

Qui doit posséder la pharmacie : la finance ou le pharmacien ?



Pharmacie.ma

21 ans au service de la pharmacie

CHRONIQUE

Qui doit posséder la pharmacie : la finance ou le pharmacien ?

Par Abderrahim Derraji, Docteur en pharmacie

Depuis la publication des recommandations du Conseil de la concurrence sur la distribution pharmaceutique, la profession est entrée dans une zone de turbulence. Non pas parce qu'elle découvrirait sa fragilité économique - les pharmaciens la vivent chaque jour - mais parce que, pour la première fois, l'officine semble analysée d'abord comme un marché à réformer, et non comme un pilier sanitaire à consolider.

Le diagnostic posé est sévère : un réseau dense, fragmenté et économiquement sous tension. En moins de dix ans, le Maroc est passé d'environ 9 000 à plus de 14 000 pharmacies, alors que la population n'a progressé que de 8%. On compte aujourd'hui près de 2 600 habitants par officine, un ratio nettement inférieur aux seuils d'équilibre observés dans de nombreux pays. Cette surdensité crée mécaniquement une baisse du chiffre d'affaires moyen et fragilise la viabilité de nombreuses pharmacies.



À cette pression démographique s'ajoutent les baisses successives des prix des médicaments, en particulier dans la tranche T1¹, qui érodent des revenus reposant presque exclusivement sur la marge réglementée. Autrement dit, le pharmacien marocain reste payé pour le produit qu'il délivre, non pour l'acte de santé qu'il accomplit.

D'autres dysfonctionnements aggravent la situation : non-respect du circuit légal de distribution, concurrence de certains établissements de soins sur des segments relevant normalement de l'officine, multiplication des références génériques qui alourdissent les coûts de stockage en l'absence de droit de substitution. Autant de facteurs qui mettent sous pression un modèle déjà fragilisé.

Face à ce constat, les propositions du Conseil de la concurrence s'articulent autour de cinq axes : régulation de l'implantation, diversification de la rémunération par les actes pharmaceutiques, mécanismes de soutien financier, étude d'impact sur les prix et ouverture progressive du capital.

Sur les quatre premiers points, le débat est non seulement possible, mais nécessaire. La profession réclame depuis longtemps une régulation démographique fondée sur des critères sanitaires, une rémunération des services pharmaceutiques (suivi des maladies chroniques, éducation thérapeutique, vaccination, etc.) et des mécanismes de soutien pour les officines en difficulté, notamment dans les zones fragiles. Ces réformes permettraient de faire évoluer le pharmacien d'un rôle essentiellement commercial vers une véritable fonction de soins de proximité.

C'est l'ouverture du capital qui concentre les inquiétudes. Ses défenseurs y voient un levier d'investissement, de modernisation et de mutualisation des moyens. Les pharmaciens, eux, y perçoivent un risque majeur : la dissociation entre pouvoir économique et responsabilité sanitaire. Or la pharmacie n'est pas un commerce comme les autres. Elle repose sur un principe fondamental : celui

T1¹ : médicaments dont le prix est inférieur 280,60 DH

qui le pharmacien titulaire assume personnellement la responsabilité professionnelle et déontologique. Cette unité entre capital, contrôle et exercice garantit l'indépendance du pharmacien dans la dispensation du médicament et dans le conseil au patient.

L'argument des comparaisons internationales est souvent avancé pour justifier une libéralisation. Mais toutes les expériences ne vont pas dans le même sens. Dans plusieurs pays européens où la propriété est réservée aux pharmaciens et l'implantation régulée, la couverture territoriale reste homogène et l'accès au médicament relativement équilibré. À l'inverse, certaines libéralisations ont conduit à une concentration des officines dans les zones rentables et à l'apparition de véritables déserts pharmaceutiques dans les territoires moins attractifs.

