



# **LES PHARMACIENS D'OFFICINE DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME, L'EXPÉRIENCE DU PROJET PALU-PO**

**Table ronde : Synthèse des échanges**

**VENDREDI 9 JUIN 2017**  
Espace Saint Martin - PARIS

## Sommaire

Ouverture – Introduction .....	3
Session I : Présentation des principaux résultats obtenus dans le cadre du projet « PALU-PO » ...	3
Session II : La place de la pharmacie dans le continuum de soin .....	9
Session III : Les défis du partenariat public-privé .....	12
L’expérience du Fonds mondial en collaboration avec le secteur privé (AMFm et autres).....	17
Les bonnes pratiques de prise en charge du paludisme simple en officine. Mise à disposition des TDR.....	21
Conclusions et clôture.....	24

## Ouverture – Introduction

Madeleine Leloup, Présidente de ReMeD

### Madeleine Leloup

Bonjour à tous et bienvenue à ce forum. Je suis la présidente de ReMeD, organisme qui a organisé la coordination du projet dont nous allons vous présenter les résultats, aujourd'hui. Il s'agit d'un projet intitulé *Contribution des pharmaciens d'officine à la lutte contre le paludisme par adhésion aux directives et bonnes pratiques prônées par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, déployés au Mali, au Burkina Faso et au Bénin.*

Monsieur Alassane Ba, responsable du CHLP à Clermont-Ferrand, va interviewer les trois coordonnateurs pays sur les résultats de ce projet, ce qui constituera la première partie de cette journée.

La seconde partie portera sur la place du pharmacien dans le *continuum* de soin et tachera de présenter les observations formulées suite à un certain nombre d'enquêtes portant sur l'activité des pharmaciens d'officine, dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Enfin, l'après-midi sera consacré à la problématique du partenariat public et privé et se subdivisera en deux parties bien distinctes. La première sera axée sur le point de vue des institutions et des pays et la seconde sur celui des bailleurs, illustrée notamment par une présentation du CCM du Fonds mondial et de l'OMS.

Tel est le programme de cette journée. Merci encore pour votre présence. Je cède la parole à Alassane Ba et j'invite les coordonnateurs pays à venir nous rejoindre sur l'estrade.

## Session I : Présentation des principaux résultats obtenus dans le cadre du projet « PALU-PO »

Animateur : Alassane Ba, Directeur, CHMP

- Nouhoum Coulibaly, Coordonnateur Mali
- Habib Ganfon, Coordonnateur Bénin
- Madeleine Leloup, Directrice du projet
- Clotaire Nanga, Coordonnateur Burkina Faso

### Alassane Ba

Bonjour. Je souhaite, d'abord, rappeler quelques éléments contextuels. Depuis quelque temps, on parle beaucoup de démocratie sanitaire et de continuité de soin, à savoir l'accès pour tous, aux services sanitaires. Le pharmacien d'officine se situe au cœur de cette démarche, car il demeure l'interlocuteur privilégié de la plupart de malades, dans nos pays. C'est pourquoi il importe de rester innovant et j'estime que ce projet est en accord avec cette volonté d'innovation et qu'il permettra de démontrer que les pharmaciens d'officine demeurent au cœur de ce dispositif. J'espère que les résultats qui vont être présentés permettront de dupliquer cette initiative dans d'autres pays et de le contextualiser afin de souligner que rien ne peut se faire sans les pharmaciens d'officines.

J'ai préparé un certain nombre de questions pour les coordonnateurs pays. Tout d'abord, je pense qu'il serait bon que vous rappeliez la genèse du projet, l'initiative originelle. Il serait également pertinent de présenter la méthodologie de déploiement du projet dans vos pays respectifs ainsi que les partenaires et les contributeurs. Enfin, en termes de résultats, a-t-on découvert quelque chose que personne n'avait vu ? Et comment peut-on lancer un projet sous-régional pour aller convaincre les bailleurs de fonds de la pertinence de ce type d'initiative.

## **Madeleine Leloup**

Je souhaite évoquer le projet et les raisons qui ont présidé à sa mise en place. Ce projet est né en 2011, à partir du constat que les programmes de soutien et de lutte contre le palu financent les secteurs publics et parapublics, mais que les financements à destination du secteur privé sont quasiment inexistantes. L'argument principal, pour justifier cette carence, est que le secteur privé n'en a pas besoin, car il dispose des fonds nécessaires pour se financer. C'est exact, mais des stimulations ou des formations permettraient d'amener le secteur privé à s'aligner sur les objectifs de santé publique universelle.

Telle était l'idée originelle du projet. En outre, il a été décidé d'opter pour une approche spécifique, en se concentrant sur une seule pathologie, très répandue dans le contexte africain et poussant les gens à se rendre chez le pharmacien. Ces critères désignaient tout naturellement le paludisme.

Ce projet s'est limité aux capitales et aux grandes villes, car c'est là que se situent les pharmacies. Je rappelle que la moitié des pharmacies du Mali sont à Bamako.

L'un des objectifs principaux de ce projet est de démontrer que les pharmaciens ont un rôle à jouer dans la lutte contre le paludisme, notamment parce que ce sont eux qui distribuent les médicaments à la majorité des patients, qui ont souvent des réticences à s'adresser aux centres publics de santé.

J'ajoute que, sur les cinq pays que j'ai sollicités, trois seulement ont répondu à mon appel : le Mali, le Bénin et le Burkina.

## **Nouhoum Coulibaly**

Je suis ravi de participer à ce débat. J'estime qu'il est important que le secteur privé communique, d'une manière efficace, sur le travail effectué auprès des malades. Il ne le fait pas assez. Des programmes nationaux existent et, dans le cas du Mali, des alliances sont formées jusqu'à ceux qu'on appelle les agents communautaires, présents dans les villages et formés pour gérer la proximité avec les malades. Et, de l'autre côté, vous avez des pharmaciens qui travaillent, qui produisent, mais qui ne communiquent pas avec les autres acteurs du système de santé. Je considère que c'est ce cloisonnement qu'il faut briser et c'est tout l'intérêt de ce travail.

## **Clotaire Nanga**

Je voudrais apporter un petit complément aux propos de Madeleine. Le projet a été bâti sur un certain nombre de présomptions. En effet, je rappelle que beaucoup de gens souhaitent obtenir un anti paludisme, auprès du pharmacien, sans ordonnance. Cette situation prouve, s'il en était besoin, qu'il est nécessaire de dispenser une formation *ad hoc* aux pharmaciens d'officine. Or, pendant longtemps, ce n'était pas le cas. Le secteur privé n'était pas pris en compte dans les politiques publiques de formations des acteurs du système de santé.

La situation est en train d'évoluer et il y a lieu de s'en réjouir même s'il y a encore beaucoup à faire.

## **Habib Ganfon**

Je partage entièrement l'opinion de mes collègues. La situation des pharmaciens est identique au Bénin et je déplore ce cloisonnement. Il existe des liens ponctuels, émergeant dans des cas précis, mais aucune initiative n'a tenté d'intégrer durablement les pharmaciens d'officine dans les programmes de formation.

## **Madeleine Leloup**

Je n'ai rien à ajouter. Je regrette simplement que le Cameroun ne participe pas à ce projet, car le palu est un mal endémique dans ce pays.

## **Alassane Ba**

Ma seconde question est très pragmatique. Quels sont les résultats de ces recherches ? Avez-vous fait des découvertes inédites ?

## **Habib Ganfon**

Je pense qu'il est nécessaire d'expliquer la méthodologie. Le projet a débuté avec une étude *baseline* afin de faire une photographie d'un concentré de pharmacies d'officine représentatives pour obtenir des éléments sur les méthodes de prise en charge des cas de paludisme. Il s'agissait de faire émerger les contours d'une formation idéale à dispenser aux pharmaciens béninois. Suite à cette étude, un atelier de formation a été mis en place en collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre le paludisme afin d'éclairer les acteurs officinaux sur les recommandations, notamment en termes de combinaison de molécules, et d'actualiser leurs connaissances.

