



LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

GENÈVE 18 mai 2014

SYNTHÈSE DES RENCONTRES

organisées par les Entreprises du Médicament (Leem)
avec les délégations des pays francophones
en partenariat avec l'Organisation Internationale de la Francophonie

PARTAGER

LES RESPONSABILITÉS CONCERTER ET GLOBALISER LES ACTIONS



Philippe LAMOUREUX
Directeur général des Entreprises du Médicament
Leem, FRANCE



Je voudrais vous remercier d'avoir répondu si nombreux à l'invitation du Leem et de l'Organisation internationale de la Francophonie pour ces Rencontres organisées comme chaque année avec le concours précieux de Son Excellence, M. Ridha Bouabid, ambassadeur et représentant permanent de l'OIF auprès des Nations Unies à Genève, que je tiens une fois de plus à remercier de son engagement et de son soutien. Nous avons souhaité cette année mettre le projecteur sur la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT). Maladies cardiovasculaires, pneumopathies chroniques, diabète, cancers... sont aujourd'hui la principale cause de mortalité à l'échelle mondiale. Contrairement à une opinion largement répandue, elles frappent prioritairement les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Et ce sont souvent les populations les plus pauvres qui en sont les premières victimes, du fait de leur exposition aux grands facteurs de risques comportementaux omniprésents dans la transition économique, l'urbanisation rapide et l'évolution des modes de vie (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation). Il en résulte ce que l'OMS qualifie de « cercle vicieux » : la pauvreté les expose à des facteurs de risques comportementaux pour les MNT et, à leur tour, les MNT déclenchent une spirale descendante accablant les familles à la pauvreté.

C'est pourquoi l'ordre du jour de la 67^e Assemblée mondiale de la Santé, qui ouvrira ses travaux demain, prévoit que soit évoqué le bilan du plan d'action pour la stratégie mondiale de lutte contre les MNT. C'est dire toute l'actualité du sujet qui nous réunit. En effet ces maladies sont dans une large mesure évitables : jusqu'à 80% des cardiopathies, des AVC et du diabète de type 2, et plus d'un tiers des cancers pourraient l'être par l'élimination des facteurs de risque. Si rien n'est fait, l'OMS estime que les décès dus aux MNT augmenteront de 17% dans le monde et qu'ils toucheront particulièrement la région africaine (+27%) et la Méditerranée orientale (+25%). **En amont de la prise en charge médicale, et notamment médicamenteuse, il y a là des enjeux de prévention**

qui impliquent le déploiement de politiques de santé publique au sens le plus large du terme : éducation à la santé, prévention, sensibilisation aux fondamentaux d'une bonne hygiène de vie mais aussi encadrement sanitaire optimisé pour une détection et un traitement précoces des maladies. C'est donc dans cette vision holistique, globale, que nous aborderons cette grave problématique impliquant les institutions politiques et sanitaires au niveau régional, le tissu associatif et médical, et les grandes organisations internationales. Et c'est l'honneur de nos pays, l'honneur de nos entreprises, que de travailler à mutualiser nos expériences et nos savoirs au service des populations qui, partout dans le monde, aspirent à vivre plus longtemps et en meilleure santé. **La lutte contre les MNT procède d'une responsabilité partagée** : c'est sur ce postulat qu'est bâtie la table ronde de cette année et c'est à la journaliste **Catherine Fiankan-Bokonga** qu'il revient d'animer ces échanges. Nous aurons le plaisir de recevoir le **Pr Louis Loutan**, du service de Médecine internationale et humanitaire aux Hôpitaux universitaires de Genève et président du Geneva Health Forum, qui nous exposera un panorama général des MNT dans le monde. Nous écouterons ensuite **Aléna Matzke**, coordinatrice des plaidoyers de NCD Alliance, qui milite pour une meilleure prise en compte des MNT dans les politiques de santé au niveau mondial, et qui nous parlera du rôle des ONG dans les synergies que j'évoquais, notamment dans le domaine de la prévention et de l'éducation.

**C'EST L'HONNEUR
DE NOS PAYS, DE
NOS ENTREPRISES,
DE MUTUALISER
NOS SAVOIRS...
DANS UNE VOLONTÉ
POLITIQUE QUI
MOBILISE TOUTES
LES ÉNERGIES**

Ces synergies sont aussi à l'œuvre au niveau industriel, et il reviendra à mon collègue et ami, le **Dr Robert Sebbag**, vice-président Accès au médicament de Sanofi, de nous exposer les défis scientifiques et les enjeux sociétaux auxquels doit répondre l'industrie. Nous ouvrirons ensuite un volet très important de cette table ronde avec les **témoignages de personnalités politiques de tout premier plan**. La prise en charge des MNT passe en premier lieu par la définition de plans nationaux et la mise en place de systèmes d'assurance maladie. Le **Dr Roger Kolo**, Premier ministre de la République de Madagascar, nous fera le grand honneur d'intervenir et son message sera d'autant plus écouté que cette haute personnalité publique cumule deux responsabilités : chef du gouvernement malgache, il dirige aussi le ministère de la Santé. C'est à ma connaissance un cas de figure inédit dans la vie des institutions démocratiques. Cela veut bien dire que la santé se trouve au cœur des politiques publiques et des préoccupations de la cité. Nous accueillerons ensuite avec beaucoup de plaisir le **Pr El**

Houssaine Louardi, ministre de la Santé du Maroc qui a mis en place en 2012 un très ambitieux régime de protection sociale qui doit permettre à 8,5 millions de citoyens, soit près d'un tiers de la population, d'accéder à une couverture médicale en dépit des contraintes budgétaires. Cet exemple trouve une résonance avec des initiatives prises ailleurs en Afrique et nous écouterons avec intérêt le **Dr Raymonde Goudou Coffie**, ministre de la Santé et de la lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, nous parler d'un chantier lui aussi très ambitieux, qui doit aboutir, d'ici le début 2015, à la couverture maladie universelle. Le **Dr Cécile Macé**, Conseiller technique Politique, accès et usage des médicaments à l'Organisation mondiale de la santé, au sein du département des médicaments essentiels et produits

de santé, détaillera ensuite le programme de l'OMS pour favoriser l'accès des populations aux médicaments. Je souligne que l'action de l'OMS, au côté des États, pour garantir la dispensation de médicaments de qualité dans des réseaux sécurisés, est pleinement soutenue par les entreprises du médicament. Nous concluons en nous intéressant à l'apport des partenariats public/privé dans cette lutte, avec l'intervention de **M. Hamadoun I. Touré**, secrétaire général de l'Union Internationale des Télécommunications, qui nous parlera du partenariat entre son organisation, l'UIT, et la Fédération internationale de l'industrie pharmaceutique (IFPMA) autour du projet Mobile Health. Cela nous permettra de découvrir le fantastique potentiel des technologies de télécommunication face aux défis de l'accès aux soins dans des pays marqués par des contraintes géographiques, topographiques, démographiques, souvent considérées comme insurmontables. Les témoignages qui émailleront cette table ronde soulèveront à n'en pas douter questions et commentaires, et nous ménagerons un temps d'échange et de débat. Enfin nous accueillerons, comme c'est la tradition, la remise du Prix de la pharmacie francophone par le **Pr Jean-Pierre Foucher**, président de l'Académie française de pharmacie. Ce prix témoigne pleinement de l'engagement des pharmaciens dans le développement de nouvelles solutions thérapeutiques. Je vous remercie, et je cède la parole à Son Excellence, M. Ridha Bouabid. ▶▶



Son Excellence Ridha BOUABID
Ambassadeur et observateur permanent
de l'Organisation internationale de la Francophonie
auprès des **NATIONS UNIES** à Genève



Permettez-moi en premier lieu de vous transmettre les chaleureuses et fraternelles salutations du Secrétaire général de la Francophonie, le président Abdou Diouf, et son plaisir de

voir aujourd'hui et pour la neuvième fois se réunir en marge de l'assemblée générale de l'OMS les décideurs francophones en matière de santé.

La Francophonie a développé un message fort sur l'importance d'une bonne gouvernance des systèmes de santé et l'accès aux médicaments et aux soins de qualité pour tous depuis la résolution adoptée à l'occasion du 13^e sommet de la Francophonie à Montreux en 2010 par les chefs d'État et de gouvernement des pays francophones, résolution portant sur le renforcement de la coopération entre les États pour lutter contre les faux médicaments et les produits médicaux falsifiés.

Mais d'autres thèmes sont primordiaux pour les pays francophones, et celui des maladies non transmissibles en est un bon exemple. Ces maladies tuent chaque année plus de 36 millions de personnes et l'on ignore généralement que 80% des décès dus à ces maladies se produisent dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Les projections actuelles montrent que l'Afrique devrait enregistrer d'ici 2020 la plus forte augmentation du nombre des décès dus aux maladies non transmissibles, dépassant ainsi le nombre cumulé des décès dus aux maladies transmissibles, aux maladies nutritionnelles, et à la mortalité maternelle et périnatale. D'ici 2030, ces maladies non transmissibles deviendront sur le continent africain la cause la plus courante de mortalité.

Par ailleurs, maladies de longue durée, elles requièrent généralement des traitements conséquents qui pèsent lourdement sur les ressources financières des États modestes, mais aussi sur le revenu des familles concernées. Il s'agit donc d'un véritable enjeu de développement, et non seulement d'un enjeu de santé publique.

Alors que nous sommes désormais à un an et demi du terme fixé pour les Objectifs du millénaire pour le développement, mais également du lancement d'une deuxième génération d'Objectifs pour le développement, il semble pri-



Lancement des Rencontres 2014 devant plus de 200 participants

**D'ICI 2030,
LES MALADIES NON
TRANSMISSIBLES
DEVIENDRONT
LA CAUSE
DE MORTALITÉ
LA PLUS COURANTE
SUR LE CONTINENT
AFRICAIN**

mordial de renforcer la collaboration internationale sur ce sujet.

En réunissant aujourd'hui plusieurs acteurs clés de la santé, tant du secteur public que privé, dont de hauts responsables gouvernementaux de divers pays membres ou observateurs de la Francophonie, ainsi que les représentants des institutions internationales impliquées dans le financement de la santé, nous espérons nourrir la dynamique francophone d'échange d'informations et de bonnes pratiques.

Cette dynamique d'échange est en effet au cœur de l'action de l'Organisation internationale de la Francophonie, et nous souhaitons, partout où cela est possible, lui apporter un soutien autant moral que concret. L'OIF se veut un partenaire et une plateforme au service de ses pays membres, sur tous les sujets d'intérêt pour eux, y compris sur ceux pour lesquels l'Organisation n'a pas de mandat spécifique, mais dont l'impact en termes de développement est tout à fait essentiel. C'est le cas ici, pour la question des maladies non transmissibles et c'est pourquoi l'OIF, tant au niveau du siège à Paris qu'ici à Genève, mobilisera et continuera de mobiliser les acteurs francophones autour de ce sujet. Je souhaite donc plein succès à nos travaux et vous remercie de votre attention. ▶▶

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

Mes impressions sur ces Rencontres sont positives, et positives dans une courbe constante et ascendante. Je crois que nous avons tous remarqué qu'il y a de plus en plus d'affluence, qu'il y a de plus en plus de professionnels du secteur, qu'il y a de plus en plus de responsables politiques et à un niveau sans cesse plus haut : nous avons quand même bénéficié cette année de la présence de deux Premiers ministres. C'est un beau message ! Ma grande satisfaction, au fil de ces Rencontres, c'est qu'elles constituent une réponse à un vrai besoin. Ce ne sont pas des rencontres pour des rencontres, ce ne sont pas des mondanités, c'est une table autour de laquelle se retrouvent des décideurs politiques confrontés à des problèmes sérieux, et qui cherchent à travers ces échanges et ces débats des éléments de solutions, des éléments de réponses et, en tout cas, la pratique de leurs homologues dans d'autres pays, dans d'autres contextes, par rapport aux solutions, ou aux débuts de solutions qu'ils ont trouvées à ces problèmes-là. Et c'est ce qui fait la différence entre une rencontre qui a une raison d'être et qui est utile — et une rencontre qui serait une échéance non contournable parce que l'on est dans un calendrier, à la veille de l'Assemblée, et que cela ne fait pas très bon effet de ne pas faire se rencontrer des gens. Moi c'est cela qui m'intéresse, et c'est parce que c'est utile, parce que cela répond à un vrai besoin, que nous avons cette affluence toujours plus grande et que nous avons de plus en plus de participations politiques au plus haut niveau.

C'est mon constat cette année, et je suis sûr que nous ferons au moins autant l'année prochaine. ▶▶

GÉRER

UNE NOUVELLE PRIORITÉ POUR LES POLITIQUES DE SANTÉ



Professeur Louis LOUTAN
Chef de service, Médecine Internationale et Humanitaire des Hôpitaux Universitaires
de Genève, Président du Geneva Health Forum SUISSE



C'est un honneur de me retrouver aujourd'hui parmi vous, pour un tour d'horizon rapide, macro dans un premier temps, puis un peu plus micro, pour illustrer les multiples difficultés auxquelles le monde va être confronté, le Nord comme le Sud, l'Est comme l'Ouest, avec le problème des MNT. Un des facteurs est la diminution de la fertilité, qu'il y ait eu une politique de l'enfant unique comme en Chine ou qu'elle ait été laissée complètement libre. En Afrique, elle est encore de l'ordre de 5 à 6 enfants, mais d'ici 2050, elle sera autour de 2 et de 1 à 2 dans le reste du monde. C'est une tendance générale : accès à la contraception, activités professionnelles des femmes, coût des enfants lié à l'urbanisation en particulier...

Deuxième point, avec la diminution de la mortalité grâce à l'accès aux soins et à un niveau de vie qui s'améliore dans le monde en général, la population vieillit. Dans les pays avancés, on a déjà un taux des plus de 60 ans supérieur aux 12-24 ans, mais la courbe s'accélère dans les pays en développement. D'ici 30 ans, ce cap sera passé dans la plupart des pays. On prédit qu'en 2050, sur 9 milliards d'habitants, 2 milliards auront plus de 60 ans. Or, avec l'âge, il y a beaucoup plus de risques d'hypertension, de rhumatisme, de diabète ou de cancer. Depuis 2007, la moitié de la population mondiale vit dans des villes, une concentration absolument énorme, pour l'essentiel dans des villes de l'ordre de 500 000 habitants. En Afrique, l'urbanisation est en cours, avec une population extrêmement dense et un changement massif du mode de vie. Plus le temps de faire votre cuisine, des heures à traverser une ville ; vous devez manger rapidement, de la nourriture hautement calorique, salée, sucrée, pimentée. Ce que l'on peut appeler malbouffe devient presque une nécessité dans un contexte d'urbanisation rapide, se combine avec le manque d'activité physique. Tout le monde s'engouffre dans les escaliers roulants, personne ne marche. Qu'y faire? Lors du dernier Geneva Health Forum, un architecte de New York proposait de ralentir la vitesse des escalators. «Si en montant à pied vous arrivez avant, on va recommencer à marcher.» Beaucoup de solutions innovantes devront être appliquées. Dernier point : la connexion mondiale. Ces petits instruments que nous avons tous dans la poche changent la vie des gens, pas simplement parce qu'ils peuvent communiquer entre eux, mais parce qu'Internet apporte une vision différente du monde. Les aspirations changent drastiquement.

