

**Sida, tuberculose,
paludisme :
comment optimiser
les programmes d'action**

LES RENCONTRES FRANCOPHONES
GENÈVE 19 MAI 2019

LEEM



Philippe LAMOUREUX
directeur général
des Entreprises
du Médicament

Je me réjouis d'être parmi vous aujourd'hui et d'ouvrir ces 21^{es} Rencontres francophones, auprès de son Excellence Henri Monceau, ambassadeur et représentant permanent de l'OIF auprès des Nations unies à Genève.

Le sujet qui nous rassemble aujourd'hui est un enjeu de santé publique mondiale majeur.

Vous savez que des avancées remarquables ont été accomplies au cours des dernières décennies. Vous savez que les thérapies antirétrovirales ont permis de sauver des millions de patients séropositifs au VIH et que des médicaments et des outils de diagnostic innovants ont apporté de nouvelles armes contre la tuberculose. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les programmes de prévention et la mise à disposition de nouveaux traitements ont massivement réduit le nombre de décès liés au paludisme.

Cependant il ne faut pas se voiler la face : dans le monde, aujourd'hui, 2,5 millions de personnes meurent encore chaque année de ces trois maladies. Seule une mobilisation sans précédent peut nous permettre d'éradiquer les pandémies de VIH, de tuberculose et de paludisme à horizon 2030. C'est dans cet objectif que le Fonds mondial doit mobiliser 14 Mds\$ pour financer les programmes d'action pour les trois prochaines années.

Pour soutenir cette dynamique, la France a fait de la santé un axe majeur de son action au niveau international. Elle s'est engagée dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, et s'appuie sur des partenariats forts, avec notamment le Fonds mondial, UNITAID et Gavi, l'Alliance du Vaccin, pour lesquels sa contribution est majeure. La réunion ministérielle du G7 santé des 16 et 17 mai derniers, présidée par la France, témoigne également de cet engagement. Elle a en effet permis d'aborder le sujet de la réduction des inégalités d'accès aux soins par l'amélioration des systèmes de santé fondée sur un partage des bonnes pratiques.

Pour leur part, les entreprises du médicament, les ONG, les instituts de recherche, les associations locales, ont mis au point de nombreux partenariats et de nombreux programmes de terrain.

L'objectif de ces initiatives : améliorer l'accès aux traitements, faciliter la mise à disposition gratuite d'outils de diagnostics, permettre la prise en charge de patients en zones reculées, ou encore, développer des campagnes de sensibilisation ou de formation dans les écoles ou les hôpitaux. On compte à ce jour plus de 150 projets de recherche et développement, dédiés exclusivement au sida, à la tuberculose et au paludisme dans l'industrie que j'ai l'honneur de représenter !

Contribuant à cette mobilisation internationale, le Leem, en collaboration avec l'IFPMA, notre fédération internationale, mettra à disposition une plateforme qui va recenser tous les programmes mis en œuvre par les laboratoires au niveau mondial pour améliorer la prise en charge de ces pathologies.

À travers le déploiement de ces initiatives et de leur présence locale très forte, les entreprises du médicament ont développé une véritable expertise, et elles sont prêtes à la mettre à disposition en renforçant et en développant les partenariats.

On compte à ce jour plus de 150 projets de recherche et développement, dédiés exclusivement au sida, à la tuberculose et au paludisme, dans l'industrie que j'ai l'honneur de représenter.

UNE MOBILISATION autour de l'objectif sur trois ans pour du Fonds

Cette synergie devrait encore améliorer l'efficacité des recherches.

Ces Rencontres francophones sont un espace de dialogue, qui permet chaque année à de nombreux ministres et experts de la communauté scientifique et de la société civile, impliqués et engagés sur les thématiques de santé mondiale, de dégager des solutions communes pour agir efficacement.

Le défi de la lutte contre ces trois pandémies ne peut, encore une fois, que tous nous interpeller : que l'on soit responsable politique, président d'une fondation ou d'une organisation internationale, ou bien dirigeant du secteur privé.

Je voudrais tout particulièrement remercier **Son Excellence Claudine Talon, Première dame du Bénin et présidente de la Fondation Claudine Talon**, qui nous honore aujourd'hui de sa présence. Merci, Madame la présidente, d'avoir accepté de partager avec nous votre implication personnelle et votre expérience concrète.

Je remercie également pour sa présence **Son Excellence Stéphanie SEYDOUX**, ambassadrice pour la Santé mondiale, qui coordonne l'organisation de la 6^e conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial et qui nous en présentera les principaux enjeux.

Au cours d'une première table ronde dédiée au financement et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre les trois pandémies, nous aurons le plaisir d'accueillir **Jacques LE PAPE**, directeur financier du Fonds mondial, le **Dr Pierre SOMSE**, ministre de la Santé publique et de la Population de la République centrafricaine, **Subhan SAXENA**, directeur régional de la Fondation Bill et Melinda Gates ainsi que le **Dr Oly ILUNGA KALENGA**, ministre de la Santé publique de la République démocratique du Congo.

Nous sommes également très heureux de recevoir autour d'une seconde table ronde le **Dr David HUGHES**, directeur senior Santé mondiale de Novartis, **Élie LOBEL**, président directeur général d'Orange Healthcare et le **Dr Patrick NDIMUBANZI**, ministre d'État pour les soins de santé primaires du Rwanda. Ils interviendront sur les solutions pour la mise œuvre efficace des programmes de lutte.

Le **Dr Tedros ADHANOM GHEBREYESUS**, directeur général de l'OMS, conclura ces débats par un appel à la mobilisation internationale.

Je vous souhaite une après-midi de travail constructive et je passe la parole à **Son Excellence Henri Monceau.** ●

SANS PRÉCÉDENT de 14 Mds \$ les programmes mondial

C'est la 21^e année consécutive où le Leem et l'Organisation Internationale de la Francophonie organisent ce rendez-vous, systématiquement, à la veille de l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la Santé.

C'est un rendez-vous qui a démontré son importance et on voit, année après année, que l'affluence et la participation sont au rendez-vous, dans tous les sens du terme, en particulier à travers la dynamique que nous découvrirons à nouveau cette année.

Du point de vue des enjeux qui nous préoccupent aujourd'hui, l'espace francophone demeure un lieu qui doit faire l'objet de toutes les attentions et de toutes les mobilisations. Pour ce qui concerne le paludisme, vous savez que 25% des cas sont concentrés aujourd'hui dans l'espace francophone. Parmi les onze pays pour lesquels le paludisme montre des signes inquiétants de maintien, voire de progression, cinq sont francophones. En 2016, l'OMS évaluait à environ 217 millions les cas de paludisme et, une année plus tard, en 2018, il y avait une progression de deux millions pour s'établir à 219 millions de cas recensés. Plus inquiétant encore, le nombre de décès, 435 000, n'a pas diminué en 2018 par rapport à l'année précédente.

La difficulté à réduire les foyers d'infection est encore aggravée par le fléau des médicaments falsifiés ou sans principes actifs.

La même situation peut être observée pour ce qui concerne le sida puisque, là aussi, malheureusement, 10% des cas existant dans le monde sont situés dans l'espace francophone. Il y a donc un véritable enjeu pour la Francophonie et c'est pourquoi les chefs d'État et de gouvernement, au cours de leurs rendez-vous successifs des différents sommets, ont insisté pour que le plaidoyer notamment sur le plan multilatéral, sur la manière dont on peut essayer de faire en sorte que les acteurs multilatéraux travaillent toujours plus entre eux, permette, avec les États, de dégager des solutions nouvelles. C'est pourquoi ce plaidoyer est fondamental.

La thématique de notre réunion d'aujourd'hui vise vraiment à comprendre comment optimiser les

programmes d'actions, concrètement, sur le terrain. Évidemment, un rendez-vous a été évoqué par Philippe Lamoureux : la Conférence de reconstitution du Fonds mondial qui se tiendra à Lyon. En effet, il est essentiel de mobiliser les moyens nécessaires et le chiffre de 14 Mds \$ a été défini. Au-delà de la mobilisation des moyens, une réflexion est indispensable pour voir comment utiliser ces moyens — par rapport à l'espace francophone notamment. On sait aujourd'hui que, de ce point de vue-là, nous ne sommes pas dans une optimisation souhaitable il y a encore une marge de progression qui est réelle.

Mais comment utiliser aussi qualitativement ces moyens et notamment en nous interrogeant sur la façon dont ils peuvent, au-delà du simple achat de médicaments, être également utilisés pour favoriser le développement structurel des industries pharmaceutiques dans les pays du Sud ? Il y

a presque un an, jour pour jour, sous la présidence du président de la République du Bénin, Patrice Talon, se tenait ici même à Genève, à l'initiative de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'Organisation Internationale de la Francophonie, une conférence internationale sur l'accès aux médicaments de qualité. Évitions les euphémismes : les faux médicaments étaient visés. Or l'une des pistes, parmi les plus importantes qui ont été soulignées dans ce contexte, est celle du développement des économies des pays d'Afrique francophone en l'occurrence, mais des pays africains d'une manière générale, sur le plan pharmaceutique. Aujourd'hui, moins de 3% des médicaments consommés en Afrique y sont produits.

Il y a donc là un enjeu complexe avec beaucoup de questions, mais qui méritent d'être posées, ce qui nécessite que les organisations internationales actives dans le domaine de la santé puissent aussi réfléchir, peut-être en sortant de certains silos.

Des défis nouveaux peuvent parfois être abordés en coopération avec d'autres organisations dont il serait souhaitable qu'à l'avenir, elles soient présentes aussi parmi nous. Je pense par exemple à la CNUCED, la Conférence des Nations unies sur le commerce et le développement, qui est un programme important sur l'industrialisation du médicament. Je pense également à l'ONUDI, Organisation des Nations unies pour le développement industriel, à Vienne, qui travaille elle aussi sur ce type d'enjeux.

Je crois que nous avons tous intérêt que l'OMS, l'ONUSIDA, le Fonds mondial, UNITAID, Gavi et d'autres organisations encore puissent, avec les acteurs de la société civile et le secteur pharmaceutique ici présent, réfléchir à la manière dont on peut aussi envisager des pistes structurelles, au-delà d'une action immédiate qui a évidemment toute son importance.

Je vous souhaite d'excellents travaux. ●

OIF



Son Excellence

Henri MONCEAU

ambassadeur,
représentant
permanent
de l'Organisation
Internationale
de la Francophonie
auprès
des Nations unies
à Genève





BÉNIN

Son Excellence Claudine TALON

Première dame du Bénin, présidente de la Fondation Claudine Talon

“C’est avec plaisir que je participe à la présente cérémonie d’ouverture des deux tables rondes dédiées à l’optimisation du financement des programmes de lutte contre

le sida, la tuberculose et le paludisme. Ma présence est d’un grand intérêt pour mon pays, le Bénin, de même que pour tous les pays qui, comme le Bénin, sont confrontés à cette problématique qui nous réunit. Le trio sida, paludisme et tuberculose constitue le cocktail d’épidémies le plus préoccupant pour le capital humain en Afrique. Il inhibe toute action de développement, compromet la lutte contre la pauvreté et entretient l’immigration économique. Il nous défie chaque jour et semble éteindre les ardeurs des uns et des autres, notamment en ce qui concerne le paludisme et le sida. Les financements s’amenuisent alors que le mal ne recule guère. Le challenge de la maîtrise de ce trio de fléaux ne nous laisse aucun choix. Qu’il s’agisse des gouvernements des pays les plus concernés ou de pays moins concernés, des organisations internationales, des ONG, des donateurs ou des scientifiques, l’obligation de

trouver les voies et moyens pour relancer la dynamique du financement des programmes de lutte contre chacun de ces fléaux nous incombe à tous, car, en cas d’échec, les conséquences n’épargneront personne. Ma présence ici est pour moi l’occasion de lancer un SOS à l’endroit des donateurs traditionnels et des potentiels nouveaux donateurs, afin que cette lutte, dont l’efficacité n’est plus à démontrer, ne s’essouffle pas.

À l’endroit des gouvernants des pays les plus concernés, je plaide pour une augmentation significative des ressources dédiées, parce que l’aide ne doit pas se substituer indéfiniment à l’effort personnel.

Quant aux gestionnaires des différents programmes, je voudrais humblement les exhorter à innover dans les stratégies de gouvernance et à trouver toute synergie, toute rationalisation des coûts qui permette l’utilisation la plus pertinente des ressources pour pallier la restriction des financements.

Mesdames et Messieurs, je voudrais clore mon intervention en vous exprimant ma confiance et mon espoir en votre génie, à chacun de vous, afin que de vos échanges émanent des solutions et des propositions concrètes pour la relance de la dynamique.”



La Fondation Claudine Talon, créée en 2016, a pour vocation d’améliorer les conditions de vie des femmes et des enfants en situation difficile au Bénin.

