Il serait extrêmement utile de calculer annuellement l'évolution des prix d'achat (moyenne arithmétique et moyenne pondérée) pour assurer de façon objective qu'il n'y a pas de dérapage, et mesurer les effets sur les prix de changements futurs éventuels dans les procédures d'achat.

3° Comparaison des prix des marchés avec les prix indicatifs.

Dans la mesure où les prix indicatifs sont basés sur les prix des marchés antérieurs (mais pas pour les nouveaux produits voir supra), cette comparaison permet d'évaluer l'évolution des prix.

Prix réel / prix estimé

	Appel d'offres 0104	Appel d'offres 0108
Moyenne	0,958	0,9622
moyenne pondérée	0,934	0,9745
Médiane	1,00	0,95
Minimum	0,51	nd
Maximum	1,46	2,56

Les prix réels sont souvent inférieurs de l'ordre de 5 % au prix estimés, mais avec de fortes variations. Ainsi, le prix de l'insuline est égal à seulement 32, 4 % du prix vendu aux grossistes (40 DH contre 123,48 DH).

4° Prix et mise en concurrence

Le système de passation des marchés est-il efficace pour obtenir une forte concurrence des prix et des prix faibles ? L'organisation du marché pharmaceutique marocain est tel que le nombre de soumissionnaires est limité au fabricants locaux (produisant ou important ce qu'ils ne fabriquent pas) qui sont en nombre limité (26), et évidemment beaucoup moins en moyenne pour chaque produit. Pour de nombreux lots, il n'y a pas de soumissionnaire ou un seul, en partie à cause des rejets de nombreuses soumissions pour des raisons diverses.

Les causes des écartements sont multiples. L'analyse des causes dans les deux appels d'offres analysés donne les raisons suivantes (il peut y avoir plusieurs raisons simultanément) :

Cause des écartements de soumissions, Appels d'offres 2004 01 et 08

Pas d'offre	28	Formule différente	19
Pas d'AMM	16	Ph différent	2
AMM de plus de 5 ans	51	Forme différente	7
AMM au nom d'un autre laboratoire	10	Dosage différent	10
Pas de visa sanitaire	7	Indication différente	2
Visa sanitaire périmé	5	Offre non conforme	7
DCI différente	3	Prix excessif	1
Pas de solvant	2		

Source : nos calculs d'après données de la division de l'approvisionnement

Nombre de soumissionnaires par lot

	Premier appel d'offres 2004	Second appel d'offres 2004	Total	
Pas de soumission	50	69	119	27,2%
1 seule soumission écartée	35	24	59	13,5%
1 seule soumission *	121	75	196	44,7%
2 soumissions *	45	39	84	19,2%
3 soumissions *	9	11	20	4,6%
4 soumissions *	5	6	11	2,5%
5 soumissions *	1	3	4	0,9%
6 soumissions *	0	0	0	0,0%
7 soumissions *	1	1	2	0,5%
Total	232	206	438	100,0%

* après écartements éventuels

Source : nos calculs d'après données de la division de l'approvisionnement

A cause du faible nombre fréquent de soumissions et des écartements, La concurrence est assez limitée. Le système d'achat par appels d'offres et concurrence ne s'applique qu'à une partie des achats : il y a en 2004 deux concurrents ou plus pour seulement 15 % des lots et 42 % de la valeur totale.

Degré de concurrence dans les appels d'offres

	Premier appel d'offres 2004		Second appel d'offres 2004		Ensemble * 2004	
	Nombre de lots	Valeur estimée	Nombre de lots	Valeur estimée	Nombre de lots	Valeur estimée
Pas de soumission	85	13 858 122	93	27 097 313	40,8 %	21,6 %
Une seule soumission	121	27 628 782	75	42 220 431	45,0 %	36,8 %
2 soumissions ou plus	61	32 224 195	62	46 939 841	14,2 %	41,7 %

* la plupart des lots infructueux au premier appel d'offres ont été repris dans le second

Source : nos calculs d'après données de la division de l'approvisionnement

On peut mesurer l'effet de la concurrence sur les prix en comparant le prix du marché au prix estimé en fonction de la concurrence sur les lots. Nous avons pu faire cette comparaison pour deux appels d'offres. Il serait utile de la faire pour les marchés de gré à gré afin d'évaluer leur performance sur les prix.