Les 36 millions de décès dus aux MNT correspondent aux 2/3 de l'ensemble des décès annuels dans le monde, dont 9 millions avant 60 ans, donc beaucoup trop précoces, essentiellement dans les pays à revenus faibles ou moyens. D'où l'engagement lors de la dernière session de l'Assemblée générale d'un plan d'action global pour la prévention et le contrôle des MNT. Selon le World Economic Forum et l'École de santé

publique d'Harvard, on estime leur coût à 47 trillions de \$ sur les vingt prochaines années. Ces chiffres gigantesques montrent le poids de ces maladies, incluant aussi les maladies mentales, souvent plus difficiles à identifier. Dans les pays avancés économiquement, les maladies chroniques sont la cause principale de décès. Dans les pays niveau à économique moyen et faible, les MNT jouent aussi un rôle majeur, avec le double poids des maladies infectieuses et des maladies chroniques. **Dans la période de transition épidémiologique que nous vivons, le diabète va doubler en vingt ans dans les pays africains, pas-**

sant de 12 à 24 millions. L'objectif est d'éviter que des patients se retrouvent hospitalisés pour des complications et n'arrivent plus à mener une vie normale. Si l'on découvre une hypertension ou un diabète, on part sur le moyen, mais surtout le long terme, personne n'ayant prévu dans le budget de dépenser tout cet argent pour les médicaments. Malheureusement, dans beaucoup de pays, le système public ne couvre pas la totalité de la population. L'OMS considère que près de 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté à cause des frais médicaux. La plupart des malades chroniques ont deux, trois, quatre affections. Ainsi, le diabète a un effet neurologique qui peut donner des polyneuropathies, une perte de sensibilité : une blessure va s'infecter, se gangréner, on peut être amené à amputer. Tout cet aménagement du quotidien pour éviter les complications au niveau des pieds et des yeux pour ne pas devenir aveugle bouleverse totalement la vie. Il faut régulièrement mesurer son glucose, avoir le matériel, les bandelettes... À l'heure actuelle, la technologie, quand on y a accès, permet de faire tout directement sur son portable, avec statistique envoyée au médecin. Outre la complexité au niveau clinique, il y a la dimension psychologique : quand on vous diagnostique une maladie chronique, votre vie bascule complètement. **J'en viens aux systèmes de santé. Que ce soit au fin fond de la Tanzanie, au Cameroun, à Paris ou à Genève, tout le monde a été formé à s'occuper des urgences, à sauver des vies, et beaucoup moins à gérer une maladie sur la distance.** Nous sommes obligés de réformer les institutions à tous les niveaux de la filière pour pouvoir, petit à petit, diagnostiquer très tôt, intégrer la prévention, c'est essentiel. Si vous parlez de prévention aux jeunes, ils ne vous écoutent pas, même si vous faites passer vos messages sur Facebook. Les plus de 40 ans qui commencent à avoir des palpitations, s'aperçoivent tout à coup que cela pourrait être cardiaque... et deviennent réceptifs ! **Une fiche d'évaluation** extrêmement intéressante, RAPIA*, montre les points à prendre en charge par les ministères de la Santé :

**À LA DIFFÉRENCE
DES MALADIES
QUI NE TOUCHAIENT
QUE LE SUD, LES MNT
SONT L'OCCASION
DE PARTAGER
EXPÉRIENCES ET
COMPÉTENCES À
TOUS LES NIVEAUX**

- l'accès aux médicaments, géographiquement mais aussi à un prix abordable et de qualité (problème des contrefaçons)
- l'engagement communautaire et les associations pour soutenir les patients et jouer un rôle dans l'éducation
- l'éducation, la responsabilisation des patients : il ne suffit pas d'une brochure ou d'une semaine de formation : c'est à répéter sur la distance
- la formation des professionnels de santé, des infirmières (dont on oublie trop souvent le rôle clé, surtout dans les MNT) aux médecins, aux spécialistes
- des centres de soins
- une politique de santé active et efficace
- des mesures de prévention (alimentation saine, bouger, lutte contre le tabagisme...)
- les moyens diagnostics
- l'adhésion au traitement.

Nous avons une chance dans notre malheur. À la différence des maladies tropicales ou exotiques qui ne touchaient que le Sud, les MNT posent un problème mondial. C'est l'occasion d'essayer de partager les expériences et les compétences à tous les niveaux. Les technologies permettent ces contacts étroits entre patients, entre soignants, entre institutions, centres médicaux, hôpitaux pour développer des collaborations à distance. La télémédecine permet ainsi un diagnostic à distance avec un centre médical au Mali.

Les ministères de la Santé sont là pour s'occuper des patients, mais aussi des voies de développement du futur. ▶▶

* Protocole d'évaluation rapide pour l'accès à l'insuline, de David Beran et John Yudkin.



Aléna MATZKE
Coordinatrice des plaidoyers **NCD ALLIANCE**

FÉDÉRER

REMETTRE LES PATIENTS AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

LES ONG SUR LE TERRAIN



Je suis ravie de faire partie d'une telle assemblée et de contribuer à la discussion du point de vue des ONG. NCD Alliance a été fondée en 2009 et nous sommes gérés par cinq fédérations non gouvernementales qui représentent des fédérations travaillant dans la lutte contre le diabète, le cancer, les maladies pulmonaires, cardiovasculaires et aussi récemment les maladies mentales représentées par l'Alzheimer's Disease International. Nous sommes un réseau de 2 000 organisations dans 170 pays.

Nous sommes unis par la vision d'un monde libéré de la souffrance, du handicap et du décès évitable dû aux maladies non transmissibles.

La plupart de nos membres sont des ONG, mais aussi des associations professionnelles et universitaires, et le secteur privé.

Nous avons quatre fonctions générales :

- le plaidoyer à l'échelle globale et nationale
- le transfert de connaissance
- le soutien institutionnel
- le rassemblement de la société civile.

Le plaidoyer : NCD Alliance est un des acteurs majeurs qui a contribué au succès de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2011. Depuis cette réunion, nous avons travaillé et nous travaillons encore sur deux campagnes principales de suivi de la déclaration de 2011.

La première consiste à établir une architecture globale pour les MNT. L'objectif de notre deuxième campagne est d'inclure les MNT dans l'agenda de l'après 2015.

La première campagne porte donc sur l'établissement d'une architecture globale pour les MNT. Le premier pas a été la réunion de haut niveau ainsi que la déclaration politique de 2011. En 2012, nous avons vu l'adoption de la cible de 25 par 25, qui était à notre avis la vision pour tous les acteurs qui travaillent dans le domaine des MNT. En 2013, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le plan d'action mondial. Cette année verra probablement l'adoption des termes de référence du groupe de travail sur les MNT, le UN Task Force for NCDs et aussi le mécanisme de coordination globale.

Concernant la deuxième campagne, l'inclusion des MNT dans l'agenda de l'après 2015, le but est de les maintenir sur l'agenda politique puis d'augmenter les ressources pour ces maladies, via l'intégration des MNT aux plans nationaux pour l'aide au développement des Nations Unies, et aussi

l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux technologies essentielles. **Nous sommes très fiers de compter maintenant vingt-sept alliances nationales et régionales.** Comme l'architecture globale pour les MNT est désormais bien établie, l'objectif a changé et porte davantage sur le niveau national. Nous voyons les alliances nationales comme des véhicules pour transformer les ambitions politiques en actions concrètes.

Nos alliances nationales travaillent dans le domaine du plaidoyer, à donner leur soutien au développement des plans d'action nationaux ; elles sont membres

des commissions nationales multisectorielles.

Par exemple, dans les Caraïbes, des commissions nationales multisectorielles ont eu beaucoup de succès. Elles font aussi des témoignages parlementaires, mais le plus important est peut-être la prise de conscience de la population via des émissions de radio, des brochures, des événements. C'est ainsi qu'un événement sportif a été organisé pour le lancement de l'Alliance NCD de Zanzibar.

Elles font aussi de la prestation de service. Récemment, nous avons commencé à préparer des états des lieux sur les mesures en place pour lutter contre les MNT. Ces rapports sont destinés aux gouvernements mais aussi à la société civile et au secteur privé, pour montrer les lacunes dans la lutte contre

les MNT. Le premier rapport a été publié en avril par le Healthy Caribbean Coalition qui est une des alliances régionales dans les Caraïbes, plusieurs autres vont suivre, par exemple au Brésil et en Afrique du Sud.

La déclaration politique a bien souligné la responsabilité de tous les acteurs dans la lutte contre les MNT. C'est bien la vision de NCD Alliance de créer des synergies entre les gouvernements, les Nations Unies, la société civile ainsi que le secteur privé.

Pour conclure, les priorités de NCD Alliance pour cette année sont avant tout la revue des Nations Unies sur les MNT qui aura lieu en juillet. Ce sera la première fois depuis 2011 que tous les pays viendront à New York pour, ensemble, voir les progrès atteints à l'échelle globale et à l'échelle nationale et renforcer l'engagement politique pour faire avancer la réponse aux MNT à l'échelle nationale. Bien sûr, NCD Alliance va continuer de travailler sur l'agenda de l'après 2015 et aussi sur le système de couverture de santé universelle.

J'ai essayé de vous donner une idée assez complète de notre travail mais, pour plus d'informations, je vous invite à aller voir toutes nos publications sur notre site Web (www.ncdalliance.org). ▶▶

LE PLUS
IMPORTANT ?
LA PRISE
DE CONSCIENCE
DES POPULATIONS
VIA DES ÉMISSIONS,
DES BROCHURES,
DES ÉVÉNEMENTS
SPORTIFS...



Son Excellence Nakpa Polo, Ambassadrice du Togo.
Éric Baseilhac et Philippe Lamoureux (Leem) et Arthème Seleagodji Ahoomey Zunu, Premier ministre du Togo.
Michel Katz (Leem) • La ministre de la Santé de Côte d'Ivoire à la tribune.



Docteur Robert SEBBAG

Vice-Président Accès au Médicament SANOFI, FRANCE

INNOVER

L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ENTRE DÉFIS SCIENTIFIQUES ET ENJEUX SOCIÉTAUX



Je vais être un peu provocateur : il n'y a pas de maladies non transmissibles, il n'y a pas de maladies transmissibles, il y a des maladies. J'ai toujours très peur quand on coupe en tranches la santé publique, parce qu'on peut avoir la tuberculose et l'on sait qu'elle facilite le diabète, et que le diabète facilite la tuberculose. Donc, il faut être extrêmement prudent, parce que nous sommes dans un monde où l'on zappe très vite.

Il faut rendre à César ce qui est à César. Ce sont les maladies transmissibles, tuberculose, malaria — et en particulier le Sida —, qui ont ouvert la porte à cette prise de conscience des maladies non transmissibles. C'est vrai que la création du Fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme, la tuberculose, ensuite le lancement d'Unitaid, les actions de la Fondation Gates, les différentes lois sur le commerce international, sur les accords ADPIC (sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce)... ont entraîné cette prise de conscience des maladies transmissibles, avec de l'argent et des programmes.

Puis l'on s'est dit qu'il fallait faire attention, car il y a aussi des maladies non transmissibles. Il est vrai que les programmes verticaux qui peuvent être parfois extrêmement critiqués permettent aussi de faire des diagnostics de maladies non transmissibles. C'est pour cela que je tenais à revenir sur l'histoire, sur le fait qu'aujourd'hui on s'intéresse à la santé en général. Nous avons une modélisation sur les maladies transmissibles. Il nous faut l'adapter aux maladies non transmissibles.

Ensuite, je voulais parler du partenariat, parce que cela me paraît extrêmement important. Cette salle est vraiment l'exemple de ce que l'on peut appeler le partenariat idéal, réunissant la puissance publique, le public, le privé, les ONG, les associations internationales. Il y a les vilains moutons noirs de l'industrie pharmaceutique — en général, c'est ainsi que l'on nous traite. Mais je crois que nous sommes un partenaire obligatoire; pour traiter les maladies non transmissibles, il faut des médicaments. Bien sûr, cela pose un problème d'accessibilité.

Je voudrais évoquer GAVI, un partenariat exemplaire dans le domaine de la vaccination, entre la Fondation Gates, les gouvernements, les organisations internationales, les laboratoires privés et l'industrie privée. Et cela fonctionne. Nous voyons aujourd'hui d'une manière concrète des taux de couverture vaccinale qui ont nettement augmenté et nous pouvons arriver demain, j'espère, si nous continuons, à l'élimination d'un certain nombre de maladies.

Sur les maladies non transmissibles, l'industrie pharmaceutique a une double responsabilité. Il y a d'un côté l'innovation, mais l'innovation et la recherche, c'est demain. Aujourd'hui, c'est l'accès. Aujourd'hui, pour la plupart des maladies non transmissibles, nous avons des solutions. Elles ne sont pas parfaites, il faut les améliorer, mais nous avons des solutions. Donc, le problème de l'accès est extrêmement important. L'accès dépend de plusieurs choses. Il dépend bien sûr des circuits de distribution, mais il dépend surtout du prix. Cela signifie que dans la lutte contre les MNT, l'industrie pharmaceutique de recherche mène une

réflexion sur la facilité d'accès en termes économiques. Cela signifie que nous devons modifier ce modèle économique pour avoir accès à des anti-diabétiques, à des antihypertenseurs, à des produits en cancérologie... C'est vrai qu'il y a aujourd'hui un certain nombre de programmes pilotes sur des pays d'Afrique, sur des pays d'Asie, pour voir comment nous pouvons installer des politiques de prix différenciés en fonction des ressources des patients.

Je voudrais donner des exemples dont nous n'avons pas parlé, notamment tous les problèmes liés au système nerveux central, et en particulier à la santé mentale et à l'épilepsie, parents pauvres de la santé publique. On n'en parle pas, ou peu. Dans mon département, j'ai tenu à prendre en charge ces maladies, parce qu'il y a une similitude avec le Sida. Cette similitude, c'est la stigmatisation. Pendant une crise d'épilepsie, on se met à trembler, avec des mouvements désordonnés, de l'ordre de l'irrationnel et, dès lors, il peut y avoir exclusion.

Il en est de même pour la maladie mentale. Je ne parle pas de petite dépression, je parle de psychoses chroniques, de psychoses hallucinatoires où, là aussi, il y a quelque chose d'un peu surnaturel. Donc il existe des problèmes de sensibilité des autorités sanitaires. Il faut les convaincre de s'occuper de ces maladies. Ce n'est pas un problème de médicaments. Je suis content de voir le ministre de la Santé du Maroc, parce que les premiers programmes de santé mentale ont été menés chez lui, et depuis dans d'autres pays. Je disais tout à l'heure au Premier ministre de Madagascar que **le coût d'un malade épileptique est d'environ 2 euros par personne et par an.** Le problème est la prise de conscience, la formation du personnel de santé. Là aussi, nous en arrivons aux problèmes de ressources humaines.

Bien sûr, il faut des médicaments, il faut une recherche et l'industrie pharmaceutique a des centaines de produits en développement aujourd'hui. Mais elle a aussi un rôle d'information, d'éducation, et de communication. Le médicament seul ne suffit pas.

Je vous ai parlé de cette adaptation du modèle économique, elle est fondamentale si nous voulons un accès aux soins. Pour les maladies non transmissibles, il n'y a pas de Fonds mondial, il n'y a pas d'Unitaid, il n'y a pas de Fondation Gates, il n'y a pas d'Objectifs du Millénaire. Nous arrivons en 2015 à la fin des premiers objectifs, mais il y a un risque. Il ne faut pas dire que nous avons réglé le problème des maladies transmissibles et passer au problème suivant, il faut avoir une approche holistique des choses, une approche des maladies.

