

SANTÉ NUMÉRIQUE SANTÉ POUR TOUS

GENÈVE 17 mai 2015

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

UN CHAMP VERTIGINEUX D'APPLICATIONS AU SERVICE DE MILLIONS DE PATIENTS



Cette édition des Rencontres Leem/Pays francophones n'a jamais aussi bien illustré l'ambition qui est la nôtre : explorer avec vous, décideurs politiques, grands partenaires institutionnels et acteurs privés, de nouvelles

voies de progrès en santé. Ces nouvelles voies passent par la révolution numérique, dont l'Afrique est un terrain d'expression privilégié, et qui offre à des millions d'habitants un champ vertigineux d'applications. Nous avons déjà évoqué l'an dernier le partenariat entre l'Union internationale des télécommunications (UIT) et la Fédération internationale de l'industrie pharmaceutique (IFPMA) autour du projet Mobile Health. Nous avons souhaité témoigner du fantastique potentiel des technologies de télécommunication face aux défis de l'accès aux soins dans des pays marqués par des contraintes géographiques, topographiques, démographiques, souvent considérées comme insurmontables, et de notre conviction que la e-santé et la télémédecine trouvent, dans les pays en voie de développement, des applications déterminantes pour l'évolution de la prise en charge, notamment des maladies non transmissibles. Le chiffre exponentiel des mobiles en Afrique ou en Asie ouvre des opportunités nouvelles qui nous imposent, au sein même de la e-santé, d'ouvrir une réflexion particulière au champ de la m-santé. Un seul chiffre, édifiant : le seuil des 915 millions d'abonnés aux télécommunications mobiles franchi courant 2015, pour le seul continent africain ! Autant de patients potentiels auxquels ces équipements donnent accès à une offre nouvelle en matière de prévention, de suivi et de bon usage des produits de santé. Plus globalement, les développements informatiques et numériques ouvrent de nombreuses applications dans la détection, le diagnostic, mais aussi la surveillance épidémiologique et la formation des professionnels de santé. Nous avons voulu aborder avec vous aujourd'hui les expériences concrètes menées localement, et témoigner des partenariats public/privé qui se mettent en place, avec le concours de nouveaux acteurs issus du monde des télécommunications. Nous nous réjouissons d'explorer ces questions avec le

concours, cette année encore, de l'Organisation Internationale de la Francophonie, et en présence de M. le Vice-Président de l'Union des Comores et des ministres de la Santé de plusieurs États, qui nous font l'extrême honneur de leur participation. En guise d'introduction, nous entendrons l'analyse éclairante de deux personnalités sur l'intérêt de la mise en place d'une stratégie de e et m-santé. **Brahima Sanou**, Directeur Développement des Télécommunications à l'UIT, n'a pu être des nôtres puisque l'Union Internationale des Télécommunications célèbre en ce moment même son 150^e anniversaire, mais il a tenu à témoigner dans un message vidéo. Le **Dr Douglas Bettcher**, Directeur Prévention des Maladies non transmissibles de l'OMS, nous parlera de l'intérêt des applications mobiles dans la prévention et le traitement de ces maladies. Nous enchaînerons avec deux tables rondes alimentées par des illustrations et des témoignages concrets et animées par **Catherine Fiankan-Bokonga**. Là encore, c'est par une vidéo introductive que nous entrerons dans le domaine de la e et de la m-santé, avec l'éclairage d'un grand opérateur de télécoms, Orange. Nous entendrons l'analyse de son Président-Directeur Général, **Stéphane Richard** et celle du Directeur d'Orange Healthcare, **Thierry Zylberberg**. Ce domaine de la e-santé est désormais au cœur de la stratégie du groupe. La première table ronde traitera de la e-santé et des perspectives qu'elle offre aux professionnels de santé. **Saïd Aïdi**, Ministre de la Santé

CES ÉQUIPEMENTS DONNENT ACCÈS À UNE OFFRE NOUVELLE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION, DE SUIVI ET DE BON USAGE DES PRODUITS DE SANTÉ



Philippe LAMOUREUX
Directeur général des Entreprises du Médicament
Leem

de Tunisie, témoignera de la mise en place d'une stratégie Santé numérique. Un sujet qu'il a pris à bras-le-corps, quelques semaines après sa nomination au portefeuille de la Santé, avec un atelier réunissant acteurs des télécoms et industriels du médicament. Son parcours dans le domaine de la R&D en informatique, allié à une grande volonté politique, dessine une vision très pragmatique de ces enjeux. Le **Pr Jean-Didier Vincent**, neuropsychiatre et neurobiologiste français, est passionné par la question du transfert des connaissances, dont témoignent plusieurs ouvrages récents. Il nous parlera de la formation des professionnels de santé et de la possibilité, avec des investissements technologiques modestes, d'améliorer la formation continue des médecins francophones au travers de programmes dédiés de l'UNFM. Nous aurons l'honneur d'accueillir le **Dr Fouad Mohadji**, Vice-Président de l'Union des Comores, en charge notamment des questions de santé. Il évoquera le renforcement des centres de santé secondaires et les possibilités de la e-santé au travers d'un programme innovant visant à améliorer l'accès aux soins des

personnes souffrant d'épilepsie ou de schizophrénie. La seconde table ronde s'intéressera à la question de la m-santé, qui place le patient au cœur des réseaux de soins. **Rémy Lamah**, Ministre de la Santé de Guinée, témoignera de l'expérience guinéenne dans le domaine de la prévention du risque Ebola, un sujet qui mobilise les industriels du médicament, qui poursuivent sans relâche la recherche et le développement de solutions tant préventives que thérapeutiques, au premier rang desquelles les vaccins. Ce volet prévention est capital et les applications mobiles peuvent apporter une aide déterminante. Nous écouterons le **Pr Awa Marie Coll Seck**, Ministre de la Santé du Sénégal, nous parler d'un programme m-diabète particulièrement innovant, mené dans le cadre d'un partenariat public/privé fécond entre

les autorités sénégalaises, de grands opérateurs locaux et internationaux et une grande entreprise du médicament : l'exemple d'un programme qui fonctionne, issu d'une large synergie mobilisée au service des patients. Nous concluons avec **Florence Gaudry-Perkins**, Directeur des Affaires internationales et gouvernementales d'Alcatel Lucent, qui nous parlera de l'intérêt des partenariats entre le secteur santé et celui des Technologies de l'information et de la communication (TIC), dans un panorama édifiant des applications de la révolution mobile. Je ne doute pas que ces témoignages soulèveront questions et commentaires, et le débat qui s'ensuivra sera sans doute à même de dégager des pistes de réflexion et d'action pour l'ensemble de nos organisations. Enfin nous accueillerons la remise du Prix de la pharmacie francophone 2014 par le **Dr Jean-Luc Delmas**, Président de l'Académie française de Pharmacie. Ce prix, important à nos yeux, témoigne pleinement de l'engagement des pharmaciens dans le développement de nouvelles solutions thérapeutiques. Je voudrais vous remercier d'avoir répondu si nombreux à l'invitation du Leem et de l'OIF et mes pensées se tournent vers **Son Excellence M. Ridha Bouabid** : cette journée marque notre cinquième année de partenariat personnel. Les liens de confiance et d'amitié se sont développés et enrichis tout au long des années. Je cède la parole à l'Ambassadeur et observateur permanent de l'Organisation Internationale de la Francophonie auprès des Nations Unies à Genève. ▶▶



OIF

IL EST IMPORTANT
DE RÉFLÉCHIR
À DES SOLUTIONS
CRÉATIVES
QUI PERMETTENT
DE PALLIER UNE
PARTIE DU DÉFICIT
EN PERSONNEL
MÉDICAL

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

Permettez-moi en premier lieu de vous transmettre les sincères salutations de la Secrétaire générale de la Francophonie, Madame Michaëlle Jean, qui m'a prié de vous exprimer son grand plaisir de voir croître et se développer chaque année cette réunion des décideurs francophones en matière de santé.

Le 15^e Sommet de la Francophonie tenu à Dakar au mois de novembre 2014 a également marqué l'intérêt manifeste de l'espace francophone pour les thématiques de santé avec l'adoption de trois résolutions spécifiques sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants concernant l'épidémie du virus Ebola et les faux médicaments, ainsi que les produits médicaux falsifiés, sujet qui a fait l'objet de notre table ronde commune en 2012.

Au-delà de ces résolutions spécifiques, je souligne que les questions sanitaires constituent également l'un des trois piliers de la déclaration de Dakar adoptée par les chefs d'État et de gouvernement à l'issue de leur conférence. Ces derniers se sont engagés dans ce document à intégrer la dimension santé dans toutes les politiques publiques et demandent à la Secrétaire générale de la Francophonie d'élargir son action de plaidoyer dans ce domaine. L'OIF est notamment appelée à mobiliser ses réseaux en faveur de la couverture médicale universelle – la CMU.

Le rôle que jouent les questions sanitaires dans le développement est désormais une évidence pour tous nos décideurs. À ce titre, permettez-moi de vous signaler une tendance préoccupante qui rejoint nos discussions d'aujourd'hui. En effet, les pays francophones devraient être soumis dans les années à venir à un déficit accru de personnel formé pour les soins maternels et néonataux et, plus généralement, de personnel médical dans son ensemble. Par ailleurs, la récente épidémie Ebola a cruellement démontré le rôle vital joué par la présence de personnel médical qualifié et, a contrario, l'effet dévastateur pour le développement de leur absence ou disparition. Or, nous savons que renverser ces tendances lourdes requiert un effort soutenu et de longue haleine qui ne produira ses effets que sur

le long terme. Dès lors, il est important de réfléchir à des solutions créatives qui

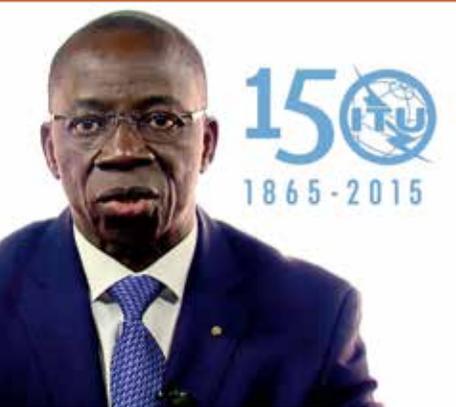
permettent de pallier une partie du problème et d'assurer une continuité de l'action médicale. Dans ce contexte, l'OIF ne peut que se féliciter du développement continu de ce que l'on nomme communément la e-santé et la m-santé. Les technologiques permettent ici de suppléer partiellement à l'absence physique de personnel médical et assurent une plus grande diffusion de l'information médicale utile grâce à leur effet démultiplicateur.

Toutefois, les apports de la e-santé et de la m-santé vont bien au-delà de cette dimension. Ces technologies permettent en effet la mise en œuvre de vastes campagnes de prévention, le suivi de patients et la gestion médicale autant individuelle que collective. Ces outils ont donc un très large spectre d'action, extrêmement intéressant pour les promoteurs des politiques de santé. Les défis restent encore nombreux pour faire entrer dans les mœurs cette manière de mettre en place des politiques de santé aux niveaux macro et micro. Les progrès sont cependant continus et tout à fait prometteurs. **La présence de nombreux ministres à notre réunion de ce jour est un signe encourageant, car il témoigne de la reconnaissance au plus haut niveau de l'État de l'importance de ce sujet.**

En réunissant plusieurs acteurs clés de la santé, tant du secteur public que privé, dont de hauts responsables gouvernementaux de divers pays membres ou observateurs de la Francophonie, ainsi que les représentants des institutions internationales impliquées dans le domaine de la santé, cette Rencontre permettra – nous l'espérons – de nourrir la dynamique francophone d'échanges d'informations et de bonnes pratiques. Cette dynamique est en effet au cœur de l'action de l'OIF et nous souhaitons, partout où cela est possible, lui apporter un soutien autant moral que concret. Je souhaite donc plein succès à nos travaux et vous remercie de votre attention. ▶▶



TÉLÉCOMS ET OPÉRATEURS



Brahima SANOU
 Directeur Développement
 des Télécommunications
 Union Internationale des
 Télécommunications UIT

Un partenariat a été signé au mois d'octobre 2012 entre l'OMS et l'UIT, par Madame Margaret Chan et Monsieur Hamadou I. Touré, avec pour objectif de faciliter l'accès aux données et aux différentes méthodes pour une meilleure surveillance de l'évolution des maladies non transmissibles.

