



Les principaux succès de la santé numérique dans l'espace francophone

GENÈVE 22 mai 2016

SYNTHÈSE DES RENCONTRES

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



LEEM

OIF

UNE AMBITION PARTAGÉE, UNE TRIBUNE EXCEPTIONNELLE POUR DES INITIATIVES QUI RENDENT CONCRÈTES LES PROMESSES DE LA SANTÉ NUMÉRIQUE

Philippe LAMOUREUX
Directeur général des Entreprises du Médicament
Leem



Je voudrais vous remercier d'avoir répondu si nombreux à l'invitation du Leem, qui fédère les entreprises du médicament opérant en France, et de l'Organisation internationale de la Francophonie, pour ces Rencontres

organisées, comme chaque année, avec le concours de Son Excellence Ridha BOUABID, Ambassadeur et représentant permanent de l'Organisation Internationale de la Francophonie auprès des Nations Unies à Genève. Ces Rencontres incarnent – depuis dix-huit ans déjà – notre ambition partagée d'apporter collectivement, avec les acteurs éminents des systèmes de santé des États francophones, avec les grands partenaires institutionnels et les acteurs privés, des progrès en santé au bénéfice des patients. En amont de la 69^e édition de l'Assemblée Mondiale de la Santé, nos Rencontres sont plus que jamais une tribune exceptionnelle permettant d'apporter un éclairage pertinent sur l'évolution de la santé mondiale. Elles sont également un coup de projecteur sur les différentes initiatives destinées à améliorer la prévention et la prise en charge des pathologies dans les pays émergents ou en voie de développement.

Depuis deux ans maintenant, le thème de la santé numérique est au cœur de nos échanges et je souhaite saluer le travail effectué en 2015, où nous avons dessiné ensemble les contours de la révolution qu'elle représente, en particulier en Afrique où le seuil des 915 millions d'abonnés aux télécommunications mobiles a été récemment franchi. Nous avons alors exploré ces nouvelles voies de progrès, et spécifiquement celle de la e-santé et ses perspectives pour les professionnels de santé. La m-santé a également fait l'objet d'échanges passionnants l'an dernier, avec les applications mobiles qui apportent une aide déterminante aux patients en les replaçant au cœur des réseaux de soins. Après cette prise de conscience collective, cette nouvelle Rencontre s'inscrit dans la continuité naturelle des travaux déjà engagés les années précédentes, mais avec cette fois-ci un programme qui témoigne de notre volonté d'adopter une approche très concrète de la santé numérique.

Les développements informatiques et numériques réalisés dans le domaine de la santé ont permis de créer de nombreuses applications, notamment dans la détection, le diagnostic, mais aussi dans la surveillance épidémiologique et la formation des professionnels de santé. Ces concrétisations nous encouragent à valoriser les principaux succès de la santé numérique dans l'espace francophone. Il est aujourd'hui nécessaire de fédérer ces nouveaux outils en les intégrant aux politiques publiques – au niveau national, puis régional et sous régional – pour offrir un accès facilité, à faible coût, à cette révolution numérique, avec un impact majeur sur la santé des patients, et en particulier dans le domaine des maladies infectieuses et des maladies chroniques. Avec ses spécificités démographiques et géographiques, face au défi de l'accès aux soins, face à celui de la carence en personnel soignant, les pays

d'Afrique peuvent compter sur la vertigineuse pénétration de la téléphonie mobile. Indéniablement, l'Afrique est l'un des continents les plus connectés, où naissent le plus d'initiatives numériques qui vont, et nous en sommes convaincus, permettre de surmonter les difficultés d'accès aux services de santé, voire de surpasser certains pays pourtant plus avancés à ce jour.

Pour les entreprises du médicament, la mise en réseau de ces initiatives et l'échange autour de la e-santé est le signe encourageant qu'une volonté politique tenace et structurée soutient nos efforts communs pour développer une réflexion concrète sur la place du numérique dans la prise en charge des pathologies. Nous avons donc souhaité aborder avec vous les expériences concrètes menées localement et témoigner des initiatives en cours.

Nous nous réjouissons de pouvoir explorer ces questions, introduites par un état des lieux des avancées récentes dans la mise en place d'une stratégie de e-santé et de m-santé : **Michel SIDIBE**, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, présentera les initiatives mises en place par l'ONUSIDA et le **Dr Edward KELLEY**, Directeur Prestation de Services et Sécurité à l'OMS, la stratégie e-santé de l'OMS.

La première table ronde animée par **Catherine FIANKAN-BOKONGA** s'intéressera à la gestion des bases de données. Nous aurons le plaisir d'entendre le **Dr Marie-Madeleine TOGO**, Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali, présenter l'ambitieux projet de dématérialisation des dossiers patients. Le **Pr Antoine GEISSBUHLER**, médecin Chef du service de Cybersanté et Télémédecine des HUG et Directeur du département de Radiologie et Informatique Médicale de l'Université de Genève, développera pour sa part le sujet de l'optimisation concrète des stratégies thérapeutiques.

La seconde table ronde, dédiée à une approche très concrète, portera sur les principaux projets à dimension nationale. Notre objectif – assumé – est que vous puissiez vous nourrir de

ces applications pratiques, de ces réflexions engagées, de ces initiatives prometteuses, pour qu'elles soient portées non seulement au niveau national mais, pourquoi pas, au niveau continental. **Raymonde GOUDOU-COFFIE**, Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, traitera de la mise en place d'un carnet électronique de vaccination mère-enfant qui révolutionne la prévention. Enfin, la lutte contre le Diabète bénéficiera également de l'apport de cette révolution numérique, **Bénédicte DENIEUL**, Directeur des Solutions Patients de Sanofi pour les Pays Émergents, Afrique, Moyen-Orient, Eurasie, Asie du Sud, nous expliquera comment ces nouvelles technologies impactent la prise en charge des patients.

En conclusion, le **Dr Claude MONNERET**, Président de l'Académie Nationale de Pharmacie de France, viendra remettre le Prix de la pharmacie francophone, qui témoigne de l'engagement des pharmaciens dans le développement de nouvelles solutions thérapeutiques, lesquelles ne se conçoivent plus désormais sans l'apport combiné des nouvelles technologies de l'information et le croisement des technologies de santé. **Je ne doute pas que les témoignages que nous partagerons nous permettront de dégager des pistes de réflexion et d'actions pour l'ensemble de nos organisations et de les traduire dans des actions concrètes au service des patients.**



Permettez-moi, d'abord, de vous transmettre les chaleureuses salutations de la Secrétaire générale de la Francophonie, S.E. Madame Michaëlle Jean, et de vous exprimer toute ma satisfaction de constater,

une fois encore, l'intérêt que suscite cette réunion annuelle, à Genève, des décideurs francophones en matière de santé ; de me féliciter aussi de la pérennisation de notre collaboration avec le Leem pour la tenue de cette concertation.

L'action volontariste du Leem, et celle très engagée de son Directeur général, Philippe Lamoureux et de son équipe, sont pour beaucoup dans la réussite de cette collaboration, et je tiens ici à les en remercier publiquement.

Le succès croissant de nos Rencontres à la veille de l'ouverture de l'Assemblée Mondiale de la Santé confirme que le rôle joué par les questions sanitaires dans le développement est désormais une évidence pour tous les décideurs francophones.

Un système sanitaire de qualité, apte à répondre aux besoins des populations, requiert des investissements substantiels dont l'effet ne se fait sentir que sur le long terme. Dès lors, toutes les solutions pour raccourcir et simplifier ces processus sont extrêmement utiles. C'est pourquoi notre Rencontre de l'an dernier s'était déjà penchée sur la question de la santé numérique au travers de ce que l'on appelle plus communément la e-santé et la m-santé.

Nous avons alors relevé combien ces nouvelles technologies en matière sanitaire pouvaient être utiles aux professionnels de santé, à la fois en facilitant leur formation mais aussi en permettant de renforcer les centres de santé secondaires, démunis face au manque de personnel qualifié.

Nous avons également examiné l'intérêt de ces technologies pour le patient lui-même, notamment en matière de prévention. Tout cela traçait les pers-

Son Excellence Ridha BOUABID
Ambassadeur et observateur permanent
de l'Organisation Internationale de la Francophonie
auprès des Nations Unies à Genève OIF

pectives d'une révolution en marche qui modifiait déjà la manière dont un État pouvait appréhender ses politiques publiques en matière de santé.

Au vu de l'intérêt suscité et des évolutions toujours en cours, il nous a semblé important de prolonger et approfondir notre réflexion sur le sujet,

cette année encore, à travers une présentation de certaines initiatives prises dans ce domaine, tant par des organisations internationales que par des gouvernements, initiatives qui se situent à un niveau systémique, mais aussi à l'échelle de projets plus spécifiques.

L'échange de pratiques utiles et d'informations est à la base de la dynamique que l'OIF souhaite créer sur ces questions et je me réjouis de la présence de nombreux ministres à notre réunion ; présence extrêmement encourageante, car elle témoigne de la reconnaissance aux plus hauts niveaux de l'Etat de l'importance de ce sujet.

Je ne doute pas que les discussions qui vont suivre poseront les bases d'une collaboration

francophone durable. Nous nous projetons désormais tous vers le prochain Sommet des chefs d'Etat et de gouvernement de la Francophonie, prévu à Madagascar les 26 et 27 novembre prochains, une échéance qui témoignera sans nul doute, une fois de plus, de l'intérêt des plus hauts responsables de nos pays membres pour un développement durable, harmonieux, à la hauteur des attentes des populations et des objectifs fixés par la communauté internationale.

Je souhaite donc plein succès à nos travaux et vous remercie de votre attention.

L'ÉCHANGE EST À LA BASE DE LA DYNAMIQUE QUE L'OIF SOUHAITE CRÉER SUR CES QUESTIONS : LA PRÉSENCE DE NOMBREUX MINISTRES TÉMOIGNE DE LEUR IMPORTANCE.



Un parterre prestigieux de près de deux cents participants, réunis à la veille de la 69^e Assemblée Mondiale de la Santé.



Michel SIDIBÉ
Directeur exécutif de l'ONUSIDA

ONUSIDA

LA FORMIDABLE DYNAMIQUE DE L'INNOVATION AU SERVICE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



La e-santé constitue la troisième grande révolution médicale de notre temps. La première révolution était d'ordre chimique avec la mise sur le marché de médicaments permettant de guérir, de vivre mieux et de sauver des vies. La deuxième révolution était liée à l'avènement de la robotique dans la pratique des soins. Si je parle à présent de troisième révolution, c'est que la santé numérique est synonyme de transformation sociale et représente probablement l'un des domaines les plus porteurs d'espoir pour bâtir des systèmes qui produiront de la santé. Je suis convaincu que cette révolution numérique entraînera un changement profond de la pratique médicale, comme de la gouvernance de la santé, et ce, à différents niveaux. Tout d'abord, la technologie mobile permet de collecter des données et d'obtenir de l'information stratégique en temps réel. Ce partage et cette gestion nouvelle de l'information se traduiront par une demande plus forte, une interface renforcée entre les populations et les agents de santé, une obligation de résultats et une obligation de rendre compte. Que ce soit le décideur politique ou le patient, tous deux tireront des bénéfices importants de la technologie numérique : le décideur politique répondra de manière plus adaptée aux besoins et le patient verra la qualité des services améliorée. La conséquence directe sera une démocratisation de l'accès à la santé à travers une nouvelle relation médecin/patient renforcée dans laquelle le patient devient acteur de sa propre démarche de soins et partenaire du système de santé. L'ONUSIDA s'est aussi engagée dans cette révolution numérique, et plus particulièrement, dans la

La e-santé, avec la mise en œuvre d'un outil de visualisation des données en temps réel, en réponse à l'appel récent du Secrétaire Général des Nations Unies pour qui la « révolution des données » est un enjeu majeur pour les années à venir. Le Kenya est le premier pays à avoir adopté cet outil que nous appelons "Situation Room". **Le Président Kenyatta en personne me disait suivre en temps réel l'évolution de la réponse au VIH dans son pays sur sa tablette grâce à ce logiciel.** La semaine dernière, l'équipe kenyane accueillait son homologue zambienne pour la former. **Cet outil est en cours d'installation en Côte d'Ivoire, qui sera le premier pays francophone à l'adopter.** L'ONUSIDA est aussi engagé dans la m-santé. En effet, l'ONUSIDA a récemment signé un accord-cadre avec l'opérateur Orange pour la mise en œuvre dans un certain nombre de pays d'une plateforme permettant l'envoi de messages texte et vocaux pour améliorer la cascade de traitement du VIH, améliorer les programmes d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et le recueil de données sur la perception des utilisateurs des services. Au moment où je vous parle, une équipe d'ingénieurs parisiens d'Orange Labs est à Abidjan pour travailler avec l'équipe de l'ONUSIDA et les autorités nationales sur ce programme. Je laisse le soin à mon amie Madame la Ministre de la Santé de la Côte d'Ivoire de vous en toucher quelques mots lors de son intervention.

L'ONUSIDA SERA À VOS CÔTÉS : RATTRAPER LE RETARD NUMÉRIQUE NE SERA POSSIBLE QUE SI NOUS METTONS LA FRANCOPHONIE AU CENTRE DU DÉBAT

Pour terminer, permettez-moi de saisir l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui par les Entreprises du Médicament et l'Organisation Internationale de la Francophonie pour souligner le besoin d'un débat sur le retard de l'Afrique Francophone subsaharienne en matière de santé numérique. Les données parlent d'elles-mêmes. L'association des opérateurs de téléphonie mobile (GSMA) a répertorié 38 produits et services en santé mobile pour l'ensemble des pays d'Afrique Francophone subsaharienne contre 31 au Ghana, 53 au Nigéria, ou 98 en Afrique du Sud. Ce retard peut notamment s'expliquer par différents facteurs. Dès le début des années 2000, les laboratoires d'innovation mobile ont investi le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie, où ils ont pu mettre en place des projets à moindre coût dans un environnement technologique et politique favorable. Ceci a été facilité avec l'adoption du câble optique le long du corridor est-africain. Pendant cette période, la e-santé a été financée principalement par l'USAID, avec une forte implication des acteurs anglophones. La conséquence est qu'il existe aujourd'hui très peu de matériel traduit en français.