Dans ce but, elle met en place des solutions innovantes et durables pour résoudre les problèmes de santé, d’hygiène et de cadre de vie inhérents à la précarité des femmes et de leurs enfants et promeut les valeurs qui incarnent sa personnalité.

• **Solidarité** en apportant son soutien aux femmes, aux enfants et aux jeunes filles pour améliorer leurs conditions de vie et contribuer à construire la nation de demain.

- **Famille** en mettant toute son énergie à promouvoir et consolider les valeurs familiales à travers les générations.
- **Respect des différences** en agissant sans discrimination tout en tenant compte de ces différences.
- **Intégrité** en plaçant la confiance, la fiabilité et la transparence au sein des actions de la Fondation.
- **Humilité** le respect, l’estime et le dévouement permettent de réaliser de grandes œuvres.
- **Efficacité** la dynamique des actions conjuguées pour améliorer le quotidien et construire l’avenir.

La Fondation Claudine Talon cible deux domaines d’intervention prioritaires :

- l’amélioration de l’accès aux soins de qualité pour la santé de la mère et de l’enfant ;
- l’amélioration de l’accès à l’eau potable et de l’assainissement.

Les actions 2017-2018 couvrent des domaines variés, qui vont de programmes d’éducation pour le bon usage du médicament (touchant près de 35 000 élèves !) à la réinsertion professionnelle de 210 jeunes filles déscolarisées en passant par la mise à disposition de trousseaux d’urgence dans les deux hôpitaux de référence ou l’apprentissage de l’hygiène menstruelle avec un projet d’unité de production de serviettes réutilisables.

Sans oublier, outre la lutte majeure contre le VIH-sida, la prise en charge jusqu’à la guérison et la réinsertion de femmes porteuses de fistules obstétricales.

En outre, 29 515 écoliers ont bénéficié de l’amélioration de l’hygiène et de l’assainissement dans 50 écoles (et de l’approvisionnement en eau potable pour 22 d’entre elles), de la pose de 75 lave-mains à la construction de 90 latrines — mais aussi de la distribution de kits scolaires pour les plus défavorisés et d’une amélioration globale de la qualité de l’éducation pour plus de 2 800 élèves avec, en prime, la distribution gratuite de tablettes et d’ordinateurs... Autant d’actions qui continuent à se déployer en 2019 avec des ambitions renforcées.



FRANCE

Une reconstitution portée par un engagement majeur de la présidence française



Son Excellence

Stéphanie
SEYDOUX

ambassadrice pour la Santé mondiale, coordonnatrice pour la réunion de reconstitution du Fonds mondial

C'est un grand plaisir d'intervenir lors de cet événement désormais rituel et organisé conjointement par l'Organisation Internationale de la Francophonie et les Entreprises du Médicament, qui ouvre l'Assemblée mondiale de la Santé. La France y sera représentée cette année par sa ministre des Solidarités et de la Santé, la professeure Agnès Buzyn, en tant que cheffe de délégation. Agnès Buzyn entend bien, à cette occasion, porter l'ensemble des priorités sur la lutte contre les inégalités, notamment la nécessité d'une approche coordonnée du développement et certains sujets comme la transparence en matière de prix des médicaments, objet de la résolution, en discussion pour adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé, qu'elle soutiendra.

En termes d'enjeux, merci de m'avoir donné l'occasion d'évoquer la vision française et l'opportunité unique qui s'offre à nous en 2019. Un certain nombre d'événements vont se succéder : la présidence française du G7 qui coïncide avec une présidence japonaise du G20, avec des priorités en matière de santé mondiale ; l'événement majeur que sera la Conférence de reconstitution du Fonds mondial les 9 et 10 octobre à Lyon. Et un ensemble de moments forts qui s'annoncent, comme celui de l'Alliance pour le vaccin — Gavi — et un plan d'action mondiale pour la mise en œuvre de l'Objectif du développement durable n°3, confié à l'OMS, et qui fait véritablement œuvre de précurseur. **Ce sentiment d'un moment historique, qui est à la fois le résultat d'événements antérieurs, mais aussi de la mobilisation qui les a accompagnés, permet de porter l'idée d'un enjeu global en faveur d'une prise en considération de ce bien commun, la santé.** C'est certainement la vision que porte le président Emmanuel Macron, dans ses fonctions de président du G7, avec la lutte contre les inégalités comme thème majeur. Je vous remercie infiniment d'avoir fait allusion au G7 santé qui s'est clos vendredi en présence de l'ensemble des ministres de la Santé du G7, qui a permis de porter la thématique des soins de santé primaires, avec l'idée de mettre au cœur de l'agenda l'attention portée au patient, à l'usager.

Et de le faire évidemment en coopération avec ces organisations internationales pour qu'elles agissent de concert, avec les pays du G7, mais aussi avec nos partenaires du G5 Sahel.

Voilà ce qui nous semble être un moment crucial de mobilisation et dont témoigne l'événement d'aujourd'hui, avec cette attention à l'inclusion de partenaires multiples qui peuvent échanger en faveur d'un plan coordonné.

Je vous remercie aussi de l'occasion que vous me donnez de faire un point sur l'événement auquel la France apporte une attention toute particulière et qui va suivre le sommet du G7 à Biarritz en août, la reconstitution des ressources du Fonds mondial. Le Fonds mondial a été un outil unique, extraordinaire — innovant par son volume, sa gouvernance, l'orientation qu'il s'est donnée et son impact. Créé au début des années 2000, il a atteint une part de ses objectifs puisque 27 millions de vies ont été sauvées. Mais, aujourd'hui, il a besoin de relever son niveau d'action afin d'atteindre l'Objectif du développement à échéance 2030. Un objectif très ambitieux en ligne de mire et une mobilisation financière tout aussi ambitieuse à laquelle le président Emmanuel Macron va apporter son plein soutien avec l'ensemble des partenaires. Il faut au moins 14 Mds \$ pour accélérer le mouvement pour l'élimination des pandémies.

C'est effectivement dans ce sens que travaille le gouvernement français aux côtés de ses partenaires et nous avons, représentés ici, deux ensembles d'acteurs qui vont jouer un rôle-clé pour cette mobilisation. Il faut remobiliser les donateurs actuels et mobiliser des donateurs nouveaux. Enfin — et c'est un objectif pour catalyser les efforts — il faut que les pays destinataires de l'action du Fonds mondial augmentent aussi leur propre engagement en faveur de la santé, y compris sur le plan financier. Certains d'entre vous sont déjà bien au courant de cette vision et en sont parties prenantes. Qu'il s'agisse du Fonds mondial ou du gouvernement français, nous travaillons très étroitement avec un certain nombre de pays membres de l'OIF, notamment en Afrique, de manière à donner à voir, le 10 octobre, à quel point ces pays sont maîtres de leur propre destin en matière de santé et à quel point ils s'impliquent grâce à l'innovation et à la mobilisation du secteur privé. Car parmi les acteurs dont l'effort est indispensable, le secteur privé, déjà extrêmement présent en matière de santé et en particulier en Afrique, montrera à Lyon sa capacité d'engagement, d'action et d'innovation. On espère qu'il apportera sa contribution à atteindre la cible des 14 Mds \$. C'est donc sous d'excellents auspices que cet événement s'inscrit, dans cette dynamique de mobilisation en faveur de la santé mondiale et en vue de la Conférence de reconstitution du Fonds mondial. ●



De gauche à droite.

Photo 1 : Son Excellence Claudine Talon et Marisol Touraine, présidente d'UNITAID

Photo 2 : Abdoulaye Diouf Sarr, ministre de la Santé du Sénégal.

Photo 3 : Moustafa Mijiyawa, ministre de la Santé du Togo.

Photo 4 : Autour de Son Excellence Claudine Talon (de gauche à droite) : 1. Benjamin Hounkpatin, ministre de la Santé du Bénin. 3. Manouada Malachie, ministre de la Santé du Cameroun. 4. Michel Katz (Leem). 6. Pierre Savart (Leem). 7. Dr Pierre Somse, ministre de la Santé de la République Centrafricaine. 8. Dr Oly Ilunga Kalenga, ministre de la Santé de la République Démocratique du Congo. 9. Dr François Xavier Ngarambe, ambassadeur du Rwanda. 10. Son Excellence Henri Monceau (OIF).



FONDS MONDIAL

Une accélération du mouvement cruciale pour continuer à faire diminuer les taux de mortalité



Jacques LE PAPE
directeur financier
du Fonds mondial

Merci au Leem et à l'OIF d'avoir choisi pour thème de leur conférence traditionnelle, la lutte contre les trois maladies contre lesquelles le Fonds mondial a commencé ses opérations en 2002. C'est le bon moment : nous avons deux volets de travail très importants cette année. Le premier est la reconstitution de nos ressources au mois d'octobre sous l'égide du président de la République française. Le second est la fin de mise en œuvre du dernier programme triennal en cours et qui est tout à fait essentiel dans les pays d'opération.

Le Fonds mondial est un partenariat entre les États donateurs, les États récipiendaires — avec des points communs entre les deux —, les partenaires du secteur privé, l'ensemble des communautés et la société civile — qui sont tout à fait essentiels dans la réussite et l'efficacité en matière d'impact de nos programmes.

Depuis la création du Fonds mondial, le nombre de décès liés aux trois maladies a été divisé par deux. C'est un premier succès, dont l'impact reste insuffisant — la moitié des gens en meurent encore —, mais quand même un progrès tout à fait significatif. Notre sujet est : quelle sera l'évolution au cours des prochaines années ? Il y a deux solutions : soit on continue au même rythme, auquel cas, on atteindra un plateau dans l'évolution du taux de mortalité — soit on accélère le mouvement. C'est le slogan de la reconstitution du Fonds mondial pour avoir une chance d'atteindre en 2030 l'éradication des trois maladies. C'est évidemment cette deuxième option qui a été choisie, avec l'appui des autorités françaises, pour compléter le tour de table au mois d'octobre autour du président Macron. Nous espérons obtenir au moins 14 Mds \$ pour les trois prochaines années. **Pour atteindre les Objectifs de 2030, notamment l'éradication des trois maladies, il faut réunir des moyens importants. Beaucoup d'organismes se sont penchés sur ce chiffre et, de ces calculs, nous avons tiré notre chiffre.** Mais, pour atteindre cet objectif, il faut non seulement que le Fonds mondial obtienne au moins 14 milliards de \$ de ses partenaires, mais que les autres partenaires de l'aide publique au développement maintiennent leurs financements (environ 25 Mds \$ sur les trois ans concernés) et, surtout, que les pays bénéficiaires consacrent à cette lutte des moyens considérables.

On a vu au cours des trois dernières années une augmentation significative des moyens. Nous avons évalué à 45 Mds \$ les besoins pour les trois ans à venir. Une augmentation d'environ 15%

par an pour les pays récipiendaires, c'est ambitieux, mais faisable. Le mot d'ordre de la reconstitution est : « Accélérons le mouvement ! »

Il faut être conscient, quand on regarde ce qui reste à faire, que certes le traitement est important, mais que la prévention est un enjeu également essentiel. 1,5 million de nouvelles contaminations par le sida ont été constatées dans les pays bénéficiaires des concours du Fonds mondial en 2018.

Nous avons consacré 1,6 Mds \$ en 2018 à la lutte contre le sida, en finançant par exemple des antirétroviraux pour 17 millions de bénéficiaires. Que faire de mieux à l'avenir ?

L'une de nos priorités est de renforcer la prévention pour les jeunes femmes : elles risquent cinq fois plus de contracter le sida que l'ensemble de la population.

Deuxième maladie, malheureusement un peu moins connue, mais terriblement ravageuse : la tuberculose. Nous consacrons environ 500 M\$ par an (cela a été encore le cas en 2018), pour traiter cinq millions de malades. Nos enjeux pour l'avenir consistent à traiter les "cas manquants". Sur les dix millions de nouveaux malades contaminés par an, on arrive à en identifier six millions, ce qui veut dire que les quatre autres millions sont infectés — et contagieux.

Il y a donc un enjeu tout à fait important pour notre prochain programme triennal : améliorer la détection des malades infectés.

Troisième sujet : le paludisme. Un sujet important pour les pays francophones. 20% de l'intervention du Fonds mondial est consacrée à ces pays, en particulier d'Afrique de l'Ouest, pour la lutte contre le sida et le paludisme. Nous avons distribué 197 millions de moustiquaires en 2018. L'enjeu est de voir s'allonger la liste des pays dans lesquels le paludisme a été totalement éradiqué, en particulier les pays francophones.

J'en appelle à l'ensemble de la communauté des donateurs et notamment au secteur privé, pour contribuer autant que faire se peut à notre reconstitution.

Mais tout cela ne peut fonctionner que sous deux conditions.