Peut-on se permettre un tel risque dans un pays où l'accès aux soins demeure inégal selon les régions ? L'officine joue souvent le rôle de premier point de contact sanitaire, notamment dans les zones où la présence médicale est limitée. Fragiliser ce maillage reviendrait à affaiblir un levier essentiel de santé publique.

Il convient également de rappeler que la jurisprudence européenne (arrêt Apothekerkammer des Saarlandes, CJUE, 2009) reconnaît la protection de la santé publique comme un objectif d'intérêt général supérieur, permettant aux États de réserver la propriété et l'exploitation des officines aux pharmaciens afin de garantir l'indépendance professionnelle et la sécurité de la chaîne du médicament.

La vraie question n'est donc pas de savoir si le modèle doit évoluer - il le doit - mais dans quel sens. Moderniser sans financiariser, diversifier sans marchandiser, soutenir sans déréguler. La pharmacie marocaine a besoin d'une réforme structurelle, mais aussi d'une politique pharmaceutique claire.

Les priorités sont connues : instaurer une rémunération des actes pharmaceutiques, réguler l'implantation selon des critères territoriaux, renforcer le respect du circuit légal du médicament, accompagner la transition numérique des officines et mettre en place des mécanismes de soutien ciblés pour les structures les plus vulnérables. Ce sont ces leviers qui permettront d'améliorer l'accès aux soins tout en assurant la viabilité économique du réseau.

Au fond, le débat dépasse la seule profession. Il pose une question de société : voulons-nous un réseau officinal conçu comme une infrastructure de santé publique, fondée sur la proximité et la confiance, ou un marché ouvert aux logiques de concentration et de rentabilité ?

De la réponse dépendra non seulement l'avenir des pharmaciens, mais aussi celui de l'accès équitable au médicament pour l'ensemble des citoyens. Car derrière la question du capital des officines se joue, en réalité, le modèle de santé que nous souhaitons construire.

ABSTRACT

Modernizing Without Merchandising: Rethinking Pharmacy Policy for Public Access

Since the Competition Council's recommendations on pharmaceutical distribution, Morocco's pharmacy sector faces unprecedented scrutiny, framed as a market to reform rather than a public health pillar. Rapid pharmacy growth and successive medicine price cuts have strained economic viability, while regulatory gaps and rising operational costs exacerbate fragility. Proposed reforms include regulating pharmacy density, diversifying remuneration for pharmaceutical services, financial support mechanisms, and gradual capital opening. While modernization is needed, professionals warn that separating ownership from professional responsibility risks undermining access and equity. The debate ultimately reflects a societal choice: a pharmacy network as a public health infrastructure or as a market-driven entity.

CARBOFLORE-GS

SOULAGE DES GAZ INTESTINAUX

NOUVEAU



PLUS DE CONFORT
et de joie de vivre!



**Charbon
végétal**



**Levure
de bière**



Le RMDDS : s'oppose à l'ouverture du capital des pharmacies

Le Réseau marocain pour la défense du droit à la santé et à la vie (RMDDS) a exprimé une vive opposition aux recommandations du Conseil de la concurrence concernant la réforme du circuit de distribution pharmaceutique. Dans une lettre adressée au chef du gouvernement et au ministre de la Santé, l'ONG dénonce une approche qu'elle juge «purement mercantile», accusée d'ignorer la dimension vitale et sociale du médicament. Selon le réseau, ces orientations menacent la souveraineté pharmaceutique nationale et risquent de transformer l'officine, traditionnellement centrée sur le soin, en simple entité commerciale guidée par la recherche de profit.

Le RMDDS alerte également sur les conséquences d'une éventuelle libéralisation de la distribution via les plateformes numériques ou la grande distribution. Une telle évolution entraînerait, selon lui, un affaiblissement des mécanismes de contrôle professionnel, favorisant l'automédication anarchique, les risques d'intoxication et la circulation de médicaments contrefaits. Au-delà de l'aspect sanitaire, l'ONG souligne des impacts sociaux et territoriaux importants, avec la possible disparition des officines de proximité et l'émergence de «déserts pharmaceutiques» dans les zones rurales et les quartiers défavorisés.