À l'issue de cet atelier, nous avons engagé une étude de suivi destinée à observer l'évolution des pratiques et une éventuelle amélioration consécutive au déroulé du projet. C'est dans ce but que nous avons organisé régulièrement des ateliers de restitution afin de quantifier ces améliorations. La plupart des acteurs ont été conviés à ces ateliers, notamment des organismes privés qui ont montré un grand intérêt à ce projet.

## **Clotaire Nanga**

Dès le début du projet, il était nécessaire de s'assurer de l'accord du ministère de la Santé. Je me suis déplacé pour rencontrer le secrétaire général du ministère afin d'avoir une discussion franche avec lui sur les objectifs du projet. Très vite, la discussion a dévié vers les problématiques financières. Qui finance ? Comment ? Il a fallu lui apporter des éléments de réponses. Après l'obtention de l'accord du ministère, il fallait celui de l'ordre des pharmaciens, garant de l'exécution du projet. Puis, nous avons initié la conception d'une monographie portant sur les pratiques de dispensation de médicaments antipaludique dans les officines des deux plus grandes villes du Burkina Faso. L'élaboration de cette monographie constituait un prélude aux formations que nous avons dispensées aux acteurs officinaux. Ces formations ont été suivies par une étude de suivi de 18 mois afin de mesurer l'impact de cette initiative sur les pratiques officinales.

## **Nouhoum Coulibaly**

La méthodologie retenue au Mali est globalement la même que celle qui a été détaillée par mes collègues.

## **Alassane Ba**

Quels ont été les résultats ? Avez-vous collaboré avec des partenaires internationaux ? Comment envisagez-vous l'avenir et la pérennité du projet ?

## **Nouhoum Coulibaly**

Notre principal partenaire était ReMeD, mais je souligne que d'autres partenariats sont en train de se

constituer. Le principal apport du programme a été de constituer un document détaillant les pratiques de prise en charge des cas de paludisme par les pharmaciens, afin de vérifier si celles-ci sont en adéquation avec les directives du programme. Il s'agissait principalement de vérifier que les acteurs officinaux avaient connaissance du programme. La plupart en avaient entendu parler, mais ne disposaient pas de connaissances précises sur les directives. C'était l'un des objectifs principaux de la formation de départ. Il était également nécessaire de vérifier que les médicaments recommandés par le programme étaient disponibles dans les officines. C'est le cas, mais le prix élevé de certains d'entre eux empêche une partie de la population de les acquérir. Le programme a également introduit un nouveau concept : il faut d'abord confirmer puis traiter. À l'origine, la solution retenue était le traitement préventif. Or, cette pratique, largement plébiscitée par les officinaux n'était pas conforme aux directives du programme. Cela a donné lieu à des discussions très animées, car les officinaux avaient du mal à accepter la non-conformité de leurs actes.

### **Alassane Ba**

Je retiens que vous ne disposez pas des tests de diagnostics rapides et que, pour le moment, la démarche « confirmer et traiter » n'a pas vraiment cours dans les officines, contrairement aux recommandations.

### **Clotaire Nianga**

Concernant le Burkina, je retiens quatre résultats importants. Tout d'abord, je note une amélioration de la compréhension et une description beaucoup plus claire de la prise en charge du paludisme, grâce au suivi des modules et à l'envoi d'une documentation précise. Nous avons également constaté une amélioration de l'attitude des pharmaciens dans la prise en charge. En outre, les officinaux connaissent désormais le PNL, ce qui n'était pas forcément le cas auparavant, et une bonne connaissance du programme favorise la mise en place de ses directives. Enfin, ils ont une meilleure connaissance des ACT recommandés et des ACT non recommandés par le PNL et cela découle directement de la formation qu'ils ont reçue. Le TDR est, en effet, peu répandu dans les officines et nous avons demandé une intervention du programme afin de favoriser la mise à disposition de cet outil. En outre, nous regrettons que les politiques gouvernementales ne prennent pas en compte les données du secteur privé, qui bénéficie pourtant d'un lien direct avec les patients. Les statistiques nationales ne prennent en compte que les données émanant des hôpitaux et des agences sanitaires et non celles des officines. Nous estimons qu'il est nécessaire de mettre en place un système de notification pour que les données des officines soient prises en compte dans le système national de prévention sanitaire. En outre, nous constatons que les auxiliaires sont plus facilement en contact avec le patient que le pharmacien lui-même. Or, seul le pharmacien est formé. En conséquence, il serait judicieux de former également les auxiliaires. Cela bénéficierait aux patients.

### **Habib Ganfon**

Je suis d'accord avec la remarque. Les pharmaciens ont été formés, mais ils ne sont pas au contact des patients. Une prise de conscience a eu lieu, au Bénin, concernant cette problématique et je souhaite qu'un travail soit engagé sur cette question avec les organes institutionnels. Concernant les résultats, nous avons incité les pharmaciens à notifier les cas suspects de paludisme se présentant à l'officine. Ce mécanisme nous a permis de relever, pour les deux tiers des officines participantes, près de 25000 cas de personnes prétendant souffrir de paludisme, en l'absence de toute confirmation biologique. 80% des patients viennent de manière spontanée, sans ordonnances, demander un conseil. Généralement, les pharmaciens répondent à cette demande. Or, parmi cette population, on retrouve des « populations cibles » : femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans qui, je le précise, bénéficient, au Bénin, d'un programme de prise en charge gratuit dans le secteur public. Néanmoins, je souligne que les pharmacies d'officine tiennent compte des capacités financières des personnes qui se présentent à elles. En général, le coût des médicaments acquis, lorsqu'ils viennent sans ordonnance, est 2,5 fois moins cher que s'ils disposaient d'une prescription médicale. De plus, les prescriptions médicales s'orientent souvent vers la prise d'antibiotiques, alors que ceux-ci ne font pas partie de la gamme des éléments recommandés par le PNL.

## **Nouhoum Coulibaly**

Ce que je vois en tant que coordinateur pays, c'est qu'il n'existe aucun système conçu pour faire remonter les données du secteur privé. Le support actuel est conçu pour le secteur public et inadapté à l'officine. En conséquence, il n'y a pas aujourd'hui de point d'ancrage entre l'officine et le système de collecte des données. Cette carence explique beaucoup de choses et je souhaite que l'intégration du secteur privé dans le système national d'information sanitaire se fasse dans les meilleurs délais.

## **Alassane Ba**

Ce projet sera-t-il intégré au niveau régional ?

## **Nouhoum Coulibaly**

Nous avons souhaité que le projet s'étende à l'ensemble des pharmaciens du pays et non seulement ceux des grandes villes.

## **Clotaire Nanga**

Les perspectives, au niveau national, découlent, en partie des problématiques qui ont été évoquées. Outre la mise à disposition des TDR, il s'agit de faire en sorte que les officines puissent bénéficier des formations sanitaires de base gratuitement. Nous avons proposé une convention entre le ministère de la Santé et l'ordre national des pharmaciens, visant à favoriser l'utilisation des TDR dans les officines. En outre, je répète qu'il est nécessaire d'œuvrer à la formation des auxiliaires qui sont directement en contact avec les patients. L'une des perspectives est donc de trouver financer cette formation des auxiliaires. Nous sommes en train de chercher des solutions pour autofinancer cette formation, au niveau des pharmaciens. Telles sont les perspectives nationales. Au niveau régional, j'avoue que nous n'avons pas encore pris contact avec nos partenaires

## **Habib Ganfon**

L'une des principales difficultés qui empêchaient les pharmaciens d'officine de respecter scrupuleusement les directives était l'absence de mise à disposition du TDR, mise à disposition qui n'avait pas été prévue par le projet. Au Bénin, nous sommes parvenus à ouvrir une brèche, en autorisant certains pharmaciens à accéder à certains outils qui étaient réservés, auparavant, au secteur public (CTA subventionné, TDR). Nous sommes actuellement dans une phase pilote où une vingtaine de pharmacies ont décidé de se procurer ces entrants afin de s'engager dans un respect scrupuleux des recommandations. Ceci étant dit, nous sommes également dans une démarche d'accompagnement, car cette mise à disposition génère des problèmes spécifiques, en termes de gestion des patients. En outre, la question du gain du pharmacien est essentielle. Le fait de se conformer aux prescriptions constitue un apport en termes de santé publique, mais, quand le TDR est négatif, le pharmacien ne vend pas de médicaments. Cette baisse de chiffre d'affaires, consécutive au respect des directives, ne doit pas être négligée. En conséquence, nous cherchons à élaborer un mécanisme qui compensera cet investissement et favorisera l'adhésion des pharmaciens à la démarche.