J'ai récemment fait part de ce constat à Madame Michaëlle Jean, Secrétaire générale de la Francophonie, et lui ai proposé de lancer un tel débat lors du XVI^e sommet de la Francophonie qui se tiendra à Madagascar en novembre prochain. Je lui ai assuré que l'ONUSIDA serait aux côtés de l'OIF pour la mobilisation des acteurs francophones afin de rattraper ce retard. Cela ne sera possible que si nous mettons la question de la Francophonie au centre du débat.

Housseynou BA

Observatoire africain de la santé, OMS AFRIQUE

« Beaucoup d'engagements ont été développés et je m'en réjouis. Je rejoins la première réflexion de Philippe Lamoureux, qui est d'intégrer la e-santé dans les politiques nationales, régionales et interrégionales. Autre point important, soulevé par le Dr Kelley, la mise à l'échelle : il faut vraiment que ces projets dépassent cette phase pilote. Le troisième problème, c'est l'évidence. Sur le terrain, effectivement, nous rencontrons énormément de petits projets de e-santé mais, généralement, les ministères de la Santé ne sont pas impliqués dans ces processus : ils sont soutenus, ici par des ONG, là par des instituts de formation et de recherche, qui ont un autre agenda que la santé publique. Une ONG sait trouver des financements pour mettre en œuvre des projets. Mais dès que le financement est terminé, le projet s'écroule ! C'est un problème extrêmement important au niveau de la région Afrique. Que les politiques s'engagent pour qu'il y ait un leadership, c'est cela qui manque aujourd'hui. Nous avons vu des pays pionniers en 2001 sur la santé numérique, qui multiplient depuis les projets pilotes, mais qui n'ont toujours pas élaboré de stratégies au niveau des États. Actuellement, sur 47 États de la région Afrique, seuls 20 pays, dont six francophones, ont une stratégie numérique validée par le gouvernement. Et sur ces six pays, je pense qu'il n'y en a qu'un ou deux qui l'aient mis vraiment en œuvre avec, dans le budget du ministère de la Santé, des lignes budgétaires dédiées. Le dossier électronique du patient, c'est très beau, mais cela nécessite tout un environnement. Ce n'est pas seulement la technologie, c'est le plus facile à mettre en place. Sur Internet, plus de mille éditeurs proposent



des dossiers électroniques de patients, vous pouvez en avoir pour 50 dollars : le problème, ce n'est pas le logiciel, c'est tout ce qu'il faut reconstruire autour, que tous ces systèmes puissent se parler. Or, peu de pays aujourd'hui ont un fichier électronique national, où chaque citoyen puisse être identifié et c'est primordial sinon, dans un hôpital, chaque service aura son fichier, il y aura des doublons et cela va impacter l'efficacité. Le deuxième problème, c'est la déontologie ; peu de pays ont intégré, dans leur code de santé, la réglementation de la protection des données personnelles. Ce que nous attendons à l'OMS Afrique, et l'ambassadeur Ridha Bouabid m'a beaucoup rassuré sur ce point, le prochain sommet de la francophonie, à Madagascar, parlera développement économique et social... mais j'aimerais que la e-santé y figure. C'est l'éthique politique. Nous voulons que vous portiez ce projet politique au niveau de l'espace francophone, parce que nous sommes en retard. À l'OMS, nous sommes prêts à travailler avec vous, nous savons ce qui se passe sur le terrain. Et il y a une grande différence, entre ce que dit une ONG qui est là pour promouvoir son application et ce que les gens nous racontent. Il faut évaluer toutes ces applications. Quel est leur impact réel sur le système de santé. Aujourd'hui, peu de pays l'ont fait. À ma connaissance, seul le Cap-Vert y est vraiment parvenu. Ce que nous espérons au terme de cette réunion, pour laquelle nous remercions encore une fois Leem, c'est qu'il y ait une suite au niveau des décideurs, au niveau de la francophonie et au niveau africain. Seule une volonté politique de nos dirigeants pourra faire de la e-santé un élément majeur de renforcement de nos systèmes de santé.

OMS

LE PATIENT AU CENTRE DES PROGRAMMES BE HEALTHY BE MOBILE OMS/IUT



Dr Edward KELLEY
Directeur, Prestation de Services et Sécurité OMS



Tout d'abord, je vous présente mes excuses pour mes fautes de français, mais en tant qu'Américain je souhaite parler votre langue et ne pas construire de mur entre nous et le reste du monde.

Pourquoi est-ce moi qui vous parle, et pas quelqu'un qui dirige notre équipe communication et technologie ? Parce que l'OMS a évolué : la grande question, aujourd'hui, c'est de mieux appliquer les solutions... qui existent déjà. Il s'agit d'adapter les systèmes de santé pour accueillir ces technologies numériques, mais dans un contexte de prestations centrées sur le patient. Aujourd'hui, 7 milliards de personnes disent posséder un téléphone mobile. Cela veut dire que l'on est à 96 % de la population mondiale. Cela varie beaucoup selon les régions, mais les gens sont prêts à payer. En Afrique, on consacre au moins 13 % de son salaire au portable. En revanche, il n'y a pas un accès égal et c'est un des thèmes sur lesquels nous travaillons avec les nouveaux Objectifs de développement durable. 60 % de la population mondiale ne dispose toujours pas d'un accès à Internet, et seulement 10 % des zones rurales en Afrique ont accès aux technologies qui pourraient vraiment avoir un impact sur l'amélioration de la prise en charge de la santé. Et il n'y a que 10 % des femmes qui sont susceptibles d'utiliser la technologie numérique, en raison de multiples obstacles. **Nous sommes dans un monde qui change, mais qui ne change pas pour tout le monde.** La santé numérique ouvre d'innombrables opportunités : prévention, surveillance, dossier patient informatisé, télémedecine et téléconsultation, systèmes d'information... Chaque jour, on vient nous proposer de nouvelles solutions. Mais la résolution à venir, c'est l'interconnexion entre les applications individuelles, les

stratégies de e-santé nationales et des architectures d'information sanitaires. On doit aussi pallier l'absence de normes et d'outils, pour l'évaluation des fonctionnalités, d'une base pour mesurer les impacts. La question n'est pas de savoir si la santé numérique, c'est mieux, parce que cela va changer de toutes façons, avec ou sans nous, mais c'est d'évaluer quels chemins suivre au niveau national et au niveau local pour l'intégrer. On a besoin d'une approche multisectorielle au sein des gouvernements, au niveau de l'engagement entre les ministres de la Santé, de la Technologie et de l'information, de la communication. À l'OMS, nous recenons la santé numérique sur la personne, sur la famille et sur la communauté à travers d'une stratégie inédite, annoncée en janvier et présentée cette semaine à l'Assemblée mondiale. Nous visons le concept de santé universelle, au sein d'un monde où le système de santé et le secteur sanitaire sont reliés aux autres secteurs – pour réaliser nos rêves de santé numérique.

Quant aux prochains défis et priorités pour l'OMS ils passent, c'est une évidence, par la mise à l'échelle et par l'innovation. Nous sommes en train de définir une ligne directrice pour évaluer les initiatives en e-santé, en mettant en œuvre cet Observatoire global de la e-santé, lié à l'Observatoire international des statistiques de l'OMS. Nous venons de publier la dernière version de profil des pays. Quant à la mise à l'échelle, elle va être le point focal de cette résolution pour notre exécutif, proposée par l'Inde, et qui montre que dans la plupart des pays, les expériences sont isolées et ne sont liées ni à une base de données ni même à un effort de partage d'expériences et de résultats. C'est la première fois qu'une résolution sur la m-santé va être proposée aux organes directeurs de l'OMS, dans un contexte de stratégies nationales. L'OMS continue son travail d'amélioration des outils et de partage avec les pays. Je voudrais surtout souligner l'effort commun avec l'équipe « Be healthy, be mobile » et l'IUT, avec qui nous sommes partenaires dans plusieurs domaines, dont les soins de santé de première ligne et DHIS 2. Cet aspect innovation au niveau des bases de données, et surtout des solutions proposées aux patients, va être vraiment le moteur de notre action, même si tout n'est pas généré par l'OMS, nous sommes là en tant que partenaire.

La démocratisation de la santé est au cœur de l'avenir de la santé numérique. La technologie est disponible, nous allons toujours avoir le choix de la dernière innovation en date, mais la question est : allons-nous trouver une solution pour offrir une certaine base, tout comme nous avons un "panier minimum" de services de santé ? Allons-nous envisager un "panier minimum de santé numérique" ? Je vous pose la question, mais je suis là pour écouter et apprendre avec vous.

SEPT MILLIARDS DE PERSONNES ONT DES MOBILES, MAIS 60% N'ONT PAS ACCÈS À INTERNET : IL FAUT LA MISE À L'ÉCHELLE ET DES STRATÉGIES NATIONALES.



MALI

UNE EXPÉRIENCE EN VRAIE GRANDEUR LE DOSSIER MÉDICAL DE SANTÉ NUMÉRIQUE À PARTAGER ENTRE TOUS LES ACTEURS



Marie-Madeleine TOGO
Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique MALI



Au Mali, le processus d'informatisation des systèmes de santé a démarré à l'occasion du processus de la réforme hospitalière en 1989. Nous avons un système de santé pyramidal avec, à la base, un premier échelon de contact de la population, formé de 1 232 centres de santé communautaires, et un premier niveau de 65 centres de santé de référence, qui correspondent un peu aux hôpitaux de district. Au milieu de la pyramide, sept hôpitaux de deuxième référence sont situés essentiellement dans les capitales régionales. Enfin, au sommet de la pyramide, nous avons cinq hôpitaux de troisième référence, tous situés à Bamako.

Nous avons créé, en 2008, une Agence nationale de télé-médecine et de l'information médicale, l'ANTIM, dont le Directeur est présent dans cette salle et nous avons pris beaucoup d'initiatives dans la numérisation. Je vais citer le DESAM, Développement santé du Mali, et la collecte des données dans le domaine de la surveillance épidémiologique est en train d'évoluer vers le DHIS2 (District Health Information Software) que, Dr Kelley, je préfère ne pas prononcer en anglais, pour ne pas massacrer cette belle langue. Le logiciel PharmaHos a pour objectif de mettre en réseau les pharmacies hospitalières et les bureaux des entrées, afin de faciliter la gestion des stocks, de les mettre à l'abri des péremptions et des ruptures de stock et de sécuriser les recettes en les informatisant.

Dans un deuxième temps, ce logiciel devait évoluer et intégrer les dossiers patients, et pour diverses raisons, malheureusement, cette stratégie s'est arrêtée pour l'instant au niveau du bureau des entrées et de la pharmacie hospitalière. D'autres logiciels sont bien entendu utilisés par ces hôpitaux.

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

Nicole HANSEN

Directrice Générale SANTÉ SUD

« Je suis très heureuse d'avoir entendu Madame la ministre de la Santé parler de la superbe expérience de DataSanté Mali qui, si elle est reproductible, permettra d'informatiser toute la première ligne en Afrique. C'est un énorme enjeu, avec un impact réel sur l'amélioration de la santé de la maman et donc de la famille. Il faut que l'ensemble des acteurs, partenaires techniques et financiers, aident le Mali et les autres pays à répliquer ces expériences pilotes, d'ores et déjà impactantes. Il faut en parler, il faut du soutien et des stratégies nationales coordonnées. En tant qu'ONG, nous préférons répondre à des besoins des ministères de la Santé, sinon, tout devient morcelé et, sur le terrain, c'est n'importe quoi. Il faut être dans une démarche de projet parce que, comme le dit Pierre Costes, le logiciel n'est qu'un outil, c'est toute la prise en charge du changement des pratiques qui est importante, et ce n'est qu'avec cette synergie de toute la chaîne que l'on peut y arriver. »



GRÂCE AU GPS,
IL SUFFIT D'APPUYER
SUR UN BOUTON
POUR AVOIR
LA CARTE SANITAIRE
DES CENTRES
DE SANTÉ
ET LEUR CAPACITÉ
D'ACCUEIL

Nous travaillons aussi sur le système numérique d'information sanitaire intégré, le SNISI, via la téléphonie mobile. Nous avons une flotte de 2 500 appareils, dont 791 ont été remis à des agents de santé à la base de notre pyramide, au niveau district sanitaire, qui collectent et nous transmettent quotidiennement toutes les données sur un certain nombre de pathologies, dont le paludisme, mais aussi sur la nutrition, la santé de la reproduction, la cécité et la vaccination... Autre initiative, notre carte sanitaire numérique, avec localisation par GPS de plus de 1 400 établissements de santé à travers tout le territoire. En plus de l'intérêt médical, nous avons développé cette stratégie afin de permettre aux non médicaux d'avoir accès à des données non confidentielles. Ce peut être n'importe, un touriste qui veut se rendre au Mali, ou un investisseur potentiel. Il lui suffit d'appuyer sur un bouton pour avoir la carte sanitaire géographique, avec l'emplacement des établissements de santé et leur capacité d'accueil.

Enfin, nous sommes engagés dans la phase de numérisation des dossiers patients, via un progiciel, OpenClinic, que beaucoup connaissent dans cette salle. L'objectif est que les patients soient suivis du bureau des entrées, en passant par les différents services, jusqu'à leur sortie de l'établissement. Pour le moment, c'est opérationnel dans deux hôpitaux sur douze, et cela couvre cinq districts sanitaires sur 65, ainsi que deux établissements de santé privés.