Je m'excuse de ne pouvoir être parmi vous cet après-midi car, ainsi que vous le savez, nous célébrons aujourd'hui le 150^e anniversaire de l'Union Internationale des Télécommunications. Pen-

dant ces cent cinquante ans, nous avons travaillé à connecter les hommes et les femmes pour un monde toujours plus paisible. Aujourd'hui, nous dénombrons plus de 7 milliards d'abonnés aux télécommunications mobiles pour une population mondiale estimée à 7,2 milliards : le monde n'a jamais été aussi connecté. Capitalisons ensemble sur cette connectivité pour accélérer le développement durable. Nous ne devons plus choisir entre investir dans les technologies de l'information et de la communication (TIC) et investir dans la santé, mais choisir d'investir dans les TIC pour atteindre plus rapidement nos objectifs nationaux et régionaux en matière de santé à moindre coût. Pour atteindre ces résultats, nous devons établir un dialogue entre les ministères et les professionnels de la santé et ceux du secteur des TIC. Je suis personnellement convaincu, et je suis engagé à travailler avec l'OMS et tous les acteurs de l'écosystème du développement, pour initier ce dialogue, notamment à travers des réunions conjointes des deux secteurs et des actions concrètes sur le terrain. Je remercie les organisateurs et vous souhaite plein succès dans vos travaux. ▀ ▀

Hani ESKANDAR
 Coordinateur des Applications
 Division TIC et Cybersécurité au Bureau
 Développement des Télécommunications UIT



Ce domaine de la santé numérique implique par définition plusieurs secteurs, qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, qui ont des cultures et qui fonctionnent sur des modes différents. Ce qui ajoute un niveau de complexité, c'est que l'on manque souvent de gens qui comprennent les deux secteurs et arrivent à faire le lien avec les besoins de l'un et de l'autre, en trouvant des modes d'opération et de partenariats gagnant/gagnant. Dans le secteur de la santé, il est difficile de trouver un leadership, des champions qui soient disponibles, à l'aise avec les technologies et qui aient une vision claire de la manière dont elles vont influencer de façon stratégique les systèmes de santé. On trouve beaucoup de petites initiatives émanant d'ONG ou de privés, mais qui n'arrivent pas à aller au niveau du système et à attirer l'attention des décideurs, des politiques qui, seuls, peuvent positionner ces technologies de façon stratégique. Dans plusieurs pays, aucune entité spécifique ne gouverne l'utilisation de ces technologies dans la santé. **C'est le grand point d'interrogation : qui va prendre les décisions ? Qui va dédier des ressources, qu'elles soient financières, budgétaires ou humaines ? Le choix des projets est souvent influencé par un intérêt particulier, d'une organisation ou d'un donateur de fonds, mais il n'y a pas assez d'appropriation au niveau du gouvernement, du ministère de la Santé.** Dès que l'on quitte le stade de pilote pour passer à une échelle plus large, le problème se pose. L'UIT travaille vraiment de manière collaborative. C'est ce que nous arrivons à faire : **faciliter le dialogue entre TIC et Santé, entre public et privé.** Notre but : trouver ceux qui pourront jouer ce rôle, montrer cette compréhension et cette vision et qui seront capables de l'exprimer et de l'expliquer pour inciter d'autres pays à suivre le modèle, parce qu'ils ont compris comment cela fonctionne – et sur quels critères. **C'est ce qui se passe au Sénégal, comme dans beaucoup d'autres pays où nous travaillons, en phase avec l'OMS : nous arrivons au plus haut niveau de décision, celui de la ministre elle-même qui va jouer ce rôle de champion** et nous assurer que ce que nous faisons va atteindre le niveau de pénétration requis. Une des principales difficultés que rencontrent ces projets de m-santé, concerne les relations avec les opérateurs : c'est un vrai défi de conclure des accords avec eux. D'abord parce que l'on ne trouve pas facilement, ni côté ministère de la Santé, ni côté opérateurs, les interlocuteurs qui comprennent l'enjeu et les besoins et sont ouverts à collaborer. Ensuite vient la question technique des interfaces et l'aspect contractuel, parce qu'il faut des accords de coopération avec des ministères pour qui c'est quelque chose de

nouveau. Cela demande un gros travail. Un exemple ? Nous avons eu un petit défi, au Sénégal, avec un des opérateurs : pour cause de changement de gestion, on a perdu le point focal et on n'a plus eu de retours, avec impossibilité d'envoyer des messages à ses abonnés, ce qui était très problématique. On a dû envoyer au DG une délégation du ministère des Télécom, de la Santé et d'UIT – et deux jours après tout était réglé ! Il faut résoudre ce genre de situation pour ne pas être condamné aux petits projets et toucher la grande vague des utilisateurs finaux. **Nous essayons de trouver des objectifs communs pour un partenariat gagnant/gagnant, aux yeux des opérateurs, qui y voient une contribution à une**

bonne image, offrant à leurs clients des services qui améliorent la fidélité, montrant comment ils peuvent être impliqués dans cette valeur ajoutée dans le domaine de la santé et ils jouent le jeu. Une fois noué un partenariat avec un opérateur, cela devient beaucoup plus facile de développer ces offres. Il reste à définir le rôle de chacun. Nous veillons à éviter tout conflit d'intérêt, tout enjeu commercial qui viendrait polluer le partenariat, en faisant un peu de filtrage par rapport aux intérêts de l'un et de l'autre, en trouvant le moyen que chacun se sente impliqué, sans que l'un prenne davantage le relais et n'utilise le partenariat pour son bénéfice propre. Le secteur privé peut apporter énormément, on ne pourrait rien faire sans lui – et l'UIT est très habituée à monter les bonnes formules de partenariats et à trouver le bon équilibre. On apprend cela avec l'expérience ! Chaque pays implique des formules différentes. En Tunisie, les opérateurs sont très ouverts et leur contribution va bien au-delà d'un simple passage d'informations, ils vont assurer la promotion de ces services, à travers leurs propres agences. Ainsi, si on appelle le service client d'un opérateur, on aura 30 secondes de message m-santé. C'est l'opérateur, la première interface avec le client : s'il y a un pépin, c'est l'opérateur qu'il appelle ! Le secteur pharmaceutique s'intéresse à ces technologies et veut mieux comprendre comment les utiliser pour l'éducation des patients : il a une bonne compréhension des malades, est en relation avec les médecins et les pharmaciens et a une richesse de contenus.

Des industriels du médicament contribuent à la promotion des programmes auprès des médecins et des pharmaciens. Le grand défi de la m-santé est d'avoir le plus possible de souscriptions. Donc la promotion est un des aspects les plus importants. Les laboratoires sont en relation directe avec les pharmacies qui, dans les pays en voie de développement, jouent un rôle très important dans la première relation avec le patient – c'est un relais pour atteindre le plus grand nombre, qui peuvent s'inscrire dans ce genre de programmes. Tout cela s'ajoute et si l'on arrive à joindre les coins, cela fait une bonne collaboration pour le plus grand bénéfice des malades. ▀ ▀

S'ENGAGENT EN AFRIQUE



Thierry ZYLBERBERG
Directeur
ORANGE HEALTHCARE

La m-santé regroupe tout ce qui va permettre de transporter de l'information par le téléphone mobile. Cela va agir à différents niveaux du système de santé. Cela va d'abord faciliter l'accès aux soins, mais aussi la capacité des médecins d'envoyer des informations à d'autres médecins. Et puis, cela peut aussi permettre de diffuser de l'information, ce qui est très important. ▶▶



Hussein JAFFAR
Directeur régional
ORANGE HEALTHCARE

Orange travaille depuis presque dix ans dans le domaine de la santé – un secteur très en retard, par rapport aux secteurs de la banque, des transports ou du tourisme par exemple, en matière d'utilisation des technologies. Nous y apportons nos technologies, nos compétences et nos expertises (solutions mobiles, hébergement, intégration) pour faciliter les

échanges entre professionnels de santé, mais aussi entre patients et professionnels de santé, en connectant équipements médicaux et applications médicales.

Notre différence par rapport aux autres opérateurs, en Afrique notamment, c'est que nous sommes engagés dans le développement de solutions durables, au niveau modèle économique, qui peuvent devenir accessibles au plus grand nombre de citoyens. Nous agissons sur trois axes : sur le court terme (mise en place de mobiles, accès ADSL aux hôpitaux ou professionnels de santé), premier pas vers la télémédecine ; sur le moyen terme (digitalisation des hôpitaux, plateformes de télémédecine) comme au Botswana, où une application intégrée permet de réaliser des diagnostics à distance en différé ; sur le long terme, nous travaillons sur le suivi maternel et infantile, la CMU... Nous nous associons à des organisations internationales (USAID, OIF, Commission européenne) et mettons à disposition notre ressource R&D pour développer des applications mobiles et web en accompagnant, formation comprise, tout le système, avec un modèle économique qui le rendra autonome. Orange est très présent dans six pays d'Afrique subsaharienne francophone. Nous travaillons depuis cinq ans en Afrique – notamment sur la collecte de données épidémiologiques. Le ministère de la Santé du Mali est ainsi équipé de 1200 mobiles qui permettent aux professionnels et auxiliaires de santé de collecter des informations sanitaires au cours de leurs déplacements et de les envoyer en numérique à une plateforme, pour une vue en temps réel de la situation du pays – cela a été très important dans le cadre de l'Ebola. Nous avons ce type de projet au Congo autour de la pharmacovigilance de la malaria. Nous travaillons aussi sur la sensibilisation, avec le lancement au Cameroun d'une hotline santé : tout patient peut envoyer un SMS sur les questions de contraception, de sida, de malaria... avec réponse anonyme et personnalisée en moins d'une heure. Ce type de solutions, nous sommes en train de le répliquer partout en Afrique.

Au Botswana, nous travaillons avec le ministère de la Santé et avec l'université de Pennsylvanie sur des applications permettant à un patient de recevoir en différé un diagnostic. Il se rend au dispensaire le plus proche, le professionnel prend des photos avec son mobile et le processus s'engage. Au Sénégal, pour la CMU, nous avons mis au point un système similaire à la carte Vitale, où le patient n'a plus besoin de passer par l'assurance ou la prévoyance maladie pour les garanties qui vont lui donner accès aux soins. Avec USAID, en matière de protection maternelle

ORANGE

Stéphane RICHARD
Président-Directeur
Général ORANGE



La e-santé, l'application des technologies du numérique à l'univers de la santé, est selon moi un des grands domaines d'avenir du numérique en général et d'Orange dans sa stratégie.

On voit en effet que les besoins de santé sont considérables et vont se développer avec le vieillissement de la population et les progrès de la médecine, partout dans le monde et que, face à ce qui est tout de même un grand progrès pour l'humanité, se posera la nécessité de faire appel à nos technologies pour rendre le financement de ces progrès soutenable, si l'on ne souhaite pas voir les comptes de la protection sociale exploser sous l'effet de la progression des besoins et du vieillissement de la population. Je pense que le numérique peut apporter de vraies solutions innovantes pouvant améliorer la vie quotidienne des malades, des professionnels de santé et des aidants, de tous ceux qui participent à cette économie de la santé. Les besoins existent, ils me paraissent évident. Ensuite, pour un opérateur comme Orange, il y a une opportunité stratégique à être en avance et à investir dans ce domaine. Étant dans la proximité, dans les écosystèmes locaux essentiels dans le secteur de la santé, nous avons une vraie carte à jouer par rapport aux autres acteurs qui s'intéresseront forcément à ce domaine, qui est à la fois une carte d'intégrateur, d'ensemblier et d'innovateur. Nous avons une capacité à fédérer toutes les parties prenantes de ces questions avec nos technologies et nos expertises, qui doivent faire de la e-santé un des grands domaines de l'avenir pour le Groupe. ▶▶

et infantile, nous avons une nouvelle approche de la sensibilisation sur le planning familial et la procréation, programme en cours au Niger avec possibilité d'extension à d'autres pays. Avec à chaque fois des modèles économiques viables pour passer à l'échelle. **Notre deuxième objectif est d'être l'acteur privilégié et de confiance pour les différents ministres et les organisations – avec des protocoles d'accord d'accompagnement avec les ministères de la Santé du Sénégal, du Cameroun...** Nous n'avons pas une approche "propriétaire" de développement: nous allons ouvrir l'application à d'autres ONG ou d'autres agences gouvernementales. Nous accompagnons aussi nos partenaires et clients dans leurs projets. Nous avons lancé des services soit en direction des hôpitaux, soit des gouvernements, soit des consommateurs et, au Cameroun, ces services sont payants. Mais dans le cas de partenariats avec des ONG, comme Roll Back Malaria, où les auxiliaires de santé utilisent nos services gratuitement, avec un bonus s'ils répondent en temps et en heure, ce qui permet une meilleure gestion des stocks. Nous accompagnons les services gouvernementaux régaliens dans des approches sociales qui vont permettre des prix abordables, tout en restant des technologies de très bonne qualité. On n'est là pour remplacer ni les médicaments, ni les spécialistes, mais pour les aider à mieux communiquer entre eux, changer leur pratique médicale au quotidien et remettre le patient au centre de cet écosystème complexe, en facilitant avant tout l'accès aux soins : sinon, même une CMU ne sert à rien. Nous contribuons à renforcer le système sanitaire : **quand on a un seul infirmier pour trois villages, même s'il n'a pas les compétences, on va pouvoir le former à distance.** Mais faire le tri dans des projets dignes de passer à l'échelle, sans faire de discrimination, n'est pas aisé. **Notre priorité reste l'innovation, en matière de services, de coûts, d'équipement, d'accompagnement, au niveau des pays comme des utilisateurs finaux.** Le Klif, un smartphone à 40\$, lancé en février à Madagascar, et bientôt au Sénégal et ailleurs, vient d'être couronné * – et c'est un enjeu économique fort de développer de tels outils pour un très grand nombre de consommateurs. Nous avons 110 millions d'utilisateurs en Afrique et au Maghreb, dont un peu moins de 60 millions en Afrique subsaharienne. ▶▶



Dr Douglas BETTCHER
Directeur Prévention des Maladies Non Transmissibles Organisation
Mondiale de la Santé OMS

OMS

BE HE@LTHY, BE MOBILE DEUX ANNÉES DE SUCCÈS DANS HUIT PAYS PARTENAIRES



C'est le pouvoir connectif de la technologie qui transforme les services de santé partout dans le monde. Il y a deux ans, la première initiative de l'ONU en matière de m-santé

(santé sur mobile), **Be He@lthy, Be Mobile** a été créée par l'OMS et l'UIT. Celle-ci se situe dans mon département à l'OMS, qui est spécialisé dans la prévention des maladies non transmissibles. Voici les objectifs principaux de l'initiative : le cancer, le diabète, les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires – ces maladies qui attaquent les populations et paralysent leur santé, leur productivité et leur qualité de vie.