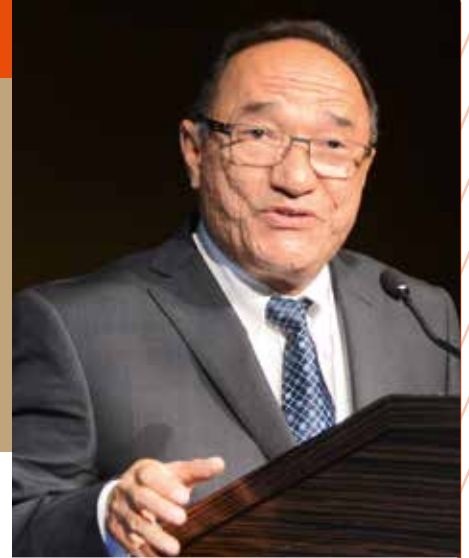
Je vous l'ai dit, on peut être tuberculeux et diabétique, on peut être séropositif et être déprimé. Donc, c'est extrêmement important de poursuivre l'effort qui a été fait et de modéliser les progrès patents, réels, sur les maladies transmissibles, et les appliquer aux maladies non transmissibles. **Il n'y a pas de développement sans politique sanitaire. Donc, c'est cette prise en charge globale qui me paraît importante.**

Les industriels du médicament, face à ces enjeux de société, mais aussi scientifiques, resteront très présents à vos côtés. »

IL FAUT MODÉLISER
LES PROGRÈS
PATENTS, RÉELS,
SUR LES MALADIES
TRANSMISSIBLES
ET LES APPLIQUER
AUX MALADIES
NON
TRANSMISSIBLES

MESSAGE

DU DOCTEUR ROGER KOLO PREMIER MINISTRE, MINISTRE DE LA SANTÉ DE MADAGASCAR



Permettez-moi tout d'abord d'exprimer toute mon émotion de représenter Madagascar en tant que Premier ministre et ministre de la Santé devant votre honorable assemblée. C'est également émouvant pour moi, Genevois d'adoption, d'intervenir pour mon premier voyage officiel à l'étranger dans une ville qui m'a tant donné et pour laquelle j'ai une affection toute particulière. Je tiens à exprimer au nom de mon pays, Madagascar, au nom du président de la République de Madagascar, mes plus vifs remerciements aux organisateurs de ces Rencontres. Je suis très heureux de m'adresser aujourd'hui à mes pairs, car je sais la résonance particulière que mes propos auront pour chacune et chacun d'entre vous. Je veux remercier très chaleureusement l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) pour sa participation à ce rassemblement de ministres de la Santé, venus d'horizons divers, qui nous font le bonheur de partager leurs expériences. L'OIF qui, dois-je le rappeler, nous a fait l'honneur de réintégrer Madagascar au sein de cette belle et grande famille de la Francophonie en mars dernier.

Je remercie aussi très sincèrement le Leem d'avoir organisé de main de maître ces 16^e Rencontres francophones de la Santé. Le président Hery Rajaonarimampianina a voulu adresser un message au pays, mais également à la communauté internationale, en me confiant, outre la mission de Premier ministre, le poste de ministre de la Santé. Il a voulu mettre le peuple malgache et sa santé au cœur de l'action de son gouvernement et du développement à venir de Madagascar. En effet, ce geste est un signal fort pour montrer à tous que la santé de la population est une préoccupation fondamentale du chef de l'État, et surtout que la bonne santé de la population est le corollaire de la bonne santé économique du pays. À ce titre, le thème que nous développons aujourd'hui, "La lutte contre les maladies non transmissibles : une responsabilité partagée" est tout à fait d'actualité pour ce qui concerne Madagascar et ses perspectives de coopération internationale en la matière. Pour nous, en effet, l'amélioration de l'accès aux traitements et à la prise en charge des maladies non transmissibles sont essentiels. Plus qu'ailleurs, nous devons faire face à trois principaux facteurs de risque: le tabagisme, l'alcoolisme et la mauvaise alimentation, qui sont le propre de la pauvreté de certaines catégories de nos populations, majoritairement rurales et très souvent éloignées des centres de santé. Pour ma part, je partage tout à fait l'idée que cette lutte doit s'inscrire dans un cadre de plans nationaux, voire régionaux ou continentaux.

Madagascar dispose déjà d'un système d'assurance maladie. Mais il est nettement perfectible, et nous allons nous atteler à la tâche. Le président de la République, mon gouvernement et moi-même sommes aussi prêts à réfléchir de manière constructive, pragmatique et donc efficace à l'élaboration d'une protection sociale, pourquoi pas continentale, digne de ce nom. Mais pour l'heure, après avoir ouvert une ère de stabilité institutionnelle, il nous faut, dans le domaine de la santé, mettre en place les fondations d'un véritable système de santé. Pour cela, je compte m'appuyer sur le savoir-faire des pays qui ont réussi et sur les entreprises publiques ou privées qui pourront nous aider à cette structuration. Nous devons aussi élaborer de façon pragmatique, sans oublier quiconque, un schéma national d'organisation sanitaire qui détermine les évolutions nécessaires de l'offre de soins.

En tout premier lieu, je compte mettre rapidement en place sur tout le territoire national les outils nécessaires pour la protection maternelle et infantile. Je veux également doter chaque grande ville de services d'urgences qui font cruellement défaut aux populations les plus fragiles de notre pays, et investir dans les ressources humaines, c'est-à-dire l'homme et son droit le plus élémentaire, celui d'être en bonne santé, qui est une priorité pour le président de la République. Cela signifie concrètement la mise en place et le soutien des actions menées en faveur de la prévention des maladies liées à la pauvreté sur toute l'étendue du territoire, y compris dans les zones les plus enclavées de la grande île. Les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques ou le diabète, principale grande maladie non transmissible, doivent faire l'objet de mesures particulières. Celles-ci doivent rendre plus abordables les diagnostics et les médicaments essentiels concernant ces maladies.

Il nous faut aussi promouvoir l'investissement public, y compris un partenariat public/privé et/ou via la coopération internationale dans la recherche et le développement, localement, de nouveaux traitements et de nouveaux médicaments.

Les industriels du médicament savent que Madagascar dispose depuis toujours de ressources naturelles précieuses en matière de traitement de nombreuses maladies, y compris les maladies non transmissibles. Mais encore faut-il bien les maîtriser. Nous devons également soutenir les actions de communication et de prévention de terrain en faveur des populations les plus fragiles. Je pense aux personnes en grande pauvreté dans les zones reculées et les plus exposées, principalement les jeunes et les femmes. Plus généralement, il me paraît essentiel de renforcer la couverture en termes de vaccination et d'immunisation en favorisant l'amélioration

de l'approvisionnement en vaccins existants ou nouveaux, grâce à la coopération internationale et/ou à l'industrie pharmaceutique privée. La tâche est donc immense pour nous tous. Mais, nous savons compter sur les grands bailleurs de fonds institutionnels pour parvenir à lutter efficacement contre la pauvreté.

Le premier responsable de la santé, c'est d'abord le malade lui-même ; tout en reconnaissant notre importance à tous, c'est le malade lui-même qui est à éduquer dès son plus jeune âge. C'est ce qui m'anime et c'est ce qui me guidera chaque jour dans mes choix et dans mes prises de décision pour la bonne santé du peuple malgache, pour la bonne santé de notre économie et pour la bonne santé de notre coopération internationale.

Nous avons la foi chevillée au corps pour faire de Madagascar une grande nation développée. Notre peuple est un peuple fort et l'État lui doit une bonne santé pour bâtir un pays moderne.

Comme je l'ai déjà dit lors de mon discours d'investiture en avril dernier, je veux aider à faire de Madagascar, sous l'autorité du président de la République, Hery Rajaonarimampianina, un pays prospère, moderne et, pourquoi pas, puissant.

Par-dessus tout, je veux contribuer à faire des Malgaches un peuple digne, fier de son appartenance, de son identité, vivant dans la paix, la sécurité, mais également l'inventivité et l'audace. ■ ■

LE PREMIER
RESPONSABLE
DE SA SANTÉ EST
LE MALADE LUI-MÊME,
À ÉDUIQUER DÈS
SON PLUS JEUNE
ÂGE : C'EST CE QUI
M'ANIME
ET ME GUIDE !

INVENTER DES STRUCTURES ADAPTÉES POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS



Professeur El Houssaine LOUARDI
Ministre de la Santé, MAROC



C'est avec émotion et fierté que je prends la parole aujourd'hui. Pourquoi une politique et un plan d'action de prévention et de prise en charge des MNT au Maroc ? Parce que, comme cela se passe à l'échelle mondiale, ces maladies y sont responsables d'une part importante des décès prématurés et de pauvreté, justifiant cette riposte politique. Cette politique est menée conformément aux orientations de Moscou sur les modes de vie sains et la lutte contre les MNT, en conformité avec la stratégie de l'OMS. Le Maroc, sous l'impulsion de notre roi Mohammed VI – que Dieu l'assiste – s'est engagé à prendre des mesures multisectorielles et à fournir des ressources adéquates en complémentarité avec la société civile, les ONG et les associations de défense des droits de l'Homme, le secteur libéral et privé, et bien sûr l'industrie pharmaceutique. Ces actions partenariales, complémentaires, concertées et cohérentes, tiennent compte de nos spécificités sociales, culturelles, économiques et familiales.

Des chiffres alarmants : les MNT représentent 75% des décès au Maroc et une charge de morbidité qui avoisine 55%. Les causes de décès en milieu urbain entre 1980 et 2003 identifient trois groupes de pathologies :

1• les maladies transmissibles, maternelles et en période périnatale sont passées de 50% en 1980 à 12% en 2003. 2• les MNT représentaient en 1980 40% des décès et le double, 80% en 2003. 3• les traumatismes sont passés de 10 à 7%. Quelques exemples de prévalence (selon les études du ministère de la Santé): hypertension (33,6%), diabète (6,6%), obésité (13,2%), tabagisme (17,2%) .

Si nous nous polarisons sur les MNT, 3% des malades couverts par l'assurance maladie obligatoire (AMO) consomment à eux seuls plus de 50% du budget.

Quelle est la stratégie nationale ? Le plan national de développement de la santé c'est une vision, une urgence et des priorités. Première vision, c'est que le ministère de la Santé soit le garant d'une bonne répartition de l'offre et de l'accès aux soins. Deuxième vision, le partenariat public/privé. Troisième vision, la régionalisation, pour une efficacité économique et administrative. L'urgence : nous mettons tout en œuvre au ministère de la Santé et au gouvernement pour réussir le RAMED, Régime d'assistance médicale aux pauvres et aux vulnérables, généralisé depuis le 13 mars 2013. Nous avons trois priorités: la politique pharmaceutique nationale, le plan national de prise en charge des maladies mentales et psychiatriques et des addictions et enfin l'offre de soins, fixe bien sûr (centres de santé et hôpitaux), mais surtout via des unités et des hôpitaux mobiles. **Parmi les actions phares, je citerai le plan national de contrôle et des préventions du cancer, en étroite collaboration et en partenariat avec l'Association Princesse Lalla Salma, la première dame du Royaume, qui lutte contre le cancer.** Nous avons deux registres de cancer à l'échelle nationale ; en plus des douze hôpitaux qui ont intégré douze services de prise en charge du cancer, nous menons des actions sur le terrain : • 74 mesures opérationnelles • 28 centres de détection précoce • 12 centres d'oncologie de proximité • 4 centres d'oncologie pédiatrique • 2 pôles d'excellence gynéco-mammaire traitant plus de 3 000 femmes • 2 centres d'hébergement des malades et de leur famille • une dizaine de maisons de vie autour des hôpitaux. **Le plan national de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, est un très beau modèle de partenariat public/privé. Il comporte trois**

volets. Le premier consiste à répondre très rapidement aux besoins en matière d'épuration extra-rénale, avec les moyens du public, en partenariat avec les ONG mais surtout avec le privé. Le ministère investit annuellement un fort budget pour acheter les services du privé pour la dialyse. Deuxième élément : la transplantation rénale, dont les CHU font leur priorité. Enfin bien sûr la prévention, avec consultations fixes pour l'hypertension et le diabète, les plus pourvoyeuses d'insuffisance rénale chronique, terminale chez nous, et gratuité des médicaments. Enfin, nous développons sept centres de référence (rein, diabète, hypertension). Nous avons aussi le premier plan de santé mentale et psychiatrique et addictions, et bien sûr le diabète. J'ai présenté devant Sa Majesté, le 26 juin 2013, un plan national en partenariat avec l'industrie pharmaceutique sur la formation et la gratuité de soins des maladies psychiatriques. Côté diabète, nous sommes en train de prendre en charge avec nos collègues des laboratoires le diabète de l'enfant. Un plan national multisectoriel de promotion des modes de vie sains regroupe 13 départements ministériels, ONG et organisations des droits de l'Homme. **Trois actions phares dans la lutte contre les MNT.** La première est la **politique pharmaceutique nationale** avec l'augmentation du budget du médicament (de 675 millions de dirhams en 2011 à 2,4 milliards en 2014, rien que dans les hôpitaux publics). Le deuxième élément fondamental est une politique concertée de baisse de prix des médicaments anti MNT, actée par décret du 8 juin. Une deuxième action, **la formation et le développement de la recherche**, me paraît fondamentale sur le long terme :

- actualisation des données épidémiologiques
 - évaluation des terminaux comportementaux, environnementaux et socio-économiques
 - construction du premier centre de recherche contre le cancer à Fès
 - 22 protocoles et référentiels de prise en charge du cancer
 - recherche et innovation pharmaceutique.
- Le dernier point concerne l'**assurance maladie**. Avant 2005, seules les assurances privées marchaient, avec une couverture de 16%. Depuis, nous avons introduit l'AMO, qui couvre, entre privé et public, 34% des sala-

riés. L'ANAM régle tout cela. Sa Majesté a lancé la généralisation du RAMED, ce régime spécifique au Maroc, un des rares pays, je le dis en toute modestie, qui a osé couvrir 8,5 millions d'habitants, soit 28% de la population, gratuitement, avec un budget provenant à 75% de l'État, à 6% des collectivités et à 19% des vulnérables apportant une petite contribution. La première greffe du foie réalisée au Maroc l'a été chez un Ramediste, qui en a bénéficié gratuitement, comme on peut bénéficier de greffes de moelle, de cornée, cochléaires ou d'interventions à cœur ouvert. Beaucoup a été fait, mais énormément reste à faire. Nous avons opté pour une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé et les départements, le public, les laboratoires, les ONG, les associations de droits de l'Homme. La Constitution du 1er juillet 2011 a ajouté les droits à la santé aux particuliers et des droits spécifiques aux malades atteints de MNT. **Nous avons reçu lors de la 2^e Conférence sur la Santé un message royal. L'implication se fait au plus haut niveau de l'État et la princesse tire vers le haut la lutte contre le cancer.** Nous nous basons sur toutes les stratégies scientifiques et édictées par l'OMS pour faire de nos institutions, de nos hôpitaux, avec les partenaires, des espaces de formation, d'émancipation, d'excellence à la fois humains, modernes, démocratiques, ouverts et intégrés. ▶▶

LA PREMIÈRE
GREFFE DE FOIE
PRATIQUÉE
AU MAROC
A ÉTÉ RÉALISÉE
CHEZ UN
"RAMEDISTE",
QUI EN A BÉNÉFICIÉ
GRATUITEMENT



MOBILISER RASSEMBLER LES ÉNERGIES POUR IMPLANTER UNE COUVERTURE SOCIALE UNIVERSELLE

Docteur Raymonde GOUDOU COFFIE
Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida,
CÔTE D'IVOIRE



Notre intervention porte sur la prise en compte des maladies non transmissibles dans la mise en place d'une couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire. Nous allons tout d'abord vous résumer la situation épidémiologique des maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire, les étapes que nous proposons pour la mise en œuvre de cette CMU, puis les défis à relever pour la prise en compte des maladies non transmissibles dans cette CMU.