D'abord, il faut que les systèmes de santé des différents pays soient en mesure de répondre aux besoins des populations. On va en particulier consacrer 1 Md \$ aux systèmes de santé pour que les traitements puissent être administrés dans de bonnes conditions. Fournir traitements et thérapies est tout à fait utile : mais avoir un système de santé capable de les faire parvenir jusqu'à leurs bénéficiaires est déterminant.

Tout cela est essentiel.

En revanche, on peut mettre beaucoup d'argent et avoir des systèmes de santé qui fonctionnent mais, si les malades ne sont pas aidés et pris en charge dans les communautés au niveau national, l'expérience prouve que l'impact est beaucoup moins important.

La deuxième condition est donc l'existence d'un vrai partenariat avec les communautés au niveau national, avec les donateurs et avec le secteur privé pour réussir, ensemble, à progresser encore. ●

ee
Nous allons consacrer 1 Md\$ aux systèmes de santé. Fournir traitements et thérapies est tout à fait utile, mais avoir un système de santé capable de les faire parvenir jusqu'à leurs bénéficiaires est déterminant.



RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Solidarité et humanité, ciments de la société



Dr Pierre SOMSE
ministre de la Santé
et de la Population
de République
centrafricaine

Je commencerai par exprimer ma gratitude à tous ceux qui connaissent la République Centrafricaine et qui l'ont suivie, de près ou de loin. Le pays était en proie à une crise politico-militaire, perlée depuis des décennies, qui s'est renforcée ces dernières années. Grâce à la solidarité internationale, nous venons de franchir un jalon critique avec l'accord de paix de Khartoum, grâce à l'appui de tous les pays amis, y compris la France, les États-Unis, la Chine, la Russie et l'Europe — et grâce aux humanitaires qui ont payé de leur vie.

La santé a été le creuset et le refuge de la paix. Tous les services publics se sont arrêtés : seuls les services de santé ont persévéré grâce à l'humanisme mondial et grâce à une conscience humaine unique, même de la part de certains groupes armés. La Croix-Rouge, MSF et d'autres, au coude à coude avec les personnels de santé, ont enseigné les principes humanitaires à ces groupes, les amenant à les respecter et à collaborer. On a pu vacciner presque tous nos enfants, mettre sous traitement la plupart de nos patients et même établir un record dans notre coopération avec le Fonds mondial.

Le Fonds mondial, avec Gavi, la Banque mondiale et l'Union européenne — et les humanitaires dont la liste est longue —, ont maintenu la bougie allumée alors que le peuple centrafricain était plongé dans l'obscurité. Ils ont pu maintenir la cohésion sociale. Les hôpitaux étaient les seuls endroits où musulmans et chrétiens se retrouvaient sans s'affronter, où les groupes armés venaient se soigner et collaborer avec les agents de santé.

Je souligne l'importance d'un mécanisme de financement comme le Fonds mondial dans un tel contexte. Il ne vient pas seulement préserver ou promouvoir la santé, il va au-delà. Avec le programme élargi de vaccination, les trois maladies ont constitué l'épine dorsale des services de santé sur lesquels, aujourd'hui, le système est revitalisé. C'est le moteur de la mise en place de notre couverture de santé universelle. Sur le rôle crucial du Fonds mondial et la nécessité que ce mécanisme de solidarité soit maintenu et renforcé, le peuple centrafricain vous donne son témoignage par ma voix : ce n'était pas évident de réussir dans un tel contexte. Cela a amené à la mise en place d'un projet de subvention très en deçà des besoins, par crainte que ces financements soient perdus du fait des risques. L'expérimentation est positive et montre que l'on ne doit pas laisser de côté un pays en conflit. Mais pourquoi le Fonds mondial n'a-t-il été conçu que pour couvrir les besoins... d'un sixième de ceux qui nécessiteraient des traitements ?

Grâce à ce partenariat soutenu nous sommes arrivés à une meilleure pratique qui a valu à notre président, le Pr Faustin-Archange Touadéra, d'être invité à participer au côté du président Macron à l'événement de reconstitution du Fonds mondial. Car nos prévisions ont été dépassées : au lieu de

30 000 malades à traiter, nous en sommes à 42 000 et nous avons une longue file d'attente. Avec le Fonds mondial, nous avons envisagé une revue de ce programme dans une optique d'optimisation, mais aussi d'équité, afin de réduire cet écart entre besoin et ressources. La prise en charge des malades du sida, par exemple, devrait être totale : nous n'avons que 110 000 personnes vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement alors que, dans certains pays, cinq millions sont couverts. Pourquoi alors est-il si difficile de couvrir les besoins de 110 000 malades ?

Nous avons fait beaucoup de progrès sur le paludisme. Presque toutes les familles, même dans les camps de déplacés, ont reçu des moustiquaires imprégnées. Il en a résulté la baisse spectaculaire de la charge parasitaire dans certaines régions. Nous nous engageons dans une démarche de soins de santé primaires.

Afin que d'autres mécanismes mondiaux comme le Fonds mondial fassent plus et mieux, il ne faut pas en exclure les pays en conflit. La valeur fondamentale qui sous-tend les Objectifs de développement durable est bien de ne laisser personne de côté, mais il n'y a pas que cela et peut-être mon collègue du Congo en parlera-t-il. Un pays en conflit est un incubateur de crises sanitaires qui peuvent mettre en danger la santé mondiale. C'est le cas d'Ebola, mais aussi de contextes propices aux faux médicaments, à l'émergence de nouvelles maladies et d'épidémies. À propos des médicaments falsifiés, on s'est retrouvés devant ce paradoxe où il a fallu s'armer de beaucoup d'avocats pour faire fermer une firme qui en distribuait... et qui a été rouverte malgré la décision du gouvernement ! Nous avons vécu un vide total de solidarité : il n'y a pas de dispositif pour aider les pays en développement à lutter efficacement contre les faux médicaments. Nous avons envoyé des échantillons, via l'OMS, à un laboratoire de référence. Trois mois pour des résultats très peu concluants — alors que nous en avons besoin pour le procès. Il est urgent que l'OMS et les pays partenaires aillent au-delà des discours afin d'aider les pays à tester en temps réel les médicaments et à prendre des décisions qui soient respectées.

Enfin, les mécanismes du Fonds mondial, comme des autres, fonctionnent avec des méthodes qui datent de plusieurs dizaines d'années. Il y a besoin de réformer. Nous suggérons une revue du fonctionnement du Fonds mondial. L'expérience vécue en Centrafrique a été guidée par une sorte de triade. D'abord, la simplification. Il faut simplifier, simplifier et simplifier, car le mécanisme est très lourd et consomme beaucoup d'énergie. On parle d'optimisation, mais toutes les ressources sont perdues dans les intermédiaires. On a l'impression que l'on ne veut pas sauver des vies... mais l'argent. Il faut renforcer les capacités locales, passer d'un système vertical à un système qui prend ancrage dans tout le système de santé et lui insuffle l'impulsion. **Simplifier, renforcer les capacités et viser la croissance.** ●

Les hôpitaux étaient les seuls endroits où musulmans et chrétiens se retrouvaient sans s'affronter, où les groupes armés venaient se soigner et collaborer avec les agents de santé. Tous les enfants ont été vaccinés et les soins de santé maintenus.



FONDS MONDIAL

Une santé et une éducation de qualité pour aider les générations futures à sortir de la pauvreté et de la faim



Subhanu SAXENA
directeur régional
Life Science
Partnerships,
Fondation Bill
et Melinda Gates

Je remercie le Leem pour l'aimable invitation : c'est la première fois que quelqu'un de la Fondation Bill et Melinda Gates vient parler avec vous en français. Je suis plus à l'aise en anglais ou en sanskrit, mais on va essayer. La Fondation a été créée sur un principe fondamental : la conviction que toutes les vies ont la même valeur. La Fondation a vingt ans et est devenue, au fil des années, le principal bailleur privé dans le domaine de la santé globale. Elle s'est fixée des objectifs bien précis et quatre grands principes sous-tendent sa stratégie.

Premièrement, nous pouvons sauver des vies en mettant à la disposition de ceux qui en ont le plus besoin les outils les plus modernes de la science et de la technologie. C'est vrai pour les médicaments et les tests diagnostiques, mais plus encore pour les vaccins destinés à prévenir les maladies infectieuses. Deuxièmement, nos ressources propres ne parviendront jamais à elles seules à modifier les politiques, les attitudes et les comportements qui peuvent améliorer la santé. C'est pourquoi nous travaillons en partenariat avec les gouvernements, la société civile et le secteur privé.

Troisièmement, nous sommes certains qu'en leur donnant accès aux outils qui leur permettent de vivre en bonne santé, nous aidons les gens à sortir de la pauvreté. En investissant pour améliorer la santé des femmes, nous savons que nous aidons des familles et des pays entiers à engranger des bénéfices à long terme.

Enfin, nous sommes absolument convaincus que c'est en ayant accès à une santé et à une éducation de qualité que les générations futures sortiront de la pauvreté et de la faim. C'est aussi vrai dans les pays pauvres qu'aux États-Unis.

Qui bénéficie des financements de la fondation Gates ? Des centres de recherche, des universités, des entreprises privées, des start-ups, des ONG, des acteurs de la société civile et bien d'autres, mais avec une spécificité. C'est la fondation qui identifie ceux qu'elle souhaite soutenir, auxquels elle suggère des demandes de financement. Nous sommes une fondation basée aux États-Unis, mais bien déterminée à soutenir avec la même intensité les pays francophones qu'anglophones. L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), le Centre Muraz et le Réseau Africain d'Éducation pour la Santé (RAES) ont déjà reçu des financements de notre part.

Ne croyez pas que la Fondation opère isolée, en marge des bailleurs de fonds traditionnels. Au

contraire, nous sommes l'un des principaux financeurs au côté de l'OMS et nous contribuons à des fonds spéciaux, la Banque mondiale, le Fonds mondial et la Banque Africaine de Développement. Il nous est même arrivé de financer directement des ministères de la Santé, comme au Burkina Faso et au Sénégal.

Dans la lutte contre la tuberculose, nous avons lancé une initiative pour la découverte de nouveaux médicaments. Depuis sa création, la Fondation a attribué plus de 250 subventions dans ce domaine et a été le plus important soutien financier de la recherche pour un nouveau vaccin. Nous soutenons avec des critères très ambitieux un nouveau médicament contre la tuberculose, dont l'approche "Test and Treat" permet de démarrer le traitement dès le jour du diagnostic pour accélérer la guérison et prévenir la transmission. Le traitement doit être simple, court et efficace sur tous les fronts du bacille. Il doit être pris oralement sans injection ; ne pas avoir d'effet secondaire majeur ; être efficace au bout d'un ou deux mois ; avoir une pharmacocinétique qui tolère les oublis éventuels du patient, sans interaction dangereuse avec d'autres médicaments... et ne nécessitant pas de suivi clinique ou biologique dans la majorité des cas. Comparée à ces exigences, la quête du Graal semble facile !

Chaque année, Bill Gates organise une table ronde pour mobiliser les directeurs généraux des plus grandes entreprises pharmaceutiques. Huit multinationales se sont déjà engagées dans l'identification de produits répondant aux spécifications.

Nous avons mobilisé dix organismes internationaux de recherche et de nombreux experts indépendants. Nous bénéficions de l'engagement du Gates Medical Research Institute de Boston, dont le travail est d'accélérer le passage entre laboratoires de recherche et application clinique.

Ce travail de collaboration doit permettre de conduire des études pour amener des produits en phase II dans le temps le plus court possible. Plus de huit produits déjà identifiés devront être optimisés pour être retenus. Aurons-nous un nouvel antituberculeux correspondant à nos critères dans cinq ans ? Ce serait merveilleux, mais rien n'est moins sûr.

Nous nous efforçons de mobiliser les meilleurs et les plus talentueux, mais la recherche pharmaceutique n'est pas une science exacte. Cela ne nous empêche pas de préparer les outils financiers pour les rendre abordables, notamment en mobilisant les gouvernements des pays à revenus intermédiaires les plus touchés par la tuberculose, comme l'Inde, l'Afrique du Sud et la Russie, ainsi que de grandes banques et institutions financières.

Nous espérons aider à résoudre le défi que pose la tuberculose, mais nous savons qu'il n'y a pas de solution toute faite et nous comptons sur votre participation. C'est par la collaboration et l'échange que des progrès seront accomplis. Ce sont les autorités nationales, ainsi que les institutions de recherche et de soins de vos pays, qui détiennent les clés du développement de la santé. Nous sommes prêts à adopter vos suggestions sur les plans politique, économique, technologique et financier pour faire évoluer notre approche afin de mieux correspondre à vos besoins. ●

PP

Depuis sa création, la Fondation a attribué plus de 250 subventions dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et a été le plus important soutien financier de la recherche pour un nouveau vaccin.