Cette initiative fait partie du Plan d'Action Global pour les Maladies Non Transmissibles de l'OMS. Mais la mission principale de l'Initiative est la création de plateformes numériques pour renforcer les systèmes de santé globaux, pour toutes les maladies qu'elles soient transmissibles ou non transmissibles.

Je suis très fier de ce que l'Initiative a réussi à faire au cours des deux dernières années. Cela dit, elle doit aussi son succès aux pays avec lesquels elle travaille.

Nous travaillons officiellement avec huit pays et nous avons reçu des demandes de quarante-cinq pays pour participer au programme.

L'engagement et l'énergie des équipes de gouvernement et des partenaires locaux ont toujours été une force motrice de ces programmes.

Jusqu'à présent, la région africaine a été la plus active dans le domaine de l'initiative m-santé. Le Sénégal a été le deuxième pays qui a rejoint l'initiative en 2014. Il a demandé de l'aide pour créer une plateforme mobile pour le diabète, qui représente un défi de santé sérieux dans ce pays. La rapidité avec laquelle le Sénégal a rejoint l'Initiative reflète son engagement pour la lutte contre la maladie, mais aussi sa connaissance du rôle révolutionnaire de la technologie mobile pour le traitement, la gestion et la prévention du diabète.

Le Sénégal a aussi contribué beaucoup à démontrer comment la m-santé peut être souple. **En septembre 2014, quand Ebola posait un risque important pour la région toute entière, le Sénégal a utilisé l'approche diabète et le même réseau de collaboration pour envoyer plusieurs millions de SMS pour prévenir Ebola à Saint-Louis et Dakar.** Après

cela, plus, personne ne doutait de la capacité de cette technologie à protéger les populations, ni du fait que le programme représente un bon investissement pour les gouvernements.

La Tunisie compte parmi les premiers pays qui se sont intéressés au programme. Elle a officiellement rejoint le programme cette année, et vient d'organiser le premier atelier national pour le programme il y a quelques jours. Elle a choisi de commencer par le programme mobile de lutte contre le tabagisme, mais elle veut aussi aller plus loin et créer un deuxième programme m-diabète.

LES PAYS
FRANCOPHONES
DEVIENDRONT
DES PIONNIERS
POUR MONTRER
COMMENT
BIEN UTILISER
LA TECHNOLOGIE
MOBILE

D'autres pays francophones comme le Rwanda et le Mali sont eux aussi des exemples à suivre en ce qui concerne la santé numérique. Ils ont déjà créé des projets impressionnants dans le secteur et nous voudrions soutenir ce travail pour les aider à agrandir les systèmes nationaux de santé sur mobile. Nous avons aussi reçu des demandes d'autres pays francophones dans cette région, et nous cherchons des moyens pour soutenir ces pays, malgré la taille restreinte de notre équipe. **Notre vision est que tous les pays de la région soient capables de partager leurs savoirs et d'apprendre les uns des autres en créant et en mettant en œuvre les programmes de m-santé pour leurs populations.** Les liens politiques et

culturels qui existent entre ces pays rendent cette collaboration praticable, d'autant plus que le français est la langue commune de ces pays, ce qui leur permet de partager et d'adapter rapidement le contenu de ce programme. Il s'agit là d'une bonne plateforme pour la collaboration sud-sud et pour une approche multisectorielle. Un de nos objectifs futurs est de créer une plateforme régionale pour la m-santé, où le contenu des programmes mHealth peut être centralisé et rendu accessible à tous les états membres.

Grâce à leur langue commune, les pays francophones deviendront des pionniers pour montrer comment la technologie mobile peut être non seulement utilisée, mais bien utilisée.

Aujourd'hui, je veux mettre l'accent sur les travaux remarquables de tous les pays qui ont déjà investi pour mieux utiliser ces technologies pour leurs populations. **Nous espérons que leurs succès puissent être répliqués dans toute la région pour renforcer tous les systèmes de santé en Afrique francophone.** ▶▶



De gauche à droite: Dr Fouad Mohadji (Vice-Président de l'Union des Comores) et, parmi les ministres de la Santé présents : Amédée Prosper Djiguemde (Burkina-Faso), Ousmane Kone (Mali), Rémy Lamah (Guinée), Raymonde Goudou-Coffie (Côte d'Ivoire), Saïd Aïdi (Tunisie) et Ahmedou Ould Jelvouné (Mauritanie).

COMORES

RENFORCEMENT DES CENTRES DE SANTÉ SECONDAIRES



Dr Fouad MOHADJI

Vice-Président chargé du Ministère de la Santé,

de la Solidarité, de la Cohésion sociale et de la Promotion du Genre **UNION DES COMORES**



Je voudrais remercier le Leem et les organisateurs de cette Rencontre de nous inviter à venir partager avec vous nos problèmes et nos expériences et de me donner cette occasion d'échanger sur un sujet qui me tient à cœur, le renforcement des centres de santé secondaires et les opportunités offertes aujourd'hui par les technologies de la communication.

Comme de nombreux autres pays, les Comores cumulent sur le plan sanitaire le problème des maladies infectieuses et de la progression des maladies chroniques. En outre, Internet, en facilitant les échanges mondiaux, génère auprès de la population des attentes pour bénéficier localement de soins modernes de qualité. Si cette demande est légitime, y répondre n'est pas simple pour les autorités de santé, car il ne suffit pas d'acheter des équipements et des médicaments : il faut du personnel compétent en qui la population puisse avoir confiance. **La collaboration internationale est indispensable pour établir et mettre en œuvre des plans stratégiques.** Divers programmes sont déployés aux Comores : le Pasco, le programme VIH sida, le programme national de lutte contre le paludisme, le programme de santé mentale et l'ONG Twamaa, qui signifie en français "espoir". Tous ces programmes sont soutenus par des partenaires au développement, en particulier la France, le Fonds mondial et l'ONG canadienne Grands Défis. **Pour illustrer les possibilités de la e-santé, je prendrai l'exemple de Twamaa, programme innovant, déployé dans les structures pilotes des soins primaires sur la grande île de l'Union des Comores.** Il intègre la médecine, la technologie, le social et vise à améliorer l'accès aux soins de personnes souffrant d'épilepsie et de schizophrénie. Jusqu'à la mise en place de ce programme, les centres de santé périphériques ne traitaient pas ces pathologies, pourtant fréquentes. Dans la zone pilote qui couvre

près de 140 000 habitants et 9 centres de santé secondaires, on estime à 1 400, soit 1%, le nombre de patients épileptiques et à 1% encore, le nombre de schizophrènes dont la vie pourrait être améliorée, voire transformée. Une première étape a été réalisée il y a quelques années par la formation du seul médecin psychiatre des Comores, le Dr Hassani Mistoihi, et

**TENIR COMPTE
DES CROYANCES,
GAGNER
LA CONFIANCE...
LES AGENTS
COMMUNAUTAIRES
FONT LE LIEN
ENTRE MALADES ET
CENTRES DE SANTÉ**

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

Cette importante Rencontre a été l'occasion, pour chacun de nous, de partager avec les autres sa petite expérience – c'est de la discussion que jaillit la réalité. Dans ce cas précis, c'est l'occasion d'apprendre avec les autres, d'améliorer l'existant mais aussi de se lancer dans ce parcours qui est inévitable, parce que nous vivons avec les nouvelles technologies. Et spécifiquement dans le cas des Comores, c'est très important, entre insularité et manque de spécialistes : c'est une porte ouverte, pour le petit nombre de spécialistes de notre pays, à pouvoir être en contact avec les pays riverains, mais aussi avec la France et le Maroc. Mon sentiment le plus profond, c'est que cette plateforme nous permette de mieux nous connaître, mais aussi d'aller dans le sens d'améliorer ce que nous sommes en train de faire au sein de nos pays respectifs. ▶▶

l'ouverture, au sein du service de médecine interne de l'hôpital de Moroni, d'une unité de psychiatrie. Un diagnostic fiable et une prescription adaptée sont essentiels, mais ces maladies ne se soignent pas par un traitement de quelques jours. Il faut tenir compte des croyances, gagner la confiance du malade et de son entourage, assurer un suivi, car la qualité de vie dépend de l'observation sur le long terme. Le programme cofinancé par Grands Défis a formé cent agents de santé communautaires à être un lien dans les villages entre les malades mentaux et les centres de santé secondaires. Ils peuvent expliquer la maladie grâce à des outils pédagogiques simples et jouent un rôle important pour maintenir une adhésion aux soins. Au niveau des centres de santé, la formation a été mixte : formation au diagnostic et traitement des formes non compliquées de ces pathologies, mais également formation à la tenue d'un dossier médical informatisé et à la demande d'avis spécialisés par des sessions de télé-médecine avec l'hôpital de Moroni. En complément, le personnel des centres de santé pourra participer périodiquement à des discussions de cas animées à distance par des psychiatres partenaires du projet, depuis Madagascar, La Réunion, le Maroc ou la France. Cette modernisation et cette modélisation des centres de santé secondaires, soutenues aussi par Comores Telecom, unique opérateur du pays, ont été bien accueillies par les villageois et par la diaspora avec laquelle ils ont des contacts étroits. La composante e-santé a été mise en place avec la collaboration de l'UNFM. Je remercie son président, le Pr Vincent. **Ce système a créé une dynamique positive des synergies entre le réseau des centres de santé, l'hôpital et les centres secondaires et au niveau ministériel à travers la Direction de la Lutte contre les Maladies, entre différents programmes intéressés par l'expérience, car les équipements sont là et le personnel sait les utiliser.** Aussi, il est possible de pallier partiellement le manque de spécialistes et de rattraper ainsi un retard en matière de formation continue de personnel de centres de santé secondaires. En dehors de maladies chroniques telles que la santé mentale, dans le cas de crise sanitaire soudaine, un système de e-santé permet une diffusion rapide du protocole vers les centres de santé, une remontée tout aussi rapide des données sanitaires vers le ministère, de nature à optimiser la gestion de la crise et ainsi à sauver des vies. Enfin, j'invite l'Organisation Internationale de la Francophonie, les industriels du médicament à venir visiter les Comores et à aider mon pays à modéliser et à moderniser les centres de santé secondaires sur l'ensemble du territoire. ▶▶



De gauche à droite: Denis Broun (PPD), SE Éloi Laourou (Bénin) et René Cazetien (Président du Comité Afrique du Leem).

table ronde e-santé



TUNISIE

MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE SANTÉ NUMÉRIQUE

Saïd Aïdi
Ministre de la Santé **TUNISIE**



Je tiens à remercier le Leem de nous donner cette excellente opportunité pour échanger et partager notre expérience sur un sujet que nous considérons comme particulièrement important dans la Tunisie d'après 2011.

Les nouvelles technologies de communication sont perçues en Tunisie, et particulièrement au ministère de la Santé, comme un moyen pour lutter contre les inégalités en santé, contre les inégalités territoriales, contre les inégalités sociales, qui ont été une des causes de la révolution tunisienne et nous interpellent à prendre des mesures pour apporter des réponses à notre jeunesse de manière assez rapide, tout en sachant que les politiques de santé doivent s'inscrire dans une logique de moyen terme et de long terme pour donner des résultats. **Nous percevons tout ce qui est e-santé et m-santé comme un vecteur essentiel pour toucher la jeunesse. Je rappelle que le vecteur essentiel de la révolution tunisienne a été les moyens de communication : cela a été une "m-révolution" – les jeunes ont pris un peu d'avance sur nous.**

**LES TECHNOLOGIES
SONT PERÇUES
EN TUNISIE COMME
UN MOYEN DE
LUTTER CONTRE
LES INÉGALITÉS
TERRITORIALES ET
SOCIALES, CAUSES
DE LA RÉVOLUTION**

Les choix et les opportunités que le numérique offre en santé constituent un moyen de mobiliser au service non seulement des professionnels, mais également de la population, des professionnels de santé exerçant dans des zones reculées en leur offrant **un outil d'aide, d'encadrement, de formation, qui peut assurer les meilleurs services possibles au profit des**

populations de ces régions où nous notons un manque en médecine ciblée.