## **Madeleine Leloup**

Je rappelle que ce projet a été financé par Expertise France sur ce qu'on appelle « l'initiative 5% ». Il s'agit d'un financement comportant des objectifs se situant en appui des programmes du fond mondial. Je remercie Expertise France d'avoir accepté de financer ce projet qui ne se situe pas directement en appui d'un programme du fond mondial dans les trois pays concernés. En revanche, nous nous situons dans un objectif général identique. Le fonds mondial s'inscrit dans la lutte contre le paludisme et le programme s'inscrit dans un élargissement des acteurs de la lutte contre le paludisme. Ce financement est « fléché » et comporte des restrictions. Il n'était, notamment, pas prévu que le programme finance des intrants.

L'objectif du projet est que les données des officines soient prises en compte dans les quantifications effectuées pour mesurer le besoin en ACT subventionné et en TDR et d'œuvrer à une optimisation de la prise en compte des pharmaciens. Les choses évoluent lentement, mais il convient de se réjouir des progrès qui ont été faits dans ce domaine.

### **Alassane Ba**

Si vous n'avez rien à ajouter, je suggère que nous passions aux questions de la salle.

## **Échanges avec la salle**

### **Jean Loup Rey**

Je souhaite rappeler que, une fois sur deux, ce n'est pas le malade qui se présente à l'officine. Il y a un travail à faire sur ce point-là et je pense que l'expérience béninoise de mise à disposition du TDR sera primordiale pour déterminer la conduite à tenir dans ces cas-là. De plus, une adaptation de l'algorithme sera nécessaire, car celui d'un dispensaire diffère de celui d'une officine.

### **Une participante**

J'ai une question concernant la formation des auxiliaires. Est-ce qu'il ne serait pas préférable que le pharmacien forme lui-même ses auxiliaires ? En outre, la question de la quinine n'a pas été abordée. Or, son usage est très répandu au sein de la population, car la CTA est chère. Je souhaite savoir s'il y a eu des résultats.

### **Jean Chrysostome Kadeba**

Je pense que la formation des auxiliaires pourrait être prise en charge par le Fonds mondial.

### **Une participante**

Bonjour. Je travaille pour Expertise France et j'ai eu l'opportunité de suivre ce projet. Depuis la fin de l'année dernière, le Fonds mondial, qui est l'un des principaux bailleurs dans la lutte contre le paludisme, est entré dans une phase de nouvelle requête de financement pour les trois pays. Avez-vous contribué au dialogue préalable avec les parties prenantes, pour intégrer des activités et des éléments qui incluraient le secteur privé dans les subventions du Fonds mondial, sur la base des données disponibles ?

### **Étienne Guillard**

Concernant le cas des auxiliaires, je souhaite savoir s'il s'agit d'une fonction reconnue dans vos pays, conditionnée par l'obtention d'un diplôme reconnu ?

### **Habib Ganfon**

Pour la quinine, vous avez raison. Dans la hiérarchie des antipaludiques, la quinine se place en troisième position. Fallait-il exiger un retrait de la quinine, qui est une monothérapie, des officines ? En effet, ce médicament est, en principe, réservé à la prise en charge du paludisme grave, prise en charge peu fréquente au niveau des pharmacies. Néanmoins, la quinine conserve une indication pour les femmes enceintes, durant le premier trimestre. Il était donc nécessaire de maintenir un accès à la quinine, par le biais des pharmacies officinales.

## Nouhoum Coulibaly

Concernant la formation des auxiliaires, dans le texte du projet, il était bien précisé que les pharmaciens devaient assurer la formation du personnel auxiliaire. C'est écrit. Mais celle-ci n'est pas satisfaisante et il faut favoriser son développement.

## Session II : La place de la pharmacie dans le continuum de soin

Animateur : Étienne Guillard, Directeur Renforcement des Systèmes et Services de Santé, Solthis

- Jean-Loup Rey, Médecin de santé publique, ReMeD
- Olivier Andriollo, Secrétaire de la Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones (CIOPF)
- Prosper Ahonlonsou, Pharmaction, Bénin

### Étienne Guillard

Bonjour à tous. Je pense que la première session a déjà posé le débat de cette seconde session, à savoir la place du pharmacien dans le continuum de soin, que nous pouvons replacer depuis la prévention et tout ce qui a trait à la promotion de la santé, mais surtout à l'accès aux tests de dépistage. Est-ce le rôle des pharmaciens d'officine de fournir les tests de dépistage ? À ce titre, nous tacherons de mettre en valeur un certain nombre d'initiatives concernant la mise à disposition du test qui, je le rappelle, est une pratique de biologie médicale. Cela pose également la question du suivi de la maladie aiguë, comme le palu, ou chronique, comme le diabète. Nous sommes conscients de la place centrale occupée par le pharmacien d'officine, y compris dans des itinéraires hospitaliers.

### Madeleine Leloup

On a certainement des choses à dire sur l'itinéraire thérapeutique même si cette question ne se situait pas, *stricto sensu*, au cœur du projet. Nous avons néanmoins fait quelques croisements, quelques interprétations, mais les données disponibles ne s'y prêtaient pas. Du point de vue méthodologique, il y a des réserves à avoir, mais il s'agit néanmoins d'un point important. Il convient d'insister sur la forte proportion de gens se présentant en pharmacie sans ordonnances. La pharmacie est aux premières loges dans l'itinéraire thérapeutique.

Concernant le Bénin, nous pouvons constater qu'il y a quand même un certain nombre de patients qui consultent avant de se rendre en pharmacie, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un infirmier ou d'un ami. Ils sont 40% à avoir pris des médicaments avant le passage à l'officine, qu'il s'agisse de paracétamol, d'ibuprofène ou de médicaments plus traditionnels (tisanes). Concernant le Burkina Faso, les données sur l'itinéraire thérapeutique sont difficilement exploitables, mais on constate une certaine similarité avec le Bénin. Concernant le Mali, nous nous sommes contentés d'ajouter les données de l'enquête de 2015 et de 2016. La proportion de gens ayant consulté avant de se rendre à l'officine est assez faible et on constate que la consultation préalable augmente la dépense effectuée à l'officine, ce qui est normal.

### Jean-Loup Rey

**Observations sur l'itinéraire thérapeutique des clients avec et sans ordonnance, à partir des données du projet « PALU-PO »,**

### *(Projection d'une présentation PowerPoint)*

Je confirme que cette observation n'était pas prévue dans le projet, les données sont donc discutables. Concernant le suivi avec ordonnance, nous pouvons remarquer le nombre élevé de médecins et une grande différence en fonction des pays. L'évaluation des ordonnances, selon les critères de l'OMS, permet de relever que le total des médicaments prescrit par les médecins est inférieur à celui des infirmiers et des aides-soignants. En revanche, les médecins utilisent moins les DCI. Concernant la prescription des anti-palu, les données sont variables et hétérogènes. La principale différence a trait à la durée précisée par l'ordonnance qui est meilleure pour les médecins. 38% des ordonnances prescrivent un antibiotique et 51% prescrivent un antalgique. Concernant le nombre moyen de médicaments prescrits dans les trois pays, je constate que c'est au Burkina Faso qu'il est le plus faible, mais la proportion de prescriptions d'antibiotiques est assez élevée. Concernant la qualité de la prescription anti-palu, les résultats du Burkina sont assez bons. L'anti palu recommandé par le PNLP est prescrit dans plus de 89% des cas et la posologie est conforme aux recommandations, pour près de 92% des cas. Concernant le Mali, le nombre de médecins ayant délivré des ordonnances est nettement supérieur à celui du Burkina. En outre, la qualité de la prescription anti-palu est supérieure à celle des autres professions et on peut relever qu'ils prescrivent également beaucoup d'antalgiques et d'antibiotiques.