Au niveau épidémiologique, nous avons en Côte d'Ivoire 41,5% en ce qui concerne l'hypertension artérielle, 6,2% pour le diabète, 5% pour l'asthme en milieu hospitalier, 12% pour la drépanocytose et une incidence de plus en plus grande du cancer dans notre pays d'environ 16 000 nouveaux cas détectés par an. Nous avons environ 52 800 cas d'AVC qui surviennent chaque année au sein d'une population estimée à 22 millions d'habitants. Nous avons également cette crainte d'un accroissement exponentiel des cas de maladies non transmissibles évitables. Les facteurs de risques sont connus: le tabagisme, l'inactivité physique, le surpoids et l'hypercholestérolémie.

Pourquoi l'État de Côte d'Ivoire, après une crise politico-socio-économique de pratiquement douze années, a-t-il décidé de se lancer dans la mise en œuvre de la couverture maladie universelle?

Dès son accession à la magistrature suprême le Président de la République a mis en place une politique de gratuité généralisée durant 45 jours pour répondre à la paupérisation grandissante de la population, puis le Président Alassane Ouattara est passé à une gratuité ciblée, prenant en compte la mère et l'enfant de 0 à 5 ans, la femme enceinte, la femme césariée, le triptyque paludisme-tuberculose-VIH SIDA; nous avons depuis élargi cette gratuité aux 48 premières heures d'urgence. La mise en place de la CMU en Côte d'Ivoire se justifie par cette paupérisation, mais aussi par une faiblesse au niveau du financement de la santé. En 2001, les chefs d'État réunis à Abuja avaient proposé aux gouvernements une contribution d'environ 15% relevant du budget national pour la santé. Je dois dire qu'en Côte d'Ivoire, avec toutes les difficultés que nous avons, le ministre de la Santé a environ 5% du budget national pour la gestion du système de santé.

Autre constat: la forte contribution des ménages au financement de la santé, au travers de paiements directs très importants, dus en grande partie à l'absence de couverture sociale pour 85 à 90% de la population. Comme vous le savez, le traitement de la quasi-totalité des maladies non transmissibles est extrêmement onéreux et souvent sur le long terme. Nous avons également procédé à l'élaboration de la carte sanitaire — c'est un des éléments qui accompagne la mise en œuvre de cette CMU — afin de mettre à niveau les structures sanitaires. Quelles sont les principales étapes réalisées? Tout d'abord, nous avons mis en place un comité interministériel présidé par le Président de la République, pour montrer la volonté politique. Ensuite, nous avons créé un comité de pilotage, composé du ministre des Affaires sociales (chargé de l'architecture et de la mise en place de la CMU), du ministre de la Santé (chargé des prestations et de l'offre de soins) et des représentants de certains ministères techniques. Enfin, nous avons mis en place un secrétariat technique permanent du comité de pilotage qui prend en compte les différents

points focaux des ministères techniques. Au niveau du schéma organisationnel de cette CMU, nous nous sommes inspirés du modèle rwandais en l'adaptant, nous sommes allés voir ce qui fonctionne ailleurs, notamment au Bénin et au Sénégal. Nous avons fait une synthèse et nous avons proposé quelque chose par rapport à nos propres réalités. En Côte d'Ivoire, nous avons une couverture maladie pour tous les fonctionnaires, que nous appelons la MUGEF-CI. Cette mutuelle existe et fonctionne très bien depuis de longues années. Nous avons aussi le régime complémentaire facultatif qui existe actuellement. Nous avons également mis en place un régime général obligatoire de base, contributif. C'est-à-dire que cette CMU va concerner tous ceux qui habitent sur le territoire ivoirien. Toutes les personnes qui vivent en Côte d'Ivoire vont donc contribuer à hauteur de 1 000 francs CFA par mois, ce qui fait environ 1,5 €. Ensuite, nous avons un régime d'assistance médicale non contributif qui sera financé par l'État. Il concerne les personnes aux revenus extrêmement faibles. Le lancement de la CMU est prévu pour le début de l'année 2015, le projet de loi qui l'institue est adopté depuis le 6 mars 2014. **Quels sont les défis que nous voulons relever pour la prise en compte des maladies non transmissibles dans notre couverture maladie universelle?** C'est d'abord

POUR METTRE
AU POINT NOTRE
CMU, NOUS NOUS
SOMMES INSPIRÉS
DE MODÈLES
AFRICAINS, EN LES
ADAPTANT
À NOS PROPRES
RÉALITÉS

la rédaction des directives et normes des prestations de biens et services médicaux. C'est aussi le fait d'avoir du personnel de santé qui travaille de façon spécifique et de façon très précise, soit dans le public, soit dans le privé. Il y a aussi un grand défi pour un pays qui sort de crise, à savoir la mise à niveau des différents plateaux techniques de nos établissements sanitaires avec au moins 80% des disponibilités technologiques. Nous espérons que d'ici fin 2015, nous aurons réussi à mettre à niveau pratiquement tous nos plateaux techniques. **Un autre défi, celui de la maîtrise des approvisionnements en médicaments. C'est vraiment l'élément le plus important, parce que nous ne pouvons pas mettre en place une CMU s'il y a des déficits d'approvisionnement**

en médicaments. La première étape a été de restructurer notre Pharmacie de Santé Publique (PSP), étatique, en une Nouvelle Pharmacie de Santé Publique (NPSP) à but non lucratif. Aujourd'hui, c'est une association avec un conseil d'administration composé notamment des partenaires au développement, de la société civile et des sociétés de consommateurs. La décentralisation de cette pharmacie dans les grandes régions de la Côte d'Ivoire permettra une répartition géographique des médicaments et une meilleure gestion de leur distribution. Dans la suite des défis, nous avons le renforcement des prestations au niveau des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) qui constitue le premier palier de la pyramide sanitaire. Puis, nous avons les hôpitaux généraux et les hôpitaux régionaux intermédiaires et, au troisième niveau, ce sont nos centres hospitaliers universitaires (CHU) qui seront de plus en plus spécialisés et qui pourront accueillir les cas les plus graves et ciblés. Un autre aspect intervenant dans la mise en place de la CMU, celui de la technologie électronique, puisque dans un de nos CHU (celui de Yopougon) nous allons procéder à l'ouverture du Centre National de télémédecine et aux passages intégrés du malade avec le dossier du patient informatisé. Cela va permettre une mise en œuvre efficace de la couverture maladie universelle. ▀ ▀

GARANTIR

LA QUALITÉ ET LA DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS



Docteur Cécile MACÉ

Conseiller Technique, Politiques, accès et usage des médicaments,
Département des médicaments essentiels et produits de santé OMS



Les maladies non transmissibles sont maintenant au cœur des priorités mondiales. L'accès aux médicaments essentiels et aux technologies de santé pour ces maladies retient l'attention de la communauté internationale et joue un rôle important dans la mise en place de couvertures sanitaires universelles. Le rapport sur les Objectifs du millénaire demandait aux gouvernements de donner une plus grande priorité aux maladies chroniques et d'améliorer l'accès aux médicaments pour ces pathologies. En 2011, dans la déclaration politique à l'Assemblée générale des Nations Unies, il était rappelé aux États la nécessité d'améliorer l'accès à des médicaments de qualité, sûrs, abordables et efficaces. En 2013, au cours de l'Assemblée mondiale, un plan d'action 2013-2020 pour la prévention et le contrôle des MNT a été validé. **Ce plan prévoit un contrôle en continu global avec 9 cibles à atteindre par les pays d'ici 2025.** Une des cibles identifiées dans ce cadre concerne l'accessibilité et vise un taux de disponibilité de 80% de médicaments abordables, sous forme générique, dans les structures privées et publiques. Sur cette base, les départements de l'OMS en charge des MNT et des médicaments essentiels et produits de santé ont renforcé leur collaboration pour identifier les principales barrières à l'accès pour ces produits, pour recenser les initiatives existantes pouvant contribuer à l'amélioration de cet accès et identifier des pistes d'action au niveau global. Deux rapports devraient être disponibles dans les semaines à venir. **Dans les pays à faibles et moyens revenus, quelle est la situation ?** L'analyse des résultats d'un certain nombre d'études réalisées sur les prix et la disponibilité des médicaments

suivant la méthodologie développée par l'OMS et Health Action International (HAI) montre une différence significative dans la disponibilité d'une sélection de médicaments, d'une part pour les maladies transmissibles les plus courantes, et pour les maladies non transmissibles. Ces études réalisées entre 2003 et 2008 montraient une variabilité entre public et privé, pour chacune des catégories de produits, avec un accès moindre aux médicaments dans le secteur public: pour les maladies transmissibles, une disponibilité d'environ 53%, contre environ 66% dans le privé. La disponibilité des produits nécessaires au traitement des MNT n'était que de 36% dans le secteur public et d'environ 55% dans le privé. Leur coût constitue une charge très importante pour les populations, les traitements au long cours poussent des familles en dessous du seuil de pauvreté. Pourtant, si l'on regarde la base des prix de référence pour nombre de produits nécessaires au traitement des MNT, même si certains restent coûteux (insuline, certains produits pour la prise en charge de cancers), la majorité de ces médicaments sont peu chers sur le marché mondial. **L'OMS a développé il y a quelques années un cadre d'action pour améliorer l'accès aux médicaments qui, sur la base de la combinaison de quatre types d'interventions, doit permettre d'améliorer la situation.** Le premier consiste à renforcer la sélection rationnelle des médicaments et des produits de santé, avec la mise en place de protocoles thérapeutiques standard qui incluent une sélection de produits basés sur des preuves scientifiques. Notre proposition aux pays vise aussi à renforcer l'alignement entre protocoles thérapeutiques standard et listes nationales de médicaments essentiels : ces listes vont servir de base pour l'approvisionnement des médicaments, le remboursement en cas de couverture maladie et la formation du personnel. Tout ce travail doit se faire à la lumière de la liste

modèle OMS, proposée aux pays comme un guide pour développer leur liste nationale de médicaments essentiels. Il nous semble important aussi de faire la promotion de l'utilisation de ces protocoles et de ces listes via les professionnels de santé. D'autres options à mettre en place au niveau des pays concernent le financement et la couverture sanitaire universelle. Il nous semble important d'augmenter les budgets gouvernementaux pour assurer l'accès à un nombre limité de médicaments essentiels et technologies de santé, dans le secteur public particulièrement. Nous savons qu'aujourd'hui si, pour les maladies transmissibles, il y a beaucoup de soutien de partenaires financiers, ce n'est pas le cas pour les MNT. **Il nous semble aussi très important d'étendre dans les pays l'assurance maladie et de nous assurer que le paquet de services de santé essentiels inclus dans ces systèmes contienne les diagnostics et les traitements des MNT.** Le troisième groupe d'interventions concerne les prix des médicaments. Il nous semble important qu'au sein des pays, une concurrence s'établisse au moment des achats de médicaments, avec des politiques de promotion des génériques et des procédures d'achat transparentes dans les structures d'approvisionnement. Des mesures de substitution devraient œuvrer à réduire les taxes et les marges tout au long de la chaîne de distribution. Enfin, un contrôle régulier doit suivre l'évolution des prix sur le marché. Pour les produits encore sous brevet (dont certains anti cancéreux), nous encourageons les pays à considérer la flexibilité proposée dans les ADPIC et à utiliser les prix différenciés offerts par les laboratoires. Autre groupe d'intervention recommandé par l'OMS: **les systèmes**

LES PRIX
DIFFÉRENCIÉS
OFFERTS PAR
LES LABORATOIRES
PHARMACEUTIQUES
PERMETTENT
UNE BAISSÉ
NOTABLE DES PRIX
DANS LES PAYS

d'approvisionnement, qui doivent assurer la qualité des produits, qu'ils soient des circuits privé ou public. Pour cela, il faut renforcer les autorités réglementaires et mettre en place des mécanismes pour sécuriser les chaînes d'approvisionnement et limiter les produits sous-standard et contrefaits mais aussi, particulièrement pour les soins palliatifs, revoir les barrières législatives pour les substances sous contrôle international, telles que les opioïdes. Il est aussi important d'améliorer les estimations des besoins, avec le support de systèmes d'informations sanitaires et logistiques renforcés, et de renforcer les chaînes d'approvisionnement. **Le rôle de l'OMS est de sensibiliser au niveau international pays et partenaires sur les défis de l'accès aux médicaments et aux technologies de santé pour les**

MNT. Le premier rapport sur l'analyse des principales barrières à l'accès va aider à identifier des pistes d'intervention. Nous travaillons au développement d'outils de mesure pour documenter la situation de l'accès aux médicaments essentiels et produits de santé et servir de base à l'identification d'interventions prioritaires. Nous avons en ce sens revu le panier de médicaments, pour y inclure des médicaments prioritaires pour les MNT. Nous avons lancé l'analyse des concordances entre protocoles thérapeutiques standard, listes de médicaments essentiels et listes des structures d'approvisionnement, pour voir leur alignement. Nous travaillons à la mise à jour et à la promotion des protocoles thérapeutiques. Nous poursuivons notre travail d'accompagnement dans le renforcement des autorités nationales de réglementation et des systèmes d'approvisionnement en aidant ces structures à remplir correctement leur mission. Nous souhaitons guider et soutenir les initiatives globales et régionales d'échange d'informations sur la disponibilité et les prix des médicaments, à travers le soutien de la mise en place de plate-formes régionales. ▶▶



Hamadoun I. TOURE
Secrétaire général Union Internationale
des Télécommunications, UIT

CONNECTER

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION. DES OPPORTUNITÉS FANTASTIQUES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE



Permettez-moi de vous féliciter pour avoir fait salle comble un dimanche après-midi. Cela montre à quel point ce sujet est important. L'Union Internationale des Télécommunications est la plus vieille agence des Nations Unies et nous avons fêté hier notre 149^e anniversaire. Nous sommes convaincus que la technologie, l'information et la communication, en particulier la technologie mobile, contribueront pour beaucoup à la lutte contre les MNT et permettront d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé, comme à l'hôpital de Yopougon, ainsi que nous en a fait part Mme la ministre de Côte d'Ivoire. Nous sommes dans la société de l'information mais notre objectif est la société de la connaissance, où chaque habitant de la planète a non seulement accès à l'information, mais peut l'utiliser, la créer et la partager. Ce sont les quatre fondations de la société que nous sommes en train de créer. L'information est la seule chose qui, quand elle est partagée, est multipliée, voire démultipliée, parce que chacun y ajoute une valeur. Nous voulons nous assurer que, dans tous les domaines (santé, éducation, commerce, gouvernement), ces technologies soient un outil privilégié pour avancer, vite et ensemble. Nous devenons de plus en plus connectés les uns aux autres dans une ère qui offre des possibilités inégalées. Le monde vit une explosion du numérique qui donne un accès sans précédent aux données. Fin 2014, selon les dernières prévisions de l'UIT, nous compterons presque autant d'abonnements aux téléphones mobiles que d'habitants de la planète et le nombre d'internautes dépassera les trois milliards. Dans ce contexte, des compagnies pharmaceutiques ont entrepris de réfléchir à la façon

d'améliorer les services offerts aux patients. Certains d'entre vous ont déjà mis au point des solutions de santé sur mobile, en donnant les moyens de mieux gérer son mode de vie et son état de santé avec un diabète ou une hypertension, en améliorant les résultats en matière de santé à un moindre coût pour le système. Autres exemples, effectuer des dépistages et poser des diagnostics, avec un meilleur accès aux informations et aux systèmes de santé, en étant plus efficaces pour un investissement moins important, améliorer la couverture de santé en donnant à l'ensemble de la population des informations sur les vaccins ou lutter contre les contrefaçons. J'ai été heureux de lancer, fin 2012, conjointement avec le Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, l'initiative "Be healthy, Be mobile" ou "Soyez en bonne santé, soyez mobile", qui repose sur l'utilisation de la technologie mobile pour lutter contre les MNT, dans les domaines de la prévention, du traitement et de la mise en application des politiques, en ciblant des facteurs de risque précis. Nous sommes aussi heureux d'avoir signé un accord avec la Fédération internationale des associations et fabricants pharmaceutiques à l'appui de cette initiative. L'IFPMA a fait paraître "Health at your fingertips", "La Santé au bout des doigts", donnant des informations sur un vaste programme sur mobile mené par certains de ses membres. Un exemple éloquent de la façon dont le privé, en particulier les compagnies pharmaceutiques, peut contribuer à faire progresser l'utilisation de la technologie dans l'intérêt de tous. Nous avons commencé à travailler avec trois pays. Au Costa Rica, nous avons aidé le gouvernement à mettre en œuvre le premier service national au monde de santé sur mobile pour aider les fumeurs à arrêter, au moyen de SMS: mCessation, mené avec l'appui de l'équipe nationale de football, avec messages personnalisés et appui ciblé, a reçu mille inscriptions

par semaine dès son lancement et touché l'ensemble des fumeurs du pays. Les pouvoirs publics vérifieront en temps réel combien s'efforcent d'arrêter et combien y parviennent après six mois. Le Sénégal s'est adressé à nous parce que plus de 80% des cas de diabète n'y sont pas diagnostiqués. "Be healthy, Be mobile" va sensibiliser les patients au diabète par SMS, utilisant le mobile pour former les professionnels de santé, proposant des consultations à distance et traitements et appui aux diabétiques. Enfin, la Zambie a l'une des prévalences les plus élevées au monde en cancers du col de l'utérus. Malgré les efforts déployés il est très difficile d'organiser le dépistage de toutes les femmes : nous les encourageons par SMS à le faire et assurons le suivi sur mobile. "Be healthy, Be mobile" cible huit pays de différentes régions ayant une charge de morbidité élevée, sur quatre ans, afin de servir de référence. Le plus passionnant est que ce ne sont pas des projets pilotes, mais des programmes gouvernementaux d'envergure nationale, inscrits dans la durée. Les infrastructures peuvent être complétées au fil du temps pour inclure de nouvelles solutions mobiles utiles à tous. Les données fournies par ces programmes seront d'une grande utilité pour les patients, les professionnels de santé et les prestataires de soins, ainsi que les pouvoirs publics, les entrepreneurs et les donateurs mieux à même de lutter contre ces maladies à l'avenir. Je suis convaincu que les générations futures considéreront rétrospectivement les technologies mobiles comme l'une des grandes réussites en matière de santé publique, au même titre que le sont l'eau salubre ou les antibiotiques. "Be healthy, Be mobile" tire parti des points forts du secteur privé, les ressources publiques et la philanthropie ne suffisant pas à financer le combat contre ce grand fléau des MNT.

LE SÉNÉGAL
VA SENSIBILISER
LES PATIENTS AU
DIABÈTE PAR SMS
ET UTILISER
LE MOBILE POUR
FORMER LES
PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

L'UIT est la seule agence des NU à avoir pour membres 193 États mais aussi plus de 700 compagnies privées. Si le manque total de réglementation peut mener au chaos, l'excès de régulation aussi est dangereux. C'est pourquoi notre secteur se porte bien. Nous encourageons nos agences sœurs à donner de l'importance au secteur privé, mais à mettre en place les règles pour que l'environnement soit sain afin de pouvoir travailler ensemble. Les entreprises du privé, grâce à leurs compétences et leurs produits, peuvent contribuer pour beaucoup à alléger les conséquences de l'épidémie mondiale de MNT. La clé du succès ? Une bonne réglementation, établissant les règles avant le début du jeu afin qu'elles soient suivies

par tous. Nous nouons des partenariats innovants pouvant servir de modèle avec cibles définies d'un commun accord, en tirant parti des avantages compétitifs de votre secteur, que les motivations soient commerciales, sociales ou les deux. Pour réussir, il faut évaluer ces motivations et ce que chaque maillon de la chaîne est prêt à donner ou recevoir. Nous discutons avec des compagnies pharmaceutiques qui, espérons-le, vont participer à nos initiatives aux côtés d'autres partenaires des télécoms, de l'assurance et des soins de santé. Je souhaiterais vous mettre tous au défi de trouver des solutions inédites de partenariats et surtout de plans nationaux incluant télémédecine ou télésanté. C'est pourquoi j'ai créé la commission Broadband avec la directrice de l'UNESCO et, avec la directrice générale de l'OMS, la Commission pour la santé de la femme et de l'enfant. Ces technologies ne vont pas remplacer le médecin ou l'infirmier, mais servir à atteindre plus de malades, à être meilleurs et plus efficaces. Nous avons entrepris de grandes choses ensemble et nous continuerons sur cette voie pour des résultats encore plus impressionnants. »

Arthème SELEAGODJI AHOOMEY ZUNU
Premier ministre, ministre de la Santé par intérim, **TOGO**



Je voudrais d'abord remercier les organisateurs des Rencontres de cet après-midi, qui nous donnent l'occasion de prendre une fois encore conscience de la gravité de la situation en ce qui concerne les maladies non transmissibles. On a toujours dit que l'Afrique était le réservoir des maladies infectieuses, mais nous observons, au regard de l'analyse qui est faite aujourd'hui, que même sur ce plan des maladies non transmissibles, la prévalence est de 80% pour nos pays faibles.

C'est donc dire que nous sommes dans une urgence pour faire en sorte que le

fossé ne se creuse pas davantage entre nos pays. Ce fossé existe déjà sur les maladies infectieuses, s'il continue à se creuser sur ces maladies, vous imaginez la gravité de la situation.

Deuxième chose, ayant pris conscience de la situation, il faut donc faire un travail de fond qui est tout d'abord un travail de sensibilisation, d'information et d'éducation des populations qui ne sont pas toujours conscientes de l'importance de ces maladies dans nos sociétés.

Si nous faisons ce travail d'information, de sensibilisation, cela signifie que nous amenons nos populations à se faire dépister, à découvrir la maladie. Mais dans ce cas, avons-nous pris les dispositions pour que la prise en charge soit effective ? Nous voyons ici la nécessité d'une coopération internationale qui aide nos pays non seulement à comprendre le problème, mais aussi à mettre en place ce mécanisme.

La question de la couverture universelle dont a parlé notre collègue de la Côte d'Ivoire est une question importante pour nos pays désormais, car nous ne pouvons pas prendre en charge ces maladies si nous n'arrivons pas à cette couverture maladie universelle. **La rencontre de cet après-midi est donc une espèce d'embryon de cette coopération internationale sur laquelle il faut insister.**

Je voudrais encore une fois vous remercier. Notre pays a mis en place un plan stratégique de lutte contre ces maladies. Cela suppose aussi la disponibilité des médicaments et l'accessibilité à ces médicaments, autant de sujets sur lesquels il est important que la coopération internationale aide à faire en sorte que nous ne creusions plus un fossé entre différents pays. Merci donc de cette opportunité qui nous est donnée, merci à tous pour cette participation. ▶▶

Impressions d'après Rencontres

D'abord, c'est une bonne chose d'organiser ces Rencontres en marge de l'Assemblée mondiale de l'OMS : cela permet aux différents pays d'échanger leurs expériences et le thème de cette année a été particulièrement important pour nous. Nous pensons que nous étions à l'abri — alors qu'en fait l'Afrique est en première ligne pour ces maladies, et c'est une nécessité pour nous de réfléchir à la manière dont nous devons les prendre en charge. ▶▶

Rémy LAMAH
Ministre de la Santé,
RÉPUBLIQUE
DE GUINÉE



Je voulais partager avec vous l'expérience de la Guinée.

À l'instar de ce qui est observé dans les autres pays en développement, **les maladies non transmissibles constituent pour mon pays un fardeau lourd et émergent qui vient s'ajouter aux maladies épidémiques, dont la rougeole, la méningite et la fièvre à virus Ebola, depuis décembre 2013.**

Une enquête a été réalisée en 2009 en Guinée. Dans certaines de ses régions, soit le quart du pays, elle a prouvé l'importance et l'ampleur de ces maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque.

Comme facteurs de risques des maladies non transmissibles fréquents dans notre pays, l'usage du tabac concerne environ 15% de la population et le diabète atteint à ce jour 4% de la population adulte guinéenne en milieu rural et 8% de la population adulte en milieu urbain. Quant à l'hypertension artérielle, elle atteint environ 33% des sujets adultes.

Aujourd'hui, ce qui est le plus criant est que le nombre d'enfants diabétiques est en progression, de 44 cas connus en 2010 à 350 cas en 2014.

Comme mesures préventives, des axes prioritaires ont été envisagés à travers l'intervention contre le diabète et les autres maladies non transmissibles et notre gouvernement a mis en place les mesures de prévention suivantes :

- la promotion de l'activité physique et des bonnes habitudes alimentaires
- le développement du partenariat entre tous les secteurs concernés par les maladies non transmissibles, à savoir le département de l'agriculture, l'économies et les finances, le commerce, l'éducation, la jeunesse et sport, la justice, l'urbanisme, le tourisme et l'habitat
- la mise en œuvre d'une autre stratégie majeure en parfaite complémentarité avec les ONG et les associations locales pour contrôler les facteurs de risque des maladies non transmissibles au sein de la population guinéenne à travers l'ouverture des plages dans les médias publics pour organiser l'information et la communication sur les maladies non transmissibles
- l'engagement à appliquer la convention-cadre pour la lutte contre le tabac dont la ratification a été faite par l'assemblée précédente, la CNT, en 2013 et la définition de stratégies pour la limitation de la teneur en sel et en graisse des aliments

- la promotion de la pratique de l'activité physique dans les écoles et universités et le renforcement de la législation sur l'usage abusif de l'alcool.

En réponse à l'ampleur de cette situation, le pays s'est doté en 2010 d'un programme national intégré de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles qui inclut dans la phase actuelle le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les infections respiratoires chroniques non transmissibles et les cancers.

Notre gouvernement a manifesté son engagement dans la lutte contre les maladies non transmissibles par le renforcement des capacités au sein du ministère de la Santé. Cela s'est traduit en 2013 par la nomination de cadres, mais aussi par l'inscription dans le budget national développement d'activités à travers l'accès aux soins et aux médicaments.

Depuis, les efforts du gouvernement ont été constatés dans la définition de nouveaux partenariats internationaux pour renforcer le financement de la lutte contre les maladies non transmissibles.

À ce titre, nous sommes bien disposés pour tout partenariat public/privé de nature à accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles, à l'image du partenariat en cours avec les laboratoires Novo Nordisk qui interviennent dans la prise en charge des enfants diabétiques. ▶▶

Dorothee AKOKO KINDE GAZARD Ministre de la Santé, **BÉNIN**

Je voudrais remercier cette initiative. En 2012, le Bénin y était à l'honneur, le président Boni Yayi, chef de la République, était le parrain de cet événement. Nous revenons encore aujourd'hui et cette manifestation qui a toujours lieu en marge de l'Assemblée mondiale est très importante pour nous, pays en développement.



La présentation de M. Touré est une révolution sur le continent. Nous avons peu ou dans nos différents pays des expériences en ce qui concerne la téléphonie mobile.

Si je prends l'exemple de mon pays, nous avons au moins 80% de couverture en téléphonie mobile et nous avons déjà démarré des initiatives, notamment dans le cas de la

réduction de la mortalité maternelle et infantile pour gérer les urgences maternelles en ce qui concerne la prise en charge des femmes enceintes.

Je voudrais surtout intervenir sur les médicaments, parce que c'est ce qui nous réunit aujourd'hui. Au Bénin, nous avons fait les comptes nationaux de santé, et nous nous rendons compte que 52% de la population paye elle-même les soins de santé. Pour ces 52%, 75% des dépenses sont consacrées aux médicaments. C'est pour cette raison que, très tôt, nous avons pris l'initiative du régime d'assurance maladie et je peux vous garantir que c'est une réalité dans notre pays. Le régime d'assurance maladie est en marche au Bénin et, régulièrement, les prestataires sont remboursés par l'État, les citoyens adhèrent librement et sont remboursés pour leurs soins. Donc, tous les pays africains aujourd'hui doivent pouvoir aller vers ce régime d'assurance maladie. Par rapport à la protection des médicaments, je voudrais suggérer que nous nous mettions ensemble comme nous l'avons fait au Bénin en février 2014 pour parler des maladies non transmissibles. Nous avons réuni les ministres de la Santé de l'UEMOA (l'Union économique et monétaire ouest-africaine), et nous avons réfléchi sur les maladies non transmissibles. Nous avons abordé également la politique des médicaments avec nos collègues en charge de la Santé. Nous ne pouvons plus faire cette lutte de façon isolée, mais à travers des regroupements régionaux. Voici deux semaines, nous avons intercepté des médicaments antipaludiques. Quand nous avons fait la traçabilité, nous avons vu que ces médicaments provenaient d'un pays voisin que je ne vais pas nommer ici. Nous devons aller vers les regroupements sous-régionaux pour garantir la qualité des médicaments. C'est pour cela que je voudrais, à la suite de l'appel de Cotonou que nous avons lancé avec le président Jacques Chirac et d'autres présidents du continent, que le Leem s'investisse encore un peu plus dans la lutte contre les faux médicaments sur le continent. C'est un fléau qui continue. Comme l'a dit M. Touré, la téléphonie mobile est également une piste que nous devons saisir pour la lutte contre les faux médicaments sur le continent. ▶▶

Impressions d'après Rencontres

Je voudrais vraiment remercier les organisateurs et dire que le Leem doit continuer, année après année, à nous réunir pour aborder les problèmes du défi de l'accès aux médicaments qui reste un vrai problème, notamment sur le continent. Nous devons, comme je le disais tantôt, nous mettre ensemble parce que c'est selon moi une pieuvre qui a beaucoup de tentacules et, individuellement, aucun pays ne saurait réussir.