Dans un contexte économique difficile, que connaissent d'autres pays similaires, ces nouvelles technologies permettront de réaliser des gains d'efficacité par rapport à nos politiques de santé, mais également d'offrir plus à moins cher. C'est pour nous réellement être en phase avec une mutation démographique et sociologique et en même temps, apporter de meilleurs services de santé à nos concitoyens. La modernisation de notre offre de soins est non seulement un choix stratégique, mais une obligation pour assurer la continuité de l'acte de soin sur tout le territoire. L'accessibilité aux médicaments est une urgence stratégique. Depuis l'Indépendance, la conception du système de santé a été adaptée à la particularité de la Tunisie. Nous devons désormais tenir compte des mutations que la Tunisie et le monde connaissent et nous rapprocher des citoyens. La mutation démographique se traduit par l'émergence ou la croissance des maladies non transmissibles, mais également par des mutations sociologiques qui font que la relation des citoyens à la santé a évolué. Le politique doit impérativement en tenir compte. **Mes collègues au gouvernement et moi-même fondons beaucoup d'espoir sur l'offre de e-santé et de m-santé, pour laquelle nous nourrissons une ambition très forte.** Le médicament étant le principal facteur d'amélioration de l'état de santé, facilement quantifiable et monétisable, celui-ci s'est vu confier la charge de supporter l'essentiel des coûts de santé sans qu'il y ait, jusqu'à ces dernières années, une véritable évaluation de la satisfaction des citoyens par rapport à cet outil. Nous mettons aujourd'hui en place de nouvelles stratégies de dispensation des soins avec des programmes d'accessibilité aux médicaments,

notamment aux plus démunis touchés par des maladies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension artérielle. Le ministère de la Santé lui a donné la priorité dans le programme des Cent jours, dès la prise de fonction du gouvernement. Au niveau des groupements de centres de soins de base, nous avons organisé la e-pharmacie, afin de fournir à ces malades chroniques les médicaments appropriés. Autre initiative prise pendant les Cent jours qui s'inscrit dans la durée, le calcul des coûts économiques de la santé destiné à assurer, en se projetant vers le futur, une bonne maîtrise de la distribution des médicaments, à bon escient, ce qui permet d'éviter des pathologies plus lourdes. **Ce qui peut être vu comme un surcoût sur un exercice budgétaire est en fait un gain pour le pays sur la durée.** La conjonction entre le très court terme – satisfaire nos concitoyens –, et les moyen et long termes, se rejoignent. Les décisions prises sur le court terme, quand elles sont inscrites dans une stratégie de moyen et long terme, prennent toute leur importance et toute leur efficacité. Il s'agit d'assurer la dispensation des médicaments du diabète et de l'hypertension à tous les patients et de la suivre au niveau des centres de soin pour s'assurer qu'ils sont bien traités. Le ministère de la Santé n'a pas uniquement une mission de soin, mais également une mission essentielle de prévention, fondement de notre politique de santé. **À ce titre, nous avons lancé la première initiative du sevrage tabagique en Afrique et autour du bassin méditerranéen, qui a débouché sur un plan d'action et devrait donner des résultats d'ici fin 2015.** Elle sera immédiatement suivie par d'autres initiatives en m-diabète, m-hypertension ou m-allaitement maternel – dont nous constatons la diminution dans certaines régions, alors que c'est un facteur clé de la santé future des nouveau-nés. Toutes ces démarches sont intégrées dans une feuille de route. Aussi, je tiens à remercier nos partenaires (notre atelier s'est tenu en collaboration avec l'OMS, l'UIT et des partenaires de la téléphonie présents en Tunisie) et à continuer dans cette démarche de m-santé qui amène un service attendu par nos concitoyens dans la mutation sociologique que nous connaissons dans ce pays et dans le monde. Je suis convaincu que tous mes collègues présents ressentent fortement comme moi la nécessité d'une solidarité agissante en vue d'ouvrir de nouvelles perspectives de développement rapide de nos systèmes sanitaires. **J'appelle et j'espère une forte collaboration entre les pays d'Afrique francophones pour un partage, une mutualisation d'expériences afin de ne pas oublier ce pour quoi nous sommes mandatés : servir la santé de nos concitoyens et faire que le monde de demain soit meilleur que le monde d'aujourd'hui. »**

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

On a senti ici beaucoup de passion et d'ambition par rapport à la e-santé. Il va bien entendu falloir mettre en place un cadre réglementaire, législatif qui garantisse toutes les questions éthiques, essentielles en médecine avec la protection des personnes, mais la e-santé présente une formidable opportunité, avant tout pour le suivi des patients et pour un service totalement interactif et continu. Les maladies chroniques sont en progression constante dans nos pays et c'est bon signe, c'est l'espérance de vie qui augmente : la santé doit s'adapter à l'évolution sociologique des populations, selon les régions, les cultures. Je suis très optimiste quant à la pertinence de la e-santé et de la m-santé et à la fois très conscient des enjeux sociaux et économiques. L'intérêt évident de l'ensemble des acteurs de la santé et de la société civile, a été visible dans le cadre de notre

UNFM

FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Professeur Jean-Didier VINCENT

Président, Fondateur de l'Université Numérique Francophone Mondiale UNFM



Ce n'est pas sans émotion que je vous parle aujourd'hui de l'UNFM, car celle-ci m'a permis de connaître de l'intérieur l'Afrique, sa générosité, sa jeunesse et la richesse de son imaginaire.

Je tiens à remercier Pierre Savart, Directeur des opérations internationales du Leem, dont l'enthousiasme constructif a permis cette réunion des pays de la Francophonie, une dimension dont on reconnaît, après l'avoir décrit, l'impérieuse présence. Permettez-moi, enfin, un hommage à notre « smart présidente », Line Kleinebreil. En 2003, l'UNFM est née de la partition d'une université numérique anglophone qui concernait uniquement les pays de l'Est de l'Afrique. Deux structures ont été visionnaires en 2003, d'une part par les Hôpitaux de Genève, qui ont créé le Réseau en Afrique francophone pour la Télémédecine (RAFT) et d'autre part, à Paris, la Fondation pour l'Innovation Politique présidée par Jérôme Monod qui, pour que la France vienne en appui aux politiques publiques des pays francophones, a créé l'Université Numérique Francophone Mondiale (UNFM). **Former en Afrique via Internet en 2003 était un pari audacieux. Aujourd'hui, avec douze ans de recul, on peut dire que les choix qui ont été faits ont été judicieux et restent d'actualité :**

- des **logiciels gratuits** pour une diffusion en très bas débit qui permet un accès à la connaissance en dehors des grandes villes et surtout à un coût acceptable de connexion à Internet
- une **aide financière initiale** aux hôpitaux adhérents au programme de formation continue pour l'achat des équipements de base (ordinateur, webcam, vidéoprojecteur) pour suivre les formations mais aussi les créer eux-mêmes, ceci grâce à des financements mixtes publics et privés
- une **pédagogie particulière** puisque les formations sont suivies collectivement sur le lieu de travail, une fois par semaine, avec un animateur local, et ouvertes aussi bien au personnel de la structure de l'hôpital qu'aux professionnels du secteur privé et des structures périphériques (centres de santé)
- un **réseau solidaire** : aujourd'hui, chaque jeudi matin, une cinquantaine d'hôpitaux de pays africains francophones en moyenne sont connectés simultanément (soit entre 1500 et 2500 auditeurs selon les semaines) et interagissent entre eux et avec l'orateur
- **les cours restent en ligne** et peuvent à tout moment être revus gratuitement

• c'est, il faut le souligner, un **réseau essentiellement Sud-Sud**, puisqu'il y a eu un transfert de compétence et que la plupart des orateurs enseignent ainsi depuis leur pays et produisent donc des enseignements adaptés au contexte local.

Cinquante hôpitaux, c'est à la fois beaucoup et très peu par rapport aux besoins.

Ce système de formation existe. Il a fait ses preuves

de simplicité de mise en place, de flexibilité (un module Ebola, accessible partout, a été créé en quelques semaines). C'est un système dont le coût est de quelques euros par personne formée. Ceux qui le veulent peuvent, en option, s'inscrire pour des évaluations et valider des crédits de Smart Formation dans le cadre de conventions entre l'UNFM et l'Université Senghor de la Francophonie. Pourquoi « Smart » ? Beaucoup de professionnels ont des tablettes ou des smartphones. Là encore, le choix d'un bas débit est essentiel pour un accès ni trop lent, ni trop cher, pour avoir sa formation, les protocoles à appliquer, dans sa poche de blouse.

L'UNFM s'est enrichie de nouveaux partenaires, notamment l'ALIAM, l'Alliance Francophone contre le Cancer, représentée par Marc Keller, médecin franco-tunisien qui a maintenant intégré le bureau de l'UNFM. Il organise en 2016 à Paris un Congrès Mondial sur le Cancer dont le moindre mérite n'est pas d'être francophone – faisant revenir dans la francophonie la cancérologie et partageant en les enrichissant les ambitions de l'UNFM. En conclusion, la technologie avance. Dès demain, pour relever les défis de santé, chaque pays qui souhaite encourager la formation continue, sans investissement technologique important, peut disposer des outils UNFM/RAFT et profiter de l'information diffusée sur nos sites www.unfm.org.

CHAQUE JEUDI
MATIN, 50 HÔPITAUX
AFRICAINS SONT
CONNECTÉS :
JUSQU'À
2500 AUDITEURS
INTERAGISSENT
ENTRE EUX
ET AVEC L'ORATEUR

table ronde e-santé

atelier de sevrage du tabac comme du dialogue sociétal mené l'an dernier où, au-delà de l'audit du système, nous avons laissé s'exprimer les citoyens sur leurs aspirations. Prévention et soin sont essentiels, mais améliorer le bien-être l'est tout autant, avec un suivi des plus rigoureux, des plus réguliers et des moins contraignants possible – et c'est là tout l'apport de la m-santé. On sent vraiment un intérêt de toute la société, et des patients et de leurs proches qui aimeraient que leur quotidien soit facilité – et plus gai. La démarche est la même dans notre programme contre toutes les addictions. La loi ne suffit pas, il faut apporter de la prévention, de la formation, du soutien (médical ou mental), sensibiliser les jeunes pour qu'ils ne basculent pas dans le tabagisme ou libérer un fumeur de son addiction. Nous mesurerons les bénéfices sur les générations suivantes, mais il faut agir aujourd'hui. ▶▶ Saïd Aïdi

QUESTIONS-RÉPONSES e-SANTÉ PAGE 16



L'équipe de direction de l'Université Numérique Francophone Mondiale autour de son Président Jean-Didier Vincent et de sa Vice-Présidente Line Kleinebreil (deuxième à partir de la gauche).



Professeur Awa Marie COLL SECK
Ministre de la Santé **SÉNÉGAL**

SENEGAL

PRÉVENTION DU DIABÈTE ET ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT DIABÉTIQUE



Je voudrais remercier les organisateurs et également me réjouir de rencontrer mes collègues avec lesquels nous partageons cette réunion annuelle, qui est un événement important pour nous, francophones. Des plateformes où l'on peut parler français et parler de santé, il n'y en a pas beaucoup. C'est pour cela que nous sommes tous

là, merci ! Pour nous, la promotion de l'équité en santé est la promotion de tout ce qui est télécommunications, numérique, mobile, car c'est un raccourci. Nous adhérons à toutes les initiatives qui nous permettent d'utiliser les nouvelles technologies. Il y en a beaucoup, dans divers domaines. Au Sénégal, nous avons les télémédecines ainsi que l'utilisation des téléphones mobiles pour plein de choses, dont la surveillance épidémiologique, ce qui nous donne beaucoup de satisfaction. Mais ces expériences sont souvent limitées géographiquement. **Il faudrait qu'ici nous puissions nous engager, ensemble, avec le soutien de tous les partenaires, à aller à échelle.** De telles expériences, limitées à un village ou une région, ne régleront pas nos problèmes. Je vais partager avec vous une expérience que nous avons

eue en m-santé avec le diabète, maladie non transmissible de plus en plus fréquente dans nos pays en développement. Un double fardeau en ce qui concerne la santé au niveau de l'Afrique. On peut dire que, partout, on a accès à un téléphone mobile : c'est la possibilité pour nos pays de faire passer les messages, de faire des formations, etc. 85 % des Sénégalais ont des mobiles et de plus en plus utilisent des smartphones ou des tablettes. **Nous avons adhéré à l'Initiative Be He@lthy, Be Mobile et entrepris une expérience m-diabète avec l'OMS, l'UIT et Alcatel, afin de toucher trois types de populations.** D'abord, la population générale, en matière d'information sur le diabète, mais également de mesures de prévention, surtout lorsque nous sommes face à des populations ciblées, d'associations de personnes présentant des facteurs de risque, c'est notre objectif. Nous pensons qu'il est important que ces messages puissent leur arriver, mais aussi qu'il y ait une interaction. Nous sommes à la phase première, où cela ne va que de l'équipe qui gère le projet vers les populations. Mais nous sommes en train d'aller dès ce mois de mai vers la deuxième phase, interactive, où les gens vont réagir à ces messages ou même poser d'autres types de questions. Cela va créer quelque chose de beaucoup plus intéressant. Mais il y a également les malades eux-mêmes : **avec les associations de patients, nous avons créé un fichier, avec toutes les autorisations nécessaires sur les données personnelles.** C'est un grand problème. On vous dit souvent :

**VU LE SUCCÈS
DE M-DIABÈTE,
NOUS AVONS LANCÉ
UNE EXPÉRIENCE
TRÈS SPÉCIFIQUE,
M-RAMADAN,
AVEC LES CONSEILS
À SUIVRE POUR
POUVOIR JEÛNER**

« Ce ne sera pas possible », donc il a fallu négocier – et maintenant cela se fait sans problème, il fallait juste poser la question. Au niveau des malades, les messages sont différents, beaucoup plus précis sur leurs cas (diabète de type 2, en surpoids, insulinodépendant ?). **Autre cible, les personnels de santé : là, c'est pratiquement de la formation:** tout le monde n'a pas la formation nécessaire

en matière de diabète. Des messages et des informations permettent à ces personnels d'être à l'aise et de prendre en charge de façon plus adéquate les malades dont ils ont la charge. **Mais nous avons pensé que, pour cela, il ne fallait pas en faire le problème du seul ministère de la Santé. C'est ainsi que nous avons noué un partenariat avec le secteur privé, notamment celui de la télécommunication.** Nous sommes en train de voir comment mutualiser tous les efforts et tout le potentiel existant au niveau du Sénégal. Des associations de diabétiques sont très impliquées dans ce projet et je pense que cela va nous aider à avoir une pérennité. Nous avons eu l'an dernier une expérience spécifique que nous avons appelée: m-ramadan.