### **Madeleine Leloup**

Les médecins prescrivent davantage de tests préalables que les officinaux, mais ces données sont loin d'être exhaustives.

### **Olivier Andriollo**

#### **L'évolution du rôle du pharmacien d'officine dans une perspective internationale**

Je m'appelle Olivier Andriollo, secrétaire de la conférence internationale des ordres de pharmaciens francophones. Je souhaite aborder la question de l'évolution du rôle du pharmacien d'officine à travers le monde, en m'appuyant sur un rapport de la FIP de septembre 2015 qui tente de décrire cette évolution. En effet, le métier de pharmacien a longtemps été centré sur le produit et évolue progressivement. Les missions de la profession sont désormais beaucoup plus axées sur le patient. Cette étude donne une vue d'ensemble des principaux services que peuvent offrir les pharmacies dans le monde et cherche à déterminer un pourcentage approximatif de pharmacies offrant chacun de ces services. Je précise que 71 pays y ont participé. Par rapport au thème de la journée, j'ai isolé cinq services : l'accès aux pharmaciens et les conseils, les bilans de médication et l'amélioration de l'observance, la pharmacovigilance, les tests de diagnostics et le suivi des maladies chroniques.

Concernant la possibilité de consulter un pharmacien et de recueillir son avis en cas de besoin, pour 80% des pays consultés, cette activité de conseil est prévue par la loi. Pour autant, on se rend compte que moins de la moitié des pays sont capable d'y souscrire. La prérogative du conseil pharmaceutique, qui devrait être universelle, est loin d'être effective. De plus, le pharmacien doit susciter, auprès du public, la mise à disposition de ses services, ce qui peut se faire par la mise en place de conduites à tenir, au niveau de ses opérateurs, afin qu'ils n'hésitent pas à solliciter le pharmacien quand cela s'avère nécessaire.

Concernant le bilan de médication, cette activité n'est légalement prévue que dans 31% des pays, le pourcentage de mise en place, au sein des pharmacies, restant relativement faible.

Concernant la pharmacovigilance, on constate que cette notion est peu mise en place par l'ensemble des professions de santé, notamment par les pharmaciens d'officine.

Très peu de pays ont mis en place des tests de diagnostics concernant les maladies infectieuses. D'après l'enquête, la Mongolie, l'Espagne et l'Australie ont réglementé ce test pour le HIV. En France, les autotests sont disponibles dans les officines. Concernant le paludisme, le Ghana faisait état de la mise en place de tests de diagnostic rapides dans 75% des officines. J'ajoute que le Pakistan a mis en place des TDR pour la

tuberculose au niveau du secteur privé, car les horaires d'ouverture du secteur public ne correspondaient pas à une certaine catégorie de la population. En conséquence, ils ont mis en place des résultats de formation initiale qu'ils ont intégrée dans la formation continue et développé des outils de *reporting*, au niveau des officines.

Concernant le suivi des maladies chroniques, il n'est pas assuré dans plus de 80% des pays, ou les données ne sont pas suffisamment disponibles.

Je souhaite faire une petite parenthèse sur la substitution. Le fait de remplacer un médicament – qu'il s'agisse d'un médicament de marque ou d'un générique – par un médicament équivalent, mais moins cher. La substitution est obligatoire dans 30% des pays participants à l'étude et elle est possible dans plus de 80% des pays. Il existe des mécanismes incitatifs relativement importants tels que l'obligation de substitution, l'éligibilité au remboursement ou l'incitation à la distribution des génériques par des compensations financières.

Ces nouveaux services pharmaceutiques ont tendance à rationaliser la consommation de médicaments. En conséquence, certains pays ont mis en place des services de tarification de ces nouveaux services. Le Québec a défini quatre services facturables et remboursables : l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de condition mineure (urticaire, rhinite allergique), l'évaluation de la prescription d'un médicament ne requérant pas de diagnostic (diarrhée du voyageur), la prise en charge de l'ajustement pour certaines cibles thérapeutiques avec un cout des tests non inclus dans le forfait et la prolongation d'ordonnance.

En France, le métier de pharmacien évolue vers des fonctions de pharmacien référant ou correspondant, habilité à donner des conseils destinés à favoriser l'amélioration de l'état de santé des patients.

Tout ceci nous amène à repenser le modèle économique de l'officine en rationalisant la prescription. L'objectif est de déconnecter le revenu du pharmacien de la marge effectuée sur les produits, notamment par la création de l'honoraire de dispensation, ou la rémunération sur les objectifs de santé publique.

En conclusion, je dirai que, partout dans le monde, le rôle du pharmacien évolue, passant d'un rôle centré sur la dispensation du médicament à un rôle centré sur le patient, avec la mise en place de nouveaux services. Il importe de renforcer l'efficacité des traitements par une prise en charge individualisée des patients, en partenariat avec les syndicats pharmaceutiques.

## **Prosper Ahonlonsou**

### **La nécessité de la formation du personnel auxiliaire**

Dans ma présentation, je vais vous entretenir de la situation des auxiliaires de pharmacie au Benin. Il apparaît que les auxiliaires ne sont effectivement pas assez formés. Le niveau d'éducation de ce personnel est très divers, mais la plupart ne sont pas qualifiés, car aucun niveau minimum de connaissance n'est exigé lors du recrutement.

Il est donc nécessaire de faire évoluer les choses, car cette situation ne peut pas durer.

Tout d'abord, je souhaite rappeler que le préparateur en pharmacie a surtout une fonction commerciale auprès de la clientèle (vente et conseil). Il est aussi en charge de la gestion des stocks et de veiller au réapprovisionnement journalier des médicaments.

Le préparateur en pharmacie est soumis au secret professionnel et se doit de respecter des normes d'hygiène très strictes. Ses horaires peuvent comporter des gardes de nuit, le dimanche et les jours fériés.

Afin de faire évoluer la situation, nous souhaitons élaborer un projet de cursus de formation des auxiliaires de pharmacie. L'objectif général de ce projet est de réfléchir sur la définition du statut des employés de pharmacie et sur l'élaboration de divers projets de modules pour leur formation. Plus spécifiquement, il s'agira de créer un corps officiel des auxiliaires de pharmacie et d'assurer leur formation professionnelle par le biais d'une formation d'État diplômante de niveau BAC +2.

Cette formation comprendra un pôle scientifique (biologique, biochimie, botanique, pathologie, vaccins) et un pôle technique (pharmacologie, législation, gestion de l'officine) conséquents.

D'autre part, la partie pratique est très importante et comprend notamment l'exécution des ordonnances, la réalisation de préparations et l'identification des produits.

Cette réflexion a permis de dégager un certain nombre de recommandations. L'employé en pharmacie sera désormais désigné par la dénomination d'auxiliaire d'officine. Il s'agit d'un professionnel qui concourt, sous la responsabilité du pharmacien, à la bonne dispensation du médicament et des produits de santé.

Parmi ses autres tâches, on retrouvera l'approvisionnement, la vérification des livraisons et l'élimination des produits périmés. L'auxiliaire d'officine disposera d'une bonne connaissance des produits. Il devra être capable de signaler au pharmacien les éventuelles interactions médicamenteuses.

L'élaboration d'un statut véritable pour les employés de pharmacie et la programmation d'une formation adéquate permettront à nos officines de pharmacie de devenir des espaces de santé irremplaçables dans nos pays.

## Échanges avec la salle

### Alfred Sandouïdi

Je suis président de l'ordre des pharmaciens du Burkina Faso. Nous rencontrons la même problématique dans notre pays. Au Burkina, il existe une formation collective des auxiliaires en pharmacie, dont le cadre a été défini par l'Ordre. J'ajoute que c'est l'Ordre qui valide l'obtention du diplôme.

### Prosper Ahonlonsou

Je le sais et je vous en félicite. Je précise que c'est sur la base de vos initiatives que nous avons élaboré nos propositions.

### Jean Chrysostome Kadeba

Quel est le statut du préparateur de pharmacie en France ?

### Prosper Ahonlonsou

Le statut et les missions du préparateur, en France, sont très réglementés. Je suggère que les CIP soient porteurs d'initiatives sur cette question.