Nous avons vraiment besoin de l'appui de partenaires comme le Leem, pour nous accompagner et nous soutenir. Je pense que c'est une opportunité à saisir que ces nouvelles technologies que vous avez introduites dans la session de cette année : ce sera une très bonne chose pour nous. ▶▶

Fidèle MENGUE ME ENGOUANG

Ministre de la Santé, **GABON**

Je pense que l'expérience du Gabon en matière de couverture de santé universelle est tellement singulière, originale, qu'elle mérite que je vous en parle. La plupart des maladies non transmissibles évoquées cet après-midi sont une préoccupation primordiale pour les autorités gabonaises. Aujourd'hui, il existe un programme de prévention et de contrôle du cancer. Nous avons aussi à Libreville un institut de cancérologie. Je profite de l'opportunité qui m'est offerte pour remercier notre



collègue du Maroc, parce que la Fondation Lalla Salma du Maroc s'est totalement impliquée dans cet institut au côté de la Fondation Sylvia Bongo Ondimba. Dans cette expérience, nous marchons vraiment main dans la main avec nos frères du Maroc. Il y a trois semaines, nous avons pris la décision de la prise en charge totale, gratuite des cancers dans notre pays. La santé mentale est aussi une préoccupation. Nous avons adopté depuis deux mois un plan d'urgence en santé mentale qui va nous permettre de mettre en place le SAMU psychiatrique. Cela permettra de prendre en charge ces malades dans le respect de leur dignité et de leur personne. Les maladies cardiovasculaires et le diabète font l'objet d'un programme. Nous avons adopté fin 2013 une loi antitabac, parce que nous pensons que cela doit nous aider à faire reculer les maladies non transmissibles. Je vous disais que le système de couverture maladie universelle de notre pays a une originalité, à savoir que nous avons commencé par la prise en charge des Gabonais économiquement faibles, des indigents. Cela s'est fait en 2010. Ensuite, en 2011, nous sommes passés aux agents de l'État et, depuis 2014, ce sont les agents du secteur privé qui sont en train d'être immatriculés. Vous allez me demander comment nous avons fait pour prendre en charge des personnes démunies qui ne contribuent en rien au financement de ce système de CMU. Nous avons mis à contribution les opérateurs en instaurant un prélèvement obligatoire sur la téléphonie mobile. Cette taxe vise également les entreprises de transfert d'argent. Donc, le financement de la couverture des plus démunis est assuré par ces entreprises. En ce qui concerne les agents publics, un prélèvement est opéré sur leur salaire et les agents du secteur privé payent pour partie et leur employeur pour partie également. Nous avons fait un peu à l'envers de ce qu'ont fait les autres, et je pense que cette expérience méritait d'être portée à la connaissance de tous. Peut-être cela pourra-t-il en inspirer d'autres. ▶▶

Impressions d'après Rencontres

C'est une très bonne initiative d'avoir réuni ici les ministres de la Santé de l'espace francophone. Nous avons pu échanger sur une problématique qui est une des préoccupations majeures de tous les responsables de la Santé de nos États et les idées émises par les uns et par les autres peuvent conduire, à mon sens, à une synergie et à une coopération entre les pays de l'espace francophone. J'ai, dans ma propre intervention, souligné la coopération entre le Maroc et le Gabon, qui est à mes yeux un modèle de coopération Sud-Sud. L'Institut de cancérologie de Libreville, qui n'aurait jamais vu le jour, ni jamais fonctionné comme il fonctionne aujourd'hui sans la contribution marocaine, est un exemple à suivre. Nous sommes déterminés, justement, à apporter notre contribution aux autres États qui pensent que le Gabon peut les accompagner. En ce qui concerne l'Institut, nous allons accueillir les malades du cancer des autres pays de la sous-région : j'ai déjà eu l'occasion de m'en entretenir avec certains ambassadeurs de pays d'Afrique centrale qui sont intéressés par ce que nous faisons à l'Institut. Et si nous avons construit un établissement aussi moderne, c'était précisément pour lui donner une vocation sous-régionale et régionale. C'est vers ce type de coopération que nous voulons tendre pour l'avenir. ▶▶



Garance UPHAM
Safe Observer International

J'ai une question pour M. Touré dont la présentation était formidable. Quand on parle de santé mobile, pourquoi se limiter au téléphone ? Jim Kim, de la Banque mondiale, avait posé la question de la fourniture des soins et de l'approvisionnement en médicaments des populations et de la nécessité de développer cette science. Aujourd'hui, nous avons les technologies pour apporter les médicaments et les soins aux populations plutôt que d'attendre que les populations puissent arriver dans un hôpital. J'ai travaillé en Afrique, je sais que c'est une vraie problématique. Pour finir, je ferai une petite plaisanterie que m'a suggérée quelqu'un ici : nous pourrions mettre des détecteurs de fumée dans les téléphones mobiles. ▀ ▀

RÉPONSE

Hamadoun I. TOURÉ

Je voudrais profiter de l'occasion pour repenser la taxation des compagnies de téléphonie mobile, puisque le sujet a été soulevé. Il ne faut pas que nous quittions cette salle, alors que le secrétaire général de l'UIT est présent, avec le message selon lequel il faut désormais tuer la poule aux œufs d'or. Il faut que nous soyons certains que cette taxation est modérée. La plupart des compagnies de téléphonie mobile se portent volontaires pour travailler avec les gouvernements à ce sujet, dans le cadre de leur responsabilité sociétale d'entreprise. C'est très important, je le précise, parce qu'il m'arrive souvent d'écrire à des agences, à la Banque mondiale ou aux Fonds monétaires pour leur dire que certains de leurs consultants recommandent une taxation excessive. Sur la durée, cela risque de tuer un certain nombre d'organisations, donc il faut équilibrer les choses.

Dans le cas du Gabon que je connais très bien, un débat très volontaire a eu

lieu et ces compagnies ont vraiment bien collaboré. Nous travaillons avec d'autres compagnies dans le cadre du GSMA (regroupant 850 opérateurs de téléphonie mobile) ou avec des fabricants.

Il est très important de nous assurer que les organisations avec lesquelles nous travaillons contribuent volontairement à ce système, et cela fonctionnera. Avec les téléphones intelligents, beaucoup plus d'applications peuvent être utilisées. Nous pouvons même diagnostiquer le paludisme d'après une simple photo prise d'un smartphone, grâce à des applications de plus en plus élaborées. De nouvelles sont créées tous les jours. C'est toute l'importance de la coopération internationale dans ce domaine et du développement dans nos pays.

Ce secteur est dirigé par l'innovation, et l'innovation vient du cerveau humain. Voilà la seule ressource naturelle qui est équitablement distribuée dans le monde. C'est pourquoi il faut former ces cerveaux : l'innovation peut venir de partout. Beaucoup d'innovations viennent des pays en développement. Les logiciels que nous voyons naître aujourd'hui sont des solutions locales à des problèmes locaux. Par exemple, la banque mobile m-pesa est née au Kenya et en Ouganda, parce que cela apportait des solutions à des problèmes qui n'existaient pas ailleurs. Cela permet de transférer des sommes très modiques de 5 ou 10 dollars, alors que le système bancaire n'est pas fait pour cela. Aujourd'hui, partout dans le monde, le paiement mobile existe.

Voilà de nouvelles solutions qui sont trouvées dans les pays en développement et qui sont exploitées maintenant dans le monde entier.

Ce genre d'applications et d'idées innovantes peuvent venir des pays en développement. J'encourage vivement la formation dans ce domaine afin que nos jeunes puissent innover, être compétitifs et apporter des solutions à ces problèmes locaux. Je suis parti au Bangladesh, les solutions mobiles de diagnostic par télémédecine sont vraiment conçues au niveau local.

Il est important que toutes les solutions que nous voyons soient pensées à la base. Il faut que nos programmes de développement et d'assistance ne soient pas conçus pour assister les pays, mais plutôt pour les accompagner dans ce qu'ils veulent faire. Il ne faut pas concevoir un programme de développement depuis Genève, je conseille la même chose à mes autres collègues, à savoir ne pas concevoir de programmes de développement à partir de Paris, de

New York ou de Washington, mais plutôt de s'assurer que les pays eux-mêmes y croient, afin que cela puisse fonctionner. Ces programmes ne pourront décoller que si les médecins eux-mêmes y croient. Dans ce cas, ils vont trouver des solutions aux petits problèmes qui apparaissent au fur et à mesure que nous faisons la mise en œuvre. Des solutions déjà existantes peuvent être partagées. Notre travail consiste à partager suffisamment d'informations — étant dans la société de l'information — pour que nous ne répitions pas des erreurs déjà commises ou que nous ne réinventions pas quelque chose par manque d'information. ▀ ▀



Pr A. ELIRA DOKÉKIAS
Directeur général de la Santé
CONGO BRAZZAVILLE

Ma question s'adresse à MM. Lamoureux et Sebbag. Il s'agit du poids du traitement anticancéreux. Vous savez bien que la majorité des produits anticancéreux sont encore fournis dans nos pays sous forme de leur spécialité. Il s'agit de produits onéreux. Nous qui sommes dans les services cliniques au quotidien, nous n'arrivons pas à traiter nos patients, tout simplement nous assistons passivement aux décès de plusieurs patients, y compris des enfants, à cause du prix des produits anticancéreux. Le même problème s'étend aux médicaments antiviraux destinés à lutter contre les hépatites, par exemple.

Si nous instaurons des couvertures maladies universelles, en raison des coûts onéreux de ces produits, ces budgets vont exploser. Je voulais savoir si les entreprises du médicament ont un plan pour accompagner les États africains afin, soit de faciliter l'obtention de licences pour les produits susceptibles de produire des génériques, soit de façon decrescendo et rapidement, d'essayer de baisser les coûts des médicaments anticancéreux, parce qu'il s'agit pour nous d'un véritable problème de santé publique. ▀ ▀

RÉPONSES

Dr Robert SEBBAG

Vous posez le problème de l'accès à travers le système économique. Il peut exister un système de couverture d'assurance maladie, privée ou publique mais souvent — c'est le prix de la recherche, de l'innovation — les coûts sont importants. C'est pour cette raison qu'il y a de plus en plus une politique de prix différenciés en fonction des ressources. Ce n'est pas facile, il y a des politiques de référencement, mais certains pays ne sont pas d'accord pour payer un prix fort, et se demandent pourquoi nous sommes capables de faire des coûts bas dans certains pays et pas pour eux, donc des décisions politiques sont à prendre. Un certain nombre de grands laboratoires (Merck, Pfizer, Novartis, Sanofi) ont des programmes pilotes dans le domaine du cancer, du cardiovasculaire et du diabète, dans un pays d'Afrique, ou d'Asie, pour mettre à disposition un prix différencié ; certains pays ont des systèmes d'assurance maladie, d'autres non. La croissance viendra du Sud, de vos pays où les besoins sont importants. Si nous voulons y répondre, nous devons nous adapter, modifier le modèle économique habituel de l'industrie. Il y a les responsabilités des organisations internationales, des ministères de la Santé des pays ; chacun doit prendre en compte ses responsabilités. L'industrie pharmaceutique travaille sur cette notion de prix différenciés, nous savons que les systèmes de santé d'un certain nombre de pays ne peuvent pas absorber le coût de ces médicaments. Le problème se pose et se posera encore sur l'hépatite C. Je ne veux pas masquer ce problème qui est réel. Nous avons aujourd'hui des médicaments extrêmement innovants qui guérissent. Nous parlons bien de guérisons, il n'est plus question de maladie chronique, puisque nous sommes capables d'annuler totalement le virus, et ainsi d'éviter le cancer du foie, la cirrhose et les transplantations hépatiques. Mais cela a nécessité une recherche intensive, des développements qui ont coûté très cher et le coût ne peut pas être absorbé dans un certain nombre de pays. Une réflexion doit avoir lieu, pour monter un certain nombre d'aides pour y avoir accès et pas seulement dans les pays développés, mais aussi dans les pays qui n'ont pas un budget capable d'absorber leurs coûts. C'est une vraie question et au sein des grandes entreprises pharmaceutiques, il y a plus qu'une réflexion. Des actions sont mises en œuvre pour faciliter cet accès à l'innovation et aux médicaments effectivement chers. ▀ ▀

Pr Louis LOUTAN

Je ferai une petite remarque par rapport aux médicaments contre le cancer. Il existe des protocoles et des médicaments qui sont tout à fait abordables. Vous devez vous méfier des médecins (je suis médecin, je suis capable de le dire !), car si vous commencez à accepter d'autres protocoles que ceux qui sont reconnus et qui vous permettent de traiter une forte proportion de malades à des coûts tout à fait absorbables pour un système de santé avec un budget limité, c'est terminé ! Il faut pouvoir évaluer ce que la recherche sort comme nouveaux médicaments, et c'est vrai que c'est extrêmement cher.

Je pense que cela ne veut pas dire que c'est tout ou rien, bien au contraire, si l'on a les bons protocoles — je reviens à ce qu'a dit Cécile Macé tout à l'heure. Il faut faire très attention.

J'étais au Cambodge il y a dix jours, il y a des pharmacies partout, un secteur privé extrêmement dynamique qui est en train de se développer à ce niveau. Mais quel est le contrôle de qualité des médicaments ? Quel est le contrôle du type de prescriptions faites en amont par rapport aux médicaments et aux tests diagnostics ? C'est un énorme problème que nous voyons se développer à l'heure actuelle dans le monde. C'est une éducation des médecins qui doit être faite à ce niveau. ▶▶

Cécile MACÉ

Je voudrais simplement ajouter, au sujet de cette prise en charge des cancers et du choix des traitements, que la révision qui va être faite de la section cancer dans la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS va justement se pencher sur les points suivants: quels cancers cibler en priorité dans les pays ? Pour ces cancers, quels types de produits, en recherchant toujours le bénéfice pour le patient, l'innocuité du produit et son coût abordable lorsque c'est possible ? Un travail de bénéfices/coût/efficacité est vraiment en train de se faire actuellement et il sera soumis à la discussion du comité d'expert, qui pourra aussi servir de guide avec une argumentation scientifique appuyée pour la sélection des produits qui pourront ensuite être pris en considération dans les listes nationales de médicaments essentiels et dans les protocoles thérapeutiques standard des pays.

Je pense que ce travail pourra aider l'ensemble des pays à définir eux-mêmes les produits prioritaires pour la prise en charge de ces cancers. ▶▶

DR ROGER KOLO

Premier ministre, ministre de la Santé, MADAGASCAR

« Ma réaction à chaud est qu'il faut constater que notre mode de vie, notre environnement, notre système économique, nous ont amenés à ce constat malheureux qu'est le développement actuel des maladies non transmissibles. C'est vrai qu'il y a d'autres raisons, dont les raisons génétiques mais, la plupart du temps, c'est le mode de vie qui est en cause. Il ne faut pas oublier qu'une maladie, c'est un équilibre. Ce n'est pas l'absence de microbes, mais lorsque le microbe se sent plus faible par rapport à votre état général que la maladie a le moins de chances de se développer. Alors n'oubliez pas que le meilleur pianiste que vous connaissez a commencé à jouer à l'âge de quatre, cinq ans ! C'est à l'âge de quatre, cinq ans qu'il faut éduquer les enfants et puis évidemment par la suite les autres aussi, à avoir un mode de vie avec, tous les jours, une activité — il faut inscrire cela, dans les écoles, partout où l'on peut éduquer à un mode de vie sain.