Quant à Data Santé Mali, c'est un outil qui est surtout utilisé au niveau de deux centres de santé communautaires, où les données sont partagées, où le dossier médical est informatisé. Nous visons huit centres fin 2016, sur un total de 1 234, vous voyez le long chemin qu'il nous reste à faire ! Cette expérience pilote va vous être présentée par le Dr Pierre Costes. **Pour planter le décor, je vais vous dire quelques mots des avantages que nous avons constatés en utilisant ce logiciel : réduction des erreurs médicales, amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, accroissement de la productivité des structures, meilleur archivage et sécurisation des dossiers patients – on limite les risques de perte, d'incendie ou d'accès d'une tierce personne à la salle d'archivage. Dernier avantage (la liste va certainement s'allonger), la disponibilité de la bonne information, en temps réel pour les décideurs, notamment les autorités sanitaires.**

Concernant les difficultés que nous avons rencontrées, la première, est l'insuffisance des moyens financiers, parce que les investissements sont importants. Autre difficulté, la problématique de la gestion du changement. Il n'est pas facile de passer du dossier papier au dossier informatisé, mais d'autres facteurs font qu'il y a une réticence à aller vers cette numérisation du dossier médical. Dernière difficulté, la question d'interopérabilité entre les différentes solutions technologiques. **Au vu de tous ces avantages, et des résultats du projet pilote, nous aimerions porter à l'échelle la numérisation des dossiers patients. Et à cet égard, nous lançons un vibrant appel à l'ensemble de nos partenaires techniques et financiers, afin que ce processus soit accompagné, car il va contribuer aux résultats attendus dans le domaine du plan national de développement sanitaire.**



Dr Pierre COSTES
Secrétaire général DATASANTÉ



Je porte en effet le projet du ministère de la Santé sous l'égide de l'Agence nationale de Télécommunications et d'Informatique médicale du Mali, DATA SANTÉ Mali. C'est un projet tripartite entre l'Agence française de Développement, l'Association

des médecins de campagne du Mali – 250 médecins de ces centres de santé dont Madame la ministre a parlé en font partie – et l'ONG Santé Sud qui gère l'ingénierie. Ce grand projet novateur est parti du constat que les systèmes sont informatisés au niveau de la région, mais que les registres sont toujours la base du système d'information local, pour les consultations, les accouchements, les vaccinations... On arrive à une véritable Babel de papier et, quand on veut numériser, surtout au niveau des centres de santé de première ligne, qui font de tout, c'est très compliqué d'intégrer toutes les données dans un seul dossier : c'est plus simple de faire un système d'information sur le paludisme, un autre sur la tuberculose... L'idée était donc de numériser à la source la relation avec les patients, via un dossier médical partagé, pour éviter l'administration multiple. Il ne peut s'agir que d'une approche intégrée : s'il n'est pas lié à la documentation et à l'accès à la connaissance, il n'est pas très fonctionnel et, s'il n'est pas lié à la messagerie sécurisée, au mail professionnel, à la communication avec l'extérieur, il n'est pas très efficace. Il faut que cet ensemble de données locales produise automatiquement, sans nouvelle saisie, les données qui vont enrichir le système d'information sanitaire : un dossier centré sur la personne, qui regroupe curatif et préventif. Une personne, un dossier – et ce n'est plus la personne qui circule d'un dispensaire ou d'un bâtiment à l'autre, c'est son dossier qui est accessible à chaque professionnel du centre de santé. En pratique, la technologie est simple.

PLUS BESOIN DE
BABEL DE PAPIERS,
LE DOSSIER
EST ACCESSIBLE
DE PARTOUT
ET SI L'ON N'A PAS
L'ÉLECTRICITÉ
ON SE SERT DU
PHOTO VOLTAÏQUE !

Un serveur, c'est une petite boîte, dans laquelle on peut mettre dix, vingt, voire quarante mille dossiers, sans aucun problème. Ce serveur routeur, grâce à deux petites antennes, communique sans fil, en wifi, à l'intérieur du centre de santé (sur une centaine de mètres, sauf si l'on installe d'autres relais), où tous les acteurs disposent d'un terminal, d'une tablette, d'un mobile... – et est connecté à l'extérieur via une carte SIM. Parce que si le centre de santé communautaire produit du soin en local, il doit être relié au reste du monde ! Une matrone nous a dit : « Si j'ai bien compris, à l'issue d'une formation, avec une tablette, n'importe laquelle, j'appelle la boutique qui me reconnaît par mon nom, et qui va chercher dans le magasin tout ce à quoi le directeur a décidé que j'avais droit. » C'est exactement le principe ! La tablette, c'est le client en informatique, la boutique, c'est le serveur, le nom, c'est l'identifiant et le mot de passe... Le médecin directeur administre les droits, le magasin, c'est la base de données... **La richesse du centre de santé, ce ne sont pas les tablettes, ni les serveurs, ce sont les milliers de fiches**

contenues dans le dossier. On a utilisé plusieurs couleurs pour différencier les "portes" d'entrée. Si je suis dentiste, je touche le bouton vert, j'entre dans le même dossier médical que le médecin qui a touché le bouton rouge ou l'infirmière qui a touché la seringue. Ces outils sont attractifs : il ne suffit pas d'empiler les données pour motiver une matrone, un agent de santé, un vaccinateur. Leur dire : « C'est bien de faire le dossier médical pour alimenter le système d'information du pays » ne pousse pas les gens à travailler. Il faut que chacun ait son petit outil : calcul instantané des indices, calendrier automatique, échéancier, rappel des rendez-vous dépassés... Une femme a oublié sa troisième consultation prénatale ? Le système prévient l'agent de santé communautaire du village pour qu'il puisse lui dire de reprendre rendez-vous ! Et pour ceux qui soignent les maladies aiguës, un assistant au codage produit des relevés épidémiologiques automatiques qui leur simplifient la vie. **On est dans l'intuitif, le tactile, le ludique accessible à tous, finie l'époque de l'ordinateur. C'est simple, c'est moderne... et ce n'est pas de l'informatique !** La première expérience de ce type, menée à Madagascar, en 2012, portée par l'ONG Santé Sud et qui compte déjà 40 000 dossiers, est destinée aux seuls docteurs. Au Bénin, même chose, 6 000 dossiers, pour une initiative récente, financée par Sanofi pour le développement et le prototype, mais elle aussi ciblée sur le médecin. Alors qu'au Mali, le dossier médical est partagé entre tous les acteurs d'un centre de santé et cela n'a rien de comparable. J'ajouterai deux mots sur les difficultés. Difficultés humaines d'abord, parce qu'il faut inciter les gens à une autre pratique du soin, ensemble, qui ne soit pas une simple juxtaposition de soignants. Difficultés contextuelles parce que l'on est dans des zones rurales, où il n'y a pas l'électricité : il faut du matériel spécial qui doit fonctionner avec le photovoltaïque. Difficultés techniques : il faut du rustique, qui se répare tout seul et du pas cher. Les résultats sont encourageants pour le Mali, dans le programme avec l'AFD et le ministère : treize centres de santé, 250 000 personnes dans le prototype, sur cinq régions du Mali. Sur les deux premiers centres installés en janvier, on est à près de 2 000 dossiers dans le premier, 7 % de la population locale et dans le second 1 766 dossiers au 15 mai, 13 % de la population est déjà serveur, avec de vrais résultats : ils s'en servent ! Et c'est cela l'essentiel. Qu'ils s'en servent bien, mal, moyennement, cela n'a que peu d'importance. On vous donne un vélo, vous allez apprendre à en faire en montant dessus. Un logiciel, un progiciel pour un centre de santé communautaire, si l'on s'en sert, c'est gagné. Évidemment, tout cela doit être mis en interface avec le système d'information sanitaire du pays. Et jusqu'à maintenant, les différents outils mis en place dans les centres de santé étaient mal appropriés, parce que probablement pas conçus pour servir le niveau primaire. »





SUISSE

SÉCURISER LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT ET MIEUX COORDONNER LES SOINS

Pr Antoine GEISSBUHLER

Médecin Chef du Service de Cybersanté et Télémedecine, Hôpital Universitaire de Genève, Directeur du département de Radiologie et Informatique Médicale de l'Université de Genève SUISSE



C'est un grand honneur de faire suite à l'intervention de Madame la ministre du Mali, puisque c'est au Mali que nous avons démarré nos premières activités de télé-enseignement médical et de télémedecine, qui ont servi de base au

RAFT, réseau en Afrique francophone pour la télémedecine, que j'ai le plaisir de diriger. Je vais réfléchir avec vous aux enjeux de la mise en place d'un système de e-santé qui faciliterait et sécuriserait le circuit du médicament : nous l'avons fait ici à Genève, qui n'est pas forcément le lieu pour apprendre à globaliser une solution, puisque c'est un des pays les plus richement dotés en infrastructures de santé. Or, ce qui est intéressant avec le numérique, c'est que ce qui peut être développé, dans le nord ou dans le sud, peut se déployer de manière beaucoup plus facile que quand il s'agit de construire des infrastructures au sol ou de mettre en place des systèmes. Notre projet a débuté il y a une quinzaine d'années : rien ne se fait du jour au lendemain et il faut rester très prudent sur la facilité de mettre en place des systèmes qui repensent la manière dont on produit les soins. Mes deux messages, c'est d'une part l'importance d'avoir, dans le siège du pilote, le gouvernement, une stratégie sur la e-santé, car c'est cela qui va d'une part légitimer les efforts, mais surtout, en assurant le déploiement et la pérennité. Et le second, c'est que si vous voulez que ce système fonctionne, il faut que ce soit le patient, le citoyen qui soit dans la force motrice. Notre expérience, c'est que ce ne sont pas ni les professionnels de la santé, ni les professionnels des télécommunications qui vont faire avancer ces systèmes, ce sont les citoyens. Le circuit du médicament est confronté à quelques défis.

À Genève, 5 à 10 % des patients arrivent aux urgences des hôpitaux universitaires suite à des problèmes de gestion des médicaments. Aux Etats-Unis, près d'un million d'erreurs médicamenteuses sont commises chaque année. Nos pharmaciens, doivent gérer chaque jour plusieurs dizaines de fax (une technologie qui a bientôt un siècle), pour assurer la réconciliation médicamenteuse, que le patient ait bien compris quels médicaments il doit prendre, entre ceux prescrits par son généraliste, par les spécialistes, modifiés lors de son séjour à l'hôpital ou achetés sans prescription. La polypharmacie est une cause importante de morbidité. **Pour mieux gérer ce circuit du médicament, nous avons mis en place Mon dossier médical.ch, centré, comme son nom l'indique, sur le patient, qui en contrôle l'accès, ce qui est assez nouveau : c'est le projet phare de la stratégie suisse de la e-santé. Il s'agit donc d'un outil gratuit, un dossier réparti et partagé, puisque de nombreux intervenants peuvent le nourrir et que ces informations peuvent être mises en commun, avec un certain nombre de garanties de sécurité.** Il compile, grâce cette technologie numérique, la liste de tous les médicaments pris par le patient, documentée par les prescripteurs, annotée par les pharmaciens

POUR FAIRE MARCHER LE SYSTÈME, IL FAUT AVOIR LE GOUVERNEMENT DANS LE SIÈGE DU PILOTE ET LE PATIENT, CITOYEN ET ACTEUR, COMME FORCE MOTRICE...

ou par les infirmières à domicile. Ces données, modifiées, gérées de manière collaborative, historisées, permettent de générer une carte de traitement, qui fournit au patient une information qu'il peut utiliser au quotidien. Il a sur une page une vision claire des médicaments qu'il est censé prendre le matin, à midi, le soir et au coucher. D'autres services sont proposés par ce système, au niveau du canton : le plan de soins à partager pour des pathologies complexes, qui permet aux différents professionnels, d'établir avec le patient et ses proches des objectifs de suivi, et à chacun des soignants de savoir ce qui se passe de manière coordonnée. Une sorte de partition utilisée partout. Ce qui est en train d'arriver, c'est que les patients eux-mêmes ajoutent des documents à leur dossier, sur la base d'outils numériques connectés, capteurs, mobiles et autres. L'idée est de se connecter aux différents outils de la m-santé et à d'autres services, notamment au carnet de vaccination.

Le même concept est utilisé pour coordonner la prise en charge de malades complexes chroniques qui représentent maintenant 80 % des coûts de la santé sur un territoire comme Genève, pour à peu près 20 % des patients, et donc un enjeu majeur dans la coordination des soins. Les enjeux sont donc d'une part d'avoir une stratégie gouvernementale claire, qui doit être informée par des projets pilotes. Ce projet a démarré il y a une quinzaine d'années et est en production depuis à peu près cinq ans : la stratégie nationale de la e-santé va maintenant le déployer au niveau national. Il a été nécessaire, dans notre cas, d'avoir une démarche législative participative, de définir les règles du jeu à travers une loi qui explicite les enjeux, les rôles et les responsabilités de chacun. Même si les lois du monde du papier sont suffisantes, le fait de poser cette problématique et d'avoir un débat autour des enjeux a été essentiel pour créer une confiance suffisante entre les différents acteurs, notamment entre citoyens, fournisseurs de soins et fournisseurs du système, avec l'implication de tous les acteurs de terrain, y compris les patients. L'importance de développer cette confiance est clé non seulement, dans la capacité de déployer, mais dans le fait qu'elle soit véritablement utilisée. Il est assez facile de mettre en place des systèmes informatiques, il est beaucoup plus difficile de faire en sorte qu'ils deviennent la norme et que la qualité de l'information qui s'y trouve soit suffisante pour être véritablement utile. L'autre difficulté, dans un système de santé qui n'est pas purement public, est de définir un modèle économique pérenne, pour que ces systèmes puissent durer.

Ce sont les citoyens qui deviennent les moteurs du projet. Au commencement, nous étions persuadés que les professionnels de santé et les opérateurs informatiques allaient se ruier pour utiliser ces systèmes. Ils ont été les facteurs de résistance majeure, et ce n'est qu'une fois qu'on a donné aux patients les clés du système, qu'il a enfin pu décoller. Je pense que cette leçon va se vérifier dans tous les systèmes, qu'ils soient dans le nord ou dans le sud.