## Session III : Les défis du partenariat public-privé

- Animateur : Jacques Pilloy, OTECI
- Chérifatou Adjibabi, Pharmacienne PNLP Bénin
- Alfred Sandouïdi, Président de l'Ordre des pharmaciens du Burkina Faso
- Jean Chrysostome Kadeba, Ex-Directeur de la logistique et des achats de la CAMEG (Burkina Faso)
- Jean-Claude Courtoison, Grossiste répartiteur, ancien de Phoenix Pharma France.

### Jacques Pilloy

Je fais partie d'une association de retraités bénévoles, venant pour la plupart de l'industrie pharmaceutique. J'ai mené des projets de lutte contre le paludisme pendant 12 ans, pour le compte de l'Union européenne.

Le partenariat public/privé est difficile à mettre en place, car l'entente entre ces deux secteurs est

rarement idéale. Il est nécessaire d'adapter la stratégie nationale de lutte contre le paludisme et d'en finir avec certains préjugés à l'égard du secteur privé. Je cède la parole à Chérifatou Adjibabi pour une présentation sur le programme national de lutte contre le paludisme au Bénin.

## **Chérifatou Adjibabi**

Bonjour à tous. L'opinion internationale concernant la prise en charge du paludisme favorise la confirmation par le biais du TDR. La mise à l'échelle de cette intervention avec le secteur public à démarrer depuis longtemps. La demande d'accès à ces intrants, par le secteur privé, est fortement budgétisée et passe, pour le Bénin, par une soumission à l'AFM. Le Bénin n'a pas été en mesure d'obtenir cet accord du Fonds mondial. Je le regrette, car il est capital que les officinaux disposent d'un accès à ces intrants. Au cours de cette discussion, nous avons rappelé la stratégie de lutte contre le paludisme à travers la formation des officinaux, présenté les nouvelles directives de prise en charge du paludisme, présenté aux participants le contenu du document de gestion élaboré par rapport au secteur public et restitué le résultat de l'étude relative au partenariat, avec l'introduction des ILP subventionnés dans le secteur privé. L'objectif de cette présentation est de déterminer les critères et les conditions d'accessibilité du secteur privé aux ILP subventionnés, retenir ensemble la grille tarifaire de cession des ILP au secteur privé et de déployer ceci dans un certain nombre de formations sanitaires.

Concernant les critères d'éligibilité d'accession aux ILP, je rappelle qu'il est impératif d'être détenteur d'une autorisation du ministère de la Santé permettant l'exercice en clientèle. De plus, nous avons exigé le respect du prix public de vente des CTA affecté d'un coefficient de 1,75 sur le prix de cession au niveau de la CAME. En outre, il est nécessaire d'accepter la réalisation d'un TDR gratuit pour la confirmation biologique du paludisme, de s'engager à appliquer les documents normatifs de la prise en charge du paludisme (politiques, stratégies et protocoles) et d'accepter d'être régulièrement supervisé et évalué par le PNLN.

Concernant la grille tarifaire, nous avons demandé à la CAME de céder aux intermédiaires les plaquettes de 6 de CTA au prix de 100 francs CFA pour une revente aux patients à 150 francs CFA. Nous avons accordé aux officinaux de pouvoir les vendre à 175 francs, afin qu'ils puissent dégager un bénéfice compensant le fait d'effectuer gratuitement le TDR.

Concernant les formations sanitaires de structures privées, le PNLN, avec l'appui technique et financier de l'ARM3, a assisté les zones sanitaires AS, NBT et les pharmacies d'officines du Littoral dans le processus d'intégration des ILP dans le secteur privé.

Au total, 161 agents ont été formés à la prise en charge, dont 127 femmes venant de 79 formations privées, dans la zone sanitaire Abovev-Calavi-So – Ava et 17 pharmaciens et 41 auxiliaires de pharmacies dans le département du Littoral.

Les prochaines étapes porteront sur la poursuite de l'appui à l'accréditation des formations sanitaires privées informelles ainsi que sur l'élaboration d'un plaidoyer pour un accès universel aux ILP subventionnés. Il s'agira également de donner un second souffle au comité de pilotage qui a été mis en place et de superviser les acteurs du secteur privé par les EEZs par un coaching adapté (prise en charge, quantification des besoins, commandes). Enfin, il sera nécessaire de mettre à l'échelle le mécanisme d'intégration du secteur privé par rapport aux autres cliniques privées du Bénin.

Je vous remercie.

**Alfred Sandouïdi**

**Évolution des stratégies nationales de lutte contre le paludisme**

Bonjour. En introduction, je souhaite évoquer quelques chiffres que je considère comme relativement importants. Au Burkina, nous avons constaté, en 2016, 9 millions de cas de paludisme sur une population de 19 millions d'habitants, avec près de 4000 décès dont 75% concernent des enfants de moins de 5 ans. Il s'agit du premier motif de consultation et d'hospitalisation. Concernant les établissements pharmaceutiques, outre la CAMEG, nous disposons de huit grossistes-répartiteurs privés commercialisant des MEG, de 274 officines pharmaceutiques et de 527 dépôts privés de médicaments.

Je rappelle que l'Ordre des pharmaciens a le devoir de contraindre les officinaux au respect de leurs obligations professionnelles, définies par le Code de déontologie des pharmaciens, mais également du cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique. Il a également le devoir de veiller à la compétence des pharmaciens en les obligeant à actualiser régulièrement leurs connaissances professionnelles. Il doit également contribuer à la promotion de la santé publique et à la qualité des soins et des actes professionnels.

Concernant la collaboration public/privé, le pharmacien est astreint à un certain nombre d'obligations réglementaires. Il doit s'impliquer dans les actions de promotion de la santé publique et dans les programmes de santé publique. Sur le plan institutionnel, l'Ordre participe à la commission d'homologation des médicaments et la commission de fixation des prix des MEG

De mon point de vue, il est nécessaire, afin d'instaurer un dialogue productif entre les deux secteurs, d'impliquer davantage l'Ordre dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé, d'impliquer les officines dans les campagnes d'information et de sensibilisation des populations, de rédiger des conventions de collaboration définissant les obligations des parties et garantissant l'intérêt des patients, de prendre en compte les statistiques sanitaires émanant des officines et de mettre en place des cadres de concertation permanents entre les deux secteurs.

Un certain nombre de défis majeurs se profilent, pour les années à venir. J'estime qu'il sera indispensable de mettre en place un mécanisme pour recueillir les données statistiques du secteur officinal dans la prise en charge du paludisme et de renforcer la vulgarisation de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme dans le secteur privé. En outre, il sera nécessaire d'améliorer la prise en compte du secteur privé officinal dans la lutte contre les maladies, la formation continue et d'améliorer la disponibilité des TDR dans les officines pharmaceutiques.

En conclusion, j'estime que le projet Palu-Officine a permis aux pharmaciens de s'approprier les recommandations du PNLP, contribuant ainsi au renforcement de leurs capacités dans la prise en charge du paludisme et, par la même, de contribuer à l'inversion de la courbe de la mortalité liée au paludisme. Je rappelle que la mise en place des TDR dans les officines reste un impératif, notamment pour améliorer la prise en charge des enfants de moins de cinq ans. J'ajoute que, pour préserver ces acquis, il serait bon que l'Ordre et l'ensemble des parties prenantes se constituent en structure de veille des bonnes pratiques de prise en charge dans le secteur privé.

### **Jacques Pilloy**

Ces conclusions ont-elles été discutées avec le secteur public ?

### **Alfred Sandouïdi**

Pas encore, mais les autorités du Burkina ont participé à l'atelier de restitution final.

## Jacques Pilloy

Merci. Je passe la parole à Jean-Chrysostome Kadeba pour évoquer la gestion de l'acquisition et la distribution selon deux approches : celle de la CAMEG et celle du grossiste.

## Jean Chrysostome Kadeba

### **Le partenariat public/privé dans la gestion de l'acquisition et de la distribution des intrants pour la lutte contre le paludisme, par l'étude du cas spécifique de la CAMEG.**

En introduction, je souhaite rappeler que la CAMEG est un outil de la politique nationale de santé du Burkina Faso et constitue, depuis 1998, un exemple réussi de PPP dans le secteur pharmaceutique en Afrique ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre des différents programmes de santé.