Environ 95 % de la population du Sénégal est musulmane et souhaite jeûner. Par ce biais, nous avons donné des conseils à suivre avant le jeûne. Certaines personnes ne devraient pas jeûner, d'autres le peuvent sous certaines conditions. Cette expérience est en train d'être évaluée, car nous souhaitons la poursuivre cette année. L'évaluation globale du projet m-diabète se fera bien sûr à l'issue des quatre ans, mais chaque année nous ferons le point pour voir comment aller de l'avant. Je remercie tous les partenaires avec lesquels nous menons cette initiative nationale, qui nous a permis d'avancer dans le cadre de la prise en charge du diabète au Sénégal. **Nous avons des retours très positifs des populations, des travailleurs et des associations de malades, mais aussi des autorités locales décentralisées. Cela montre que tout le monde s'implique dans cette initiative commencée en 2014. ▶▶**

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

C'était une après-midi très intéressante. Nous avons pris le temps de discuter de problèmes importants pour l'Afrique. Beaucoup d'expériences ont été partagées et je sors réellement enrichie de ces Rencontres. ▶▶



De gauche à droite: Caroline Atlani (Sanofi), Lionel Laplace (Innotech), Meriam Mnasri et Jacques-Mathias Sezono (Pierre Fabre), Jean-Élie Malkin (Global Alliance for Health), Catherine Fiankan-Bokonga (animatrice des Rencontres 2015), Delphine Caroff et Michel Katz (Leem).

GUINÉE

PRÉVENTION DU RISQUE
DANS LA LUTTE
DU VIRUS EBOLA

Rémy LAMAH
Ministre de la Santé GUINÉE



C'est pour moi un grand honneur de prendre la parole auprès de cette auguste assemblée afin de faire part de notre petite expérience dans l'utilisation de la téléphonie mobile pour la cessation de l'épidémie du virus Ebola. Vous le savez, il y a plus d'un an que notre pays a déclaré officiellement l'épidémie de ce virus. Grâce à la mobilisation sans précédent du pays et de la communauté internationale, les interventions en cours sur le terrain produisent des résultats fort encourageants en vue de la maîtrise totale de cette épidémie. **À la date du 15 mai 2015, nous recensons 3 622 cas faisant 2 405 décès, soit un taux de létalité de 54%. Le personnel de santé a payé un lourd tribut depuis le début de cette épidémie : 210 agents de santé ont été infectés et 109 sont décédées.**

Dans le cadre de la gestion de cette maladie, et pour une meilleure diffusion de l'information aux populations, nous avons eu à recourir à plusieurs technologies de l'information, dont la téléphonie mobile. Nous avons utilisé deux numéros verts. **Le premier numéro gratuit, le 115, a été mis à disposition de la population pour la détection précoce des cas suspects, le suivi des contacts. Vingt agents se relayaient pour assurer la permanence: près de 2 000 appels par jour ont été dénombrés.** L'autre numéro gratuit, le 111, servait à donner des informations et des conseils à la population sur la maladie, qui s'en servait effectivement afin d'obtenir des précisions sur des symptômes mais aussi sur l'utilisation des kits distribués (chlore, savon). La grande majorité de la population guinéenne est quasiment analphabète et certains, par la désinformation, croyaient que le virus était contenu dans le chlore. Il était donc essentiel de les informer de façon régulière et leur expliquer comment l'utiliser. Le téléphone était utilisé par une personne formée à cet effet dans un centre d'appels géré par une ONG. L'opérateur téléphonique, Orange, constituait la base des opérations grâce sa fiabilité – je le félicite au passage. Par ailleurs, nous avons mis en place une flotte téléphonique mobile. **Les acteurs de la lutte à tous les niveaux ont reçu près de 2 000 téléphones mobiles : des agents communautaires, des membres de comité villageois de veille mis en place dans tous les districts afin d'enregistrer régulièrement les cas suspects, les pertes ou les déplacements de contacts.** Les mobiles ont été distribués à ces agents locaux. Nous avons par conséquent été en mesure d'identifier de façon précoce, par le suivi régulier des contacts, la localisation des foyers de contamination, l'organisation des enterrements dans des délais raisonnables, car ces agents sillonnaient les villages afin d'obtenir toutes les informations sur les décès communautaires. En effet, quelle que soit la cause du décès, il était impératif d'informer les agents de santé afin de procéder à un enterrement sécurisé et digne. De plus, la prise en charge des cas s'en est trouvée facilitée. Autre application de la téléphonie mobile pour d'autres maladies avec un projet qui, via une flotte de 277 téléphones mis à la disposition des agents communautaires, a permis de faciliter la communication entre les acteurs des centres de santé, le référencement des cas, la gestion des stocks, la consultation à distance, la connaissance des activités et la transmission des données.

Un autre programme concerne le suivi du personnel de santé formé, dont le but était d'améliorer l'acquisition

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

J'apprécie hautement la tenue de cet événement à l'initiative du Leem. Cette Rencontre de haut niveau a permis aux ministres de la santé d'Afrique francophone d'échanger sur des sujets d'actualité comme l'expérience guinéenne en matière de mesures prises contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola ou l'expérience du Sénégal en e-santé pour lutter contre le cancer... Nous avons été très satisfaits de l'organisation, de la qualité des échanges. Il ressort de ces Rencontres qu'au futur nous regardions de façon transversale l'utilisation de la téléphonie mobile dans le cadre de la santé. Il a été prouvé que c'est un outil fondamental dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement pour les populations qui se trouvent dans des zones éloignées qui n'ont pas accès à des structures de santé : à travers ces outils, nous pouvons les atteindre et donner des informations en temps réel dans le cadre de la surveillance épidémiologique et de l'information sanitaire. Tout ceci a été démontré aujourd'hui. Cette Rencontre a été très fructueuse et nous sollicitons auprès du Leem le fait que ces réunions se tiennent de façon régulière, afin que tous ces pays francophones aient une vision globale par rapport à la e-santé et que nous soyons toujours au rendez-vous par rapport à ces défis d'information sanitaire. ▶▶

de connaissances après la formation, en utilisant la téléphonie mobile. Ce programme emploie actuellement 30 personnes en soins néonataux d'urgence et plus de 2 500 prestataires en prévention des infections. **Nous avons également utilisé Internet. Toutes les coordinations, tous les comités préfectoraux de crise ont ainsi été équipés en kits de connexion, ce qui a permis de partager à temps l'information et d'observer la situation, par préfecture et par district, avec tous les partenaires.** Ces informations étaient ensuite partagées au niveau national et international, avec l'évolution de l'épidémie en temps réel pays par pays. Nous étions de même en mesure d'éditer les bulletins en temps réel pour partager les informations. **Dans le but de fournir des informations de qualité à la population, des radios communautaires ont été installées dans plusieurs agglomérations :** ces radios émettent en langue locale, avec des animateurs choisis sur place. Leurs émissions ont permis d'informer largement la population afin de lutter contre les rumeurs et les fausses nouvelles: au début, la population avait peur de fréquenter les centres de santé sous peine d'être stigmatisée. En outre, les habitants pouvaient enfin procéder à des enterrements sécurisés et dignes, en étant désormais informés. Nous avons rencontré aussi des difficultés dans la fourniture d'électricité pour recharger les batteries des téléphones (nous avons dû avoir recours à des batteries solaires pour continuer à échanger à temps) et des incidents de couverture en réseau chez certains opérateurs. **Nous sommes encore dans le processus, mais force est de reconnaître qu'aujourd'hui l'épidémie est sous contrôle. ▶▶**

LA GRANDE
MAJORITÉ
DE LA POPULATION
EST ANALPHABÈTE
ET CERTAINS
CROYAIENT QUE
LE VIRUS EBOLA
ÉTAIT CONTENU
DANS LE CHLORE...



ALCATEL

INTÉRÊT DES PARTENARIATS ENTRE LE SECTEUR SANTÉ ET LE SECTEUR DES TIC

Florence GAUDRY-PERKINS

Directeur des Affaires internationales et gouvernementales **ALCATEL-LUCENT**



Je tiens à remercier les organisateurs de m'avoir invitée, je suis très honorée d'être parmi vous et très heureuse d'être à vos côtés. Ce projet de m-diabète, Marie Awa Coll Seck, a un caractère tout à fait exceptionnel. J'ajoute que le leadership d'un gouvernement pour ces projets multi partenariaux vise à essayer de dépasser ces phénomènes de pilotes et de verticalité. Ce passage à l'échelle, vous avez la base pour le faire au Sénégal. Je vous félicite, car très peu de gouvernements l'ont fait jusqu'à maintenant. Nous revenons d'une semaine au Mexique, Sanofi y était ainsi que plusieurs partenaires : nous y avons utilisé l'exemple sénégalais pour leur donner envie de démarrer un projet national sur le diabète. Je me concentrerai spécifiquement sur la m-santé. **Quelques chiffres, très rapidement, pour souligner l'importance de ce "m". On a dépassé les 7 milliards de connexions mobiles dans le monde, soit plus que la population mondiale.** Jamais dans l'histoire de l'humanité nous n'avons eu une technologie de l'information qui a pénétré les populations comme celle-ci. En Afrique, on s'attend à une pénétration d'ici à la fin de l'année de 85 % des mobiles (alors qu'il n'y a que 7 % de connexions fixes en Afrique et moins de 1 % en Afrique Subsaharienne). Le mobile est devenu l'ordinateur, d'autant que les smartphones sont en pleine explosion. En 2013, nous avons noté des pénétrations de smartphones au Nigéria de 41 % et une croissance de 44 % par an. Les smartphones sont désormais à des prix avoisinant 30 \$. Il n'est donc pas du tout futuriste de nous imaginer que tout le monde aura dans peu de temps un ordinateur extrêmement puissant dans sa poche. Les smartphones ont une signification pour la m-santé également. En effet, cet ordinateur très puissant, connecté avec les bons appareils, peut faire des analyses de sang, par exemple. De plus en plus, les gens se connectent à Internet via leur mobile : 76 % au Nigéria, 61 % en Afrique du Sud et 72 % en Inde – et cela augmente partout dans le monde.

PWC a beaucoup travaillé sur la m-santé avec des analyses économiques sur son impact. Selon un rapport publié en 2013, en cinq ans, la m-santé pourrait sauver 1 million de vies en Afrique Subsaharienne. **Un autre rapport, avec les pays de l'OCDE comme base, prévoyait qu'elle pourrait engendrer 400 milliards d'euros d'économies.** En 2013, la GSMA a fait un recensement démontrant que 90 % du personnel de santé considèrerait la santé mobile comme étant un outil d'efficacité. Les patients étaient également d'accord pour 75 % d'entre eux. Aux États-Unis, 70 % de la population utilise déjà une application santé et 70 % estimaient que l'utilisation du smartphone pour la santé était plus importante que pour les réseaux sociaux, le shopping ou la musique. En 2014, 100 000 applications santé étaient recensées dont 40 000 davantage sur le domaine médical.

La GSMA a mené des études en juin 2013 et a recensé environ 1 000 projets santé mobile dans le monde ; le chiffre de l'Afrique est le plus élevé de tous : 363 projets contre 117 en Europe et 191 aux États-Unis. Selon une étude

de PWC en 2012, l'Afrique du Sud, l'Inde et le Brésil sont les trois pays en tête pour la m-santé. **Trois patients sur cinq l'utilisent dans les pays émergents (et 61% connaissent le terme) contre seulement un sur trois dans nos pays industrialisés.**

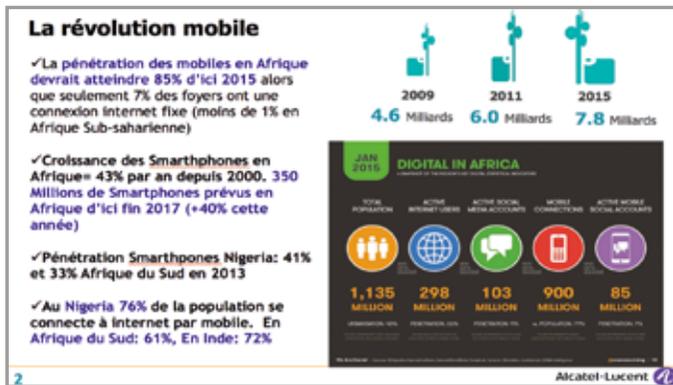
Je tiens à citer en exemple un projet lancé, en 2009, par la Fondation Praekelt en Afrique du Sud pour illustrer la puissance d'un simple SMS. Ayant rencontré des difficultés à négocier avec les opérateurs, ils avaient utilisé le système Call me. Lorsqu'une carte prépayée n'a plus d'unités, les opérateurs laissent envoyer un message gratuit pour que l'on puisse vous rappeler. Gustav Praekelt, président de cette fondation, a suggéré d'utiliser ces millions de messages gratuits à des fins utiles. Une campagne très simple : « Vous pensez avoir le sida, mais vous n'osez pas en parler, veuillez appeler ce numéro vert » a généré, la première année, 1,5 million d'appels ! Toutes les lignes ont été saturées, victimes de ce succès.