DD

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Une nouvelle stratégie sanitaire, orientée vers l'identification et la quantification des besoins



Dr Oly ILUNGA

KALENGA

ministre de la Santé
publique
de la République
démocratique
du Congo

Je vous remercie de m'avoir invité à partager avec vous les orientations prises en RDC pour optimiser la mise en œuvre de nos politiques, afin de faire reculer ce trio qui a un impact extrêmement négatif sur le développement du capital humain dans nos pays.

Ces orientations découlent de nos réflexions sur notre Plan National de Développement Stratégique. Nous nous sommes tous fixés, pour la couverture sanitaire universelle comme pour la lutte contre ces trois maladies, l'horizon 2030. Pour repenser notre stratégie sanitaire, nous nous sommes posés deux questions essentielles.

La première : comment avoir un impact sur ces trois maladies et sur les défis auxquels nous sommes confrontés ? En réconciliant une approche santé publique, une approche système et une approche focalisée sur les grands indicateurs de santé. De plus, comment réconcilier cela avec une approche soins de santé primaires et soins au chevet du malade, qui ont un impact pour la communauté en termes de satisfaction et de résultats ?

Deuxième question : comment innover dans notre approche pour avoir un impact, dans un contexte où une série de paramètres nous dépasse, dans des pays fragiles, avec des difficultés de mobilisation de ressources et confrontés à des systèmes de santé faibles, en termes d'infrastructures, de capacité en ressources humaines et de logistique. Dans un tel environnement, comment modifier notre approche pour accélérer l'atteinte des objectifs ?

Notre première conclusion a été la nécessité de changer de paradigme, de sortir d'une logique de santé publique, de programmes verticaux et d'aller vers une logique de services. On oublie souvent que la finalité d'un système de santé, c'est d'abord les services qu'il apporte aux bénéficiaires. Une tout autre approche, orientée vers l'identification et la quantification des besoins, les véritables attentes de ces communautés qui ne viennent pas avec un diagnostic : « *J'ai la tuberculose... J'ai le palu...* », mais avec une série de plaintes.

Une autre piste est la nécessité d'apporter un appui aux acteurs de santé de première ligne. Ils devraient être davantage soutenus, en termes de renforcement des compétences, mais également de fourniture d'outils de gestion. C'est une réflexion issue de l'analyse des faiblesses de notre programme de vaccination. L'un des facteurs limitants était simplement la difficulté pour les infirmiers et les

acteurs de santé de première ligne à planifier les activités et à organiser les campagnes.

Nous avons pris l'option de renforcer ces équipes et de mettre à leur disposition des outils de gestion et de supervision.

L'un des bénéfices obtenus a été de se rendre compte que les principales motivations des professionnels de santé n'étaient pas financières. Le fait d'être évalués, comparés, d'être dans un référentiel et de se donner des objectifs a eu un véritable impact sur leurs performances.

Les technologies de l'information et de la communication sont des outils puissants pour garder le contact et leur donner un retour sur leurs activités et leurs performances au quotidien.

Deuxième axe : la faible redevabilité de la plupart des acteurs de mise en œuvre de nos politiques de santé. La plupart sont beaucoup plus préoccupés par le taux d'absorption des budgets que par l'impact en termes de santé sur les populations. Une boutade circule entre nous : ces acteurs se qualifient souvent de "principaux bénéficiaires" ou "bénéficiaires secondaires" — preuve que le paradigme est essentiellement la mobilisation des ressources... Nous avons donc adopté la mesure de l'impact en termes de système de santé comme critère principal d'évaluation.

Dernier axe important, la nécessité d'améliorer la synergie entre tous ces acteurs, avec la nécessité d'une cartographie exhaustive des activités qu'ils déploient, de leurs sites exacts d'activité et de leurs sources de financement.

Cette approche d'amélioration de l'efficacité doit être comprise dans ses deux dimensions, à la fois en termes d'allocation des ressources alignées aux vrais besoins, mais aussi d'efficacité technique pour donner une priorité aux activités qui ont un grand impact sur la santé des populations en termes de ratio coût/efficacité.

Sur la question de financement, nous sommes conscients du fait que nos pays doivent faire d'énormes efforts en termes de gestion des finances publiques pour améliorer la mobilisation des ressources domestiques. Nous avons pris de nombreuses initiatives pour engager davantage le secteur privé à s'impliquer et à accompagner le système de santé.

Généralement, on parle d'un système privé de santé et d'un secteur public, mais nous avons fait évoluer la dynamique et les concepts en disant qu'il n'y a qu'un seul système de santé, au sein duquel il peut y avoir différentes catégories d'acteurs — publics, privés, privés confessionnels et privés non confessionnels, privés orientés profit ou pas — mais que tous ces acteurs devaient avoir comme seul objectif l'amélioration de la qualité du service donné à la population et de la santé des bénéficiaires, en se focalisant sur les populations de première ligne dans les zones reculées.

Voilà les quelques orientations stratégiques, prises afin d'essayer de contrôler au mieux les effets délétères de ce trio sur nos populations. ●

Un axe important : améliorer la synergie entre tous les acteurs de mise en œuvre de nos politiques de santé, avec une cartographie exhaustive des activités qu'ils déploient, de leurs sites exacts d'activité et de leurs sources de financement.



NOVARTIS

Un engagement sans relâche dans des partenariats à but non lucratif et la mise à disposition de traitements innovants



David HUGHES
directeur senior
Santé mondiale,
Novartis

Je dirige notre programme international de développement des médicaments contre le paludisme. J'ai été officier médical et responsable d'un service de pédiatrie au Zimbabwe. Je suis donc conscient de l'importance d'un approvisionnement stable en médicaments de haute qualité pour le traitement des enfants. Je connais les frustrations d'une pénurie ou du peu d'effets des médicaments que les résistances peuvent causer.

Au cours des vingt dernières années, des progrès incroyables ont été accomplis. L'utilisation généralisée des polythérapies à base d'artémisinine en a été un facteur important. Novartis y a activement contribué en lançant la première ACT à dose fixe en 1999 et la première ACT pédiatrique en partenariat avec MMV (Medicines for Malaria Venture) en 2009. Grâce à notre travail avec les partenaires et aux efforts conjugués de beaucoup d'entre vous, la société a fourni sans profit près de 900 millions de traitements aux pays où le paludisme est endémique.

En avril 2018, Novartis a annoncé un engagement de cinq ans dans la lutte. Un : investir plus de 100 millions de \$ pour faire progresser la R&D de traitements de nouvelle génération, luttant contre la résistance émergente à l'artémisinine et à d'autres antipaludéens. Deux : mettre en œuvre une stratégie de prix équitables, pour maximiser l'accès des patients, dès les traitements disponibles. Trois : continuer à faciliter l'accès aux antipaludéens pédiatriques et à œuvrer au renforcement des systèmes de santé de quatre pays d'Afrique subsaharienne, afin de contribuer à l'Objectif de l'OMS de réduction de la mortalité infantile due au paludisme d'au moins 90% avant 2030.

Nous sommes fiers de participer à un partenariat à but non-lucratif Afrique/Europe pour les essais cliniques de l'un de ces antipaludéens de nouvelle génération. Ce partenariat (EDCTP) octroie 10 millions d'€ sur cinq ans à WANECAM 2 (Réseau d'Afrique de l'Ouest pour les essais cliniques sur les antipaludiques). Une collaboration unique entre des chercheurs issus de dix institutions d'Afrique et d'Europe, de Novartis et de MMV. La subvention appuiera les essais africains d'une nouvelle combinaison KAF156 et luméfantine : le KAF156 a démontré du potentiel pour traiter le paludisme résistant en une seule dose. La subvention contribuera également à renforcer les capacités de recherche dans les quatre pays : le Burkina Faso, le Gabon, le Mali et le Niger. Nous sommes au cœur de l'engagement de

Novartis. Mais nous devons mieux utiliser nos outils. Je suis profondément déçu de constater que, près de vingt ans après leur lancement, moins de 20% des enfants atteints en Afrique subsaharienne sont correctement diagnostiqués et reçoivent des ACT. Cette année, nous célébrons le 10^e anniversaire du premier antipaludéen de haute qualité adapté aux enfants, avec des comprimés développés avec MMV pour les bébés de moins de 5 kilos et les jeunes enfants. Nous avons distribué plus de 370 millions de traitements en Afrique subsaharienne sans profit. En 2003, un enfant mourait de paludisme toutes les trente secondes ; désormais, ce n'est que toutes les deux minutes, mais nous avons encore beaucoup à faire.

Le deuxième grand défi est le besoin urgent de nouveaux médicaments actifs contre les parasites résistants du paludisme, tels que nous en voyons émerger dans la sous-région du Mékong. En partenariat avec Wellcome Trust, MMV, le Conseil de développement économique de Singapour, l'Institut Novartis contre les maladies tropicales et l'Institut tropical de la santé publique en Suisse, nous avons découvert deux antipaludéens potentiels, une nouvelle classe sélectionnée pour sa capacité à traiter différemment. Nous développons le KAF156 avec le soutien de MMV et de la Fondation Bill and Melinda Gates — en phase 2b d'essais cliniques dans 17 centres de 9 pays d'Afrique et d'Asie. Nous développons le KAE609 avec MMV et le Wellcome Trust. Nous menons une étude de phase 2 dans cinq pays africains, dont le Gabon, le Mali et le Rwanda.

Cependant, nous devons faire face aux défis habituels de la R&D, notamment en raison de la situation personnelle et géographique de nos patients. Nos nouveaux produits doivent vaincre l'un des parasites les plus prolifiques, surmonter la résistance et être aussi efficaces et faciles à prendre que les traitements actuels.

Deuxièmement, il est difficile de mener des études dans des régions isolées et dans certains pays dont les lenteurs bureaucratiques ralentissent, peut-être involontairement, le rythme du progrès.

Mais je reste optimiste. Nos progrès dans le travail différentiel : aucune entreprise ni organisation ne résoudra les problèmes toute seule. Nous recherchons activement l'avis de ceux qui affrontent ce défi sur le terrain. Nous avons publié en 2018 l'étude d'opinion MalaFA, Malaria Futures for Africa, codirigée par le Dr Richard Kamwi et le Pr Bob Snow du KEMRI-Wellcome Trust au Kenya, avec l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme. Les modèles devraient être rendus plus viables, grâce à une combinaison de financements de donateurs et de fonds nationaux — et alignés sur les priorités nationales. On doit donner aux pays plus d'autonomie en matière de politique antipaludique et d'allocations de ressources. Ainsi, ils auront le pouvoir de choisir la meilleure manière de mettre en œuvre chez eux prévention, diagnostic et traitements.

Le secteur et ses partenaires ont joué et continueront à jouer leur rôle, tant dans la science délicate de la R&D de médicaments abordables que dans leur mise à disposition. Ils le joueront encore mieux en donnant la parole à ceux qui travaillent à surmonter ces défis, chaque jour, sur le terrain. ●



Grâce à notre travail avec les partenaires et aux efforts conjugués de beaucoup d'entre vous, la société a fourni sans profit près de 900 millions de traitements aux pays où le paludisme est endémique.



ORANGE HEALTHCARE

Les technologies mobiles au service d'une stratégie globale d'innovation pour la santé publique



Élie LOBEL

président
directeur général,
Orange Healthcare

Merci de me donner la possibilité de m'exprimer devant vous au nom de la filiale dédiée au secteur de la santé d'Orange, grand groupe international très impliqué dans ce secteur.

Aujourd'hui, la moitié de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels. Pourtant, même dans les pays où moins de 10% de la population a un compte bancaire et où l'accès aux services de santé est difficile, presque 100% a un téléphone mobile.

Cela nous ouvre de nouvelles perspectives et quand on voit l'Afrique de la technologie, elle bouillonne. Je reviens de Vivatech, événement mondial qui s'est tenu à Paris. L'espace consacré à la technologie africaine était impressionnant : des dizaines d'entrepreneurs, des investissements qui ont plus que décuplé en cinq ans et des start-up très dynamiques dans le secteur de la santé. L'innovation digitale peut significativement contribuer à lutter plus efficacement contre les maladies infectieuses, les épidémies et la mortalité infantile — à condition que nous la mettions, ensemble, au service d'une stratégie globale d'innovation pour la santé publique. Il existe d'ambitieux programmes d'innovation numérique en Afrique anglophone et plusieurs pays comme le Rwanda sont exemplaires. Le Dr Kalenga pour la RDC nous a montré qu'il est possible d'avoir en Afrique francophone des programmes aussi ambitieux.

Notre rôle est de les favoriser et de participer à leur émergence. Nous sommes présents dans le monde entier, dans 28 pays dont 20 d'Afrique et du Moyen-Orient. Nous soutenons les entrepreneurs à travers différents dispositifs comme les Orange Fab.

Pour vous montrer comment nous participons à cette révolution, je voudrais vous donner trois exemples.