Je rappelle que le PPP est une entente contractuelle entre des partenaires public et privé, précisant des résultats à atteindre pour améliorer la prestation de services publics. Cette entente établit un partage réel des responsabilités, des investissements et des risques, mais aussi des bénéfices, afin de procurer des avantages mutuels favorisant l'atteinte des résultats.

La CAMEG est une centrale d'achat, de stockage et de distribution de produits pharmaceutiques et d'équipements de santé, œuvrant pour les structures publiques et privées intervenant au Burkina Faso.

Les activités de la CAMEG ont débuté, de manière effective, en 1994, dans un contexte de dévaluation du franc CFA qui a durement frappé le secteur de la santé. En 1998, la CAMEG change de statut pour devenir une ASBL, dotée d'une personnalité juridique et d'une réelle autonomie financière. Elle sera, d'ici 2020, une entreprise pérenne d'utilité publique, leader des médicaments essentiels et de consommables médicaux au Burkina Faso.

Cette organisation est relativement hybride. Son Conseil d'administration est composé de 11 membres venant d'horizons divers, qu'il s'agisse de l'État (ministère de la Santé ou des Finances) ou de partenaires œuvrant au développement sanitaire (Union européenne, coopération française) ou encore d'associations de consommateurs et d'utilisateurs, notamment l'Ordre des pharmaciens. Le circuit de distribution est également assez hybride par rapport aux autres pays. La CAMEG du Burkina distribue, de façon officielle, au secteur privé depuis 2000.

Il y a deux manières de considérer le partenariat. Le premier est motivé par ce que j'appellerai des raisons d'État. Dans ce cas, il importe d'avoir constaté un certain nombre d'insuffisances qui nous amène vers ce partenariat. Elles sont multiples. Il peut s'agir de la soumission au Code des marchés publics, difficilement adaptable aux achats de médicaments selon les normes de l'OMS ou encore d'une certaine forme de lourdeur administrative dans la prise de décision. Je citerai également les difficultés découlant d'une gestion de type comptabilité publique dépendante de dotations budgétaires de l'État sous dimensionnés et ne favorisant pas l'autofinancement ou les exigences des partenaires.

Concernant l'approvisionnement du secteur privé, la difficulté résidait dans l'idée, communément admise, de faire un distinguo entre le malade du secteur public et le malade du secteur privé. Nous nous y sommes toujours refusés. Le secteur privé l'a compris et est venu vers la CAMEG.

Au-delà d'un affaiblissement du rôle de l'État ou du secteur privé, ces deux types de PPP sont souvent associés à une volonté de composer avec des ressources limitées et de valoriser une utilisation plus rationnelle. J'estime qu'il importe aussi de privilégier une approche beaucoup plus transversale et des pratiques moins figées et procédurières.

En conclusion, je recommande de mettre en place, y compris dans les pays développés, un cadre qui permet de concilier une mission publique et privée en fonction de la nature des activités, des

contraintes et des objectifs fixés.

### **Jacques Pilloy**

Merci pour cet exposé. Je passe la parole à M. Courtoison qui va nous présenter le point de vue du grossiste.

### **Jean-Claude Courtoison**

#### **Le partenariat public - privé dans la gestion de l'acquisition et de la distribution des intrants pour la lutte contre le paludisme**

Je suis pharmacien et ancien responsable de Phoenix pharma France. Je me propose d'effectuer un petit rappel sur le mode de fonctionnement du DGE en France, pour faire valoir les difficultés rencontrées par les distributeurs concernant les produits antipaludiques. Un DGE travaille en collaboration avec les laboratoires pharmaceutiques, sur une base contractuelle. Ce contrat définit les modalités de fonctionnement et des prévisions de vente. C'est sur cette base que le DGE achètera les médicaments aux laboratoires et les vendra aux grossistes répartiteurs locaux. Cette vente est régie par des conditions financières un peu particulières, liées au *transit time* moyen entre la France et l'Afrique.

Concernant les médicaments antipaludiques, je sais, d'expérience, qu'il s'agit d'un marché très compliqué pour le privé, en raison de la concurrence du secteur public et de la mise en place des différents programmes, qui réduit considérablement la visibilité des prévisions de vente et peut aboutir à des accidents industriels et des désengagements progressifs.

Bien entendu, je ne mets pas en cause le bienfondé des programmes, mais je pense qu'il faudrait, dans le cadre des partenariats publics et privés, davantage de communication vers les acteurs privés, afin d'optimiser les prévisions de vente et leur permettre de travailler plus confortablement.

### **Jacques Pilloy**

Je pense que la prévision et la connaissance des besoins se situent à tous les niveaux de la chaîne. Par exemple, le cycle de production des médicaments antipaludéens à base d'artémisinine est très long. La prévision doit s'exercer sur deux ans, au minimum, pour que le paysan sache ce qu'il doit planter. Or, ce n'est pas le cas aujourd'hui. Une approche strictement financière, dénuée d'analyse de conséquences en amont, conduira forcément à une catastrophe. Cela fait des années que je tente d'alerter sur le sujet. La prévision doit s'exercer à tous les niveaux et la complexification croissante des circuits n'arrange rien.

## **Échanges avec la salle**

### **Habib Ganfon**

Je rejoins totalement Monsieur Courtoison. Je regrette que la filière européenne se soit massivement désengagée de l'approvisionnement en antipaludiques. Nous sommes inondés de produits asiatiques et cela pose la question de la pérennité de la démarche dans une économie libre de marché. À partir du moment où on choisit les molécules souhaitées, n'est-on pas déjà dans une logique de monopole ? Nous rencontrons de grandes difficultés à persuader les autorités

de réglementation sur la nécessité d'être plus rationnel sur les types d'antipaludique qu'ils homologuent. En outre, concernant les TDR, il y a des structures privées qui commercialisent ces tests. J'aimerais connaître l'expérience de votre circuit d'approvisionnement, par rapport à ce produit.

### **Jean-Claude Courtoison**

Je n'ai pas d'expérience pratique sur ce sujet. Nous avons simplement fait des tentatives de référencement de TDR et ce que nous trouvions sur le marché, à l'époque, était proposé à des prix réellement prohibitifs. Un distributeur privé pèse trop peu, en termes de puissance d'achat, pour qu'il puisse obtenir une marge de manœuvre suffisante, en termes de négociation de prix.

### **Jean Chrysostome Kadeba**

Au niveau du Burkina, la centrale ne reçoit pas seulement des TDR en provenance des partenaires. Elle parvient parfois à en acquérir par le biais d'un appel d'offres. En outre, un comité national a été mis en place pour établir une quantification des besoins du pays. La CAMEG intervient à tous les niveaux de ce comité, en fonction des profils et des pathologies. Le comité fournit aussi les données de transformation requises par la CAMEG pour pouvoir valider les besoins.

### **Jacques Pilloy**

Merci à tous. Je vous propose de parler, à présent, de la prise en charge du paludisme dans le secteur privé, avec Sarah Hoibak, du Fonds mondial.

## **L'expérience du Fonds mondial en collaboration avec le secteur privé (AMFm et autres).**

- Sarah Hoibak, Spécialiste Santé publique, Suivi et Évaluation, Afrique de l'Ouest Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
- Pascal Niamba, Président de l'Instance de coordination des subventions du Fonds mondial au Burkina Faso

### **Sarah Hoibak**

Bonjour à tous. Je souhaite aborder trois points particuliers. En premier lieu, concernant les notes d'information technique, je rappelle que le Fonds mondial encourage les pays à envisager des demandes de fonds pour appuyer la prise en charge par le secteur privé, surtout si le secteur privé contribue, de manière significative à la prestation de services.

Pour une gestion efficace des cas de paludisme et une surveillance précise du paludisme, le fonds mondial recommande une approche dite « système de santé total » aux pays. Il s'agit d'appréhender, de manière correcte, la couverture et les défis de qualité pour tous les types de fournisseurs et d'élaborer des stratégies conçues pour relever ces défis, tout en considérant la relation entre les secteurs et l'adéquation avec l'environnement général du système de santé.