Deux autres exemples, VillageReach au Mozambique, et SMS for life: au vu de simples systèmes de reporting SMS, de gros problèmes d'approvisionnement ou de stock dans les zones rurales ont pu être résolus. **Sur 250 centres de santé, les problèmes de stock de vaccins ont été réduits de 80 % à 1 %.** En Tanzanie, le projet portait sur un médicament contre la malaria : le temps d'approvisionnement a été réduit de trois mois à quelques jours.

Changamka au Kenya, est un système d'assurance santé mobile. Je suis très enthousiaste sur ce concept, quand on sait que les systèmes de paiement de banque mobile sont très utilisés en Afrique: 85 % de la population au Kenya utilise son mobile comme un compte bancaire ou un moyen de paiement – et cela devient courant au Sénégal. Au fur et à mesure, il est possible d'ajouter des unités pour le système d'assurance santé. 82 % de la population au Kenya n'est pas couverte par un système d'assurance santé. Le Nigéria a lancé le mois dernier un système d'assurance santé mobile avec les trois opérateurs du pays. Dernier exemple de systèmes de SMS et de voies interactives, où des cours sont délivrés au personnel de santé communautaire dans un des états les plus pauvres de l'Inde, le Bihar: 72 000 agents communautaires ont déjà été touchés dont 42 000 ont reçu un certificat.

L'innovation africaine ne vient pas que des SMS. Une équipe d'entrepreneurs de l'Ouganda a créé un équipement mobile, le "matiscope", par lequel vous insérez votre doigt connecté au smartphone. Une technologie de la lumière analyse les globules rouges et la malaria est détectée sur-le-champ avant même que les symptômes n'apparaissent (prix Microsoft 2014). Les problématiques de verticalité ont été relevées. Il existe effectivement de nombreuses barrières. La première est la complexité de l'écosystème. **Chacun détient un morceau du puzzle de la m-santé, c'est extrêmement fragmenté ; il n'existe pas véritablement de leader, tout le monde doit participer, ce qui n'est pas toujours facile.** Nous manquons encore de preuves cliniques, essentielles pour arriver à convaincre

SELON UN
RAPPORT PUBLIÉ
EN 2013,
LA M-SANTÉ
POURRAIT SAUVER
UN MILLION
DE VIES
EN AFRIQUE
SUBSAHARIENNE



Uganda Matatibu- une innovation de jeunes entrepreneurs en Afrique- Système et application mobile pour diagnostique

WINNERS OF MICROSOFT IMAGINE CUP

L'application Matatibu permet de détecter la malaria sans prélever de sang et avant même l'apparition des symptômes.

L'utilisateur insère son doigt dans un appareil, le «matscope», relié au smartphone, qui permet l'examen des globules rouges. Grâce à la différence de structure entre les globules infectés et les globules sains, l'application peut détecter la malaria sans prélever de sang.

>L'application devrait arriver sur le marché d'ici deux ans

Josiah Karumu, Simon Lubambo, Brian Gitza and Joshua Bulo: make up CODE B.

<http://www.slatsafrica.com/34858/matitibu-EN2N80N9classification-mobile-sol-diaagnostic-je-malaria>

Alcatel-Lucent

de la valeur de la m-santé. La prise de conscience de l'écosystème est encore très peu élevée (10% de mes interlocuteurs européens savent ce que c'est !) – elle l'est bien plus en Afrique. Il y a un grand travail d'éducation et de prise de conscience à mener. D'autre part, l'interopérabilité demeure un gros problème – les gouvernements sont d'ailleurs très importants pour la solutionner – ainsi que la sécurisation des données. Et puis il y a la résistance des systèmes de santé à la technologie, dans certains pays plus que d'autres, ce qui constitue un frein.

Nous croyons beaucoup à ce partenariat multipartite dont le Sénégal est un exemple, ayant réussi une coopération extrêmement forte entre le secteur santé et le secteur des TIC. Il est primordial de se rendre compte de la transversalité des partenaires. Cela fait partie de l'initiative Be He@lthy, Be Mobile de l'OMS et de l'UIT qu'il convient de féliciter, cette initiative exceptionnelle montrant l'exemple de ce travail transversal qui doit absolument exister. Au Sénégal, tout aussi exceptionnel est le partenariat que vous avez réussi à établir entre les ministères, ce qui est très difficile, mais peut résoudre les problèmes de verticalité. Les ministères concernés réfléchissent à comment homogénéiser et rendre interopérables les systèmes, afin que ces projets soient utilisés pour d'autres maladies par la suite. Une vision holistique, qui permet de penser large pour le futur, même en partant d'une maladie spécifique.

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

J'ai été très impressionnée par l'événement en tant que tel, le niveau d'attention, le fait que les ministres participent de manière aussi active après les interventions en tribune. De ce que j'entends, cela ne fait que confirmer, même si l'on n'est jamais complètement dans la certitude que, même si l'Afrique est encore largement en avance sur le reste du monde d'une certaine manière, on a encore à peine gratté la surface. Dans beaucoup de ce que l'on a entendu, on n'est pas encore dans des approches nationales, où l'on a réfléchi aux systèmes qu'il faut derrière, les partenariats ne fonctionnent pas encore de manière transverse comme ils le devraient, il y a encore un énorme travail d'éducation – il faut que l'on apprenne les uns des autres, l'idée de la conférence qui a été suggérée me paraît très bonne. Je dirais même qu'il faudrait rassembler des acteurs africains, mais également des experts globaux qui apprendraient des Africains – et vice versa. Il y a des choses qui se font dans les pays industrialisés, et pas encore là, c'est une innovation qui va aller dans les deux sens. Un énorme enrichissement peut se faire par ce biais-là. Ainsi les États-Unis ont-ils maintenant une régulation pour la m-santé : ce n'est pas la peine de réinventer la roue et de prendre trois ans pour refaire cela pour chaque pays ! Quand on sait que des assureurs américains commencent à rembourser des applications santé complexes, comme pour le diabète, à hauteur de 50 ou 100\$, ce n'est qu'un début, mais cela peut rassurer les assureurs santé en Afrique. Et cela va dans le bon sens, parce qu'il faut que l'on en arrive là, cela fait partie des modèles économiques. La pérennité financière, c'est le nerf de la guerre pour passer à l'échelle ! Dans les partenariats qui se montent, il faut aborder cette question dès les premiers mois, avec des groupes de travail sur le sujet. Même dans le projet OMS-UIT, on dit que l'on va trouver des financements pendant quatre ans mais, et après ? Si l'on n'a pas travaillé la question d'entrée, on va se trouver au bout des quatre ans avec un joli "pilote", juste peut-être un plus gros que les autres. Je crois beaucoup à ces partenariats multipartites : on est sur un modèle où il y a de l'intelligence collective, où chacun apporte son expertise, complémentaire de l'autre, avec la notion de l'investissement partagé et du risque partagé. Comme personne n'ose investir, là, au moins, quand on y va ensemble, chacun met la main à la pâte, on expérimente pendant trois ou quatre jours, on trouve le modèle économique et les bonnes solutions. C'est de cette façon que l'on dépassera cette barrière-là. Des modèles économiques, on pourra toujours en trouver, cela existe déjà, mais toujours en vertical. La question est : comment faire pour qu'interopérabilité et régulation soient prises en compte pour faire bouger les lignes ? ▶▶

Les autres partenaires de m-diabète sont représentés : le secteur pharmaceutique, le secteur santé, le secteur des technologies – les trois opérateurs du pays nous ont rejoint. Soulignons le rôle moteur de l'UNFM dans ce projet au même titre, au niveau local, que l'Association des Patients Diabétiques. Ce projet est un exemple parfait de ce qui doit être fait pour dépasser le phénomène de pilote. Par ailleurs, j'insiste à nouveau sur l'importance du partenariat entre l'OMS et l'UIT et l'aspect multi partenarial, secteur privé, organisations internationales, gouvernements... c'est vraiment la solution pour le passage à l'échelle. ▶▶



**Dr Raymonde
GOUDOU COFFIE**
Ministre de la Santé
CÔTE D'IVOIRE

J'ai particulièrement apprécié les deux tables rondes, d'abord en termes d'information. Comme le disait le Pr Awa Marie Coll Seck, cela nous permet de nous mettre à niveau et de voir un peu ce qui se passe ailleurs, dans d'autres pays. La Côte d'Ivoire rejoint en quelque sorte le Sénégal, hormis le fait que nous ne sommes pas passés par cette initiative. L'idée est la même, le processus également, sans que nous ayons été informés qu'un cadre logique

existait – nous ne l'appelons pas m-santé mais e-santé, y incluant e-pharmacie. Ce n'est qu'une question de terminologie. **À partir de l'EDS santé de 2012, nous nous sommes rendus compte que nous avons un fort taux de mortalité maternelle et infantile.** La Côte d'Ivoire est passée par des périodes très difficiles et malheureusement, les premières cibles sont les femmes et les enfants. Ce fort taux nous a interpellés. Avec les trois opérateurs présents dans notre pays, nous avons essayé de voir de quelle manière passer des informations auprès des femmes enceintes pour qu'elles respectent au minimum les quatre consultations prénatales obligatoires – aujourd'hui, dans le plus petit de nos hameaux, tout le monde a son portable. Malgré le fort taux d'analphabétisme, toute femme, grâce à un signal précis, peut se dire : « Ah, la sage-femme m'a dit qu'à ce moment je dois me rendre à la consultation ». On a étudié des stratagèmes et utilisé le même procédé pour le rappel des vaccinations pour adultes et enfants. Cela a très bien marché. **Nous avons nos statistiques, mais nous attendons bien sûr celles de l'OMS pour voir si cela a contribué à faire chuter ce taux de mortalité. Nous avons beaucoup travaillé avec tous les opérateurs.** L'un d'entre eux s'est démarqué pour nous appuyer en e-pharmacie, afin de donner des informations précises (services de garde, suivi des stocks dans chaque officine...). Nous avons commencé, dans le cadre de la lutte contre le cancer, à passer des informations par voie numérique : comment se palper, si d'aventure on sent une boule, se rendre directement chez le médecin... Et cela marche vraiment très bien. C'est intéressant, nous allons peut-être rejoindre ce cadre de m-cancer, alors que nous nous sommes lancés de façon particulière. **Je voudrais féliciter les uns et les autres pour les petites spécificités qui fonctionnent, mais ce serait mieux de tout partager pour étendre ces expériences dans chaque pays.** Dans le cadre d'Ebola, nous avons eu les mêmes réflexes en termes de sensibilisation. Deux pays frontaliers ont malheureusement la maladie : le Libéria et la Guinée. Il semblerait que le Libéria ne recense plus de cas ; nous continuons de travailler avec nos collègues de la Guinée, en utilisant les smartphones pour que les populations respectent les mesures préconisées par le gouvernement. ▶▶

LE POINT DE VUE DU Dr GOUDOU-COFFIE

La Côte d'Ivoire, comme tous les autres pays de l'Afrique de l'Ouest et de la Sous-Région, a bien sûr opté pour la numérisation afin de perfectionner son système de santé. Aujourd'hui, dans nos structures sanitaires, on reproche souvent à nos agents de santé de ne pas assez bien accueillir les malades et l'on n'a pas de traçabilité des dossiers. Il arrive aussi que ce qui est recommandé comme secret médical se retrouve sur la place publique, ce qui est assez gênant. Nous avons opté pour le circuit du patient, avec dossier informatisé, ce qui permet de le prendre en compte de façon numérisée dès son entrée à l'hôpital et d'avoir un suivi complet jusqu'au chevet du lit – et jusqu'à sa sortie. Nous avons fait des projets pilotes avec des partenaires qui ont souhaité nous accompagner et nous avons eu de très bons résultats. Dans trois structures sanitaires d'abord, le CHU de Yopougon et ensuite un projet pilote sur des structures de 2^e niveau – au niveau de la pyramide hôpital général /hôpital régional et d'un ESPC (établissement sanitaire de premier contact). Les résultats extrêmement intéressants augurent d'une meilleure gestion au niveau de la prise en charge des patients, mais également au niveau du financement. On

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



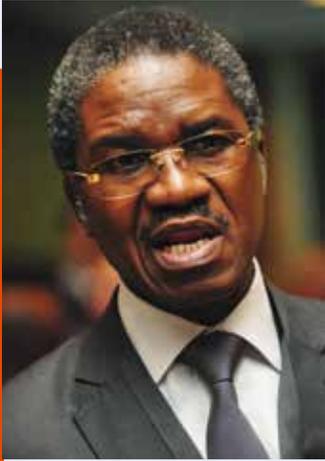
Au Bénin, nous avons réalisé une expérience de e-mobile dans une localité : nous avons mis en place un partenariat avec une agence de téléphonie, entre les sages-femmes et les relais communautaires, dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les relais communautaires sont des agents de la communauté qui ne sont pas de la santé, mais à qui l'on donne des rudiments pour repérer les urgences dans la communauté. **Ces agents ont déjà, dans leur téléphone, en langue locale, des repères**

qu'ils doivent activer lorsqu'ils ont dans leur liste une femme enceinte. Ils les recherchent au sein de la communauté, leurs donnent des conseils afin qu'elles aillent régulièrement en consultation prénatale ; on leur rappelle les vaccinations à cette occasion ainsi que le TPI, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce système est mis en place par la communauté, et nous préparons également le dossier médical de la femme lorsque celle-ci se trouve en situation d'urgence. La communauté anticipe déjà les moyens, avec l'ambulance qui devra transférer la parturiente vers un centre de santé mieux équipé. Nous menons cette expérience depuis trois ans avec l'appui de Sanofi et de l'ONG Care International. Lors de la dernière évaluation, nous avons vu que cette opération pourrait être dupliquée dans d'autres régions. Je pense que la téléphonie mobile nous rend service dans notre pays. Notre couverture est d'environ 80 % et chaque ménage dispose d'au moins un téléphone mobile. Voici l'expérience que nous comptons vulgariser et mettre à l'échelle dans tout le pays dans le cadre de la protection maternelle et infantile. ▶▶