Le résultat est qu'il n'y a pas de relation statistique significative entre le nombre de concurrents et le rapport entre le prix obtenu et le prix réel, ni en fonction de la taille des lots, ni selon les attributaires.

Prix et nombre de concurrents (2004, médicaments)

Appel d'offre 0104						
	pas de soumission	1 seule soumission qui est écartée	1 seul concurrent après écartements	1 seul soumission sans concurrent	2 concurrents ou plus	Ensemble des lots attribués
nombre de lots	50	35	31	90	61 *	182
	18,7%	13,1 %	11,6 %	33,7 %	22,8 %	68,2 %
valeur :						
total	5 338 854	8 519 268	14 230 233	31 398 549	32 224 195	76 852 979
moyenne	106 756	243 407	459 039	305 178	511 872	422 269
médiane	37 667	103 857	155 347	119 799	220 924	119 799
minimum	1 358	3 864	10 255	3 025	3 500	1 358
maximum	1 354 668	1 512 808	2 414 486	4 237 676	535 865	2 414 486
Prix réel/prix estimé						
moyenne			0,95	0,95	0,98	0,958
moyenne pondérée			0,91	0,94	0,98	0,934
médiane			1,00	0,89	0,98	1,00
minimum			0,51	0,61	0,86	0,51
maximum			1,19	1,46	1,31	1,46
Appel d'offre 0108						
	pas de soumission	1 seule soumission qui est écartée	1 seul soumission sans concurrent	1 seul concurrent après écartements	2 concurrents ou plus *	Ensemble des lots attribués
nombre de lots	69	24	58	17	62	137
	30,0%	10,4%	25,2%	7,4%	27,0%	59,6%
valeur :						
total	11 096 126	16 001 187	31 132 735	11 067 696	46 939 841	89 517 097
moyenne	181 904	888 716	536 771	651 041	757 094	653 409
médiane	214 430	206 202	124 529	208 984	485 382	288 068
minimum	2 720	1 470	5 470	71 170	3 805	1 470
maximum	1 742 760	2 602 669	6 792 235	4 262 447	4 063 385	6 792 235
Prix réel/prix estimé						
moyenne			0,905	1,06	0,9294	0,9622
moyenne pondérée			0,97	1,21	1,03	0,9745
médiane			0,95	1,01	0,92	0,95
minimum			0,01	0,77	0,54	0,01
maximum			1,16	2,56	1,72	2,56

Source : nos calculs d'après données de la division de l'approvisionnement

On peut voir que la taille des lots (moyenne et médiane) croit avec le nombre de soumissionnaires : plus un marché est important, plus il y a de concurrence. Mais le système d'appel d'offres semble peu efficace pour faire baisser les prix, puisque la baisse de prix obtenue est indépendante du nombre de soumissionnaires (1, ou au moins 2). Tout se passe, dans la plupart des cas, comme si le montant proposé est basé sur le prix public des médicaments au Maroc et il est rare qu'un soumissionnaire lance une guerre des prix. L'appel d'offres a l'avantage de mettre de la transparence dans la négociation des prix et d'être toujours ouvert à de possibles rabais. Mais cette procédure lourde ne s'applique de fait qu'à une partie des achats. Il semble qu'il serait beaucoup plus simple de traiter de gré à gré dès qu'il ne peut pas y avoir plus d'un soumissionnaire. Pour les médicaments, ceci peut être

connu à l'avance, puisque les médicaments doivent avoir une autorisation de mise sur le marché au moment des soumissions aux appels d'offres.

Le recours à la concurrence étrangère a été tenté pour un appel d'offres sur financement de la Banque Mondiale. Une quinzaine d'entreprises ont retiré des dossiers, mais aucune n'a soumissionné. De multiples raisons peuvent l'expliquer, en particulier le fait de devoir auparavant obtenir une autorisation de mise sur le marché.