L'organisation craint aussi une influence accrue des logiques industrielles sur les prescriptions, orientées vers les produits les plus rentables plutôt que les plus adaptés aux patients. Associée à une libéralisation des prix, cette évolution pourrait alourdir les dépenses de santé des ménages et accentuer les inégalités d'accès aux soins.

Enfin, le RMDDS critique le diagnostic économique du Conseil de la concurrence, estimant qu'il se focalise à tort sur les marges des pharmaciens tout en négligeant les véritables facteurs de cherté des médicaments, dont les prix peuvent être plusieurs fois supérieurs à ceux pratiqués dans les pays de production. Le réseau appelle ainsi à une réforme «radicale et équitable», demandant le retrait des propositions visant à privatiser le capital des pharmacies ou à libéraliser les prix d'une manière susceptible de compromettre le droit à la santé.

Source : Communiqué de la RMDDS

La maladie du sommeil : l'EMA autorise un traitement en dose unique



Le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a rendu un avis positif pour l'acoziborole Winthrop, un traitement oral à dose unique destiné à la forme gambiense de la maladie du sommeil, la plus répandue. Ce médicament peut être administré aux adultes et aux adolescents de plus de 12 ans pesant au moins 40 kg, quel que soit le stade de la maladie. Cet avis constitue une étape réglementaire majeure, car il s'inscrit dans une procédure accélérée réservée aux traitements prioritaires destinés à des pays hors Union européenne confrontés à des besoins médicaux non satisfaits. Il devrait faciliter son autorisation dans des pays endémiques comme la République démocratique du Congo et permettre une mise à jour des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, ouvrant la voie à un élargissement de l'accès en Afrique centrale et de l'Ouest.

L'acoziborole représente une avancée thérapeutique importante par rapport aux traitements actuels. Jusqu'à présent, les options disponibles nécessitaient soit dix jours de traitement oral, soit des protocoles plus lourds associant perfusions et médicaments oraux pour les formes avancées. La possibilité d'un traitement en une seule prise de trois comprimés simplifie considérablement la prise en charge, notamment dans des zones rurales où l'accès aux structures de soins est limité.

La trypanosomiasse humaine africaine, transmise par la mouche tsé-tsé, est presque toujours mortelle en l'absence de traitement. Les premiers symptômes sont peu spécifiques (fièvre, céphalées), mais la maladie évolue vers une atteinte neurologique grave lorsque le parasite franchit la barrière hémato-encéphalique, entraînant troubles du comportement, convulsions, altérations

cognitives, troubles du sommeil et, finalement, le décès. L'arrivée d'un traitement simple et sûr constitue donc un levier essentiel pour améliorer le traitement précoce de cette maladie.

Le développement de l'acoziborole est le fruit d'une collaboration entre l'initiative Drugs for Neglected Diseases (DNDi) et Sanofi. Une étude menée en République démocratique du Congo et en Guinée a montré des taux de succès pouvant atteindre 96 % à 18 mois, avec un profil de sécurité favorable. Les données ont été publiées dans une revue médicale de référence et ont soutenu l'avis positif du CHMP. Les chercheurs africains ont joué un rôle central dans ces travaux, menés dans des régions reculées, illustrant l'importance d'une recherche clinique ancrée dans les pays concernés.

L'évolution des traitements de la maladie du sommeil au cours des vingt dernières années est remarquable. À la fin des années 1990, près de 40 000 cas étaient signalés chaque année, avec environ 300 000 cas non diagnostiqués, et les formes avancées n'étaient traitées que par des dérivés arsenicaux toxiques. L'introduction de la combinaison nifurtimox-eflornithine en 2009 puis du premier traitement oral, le fexinidazole, en 2018, a progressivement amélioré la prise en charge. En 2024, moins de 600 cas ont été rapportés, soit une baisse de 98 % depuis 2001.