On a besoin bien sûr du Leem, et grand merci au Leem qui nous apporte les solutions médicamenteuses, mais qui à elles seules ne suffisent pas sur la longueur. On en arrive même actuellement à craindre les prises inconsidérées de médicaments. Il faut éduquer, éduquer, et toujours éduquer. Et pour cela il faut avoir de l'audace, encore de l'audace, toujours de l'audace ! ▶▶



Léné Sebgo, ministre de la Santé du Burkina Faso.

Rémy Laham, ministre de la Santé de Guinée.

SE Abderrazak Kilani, Ambassadeur, mission permanente de la Tunisie à Genève.

Patrick Rajoelina, conseiller spécial du Premier ministre, Madagascar.

Dr Roger Kolo, Premier ministre de Madagascar, ministre de la Santé.

Pr El Houssaine Louardi, Ministre de la Santé du Maroc.

Arthème Seleagodji Ahoomey Zunu, Premier ministre du Togo.

Dr Robert Sebbag (Sanofi).

Pr El Houssaine LOUARDI

Ministre de la Santé, MAROC

« C'est une excellente initiative, puisque c'est une réunion qui nous permet de nous écouter les uns les autres, d'échanger, de partager, mais également de produire. L'élément essentiel qui en ressort, concernant la prise en charge des maladies non-transmissibles, et les maladies en général — puisque, comme l'a dit un intervenant, il ne faut pas séparer les deux — c'est la couverture sanitaire universelle. D'abord parce que c'est une nécessité, et ensuite parce que tous nos concitoyens la réclament et la demandent. Et cela parce que c'est le seul moyen pour eux d'accéder à des soins de qualité, là où ils se trouvent, selon leur maladie et leurs besoins, et non pas selon ce qu'ils ont en poche, selon leurs moyens financiers !

Néanmoins, deux remarques : l'assurance maladie obligatoire, la couverture sanitaire obligatoire, ce n'est pas quelque chose de bénévole, comme je l'ai entendu dire dans la salle, parce que ce n'est pas une assurance maladie. Ce sont les jeunes qui paient pour les vieux, les non malades pour les malades, les riches pour les pauvres... La deuxième remarque, c'est que la couverture sanitaire universelle ce n'est pas une carte. Si l'on va dans un hôpital en ayant toute cette couverture, et que l'on n'a pas d'hôpital, et que l'on n'a pas de scanner, et que la radio est en panne, ce n'est pas une couverture sanitaire !

L'idée, c'est de revoir et de repositionner nos institutions au niveau du ministère de la Santé sur deux plans. Un, les ministères de la Santé dans nos régions doivent être uniquement, à mon sens, les garants d'une bonne répartition de l'offre de soins, de façon équitable et les garants de l'accès aux soins. Deux, les ministères de la Santé doivent se concentrer sur ce qu'ils doivent et qu'ils savent faire, c'est-à-dire soigner, au lieu de se disperser sur d'autres fonctions.

Par exemple pratiquement tous les ministères — et je parle du mien, le ministère de la Santé au Maroc ou dans les pays en voie de développement —, sont tous des ministères dispensateurs de soins, pourvoyeurs de financements, planificateurs et régulateurs. Ils font tout, et quand on fait tout, on ne fait rien ! ▶▶



Dr Karim BENDHAOU
Président Merck Afrique
du Nord-Ouest, **TUNISIE**

“ Le débat était très enrichissant, les orateurs assez précis sur le sujet. Je dirais que les temps forts ont été ceux de la coopération entre les télécommunications et les institutions de santé en général — cela, c’est vraiment le futur — là aussi, l’honnêteté avec laquelle l’industrie pharmaceutique a exprimé sa position et le renforcement du concept du partenariat public/privé qui là, aujourd’hui a pris toute sa dimension. ”

Dr Robert SEBBAG
Sanofi, **FRANCE**

“ J’essaie d’être à la fois orateur et spectateur. En tant que spectateur, j’ai trouvé qu’il y avait une représentation politique forte, à la fois en qualité et en quantité de pays. Avoir deux premiers ministres avec nous, c’est important, parce qu’ils peuvent véhiculer un certain nombre de messages. J’ai trouvé les différents orateurs très clairs, ils ne se sont pas écartés de leur sujet, ils ont apporté beaucoup de choses — et c’est tout à l’honneur de l’industrie pharmaceutique et du Leem d’avoir réussi à regrouper tous ces gens sur un sujet qui n’est pas un sujet facile a priori. Je crois que l’on a joué la transparence : la notion de prix du médicament a été abordée et il était normal que l’on y réponde. Donc, bon message et très bon niveau, à tous points de vue : pour moi, c’est peut-être l’une des meilleures éditions de ces Rencontres. ”

Dr Cécile MACÉ
Conseiller Technique Politiques **OMS**

“ C’est très important que l’ensemble des partenaires se réunisse pour évoquer ces questions d’accès aux traitements des MNT. Nous sommes dans un processus où les pays commencent à développer les interventions à mettre en œuvre pour essayer de faire face à ce fléau, cette charge nouvelle, et il est bien que nous ayons ce genre de forum où tous les acteurs intervenant dans ces pays puissent réfléchir aux solutions proposées et voir comment accompagner ces pays dans leurs choix et les options qu’ils vont prendre pour répondre à ces pathologies-là, sachant que l’on est dans un domaine où l’on ne bénéficie pas de l’attention des bailleurs de fonds, comme c’est le cas pour les maladies transmissibles. Il faut donc que les pays inventent des procédés et des solutions à leur portée afin de les assumer eux-mêmes, dans la mesure où l’on est aussi dans des pathologies chroniques et donc de longue durée. Il faut donc que les systèmes nationaux soient en place, sachant qu’il y a toute la question du financement de ces traitements, et l’approche de la couverture sanitaire universelle peut leur permettre effectivement d’apporter une réponse à des interventions prioritaires qui vont être financées par les assurances maladies. Il faut effectivement les aider aussi à cibler les actions prioritaires et les produits à rembourser en priorité pour ne pas non plus mettre en péril ces systèmes. ”

Pr Louis LOUTAN
Président du Geneva Health Forum, **SUISSE**

“ C’est effectivement la première fois que je participe à ces Rencontres et je suis impressionné par le nombre et la qualité des participants. Un parler d’une quinzaine de ministres, ce n’est pas tous les jours que l’on voit cela ! Ce que j’ai trouvé intéressant c’est que chacune des interventions a abordé de bonnes questions, et que tout le monde est concerné par le sujet. Ce que Robert Sebbag a dit — que c’est grâce à la lutte contre le sida que l’on parle des maladies non transmissibles — je ne suis peut-être pas tout à fait sûr de cela, mais le problème des maladies non transmissibles est devenu tellement gigantesque que l’on ne peut plus le cacher et que l’on est obligé de s’en occuper. Cela ne veut pas dire qu’il faille abandonner le sida ! Mais jusqu’à présent, il n’y a pas de Fonds mondial pour s’occuper des maladies cardiovasculaires, c’est tellement gigantesque, il y a de quoi donner le tournis aux ministres de la Santé, chez nous comme là-bas ! C’est une opportunité parce que, pour une fois, nous avons des problèmes de santé communs. Allons-nous changer aussi de paradigmes de collaboration ? Est-ce que c’est toujours la Coopération qui va donner des sous à des pays moins dotés que nous, allons-nous continuer à fonctionner de cette façon, peut-être en partie, parce que les moyens disponibles sont faibles, n’y aurait-il pas aussi d’autres types de collaboration à installer ? Des partenariats entre hôpitaux, par exemple : avec l’Internet la télémédecine, il y a beaucoup de pistes à explorer et à développer. Il ne faut pas rêver, il faudra tout de même financer tout cela, mais je suis convaincu qu’il y a un effort majeur qui devrait être fait au niveau de l’information du public, en Afrique comme ailleurs. Au Geneva Health Forum, nous avons reçu l’ancien ministre turc, qui a révolutionné le système de santé de son pays. Il s’est battu contre les “pharma”, contre les associations de médecins et d’infirmières, contre les politiques — il y a des lobbies, des corporatismes partout, cela fait partie de la réalité — mais l’allié le plus important, celui qu’il faut convaincre, c’est le public ! Ce n’est pas contre l’industrie pharmaceutique, on a évidemment besoin d’elle, et je suis parfaitement d’accord avec Robert Sebbag lorsqu’il met en garde en disant : « Regardez, il n’y a plus d’innovation dans les antibiotiques ! » Alors, qui va faire le travail ? Il y a bien des scientifiques dans le secteur académique, mais ce ne sont pas eux qui vont produire ! C’est évident que l’on a forcément besoin de ce partenariat avec l’industrie et aussi que le retour sur investissement est une obligation pour que le système économique fonctionne. Lorsque la population est derrière vous parce qu’elle a besoin d’avoir accès à des soins de base et qu’elle va appuyer un gouvernement qui va dans ce sens, là, vous êtes gagnant. Et tout cela passe par de l’information. Pour l’information, on dispose aujourd’hui d’une gamme large de moyens d’action. Le domaine médical est très conservateur, il n’a pas été le premier à se jeter dans les nouvelles technologies mais on y vient. Avec les maladies chroniques, la couverture santé universelle devient une nécessité. C’est un problème complexe, qui signifie que l’on ait de grosses machines derrière. Pourtant en Europe, il y a cent ans, on a commencé par de petites mutuelles. On les a perdues, en France au profit d’une Sécurité Sociale mammoth, tandis qu’en Suisse elles ont convergé pour devenir des groupes d’assurances, de plus en plus importants et de moins en moins nombreux. Et l’on se retrouve dans une situation, en Suisse comme en France, de combat entre prestataires de soins, médecins, infirmières par rapport à la Sécurité Sociale, par rapport aux assurances qui sont vues comme des méchants qui les coincent — avec la population, captive, au milieu. C’est très mauvais ! Au départ, une mutuelle était une communauté



Mamesselle Asshi, Directeur général (Cameg Togo) • Moussa Sanfo, Directeur (Cameg Burkina Faso).
Annette Seck Ndiaye, Directeur (Pharmacie nationale d’approvisionnement du Sénégal) • Dr André Mama Fouda, ministre de la Santé du Cameroun.
Tomas Mecheba Fernandez Galilea, ministre de la Santé de la Guinée Equatoriale.
Dr Marguerite Samba, ministre de la Santé de la République Centrafricaine • Ousmane Kone, ministre de la Santé du Mali.

CONCLUSIONS

qui payait et attendait un retour sur investissement, un rapport beaucoup plus clair et sain. Il y a une réflexion à mener sur la façon de relancer cela pour redonner du sens. Ce sont des combats stériles, on a besoin de tous, il faut que les gens se parlent ! On ne peut pas avoir des coûts qui crèvent le plafond, en même temps les gens doivent être rémunérés, ou alors on arrivera à un système à l'américaine où, avant de prescrire une IRM ou un CatScan, vous devez avoir le OK de l'assurance... Et la personne qui vous donne ce OK est une infirmière qui est dix fois moins compétente que vous, parce qu'il n'y a plus de confiance entre les partenaires — et cela c'est la fin d'un système. Et ce système, à la sortie, n'est pas meilleur marché... ▶▶



Pr Yunkap KWANKAM
Président Global e-Health
Consultants, Directeur exécutif
International Society
for Telemedicine e-health

▶▶ Retraité de l'OMS, où j'ai été responsable de la division e-santé entre 2004 et 2008, je suis resté à Genève pour créer mon bureau d'études et diriger International Society for Telemedicine e-health, qui regroupe une quarantaine

de pays ainsi que des institutionnels et industriels dans une quarantaine d'autres pays. J'ai beaucoup apprécié ces Rencontres, j'en connaissais l'équivalent côté Commonwealth et je suis ravi d'être là, cela a été très intéressant pour moi. Le ministre de la Santé du Maroc a souligné l'importance des stratégies et des plans nationaux dans différents domaines, il en est de même pour l'utilisation des TIC (technologies de l'information et de la communication) en e-santé, ce sont comme des rails sur lesquels on peut les lancer. On dit même que l'existence d'une telle politique est l'indicateur de la réussite de l'e-santé dans un pays. En puisant dans la banque de données de l'Observatoire mondial de e-santé, au sein de l'OMS, les résultats de mes recherches montrent que seuls 48% des pays de la Francophonie ont une stratégie en matière d'e-santé. Pire encore, cette faible note (on n'a pas la moyenne) est la meilleure de toutes les communautés. Le Commonwealth n'est qu'à 35%, l'ensemble des pays de l'OMS est à 44%. Mais que 42% des pays francophones n'aient pas accès, au XXI^e siècle, à tous les avantages que les TIC peuvent apporter dans le domaine de la santé n'est pas une bonne nouvelle ! Une santé sans TIC n'a pas de sens ! Ce qui est un peu décourageant, c'est qu'une résolution a été adoptée en 2005, et qu'en neuf ans on aurait pu faire mieux. La fracture numérique se manifeste encore dans les pays de l'OIF. Les pays de l'Europe sont à 96%, tandis que certaines zones, en Asie par exemple, sont à 6 ou 7%. Par manque de stratégie, très peu de pays reconnaissent la profession d'expert en m-santé ou en e-santé : cela signifie que, tout en reconnaissant que c'est un outil fondamental pour construire le système de santé de l'avenir... on le laisse à des amateurs ! Dans les neuf catégories de professionnels de la santé reconnues par l'OMS, on n'y trouve pas le métier d'expert en e-santé : il faut absolument que cela change ! ▶▶

Philippe LAMOUREUX

Directeur général du Leem, FRANCE

▶▶ Au terme de ces 16^e Rencontres entre le Leem, l'OIF et les pays francophones, je tiens à remercier tous les intervenants et particulièrement les Premiers ministres et ministres présents de nous avoir honorés de leur présence, et enrichi nos réflexions par leur participation à nos échanges. Je souhaite une nouvelle fois saluer la présence du Dr. Roger Kolo, Premier ministre ET ministre de la Santé de la République de Madagascar, qui nous a fait le très grand honneur de sa visite et de son témoignage. Merci aussi à notre partenaire l'OIF et à son Ambassadeur Ridha Bouabid pour son soutien. Je voudrais aussi remercier, aux côtés des acteurs institutionnels nationaux et internationaux, des acteurs associatifs et des professionnels de santé, l'ensemble de nos amis industriels ici présents. Puissent ces quelques heures passées ensemble nous permettre une fois encore d'avancer dans nos réflexions communes et de les traduire dans des actions concrètes au service des patients, en contribuant utilement à la lutte contre les maladies non transmissibles, dans ce concept de responsabilité partagée que nous avons souhaité mettre aujourd'hui en avant, et qui nous engage tous, chacun à son niveau. ▶▶



Catherine FIANKAN-BOKONGA
Journaliste, vice-présidente
de l'Association de la presse
étrangère, SUISSE

▶▶ Il y avait cette année un magnifique aréopage, des personnalités à la fois diverses mais avec une grande expérience à partager, qu'il s'agisse d'expériences nationales comme avec les ministres de la Santé de la Côte d'Ivoire

ou du Maroc, et aussi la chance d'avoir un Premier ministre malgache qui est en même temps ministre de la Santé, ce qui montre l'implication et l'importance du domaine de la santé pour beaucoup de pays en développement.

Je dirai aussi que nous avons, au-delà des spécialistes du secteur, M. Hamadoun I. Touré, Secrétaire général de l'Union Internationale des Télécommunications, qui nous a mis sur les nouvelles pistes à suivre pour les défis du vingt et unième siècle et l'utilisation des nouvelles technologies au service de la santé afin d'améliorer le quotidien de la vie des personnes.