CÔTE D'IVOIRE

LE CARNET DE VACCINATION NUMÉRIQUE MÈRE-ENFANT 483 875 "ENRÔLÉES" EN 2015



Raymonde GOUDOU-COFFIE

Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique CÔTE D'IVOIRE



Chaque année, plus de 500 000 femmes meurent suite aux problèmes survenus lors de leur grossesse ou de leur accouchement. La plupart vivent malheureusement en Afrique subsaharienne ou en Asie. Pour les femmes des pays du tiers-monde,

le risque de mourir des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour celles qui vivent dans des pays dits industrialisés, de même, un enfant né dans un des pays les moins avancés a quatorze fois plus de risques de mourir dans les 28 premiers jours de sa vie. Or la survie d'un nourrisson est fortement liée à celle de sa mère. C'est pourquoi améliorer la santé des mères et combattre pour la survie des enfants font partie des objectifs d'un État. En Côte d'Ivoire, en dépit de tous les efforts faits par les différents gouvernements, on constate, dans les chiffres 2012 officiels reconnus par l'OMS,

LE CARNET NUMÉRIQUE RAPPELLE À LA MAMAN PAR TEXTO, MÊME SI ELLE NE SAIT PAS LIRE, À L'AIDE DE SONS ET D'ICÔNES, QUAND FAIRE VACCINER SON BÉBÉ.

que la mortalité maternelle était, entre 2005 et 2011, de 614 décès pour 100 000 naissances vivantes. Donc, sur 1 000 naissances vivantes, six femmes décèdent pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les deux mois qui suivent. Nous avons réfléchi au suivi de la mère et de l'enfant en faisant ce constat : si les enfants décèdent après un accouchement normal, c'est qu'il y a sûrement un problème épidémiologique à

régler – d'où l'idée aussi du suivi du carnet de vaccination, pour savoir si les mères respectent le calendrier des vaccins, pour elles-mêmes, mais aussi pour leurs enfants. Tout le monde connaît le carnet mère-enfant qu'on remet à une femme dès qu'elle est enceinte : ce carnet "physique" est important, il est pluri-personnels de santé, il est octroyé par les gynécologues et tous ceux qui suivent la mère et l'enfant. Il présente un double avantage, pour la mère – la preuve des vaccins effectués et les périodes de rappel – et pour le professionnel de santé, qui dispose de l'historique vaccinal, avec une traçabilité précise.

L'institution de ce carnet physique, à une certaine époque, c'était parfait. Malheureusement, au fur et à mesure, certains problèmes se sont posés. Comment rappeler à la mère, surtout quand elle est en milieu rural, qu'à telle période il faut faire vacciner son enfant ? Cela, c'est la première chose. La deuxième chose, c'est l'oubli volontaire : on n'a pas envie d'aller au centre de santé qui se trouve un peu éloigné. Donc n'étant pas assez sensibilisée, on laisse tomber. Et puis troisièmement, tout de même, certains vaccins coûtent quand même assez cher. Au niveau du ministère de la Santé, nous sommes soutenus par des partenaires, dans le cas de vaccinations de routine ou de campagnes de vaccination que tous les gouvernements font. Mais, en dehors d'une sensibilisation "serrée", beaucoup de parents ont tendance à occulter les vaccinations. C'est en 2012 que notre ministère a pensé au carnet électronique de vaccination. Il s'est d'abord agi d'un

projet pilote avec un partenaire privé, mais nous nous sommes vite rendus compte que les textos, cela marchait bien. Cela permet – outre une sensibilisation tous azimuts, à travers tous les canaux de communication, radios de proximité, télé, presse nationale – de rappeler à une maman, par un petit son même lorsqu'elle ne sait pas lire : « Voilà, un petit signal pour te dire attention ». Ou lui dire, via ces petites icônes qui bougent sur les écrans : « C'est le moment de faire telle ou telle vaccination ». Et, là, elle s'y rend, au centre de santé ! Cela nous a permis, après évaluation, de nous rendre compte que nous avions moins de malades, moins d'épidémies et que les vaccinations étaient faites. C'est déjà la chose la plus positive et c'est important, pas seulement en ville. C'est l'intérêt de ce carnet électronique, puisqu'en Afrique, dans le plus petit hameau, même si c'est juste pour répondre, même si l'on n'appelle pas parce que cela coûte cher, le paysan, les paysannes, les jeunes filles, les écoliers, les écolières, tout le monde a son petit portable. Il y avait toutes les raisons d'utiliser cette méthodologie pour toucher la mère la plus isolée en milieu rural. **Et cela a marché. Je vous donne juste un chiffre sur les résultats relatifs à la mise en œuvre de ce nouveau carnet, qui bien sûr n'est pas obligatoire : le nombre de personnes enrôlées est passé de 72 251 en 2012 à 483 875 en 2015. Je pense que nous pouvons quand même être satisfaits.** À l'évidence, l'institution de ce carnet électronique vaccinal est indispensable pour une lutte efficace, pour l'éradication et la réduction de l'expansion des maladies épidémiologiques dans nos pays. Une autre expérience en cours actuellement, et que Michel Sidibé a citée, une expérience pilote avec le groupe Orange et ONUSIDA. Toujours dans la même veine, nous avons actuellement un taux de 3,7% de prévalence du VIH Sida en Côte d'Ivoire – nous sommes passés pendant la crise à des taux très importants, en 1995 nous étions à pratiquement 12 % – et nous aspirons réellement à atteindre les 1 % avant 2020. Mais pour cela, il faut bien sûr redynamiser les méthodes classiques de lutte contre le sida. C'est ainsi que nous avons donc décidé, vu le succès de l'expérience du carnet électronique de vaccination, d'essayer de nous rapprocher de nos malades, les "perdus de vue" après avoir été déclarés positifs. Et également, dans la lutte que notre Première dame mène dans le cadre de la transmission mère/enfant du VIH sida et surtout, sur la mise à disposition du VIH pédiatrique. Je salue le Pr Douste-Blazy qui est bien sûr notre spécialiste en la matière, et qui nous appuie... C'est également un projet qui marche bien, en tout cas dans sa phase pilote, qui nous permet de rattraper très facilement, simplement en appelant sur leur mobile, les patients identifiés et sans qu'ils aient besoin de venir jusqu'au centre de santé – vous savez que, malheureusement, chez nous, la stigmatisation est encore forte, malgré la loi que nous avons fait passer en 2014 et qui met la pression sur ceux qui la transgressent – et d'avoir un texto lui rappelant ne pas oublier de prendre son ARV...

Autant d'avancées importantes qu'offre cette technologie électronique et numérique. Je pense qu'elle est la mieux indiquée pour nous, pour développer la prévention primaire et surtout la surveillance de nos épidémies. Nous ne sommes pas à l'abri, nous avons Zika, nous avons Lassa qui approche, nous avons vécu Ebola, et ce n'est pas fini. Je pense que ces systèmes-là peuvent nous aider à réduire, de façon drastique, tous ces manquements que nous avons, et rappeler à nos populations, surtout rurales, l'application des méthodes de prévention.



Bénédicte DENIEUL
Directeur des Solutions Patient Pays émergents Sanofi FRANCE

e-DIABETE

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE



Le diabète n'est pas une maladie transmissible, cependant on en parle comme d'une épidémie mondiale, particulièrement dans les pays émergents avec, en Afrique notamment, un doublement du nombre de cas d'ici 2035. Cela représente une

pression énorme sur vos systèmes de santé, d'autant que l'on estime qu'aujourd'hui 62 % des diabètes ne sont pas diagnostiqués.

D'après notre registre IDMP5, qui observe la prise en charge clinique sur le terrain dans les pays en développement et notamment au Cameroun (publication en cours), nous savons qu'un nombre insuffisant de diabétiques atteint les objectifs glycémiques. Le niveau de contrôle et le dépistage des complications sont largement en dessous des recommandations et ne permettent pas d'anticiper. Quant à l'autocontrôle glycémique, essentiel pour une meilleure prise en charge, il reste trop limité pour des raisons d'accès à ces fameuses bandelettes utilisées par les patients. L'éducation thérapeutique qui est associée à un meilleur contrôle glycémique, reste sous optimale dans le monde en général, et en Afrique en particulier. Trois éléments chiffrés issus de cette recherche. Premièrement, le taux de sucre dans le sang : seuls 28 % des patients atteignent un contrôle glycémique qui leur permet de vivre longtemps et en bonne santé. Pire : seulement 1% des patients sont à la fois contrôlés sur la glycémie, la tension artérielle et le cholestérol. Même si 88 % de ceux qui sont allés chez le médecin récemment ont reçu de l'information sur leur diabète, seulement 30 % ont bénéficié d'une véritable éducation thérapeutique et 45 % du soutien d'une infirmière spécialisée sur la maladie ; 18 % des diabétiques camerounais sont affiliés à des associations de patients et 7 % ont consulté des sites Internet dédiés. Même si cet état des lieux est un peu dramatique, en fournissant de l'éducation et de l'accompagnement, la situation s'améliore beaucoup. Cela donne des pistes pour des solutions concrètes et efficaces.

Parmi nos actions en Afrique subsaharienne, je vais m'arrêter sur le projet e-diabète, mené en partenariat depuis 2009 avec l'UNFM et le RAFT. C'est une plateforme d'éducation en ligne, focalisée sur le diabète, mais qui a une petite sœur axée sur la pédiatrie. À travers une technologie bas débit qui permet d'aller partout, elle met en œuvre des programmes sud/sud d'éducation médicale, en prise avec la réalité du terrain. Les sessions mensuelles réunissent jusqu'à 1 000 participants connectés dans 20 pays d'Afrique et le site e-diabète reçoit énormément de visites. Une autre de nos plateformes, Connecting Nurses, offre aux infirmières de partager leurs expériences et l'accès à des ressources. Pour les patients et leurs proches, nous sommes présents dans les établissements de soins, via des Cliniques du diabète et de l'hypertension, qui leur apportent de la ressource et du support ; sur la partie numérique, un pilote collecte et permet de partager des informations, anonymes et agrégées, de précieux enseignements de terrain. Et nous menons, en partenariat avec des sociétés de télécom, des campagnes de sensibilisation par texto, sur le bien vivre, le diabète et l'hypertension, pour favoriser le diagnostic et les bonnes pratiques. Autre partenariat dont nous sommes très fiers, dans le cadre de Be healthy, be mobile, avec l'IUT et l'OMS : le pilote m-diabète au Sénégal : une approche à 360 degrés, de la prévention et de l'aide

au diagnostic, à l'accompagnement et au support à l'éducation médicale pour les professionnels de santé. Nous sommes aussi enthousiastes sur nos partenariats avec les communautés de patients : il n'y a pas meilleurs conseillers. Tout ce qui sera fait par les patients, pour les patients, sera forcément plus impactant. Beaucoup d'espoir aussi autour des communautés d'entraide (peer2peer) comme cette très belle expérience au Moyen-Orient, "My Diabetes Story" qui permet de faire tomber le tabou autour du diabète et aux malades d'échanger entre eux. La technologie ouvre des perspectives fantastiques via des applications peu coûteuses pour le bénéfice qu'elles apportent. Nous investissons aussi sur des projets de plateformes numériques d'éducation thérapeutique pour les infirmiers. Et à des stades embryonnaires, à toutes les solutions qui améliorent la collecte d'informations, le suivi du dossier et l'aide à toutes ces structures qui permettent de boucler la boucle autour du patient, de gérer les ressources disponibles de manière optimale. Le numérique permet de toucher plus de monde, à moindre coût et d'adapter plus finement l'offre aux besoins de chacun, au moment où il le souhaite. En outre, l'interactivité permet de s'assurer que l'information est intégrée. Nous pouvons répondre aux questions, et aller vers une prise en charge de plus en plus autonome du diabète par exemple. Ce qui est également passionnant, c'est que tout cela se passe dans un contexte où beaucoup reste encore à inventer : la gouvernance, la réglementation, l'accès aux technologies et aux compétences. Nous l'avons vu à travers toutes vos présentations, c'est un monde fascinant qui n'a pas fini de s'ouvrir devant nous.

Notre rôle n'est pas d'être en première ligne, mais d'être partenaire, des ministères de la Santé, des ONG, des sociétés savantes et des associations. L'ampleur du défi est telle qu'il faut aller vite et tout de suite penser au passage à l'échelle, sortir de cette approche pilote pour quelque chose de plus grand. »

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

« C'est ma première participation à un événement qui ait une dimension de politique de santé : j'ai été frappée par l'audience très attentive, par la qualité, la richesse et le niveau élevé des interventions. J'ai trouvé impressionnante, satisfaisante et porteuse d'espoir, la convergence entre les différents acteurs, représentants des États, des associations qui font énormément — et notre contribution en tant qu'industrie de la santé... On ressent un objectif commun, une intelligence collective, l'envie de faire ensemble et de partager des succès. Chaque projet est le résultat de partenariats et d'implications fortes d'acteurs qui peuvent, sur le papier, avoir des intérêts divergents mais qui, sur ce terrain de solutions par l'innovation, se rejoignent d'une façon qui est belle à voir, pour mettre les idées en musique. Toutes ces expériences sont extrêmement positives et, même si l'on n'y est pas encore tout à fait, on progresse sur un modèle économique à grande échelle et pérenne. Quant à la francophonie, elle est porteuse de projets et de valeurs fortes. »

ODESS

UNE VITRINE MONDIALE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES PROJETS ÉMERGENTS



Béatrice GARRETTE
Directrice générale de la Fondation Pierre Fabre FRANCE



C'est en étant sur le terrain, depuis quinze ans, dans les pays d'Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, que nous avons pris conscience de l'immense potentiel ouvert par le numérique dans l'amélioration de l'accès aux soins et aux médicaments et dans la formation des populations... Un exemple frappant en est la lutte contre la drépanocytose, où l'on avait un mauvais suivi des enfants dépités précocement ; or le problème de ces "perdus de vue" n'existe plus : on a désormais, à côté du nom de la maman, un numéro de portable ! Ce sont ces choses, si simples, qui génèrent des progrès extraordinaires. L'adoption massive du mobile sur ces territoires, y compris par des gens qui sont analphabètes, ou ne maîtrisent ni le français, ni l'anglais, leur ouvre l'accès au monde.

Nous sommes aussi investis dans la formation des professionnels de santé, via un programme de Mastères délocalisés en Asie du Sud Est, où ce sont les professeurs des universités françaises partenaires qui se déplacent, mais explorent également les moyens d'enrichir les contenus à distance — le télé-enseignement, les téléconférences, les forums... Pour mieux contribuer à cette évolution positive, la Fondation s'est entourée de véritables experts: Gilles Babinet, le Pr Jean-Luc Clément, Mehdi Benchoufi, Bertin Nahum, Demba Diallo... Leur conclusion ? Des projets, il y en a partout. Le drame, c'est qu'ils restent souvent au stade de pilotes. Faute de capitalisation, ils végètent ou s'arrêtent très vite. Alors, pourquoi ne pas rassembler toute cette information éparsée, souvent encore du domaine de la R&D, la vérifier, la qualifier et la partager afin d'offrir une vitrine à ces acteurs émergents, qui n'ont pas toujours accès aux réseaux ?