L'écartement de nombreuses soumissions pose le problème de la performance des fournisseurs à répondre correctement aux appels d'offres. De nombreuses causes d'écartement pourraient facilement être supprimées par eux.

4° Comparaison avec les prix internationaux.

Le prix des médicaments achetés par le secteur public au Maroc est incontestablement beaucoup plus élevé que les prix internationaux les plus bas. Une étude en cours de l'OMS compare le prix de 30 médicaments achetés en 2003 et 28 achetés en 2004 au prix médian publié par Management Sciences for Health. Il pourrait être utile d'avoir une étude comparant le plus systématiquement possible les prix d'achat à ces prix internationaux, plus largement que ce petit échantillon.

Ces résultats sont à manier avec prudence : ne sont pas connus la qualité des médicaments recensés par MSH, les quantités concernées ainsi que leurs fabricants.

5° Problèmes pouvant limiter la concurrence et augmenter les prix

Des exemples récents nous ont été signalés par les fournisseurs et la division. Nous n'avons pas analysé à fond ces problèmes. Ces problèmes peuvent avoir une incidence pour limiter la concurrence et augmenter les prix, réduire les disponibilités. Il apparaît qu'ils peuvent être réglés par concertation entre le ministère et les fournisseurs

- exigence d'un bulletin d'analyse en français et non en anglais.

- exigence d'un original du bulletin d'analyse, avec refus de copie certifiée conforme et du contrôle de conformité par le fonctionnaire. Il faut noter que pour les produits importés, l'importateur ne peut avoir qu'un seul original, ce qui lui pose un problème de s'en dessaisir.

- exigence d'un monogramme "Ministère de la santé, vente interdite" en deux couleurs rouges et vertes, indécollable, sur les emballages primaires et secondaires. Cette exigence semble très difficile à satisfaire pour de nombreux produits importés, en particulier les dispositifs médicaux emballés en plastique transparent, et pour lesquels il est difficile de demander au fabricant étranger des exigences particulières, étant donnée la faible quantité concernée.

Rejet d'un bulletin d'analyse dont l'entête au nom du fabricant étranger était différent de celui de l'emballage, à la suite de la fusion de deux firmes multinationales, malgré l'attestation de l'importateur expliquant cette fusion.

- Exigence d'attestation de marchés publics antérieurs au Maroc pour une grande firme pharmaceutique multinationale.

6° Coûts

Les coûts du système d'approvisionnement sont les suivants :

Intitulé	Crédit	
Achat de matériel	200 000	
Matériel et mobilier de bureau		100 000
Informatique		100 000
Fournitures	160 000	
De bureau		100 000
Informatique et logiciels		60 000
Entretien et réparation	60 000	
Matériel de bureau		40 000
Matériel informatique et logiciels		20 000
Frais de publicité et insertion	30 000	
Frais de transport et distribution	2 300 000	
Carburant et lubrifiants	700 000	
Entretien et réparation des véhicules	150 000	
Frais de séjour et de réception	20 000	
Achats de produits d'hygiène et de désinfection	20 000	
Indemnités de déplacement	683 390	
Assurances (produits pharmaceutiques)	243 466	
Frais de cérémonies officielles	5 000	
Salaires	6 700 000	
total	11 515 322	

Le coût de fonctionnement est de 4.33 % de la valeur d'achat des produits distribués (budget de crédits neufs de 266 millions de DH), ce qui est tout à fait raisonnable. Les salaires représentent 58,2 % des coûts (les effectifs pourraient être réduits aux dépôts de Casablanca), et les frais de livraison 13.5 % (hors amortissement des véhicules du service).

3° Disponibilité

La disponibilité des produits pharmaceutiques est le résultat de la performance du système d'approvisionnement mais aussi de celle des fournisseurs et des destinataires qui passent leurs commandes. Rappelons également que les crédits en produits pharmaceutiques sont très réduits et sont loin de permettre la satisfaction des besoins.