Le premier concerne la lutte contre les épidémies. En matière de sida, le programme des Nations unies cible les trois 90%.

Avec ONUSIDA, nous expérimentons l'utilisation des technologies mobiles pour aider à atteindre cette cible. Nous mettons à disposition notre plateforme mobile pour permettre aux professionnels de santé de communiquer à grande échelle avec ceux qui participent à ces programmes de soins, grâce à des SMS ou à des outils de messagerie vocale, avec des systèmes automatisés qui parlent la langue de la personne concernée. Ce sont des technologies très simples, des téléphones basiques qui ne nécessitent pas de connexion Internet afin que ce soit accessible à tout le monde.

Dans la lutte contre la tuberculose, une étude randomisée sur plus de 1 000 patients a montré que grâce à ces technologies simples, il était possible de diminuer par un facteur 3 les échecs thérapeutiques des patients sous traitement. Bien sûr, il y a des réticences. On doit être très attentifs à protéger la confidentialité et à ne pas stigmatiser les patients, mais c'est un progrès que nous avons besoin de le généraliser.

Le deuxième exemple concerne la couverture vaccinale des enfants. Orange et Gavi ont annoncé à Davos en 2018 un partenariat pour renforcer les taux de vaccination dans les régions où la couverture est la plus faible. Ce projet utilise aussi notre technologie mobile pour informer et sensibiliser les parents sur la vaccination, sur les rappels et là aussi, par SMS ou messages vocaux, notamment en langue locale, des technologies simples et ubiquitaires.

Nous mettons à disposition des agents de santé une application qui leur permet de saisir les données vaccinales de chaque enfant, de façon à disposer d'un calendrier vaccinal personnalisé et que les messages aux parents soient individualisés. C'est essentiel, car près d'un quart ne savent pas qu'il faut revenir pour les rappels.

Notre objectif est de concerner 800 000 enfants avec ce programme. On commence en Côte d'Ivoire, en partenariat avec le ministère de la Santé, avec une étude d'impact. Si c'est positif, ce programme s'étendra à d'autres pays d'Afrique de l'Est.

Troisième exemple : le paludisme. Grâce aux données de nos réseaux, on peut modéliser la mobilité des populations sur un territoire. Et c'est extraordinaire : en anonymisant les données et en respectant la confidentialité, il est possible de tracer des cartes extrêmement précises de la mobilité des populations. Dans le cadre du programme D4D, nous avons mis ces données anonymes au service de chercheurs en santé publique qui travaillent sur l'épidémie de paludisme au Sénégal.

Les résultats publiés montrent comment certains événements comme des fêtes locales entraînent des mouvements de populations, qui viennent des villes avec une faible prévalence de paludisme pour aller dans des zones plus éloignées à forte prévalence. Nombre de ces voyageurs sont alors infectés et lorsqu'ils reviennent dans leur ville où la prévalence est faible, on observe des augmentations d'épidémies, aussi soudaines qu'inexpliquables. Maintenant, on en comprend l'origine : chaque voyageur peut le transmettre à trois autres personnes !

Le simple usage de ces données peut nous donner des renseignements précieux et nous permettre, prochaine étape, d'imaginer des stratégies de prévention pour sensibiliser ces voyageurs aux risques qu'ils encourent et font encourir à leurs proches.

Alors oui, la technologie mobile peut nous permettre de faire face aux barrières géographiques, économiques, mais aussi au manque d'information, qui empêchent l'accès aux soins. Pour être efficaces, ces initiatives doivent s'inscrire dans une stratégie globale d'innovation digitale pour la santé publique. C'est notre affaire à tous. ●

« Nous mettons à disposition notre plateforme mobile pour permettre aux professionnels de santé de communiquer à grande échelle avec ceux qui participent à ces programmes de soins, grâce à des SMS ou à des outils de messagerie vocale qui parlent la langue de la personne concernée. »



RWANDA

Une approche régionale pour renforcer les systèmes et pérenniser les avancées



Patrick NDIMUBANZI
ministre d'État
pour les soins
de Santé primaire
du Rwanda

Je voudrais remercier les organisateurs de cette importante discussion. Grâce à la solidarité internationale, des progrès énormes ont été réalisés dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose. Des milliers de vies ont été sauvées et quantité de personnes ont vu leur existence s'améliorer. Dans les années 2000, j'étais en clinique et je voyais les gens mourir. Maintenant, je vois des gens vivants, qui ont une histoire et un avenir. Je remercie très chaleureusement toutes les organisations et toutes les personnes qui ont contribué à cet énorme succès.

Je vais mettre en lumière les solutions que nous pouvons offrir à travers l'expérience du Rwanda. Pour le VIH, le défi majeur serait d'atteindre tous les malades pour contrôler l'épidémie. Et c'est possible. La plupart des pays ont pour objectif les «90-90-90». Une étude en cours au Rwanda montre que l'on serait en train de toucher du doigt... les «95-95-95» !

Il demeure des poches de populations qui ne sont pas touchées par les programmes, les populations clés où la prévalence du VIH est encore très importante et l'incidence également. Il faudrait des systèmes de surveillance qui iraient jusqu'à l'individu. On essaie d'établir des bases de données, capables de contacter n'importe qui ayant approché une personne infectée et, grâce au suivi de ce réseau, de la tester et de la mettre sous traitement immédiatement. Une surveillance ciblée est possible. Les cas manquants doivent être retrouvés.

L'autre grand défi sera de suivre étroitement l'efficacité des traitements. Les patients arrivent-ils à supprimer leur charge virale ? Des résistances ne sont-elles pas en train d'émerger et de nous faire retourner à une époque où il n'y avait pas de solution pour cette maladie ? Il est très important de ne pas perdre de vue la possibilité d'émergences de souches résistantes.

Autre grand défi, les changements d'approche. On s'adapte constamment, à de nouveaux produits, à de nouvelles façons de traiter. En commençant par les spécialistes, puis les généralistes et les infirmières, nous avons initié des suivis mensuels, trimestriels et maintenant, semestriels. On opère tellement de changements en voulant bien faire que l'on risque de ne pas voir quand la réponse nous échappe. Le suivi de la mesure des impacts et des résultats est fondamental et il faut utiliser toutes les technologies disponibles.

Autre élément important de passer du réactif au préventif. Tout ce qui est prévention : les circon-

cisions, les préventions mère-enfant, l'identification des patients à temps... devrait être l'objet de nos préoccupations.

Pour la tuberculose, malgré des avancées extraordinaires, le grand défi qui subsiste est la capacité de diagnostiquer à temps les nouveaux cas. Au Rwanda, les traditionnelles trois questions, les trois A et les trois T : asthénie, amaigrissement, température... appartient à une autre époque. Il faut passer à la radiographie et à GeneXpert, dont la réponse est immédiate. Les taux diagnostiqués montent mais, faute de moyens, on ne peut offrir GeneXpert qu'à la moitié des cas présumés. L'une des stratégies serait de réduire les coûts et de le rendre disponible partout. L'autre grand problème a toujours été le diagnostic pédiatrique, le casse-tête sur lequel tout le monde essaie de plancher.

Après un grand succès — en 2012, le Rwanda avait réussi à réduire l'incidence du paludisme de 66% — cinq ans après, on a connu une recrudescence des cas. Rien n'est jamais acquis, il faut continuer d'être vigilants. Distribuer des moustiquaires c'est très bien, mais il faut passer à celles de deuxième génération comme les PBO, car les résistances aux pyréthroides sont bien réelles. Mais accéder aux malades assez tôt est la seule façon de réduire la mortalité. En décentralisant le traitement, désormais administré par les agents de santé communautaires, nous avons pu réduire la mortalité de 50% en un an et aussi réduire les cas de paludisme grave.

Nous n'avions pas de système de suivi pour identifier quels malades ont été vus en communauté. Nous sommes en train d'introduire un système de SMS rapides pour suivre les malades qui ont un paludisme grave et les référencer immédiatement, comme on le fait pour toutes les femmes enceintes. Autre stratégie traditionnelle, les pulvérisations. Là encore, on ne peut pas se contenter d'utiliser un seul produit. Les pyréthroides ont très bien marché un temps, puis on est passé aux carbamates, efficaces un moment, puis encore à d'autres. Il faut alterner pour éviter que les résistances ne se développent et ça, ça marche.

Vous comprendrez très bien que même si le Rwanda, seul, arrivait à éliminer le paludisme, nous ne sommes pas une île et les moustiques reviendraient très rapidement.

Nous avons donc, il y a un mois, adopté une stratégie régionale pour toute l'Afrique de l'Est et la RDC. Comme cela, nous sommes sûrs que toutes les initiatives qui marchent seront pérennes et vont contribuer à une réduction sensible du paludisme.

Un travail remarquable a été fait et je voulais donner cette note d'espoir. Il ne faut pas dire que c'est impossible, il faut continuer et rester mobilisés. Il ne faut pas que nous baissions la garde trop tôt ou nous le regretterons dans peu de temps. Il faut absolument renforcer tous les systèmes de santé et mettre un accent sur la santé numérique : c'est l'une des solutions qui pourra non seulement réduire les coûts de traitement, mais aussi améliorer les résultats et continuer d'investir dans les nouveaux moyens de diagnostic et les nouveaux moyens thérapeutiques. ●

«
Accéder
aux malades
assez tôt
est la seule
façon de réduire
la mortalité.
En
décentralisant
le traitement,
désormais
administré
par les agents
de santé
communautaires,
nous
avons pu réduire
la mortalité de
50% en un an
et aussi
réduire les cas
de paludisme
grave.
»



Olivia NGOU, fondatrice
Impact Santé Afrique
(ISA)

Impliquer la société civile et accélérer la lutte contre le paludisme en Afrique. 2019 est une année clé, accélérons le mouvement !

Les gouvernements et les partenaires, ces quinze dernières années, ont mené des actions fortes qui ont permis de réduire de près de 50% les décès des enfants de moins de cinq ans liés au paludisme — grâce au déploiement d'outils efficaces de prévention, de diagnostic et traitement. Des pays tels que le Cameroun, grâce au plaidoyer et la volonté politique, ont considérablement augmenté leurs financements nationaux alloués à cette lutte (de 400% en 2015), ce qui a permis de maintenir une couverture nationale en moustiquaires imprégnées (MILDA) ! Ces efforts sont à saluer. Cependant, depuis 2016, les cas de paludisme sont à la hausse et le financement mondial n'augmentant pas, les progrès mondiaux sont menacés. Il faut impérativement que :

- l'accès aux outils essentiels pour sauver des vies contre le paludisme augmente pour toutes les personnes vulnérables, y compris les plus difficiles à atteindre ;
- les systèmes de santé et le système communautaire soient renforcés ;
- les financements nationaux et internationaux soient mobilisés pour maintenir les acquis et parvenir à l'éradication.

Pour cela, le paludisme doit rester une priorité nationale, régionale et mondiale. Il est temps de radicalement transformer l'approche et d'impliquer la société civile locale et les communautés affectées en véritables acteurs et non plus uniquement en récipiendaires des services, incitant les pays à prendre des mesures et à augmenter leurs financements ; ils travailleront avec les responsables de la mise en œuvre pour que les programmes soient efficaces, fondés sur les droits humains et sociaux et servent les communautés les plus touchées, renforçant le sentiment d'urgence de mettre un terme, pour de bon, au paludisme.

2019 est une année clé dans la lutte contre le paludisme, avec la prochaine Conférence de reconstitution du Fonds mondial à Lyon, nous demandons à nos leaders et dirigeants africains de contribuer massivement à cet élan de solidarité mondiale à travers un engagement pour une augmentation des fonds alloués à la santé, pour des systèmes de santé plus robustes, un renforcement des systèmes communautaires... avec un seul objectif, sauver des vies ! Personne ne doit mourir d'une maladie que l'on peut et prévenir et guérir ! Protégeons chaque petit enfant du paludisme.