Nous avons confié cette mission, il y a un an, à Catel, premier réseau de télé-médecine en France, très présent en Afrique francophone, et aux dirigeants atypiques de StartupBRICS, Samir Abdelkrim et Arnaud Auger, spécialistes de la veille de start-up dans les pays émergents. Constamment sur le terrain, ils ont fait un tour d'Afrique de l'innovation, y compris des réseaux un peu "sous le radar", mais aussi de l'Asie du Sud-Est et de l'Inde, qui est le "laboratoire" de l'Afrique et souffre des mêmes problématiques. Nous avons lancé, via ces deux partenaires, une série d'appels à manifestation d'intérêt, sans aucune discrimination dans la sélection : secteur public, associatif, initiatives privées... Une centaine d'initiatives ont été ainsi repérées. Pas question de se contenter d'une page Wikipédia : il fallait s'assurer que, même débutantes, elles étaient réellement opérationnelles et qu'elles généraient des résultats. Le premier filtre, un questionnaire très fouillé d'auto-évaluation, a permis d'en retenir la moitié. La cinquantaine de projets documentés ont été classés

afin d'être mis à disposition sur un site — e-culture oblige ! www.odess.io, Observatoire de la e-santé dans les pays du Sud, sera ouvert d'ici le 4 juillet. Nous y exposerons l'intention et la méthodologie — et toutes les réflexions issues de ce dialogue. L'information y sera normalisée au travers de profils types, afin qu'une recherche puisse s'effectuer par critères. En prime, pour vérifier sur place la réalité des faits et donner "de la chair" à tout cela, globe-trotters de StartupBRICS et correspondants de Catel ont réalisé pour nous une quinzaine de reportages mettant en avant la personnalité des créateurs — leur charisme, leur talent, leur volonté, leur persévérance — et recueillant les avis des utilisateurs.

Plusieurs projets tournent autour de la santé maternelle et infantile. Ce sont souvent des applications d'un mécanisme assez simple, mais ce qui fait leur grandeur, c'est qu'elles s'inspirent des habitudes des populations. Tout passe par la manière dont on va rédiger les messages, par la relation qui va se créer entre les ressources en santé du pays et les utilisateurs qui vont l'adopter, souvent massivement. Sur le sujet difficile de l'amélioration de l'accès aux médicaments de qualité, le projet philippin m-clinica réussit à mettre patients atteints de maladie chronique, pharmacies et laboratoires en réseau gagnant/gagnant. Le patient, via un simple numéro de mobile, aura la garantie que son médicament sera disponible à la pharmacie (à un prix préférentiel), le pharmacien fidélisera son patient et ajustera ses stocks,

le fabricant pourra mieux gérer sa production... et faire remonter de l'information. Autre recherche passionnante en devenir, une initiative très courageuse dans le domaine de la transfusion sanguine. Dans les avancées, la géolocalisation qui optimise les interventions des unités mobiles... ou le programme malien de télédermatologie du CNAM, qui répond au tragique constat que le pays compte 10 spécialistes pour 15 millions d'habitants.

Nous avons été impressionnés par l'initiative Data Santé Mali et par le programme e-diabète de l'UNFM... Les tables rondes Leem/OIF sont d'autant plus importantes qu'il existe une vraie famille de cœur au sein de la francophonie.

Avec une vocation de veille et d'enrichissement permanent, l'ODESS souhaite offrir la vision la plus large possible ; cependant, avec nos experts, nous avons sélectionné nos "coups de cœur". Neuf équipes emblématiques seront donc invitées, le 4 juillet, au siège de la Fondation, à s'exprimer lors d'une conférence qui lancera officiellement l'Observatoire. Les lauréats seront soutenus, et financièrement, et surtout grâce à la mise en relation que cette visibilité va leur offrir.

Si d'autres organismes ou partenaires souhaitent s'associer à cette démarche, nous sommes prêts à les accueillir pour "faire ensemble". Nous en avons ainsi discuté avec les responsables du développement santé de l'AFD et ils participent à cette journée. C'est aussi le cas de l'AUF : le monde universitaire, grand incubateur de start-up, est concerné, — et nous serons en réseau avec leurs vingt campus numériques, dont les étudiants pourront poser des questions en temps réel.

Notre objectif sera atteint si les gens s'approprient le site et le partagent : la balle est lancée... on verra qui la reprend au vol ! www.odess.io

LE PROBLÈME DES BÉBÉS DÉPITÉS ET "PERDUS DE VUE" N'EXISTE PLUS : ON A DÉSORMAIS, À CÔTÉ DU NOM DE LA MAMAN, UN NUMÉRO DE PORTABLE !



ETHIOPIE

EXPÉRIENCES NATIONALES ET INTERNATIONALES LA LÉGITIMITÉ D'UN PROFIL DE DIRECTEUR GÉNÉRAL APTÉ À RÉFORMER L'OMS

Dr Tedros ADHANOM GHEBREYESUS
Ministre des Affaires étrangères ÉTHIOPIE



Merci beaucoup ! Je tenais à profiter du fait d'être face à une assemblée aussi auguste pour, comme c'est la coutume en Afrique, vous présenter mes respects. J'espère que vous m'autoriserez à vous dire quelques mots. Excellences, ministres et ambassadeurs, je suis, vous le savez, candidat à la Direction générale de l'OMS. Je ne suis pas seulement le candidat de l'Union Africaine, mais aussi celui du continent africain. Au cours du dernier sommet de l'Union Africaine, nos chefs d'État et de gouvernements m'ont approuvé comme candidat unique à cette fonction. C'est un honneur de représenter à la fois l'Éthiopie et notre continent. Un très grand honneur.

Comme vous le savez aussi, nous avons enregistré des succès incroyables au cours de ces vingt, vingt-cinq dernières années et fait des progrès immenses dans le domaine de la santé, mais nous devons aussi faire face, vous serez d'accord avec moi, à de sérieux défis. Il existe aujourd'hui un consensus autour du fait qu'une réforme de l'OMS est nécessaire pour qu'elle soit à même de relever ces défis.

Ce constat a été déclenché par la crise de l'Ebola et cette unanimité est à mes yeux une occasion et une chance, parce qu'elle est la preuve que les différentes parties prenantes sont prêtes à tout faire que ce changement existe. C'est pourquoi je ne vois pas cela comme un problème, mais plutôt comme une opportunité de faire changer les choses.

Je vais vous donner des arguments pour vous prouver que je pourrais être la bonne personne pour diriger l'OMS.

En premier lieu, de par mon expérience directe. Je suis ministre d'État depuis un an, aux Affaires étrangères. Avant cela, j'ai dirigé le ministère éthiopien de la Santé pendant plus de huit ans et, durant cette période, il y a eu également un consensus autour de la réforme. Nous avons réformé et transformé en profondeur le fonctionnement du ministère et l'ensemble du secteur de la santé.

La réforme a ciblé pratiquement tous les fondements du système, la prestation des services de santé, les personnels, la gouvernance, les systèmes d'approvisionnement, le système de financement pharmaceutique pour améliorer l'accès aux soins et aux médicaments de qualité, la réponse aux urgences sanitaires...

Quant à la prestation de services, en six, sept ans, nous avons réussi à atteindre quasiment la couverture médicale universelle – à savoir un professionnel de santé pour 5 000 habitants et un centre de santé pour 25 000 habitants –, en nous concentrant sur la prévention et sa promotion, dont nous avons fait notre centre de gravité.

Lorsque nous avons initié ces réformes, beaucoup y étaient réticents mais ce sont ces priorités qui ont réellement opéré ces changements. Ce n'est un

secret pour personne, nous avons réduit la mortalité maternelle de 69% et réduit des deux-tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans, avec également une réduction significative de la malaria, du sida et de la tuberculose. L'espérance de vie est passée en vingt ans de 44 à 64 ans dans notre pays. Donc notre système fonctionne et je peux revendiquer une expérience, menée dans un pays en développement, qui peut servir d'exemple au monde. **Deuxièmement, je peux aussi me targuer d'une expérience dans l'arène mondiale. J'ai dirigé le Fonds Mondial contre le sida, la tuberculose et la malaria**, au moment où le Fonds mondial nécessitait une réforme, et elle a été menée avec succès, je n'ai pas besoin de détailler davantage. J'ai dirigé Roll Back Malaria, l'ONUSIDA et d'autres grandes institutions, une combinaison d'expériences nationales et internationales qui contribue à renforcer la légitimité d'un profil de Directeur général apte à réformer l'OMS.

Je vous demande donc de soutenir ma candidature pour trois raisons.

Premièrement, l'expérience nationale qui m'a conduit à mener et à réussir des réformes. Deuxièmement, ma foi dans les partenariats efficaces, les seuls à même de transformer le monde et, en Éthiopie, nous avons de véritables partenariats efficaces. Aussi, je m'engage devant vous à initier des partenariats à même de changer la santé mondiale.

Et en troisième lieu, et c'est fondamental, je suis Africain. Je représente, ce qui est une première, le point de vue des pays en développement, pas seulement africains, mais de tous les pays émergents.

Or le monde n'a jamais vu la santé globale dans la perspective de l'Afrique, dans la perspective d'un pays en développement – et nous pensons que c'est une erreur. **La santé mondiale, depuis sept ans, a été vue à travers d'autres filtres que les nôtres, alors que c'est nous qui portons le fardeau le plus lourd. Il faut changer de regard sur la santé mondiale.** Cela apporterait une vision neuve, celle de l'Afrique et des pays émergents, cela aiderait à faire avancer les choses, parce que nous allons toujours chercher les causes profondes des problèmes.

Nous avons l'expérience des problèmes et de la mise en œuvre des solutions. Nous sommes prêts pour changer le monde

Il est temps d'adopter un point de vue inédit sur la santé globale qui pourrait permettre à tous, qui que vous soyez, où que vous soyez, quelle que soit votre apparence, d'avoir le droit de vivre en pleine santé. C'est cela le but que je suis déterminé à atteindre et pour lequel je présente ma candidature.

J'ai besoin de votre soutien pour ces trois raisons et pour nous aider à faire, au travers de cette candidature, que l'Afrique puisse représenter l'ensemble du monde en développement.

Merci beaucoup à nouveau pour l'opportunité que vous m'avez donnée de m'exprimer devant vous. ▀ ▀

C'EST NOUS PAYS ÉMERGENTS QUI PORTONS LE FARDEAU LE PLUS LOURD. IL FAUT CHANGER DE REGARD SUR LA SANTÉ MONDIALE.



Pr Philippe DOUSTE-BLAZY
président d'UNITAID FRANCE

UNITAID

APRÈS DIX ANS DÉDIÉS AUX FINANCEMENTS INNOVANTS JE CROIS À UNE OMS TRÈS FORTE, STRATÉGIQUE, RÉFORMÉE, QUI PUISSE ÊTRE RESPECTÉE



C'est un plaisir de voir Monsieur Lamoureux, Monsieur l'Ambassadeur, Madame la ministre Marie-Madeleine Togo, Madame la ministre Raymonde Goudou-Coffie... Mesdames et Messieurs les ministres, c'est un moment très important pour moi,

et permettez-moi de dire les premiers mots pour Monsieur le ministre des Affaires étrangères d'Éthiopie, que nous venons d'écouter. Je voudrais vous dire mon plus grand respect, et c'est important pour moi de vous le dire, parce que c'est une campagne démocratique qui va se passer, avec des arguments qui sont des arguments sincères, d'un côté comme de l'autre, et c'est à vous, Mesdames et Messieurs les ministres, de choisir le meilleur d'entre nous, ou la meilleure d'entre nous, parce qu'il y a une troisième candidate qui est pakistanaise.

Tous les êtres humains doivent être égaux devant la santé. Il se trouve que ce sont les plus pauvres, toujours, qui sont les plus mal lotis et en particulier devant les épidémies. C'est la raison pour laquelle j'ai totalement dédié ma vie, depuis dix ans, à l'organisation d'une sorte de pensée sur les finan-

ciements innovants pour le développement. Comment trouver de l'argent pour les pays les plus pauvres ? C'est comme cela que l'on a inventé UNITAID, et c'est comme cela qu'aujourd'hui, comme le disait Raymonde, 8 enfants sur 10, qui sont soignés contre le sida dans le monde, le sont grâce à UNITAID. J'ai pu créer cela grâce à vous aussi. Un euro par billet d'avion, totalement indolore, personne ne le sait. Mais à la sortie, cela fait 3 milliards de dollars, en dix ans, dont la quasi-totalité Monsieur le Ministre, consacrée à l'Afrique.

De la même manière, nous avons pu financer 355 millions de traitements contre le paludisme, et nous sommes le premier acteur de santé au monde sur la tuberculose de l'enfant. Cela, c'est la première remarque concernant ma légitimité sur l'Afrique.

Deuxièmement, pourquoi je me présente ? Pour une raison : depuis vingt ans, chaque fois que l'on a eu un problème de santé publique, on a créé un fonds, le Fonds mondial, que vous avez présidé, Gavi pour les vaccinations, UNITAID que j'ai fondé et que je préside... chaque fois en dehors de l'OMS ! **Mais est-ce que l'on pense qu'il faut une OMS ou pas ? Moi, je réponds oui, parce que tous les pays qui sont ici, et en particulier les pays africains, doivent jouer un rôle dans la santé mondiale – et dans l'OMS, ils jouent un rôle ; dans tous ces fonds, pas toujours.** Donc je crois beaucoup à l'OMS, je crois à une OMS très forte, stratégique, réformée, qui puisse être respectée, en faisant quatre choses. C'est très simple.

La première, respecter et faire respecter par tous les chefs d'État au monde, et pas uniquement par les ministres de la Santé et les ministres des Affaires étrangères, le règlement sanitaire international. Qu'il y ait un système de

santé de base dans tous les pays du monde. Parce que ce n'est pas de CHU dont nous avons besoin, nous avons besoin de dispensaires. C'est comme cela qu'UNITAID a inventé, récemment, le nouveau diagnostic sur la tuberculose multi résistante. Avant, il fallait plusieurs jours pour dire à quelqu'un qu'il avait une tuberculose multi résistante. Aujourd'hui, grâce à UNITAID 40 minutes. Cela veut dire que le patient revient chez lui avec diagnostic et traitement. On sait tout de suite qu'il faut la soigner. Cela, c'est la première chose, une couverture santé universelle pour tous.