Un auditoire très impliqué au rang des ministres.

sait aujourd'hui quel type de patient paie, pourquoi, comment et combien. C'est une première étape. Outre notre bataille très serrée contre la forte mortalité maternelle et infantile depuis l'EDS de 2012, nous avons lancé à Tiassalé, l'an dernier, le carnet électronique qui permet aux femmes de connaître les dates de vaccination pour leurs enfants et pour elles-mêmes. Sur la maladie à virus Ebola, nous avons très tôt sensibilisé la population en inondant le pays de messages de rappel des mesures de prévention : cela nous a beaucoup aidés à empêcher l'entrée de cette maladie sur notre territoire. Nous continuons évidemment les projets numériques au niveau des frontières et, à chaque fois que surgit un événement, nous sommes aussitôt informés au niveau central pour réagir et dispatcher les messages. Cela a porté beaucoup de fruits et c'est important de passer à une autre étape, en dématérialisant les informations afin que tout le monde puisse y avoir accès, tout en préservant ces informations et en permettant aux gens de se sentir en sécurité. Le plus important, c'est le numéro d'identifiant que nous sommes en train de mettre en place, qu'une personne gardera toute sa vie afin d'être mieux suivie dans le cadre d'une CMU efficace à la portée des populations. ▶▶



André MAMA FOUA
Ministre de la Santé
CAMEROUN

Je voudrais juste contribuer pour faire part des petites expériences qui sont menées au Cameroun en ce moment, et dont deux sont matures. Nous avons constaté que notre système de surveillance épidémiologique pêchait parce qu'il y a des zones enclavées où il n'est pas toujours facile de recevoir l'information. Nous avons conclu un partenariat avec un opérateur mobile afin d'avoir une flotte à

coût zéro. **En ce moment, nous avons 1 600 membres de personnels de santé sur l'ensemble du territoire qui communiquent chaque jour pour un état précis de la situation : a-t-on eu un cas de choléra, de méningite, de diarrhée, y a-t-il eu des décès maternels...** Pour l'ensemble de ces données, il n'y a plus de frein. Elles sont véhiculées par SMS et intégrées et nous sommes désormais à même d'éditer un bulletin épidémiologique de l'ensemble du pays, par région, chaque semaine. Nous pensons que c'est très important et nous sommes en partenariat avec l'OMS, car cela a tout de même un coût, malgré les conditions très appréciables faites par l'opérateur. Prolongement de cette surveillance épidémiologie, nous pouvons, à travers cette flotte, suivre les stocks des intrants. Dans toutes les formations sanitaires, nous pouvons donc avoir la position des médicaments essentiels et gérer les problèmes de vaccins et autres. La deuxième expérience est l'e-santé, en collaboration avec un opérateur. Nous avons décidé de mettre le focus sur la santé de reproduction à destination des adolescents et sur les maladies transmissibles : VIH, tuberculose, MST. Nous avons pensé à toutes les questions qu'un adolescent pouvait se poser concernant la santé de reproduction : l'arrivée des règles, la grossesse, etc. **Nous avons ainsi recensé 600 questions qui sont logées dans une banque de données. « Qu'est-ce qui m'arrive, je suis en retard ? » la question est posée par SMS, et la réponse arrive dans les quinze minutes.** Si la question ne se trouvait pas dans la base de données, une réponse parviendrait dans un temps d'attente qui ne doit pas excéder douze heures, le temps qu'un médecin puisse la traiter. Les premiers résultats démontrent l'importance d'un tel procédé. Nous pensons que cela va permettre d'une part de réduire les infections au niveau des maladies transmissibles mais également de tout faire pour limiter les grossesses indésirées et permettre ainsi à certains de ces adolescents de mieux se prendre en charge. Voici les quelques exemples que nous voulions donner et nous sommes très intéressés par les approches des autres pays. ▶▶

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

Le monde est aujourd'hui dominé par les nouvelles technologies de l'information et le mobile entre dans chaque ménage ! Nous pouvons effectivement exploiter cet outil pour améliorer nos performances en matière de santé. C'est pour cela que je me réjouis que le Leem ait choisi ce thème aujourd'hui, pour qu'ensemble ceux qui ont à gérer les problèmes de santé puissent échanger sur les approches pratiques qui ont déjà cours dans nos pays, mais surtout promouvoir davantage cet outil, non seulement pour bien prendre en charge les uns et les autres dans certaines pathologies, mais surtout faire que cet outil, qui est très accessible, puisse effectivement compter efficacement dans les politiques de santé. Dans mon intervention, j'ai souligné que c'était un outil nécessaire pour une meilleure surveillance épidémiologique, qui permet à nos jeunes de pouvoir contrôler leur sexualité et surtout choisir si le moment de procréer est arrivé, mais également lutter contre les maladies transmissibles comme le sida, les MST, la tuberculose et autres... ▶▶



Ousmane KONE
Ministre de la Santé **MALI**

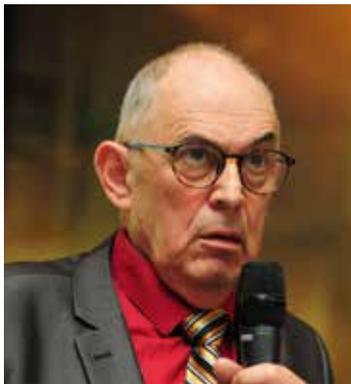
Je tiens à remercier le Leem d'avoir organisé cette Rencontre traditionnelle. Je me réjouis de l'expérience que j'ai écoutée ici. Comme ma sœur Raymonde, je découvre qu'il existe plusieurs canaux, cadres ou réseaux dans lesquels nous allons essayer de nous insérer, ce sera l'occasion d'harmoniser tout cela.

Je souhaite revenir sur la lutte contre le virus Ebola et le dispositif que nous avons utilisé. Je précise que nous avons deux opérateurs. Dans le cadre de l'interopérabilité, nous avons rencontré des difficultés, si bien qu'une série de numéros a été attribuée à un opérateur et une autre série à l'autre. La communication demeurait gratuite tant que le système de santé et la population étaient sur le même réseau, ce qui n'était plus le cas dès que l'on en changeait. Nous avons eu le coût au niveau du ministère des Télécommunications. **Comme nous en sommes utilisateurs, nous nous sommes dit que ce n'était pas possible : notre collègue des Télécom a donné des instructions à l'instance de régulation. Depuis, il est devenu possible de communiquer indifféremment avec l'un ou l'autre.** Il y a peut-être un coût ou un manque à gagner pour les opérateurs, mais nous avons réussi. Tout comme le ministre Lamah, nous avons une "ligne bleue" qui permettait aux spécialistes de communiquer entre eux. Nous avons des centres de coordination de la lutte, des centres d'intervention d'urgence, qui les recevaient et réagissaient si, au-delà des rumeurs, une information précise arrivait. On a beaucoup parlé santé mobile et santé numérique. Je m'inquiète du fait que l'on oublie un peu la base de données, celle qui ne circule pas : l'organisation des données. **La circulation de l'information c'est la téléphonie, mais l'organisation de l'information à travers le support numérique est un aspect à intégrer à la réflexion.** C'est pourquoi nous avons créé l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale: pour organiser ces données et leur circulation sur une base numérique. Cet aspect doit être pris en compte au niveau des hôpitaux : comment le malade circule avec son dossier d'un hôpital à l'autre, cela relève davantage d'un Intranet. Nous sommes également en train d'organiser l'assurance maladie à travers Internet de façon à ce que, dans la même base, on puisse mettre en relation les prestataires (dématérialisation des ordonnances), les pharmaciens (officines délivrant les médicaments), le patient et le tiers payant. On a parlé de verticalité, je crains parallèlement que ce soit un système à part, puisque des ministères différents gèrent l'assurance médicale et la santé. Notre préoccupation est d'éviter que chacun développe séparément son système. J'espère qu'en intégrant votre réseau, nous aurons les ressources intellectuelles nécessaires pour prendre en charge nos préoccupations. ▶▶

Dr Victor Makwenge Kaput
Président de **ROLL BACK MALARIA**

« Pour ce qui concerne la malaria, nous avons été proactifs, puisque nous avons commencé avec SMS For Life, un outil très important que nous utilisons dans les zones de santé, en périphérie : il nous aide à gérer les stocks dans les centres de santé, des ACT qui se terminent dans telle zone ou sont moins utilisés, afin d'interchanger les médicaments. Cela évite les pertes dues aux dates de péremption. Deuxièmement, les diagnostics rapides nous permettent de mieux ventiler ces tests dans une zone où une prolifération importante est repérée, surtout lorsque c'est saisonnier. Cela nous a énormément servi. Troisièmement, on a pris de plus en plus l'habitude de recevoir des textos informant au fur à mesure sur sa maladie. Les échanges d'aujourd'hui l'ont prouvé : cela a pris de l'ampleur, tout le monde a compris que c'était un outil capital, qui permet non seulement la sensibilisation, mais aussi de faire contribuer la communauté à cette organisation au niveau de la santé. Pour illustrer cela, les premiers cas d'Ebola en RDC ont été signalés par des chefs coutumiers qui, voyant que les médecins locaux n'étaient pas encore rodés à cette maladie, envoyaient des SMS à des professeurs aux États-Unis ! Que même les chefs coutumiers commencent à utiliser ces outils, alors que certains ne sont pas instruits mais connaissent les signes de la maladie, est un signal fort. ▶▶





question e-santé

Dr Pierre COSTES
DataSanté

Je suis le Secrétaire général de DataSanté, association qui œuvre dans les données de santé numérique dont l'objet est l'informatisation connectée des centres de santé de première ligne : les CSB-2 à Madagascar ou les CMC au Bénin. Nous démarrons 13 CESCO au Mali avec un projet porté par l'AFD. En outre, nous travaillons avec l'ONG Santé Sud qui est présente dans le Pasco 2 : je me trouvais à cette occasion aux Comores et en Tunisie pour l'amélioration des centres de santé de première ligne. Ces nouvelles technologies conservent en permanence le terme "nouveau", elles avancent tellement vite qu'elles sont le toujours. Pensez-vous aborder cet apport des technologies de communication champ par champ, programme vertical par programme vertical, pathologie par pathologie, problème de prévention par problème de prévention, formation par formation, par une juxtaposition de systèmes de formation ou bien est-ce là uniquement la porte d'entrée afin de financer les programmes pour une approche transversale de l'usage des nouvelles technologies avec une informatisation connectée d'un dossier patient de première ligne non spécialisé ? ▶▶

RÉPONSES

Pr Jean-Didier VINCENT

Nous observons là une opportunité pour changer l'approche de la médecine trop esclave de ses disciplines et de ses secteurs (les formations verticales) pour une nouvelle nosographie et une nouvelle approche du malade très spécialisée par les indications thérapeutiques et par d'autres aspects qui, de fait, restreignent le champ de la maladie dont le sujet est atteint. Il faut bouleverser l'approche de la médecine, former de vrais généralistes et ne pas laisser quelques spécialistes pratiquer des examens complémentaires coûteux et peut-être inutiles. Un simple examen clinique de qualité mené de concert avec d'autres médecins intéres-

sés par une approche horizontale permettrait de soulager les patients de façon plus importante.