Sanofi s'est engagé à fournir gratuitement l'acoziborole via l'OMS, ce qui facilitera son déploiement dans les pays endémiques. Une étude est également en cours pour évaluer son utilisation chez les enfants de 1 à 14 ans. Si les autorisations nationales sont obtenues et les recommandations actualisées, ce traitement à dose unique pourrait devenir un outil déterminant pour atteindre l'objectif d'élimination de la maladie du sommeil d'ici 2030.

Source : boursier.com

L'EMA donne son feu vert au Vaccin combiné COVID-grippe

L'Agence européenne des médicaments (EMA) a émis un avis favorable pour l'autorisation de mise sur le marché de mCombrax, un vaccin combiné à ARN messager ciblant à la fois la COVID-19 et la grippe saisonnière, développé par Moderna et destiné aux personnes âgées de 50 ans et plus. Il s'agit du premier vaccin de ce type recommandé en Europe. La décision finale revient désormais à la Commission européenne, qui devra statuer sur une autorisation valable dans l'ensemble de l'Union européenne.

Cette recommandation intervient dans un contexte épidémiologique marqué par une forte diminution de la mortalité liée à la COVID-19 en Europe, passée d'un pic supérieur à 42 000 décès hebdomadaires en janvier 2021 à moins de 100 par semaine depuis février 2025. Néanmoins, la charge globale de la maladie reste importante avec près de 282 millions de cas cumulés.

Parallèlement, la grippe saisonnière continue de représenter un enjeu majeur de santé publique dans l'Espace économique européen, avec jusqu'à 50 millions de cas symptomatiques chaque année et entre 15 000 et 70 000 décès.

Si la majorité des infections grippales et des cas de COVID-19 sont bénins à modérés, les formes graves concernent principalement les sujets âgés et les personnes immunodéprimées. La co-infection par le SARS-CoV-2 et le virus grippal est associée à un risque accru de complications, ce qui renforce l'intérêt d'une stratégie vaccinale combinée.

mCombriax contient de l'ARNm codant des éléments de la protéine Spike du SARS-CoV-2 ainsi que les glycoprotéines d'hémagglutinine des virus grippaux saisonniers A (H1N1 et H3N2) et B (lignée Victoria). L'objectif est de permettre une protection simultanée contre les deux infections à l'aide d'une seule injection.

L'avis de l'EMA repose sur un essai clinique de phase 3 randomisé ayant inclus 8 015 participants âgés de 50 ans et plus. Les sujets ont reçu soit mCombriax associé à un placebo, soit les vaccins standards contre la grippe et la COVID-19 administrés de manière concomitante. Vingt-neuf jours après la vaccination, les niveaux d'anticorps dirigés contre les souches grippales et contre le SARS-CoV-2 chez les participants vaccinés par mCombriax se sont révélés statistiquement non inférieurs à ceux observés avec la coadministration des vaccins de référence. L'étude a également montré des réponses immunitaires plus élevées avec le vaccin combiné.

Sur le plan de la tolérance, aucun signal de sécurité majeur n'a été identifié. Les effets indésirables ont été légèrement plus fréquents et plus intenses dans le groupe mCombriax, mais sont restés majoritairement légers à modérés et de courte durée. Les réactions les plus courantes comprenaient douleur au point d'injection, fatigue, myalgies, céphalées, arthralgies, frissons, adénopathies, nausées, vomissements et fièvre.

Le vaccin sera disponible sous forme de dispersion injectable en seringue préremplie et devra être utilisé conformément aux recommandations officielles. Les modalités détaillées d'utilisation seront publiées dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) après la décision de la Commission européenne.