Garance UPHAM

Vice-présidente de l'Alliance mondiale contre la résistance aux antibiotiques

C'est un panel extrêmement intéressant. J'ai fait partie des pionniers au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, où l'on a parlé de tuberculose et de VIH à une époque où ce n'était pas encore politiquement correct, dans les années 1980. Quand on regarde une carte de l'épidémie de VIH, on se rend compte qu'elle est assez bien contrôlée en Afrique francophone. Les pays ont généralement de bons programmes de contrôle de la tuberculose et là où le VIH flambe énormément, c'est en Afrique anglophone, en Afrique australe où 27% des femmes enceintes sont en VIH positif. On n'a pas encore trouvé de solution et c'est très important d'entendre la Fondation Gates et d'autres ici mettre l'accent sur de nouveaux médicaments contre la tuberculose. M. Le Pape disait des services de santé qu'ils doivent être à même de fournir les médicaments et très souvent, on l'oublie. On doit avoir une stratégie générale qui met l'accent sur le renforcement des soins de santé. À l'OMS, on a adopté la CSU, mais on doit aussi s'occuper de la transmission nosocomiale : d'après le témoignage de l'OMS, 70% des femmes enceintes qui ont Ebola l'ont attrapé dans des centres de soins de la RDC. Ce n'est pas la faute de la RDC, c'est parce que dans les systèmes de santé, le contrôle nosocomial est faible. Au Congo, on a stoppé l'épidémie en formant les gens en première ligne sur le contrôle infectieux, de l'hygiène hospitalière à la prévention basique – des bottes, des gants, de l'eau de javel, comme on le faisait au début de l'épidémie du sida. Il faudrait inciter à développer le home care, au lieu d'obliger les gens à aller dans les centres Ebola où le risque de contamination est majeur. C'est même le cas dans l'Union européenne puisque les chiffres de 2015 montrent que la majorité des infections résistantes aux antibiotiques ont été contractées en milieu de soins. Le problème est mondial, il doit être pris de front. J'ai entendu dire que le contrôle infectieux serait mis en avant, en rassemblant l'unité Résistance aux antimicrobiens, AMR, l'unité CSU pour essayer de renforcer les structures de santé et la couverture sanitaire universelle et les urgences sanitaires, dont Ebola et d'autres. C'est très important. J'espère que le Rwanda, prochain organisateur de la Conférence mondiale sur le sida, mettra l'accent sur le fait que l'on a beaucoup de résistances aux antirétroviraux parmi les patients VIH + qui sont souvent les plus à risque pour contracter des infections nosocomiales bactériennes. Il est extrêmement important que nous mettions le contrôle pour une meilleure sécurité des patients et une meilleure prise en charge de l'infection en milieu de soins. On ne pourra pas véritablement utiliser les médicaments de façon efficace si un patient arrive avec une infection résistante, car il pourra la transmettre aux soignants, tuer le soignant qui en retour risque de tuer un autre patient. C'est très important de comprendre cette imbrication.



Pascale VANNEAUX

Consul honoraire de la République de Guinée

Je suis conseiller Médicrime du ministre de la Santé et conseiller spécial de la brigade de répression qui vient d'être créée. Tout le monde parle de ce problème de médicaments falsifiés et contrefaits, mais pour l'instant, seuls quatre pays africains sont intéressés par Médicrime. Trois ont ratifié : Bénin, Guinée, Burkina et le Maroc a signé. Ce serait peut-être le moyen de commencer à endiguer ce fléau qui est un problème de santé publique et un problème économique, qui favorise également les réseaux de trafic et le terrorisme. Médicrime est le premier outil international qui permet justement de le pénaliser. Si les pays signent, on les aide pour ratifier et ensuite, à créer des brigades de répression. Parce que le plaidoyer, c'est bien, mais une fois que c'est signé, il faut ensuite pouvoir réprimer !

QUESTIONS/RÉPONSES

QUESTION



Bernard LAURENDEAU
directeur régional
Afrique Zenysis
Technologies, USA

Nous sommes une société de big data de la Silicon Valley, qui a pour objectif d'aider les décideurs de haut niveau, surtout dans la gestion et la planification des programmes, sujet du jour. Je voyage un peu partout en Afrique, au Rwanda, au Liberia, en Éthiopie dont je viens. Je suis un peu déçu de constater que les décideurs sont paralysés par l'augmentation exponentielle des données. En termes d'unification et de consolidation des données, qu'est-ce qui est fait ? Quelles stratégies et initiatives à venir ?

RÉPONSES

Dr Pierre SOMSE — C'est un constat que je partage. Le besoin, reconnu par tous, appelle une réponse collective. On est à des niveaux très variables de gestion des données et d'utilisation des technologies. Dans un pays en conflit, il y a autant de systèmes que de partenaires. Chacun va dans les centres de santé, collecte les données, les communique... et le gouvernement n'a rien ! La Centrafrique vient donc d'initier un système d'information unique auquel tout le monde contribue. Nous étudions le système. Quels outils utiliser ? Quelle référence ? Quelles normes ? Il en faut : le système unique n'est pas sans risque, si des données concernant la vie privée se retrouvent sur les médias sociaux. Au niveau mondial, il faut mettre au point des mécanismes qui protègent le secret médical.

Dr Patrick NDIMUDANZI — La question est extrêmement pertinente : l'une des difficultés majeures est la multiplicité des bases de données qui ne se "parlent" pas nécessairement. On n'a jamais construit l'expertise pour analyser les données, parce qu'elles ne sont pas une fin en soi. La plupart des pays s'arrêtent à la collecte. Établir des tableaux de bord qui donnent l'information utile pour prendre la bonne décision, est un pas qui n'est pas encore franchi et demande une certaine expertise qui reste à construire.

Philippe LAMOUREUX — La question n'est pas spécifique aux pays en développement. La France possède la plus grande base de données du monde et c'est une base de données publique, puisque nous avons un seul régime de protection sociale pour l'ensemble de la population — une base extrêmement détaillée et complète. Nous nous posons les mêmes questions de la sécurisation des données, de leur exploitation et de l'exhaustivité des bases, qui ont la difficulté d'être souvent partielles. Nous

avons une très grosse base sur les diagnostics et les prescriptions, mais à quoi servent les données sur le diagnostic du cancer du poumon et les traitements prescrits si vous n'avez pas les données environnementales, si vous ne savez pas si la personne est fumeuse ou non, s'il y a des antécédents ? C'est une très bonne question, qu'effectivement il faut se poser tous ensemble.

Dr Oly ILUNGA KALENGA — En RDC, nous avons créé une agence de transformation digitale du système de santé pour harmoniser la collecte des données et créer cette business intelligence dans l'analyse pour orienter les décisions. Nous n'en sommes qu'au début, mais c'est dans ce sens qu'il faut aller, pour une approche plus orientée vers les services et les résultats, où les données sont une dimension capitale.

QUESTION



Dr Pierre COSTES
Data Santé

Notre ONG fournit des outils aux soignants de première ligne, pour mieux suivre le patient, avec un historique médical personnel et un système d'information local qui leur permet de savoir ce qui se passe dans le centre, les pathologies, les évolutions... Sur le secret dans la transmission, la sécurité est assurée, les bases ne sont que dans un serveur local. Mais dans un système national, tel le DHIS2 (Système National d'Information Sanitaire), qui nécessite une connexion Internet : au niveau des gouvernements, se préoccupe-t-on de l'étage qui précède (données compilées, dossier médical personnel), comment remplace-t-on les registres et tout ce travail administratif ? Pour la jonction, il faut une connexion. Si la téléphonie mobile est partout en Afrique, quand les relais 3G seront-ils généralisés pour l'alimenter ?

RÉPONSES

Dr Oly ILUNGA KALENGA — Le Dossier médical est au cœur de toutes les discussions. L'objectif «90-90-90» n'est pas réalisable sans ! C'est le cœur de tout ce que nous faisons — et c'est pour cela que je parle de réconcilier santé publique et clinique. Tant que l'on ne partira pas d'un dossier médical simple, on n'avancera pas : il doit servir aux prescripteurs de santé de premier niveau et, par la suite, il faudra trouver comment alimenter les bases de données en amont. Le DHIS2 n'est qu'un «hangar de données» fournies à partir des dossiers médicaux et, au-delà, il faut des capacités d'analyse et de planification.

Henri MONCEAU — Sous un angle par-

ticulier, cette question des données montre à nouveau l'interdépendance des problématiques et qu'il est décisif d'examiner ces problèmes d'une manière globale. C'est ce que nous faisons ici et ce que fera l'Assemblée mondiale de la santé. Toutefois, il faut le faire en étant sûr d'interconnecter tous les débats. Le secrétaire général des Nations unies, António Guterres, a mis en place un panel de haut niveau sur la coopération numérique qui va rendre ses conclusions en juin, ce qui donnera lieu à un débat à l'Assemblée générale des Nations unies en octobre. C'est une question de prise en compte par les autorités nationales de déploiement de dispositifs, mais il faut s'assurer que tous les territoires soient réellement connectés. Avec François-Xavier Ngarambé, coordinateur de notre groupe de travail numérique des ambassadeurs francophones, nous nous assurerons qu'il soit saisi de cette question et nous utiliserons ces Rencontres pour écrire en ce sens aux deux co-présidents du panel, Jack Ma et Melinda Gates.

Élie LOBEL — Cette question est au cœur d'un rapport de l'UIT : ces stratégies doivent être pensées globalement et impliquent les ministères de la Santé, des Télécommunications et de l'Éducation. Vous avez besoin que les solutions soient accessibles techniquement, mais aussi que les soignants y soient formés. On doit sensibiliser les populations aux enjeux : comme dans le domaine du médicament, il y a de grands bénéfices, mais aussi des risques nouveaux. J'ai cité des exemples avec de faibles prérequis technologiques capables de se déployer facilement. Il faut des stratégies qui s'inscrivent dans la durée et mettent tous les acteurs autour de la table : progressivement, on aura des interventions de plus en plus puissantes avec des outils de plus en plus sophistiqués, mais il ne suffit pas d'apporter un ordinateur ou d'une connexion satellitaire pour en généraliser l'usage comme par magie, il faut définir une stratégie globale et le bon calendrier.

QUESTION



Philippe DUNETON
directeur exécutif
adjoint d'UNITAID

Nous sommes partenaires du Fonds mondial et des pays et le succès de la reconstitution du Fonds mondial est très important. Peter Sands dit toujours qu'il nous faut des ressources et de l'innovation et tout ce que vous avez dit ici est très important. M. le ministre du Rwanda, vous avez décrit les actions d'UNITAID avec les nouvelles générations de moustiquaires et de sprays. Cet aspect d'innovation a des conséquences directes. On a parlé des médicaments du VIH et de l'action menée

avec le Fonds mondial et l'OMS : les réductions de coûts font que l'on peut mettre cinq millions de personnes de plus sous traitement dans le monde, la moitié de ceux qui ont besoin d'être traités. Si l'on parle des coûts unitaires d'intervention, est-il envisageable d'imaginer la construction d'un système de santé fondé sur la technologie numérique, en associant l'utilisation du portable sur le plan bancaire, notamment en Afrique ? Il n'y aura ainsi plus deux systèmes de protection sociale, le Bismarck et le Beveridge, mais "la" solution digitale. Il existe des conséquences en matière de régulation, d'incitation et de mise en œuvre de modèle expérimental qui est pour nous, UNITAID, une voie très intéressante. Est-ce réaliste d'y penser ?

RÉPONSES

Pierre SOMSE — Il n'y a pas de si ! On n'a pas d'autre option que d'évoluer vers un système interconnecté. On ne va pas attendre un méga système global pour commencer : nous y sommes déjà et le processus dépendra du dispositif en place, du niveau socio-économique... et de la connexion Internet. On est au carrefour de considérations économiques, politiques... Il y a un travail à faire au niveau mondial, car il existe une inégalité criante entre les peuples. Si le système électronique devient un bien public, il faudrait que ce soit également une obligation communautaire. Aujourd'hui, à nos frontières avec la RDC, non loin de l'épicentre de l'épidémie d'Ebola, il y a des zones inaccessibles, mais qui nous alertent par SMS. Le système fonctionne et davantage encore dans les situations difficiles. Il faut un système de régulation mondial, comme pour les médicaments, afin de permettre l'égalité de l'accès à la connectivité.

Jacques LE PAPE — On voit dans les programmes du Fonds mondial une certaine effervescence en matière d'utilisation des technologies de l'information. Cela apporte beaucoup de solutions aux patients et améliore l'efficacité des systèmes de santé et les transactions financières. Il reste une problématique. Comment trouver le bon compromis entre le programme mis en œuvre et les données qui permettent de vérifier que l'argent a été utilisé conformément à ce qui était prévu ? Dans beaucoup de pays, la solution digitale apporte un point final au débat, car dès la mise en œuvre, tout est conçu pour qu'il n'y ait pas de problème de cette nature. De plus en plus, souvent en partenariat avec le secteur privé, des solutions digitales sont utilisées dans les programmes et les trois maladies en particulier. C'est extrêmement prometteur.

Patrick NDIRIMUDANZI — C'est inéluctable. On doit aller vers une solution de systèmes de santé numériques. Le dossier médical n'a de sens que s'il est électronique et

c'est là où toutes nos questions sont intriquées. Il faut utiliser toutes ces données pour informer les avancées.

QUESTION



Dr Jean-Médard KANKOU

Épidémiologie, Santé publique et Recherche

On a dit que les approches cliniques devaient être complémentaires des approches de santé publique. Qu'en est-il du déploiement du vaccin RTS, S contre le paludisme en expérimentation ?