Nous ne disposons pas des informations quantifiées pour mesurer précisément cette disponibilité.

1° Passation des Appels d'offres

La division de l'Approvisionnement est assez performante pour passer les appels d'offres dans les délais prévus, et même plus, puisqu'une partie des appels d'offres est passée en avance.

Avancement des appels d'offres de la Division des approvisionnements au 24 septembre 2004

	Nombre	Montant (millions DH)
Nombre d'appels d'offre programmés	15	
Programmés en 2003	3	
programmés au 1er semestre 2004	10	
programmés au 2nd semestre 2004	5	
marchés attribués	75*	201
marchés déposés au CED	75	201
marchés visés au CED	57	109

* non compris les marchés attribués issus des A/O lancés par anticipation en 2003 évalués à 105 millions.

sources : Ministère de la Santé, Secrétariat Général, CCM/DPRF, 27 septembre 2004

Mais le problème est celui des marchés infructueux (32,8% et 40,9 % dans les deux appels d'offres analysés).

Les AO sont infructueux pour plusieurs raisons :

- pas de soumissionnaire. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette absence. De façon générale, il semble que la petite taille des lots et la lourdeur des procédures administratives n'encourage pas les fournisseurs à répondre pour de petits lots, et à préférer attendre une négociation directe.

- rejet des offres (voir supra)

Les appels d'offres infructueux ralentissent considérablement le processus de passation des marchés, puisque la négociation de gré à gré n'a lieu qu'après deux marchés infructueux. On peut noter aussi que les relances dans un second appel d'offres sont peu fructueuses : sur 83 lots infructueux lors du premier appel d'offres et inscrits au second, seulement 23 ont été alors fructueux.

Suivi des lots d'un appel d'offre à l'autre (2004)

		Second appel d'offres (08)				
		total	absents	présents	pas d'attribution	attribution
Premier appel d'offres (01)	total			219	161	58
	absents	7		5	5	0
	présents	267	53	214	156	58
	pas d'attribution	90	17	73	50	23
	attribution	177	36	141	106	35

Source : nos calculs d'après données de la division de l'approvisionnement

lots n'ayant pas eu d'attributaires à l'issue des deux appels d'offres: $17+5+50 = 72$

lots ayant été attribués = $177 + 23 = 200$ dont 35 deux fois et 165 (36 + 106 + 23) une seule fois

2° Réception, stockage et livraisons

Il n'y a pas de données précises sur l'état des stocks et la performance de l'unité de Berrechid : taux de ruptures de stocks moyen pendant l'année, voire mois par mois. Les

données sur le taux de satisfaction des commandes montrent qu'en fin d'année, les commandes annuelles sont loin d'être satisfaites, puisqu'il faut environ deux ans pour les satisfaire complètement.

La seule donnée que nous avons obtenue porte sur une évaluation grossière des quantités expédiées : tonnages et le nombre de palettes expédiés par semaine. Du 20/12/03 au 22/08/04 ont été entrée 2672 tonnes (moyenne : 78,6 par semaine) et sorties 3024 tonnes (moyenne de 88,9 tonnes par semaine)⁶.

Une enquête effectuée en 2003 auprès des centres hospitaliers départementaux montre que leurs responsables sont peu satisfaits du système actuel :

Avis des responsables des Centres Hospitaliers Départementaux
sur la meilleure procédure d'approvisionnement

Procédure préférée	Part
Maintien pur et simple de la procédure de centralisation des achats	0
Procédure de centralisation aménagée	45.5 %
Retour pur et simple à l'ancienne procédure (achat local)	13.6 %
Retour aménagé à l'ancienne procédure (achat local)	6.8 %
Nouvelle procédure proposée : Régionalisation	38.6 %

Les critiques faites au système centralisé portent sur la liste trop restreinte et sur les livraisons : programmation, délais, parfois en quantité excessives posant des problèmes de stockage, et sur le surcoût du aux réclamations (téléphone, télécopie, transport, déplacement). Ces responsables notent par contre que les prix sont nettement plus bas, de même que le coût de gestion, et que le système favorise le contrôle de qualité. C'est pourquoi nombreux souhaitent un aménagement du système actuel. Il n'est pas expliqué pourquoi certains préféreraient un système régionalisé.