L'arrivée d'un vaccin combiné pourrait simplifier les campagnes vaccinales, améliorer la couverture chez les populations à risque et optimiser l'organisation des programmes de prévention hivernale en réduisant le nombre d'injections nécessaires.

Source : Medscape



Polyarthrite rhumatoïde au Maroc : combien coûte réellement la maladie et que change l'innovation thérapeutique ?

Par Hanae ZARRIK, Docteur en Sciences
des médicaments et Pharmacoeconomie

2 mars 2026

Invisible pour beaucoup, la polyarthrite rhumatoïde (PR) est pourtant l'une des maladies chroniques les plus lourdes à porter, humainement et économiquement. Douleur persistante, perte d'autonomie, désinsertion professionnelle, rupture sociale : au-delà des articulations, la PR bouleverse toute la trajectoire de vie des patients. Jusqu'à récemment, ce fardeau restait largement méconnu au Maroc, faute de données nationales robustes. C'est précisément ce vide que vient combler l'étude ECORAM, premier travail marocain à mesurer, de manière prospective et exhaustive, le coût réel de la PR et l'impact de l'innovation thérapeutique sur la qualité de vie des patients.

Une première nationale fondée sur la réalité du terrain

Menée auprès de 110 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et traités par biothérapies dans les services de rhumatologie de l'hôpital El Ayachi à Salé, l'étude ECORAM repose sur un suivi en face-à-face, sur un an. Elle adopte une perspective sociétale, intégrant le point de vue des patients, des payeurs (RAMED, assurances maladie) et des organismes gestionnaires, tout en évaluant l'impact des biothérapies sur la qualité de vie à l'aide d'outils validés (EQ-5D et EQ-VAS).

Il s'agit du premier travail au Maroc combinant collecte prospective des coûts directs, analyse des coûts indirects et description des coûts intangibles, avec un suivi longitudinal de la qualité de vie sous innovation thérapeutique.

Un fardeau économique lourd pour les patients et le système

Les résultats sont sans équivoque. Le coût direct annuel moyen de la PR sous biothérapie atteint 7 659 dollars (Environ 70 000 MAD) par patient, avec des valeurs allant de 1 889 (Environ 17 000 MAD) à 29 158 dollars (Environ 266.700 MAD). Les coûts médicaux représentent 98 % de ce total, dominés par les biothérapies, qui concentrent 67 % des dépenses (4 945 dollars par an / Environ 45 240 MAD), suivies par l'hospitalisation (12 %).

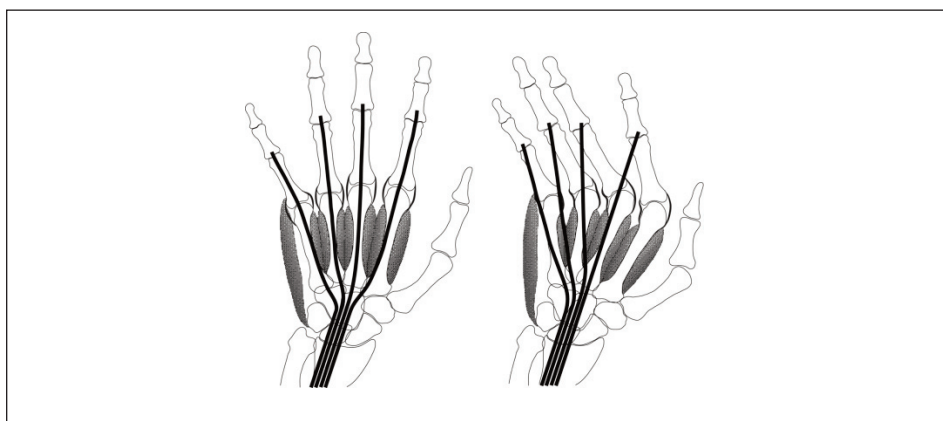
Le financement de ces coûts révèle une forte dépendance au système public : le RAMED prend en charge 47 % des dépenses, les organismes d'assurance maladie 39 %, tandis que le reste à charge du patient atteint 1 048 dollars par an (Environ 9 600 MAD). Pour une population majoritairement vulnérable - plus de 80 % des patients vivent avec un revenu mensuel inférieur à 250 dollars (Environ 2 300 MAD)-, cette charge représente près d'un tiers du revenu annuel du ménage.