Il est important d'effectuer une évaluation correcte afin de déterminer s'il est préférable d'avoir recours aux initiatives du secteur privé, spécifique au paludisme, ou d'avoir recours à des initiatives transversales ou horizontales, à l'échelle du système.

Nous avons établi une note visant à déterminer des objectifs engageant le secteur privé dans la prise en charge des cas de paludisme. Elle comporte sept objectifs potentiels :

- Assurer la disponibilité de médicaments antipaludiques de bonne qualité auprès des fournisseurs privés
- Assurer la disponibilité de tests de diagnostic de bonne qualité auprès des fournisseurs privés
- Augmenter la disponibilité des antipaludiques certifiés
- Augmenter la disponibilité des services de diagnostic de qualité
- Améliorer la prise en charge par des fournisseurs privés
- Augmenter les connaissances et la sensibilité du consommateur à la recherche appropriée de traitement et au diagnostic
- Améliorer la surveillance du paludisme dans le secteur privé

Par exemple, nous avons lancé un projet, en 2009, intitulé AMFm, visant à surmonter les trois principaux obstacles à une utilisation effective d'ACT de qualité. Le premier obstacle demeure la non-disponibilité des ACT. Les points de vente privés, parfois informels, représentent une source majeure d'antipaludiques. Les ACT de qualité y sont introuvables du fait de leur prix élevé et de diverses restrictions réglementaires.

Le second obstacle est le prix élevé des ACT. Le coût de fabrication est très élevé et, en conséquence, le prix de vente reste inabordable pour la grande majorité des patients. Enfin, le troisième obstacle porte sur les antipaludiques sous-standard. Faute d'avoir accès à des ACT abordables, les patients se tournent vers des antipaludiques bon marché, ACT sous standard ou contrefaits. Ces médicaments sont une source de préoccupation majeure, car ils favorisent l'émergence de la résistance aux ACT et compromettent leur efficacité.

L'AMFm négocie les prix avec les fabricants afin d'obtenir les prix les plus bas possible pour les ACT à destination des acheteurs de première ligne. Il met en place un système de copaiement des factures, à hauteur de 95%, laissant 5% à la charge des acheteurs. Il s'agit de laisser assez de marge à la distribution pour amener les ACT auprès des patients, à des prix abordables. Enfin, il met en place des interventions d'appui, selon les pays, destinées à modifier certaines dispositions réglementaires, à définir et annoncer des prix de vente recommandés (PVR) et contenir les marges des intermédiaires de la distribution.

La première phase de l'AMFm a permis d'éclaircir un certain nombre de choses.

Concernant l'impact sur le secteur privé, il a permis d'augmenter la disponibilité des ACT par une réduction des prix et un accroissement de parts de marché, en seulement quelques mois.

L'impact sur le secteur public est minime. En effet, les ACT étaient gratuits dans la majorité des pays. Le modèle de l'AMFm n'était pas adapté à ce secteur.

Nous avons également relevé un réel impact sur l'approvisionnement. La gestion centralisée de l'AMFm par le Fonds mondial a parfaitement fonctionné et a permis de réaliser de réelles économies d'échelle.

Enfin, les interventions d'appui ont été particulièrement efficaces. Nous avons constaté qu'il est quasiment impossible d'assurer une utilisation effective des ACT sans elles. Les prix de vente

recommandés ont été importants pour contenir les marges au sein de la distribution et ont permis de faire en sorte que les patients obtiennent des ACT de qualité aux prix des antipaludiques sous-standards.

Nous estimons que les programmes nationaux devraient prendre en compte un certain nombre de ces enseignements. En premier lieu, il est important que les PNLP intègrent les points de vente du secteur privé dans leur stratégie nationale.

En outre, les PNLP devraient rechercher des solutions pratiques pour intégrer les TDR dans leur stratégie pour le secteur privé et envisager un système de copaiement, selon le concept de l'AMFm, afin que les ACT soient disponibles à un prix abordable.

Enfin, les pays gagneraient en efficacité et obtiendraient de meilleurs prix s'ils passaient par le Fonds mondial, ou une autre agence, pour regrouper leurs achats.

Je vous remercie de votre attention.

### **Un participant**

J'ai une question concernant les objectifs du Fonds mondial. L'une des composantes essentielles de la stratégie est de favoriser l'accès aux médicaments à des prix abordables. Or, lorsque nous avons des discussions avec le PNLP, au Bénin, on nous objectait que la réalisation des TDR devait être gratuite. Cette initiative ayant un coût, nous avons suggéré que les pharmaciens puissent facturer l'acte, à un prix forfaitaire. Une enquête a montré que les patients étaient prêts à payer un certain forfait pour cet acte. Or, cette idée a été rejetée par le PNLP qui arguait que jamais les bailleurs n'accepteraient cette stratégie. Donc, je veux savoir à quel point le prix est important ?

### **Sarah Hoibak**

Concernant l'importance du prix pour les TDR, je ne sais pas pourquoi le PNLP avance un rejet d'office du Fonds mondial concernant cette initiative. J'ignore s'ils ont discuté avec le Fonds mondial du projet de mise en place des TDR dans le secteur privé. À notre niveau, nous ne cofinçons pas les TDR, mais la décision finale appartient au PNLP. Ce n'est pas du ressort du Fonds mondial.

### **Chérifatou Adjibabi**

Je voudrais intervenir, car j'appartiens au PNLP du Bénin. Lorsque nous avons mené cette discussion, il s'agissait de faire en sorte que les TDR soient gratuits, au niveau du secteur privé, mais en compensation, nous avons augmenté le prix des CTA pour ce secteur. Nous n'avons jamais dit que le Fonds mondial refusait la possibilité d'appliquer cette initiative.

### **Pascal Niamba**

#### **Défis du partenariat public privé et expérience du CCM / Burkina Faso**

Bonjour. Je suis le président du CCM et je souhaite partager avec vous l'expérience du privé, au sein du CCM, et vous présenter les activités mises en œuvre dans ce secteur ainsi que quelques recommandations.

Le CCM est une structure possédant un ancrage institutionnel, situé entre le ministère de la Santé et de l'Économie. Sa composition se divise en trois grands secteurs : le secteur public, le secteur de la société civile et le secteur des partenaires techniques et financiers.

Concernant le groupe qui nous occupe, celui de la société civile, il se compose de groupes constitutifs en charge de l'animation du secteur. Il s'agit notamment de réseaux communautaires tels que l'Union des religieux et coutumiers, du CNSPE (Coalition nationale du privé et du secteur des entreprises) et des universités.

Le secteur privé contribue à l'action du CCM par le biais d'une participation à la gestion des différentes subventions, notamment en termes d'animation au niveau des assemblées générales. Ils participent aussi à la mobilisation des ressources internes, au niveau du pays, notamment en ce qui concerne l'implication directe des entreprises qu'il représente au sein du CCM.

Il contribue également à la mise en œuvre des réseaux. Je rappelle que le Fonds mondial, par le biais de diverses subventions, a mis certaines structures privées, comme des cliniques ou un plateau technique, à notre disposition afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Je pense que le secteur privé a largement contribué aux politiques de prévention, notamment par le biais d'études et la mise en place d'une politique sectorielle au niveau du monde du travail, mais aussi par le partage des bonnes pratiques entre le secteur privé et public, pour lequel ils ont organisé des rencontres visant à favoriser les retours d'expérience entre les deux secteurs.

Les principaux enjeux, pour l'avenir, seront de démontrer la pertinence du financement des entreprises privées par les PTF et de valoriser la place des officines privées dans la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial. Il s'agira de créer des cadres de concertation entre les programmes de santé et les ordres afin d'identifier les besoins qui ne sont pas pris en compte, de rechercher des financements et de valoriser le rôle des CCM dans le renforcement du partenariat public privé afin d'œuvrer à une meilleure coordination des actions de santé publique.

En termes de recommandations, nous estimons important d'assurer une meilleure complémentarité des actions par la mise en place des cadres de concertation entre le privé et le public afin d'assurer une meilleure visibilité des actions menées par le privé. Divers leviers existent pour y parvenir, notamment le fait d'encourager les opportunités de partage des bonnes pratiques de partenariat public et privé et les idées novatrices.