A l'inverse, les fournisseurs sont favorables au maintien de la centralisation des achats : un seul marché à passer en quantités notable et non dispersées entre plusieurs acheteurs, livraison à proximité en un seul point (Berrechid), professionnalisme de la division de l'approvisionnement qui est considéré par eux comme un interlocuteur de confiance.

Selon notre analyse, ces problèmes proviennent des causes suivantes :

- Organisation des livraisons sans tenir compte des besoins du moment des services destinataires. Livraisons tous les 3 mois seulement.
- étalement insuffisant des réceptions qui font que les locaux sont encombrés et la charge de travail du personnel de manutention à certaines périodes est très importante.
- Locaux à certains moments de taille insuffisante.
- Système de gestion informatique incomplet et pas intégré
- Insuffisance de certains équipements de manutention
- Insuffisance des effectifs à certaines périodes
- Un certain manque de motivation du personnel (dù, entre autres, au paiement des heures supplémentaires)
-

Néanmoins, cette unité est un très bon outil, qui manipule des quantités importante de médicaments et autres consommables médicaux.

⁶ L'évaluation des tonnages en sortie est « au coup d'oeil » alors que celle des entrées correspond aux bons de réception. Ceci explique l'écart entre ces tonnages sur une longue période.

Les dépôts de Casablanca ne rencontrent pas les mêmes problèmes. Leur problème essentiel est d'être dispersés et de ne pas disposer de bâtiments très adaptés.

Nous ne disposons pas de données précises sur la disponibilité des médicaments et autres consommables dans les formations sanitaires, hôpitaux et délégations. Les ruptures d'approvisionnement semblent exister, mais avec une fréquence impossible à évaluer, en l'absence de données. Ces ruptures ont deux causes presque indissociables, en l'absence d'indicateurs adaptés : insuffisance des budgets et organisation de l'approvisionnement et de la distribution.

Il y a un avis unanime que l'organisation du circuit des médicaments en aval de la Division de l'approvisionnement est très souvent insuffisante : organisation des pharmacies hospitalières, traçage des produits, usage rationnel des médicaments. Des progrès sont initiés à la suite l'affectation d'un pharmacien dans chaque hôpital, mais ces progrès ne sont pas généralisés et ne sont qu'à leur début.

4° Propositions : esquisse d'une stratégie

1° Grandes options : restructurer le mode d'organisation ?

Dans les différents pays du monde⁷, l'organisation de l'acquisition et de la distribution des médicaments pour le secteur public suit différents modèles que l'on peut caractériser par deux critères :

- centralisation ou décentralisation
- statut : secteur public ou secteur privé.

Au Maroc, il n'y a pas eu de débat concernant une éventuelle privatisation totale ou partielle d'un système entièrement public (à l'exception des livraisons de Berrechid aux délégations et hôpitaux SEGMA).

On peut toujours envisager de transformer la DA en entreprise publique (par exemple Office), voire privée. Ces différents statuts libèrent plus ou moins des contraintes administratives et permettent davantage de souplesse pour des services opérationnels. Mais cela suppose en échange de mettre en place un système de surveillance permettant de s'assurer que l'organisation remplit sa mission. Dans le cas du Maroc, de grands efforts sont faits pour rendre le système administratif plus performant, et le système public a déjà réellement progressé : le cadre légal ne paraît un obstacle important à surmonter.

Nous ne voyons pas de raison particulière pour soulever la question du statut, y compris de la privatisation.

Par contre, il y a des débats sur la centralisation et la décentralisation. Depuis 1980, le système a été changé 6 fois.