RÉPONSE

Philippe DUNETON — Gavi et le Fonds mondial financent son déploiement dans quatre pays : Kenya, Ouganda, Malawi et Ghana. Il s'agit de tester le vaccin de façon réelle : même s'il a une efficacité relativement faible (autour de 30%), une fois combiné à d'autres actions de lutte antivectorielle, il doit pouvoir démontrer une efficacité. C'est l'OMS qui vient de démarrer sa mise en œuvre, il reste deux à trois ans avant de savoir quelles seront ses conditions d'efficacité et de sécurité. Ce n'est pas le candidat dont on aurait rêvé et l'on souhaite d'autres travaux sur un vaccin plus efficace.

QUESTION



Benjamin HOUNKPATIN
ministre de la Santé du Bénin

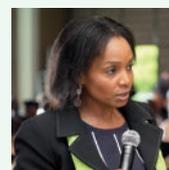
Je voudrais rebondir sur la nécessité d'unifier les approches et insister sur le fait que les approches innovantes devraient vraiment permettre de globaliser les efforts opérés. Je pose la question à Élie Lobel : la stratégie d'Orange se développe dans les pays où vous intervenez mais, au cas où vous ne couvririez pas tout le territoire, il est important qu'il y ait une interopérabilité avec les autres réseaux. Lorsque l'on veut passer à l'échelle sous-régionale ou continentale, il faut que les réseaux puissent se parler. À quelle échelle développez-vous ce programme ? Quelles sont les perspectives de développement vers d'autres pays et à l'échelle continentale ?

RÉPONSE

Élie LOBEL — Merci M. le ministre, vous appuyez sur un point parfaitement juste. J'ai donné des exemples d'interventions pour montrer leur efficacité et leur intérêt. Néanmoins, elles n'ont de sens que si elles s'inscrivent dans une stratégie globale. Nous sommes un acteur techno-

logique, pas un acteur de santé publique. Nous intervenons dans les pays où Orange est un acteur très fort, mais pas l'acteur unique. Cela nécessite — enjeu que l'on retrouve aussi bien en France, en Europe et dans le reste du monde — d'assurer l'interopérabilité de ces systèmes pour que, quels que soient l'opérateur et le logiciel que vous utilisez, si vous êtes un professionnel de santé à qui l'on veut faire remonter les données vers un dossier médical, tous ces systèmes puissent se parler. Définir cette interopérabilité est un enjeu fondamental. Dans mon équipe, nous avons de fortes expertises sur ces problématiques, mais c'est le rôle de la puissance publique de définir le standard. En tant qu'industriels, nous n'avons pas à le faire. La chance que l'on a, ce sont les organisations internationales sur lesquelles on s'appuie. Dans le domaine de la téléphonie mobile, GSMA et, dans le domaine des logiciels de santé, IHE, qui définissent des standards internationaux. Cela peut vous aider à choisir les standards que vous voulez mettre en œuvre dans votre pays. Nous pouvons venir vous aider à faire les choix les plus pertinents au regard de la façon dont seront structurés votre système de santé et les outils digitaux dont vous disposez, mais c'est un choix qui relève de la puissance publique.

QUESTION



Hermine ZOSSOUNGBO

Chargée de mobilisation de ressources Bénin

Ça a été un plaisir de vous entendre remercier la Première Dame du Bénin et cela rejoint l'intervention de notre ministre de la Santé. À aucun moment je n'ai entendu les sociétés novatrices comme Orange ou la Fondation Gates, parler du Bénin : est-il possible que vous fassiez l'honneur à la Première Dame de lui dire quand vous serez au Bénin.

RÉPONSES

Élie LOBEL — C'est une magnifique question et tout ce que je peux vous répondre, c'est le plus tôt possible !

PHILIPPE LAMOUREUX — Mais nous sommes déjà allés au Bénin, puisque nous menons tous les ans une action très emblématique dans un pays francophone africain sur le thème de la lutte contre la contrefaçon avec l'appui des Premières Dames ! Je tiens vraiment à remercier Madame Talon, Madame la présidente, de tout son engagement. En 2018, le Bénin était le pays retenu pour des programmes de Synergies Africaines dans les écoles pour lutter contre ce phénomène absolument épouvantable en termes de santé publique.

IMPRESSIONS D'APRÈS



Dr Aouélé Eugène AKA,
ministre de la Santé
et de l'Hygiène publique
Côte d'Ivoire

« Ce que j'ai pu retenir, c'est que c'était un panel de haut niveau, qui a posé clairement les problèmes d'innovation technologique, en matière de mise en œuvre de programmes de santé. Sur ces bases-là, on peut saluer tous ceux qui sont intervenus avec des propositions extrêmement intéressantes : ont été particulièrement évoqués ces téléphones portables aujourd'hui à la disposition de tous, partout. Mais je pense aussi que, au-delà de l'avancée que cette technologie peut nous apporter, il faut remettre quelque peu les pieds sur terre, pour ne pas oublier que des solutions toutes simples peuvent parfois nous faire avancer. Vous avez constaté qu'en Côte d'Ivoire, pays facilement traversé par tout et par tout le monde, l'Ebola n'a pas pu entrer ! Tout cela parce que mon prédécesseur a eu le mérite de se préoccuper de problèmes de base en amenant les populations à respecter les conditions minimum d'hygiène, nous n'avons jamais eu le moindre cas sur notre territoire. Ce qui est une véritable performance ! J'adhère en outre totalement à la prise en compte du problème posé par les médicaments de rue, ces médicaments contrefaits, de ceux qui ne respectent pas les règles - cela aussi, c'est une préoccupation majeure. Ces Rencontres nous ont proposé un débat de haut niveau, qui a posé les vrais problèmes et qui nous positionne dans de très bonnes perspectives. C'est vraiment tout à l'honneur du Leem de l'avoir organisé. »



Carole TENGUE, Synergies africaines

« Nous sommes toujours heureux de revenir à ces Rencontres et de voir que tout s'y passe si bien. J'ai été d'autant plus émue de la présence de la Première Dame que le Bénin est un des pays qui a bénéficié de notre programme d'éducation : nous y avons formé des jeunes l'an dernier et tout se déroule bien. J'ai apprécié tout autant la manière dont Philippe Lamoureux a mis en avant le programme des Premières Dames. Du coup, beaucoup de gens l'ont entendu : cela ouvre encore plus de perspectives et va nous permettre de former beaucoup d'autres jeunes dans de nombreux pays. Parce qu'en fait, on n'a pas besoin d'être membre de Synergies Africaines, ni même de faire partie d'un pays membre de Synergies Africaines pour bénéficier du programme. L'horizon s'annonce prometteur et on sait que l'on pourra contribuer. J'ai aimé aussi l'intervention d'Élie Lobel d'Orange : la technologie et les programmes innovants permettent de toucher tout le monde. Voilà l'impression que j'ai eue et je remercie toute l'équipe du Leem pour cette formidable organisation. Nous sommes très touchés de tout ce que vous faites pour l'Afrique et nous espérons que nos gouvernements en prendront de plus en plus conscience. Au-delà des chevaux de bataille que sont la lutte contre ces trois maladies, il y a encore beaucoup à faire. Et le Leem et nous avons beaucoup à faire ensemble. »



Manuel-Nso Obiang ADA, OCEAC, Cameroun

« Les échanges ont été d'un très haut niveau. Le VIH sida, la tuberculose et le paludisme sont des pathologies d'une importance capitale dans la santé publique. En Afrique centrale (CEMAC), nous sommes dans un milieu spécifique où l'on note la hausse de la prévalence de ces maladies. Nous pensons qu'il sera difficile d'atteindre les objectifs 90-90-90. Pour les maladies opportunistes telles que la tuberculose, cette hausse est aggravée par les phénomènes de multi-résistances. Je crois qu'il faut travailler un peu plus qu'avant, mettre en œuvre la recherche de partenariats pour unir nos efforts afin de lutter contre tous ces fléaux. Je crois que l'on a beaucoup appris ce soir ici, au travers de toutes les interventions. Le rôle que peut jouer la communication, les nouveaux moyens comme évoqués par le ministre de la santé de la RCA et par Orange, sont très impressionnants. »



Daniel BIAKOU, PDG de BDA Group Pharma, Congo-Brazzaville

« Ma question s'adresse à tous les ministres présents et à la Direction du Leem. On a aujourd'hui un souci de traçabilité et de disponibilité en Afrique subsaharienne. Pourquoi les ministres de ces pays ne développent-ils pas la fabrication de médicaments sur place ? Tout serait résolu et supprimerait du même coup une grande partie des faux médicaments, puisque l'on saurait où et comment les produits seraient fabriqués. Et le Leem pourrait y participer d'autant plus que, la nature ayant horreur du vide, s'il ne le fait pas, les Chinois le feront. J'ai été formé en France, et j'aimerais que ce soient les Français qui le fassent ! J'ai trouvé ces échanges intéressants par la diversité des acteurs — et dans un espace francophone, qui a beaucoup de retard par rapport à l'anglophone, et il est temps de le rattraper. Quand je vois les résultats qu'obtient le Rwanda, si nos pays pouvaient prendre le même chemin, ce serait vraiment intéressant. L'idéal serait que le ministre du Rwanda réunisse ses confrères francophones pour prolonger l'échange, au-delà de quelques minutes, sur l'expérience qu'il a partagée en tribune. Un vœu pieux ? Ces Rencontres sont très intéressantes : c'est la première fois que je viens... et je reviendrai. Au-delà des trois maladies endémiques (le sida est devenu une maladie chronique, au même rang que l'hypertension), se développent de façon insidieuse le diabète et les maladies cardiovasculaires. On parle de la santé en Afrique mais on voyage de plus en plus et les microbes n'ont pas de frontières. Si l'on soigne bien les Africains, le monde entier en profite ! La santé est mondiale. Il y a certes des financements, mais nos pays ne font pas d'efforts : on attend que cela tombe du ciel. Une organisation locale peut se faire, sans intervention extérieure. Si l'on pouvait améliorer l'éducation, l'information, la communication, un gros effort serait fait. C'est une bonne chose que le Leem et la Francophonie s'allient pour une telle cause. »

RENCONTRES



Valérie FAILLAT,
Fondation Sanofi Espoir, France

« La Fondation travaille sur les inégalités en santé et nous sommes plus particulièrement centrés sur l'enfant. Or les inégalités commencent même avant la naissance : la santé maternelle et néonatale est particulièrement menacée par ces trois grandes pandémies. Nous sommes donc aujourd'hui au cœur de notre problématique. Sur le terrain, nous avons des programmes dans les pays à revenus faibles et à revenus intermédiaires, sur une partie de l'Asie mais avec une très forte présence en Afrique francophone, ce qui renforce encore l'intérêt pour nous d'assister à ces Rencontres. Nous en attendons des retours d'expérience à travers les présentations, les discussions, les réflexions et les évolutions des systèmes – mais aussi de nouveaux contacts pour nouer encore davantage de partenariats et d'actions coordonnées. »



Karim BENDHAOU, Merck Afrique

« Une très belle session ! Je pense que les échanges étaient d'un très bon niveau et qu'il y avait beaucoup d'énergie positive mobilisée en faveur de l'éradication de ces trois pathologies. On sent déjà là les prémises de ce que va pouvoir faire le Fonds mondial au cours de cette année pour mobiliser tout cet argent. On a besoin de ces 14 Mds \$, un objectif soutenu par le président Emmanuel Macron, cette reconstitution est absolument nécessaire. À la suite d'un tel événement, nous nous réunirons pour définir le type de contributions – et il y en aura certainement – que nous pouvons apporter en tant qu'industrie du médicament. »



Oly ILUNGA KALENGA, ministre de la Santé publique de la RDC

« J'ai d'abord beaucoup apprécié l'intervention de la Première Dame du Bénin, la façon dont elle a approché les trois maladies comme un fléau – une vraie menace pour le développement du capital humain. Et cela donnait toute la perspective de ces maladies en insistant sur la nécessité de rester centré sur l'humain, sur la santé et le bien-être de l'homme. J'ai également apprécié toute la discussion autour de la santé digitale, je reste convaincu que le futur de la santé est digital et que si nous voulons résoudre les problèmes, améliorer l'accès à la santé à un coût abordable, le numérique sera la voie à suivre. Toutes les questions soulevées autour des faux médicaments et de Médicrime, sur les résistances aux médicaments, liées aussi au trafic et à la contrefaçon, sont aussi très importantes. La tuberculose multi-résistante est une problématique de santé publique mondiale, on risque d'avoir le même scénario pour le VIH... »