La deuxième chose, c'est santé et prévention. En 2030, pour la première fois de l'histoire de l'humanité, l'OMS nous dit qu'il y aura plus de maladies chroniques, non transmissibles (cancers, maladies cardio-vasculaires) que de maladies infectieuses. Quand on connaît le coût des traitements contre le cancer et les maladies cardio-vasculaires, je peux vous assurer que le futur Directeur général ou la future Directrice générale de la santé devra travailler autant avec les ministres de l'Éducation nationale qu'avec les ministres de la Santé, parce que c'est à l'école que cela se passe. Aujourd'hui, 650 millions de gens sont en surcharge pondérale

par exemple. 20 % de la population mondiale va l'être en 2025, si on continue comme cela. C'est l'activité physique, c'est l'alimentation, ce sont des choses de base, puis évidemment, la lutte contre l'alcool et la prévention. J'y crois énormément pour demain.

Troisièmement, les crises. Ebola nous a montré que nous n'étions pas prêts, pour Zika, ce fut mieux. Et donc oui, je suis pour qu'il y ait un centre de crise sanitaire internationale, et qu'il y ait, comme Margaret Chan l'a demandé, un fonds de 100 millions qui permette à des milliers de volontaires de venir immédiatement soigner, dans les jours qui viennent, en force de projection, soigner, et ensuite entraîner, former les travailleurs en

santé dans le pays. Mais la sécurité sanitaire, ce n'est pas uniquement des agents infectieux, c'est le retour de maladies que l'on croyait à jamais vaincues, la tuberculose multi résistante (la tuberculose fait 4 000 morts par jour !), et enfin, l'antibiorésistance. À force de donner des antibiotiques à tous les animaux dans l'alimentation, on finit par avoir des antibiorésistances partout, ce qui est la première grande menace de l'humanité aujourd'hui.

Je termine sur la gouvernance, il faut que nous mettions beaucoup plus d'ONG avec nous. La société civile doit être beaucoup plus impliquée ; c'est important de pouvoir parler et travailler tous ensemble pour la santé mondiale.

Voilà, je termine juste en disant un mot, que mon ami et concurrent ne le prenne pas mal, mais cela fait dix ans que UNITAID est abritée par l'OMS. Cela fait dix ans qu'en dehors des conseils d'administration, j'ai assisté à des centaines de réunions à l'OMS – et elles étaient toutes en anglais. Moi, j'ai envie qu'elles soient aussi en français. Merci. ▀ ▀

HUIT ENFANTS SUR DIX SOIGNÉS CONTRE LE SIDA DANS LE MONDE AUJOURD'HUI LE SONT GRÂCE À UNITAID... QUE J'AI PU CRÉER GRÂCE À VOUS !



RÉSOLUMENT ENGAGÉS DANS LA VOIE DU NUMÉRIQUE

Saïd AÏDI
Ministre de la Santé **TUNISIE**

C'est un plaisir partagé d'être parmi vous pour cette deuxième édition autour de la santé numérique. Comme vous le savez, la Tunisie est engagée résolument au niveau du ministère de la Santé. Nous avons mis en place, en coordination et en cohérence avec l'action gouvernementale, le plan de développement pour la période allant jusqu'en 2020 mais qui, pour la santé, va bien au-delà. Une des composantes essentielles de ce

programme de réformes a trait à la gouvernance, mais notre priorité est la santé numérique sous toutes ses composantes, pour mieux la mettre au service du patient. En 2016, nous avons travaillé sur la mise à niveau des textes réglementaires et sur des projets de loi, notamment sur la protection des données personnelles et sur la responsabilité médicale. **En parallèle, nous nous sommes engagés sur des opérations pilotes, sur la distribution journalière des médicaments, sur l'e-pharmacie et, avancée significative, sur l'accréditation de quinze établissements publics et de quinze établissements privés, pour lesquels l'INASANTÉ, l'instance nationale d'accréditation, a pris**

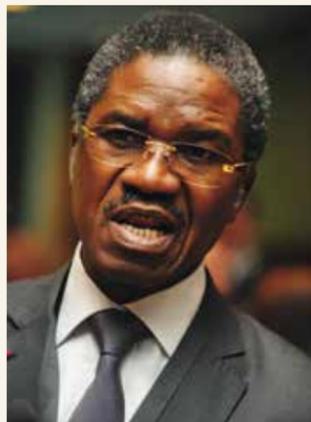
en compte l'introduction et la gestion du numérique au service du patient.

Notre avons pleinement conscience que nous avons tout intérêt à aller vers le numérique avant que le numérique ne s'impose à nous de manière contrainte. Nous avons mis en place les fondamentaux qui permettent d'assurer ce passage dans la modernisation de notre système de santé publique sous tous ses aspects, la partie médicale, la partie pharmacie, mais également la partie gestion – ce sont des professions avec planifications sous contraintes. Tout cela est pris en considération, tout comme les budgets que nous avons réservés dans notre plan de développement. Ce plan sera présenté devant l'assemblée des représentants du peuple, l'assemblée nationale, dans les semaines ou les mois qui viennent, pour approbation. La démarche est engagée.

Il n'y a pas de transformations qui ne passent par des phases de difficultés mais globalement les choses avancent bien. L'urgence sécuritaire ne concerne pas que la Tunisie, l'Europe aussi a été confrontée à la barbarie. Le véritable enjeu c'est la relance économique. Nous avons beaucoup travaillé aussi sur la réduction des écarts, en direction des territoires à l'intérieur du pays, d'où est partie la révolution, avec un programme de couverture sur les spécialités, la gynécologie, la pédiatrie, l'orthopédie notamment, avec des résultats encourageants, un taux de transfert pour les femmes qui accouchent ou la chirurgie générale qui a considérablement baissé, ce qui contribue à apaiser et à renouveler le lien de confiance entre citoyens et les institutions de l'État et de la Santé

PRÉVENTION DES PANDÉMIES OBSERVANCE ET SIDA

André MAMA FOUA
Ministre de la Santé publique
CAMEROUN



favorise ainsi la précocité de nos ripostes aux épidémies.

Cette initiative qui fonctionne depuis septembre 2010 dans le cadre d'un partenariat avec l'OMS et l'UNICEF, a été Lauréate du prix E-Health 2013 de la Banque Africaine de Développement, à Tunis.

Concernant l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PvVIH), le Cameroun s'est doté depuis 2012 d'un logiciel ESOP pour le suivi clinique, biologique et thérapeutique des patients dans les sites de prise en charge. Ce dispositif est présent dans 26 centres et couvre environ 75% de la file active du pays. Sur site, ce logiciel permet de suivre l'observance des traitements et, depuis 2015, les activités d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). L'usage de la flotte téléphonique soutient également le suivi de la gestion des stocks des médicaments. Les responsables des structures régionales d'approvisionnement sont en effet reliés à la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML), qui consolide les données statistiques pharmaceutiques et procède en tant que de besoin à des ajustements de stocks entre les Régions afin d'éviter les péremptions par sur-stockage et de réduire les risques de ruptures de stocks. Chaque fin de trimestre, une estimation du nombre de jours moyen de rupture de stocks de vingt-trois médicaments traceurs (comprenant des ARV et autres produits de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH) nous permet d'apprécier la performance de notre Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SYNAME).

En somme, le Cameroun voudrait exploiter au mieux, les applications de l'électronique dans le domaine de la santé. Beaucoup reste encore à découvrir, à apprendre et je saisis l'occasion pour exprimer ma gratitude à tous les partenaires qui nous encadrent dans cette démarche. Et, chez nous, qui dit « Merci » veut dire, « J'en veux encore ! » C'est donc le moment pour moi de lancer un appel à tous ceux qui s'y connaissent mieux, pour qu'ils nous soutiennent et viennent consolider l'embryon de e-santé qui se met en place au Cameroun.

QUESTION



Dr Yaro ASMA GHALI
Directrice générale
de la Santé publique **NIGER**

Je profite de cette prise de parole pour remercier le Leem de nous avoir donné cette opportunité d'échange et je félicite également les intervenants pour leurs présentations. Ma question porte sur les expériences pratiques menées au Mali, autour du dossier du patient. Je voudrais avoir des informations sur l'adhésion des praticiens par rapport à ce processus et j'aimerais savoir ce que vous avez fait de tous ces dossiers manuscrits, qui sont toujours d'actualité dans nos formations sanitaires et qui constituent un problème. Enfin, pour terminer, quel a été le coût de cette opération ? Merci beaucoup.

RÉPONSES



Dr Ly OUSMANE
Directeur de l'Agence
publique de santé du Mali

Merci Madame. En ce qui concerne l'adhésion des professionnels, pour les dossiers médicaux que nous avons implémentés dans les hôpitaux, c'est en fait à leur demande même que nous l'avons fait – c'est réellement une demande qui est venue de la base. Au niveau des hôpitaux, il existe un système de gouvernance : tout cela a donc été mis en place après en avoir discuté avec les directeurs, qui nous ont dit : « Voilà notre besoin, voilà pourquoi nous voulons aller vers la numérisation du dossier papier. » Maintenant, pour ce qui est des dossiers papier, malheureusement le constat est que dans beaucoup de nos structures, ils n'existent presque pas, ou alors ils sont illisibles ! Et souvent, dans les services, quand les étudiants viennent pour faire leur thèse, ils repartent sur le campus avec les dossiers ! Au contraire, avec la numérisation, des cohortes ont été mises en

place sur un certain nombre de pathologies comme le sida, où les études ont donné de très bons résultats.

Pour ce qui est du coût, cela dépend de la taille de la structure, c'est en fonction de cela que l'on peut l'estimer. Si vous voulez qu'il y ait un ordinateur dans chaque poste médical ou si vous prenez par exemple la décision que des secrétaires médicaux effectuent les saisies pour les médecins, tout cela va influencer sur le coût, en fonction de ce que vous avez techniquement sur place. Nous pourrions vous les communiquer. Mais pour ce qui se passe au niveau des centres de santé communautaires, je vais laisser le Dr Costes vous donner le coût par rapport au système très simple, qui a été mis en place.



Dr Pierre COSTES
DataSanté

D'un mot, il y a des coûts pour les prototypes qui ne sont pas des coûts pour le développement. Dans le système que nous avons montré, nous utilisons des matériels tout-venant, c'est-à-dire les tablettes, votre Smartphone, on pourrait le montrer, cela fonctionne avec n'importe quel matériel de base. Plus on diffuse de téléphones mobiles en Afrique, plus les coûts baissent. Même chose pour les applications. Nombre d'applications de santé sont gratuites en fait. Si l'on devait faire une application pour dix personnes, dix centres de santé, c'est très coûteux. C'est pour cela que c'est dur de répondre à la question. Mais si cette application est diffusée à dix mille, cent mille, un million d'exemplaires, on voit bien que cela n'a plus de coût. Vous ne pourriez pas vous offrir Google Earth si vous deviez l'acheter, parce que cela coûte une fortune. Mais, réparti sur des milliards de téléphones, cela ne coûte plus rien. Donc c'est le même principe qui est appliqué pour DATA SANTÉ au Mali. Je ne vous parle pas du financement de l'AFD, là il s'agit d'un prototype à 600 000 euros, mais c'est un prototype pour 250 000 personnes. Si vous mettez un million de personnes, deux millions de personnes, dix millions de personnes, sur les coûts logiciels, il n'y a rien de plus, c'est toujours le même prix.

Jean-Élie MALKIN
Président

GLOBAL ALLIANCE FOR HEALTH

« M. Housseynou Ba a posé les bonnes questions : comme l'avait affirmé le Pr Antoine Geissbuhler, on ne peut se passer ni de stratégie nationale, ni d'une vraie politique en matière d'e-santé. Les projets pilotes vont dans le bon sens, mais ils doivent se connecter les uns aux autres. C'est très bien que les ONG s'y associent, mais dans une véritable vision, une véritable perspective... Tout cela a un coût, les partenariats sont incontournables, mais il faut penser à ce que deviennent ces projets le jour où les partenaires et les ONG ne sont plus là. Global Alliance for Health répond précisément à ces questions. Nous sommes un bureau de consultants en santé publique, au sein d'un consortium privé plus large qui investit dans la santé. Nous travaillons sur deux piliers principaux, l'offre de soins – avec des structures hospitalières, mais pas exclusivement –, et l'aspect pharmaceutique. Dès le début de nos actions, en Europe de l'Est et en Asie centrale, nous y avons ajouté un troisième pilier, la e-santé. On ne peut songer à bâtir quelque chose d'efficace dans le domaine de la santé sans une vision plus globale. L'originalité de notre démarche, lorsque nous proposons aux pays de travailler avec eux, de manière innovante, c'est de l'insérer dans une stratégie nationale. Nous envisageons les choses, non pas de manière parcellaire – même si j'admire toutes les expériences formidables qui ont été présentées, les Data Mali, le m-diabète, la prise en charge de la santé mère-enfant en Côte d'Ivoire... – mais nous recherchons d'emblée une solution complètement intégrée, avec une interopérabilité entre les différents segments. La e-santé est un domaine très vaste, tout le monde en est convaincu : management hospitalier, management de la couverture médicale universelle – que ce soit sur un mode assurantiel, mutualiste ou que cela vienne du budget national... – télé-médecine, gestion des stocks, tous ces aspects reposent sur une base générale de données qui doivent être interconnectées. Des systèmes parallèles ne peuvent fonctionner qu'un temps... Nous apportons notre concours aux États dans le cadre de l'élaboration de cette stratégie nationale, intégrant ce qui a déjà été fait, dans une vision cohérente et à long terme. Et c'est là où intervient notre valeur ajoutée, et dans le financement, et dans le modèle économique. Si les logiciels sont gratuits, la gestion, la mise en place et le fonctionnement ont un coût, que les budgets nationaux devront assumer. Le partenariat public/privé, tel que nous l'entendons, est pensé par des investisseurs qui montent avec les États des joint-ventures, de manière à promouvoir ces projets, qu'ils soient hospitaliers, pharma ou dans la e-santé. En contrepartie de nos investissements, dans le cadre de ces accords, nous demandons à la puissance publique d'investir également, que ce soit en numéraire, en infrastructures, en ressources humaines... L'important, c'est que nous soyons partenaires dans le cadre d'une opérationnalisation qui va viser à augmenter la qualité des soins et à réduire les coûts. C'est sur cette économie que nous comptons pour un retour sur investissement. Nous nous engageons sur vingt, sur vingt-cinq ans avec les États et notre intérêt est de le faire dans le cadre de systèmes efficaces, performants et pérennes. La gestion, la maintenance de ces systèmes est capitale pour nous : c'est une sorte de pari gagnant/gagnant. À toutes les questions qui ont été posées aujourd'hui, nous essayons de proposer des réponses. En Géorgie, nous en sommes à la phase de faisabilité, en particulier sur la e-santé, nous venons de signer un accord avec le Sénégal et nous sommes en train d'en finaliser un autre avec le Togo. Nous nous engageons dans une démarche rentable, à la fois pour la population, pour le système, pour les investisseurs et pour le politique qui va mettre en œuvre tout cela. »