Coûts indirects et intangibles : la face cachée de la maladie

Au-delà des dépenses médicales, la PR entraîne une perte de productivité majeure. Chez les patients ayant perdu totalement ou partiellement leur salaire, le coût indirect annuel moyen atteint 2 338 dollars (21 400 MAD).

La dépendance fonctionnelle est également marquée : 77 % des patients nécessitent l'aide d'une tierce personne, le plus souvent assurée par la famille.

Plus encore, l'étude met en lumière des coûts intangibles rarement documentés. Douze femmes ont déclaré avoir divorcé à cause de la maladie, et vingt-sept sont restées célibataires jusqu'à la ménopause pour la même raison. Près de 70 % des patients ont dû renoncer aux activités sportives et de loisirs, avec un impact direct sur le bien-être psychologique et l'insertion sociale.



L'innovation thérapeutique améliore significativement la qualité de vie

Malgré ce fardeau, ECORAM apporte un message central : les biothérapies transforment réellement la vie des patients. Après 12 mois de traitement, le score EQ-5D est passé de 0,32 à 0,71, et le score EQ-VAS de 45 à 59 sur 100, avec des améliorations significatives dans toutes les dimensions : mobilité, autonomie, activités quotidiennes, douleur et anxiété-dépression. Ces résultats confirment que l'innovation thérapeutique génère une valeur clinique et humaine tangible.

Une thèse reconnue au-delà des frontières

Soutenue publiquement le vendredi 13 février 2026 devant un jury académique de renom, la thèse ECORAM a donné lieu à plusieurs publications nationales et internationales. Elle a été distinguée par un prix « Top 5 % Poster » au congrès ISPOR aux États-Unis, suscitant un vif intérêt de la communauté internationale en Health Economics and Outcomes Research (HEOR).

Recommandations

Connaître le coût direct d'une pathologie et mesurer son impact budgétaire restent une étape indispensable pour tout système de santé : cela permet d'anticiper les dépenses, de planifier les ressources et d'assurer la soutenabilité financière. L'étude ECORAM montre toutefois que cette lecture, bien que nécessaire, n'est pas suffisante.

Ses enseignements sont applicables à l'ensemble des pathologies chroniques et lourdes et plaident pour une évolution vers une approche fondée sur la valeur des traitements. La souffrance du patient, la perte d'autonomie, la dépendance, la rupture sociale ou l'impact psychologique ne peuvent être pleinement appréhendés par des indicateurs chiffrés seuls. ECORAM démontre que l'innovation thérapeutique crée une valeur qui dépasse le coût, en améliorant la qualité de vie, la dignité et la participation sociale.

Dans le contexte marocain de généralisation de l'AMO et de la couverture sanitaire universelle, l'intégration des études fondées sur la valeur (Value-Based Healthcare), incluant la qualité de vie, les coûts indirects et les dimensions humaines non monétisables, apparaît essentielle pour des décisions plus justes, plus équitables et plus soutenables.

Réduire la décision en santé à ce qui est mesurable revient à ignorer l'essentiel : ce qui est vécu.

« En santé, tout ce qui devrait être compté ne l'est pas forcément, et tout ce qui se compte ne suffit guère pour prendre la bonne décision. »

Abstract :

Rheumatoid arthritis (RA) remains largely underestimated in Morocco despite its profound human and economic burden. The ECORAM study, the first national prospective cost-of-illness analysis, assessed direct, indirect, and intangible costs alongside quality of life outcomes in 110 patients treated with biologics. Results revealed high annual direct costs (USD 7,659 per patient), substantial productivity losses, and significant social and psychological impacts, particularly among socioeconomically vulnerable populations. Biologic therapies, while representing the main cost driver, produced marked improvements in EQ-5D and EQ-VAS scores after 12 months, demonstrating clear clinical and human value. These findings support a shift toward value-based healthcare in Morocco, integrating quality of life and societal impact into resource allocation decisions.