Le système actuel est à dominante de centralisation :

- centralisation de la sélection (nomenclature nationale des médicaments et consommables médicaux essentiels) ; cependant, des achats peuvent être effectués directement jusqu'à un plafond de 100 000 DH ;
- centralisation des achats ;

⁷ Management Sciences for Health, *Managing Drug Supply*, 2nd Ed, 1997, Kumarian Press, West Hartford, Connecticut, USA.

- centralisation des réceptions du contrôle de qualité et du stockage : grâce à l'existence d'un outil de stockage remarquable à Berrechid proche des fournisseurs ;
- décentralisation de l'évaluation des besoins (quantités à acquérir par produit) et de l'acheminement aux hôpitaux en régie et formations sanitaires de base par les délégations.

L'option d'une régionalisation est à examiner avec attention. La décentralisation consisterait à créer 2 à 4 centrales d'approvisionnement. Dans le cas du Maroc, elle ne nous semble pas apporter des avantages déterminants, et par contre, elle aurait de nombreux inconvénients.

Avantage 1 : disposer de stocks plus proches des hôpitaux et délégations permettant ainsi un réapprovisionnement plus rapide et moins coûteux.

Cet avantage ne nous semble pas très important, dans la mesure où d'une part la très grande partie du pays (à l'exception des provinces du Sud) peut être livré en moins de 12 heures depuis Berrechid. Le Maroc n'est pas un pays étendu comme le Soudan ou le Zaïre, avec des problèmes de route, de saison des pluies, etc. D'autre part, une meilleure organisation permettrait de supprimer les déplacements à Berrechid pour les services destinataires en cas d'urgence.

Avantage 2 : avoir dans chaque région un système de taille moins grande et plus facile à gérer et contrôler. Cet avantage ne se vérifie que si le système central est mal contrôlé et mal géré et que l'on soit certain que de plus petits systèmes seraient plus performants. On ne peut qualifier le système actuel de mal géré et de mal contrôlé. Sa taille est assez peu importante, en comparaison d'autres organisations industrielles, commerciales ou administratives.

Par contre, les inconvénients nous semblent nombreux.

Inconvénient 1 : multiplication de services d'approvisionnement qu'il serait très coûteux et long de rendre aussi performants que le service centralisé actuel : investissements, formation du personnel, besoin d'une supervision et d'inspections. Il faudrait en effet multiplier des moyens qui sont en partie indépendants des quantités gérées, par exemple passer et exécuter un marché ne dépend pas de ces quantités. Un système centralisé bénéficie d'emblée d'économies d'échelle incontestables. Le système actuel dispose d'un savoir faire incontestable qu'il serait long et aléatoire de transférer, même à un nombre réduit de régions.

Inconvénient 2 : augmentation du prix d'acquisition ; les fournisseurs devant livrer des plus petites quantités dans plusieurs points du territoire auraient leurs coûts accrus et les répercuteraient nécessairement. La centralisation a prouvé son efficacité à cet égard.

Inconvénient 3 : multiplication des risques de ruptures de stock et des sur-stockages donc de péremptions. Un stock central permet de bénéficier de la loi des grands nombres : plus les clients sont nombreux, plus il y a de compensation possibles au niveau du stockage entre ceux qui ont trop commandé et ceux qui n'ont pas assez.

L'exemple d'autres pays, comme la Tunisie ou le Cameroun montre tout l'intérêt d'avoir une centrale d'achat unique, avec des relais locaux, rôle que remplissent les pharmacies des délégations.

La stratégie proposée consiste à rester dans le mode d'organisation actuel sans le modifier, mais d'améliorer les procédures, les méthodes de travail, et de renforcer les moyens.

2° Quelques propositions d'amélioration du système actuel

Il ne s'agit pas ici d'un ensemble complet de propositions qui nécessiteraient une analyse plus approfondie, mais des points principaux qui ont apparus lors de la mission.

En premier lieu, il semble nécessaire de *mettre à jour la liste nationale des médicaments et autres produits acquis*.

Commandes par les services utilisateurs

Des progrès sont à effectuer dans la méthodologie d'expression des besoins. Ces progrès ne peuvent se faire qu'en relation avec les progrès en matière de traçabilité des produits, et de leur gestion au niveau périphérique. Des méthodes précises doivent être développées, et le personnel formé à leur utilisation.