On a l'impression que les choses bougent et il était très intéressant de voir que la couverture médicale universelle est maintenant tout à fait prioritaire sur les agendas. C'était aussi très intéressant d'entendre le ministre de la Santé du Gabon expliquer que son pays a fonctionné de manière inverse, c'est-à-dire en s'occupant d'abord des plus démunis pour finalement prendre en charge les nantis, qui n'ont aucun problème pour payer une couverture médicale.

Il est vrai que nous entrons dans un siècle, je pense, plus altruiste, et où l'on est obligés de s'intéresser à ses voisins... ▶▶



Pierre Savart (Leem) • Pr Jean Nève • Abderrahmane Alaoui, directeur de la Planification et des Ressources financières, ministère de la Santé du Maroc.
Pr Abderrahmane Maaroufi, directeur d'Épidémiologie du Maroc.

S.E. Dr Félix Kabange Numbi Mukwampa, ministre de la Santé de République du Congo RDC • Jean-Daniel Ruiz (Leem).
Lionel Laplace, directeur Afrique (Innotech International) • François Ibovi, ministre de la Santé et de la Population du Congo Brazzaville.

Professeur Jean-Pierre FOUCHER
Président de l'Académie Nationale
de Pharmacie, **FRANCE**



Je suis très heureux d'être ici aujourd'hui pour remettre le prix de la Francophonie de l'Académie nationale de pharmacie de France. Cette remise, depuis 2000, a lieu presque tous les ans. Il peut paraître surprenant qu'elle ait lieu au sein de cette réunion ; il y a deux raisons à cela. La première est que ces Rencontres sont placées sous le patronage de l'OIF. La deuxième est que le Leem est partenaire, avec l'Académie nationale de pharmacie, de ce prix de la Francophonie. Nous

remettons le prix 2013, et je suis surpris que le hasard ait voulu que le lauréat ait fait énormément de travaux dans le cadre la prévention, de la nutrition, et également dans la mise au point de médicaments anti-inflammatoires.

Le prix de la Francophonie que je vais remettre aujourd'hui est un prix d'une valeur de 2 500 euros décerné en partenariat avec le LEEM à un pharmacien de nationalité étrangère. Le but est de récompenser ce pharmacien, et de promouvoir et mettre en œuvre les activités professionnelles et les travaux qu'il a établis. Il faut que ces travaux aient eu un impact important en termes de santé publique, soit directement dans le pays du lauréat, soit dans la région de l'OMS à laquelle il appartient, soit sur le plan international, en particulier dans les pays francophones. **Aujourd'hui, c'est la Belgique qui a un lauréat.**

Jean Nève est docteur en sciences pharmaceutiques, diplômé de l'Université libre de Bruxelles. Il est directeur du laboratoire de chimie pharmaceutique de cette université, professeur titulaire du cours "Étude des médicaments organiques". Ses travaux de recherche portent sur la nutrition humaine et plus particulièrement sur la caractérisation et l'étude de micronutriments essentiels. Ses collaborations avec d'éminents cliniciens ont débouché sur d'importantes applications dans le domaine biomédical et lui valent une compétence internationalement reconnue en ce qui concerne la détermination des oligo-éléments, la mise au point de compléments nutritionnels et l'étude des conséquences des carences d'apport en micronutriments, ainsi que leur relation avec divers processus dégénératifs. Sur ce sujet, il fut un pionnier.

Ses travaux de recherche ont donné lieu à plus de 300 publications scientifiques de très haut niveau. Ses résultats ont été présentés lors de grands congrès scientifiques internationaux et récompensés par plusieurs prix, dont le prix quinquennal des sciences pharmaceutiques et thérapeutiques de l'Académie royale de médecine. Il a été honoré du titre de docteur honoris causa dans une université russe et il est auteur de plusieurs ouvrages scientifiques.

À côté de ses activités scientifiques, Jean Nève met ses compétences au service de la collectivité. Il est membre de la Chambre des médicaments et de la commission de la transparence, il est membre du Centre d'information pharmacothérapeutique, président du Conseil supérieur de la santé, expert auprès de plusieurs instances scientifiques nationales et internationales ; il a été président de la Commission des sciences pharmaceutiques du Fonds national de la recherche scientifique au sein duquel il créa deux groupes contact : micronutriments et phénomènes oxydatifs et antioxydants. Il est membre de l'Académie royale de médecine de Belgique. Il est impliqué dans divers projets en matière de nutrition dans le développement du plan national de nutrition santé en Belgique à la conception duquel il a participé. C'est un projet de recherche visant à documenter de manière dynamique l'alimentation des Belges et leur état de santé. Il contribue à la mise sur pied d'un véritable programme de nutrition, élément manquant dans cette approche de la santé.

Ainsi, pour ses différents engagements, pour tous ses travaux qui ont eu un impact important dans la santé publique, dans son pays, mais aussi dans le monde, l'Académie nationale de pharmacie a-t-elle décidé de lui attribuer en 2013 le prix de la Francophonie que je suis très heureux de lui remettre aujourd'hui. ▶▶

Professeur Jean NÈVE
Pharmacien, Lauréat 2013 du prix de la Pharmacie
francophone, président de la Haute Autorité
de Santé, **BELGIQUE**



Vous avez entendu un éloge académique, M. le président de l'Académie de pharmacie de France a rappelé ma désormais longue carrière, puisque je fête mes quarante ans de diplôme. Contrairement à beaucoup de personnes que nous avons entendues, je n'ai pas de responsabilité politique et j'ai été très admiratif d'entendre les représentants des pays francophones évoquer leurs politiques de santé dans ce domaine des MNT. De mon côté, j'ai fait une carrière purement académique, de scientifique, de professeur, mais aussi une carrière au service de la Belgique et des médicaments, ainsi que de la santé, puisque j'ai le grand plaisir d'être actuellement président de la Haute autorité de santé de Belgique. Il est vrai que la Belgique

fait partie des pays privilégiés; quand on entend les problèmes qui touchent l'Afrique, on est évidemment un peu gêné par rapport au luxe que nous connaissons. Mais dans cette belle profession de pharmacien que nous représentons, à la fois en France, en Belgique et dans beaucoup d'autres pays, nous sommes particulièrement soucieux de la qualité des médicaments. Nous avons beaucoup parlé de maladies aujourd'hui, non transmissibles et transmissibles. Nous avons sous-entendu que l'un des moyens d'action était bien entendu les médicaments. Une grande partie de ma carrière a justement été consacrée à la qualité de ces médicaments et de ces traitements. C'est le rôle du pharmacien, LE spécialiste du médicament. Je voudrais, pour terminer, remercier les organisateurs de ces Rencontres, qui mettent en présence les responsables politiques et l'industrie pharmaceutique. L'industrie est beaucoup critiquée, parce qu'il est vrai que les bénéfices sur certains médicaments sont importants, mais j'ai moi-même vécu la problématique des médicaments moins chers, les fameux génériques, en Belgique, depuis une quinzaine d'années. La réponse de l'industrie est tout à fait exemplaire et j'ai entendu encore ici les intervenants montrer à quel point ils sont conscients que les prix des médicaments doivent absolument être diminués, et surtout négociés. Je ne peux que vous encourager au dialogue, c'est ce que j'ai fait dans mon pays, avec les différents ministres de la Santé que j'ai connus. Un dialogue entre responsables politiques et responsables de l'industrie est extrêmement bénéfique. Tout le monde a à y gagner. Je voudrais dire que la qualité est importante, la qualité se paye aussi. Il ne faut pas vouloir des médicaments aux prix les plus bas possible si derrière se trouvent des médicaments falsifiés, de mauvaise qualité. Nous avons dit aussi que le prix d'un médicament représente l'innovation. Nous avons besoin d'innovation, nous l'avons montré. Même dans des pays moins favorisés l'innovation est importante, que ce soit pour les anticancéreux ou l'hépatite C. ▶▶

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

La chose importante pour moi, dans ces échanges, c'est le dialogue qui s'installe entre les politiques - il y avait ici de nombreux responsables - et puis l'industrie, entre les problèmes des uns et les tentatives de solutions des autres, je trouve cela fructueux, d'autant plus que ce dialogue peut manquer dans l'exercice courant de la politique.

J'ai beaucoup suivi les ministres de la Santé en Belgique, et je leur ai toujours reproché de ne pas avoir ce dialogue avec l'industrie du médicament, je trouve que l'on ne fait pas une politique en imposant des choses. J'ai vécu l'histoire des génériques en Belgique, après la France, puisque c'est elle qui a ouvert la porte, j'ai trouvé les décisions prises par les politiques extrêmement dogmatiques, ne prenant pas en compte toute une série de paramètres comme par exemple la recherche et l'innovation. Or, dans l'argent du médicament, il y a bien plus que la petite pilule que l'on avale !

C'est cet espace de dialogue (francophone effectivement, ce qui rend les choses d'autant plus faciles !) que je trouve extrêmement intéressant et c'est un peu une découverte pour moi. ▶▶

AGIR

LE LEEM S'ENGAGE

LES PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS 2013-2014

Dans le cadre du Comité Afrique du Leem, diverses actions ont été menées visant à renforcer les partenariats avec les autorités et professionnels de santé pour améliorer l'environnement réglementaire et l'accès aux médicaments de qualité dans les pays africains.

Dans ce cadre, le Leem a organisé diverses réunions ou est intervenu lors de manifestations sectorielles comme le Forum Pharmaceutique International de Marrakech (juin 2013) et a participé au Forum Union Européenne /Afrique dédié à la Santé en septembre 2013 à Bruxelles.

RÉUNION LEEM/OIF MAI 2013 GENÈVE

La réunion annuelle organisée par le Leem en partenariat avec l'Organisation Internationale de la Francophonie pour les délégations des pays francophones présents à l'occasion de l'Assemblée générale de l'OMS s'est tenue le 19 mai 2013 sur le thème de "L'accès aux médicaments de qualité : Stratégies et Enjeux régionaux." Dix ministres de la santé, vingt-deux délégations nationales et de nombreux représentants d'ONG et d'organisations internationales étaient représentés et ont partagé leur vision et leur expertise sur des sujets d'actualité.



RÉUNION LEEM/DPM MARS 2014

Le Leem a organisé la 17^e édition des réunions annuelles entre le Leem et les Directeurs de la Pharmacie des dix-sept pays d'Afrique francophone subsaharienne, en mars 2013 à Dakar et la 18^e édition à Yaoundé en mars 2014. Ces réunions ont permis de faire un point sur les progrès enregistrés dans le processus d'harmonisation des procédures d'homologation des médicaments, dans la lutte contre la contrefaçon et les marchés illégitimes et dans la mise en place de réseaux de pharmacovigilance.



HARMONISATION DES LÉGISLATIONS

Le Leem a poursuivi, à travers différentes rencontres avec les représentants de l'UEMOA et de l'OCEAC, sa contribution au programme d'harmonisation des réglementations pharmaceutiques en Afrique Subsaharienne et a assuré une interface active entre les laboratoires et l'UEMOA dans le cadre de l'implémentation des premiers textes harmonisés parus fin 2010 et mis en place progressivement dans les différents pays en 2011, 2012 et 2013. Au niveau de l'OCEAC, à la suite de la parution des textes harmonisés en 2013, le LEEM et l'OCEAC ont décidé d'un nouveau partenariat afin de faciliter la mise en œuvre de ces textes dans les différents pays de la zone.

RENÉ CAZETIEN, Président du Comité Afrique du Leem, FRANCE



Nous avons eu une belle édition, avec du beau monde — quinze ministres dont deux sont également premiers ministres ! — et de belles contributions sur un sujet vraiment porteur. Après avoir majoritairement abordé, les années précédentes, l'accès aux médicaments pour lutter contre les maladies transmissibles, on touche aujourd'hui au domaine des maladies non transmissibles, qui n'est peut-être pas nouveau, mais qui n'a jamais été regardé de cette manière, sur lequel il n'existe pas de financements internationaux, et devient un problème majeur dans les pays en développement. Tout cela n'est pas qu'un problème de prix : si ce n'était que cela, on serait capable de guérir toutes les maladies du monde !

Des partenariats sont indispensables puisque ces maladies ne sont pas gérées, que l'on manque énormément de médecins, les infirmiers ne peuvent pas prendre en charge seuls le diabète ni ces maladies plus complexes...

Il faut être présents, les aider, faire des formations, de la e-santé. Le cancer aujourd'hui est une question cruciale — quand on connaît le prix des anti-cancéreux, si élevés, que fait-on pour ceux qui ne peuvent les payer ?

En même temps la recherche nécessite des fonds, que l'on ne peut tirer des antibiotiques dont les prix ne permettent plus de dégager des marges suffisantes, on est sur des produits plus techniques... Que fait-on pour ces pays ? C'est là qu'intervient la politique des prix différenciés.

LES ACTIONS LEEM 2013-2014

Nous avons vécu une année intéressante sur la traçabilité, avec de nombreuses réunions régulières, une bonne réunion avec les DPM à Yaoundé, riche et intéressante autour la contrefaçon, un bon séminaire sur l'accessibilité, la place des génériques, l'industriel et la fabrication en Afrique, le Nigéria avec une belle intervention sur les problèmes réglementaires. Nous avons vraiment beaucoup de sujets forts, nous sommes dans une période où l'on parle du médicament de manière large : je trouve que l'on progresse bien. Il faudrait aussi que davantage de laboratoires s'investissent, mais ceux qui le font sont très impliqués.



MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE TRAÇABILITÉ DE NIVEAU INTERNATIONAL

À la suite de l'initiative de certains pays africains de développer des systèmes de traçabilité sur le médicament qui leur soient spécifiques, le Leem est intervenu auprès des autorités concernées pour les sensibiliser aux contraintes industrielles et à la nécessité de développer des systèmes harmonisés. Dans ce cadre, le Leem a consacré son séminaire annuel sur l'Afrique francophone du 18 décembre 2012, aux "Enjeux de la sécurisation du circuit pharmaceutique au niveau régional et international", en présence de différentes parties prenantes et de spécialistes de la distribution, de la traçabilité et de la lutte contre les marchés illicites. Pour faire suite aux conclusions de ce séminaire, un groupe de travail sur le développement du système Data Matrix en Afrique a été constitué et plusieurs rencontres ont été organisées en Afrique sur ce thème en 2013 ainsi qu'un séminaire à Yaoundé en mars 2014 en présence des autorités camerounaises, des Directeurs de la pharmacie et du médicament d'Afrique subsaharienne et de différentes parties prenantes.





LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT

Président Patrick ERRARD

Directeur général Philippe LAMOUREUX

Directeur des affaires économiques et internationales Éric BASEILHAC

Directeur des opérations internationales Pierre SAVART

88 rue de la Faisanderie 75116 Paris.

Téléphone : +33 1 45 03 88 88.

www.leem.org

Conception et réalisation éditoriale

Josette Milgram-Todorovitch pour StayLa Multimédia.

Réalisation graphique

StudioNext.

Photos

StudioCasagrande pour le Leem • Ivoire santé publique • medicalexpo.fr • APIDPM Santé tropicale • Antoine Délicat • Fotolia.com : 4designersart, Tomramzul, Viperagp, Pink Candy, Minerva Studio • D.R.

Impression

Imprimerie Jaurès.

Papier recyclé sans chlore.

© Leem 2014.