Le système de santé au Maroc - Du plaidoyer à la réforme

Un ouvrage de référence pour penser la transformation sanitaire

Le Professeur Youssef El Fakir, radiologue, expert en téléradiologie et chercheur en politiques de santé, publie un nouvel ouvrage majeur intitulé : *“Le système de santé au Maroc - Du plaidoyer à la réforme.”*

Cinq ans après son premier livre consacré à la nécessité de réformer le secteur sanitaire, l'auteur propose ici une analyse approfondie des avancées réalisées depuis la généralisation de la protection sociale lancée en 2020, tout en mettant en lumière les défis structurels qui persistent.

L'ouvrage dresse un diagnostic lucide : malgré des réformes législatives importantes, notamment la création juridique de la Haute autorité de santé en 2022, l'absence d'une régulation indépendante effective, les déséquilibres territoriaux, la fragmentation des pratiques cliniques, le déficit de certification des établissements et l'opacité tarifaire continuent de freiner la transformation du système. Entre ambitions politiques et réalités du terrain, un écart demeure.

Au-delà du constat, le livre se distingue par la formulation de solutions concrètes et opérationnelles. Il plaide pour le développement de partenariats public-privé dans les plateaux techniques, l'essor de la télémédecine comme réponse durable aux déserts médicaux, la mise en place d'une gouvernance sanitaire territoriale inclusive intégrant pleinement le secteur privé, ainsi que la création d'une autorité dédiée à la santé numérique.



Structuré en huit parties, l'ouvrage aborde successivement l'état des lieux du système, ses faiblesses structurelles, les angles morts de la réforme, le rôle central attendu de la Haute autorité de santé, les synergies possibles entre innovation technologique et organisationnelle, et la nécessité d'une transformation systémique à la hauteur des enjeux.

Fidèle à la Vision Royale visant un accès équitable aux soins pour tous les citoyens, ce livre constitue une contribution essentielle au débat national. Il s'adresse aux décideurs, aux professionnels de santé, aux chercheurs et à tous ceux qui souhaitent comprendre les leviers d'une réforme réussie.

Par son double regard de clinicien et d'analyste des politiques publiques, le Pr Youssef El Fakir propose une feuille de route ambitieuse et réaliste pour bâtir un système de santé plus juste, plus efficient et tourné vers l'avenir.

Coup de coeur de notre rédaction



حجايات الروماتيزم برنامج تربية صحية

“Hajayate arhumatisme”

Il s’agit de capsules de sensibilisation en arabe dialectal, réalisées par la Société Marocaine de Rhumatologie.

Ces capsules, riches en enseignements, constituent un outil précieux pour les patients, particulièrement dans un contexte où les fausses informations peuvent semer la confusion et l’inquiétude.

Un grand bravo pour cette belle initiative!

Lien à partager sans modération :

<https://public.smr.ma/hejayat/?playlist=1ef1817&video=d1f5344>

DATES À RETENIR

Sous le haut patronage de
Monsieur Emmanuel MACRON
Président de la République



MEDINTECHS

L'INNOVATION & L'HUMAIN AU CŒUR DE NOTRE SANTÉ

+Pharmagora Plus

14 - 15 mars 2026 • Paris, Porte de Versailles

Le rendez-vous incontournable de la Pharmacie

fip **MONTREAL 2026**
FIP WORLD CONGRESS
30 August - 2 September

montreal2026.fip.org

**84th FIP World Congress
of Pharmacy and
Pharmaceutical Sciences**