En conclusion, je pense qu'il serait nécessaire de promouvoir l'implication effective de toutes les parties prenantes au processus, de soutenir le secteur privé pour un meilleur positionnement dans la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial et de renforcer l'implication progressive des officines privées des pays dans la lutte contre le paludisme dans nos pays.

## **Jacques PILLOY**

Avez-vous des questions ?

## **Nouhoum Coulibaly**

Au Mali, le Fonds mondial appuie, depuis 2009, la promotion du partenariat public/privé par le biais du ministère de la Santé. Actuellement, nous sommes en train d'encourager ce que nous appelons « l'alliance pour le secteur privé ». Le but est de trouver un système de représentation de l'ensemble des acteurs du secteur privé, permettant la formation, avec le concours des autorités publiques, une sorte d'interface permettant de développer les partenariats. Aujourd'hui, le concept est intégré dans le programme de développement du ministère. Je voudrais savoir s'il arrive que le Fonds mondial traite directement avec une structure privée ?

## **Pascal Niamba**

Le CCM constitue le point d'entrée pour la plupart des pays souhaitant avoir accès aux subventions du fonds mondial. Les récipiendaires ne peuvent se dispenser de passer par ce canal.

Je pense que cela s'explique par le manque de cohésion du secteur privé qui ne peut, par conséquent, avoir directement accès à ces fonds.

## Jacques PILLOY

Merci. Je propose que nous passions à la dernière partie de cette table ronde.

## Les bonnes pratiques de prise en charge du paludisme simple en officine. Mise à disposition des TDR.

Christophe Rerat, Conseiller régional Médicaments, Organisation Mondiale de la Santé

### Christophe Rerat

Bonjour. Je suis pharmacien et je travaille à Genève, pour l'OMS, depuis trois ans, dans le département des médicaments essentiels et des produits de la santé.

Le point central de ma présentation sera la sécurisation de l'approvisionnement des intrants de qualité pour lutter contre le paludisme et je ferai également un rapide focus sur le programme de qualification de l'OMS.

La stratégie mondiale de lutte contre le paludisme repose sur trois piliers majeurs :

- Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme
- Accélérer les efforts vers l'élimination et l'obtention du statut exempt de paludisme
- Faire de la surveillance une intervention de base

La stratégie de l'OMS pour améliorer la disponibilité des TDR paludisme est fondée sur la garantie d'un accès universel aux tests de diagnostic au bénéfice de tous les cas suspects de paludisme, sur l'application, à grande échelle, des tests de diagnostic et des traitements dans la communauté et, enfin, sur la formation et le déploiement stratégique d'agents de santé communautaires en complément des services de santé.

Le programme de qualification de l'OMS vise à garantir la qualité des intrants achetés par les programmes des NU et les grands bailleurs. Concernant les TDR, les critères d'achat étaient basés sur les performances, mais, à partir du 31 décembre 2017, seuls les tests de dépistage préqualifiés par l'OMS seront considérés comme potentiellement acheteables par les différents mécanismes d'achat internationaux.

Actuellement, une douzaine de tests ont été préqualifiés. Ils viennent de quatre producteurs et couvrent les différentes espèces de plasmodium.

Toutes ces informations sont disponibles sur le site de l'OMS.

Concernant l'accès de ces tests, au niveau des pays, nous constatons une évolution très positive, pour le continent africain. En effet, nous sommes passés d'un taux de disponibilité des tests dans les structures de soin du secteur public, de 40%, en 2010, à un taux de près de 75% en 2015.

J'ai quelques autres éléments d'information à vous communiquer. Le pourcentage d'enfants fiévreux, soumis à des TDR, est plus important dans le secteur public que dans le secteur privé. Cela s'explique par la mise en œuvre progressive des PNL, principalement canalisés par le secteur public. Le taux de dépistage des cas a augmenté de plus de 10%, depuis 2010, principalement en raison de l'augmentation de la disponibilité du diagnostic en Afrique subsaharienne.

Je précise que toutes ces informations proviennent du rapport Malaria 2016, accessible sur le site de l'OMS.

Je souhaite, également, évoquer une étude, réalisée par le NIH et le NCBI, portant sur l'introduction du TDR en milieu rural et dans les structures de santé privées, en Tanzanie. Cette étude démontre que cette introduction est hautement efficace concernant la prise en charge des cas suspects et du traitement thérapeutique, *a posteriori*.

En conclusion, je constate que la disponibilité des tests, dans le secteur public, s'améliore sensiblement et contribue à une optimisation de la gestion des cas et des protocoles thérapeutiques qu'il importe de mettre en œuvre.

La disponibilité dans le secteur privé reste un défi et doit être améliorée pour inverser la courbe de surconsommation des anti-malariques, qui est l'objectif principal.

Je pense que le rôle du pharmacien d'officine est majeur, dans la mesure où il demeure un acteur important, concernant la remontée des informations portant sur les programmes de pharmacovigilance. J'ajoute qu'il importe de renforcer le secteur privé formel afin de minimiser l'impact du secteur informel et des médicaments contrefaits, sur le marché domestique.

Je vous remercie pour votre attention.

## Échanges avec la salle

### Un intervenant

Concernant le programme de pré qualification des TDR, je voudrais savoir si la facilité d'utilisation figure parmi les critères retenus ?

### Un intervenant

Y'a-t-il eu des études concernant la sensibilité des TDR ?

### Christophe Rerat

Effectivement, les critères de sensibilité et les seuils de détection figurent parmi les critères retenus pour la pré-qualification.

Concernant la facilité d'utilisation, je crains qu'il ne s'agisse d'un critère assez difficile à mesurer, en raison de sa grande subjectivité. Je ne pense pas que ce critère ait été retenu. Je n'ai pas d'informations précises sur le sujet, mais je peux vous la faire parvenir ultérieurement.

### Madeleine Leloup

J'insiste tout particulièrement sur la nécessité de s'assurer de l'efficacité du test. Quand un test est négatif, il importe de s'assurer qu'il le soit réellement. C'est pourquoi, dans le cadre de la formation des officines, il sera nécessaire de travailler sur les bonnes pratiques à adopter lorsque le test est négatif. C'est cela qui est important.

### **Jean-Loup Rey**

Il y a des algorithmes pour les dispensaires. Nous pouvons partir de là, mais il faudra les modifier pour les officines parce que la stratégie sera différente, selon les pays. D'autres tests peuvent être envisagés. Il faudra y réfléchir.

## Conclusions et clôture

### Madeline Leloup

Nous arrivons à la fin de cette journée. Je vous remercie pour votre participation. Beaucoup de questions ont été soulevées sans avoir toujours reçu les réponses que nous souhaitions.

Je vous encourage à ne pas laisser tomber toutes les informations acquises lors de ce projet.

Vous avez perçu que nous n'avons pas forcément tout traité dans le détail, mais je crois que nous avons prouvé l'importance du rôle des officinaux dans les politiques de Santé publique et en matière de lutte contre le paludisme.

Contrairement à ce que j'ai appris à la faculté, il y a fort longtemps, ou on avait coutume de soigner sur les présomptions et une analyse fine de la symptomatologie, aujourd'hui, les tests sont nécessaires pour effectuer un distinguo entre les pathologies.

En outre, je pense que ces échanges nous ont prouvé qu'il y en a encore beaucoup à faire. Il est nécessaire d'engager une réflexion profonde sur la place de la pharmacie, la manière d'améliorer l'approvisionnement par le biais d'AMM pertinentes, modifiées et modifiables, et sur la prise en compte de l'acte pharmaceutique.

Enfin, d'une manière générale, il sera nécessaire de réfléchir sur l'évolution du modèle économique de la pharmacie d'officine.

Pendant des années, le pharmacien d'officine a gagné sa vie en vendant des médicaments. Nous lui demandons désormais de gagner sa vie en exerçant le métier de pharmacien.

*(Rires)*

Je plaisante, mais il s'agit réellement d'un changement de paradigme.

Merci à tous et à très bientôt.