Élie LOBEL, Orange HealthCare

« J'ai trouvé d'un très haut intérêt ces échanges capables de mettre ensemble toutes les facettes de cette problématique de santé publique. Ce qui était intéressant c'est que, dans l'ensemble des options à la disposition des acteurs des pays d'Afrique, les solutions digitales sont des éléments-clés. Les échanges avec les ministres de la Santé ont montré que le niveau de prise de conscience de ces solutions a considérablement cru. On en voit les premiers résultats, on est au début d'une histoire particulièrement intéressante qui va, je l'espère, permettre de lutter encore plus efficacement contre ces pandémies. Je voudrais insister sur le dynamisme et l'énergie de l'écosystème d'innovation en Afrique. Une dynamique locale sur laquelle on peut s'appuyer, tout en la valorisant, à la manière des Orange Fab, accélérateurs de start-up, à même de leur donner accès aux meilleures technologies, au meilleur environnement... et donc à toutes les chances de réussite ! »



Adalbert NOUGA, ONG Village Suisse

« Je voulais remercier le Leem et la Francophonie, dont les ambassadeurs soutiennent depuis 2009 notre ONG (nous organisons prochainement un concert de charité avec l'orchestre symphonique de Kinshasa). « N'exclure personne ! », on le martèle, c'est même le slogan d'António Guterres à l'ONU. On constate néanmoins que la société civile n'est pas toujours représentative de ces idéaux. Nous qui sommes une structure internationale suisse – à la Direction de la Coopération et du Développement à Berne notamment –, nous souhaitons une meilleure coopération entre organisations internationales et société civile. Or le nœud du problème, c'est toujours l'argent. Je ne savais même pas que la Fondation Bill Gates aidait les ONG, on peut donc toujours trouver une porte de sortie ! Ma question à tous les grands intervenants de ce jour, c'est comment ils peuvent réellement impliquer les agents de la société civile de façon concrète... pour que le « Don't leave behind » se réalise ! Autre question qui me préoccupe : les génériques ne sont pas encore arrivés dans nos pays. Or dans la perspective où les médicaments coûtent trop cher pour nous, ne peut-on pas adopter les modes de fabrication des génériques ? Les gens ont besoin de médicaments moins chers, quelle réponse le Leem peut-il apporter à cette vision des choses ? Enfin, nous sommes sur le terrain, actifs dans 35 pays, avec des infirmières, des sages-femmes... et nous avons besoin d'être opérationnels. Donc il faut que l'on nous ouvre les portes ! »



Érick MAVILLE, CIAN

« C'est la deuxième fois que je viens : c'est vraiment intéressant d'arriver à articuler un bon niveau d'analyse avec un niveau très concret où l'on voyait clairement les enjeux, les défis – et les pistes pour des solutions qui peuvent être apportées. Le panel était bien équilibré. Ce que je retiens, c'est que l'on a intégré le fait qu'atteindre ces objectifs d'éradication de ces maladies ne sera pas possible sans le secteur privé. Ce ne sera pas possible sans l'innovation, sans la santé digitale, parce qu'il existe de nombreux domaines, dans lesquels le secteur privé a beaucoup à apporter, notamment dans la détection des faux médicaments, dans la formation des professionnels de santé, dans la chaîne d'approvisionnement. Toute la question va être maintenant de voir comment cela va se mettre en place dans les pays – c'est sur ce point qu'il faut que nous travaillions maintenant. »



Dr Tedros ADHANOM GHEBREYESUS, directeur général de l'OMS

« Je suis heureux de retrouver ici le Dr Kalenga, que j'ai ren-

contré chez lui en RDC et dont je salue avec respect l'engagement et le leadership dans sa très difficile lutte contre Ebola, qui l'a longtemps tenu éloigné de Genève.

Excellences, chers collègues et amis, votre Excellence Mme la Première Dame du Bénin, Claudine Talon, qui m'a si gentiment accueilli l'an dernier, merci d'être ici et à vous tous : « *Bonne soirée !* » Je suis désolé, j'aurais tant aimé m'adresser à vous en français... je vais tenter de faire de mon mieux pour l'année prochaine ! Je souhaite que ma fille l'apprenne au plus vite afin qu'elle puisse me donner des cours. Pour l'instant je ne connais que peu de mots, mais très importants : « *D'accord, oui, voilà, merci beaucoup, à bientôt...* » et je sais aussi compter jusqu'à dix !

Tout d'abord, je regrette sincèrement de ne pas avoir pu assister aux discussions de cet après-midi, dont je vois qu'elles ont été très intéressantes. Les thématiques que vous avez abordées sont de la plus haute importance.

Œuvrer à l'éradication du paludisme, de la tuberculose et du sida a toujours été ma priorité, tout au long de ma carrière, notamment lorsque j'étais ministre de la Santé puis des Affaires étrangères d'Éthiopie — et bien sûr, maintenant, en tant que directeur général de l'OMS.

Vous le savez, l'Assemblée générale de la Santé a approuvé la stratégie globale de lutte contre ces trois maladies. Chacune de ces stratégies met la barre très haut et elles ont ciblé toutes les étapes de la marche vers les Objectifs de 2030.

Pour prendre l'exemple du paludisme, le but est d'éradiquer la maladie dans au moins dix pays entre 2015 et 2020. Et nous allons pouvoir annoncer cette semaine que deux d'entre eux, dont un pays francophone, ont, d'ores et déjà, atteint cet objectif et ont été certifiés libérés de la malaria. Toutes ces stratégies soulignent l'importance d'une approche centrée sur l'humain, enracinée dans les soins de santé primaires, fondée sur les principes des droits de l'homme et d'un accès équitable à la santé — avec une attention particulière portée à l'aspect stigmatisant de ces maladies. Nos efforts doivent s'intensifier sur la prévention, sur l'amélioration des diagnostics et sur la certitude que tous les malades aient accès au traitement dont ils ont besoin.

Il est crucial de mettre en avant le rôle clé de l'innovation. Le nouveau vaccin contre le paludisme, testé en ce moment en phase pilote dans trois pays africains, est incroyablement prometteur — tout autant que les derniers développements de tests diagnostiques sur la tuberculose.

Mais il reste encore beaucoup à faire.

Dans tous les cas, nous avons besoin d'un engagement politique renouvelé, où chaque pays prouve son implication en faisant des questions sanitaires une priorité et en montrant des progrès réels dans la lutte contre ces maladies. Nous avons de nombreux exemples de pays qui sont engagés dans cette politique.

Nous avons besoin de ressources, à la fois par le biais de donateurs externes ou par l'augmentation des finances nationales allouées à la santé.

Vous le savez aussi bien que moi, des progrès durables dépendent pour beaucoup de fonds issus de financements nationaux.

Nous devons adopter la couverture sanitaire universelle : mettre fin à ces trois maladies requiert un système de santé efficace, qui place les besoins des patients au cœur de sa politique et qui n'exclut personne. Cette couverture inclut la protection contre les risques financiers.

Nous n'irons nulle part si les gens n'ont pas les moyens d'avoir accès à ces services.

Cela dépend de la capacité d'offrir des services et des médicaments de qualité, mais aussi de s'assurer de la continuité de la chaîne d'approvisionnement, afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans les traitements.

Cela dépend aussi d'un meilleur travail de collecte et d'utilisation des données, afin que nous puissions mieux évaluer les progrès et cibler les populations les plus démunies.

Enfin, plus que tout, nous avons besoin de partenariats. Une coordination globale qui regroupe les efforts sur tous les fronts. C'est pour cela que nous sommes tous réunis ici, à Genève. Pour renforcer les moyens de combattre, ensemble, ces maladies en accélérant nos efforts conjugués pour atteindre notre objectif : éradiquer définitivement ces maladies mortelles — mais évitables. »

Philippe LAMOUREUX, directeur général des Entreprises du Médicament

Merci beaucoup, Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, pour vos propos très encourageants. Merci à tous nos panélistes. Merci à vous tous qui êtes dans la salle avec évidemment, en premier lieu, Madame la Première Dame du Bénin et Mesdames et Messieurs les ministres. Nous vous donnons rendez-vous l'année prochaine, mais vous avez vu que, sur un sujet aussi important et aussi stratégique que celui de cette année, nous allons tous repartir pleins d'espoir. Parce que ce que nous avons entendu de la part de tous les intervenants, c'est un message de mobilisation et c'est bien l'objectif que nous poursuivions lors de nos travaux de cet après-midi.





Éric BASEILHAC
 directeur Affaires
 économiques
 et internationales
 du Leem

L'objectif indiqué par l'OMS est ambitieux : éradiquer les trois pandémies les plus dévastatrices des pays en développement que sont la tuberculose, le paludisme et le SIDA en 2030. L'année où la conférence de reconstitution du Fonds mondial se tient à Lyon (en octobre prochain), le Leem et l'OIF ne pouvaient pas ne pas apporter leur pierre à cette ambition en lui consacrant ses Rencontres francophones de la santé.

Chaque opportunité de se rencontrer, de faire le point, de se nourrir des exemples de certains pays, de s'inspirer des réflexions de ceux qui sont à l'œuvre, est en soi une manière de progresser. Tant il est vrai, comme l'ont rappelé de nombreux intervenants, que seules des actions conjointes des différents acteurs de santé, coordonnées avec les bailleurs de fonds et de portée régionale, voire continentale, peuvent apporter des solutions pérennes.

Cette approche internationale — c'est l'autre message qui m'a frappé — ne dénie pas la nécessité de progresser également à l'échelle des pays. Simplifier les mécanismes administratifs de redistribution, renforcer les capacités locales à produire des médicaments, développer les systèmes de santé : l'aide internationale n'est que peu utile à pallier. Elle est là pour amorcer, être relayée.

Dans cette mobilisation générale, les partenariats public/privé prennent également tout leur sens, comme l'ont rappelé les programmes digitaux d'Orange Healthcare. L'industrie pharmaceutique "accélère" sensiblement (pour reprendre le slogan du Fonds mondial) ses investissements et ses recherches pour faire progresser plus vite l'innovation thérapeutique. Le Leem a pris l'initiative, en partenariat avec la fédération internationale de l'industrie pharmaceutique (IFPMA) de mener une vaste enquête internationale qui permettra de mesurer les progrès accomplis et de projeter des objectifs. « Les organisations ont maintenu la bougie allumée pendant que le peuple était plongé dans l'obscurité », nous rappelait avec émotion le ministre de la Santé de la République de Centrafrique. Il s'agit désormais d'« électrifier ». ●



Réunion du Leem avec les directeurs de la pharmacie et du médicament (DPM) des pays d'Afrique subsaharienne francophone à Paris

Ces réunions régulières, entre le Leem et les directeurs de la Pharmacie et du Médicament des pays d'Afrique subsaharienne francophone, témoignent d'une volonté partagée de faire progresser ensemble l'environnement réglementaire du médicament. Les 28 et 29 mars 2019, cette manifestation introduite par Philippe Lamoureux, directeur général du Leem, a réuni plus de 80 participants venus de 25 pays du continent africain et a souligné une nouvelle fois l'importance de la coopération entre la France et les pays africains francophones dans le domaine de la santé et du médicament. Le premier objectif de cette réunion : accompagner le processus d'harmonisation des réglementations pharmaceutiques en particulier en Afrique de l'Ouest (UEMOA), en Afrique Centrale (CEMAC) et en Afrique de l'Est (EAC). Le deuxième thème évoqué était consacré à la sécurité de l'utilisation des médicaments à travers les retours d'expériences dans différents pays sur l'organisation de la pharmacovigilance. Au cours du cocktail de clôture de la première journée de travail, le Dr Éric BASEILHAC, directeur des Affaires économiques, publiques et internationales du Leem, a insisté sur la nécessité d'accélérer l'accès au marché des innovations

thérapeutiques. Venue spécialement pour cette occasion, Carine Wolf-Thal, présidente du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens et de la Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones, a rappelé l'importance de la coopération des Ordres avec les autorités de santé des différents pays et la force du réseau francophone dans le monde. Vincent Bouvier, directeur général du groupe VIDAL, a généreusement offert aux représentants des autorités de santé le VIDAL, qui sera par ailleurs la dernière édition imprimée de ce précieux dictionnaire. La deuxième journée de réunion a été dédiée à la sécurisation de la chaîne d'importation, de stockage, de distribution, et de dispensation. Enfin, la lutte contre les médicaments falsifiés, fléau de ce continent, a fait l'objet de nombreux débats avec les spécialistes du sujet. De nombreuses recommandations ont été formulées au cours de ces journées : renforcement des relations entre les DPM, les cellules harmonisation et les organisations professionnelles, développement de la coopération entre réseaux de pharmacovigilance, suppressions des droits de douane sur le médicaments et implémentation de la convention Medicrime dans tous les pays d'Afrique.



De gauche à droite.

Photo 1 : Michèle Boccoz (OMS) et Son Excellence Stéphanie Seydoux.

Photo 2 : Julie Assedo (Leem), Éric Lobel et Dr Nadia Khelef (Institut Pasteur).

Photo 3 : Catherine Fiankan-Bokanga

Photo 4 : L'équipe de l'ONG Village Suisse



leem

www.leem.org