Acquisitions

Dans le cadre légal et réglementaire actuel, certains changements sont possibles, avec l'objectif de réduire le nombre de lots infructueux pour accélérer le processus d'acquisition, ce qui permettrait de mieux adapter les quantités acquises aux besoins car le délai entre passation de commande aux fournisseurs et livraisons aux services de santé serait moins long.

1° Achats de gré a gré pour les produits n'ayant qu'un fournisseur au Maroc. Les médicaments devant avoir une autorisation de mise sur le marché, il est possible d'établir la liste de ceux qui n'ont qu'un seul fournisseur possible. Pour ceux-ci il n'est pas obligatoire d'effectuer un appel d'offres. Cela permettrait d'éviter des appels d'offres infructueux et d'en attendre les résultats.

2° Effectuer des achats cadres (à prix fixé) pour un marché de 2 ou 3 ans (la législation permet 5 ans). Cette procédure a l'inconvénient est que la seconde année, voire la troisième, on ne bénéficie pas d'éventuelle baisse de prix, mais l'avantage est d'augmenter la taille des lots, donc d'attirer davantage les soumissionnaires.

La réduction du nombre d'achats par appels d'offres réduit les coûts de la Division de l'approvisionnement et des fournisseurs.

3° Renforcement des procédures d'enregistrement des dispositifs médicaux afin de limiter ensuite les contrôles techniques.

4° Etablissement d'une liste restreinte de fournisseurs ayant donné satisfaction pendant plusieurs années (pas de problème technique, coopération pour régler les problèmes rencontrés) et limitation des exigences vis a vis de ces fournisseurs. Des contrôles moins systématiques et plus espacés seront effectués. L'objectif est de baser les acquisitions sur la confiance.

Réceptions

5° Etaler davantage les livraisons des fournisseurs pour les produits encombrants (pansements, coton, solutés massifs...). Les livraisons sont actuellement étalées sur 3 mois. Il serait possible de les étaler sur 9 mois. Cela permettrait d'étaler la charge de travail de manutention et de réduire les problèmes de stockage. Cela accroîtrait le travail administratif de réception, ainsi que le contrôle de qualité, c'est pourquoi, on peut limiter cette procédure aux quantités les plus importantes.

Livraisons aux utilisateurs (délégations et hôpitaux Segma)

L'objectif serait de limiter très fortement, voire de supprimer les réclamations. Chaque livraison devrait se faire sur une commande effectuée une semaine ou deux avant la livraison. Chaque destinataire étant informé à l'avance de la date prévue de sa livraison, il pourrait effectuer une commande, dans le cadre de sa commande annuelle, pour adapter sa livraison à ses besoins du moment.

Accroissement du nombre de livraisons annuelles, jusqu'à 6 par an.

Ce système pourrait limiter les réclamations à celles provenant d'erreurs ou d'aléas imprévisibles au niveau des services utilisateurs.

6° Etablir les valeurs de livraison aux prix réels d'achats et non plus aux prix estimés. Ceci permettrait d'accroître la confiance envers la Division de l'approvisionnement.

Distribution aux services puis aux malades.

De grands efforts sont encore à faire sur la dernière partie du système de distribution :

- évaluation des besoins au niveau périphérique (services hospitaliers et centres de santé) en fonction des ressources très limitées. Pour cela il faut développer les méthodologies concrètes, et former le personnel à leur utilisation. Des **systèmes de kits** permettraient de simplifier ce problème, comme les kits d'accouchement.

- assurer la sécurité de la distribution pour garantir que les médicaments vont vraiment aux malades (le ministère évalue les pertes à environ 20 %). Pour cela il faut développer la traçabilité des produits et les procédures de contrôle.

- améliorer l'usage rationnel des médicaments par le développement de protocoles thérapeutiques standardisés, la formation permanente des prescripteurs.