Andrew GREEN
International Business Manager
ORANGE HEALTHCARE



« Il y a eu en un an énormément de progrès et de projets opérationnels, la mobilisation de tous ces ministres le montre. Les contraintes, elles, demeurent : le financement via un modèle économique pérenne, les nouvelles procédures, la formation des utilisateurs... de nombreux enjeux restent d'actualité. Orange, dans son rôle d'opérateur et intégrateur, a la partie la plus facile. Les solutions technologiques existent et nous savons les déployer. Nous venons d'atteindre le seuil symbolique de 111 millions d'abonnés mobile en Afrique et au Moyen-Orient : aujourd'hui, un Africain sur dix est client d'Orange ! C'est une base extraordinaire pour le développement de la santé. Nous lançons dans les semaines qui viennent un nouveau smartphone à 36 €, avec forfait mensuel à 2 €, dans les 18 pays africains, dont 17 ont la 3G, et 4 la 4G – et où 83 % de la population est couverte par le réseau Orange. Nous investissons un milliard d'euros par an dans ce continent clé. Avec seulement 15 médecins pour 100 000 habitants et plus de la moitié de la population vivant en zone rurale, l'accès à des structures médicales est actuellement difficile en Afrique. Dans ce contexte, le téléphone mobile accessible à tous ouvre la voie à de nombreuses solutions de traitement, de diagnostic et de prévention. Orange Healthcare dispose de plusieurs applications et services dédiés à la santé, notamment sur la collecte, l'hébergement, la restitution et l'analyse de données médicales, est présent sur toute la chaîne des projets et participe aux échanges avec ses partenaires pour une meilleure compréhension des usages et de l'écosystème. Elles couvrent des solutions hospitalières (hébergement, partage du dossier médical informatisé), de télédiagnostic, de suivi à distance de malades chroniques mais également de prévention et d'adhésion concernant notamment le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les problèmes liés à la grossesse à l'origine de 3 millions de décès en Afrique chaque année.

Nous sommes fiers de notre partenariat avec l'ONUSIDA, qui a sélectionné Orange comme partenaire technique pour sa capacité à proposer des solutions de m-santé innovantes centrées sur le patient et répondant à ses besoins. La plateforme M-TEW est une solution fiable répondant aux contraintes de confidentialité et de sécurité d'hébergement de données de santé, que nous avons mise à disposition de l'ONUSIDA pour l'aider à atteindre ses objectifs ambitieux pour 2020 : zéro discrimination et "seulement" 500 000 nouvelles infections VIH (contre environ 2 millions en 2014) mais aussi que chaque individu connaisse son statut sérologique. Cette solution met l'individu au centre du dispositif de traitement et de prévention, en suivant les patients, leur qualité de vie et de soins, les effets secondaires, l'adhésion aux antirétroviraux – mais permet aussi d'alerter en cas de rupture de stock ou de discrimination, de sensibiliser les populations à risque... jusqu'à l'objectif 2030, l'éradication totale de l'épidémie VIH en tant que menace de santé publique !

Nous allons aussi, en partenariat avec BIMA, et en intégrant jusqu'à la facturation, offrir une solution de micro-assurance santé mobile, l'assurance santé étant jusque-là inaccessible à la plupart des Africains. Nous lançons aussi, avec Épicconcept, dans 5 pays africains, une solution de suivi de l'essai clinique d'un nouveau vaccin, en surveillant, sur deux ans, les éventuels effets secondaires chez 40 000 enfants de 0 à 8 ans. Les données, analysées et transmises à l'OMS, lui permettront de recommander, ou non, ce nouveau vaccin. Cette solution m-santé est donc clé pour des essais cliniques dans les zones les plus reculées. Notre solution de surveillance épidémiologique au Sénégal, avec la Fondation Mérieux, via la collecte systématique sur plusieurs maladies (choléra, diarrhée, méningite) jusqu'à l'évaluation de la mortalité maternelle, est une application qui interprète les données sanitaires et permet l'élaboration de programmes de santé publique au ministère, mais aussi la diffusion rapide de données de santé auprès des populations. Autant de réalisations qui illustrent clairement l'ambition d'Orange Healthcare dans le domaine de la e-santé. »

Pr Antoine GEISSBUHLER
Médecin Chef du Service de Cybersanté et Télémedecine, Hôpital Universitaire de Genève, Directeur du département de Radiologie et Informatique Médicale de l'Université de Genève SUISSE



« Je ressens une maturité du politique, de la compréhension des enjeux de santé et c'est réjouissant parce que c'est la condition du passage en vraie grandeur. C'était intéressant d'entendre deux ministres de la Santé nous parler de projets concrets certes pas encore déployés sur une large échelle pour le Mali mais, en Côte d'Ivoire, clairement inscrits dans une stratégie nationale. Cette volonté claire est tout à fait réjouissante. Il faut que ces technologies numériques soient des outils : elles peuvent s'appliquer à toutes sortes de contextes, on n'est pas obligés d'attendre d'avoir refait les mêmes erreurs que nos prédécesseurs pour arriver à des solutions plus rapides. Cela permet d'avancer beaucoup plus vite et l'on voit l'Afrique de plus en plus connectée : même avec des technologies encore relativement simples, elle peut déployer des solutions crédibles et très utiles. Ce qui nous manque, mais c'est aussi vrai pour les pays développés, ce sont les preuves que cela sert véritablement à quelque chose : c'est le travail des académies comme des responsables des politiques de santé d'évaluer et de démontrer que ces outils sont à la hauteur de leurs promesses. »

Dr Line KLEINEBREIL
Vice-Présidente UNIVERSITÉ NUMÉRIQUE FRANCOPHONE MONDIALE UNFM



« Nous avons eu aujourd'hui des contributions variées, tout à fait intéressantes et surtout des retours d'expériences alors que, l'année dernière, du côté des ministres, on était davantage dans le théorique. J'ai trouvé en particulier que les interventions des deux femmes ministres de la Santé du Mali et de Côte d'Ivoire, étaient réellement des ressentis de terrain, qui permettent de réaliser qu'il s'est passé concrètement des choses dans leurs pays depuis un an. On a passé une étape, même si c'est encore une étape modeste, nous n'en sommes pas au passage à grande échelle, mais on a clairement franchi une première marche... »



Francis PONT
Président GEIP
GROUPEMENT DES EXPORTATEURS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE



« Notre association professionnelle, créée en 1983, regroupe 120 adhérents pour 70 entreprises pharmaceutiques, françaises ou filiales de groupes internationaux ayant une activité majeure en France, de toutes tailles – de la TPE aux grands laboratoires, avec une majorité de PME –, afin de mettre en commun nos expériences dans les pays où nos exportons médicaments et produits de santé. Même si nous privilégions toujours le contact direct avec les médecins et le terrain, le numérique est incontournable aujourd'hui et, dans ces territoires, c'est une façon unique de toucher les patients pour un bon usage du médicament, une meilleure observance, une meilleure formation des décideurs de santé. Au nom du GEIP, je tenais à être présent aujourd'hui pour rencontrer les responsables de la pharmacie et du médicament africains au cœur de cette révolution en marche. »

Carole TENGUÉ
SYNERGIES AFRICAINES



« Notre actualité, c'est le lancement d'un partenariat Leem/Synergies africaines qui consiste à offrir aux enfants du secondaire une clé USB intégrant notre programme d'éducation au bon usage du médicament. Ce sont des consignes au sens le plus large qui vont de la mise en garde contre les médicaments de la rue à l'interdiction de l'automédication sans l'avis d'un professionnel de santé. Le programme, implémenté dans les écoles primaires de quatre pays africains depuis plusieurs années, est en voie d'intégration dans les établissements secondaires, d'où le recours à un outil numérique ciblé sur des adolescents à même de l'utiliser. Quant à cette journée, c'est toujours une organisation parfaite, l'implication de tant de ministres est vraiment inédite et permet d'apprendre et de comprendre, à travers les politiques menées dans tous ces pays. On évolue d'une année à l'autre, le sujet du numérique, qui illustre une perpétuelle innovation, est traité ici de façon très concrète et très porteuse. Je ne peux que souhaiter bonne chance à tous les projets en espérant que l'année prochaine nous aurons des résultats encore meilleurs. »

Valérie NOTO
Senior director NOKIA



« C'était une après-midi très intéressante, j'ai vraiment beaucoup apprécié d'avoir été invitée à cet événement pour représenter Nokia. La santé digitale, c'est un sujet dans lequel nous voulons devenir un acteur important. Nous avons compris que cela ne fonctionnait qu'en écosystèmes, que la technologie n'était qu'une des briques et qu'il était important de se mettre en contact avec les politiques, les fondations, les acteurs du marché du médicament, de l'hospitalisation, de la pharmacie... en comprenant comment tout cela interagit, afin de pouvoir aider ces pays en mettant en place des politiques de santé numériques et dépasser le stade de l'expérimentation locale. Ce qui ressortait aussi, en effet, c'était la difficulté de passer à l'échelle grâce à un modèle économique et financier qui permette de couvrir un pays entier. Nous espérons pouvoir apporter une des réponses à cette montée en puissance, nous intervenons d'ailleurs dans ce sens à Genève à la Broadband Commission for Sustainable Development avec Novartis. Et c'est extraordinaire de voir toutes ces femmes fortes à la tête des politiques de santé des États, notamment africains, c'est très agréable ! »

Karim BENDHAOU
Président
MERCK SERONO NORTH-WEST AFRICA



« L'après-midi a été riche en informations et en échanges très intéressants... Nous ne pourrions solutionner les problèmes de l'Afrique que si nous arrivons à mettre en place une numérisation assez rapide. C'est un peu comme pour le téléphone portable. En 1993, pour appeler Lomé depuis Lagos, vous deviez vous y reprendre une trentaine de fois. Puis le mobile est arrivé et l'Afrique, avec près d'un milliard d'utilisateurs, a fait un saut dans le temps. Aujourd'hui on peut mener des campagnes, récolter des informations, et la mise en place des systèmes va se faire tout naturellement. Regardez ce qui se passe dans l'un des pays les plus déstructurés d'Afrique, la Somalie, le moindre échange d'argent s'y fait en m-money... alors que le porte-monnaie électronique est à peine utilisé en France ! La demande est là, le conseil, le suivi, les objets connectés qui se multiplient et sont de moins en moins chers – avec la 3G, c'est magnifique. Au-delà des sujets de santé publique comme la numérisation des dossiers patients, la valeur ajoutée apportée par la digitalisation, c'est que, d'ici dix ans, il n'y aura plus de désert sanitaire, il n'y aura plus de patients ni de médecins isolés. Nous avons pour notre part plusieurs programmes prêts à éclore. Mon premier souci a toujours été la disponibilité, à un coût réduit, du médicament. Nous utilisons tous les outils du numérique pour faire parvenir le médicament dans des zones où il n'était jamais arrivé, au travers d'une plateforme spécifique. Nous préparons une deuxième plateforme, la plus intelligente, la plus interconnectée possible, et c'est là où réside la difficulté, de manière à mettre en place tous ces échanges, de contribuer à éradiquer ces déserts sanitaires et à éduquer les patients. »

Didier MOULIOM
Secrétaire général
INSTITUT AFRICAIN DU MÉDICAMENT



« J'ai créé l'Institut en 2009, avec l'agrément des ministères de la Santé du Cameroun et de France, pour essayer de former les professionnels et le grand public aux problématiques de l'innovation et de l'utilisation de la médecine moderne. Comment maîtriser son diabète, comprendre les enjeux d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie si l'on est atteint d'un cancer, toutes ces choses compliquées pas seulement pour les malades – mais aussi pour les aidants et les familles. Ainsi, en Afrique où existe encore la dimension du spirituel, on ne sait pas comment se comporter devant un malade psychiatrique, on a l'impression qu'on lui a lancé un sort... On doit former des gens à détecter une schizophrénie et dire clairement de quelqu'un qu'il est malade. L'industrie pharmaceutique apporte des solutions, de l'innovation à laquelle tous ces laboratoires en France nous donnent accès, via le Leem, à nous, pharmaciens acteurs de terrain. Si je me déplace à Genève, c'est pour marquer mon soutien à cette initiative qui nous permet de rencontrer les ministres de la santé et leurs équipes, pour qu'il y ait un échange entre l'industrie et ceux qui opèrent dans les hôpitaux ou les dispensaires. Je suis venu avec ma déléguée pour l'Afrique de l'Ouest, mon épouse Khadidiatou Aidara (photo), parce que ce qui m'a plu c'est que l'on reparle du numérique cette année, mais de façon concrète. Comme l'a dit le Pr Geissbuhler, l'important c'est de toucher le patient, c'est par lui que l'on va faire passer l'e-santé. La France l'a fait, c'est important, la créatrice du Dossier pharmaceutique français, Isabelle Adenot, était là pour le prouver. Je m'occupe beaucoup de transferts de patients d'Afrique en Europe, mais si l'on a un jour le Dossier patient numérisé, il est évident que cela va tout révolutionner : on a immédiatement accès aux traitements en cours, et n'importe quel expert dans le monde peut le consulter et en tirer les conclusions. Une avancée fondamentale dans la mise en place des systèmes de santé. Cette journée a été très enrichissante et je suis ravi d'être ici. »

Conclusions de Philippe LAMOUREUX Directeur général du Leem



« Mon ami l'Ambassadeur Ridha Bouabib a sûrement, comme moi, été conquis par les applications qui ont été présentées aujourd'hui et nous ne pouvons que tous nous réjouir de ces avancées. À l'ère du "tout connecté", et face au développement des applications de santé numérique, les perspectives qui s'ouvrent pour l'amélioration de la prise en charge des pathologies sont de plus en plus larges, alors que se développe, et vous en êtes la preuve aujourd'hui, une volonté politique d'accompagner cette révolution. À la place qui est la nôtre, nous, industriels du médicament, ne pouvons que saluer, encourager et accompagner les efforts significatifs qui sont déployés dans vos pays, pour le plus grand bénéfice de la santé publique, et donc de vos concitoyens. »