Tout cela suppose de renforcer le rôle des pharmaciens et le développement d'outils de gestion adaptés : ordinateurs, applications informatiques adaptées, et formation du personnel.

3° Moyens et ressources

1° Achever l'informatisation en cours de la Division : réseau Intranet étendu à tous les services (localisés à Rabat, Berrechid et Casablanca) et application informatique intégrée comprenant toutes les fonctions. Cela permettrait à ces différents services de partager leurs informations en temps réel, malgré la distance.

2° accroissement des capacités de manipulation de l'Unité de Berrechid :

- passage au travail en deux équipes (2x8) pendant la période de pointe
- utilisation du bâtiment initialement prévu pour la fabrication pour agrandir l'espace de stockage (si cela est techniquement faisable).

3° Aménagement ou construction des pharmacies de délégation et d'hôpitaux pour rendre les locaux adaptés à leur fonction. La récente augmentation de la tarification hospitalière fournit aux hôpitaux des ressources pour cet investissement.

3° Informatisation des pharmacies des hôpitaux et des délégations avec une application homogène intégrée reliée à l'intranet de la Division de l'approvisionnement.

Références

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Diva pp/SGPP, Berrechid, *Bilan des activités du SGPP 2002 et prévisions budgétaires 2003*

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Division de l'approvisionnement, Service des marchés, *Dossier d'appel d'offres ouvert sur offres des prix*, N° 13/2004/DA/CH/SEGMA, achat de consommables médicaux

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Division de l'approvisionnement, Service des marchés, *Dossier d'appel d'offres achat de médicaments*, N° 120/2004/DA/INV

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Division de l'Approvisionnement, *Suivi de l'exécution des crédits délégués sur le compte d'affectation spéciale (Crédit neuf), situation de l'exercice 2002 situation de l'exercice 2003*

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Division de l'Approvisionnement, *Etude de prix 2001 médicaments*, 10 pages

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Secrétariat Général, CCM, *Etat d'avancement de l'exécution du plan de passation des appels d'offres au niveau de l'administration centrale*, juillet 2004, septembre 2004

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, *Lettre à Messieurs les Directeurs de l'Administration Centrale sur la restructuration de la Cellule de Coordination des Marchés (CCM)*, 15 octobre 1998, 5 pages

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, *Guide méthodologique pour la gestion de la pharmacie hospitalière*, mai 2002, 107 p

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, division des soins ambulatoires, *Manuel de gestion des médicaments au niveau des formations sanitaires de base*, mars 2002

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, division des soins ambulatoires, *Manuel des protocoles thérapeutiques au niveau des formations sanitaires de base*, mars 2002

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, *Evaluation des l'expériences des achats centralisés des médicaments et des dispositifs médicaux*, mai 2003, 34 p

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Circulaire N° 163 du Attributions des pharmaciens affectés aux services extérieurs du Ministère de la santé, 4 pages

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, CHP Salé, *Projet de la construction de la pharmacie du Centre Hospitalier préfectoral de Salé*, 2004, 8 pages

Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Centre Hospitalier Préfectoral de Meknes, Hôpital Mahomed V, Service Pharmacie, *Rapport annuel, Gestion des produits pharmaceutiques, année 2003*

Organisation Mondiale de la Santé, Ministère de la santé, et alii, *Enquête sur les prix des médicaments, Maroc, avril 2004*, 42 p

Organisation Mondiale de la Santé, *Maîtrise des coûts des médicaments importés, Etude de cas : Tunisie*, Genève, OMS, Série Réglementation pharmaceutique, N° 10, 39 pages WHO/EDM/QSM/2003.3

Management Sciences for Health, *Indicateur de Prix Internationaux des Médicaments*, Boston, 2003, pagination multiple et CD-ROM

Management Sciences for Health, *Managing Drug Supply*, 2nd Ed, 1997, Kumarian Press, West Hartford, Connecticut, USA.

Lemnino Najate, *L'approvisionnement en médicaments entre centralisation et la décentralisation*, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Institut National, d'administration sanitaire, travail individuel de synthèse, juillet 2003, 26 pages