REMISE DU PRIX 2015 DE LA PHARMACIE FRANCOPHONE

Dr Claude MONNERET
Président de l'Académie Nationale de Pharmacie FRANCE



Je suis très heureux de remettre ici, et j'en remercie le Leem, le Prix 2015 de la Pharmacie francophone. Quelques mots sur notre Académie, devant les portraits de trois illustres prédécesseurs, Augustin Parmentier, Nicolas Vauclin et François Dorvault auteur d'un livre fort utile pour les étudiants en pharmacie. Fondée en 1803 et reconnue d'utilité publique en 1877, elle acquiert ses lettres de noblesse : la nouvelle loi de Marisol Touraine en fait une "personne morale d'ordre public", placée sous l'autorité du président de la République, au même titre que les Académies des Sciences et de Médecine. Nos missions : expertise scientifique au service de la santé publique, force de proposition représentant tous les métiers de la pharmacie (recherche, industrie, biologie, l'hôpital), dans une complète transparence des liens d'intérêt : un comité de déontologie y veille lors de toute nomination. Ce prix a été créé à l'initiative de la commission des Affaires européennes et internationales de l'Académie nationale de pharmacie, en partenariat avec le Leem. Il est destiné à récompenser un pharmacien de nationalité étrangère, en particulier des pays francophones, pour des travaux scientifiques effectués dans son pays ou pour ses activités honorant la profession. Je vais avoir le plaisir de remettre ce prix au Pr Aboubacar Sidiki Diakité, de Guinée. Pharmacien, diplômé à Conakry en 1978, assistant dans le département galénique des vaccins et sérum, enseignant titulaire, il a effectué plusieurs stages en France : en 89, il a participé, en lien avec la faculté de Lyon, à la rédaction de textes réglementaires et législatifs guinéens, à la première révision de la liste des médicaments essentiels et à la Pharmacie centrale de Guinée. Un lauréat riche d'expériences, hospitalière (pharmacien des hôpitaux, directeur de la pharmacie centrale), universitaire et en santé publique, à travers son engagement pour doter la Guinée d'un Code de santé. Il s'est impliqué dans la lutte contre Ebola, en relation avec l'OMS et la Croix-Rouge. Enfin, il a joué un rôle très important dans la lutte contre le trafic de faux médicaments. La Guinée est le premier pays africain à avoir ratifié la convention Médicrime et il a représenté le chef de l'État à Strasbourg lors de sa signature en 2011... alors que notre pays ne l'a ratifiée qu'il y a quatre jours. Les Africains font mieux que nous ! Parmi ses nombreuses activités en santé publique, la présidence de RESAO-LAB, le Réseau ouest-africain des laboratoires de Guinée, soutenu par la Fondation Mérieux. Sa candidature a reçu le soutien de Marc Gentilini de l'Académie de médecine, mais aussi de confrères des hôpitaux de Lyon, dont le Pr Gilles Aulagner, qui a collaboré avec lui lors de la mise en route de l'hôpital de Conakry... »

Pr Aboubacar SIDIKI DIAKITÉ
Inspecteur Général de la Santé RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

Je voudrais vous remercier : ce dimanche 22 mai restera à jamais mémorable, le démarrage d'un changement profond de ma vie, de la prise de conscience de ma raison d'être et de mes responsabilités, grâce au soutien constant de personnalités que j'ai eu le privilège de croiser et qui m'ont fait confiance. Notre profession est là pour soulager et guérir, dans nos hôpitaux, dans nos centres, voire nos "cases" de santé. Des structures souvent insuffisamment équipées, où la débrouillardise pallie l'absence de couverture sociale, donnant une mauvaise image à des personnels de santé, globalement pourtant de bonne foi. Imaginez la place des pharmaciens dans de telles conjonctures, dans un environnement difficile, voire hostile. Bien qu'ayant le privilège d'être pharmacien, supposé être un élément clé de la solution, je me trouve impuissant devant des gens qui manquent de médicaments, qui consomment des médicaments contrefaits, dangereux – et d'autres qui en font un commerce illégal, au prix de vies humaines, mais aussi de professionnels qui n'arrivent pas à assumer l'utilisation rationnelle du peu de médicaments disponibles. Déçue, une partie de ces populations finit par tourner le dos à toute approche médicale moderne, pour tenter l'inconnu, aventure qui conduit souvent à la mort, dans une insouciance combinée à l'inconscience, dans l'ignorance totale. Que faire face à une telle situation ? Je suis trop pauvre pour produire ou importer des médicaments de qualité. Pourtant, c'est ma mission. Malheureusement, ma voix seule n'est pas suffisante, qui suis-je par rapport aux errements de Galien ? C'est pourquoi je demande de l'aide : pas d'argent, de l'engagement. Réfléchissons ensemble à des stratégies nouvelles qui vont, à terme, nous aider, pharmaciens du Sud, à apaiser les souffrances de nos populations. Aidez-nous à faire de bons projets francophones, accompagnez-nous dans leur mise en œuvre. Je crois fermement que c'est possible. Merci de m'avoir encouragé par cette prestigieuse distinction. Je ne suis pas le plus méritant, mais merci me dire que vous ne m'abandonnez pas, pas plus que nos populations pauvres qui ont besoin de nos services et de vos services... Inspecteur général de la santé, Président du comité national de crise sanitaire, Chef de chaire de Politique, Droit et Gestion pharmaceutiques, je participe à de multiples activités qui montrent la place importante du pharmacien sur tous les fronts de la santé. Pour toutes ces raisons, et pour avoir vécu intensément la riposte contre Ebola, je trouve l'occasion opportune de dire merci à la communauté internationale, aux Nations Unies, à tous les partenaires techniques et financiers et aux autorités nationales de mon pays, pour cette ouverture qui donne sa chance à chacun. Enfin, que mon épouse et mes enfants soient remerciés. »

LEEM SE MOBILISER POUR FAVORISER LES ÉCHANGES D'EXPÉRIENCES

Dans le cadre des activités du Comité Afrique du Leem, diverses manifestations sont régulièrement organisées afin de permettre des échanges de haut niveau entre les autorités de santé, les acteurs publics et privés du secteur ainsi que les représentants de l'industrie pharmaceutique.

PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS 2015-2016

RÉUNION LEEM/OIF MAI 2015 GENEVE

La réunion annuelle Leem/OIF pour les délégations francophones à Genève à l'occasion de l'assemblée générale de l'OMS s'est tenue le 17 mai 2015 autour du thème Santé Numérique, Santé pour tous. Les ministres de la Santé de 15 pays, le président de l'Université Numérique Francophone Mondiale, les principaux acteurs des technologies de l'information et de la communication, des ONG et des organisations internationales ont partagé leur vision et leur expertise pour répondre aux enjeux de santé de demain.



LE 20^e ANNIVERSAIRE DES RÉUNIONS LEEM/DPM AVRIL 2016

Ces réunions, désormais traditionnelles, entre le Leem et les Directeurs de la Pharmacie et du Médicament des pays d'Afrique subsaharienne francophone, témoignent, année après année, d'une volonté partagée de faire progresser ensemble l'environnement réglementaire. Depuis leur création en 1996, ces rencontres ont considérablement contribué à harmoniser les politiques pharmaceutiques nationales au bénéfice des patients. La complexité du processus, qu'il soit technique, scientifique ou réglementaire, ne doit pas faire oublier la finalité qui anime l'ensemble des parties : faire progresser l'accès de tous les patients à des médicaments et à des soins de qualité. Dans une Afrique riche de ses 54 pays, l'harmonisation de ces standards au niveau régional, puis au niveau continental, est une des clés pour optimiser la gestion des moyens humains et matériels.

L'édition 2016 des rencontres Leem-DPM s'est donc concentrée sur trois sujets déterminants : l'harmonisation de l'environnement réglementaire en particulier au niveau des variations qui représentent plus de 80 % de la vie réglementaire d'un médicament, la progression de la pharmacovigilance et le renforcement de la lutte contre les médicaments falsifiés et les marchés illicites. Il est plus que jamais crucial que les médicaments mis à disposition des patients et des professionnels de santé africains présentent les mêmes standards de qualité, de sécurité et d'efficacité que partout ailleurs dans le monde.



LA CRISTALLISATION D'UN COCKTAIL ASSEZ MAGIQUE...

ÉRIC BASEILHAC
Directeur des affaires économiques et internationales du Leem



La santé numérique est, avec le retour de l'innovation thérapeutique, une des deux révolutions qui s'emparent du domaine de la santé. Elle constitue une formidable opportunité pour créer du lien entre les patients et les acteurs de santé, pour générer de l'efficacité dans les parcours de soins et pour optimiser le suivi des maladies chroniques.

Ce qui m'a frappé au cours de ces Rencontres, c'est de réaliser à quel point les gouvernements, et notamment les gouvernements africains, avaient totalement intégré ces enjeux dans leurs politiques de santé. Plus encore que dans les pays plus développés, on ressent un véritable élan des pouvoirs publics. Cet appel devrait inciter les industriels à être au rendez-vous de solutions thérapeutiques intégrées, accompagnant leurs thérapies de dispositifs de santé numérique pour optimiser par exemple l'observance des traitements ou la prise en charge des patients. Les pays en développement ont l'opportunité de construire leurs organisations sur des parcours de soins, qui grâce au numérique, seront d'emblée les plus efficaces – contrairement aux pays plus développés qui, eux, doivent transformer leurs systèmes de santé pour atteindre ces objectifs. Ces systèmes efficaces seront encore mieux à même d'accueillir l'innovation. J'ai retrouvé, encore davantage cette année, ce cocktail assez magique des Rencontres de Genève : cristallisation d'une vision, d'innovations et de partage d'expériences. Tout cela est mis au service des patients, dont la place est centrale dans la santé numérique. Rien ne ressemble plus à un patient d'un pays qu'un patient d'un autre pays, c'est cette dimension d'universalité qui donne tout son sens aux Rencontres de Genève – comme en témoigne, peut-être, la présence des deux candidats à la Direction générale de l'OMS. »

L'AUBE D'UNE ÈRE NOUVELLE POUR LES PATIENTS

PIERRE SAVART
Directeur des opérations internationales du Leem



Ces Rencontres constituent, depuis dix-huit ans, une tribune exceptionnelle permettant de dresser – en français – l'état des lieux de la santé mondiale, à la veille de l'Assemblée Mondiale de la Santé à Genève. Elles réunissent officiels, professionnels de santé, OMS, organisations non gouvernementales, bailleurs de fonds, fondations privées, organisations internationales multilatérales et industriels du médicament, et mettent en avant les différentes initiatives pour améliorer la prévention et la prise en charge des pathologies dans les pays émergents ou en voie de développement. Après le lancement fin 2012 de l'initiative "Be healthy, Be mobile" OMS/IUT, la e-santé et la m-santé sont en train d'inverser la courbe de la fatalité et de l'isolement pour les populations les plus démunies. Le numérique, qui a déjà commencé à révolutionner le quotidien de millions de malades dans les pays émergents, refonde l'approche de la santé publique en Afrique, où près d'un milliard de téléphones mobiles sont déjà utilisés (sur les 7 milliards en circulation dans le monde !) et où des exemples concrets démontrent chaque jour les spectaculaires progrès obtenus. Le patient devenu aujourd'hui un acteur éclairé de sa propre santé et de celle de sa famille, communique de façon simple et ludique avec ses différents soignants afin d'améliorer sa prise en charge globale. Les Rencontres de cette année ont confirmé le spectaculaire engouement de l'ensemble des parties prenantes pour les applications les plus prometteuses qui devraient très prochainement devenir des standards internationaux et faire partie de l'offre globale de services en santé mise à la disposition de tous les citoyens du monde. »



Philippe Lamoureux, Directeur général du Leem, Marie-Madeleine Togo, ministre de la Santé du Mali et Saïd Aïdi, ministre de la Santé de Tunisie.



Le Pr Philippe Douste-Blazy, président d'UNITAID et le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, ministre des Affaires Étrangères d'Éthiopie.



Raymonde Goudou-Coffie, ministre de la Santé et de l'Hygiène publique de Côte d'Ivoire et Philippe Lamoureux.



Dr Alassane Seidou, ministre de la Santé du Bénin.



Éric Baseilhac, Directeur des affaires économiques et internationales du Leem et Laurent Gainza, Directeur de Projets auprès du Directeur général du Leem.



Philippe Lamoureux et le Dr Marguerite Samba-Maliavo, ministre de la Santé et de la Population de la République centrafricaine.



Isabelle Adenot, Présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens de France et de la Conférence internationale des Ordres de pharmaciens francophones.



Dr Christian Chaffa, Secrétaire général de la Santé du Bénin.



Pr Moustapha Mijiyawa, ministre de la Santé et de la Protection sociale du Togo.



Robert Blum, président du Cercle Diplomatique de Genève et Pierre Savart, Directeur des opérations internationales du Leem.



Yvette Rakotobe, Directrice de l'Agence de Médicament de Madagascar, Brigitte Dukum (ONUSIDA) et Cyntia Genolet, en charge de la lutte contre la contrefaçon à la Fédération internationale de l'industrie du médicament (IFPMA).



Valérie Noto (Nokia), Florence Gaudry-Perkins (Mobi-Health) avec Jean-Daniel Ruiz et Michel Katz (Leem).



N'Guyen Hug Hung, Deputy head of Drug registration division, Ministère de la Santé, Vietnam. Catherine Fiankan-Bokonga, journaliste et modératrice des Rencontres.



LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT

Président Patrick ERRARD

Directeur général Philippe LAMOUREUX

Directeur des affaires économiques et internationales Éric BASEILHAC

Directeur des opérations internationales Pierre SAVART

58 boulevard Gouvion-Saint-Cyr 75017 Paris • Téléphone : + 33 1 45 03 88 88

www.leem.org

Conception et réalisation éditoriale StayLa Multimédia • Réalisation graphique Studio Next

Photos StudioCasagrande pour le Leem • Antoine Geissbuhler • Fondation Pierre Fabre • Sanofi • DataSanté • D.R.

Impression Imprimerie Jaurès. Papier recyclé sans chlore. © Leem 2016.