Le cancer est une bonne occasion pour sortir de son ghetto et entrer dans une nouvelle approche : le concept de discipline me gêne, mais c'est peut-être le moment de s'en débarrasser. ▶▶

Saïd AÏDI

Vous touchez là un sujet essentiel : comment se projeter dans une perspective stratégique tout en menant des actions de court terme. Vous citez la première ligne, je vais centrer mon propos sur la Tunisie. Avant de partir sur ces initiatives, nous avons entamé deux démarches au niveau du ministère de la Santé. D'abord à partir de la restitution du dialogue sociétal qui a fait ressortir les enjeux du secteur de la santé pour les décennies à venir. À partir de ce bilan, nous avons fixé cinq axes de réforme et sommes partis sur un séminaire de e-santé pour fixer le cap stratégique. Ensuite, on s'inscrit sur des réformes en profondeur : introduction de l'identifiant unique, réformes qui accompagneront, notamment, la formation du médecin de famille, afin de rééquilibrer la situation avec les spécialistes, ce qui permettra de se trouver dans le cœur de la santé, avec bien entendu d'autres paramédicaux. Le médecin de famille est le garant du succès de la stratégie e-santé pour le futur, et de bien d'autres aspects. On est dans une démarche de relation apaisée entre les acteurs de la santé et les citoyens. Notre objectif, et l'on sait que nous n'obtiendrons pas de résultats immédiats, est de rétablir le lien de confiance entre les citoyens et l'État, en particulier les institutions de santé. Une fois ce cap fixé, cette vision déclinée en une feuille de route pluriannuelle, on avance sans crainte et avec beaucoup d'ambition et d'espoir dans des démarches qui, elles, sont inscrites dans des résultats immédiats. Nous sommes donc à même de répondre aux demandes pressantes de nos concitoyens de façon immédiate, tout en les inscrivant dans une vision à moyen et à long terme portant une réforme du secteur de la santé riche d'acquis, mais également conscients d'arriver à un palier qui doit se mettre en adéquation avec les attentes des citoyens. C'est pour cette raison que j'insistais sur les évolutions sociologiques de la Tunisie, sur celles de notre jeunesse par rapport à la santé. Je suis convaincu que nous ne sommes qu'au début des applications de la e- et de la m-santé : toute la partie contenue reste encore à développer, voire à inventer – les seules limites seront celles de l'imagination humaine. ▶▶

IMPRESSIONS D'APRÈS RENCONTRES

Denis BROUN

PARTENARIAT POUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT

« C'était très intéressant, c'est très bien qu'il y ait autant d'initiatives prises en Afrique. Il y a une transition à faire. Envoyer des SMS à des patients pour leur faire prendre leurs traitements, cela existe mais c'est déjà dépassé. On a vu aujourd'hui des gens qui travaillent sur des techniques beaucoup plus avancées. Je crois que l'on va être vraiment surpris par la qualité de ce qui se prépare en Afrique. En revanche, il y a des dangers à l'utilisation de ces technologies et j'ai été très impressionné par le Pr Awa Coll-Seck qui, elle, a anticipé. C'est en effet une dimension sur laquelle il faut être prudent : comme il y a visiblement un grand appétit pour ce genre d'applications, il va y avoir également de grandes opportunités pour des gens sans scrupules à les utiliser. Une bonne cohérence réglementaire contribuerait à continuer à préserver la vie privée, l'anonymat, la confidentialité des relations entre médecin et malade, c'est essentiel. C'est vrai qu'il y a un risque, mais les bénéfices que l'on voit sortir de ces initiatives sont tellement énormes que si les bonnes précautions sont prises cela en vaut la peine ! ▶▶



Pr Gado Agarassi NAPO-KOURA
Secrétaire Général Ministère de la Santé TOGO

« La réunion d'aujourd'hui était vraiment fondamentale : elle sortait des sentiers battus du médicament pour nous mettre dans la dynamique d'atteindre le plus grand nombre de personnes, quel que soit le sujet. Par rapport à la e et à la m-santé, au Togo, nous avons déjà eu l'opportunité de bénéficier de l'appui du RAFT et de l'UNFM pour mettre en place trois sites de télé-médecine opérationnels dans deux CHU et un hôpital de district, ce qui est important. Car, bien que ce dernier soit un hôpital périphérique, on peut mettre en liaison ses professionnels de santé avec ceux des hôpitaux universitaires. Nous avons l'opportunité de multiplier cette expérience pour d'autres hôpitaux à l'intérieur du Togo, ce qui nous permettra de nous mettre dans la dynamique des Rencontres d'aujourd'hui. D'autres institutions s'intéressent à la question, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé a mis en place deux projets : l'un permettant de capitaliser les données de santé par la téléformation et un second qui permet de gérer les ressources humaines de tout le ministère de la Santé. C'est une avancée et, avec tous ces projets en complémentarité, nous pouvons vraiment développer cette nouvelle dynamique au sein du ministère. ▶▶



Line KLEINEBREIL
Vice-présidente UNFM

« C'est extrêmement utile d'avoir l'occasion d'écouter les expériences de terrain des autres pays et ensuite je pense que ce qui a émergé de cette Rencontre, c'est quand même l'envie qui a été exprimée d'une réunion encore plus constructive pour travailler en profondeur sur les sujets et avoir des plans d'action qui soient vraiment régionaux. Dans les années précédentes, on parlait de e-santé, de m-santé, mais ce n'était pas encore tout à fait au présent. Là, c'est vraiment au présent. Et cela fait toute la différence. ▶▶



Olivier VITTON
PIERRE FABRE

« C'était la première fois que je venais et, comme Meriam Mnasri qui est une habituée, j'ai été excessivement surpris par la qualité des débats et des interventions, le retour d'expériences était très concret. On n'était pas dans le conceptuel, on ne s'est pas perdus dans les mots. La e-santé est une avancée importante, l'état des lieux sur les différents pays était très pertinent, autour du cadre juridique à construire par exemple. Il faut préciser d'emblée que e-santé et m-santé ne se substituent en rien aux métiers. Certains veulent y voir un diagnostic automatique, une marche vers la dépersonnalisation – au contraire, ce sont des technologies qui sont au service des métiers pour les rendre plus efficaces, et surtout au service du patient. ▶▶





question m-santé

Garance UPHAM
Safe Observer International

Il est satisfaisant d'utiliser les téléphones mobiles pour échanger des données, mais l'action c'est encore mieux. Mme Gaudry-Perkins, vous avez évoqué le m-diagnostic, un des piliers du système de santé du futur pour l'Afrique. Aujourd'hui, on a un problème de faiblesse du contrôle infectieux en Afrique de l'Ouest. Je citerai M. Babacar Ndoye qui était récemment en Guinée et est connu au Sénégal pour avoir établi un des systèmes de contrôle infectieux des plus performants sur le continent. S'y ajoute la faiblesse des systèmes de santé que j'ai constatée tout au long d'années passées en Afrique, et qui ne s'est pas amélioré avec les crises actuelles, entre résistance aux antibiotiques (un million de morts en Europe par an à venir, imaginons pour l'Afrique) et épidémies de diarrhées. Les technologies du futur devraient être rassemblées et mises en avant. Mon plus fervent souhait serait que l'an prochain, une réunion traite de ces technologies pour un système de santé qui aille au patient. Ce n'est pas suffisant d'informer les patients quand il n'y a pas les structures et les soignants derrière. De plus, la résistance aux antimicrobiens signifie qu'il faut peut-être limiter le passage du patient dans un hôpital où il risque de se contaminer. Avec l'Afrique du Sud, les pays africains organisent une réunion sur le renforcement du contrôle infectieux : j'ai personnellement participé à la réalisation d'un livre sur ce sujet. ▀▀

RÉPONSE

Pr Awa COLL SECK

Je suis tout à fait d'accord : il serait temps qu'il y ait une vraie réunion autour de ces questions. J'ai appris beaucoup et déjà, avec ce que j'ai entendu, je suis en train de me dire que lorsque je vais rentrer, je vais m'assurer que mes collaborateurs prennent note de nouvelles expériences à engager, ils me connaissent ! Vous avez

raison, si on peut aller plus loin au niveau des informations, ce que vous avez dit à propos des diagnostics rapides au niveau communautaire, sont des choses qui pourraient nous aider. Il faudrait néanmoins que ce soient des outils peu onéreux mis à la portée des populations. Mais ne nous arrêtons pas en si bon chemin et essayons même de prendre des raccourcis pour aller vers une meilleure santé pour nos populations, en ne prenant pas tous les chemins que tous les pays développés ont pris, parce que, là, on traînera toujours. Je crois que les nouvelles technologies pourraient aider énormément. Je suis tout à fait d'accord avec ce qui vient d'être dit, on va tous dans le même sens. ▀▀



question m-santé

Dr Yaro Asma GALI
Directrice générale de la santé
NIGER

Je tiens en premier lieu à féliciter les conférenciers pour la clarté des échanges que nous avons pu entendre. Nous avons d'autres expériences pour notre part au niveau des flottes sur les données, la référence et la contre-référence. Toutefois, dans un pays où le taux d'analphabétisme est très élevé comme ce peut d'ailleurs être le cas dans la plupart de nos pays, comment avez-vous pu lever ce défi à travers le m-diabète pour le passage des messages émis ? ▀▀

RÉPONSES

Rémy LAMAH

Nous avons eu la même expérience dans le cadre d'Ebola. J'ai abordé la mise en place d'un centre d'appel : l'ensemble des opérateurs parlaient presque toutes les langues du terroir. Chaque personne qui appelait échangeait avec un interlocuteur qui lui répondait dans sa langue. Il est du reste question d'organiser une réunion en ce sens afin d'avoir une vision globale de ce sujet. ▀▀

Pr Awa COLL SECK

En réalité, je crois que nous devons utiliser plusieurs formes : des messages écrits mais aussi des messages oraux dans nos langues nationales. Il ne s'agit pas de parler et d'écrire seulement en français pour ceux qui savent le lire... Là, je crois qu'il pourrait ne plus y avoir d'obstacle au passage de l'information. Beaucoup de nos populations adorent recevoir de messages en langue nationale – même écrits. Nous ne nous limitons pas aux messages écrits et en français, sachant que nous avons une situation particulière et une population qui doit comprendre ce qu'on lui donne comme messages. ▀▀



question m-santé

Pr Anis KLOUZ
Directeur de la Recherche
Ministère de la Santé
TUNISIE

Dans le volet préventif ou dans l'encadrement des maladies, il est relativement facile de prêcher la bonne parole. Si l'on passe au cap d'émettre un diagnostic, de faire de la surveillance ou d'arriver à un volet interventionnel, les choses se compliquent, non pas parce qu'il est difficile de trouver les ressources nécessaires – et il faut adapter le système pour que cette ressource soit présente au bon moment, au meilleur endroit possible pour être au service de la population –, mais surtout parce que cela va déclencher le processus juridique de responsabilisation. Qui sera responsable en cas d'erreur de diagnostic ? La compagnie téléphonique ? L'opérateur ? Le ministère ? Ou celui qui a donné son avis ? Il y a là un manque juridique terrible dans nos pays et il faut que l'on réfléchisse à encadrer ce volet-là. Deuxième élément important, l'accumulation et la gestion des données personnelles. Il faut qu'elles soient rassemblées, mais il faut faire attention, car ces big data peuvent être utilisées à l'encontre du pays lui-même. ▀▀

RÉPONSES

Florence GAUDRY-PERKINS

Il s'agit là d'une question très importante. La régulation de la m-santé n'existe encore pratiquement pas. Elle est en cours de finalisation en Europe et, aux États-Unis, elle vient juste de l'être. Cet aspect fait partie des barrières empêchant de passer à l'échelle. Au Sénégal, ce travail collaboratif entre les ministères ayant été mis en place, une commission a été créée dès le début. Données personnelles, transferts techniques : il y a une véritable intelligence collaborative entre les droits des patients, émanant plutôt du ministère de la Santé, et la gestion des données, qui émane des autorités technologiques. La Tunisie se lance dans ce projet de m-santé. Il est essentiel d'enclencher les processus indispensables au passage à l'échelle. De nombreux partages peuvent être réalisés entre les pays en vue d'économiser du temps au niveau des débuts de cette régulation. ▀▀

Pr Awa COLL SECK

Je pense que c'est cela l'avenir. Dans toutes les technologies, les mises en œuvre ne posent pas beaucoup de problèmes : c'est dès que l'on monte au niveau supérieur qu'ils surviennent. On doit être proactif et placer des garde-fous. Pour les données personnelles, il y a eu un débat et des négociations très importantes. Mieux, nous avons demandé aux gens de signer afin de recevoir les informations que nous leur apportons. Les commissions mises en place dans notre projet vont émettre des propositions – nous aurons peut-être à voter des décrets, des lois sur ces questions. Je voulais parler de la technologie en termes de responsabilité. On a parlé de l'appareil permettant de détecter le paludisme : il est indispensable que ces équipements soient homologués. Un appareil qui vous dit : « Vous avez le palu, allez vous soigner ! » c'est quand même un problème ! On peut être porteur du parasite sans être malade, dans les zones d'endémie. Il n'est pas obligatoire de traiter, sauf si l'on va dans le sens d'une éradication du paludisme. Cela n'est pas encore tout à fait clair mais, à chaque fois, l'OMS notamment est là pour dire quels produits, quels outils de diagnostic méritent d'être mis à la disposition des communautés. Ce point est très important, il ne faut pas aller à l'aveugle : tout n'est pas possible et tout doit être encadré si l'on ne veut pas créer beaucoup plus de problèmes et, demain, un retour de boomerang parce que, simplement, on n'aurait pas fait assez attention. ▀▀

Dr Jean-Luc DELMAS
Président de l'Académie Nationale
de Pharmacie **FRANCE**



Je vais avoir le plaisir de remettre le Prix de la Pharmacie francophone de l'Académie Nationale de la Pharmacie de France dont le premier président fut en 1803 Antoine-Augustin Parmentier, avant Louis-Nicolas Vauquelin et M. Dorveaux (le Dorveaux, 16 éditions, a été le livre de référence de l'officine). L'Académie a été reconnue d'utilité publique par décret signé du Président Mac-Mahon en 1877. Nos séances publiques se tiennent dans la salle des Actes de la Faculté de pharmacie de Paris deux fois par mois. Nous sommes fiers de cette histoire dans laquelle nous essayons de puiser la sagesse, mais tradition ne signifie pas absence de modernité. **Nous avons une expertise scientifique au service de la santé publique, une force de proposition de 450 membres élus**, pour la plupart pharmaciens (mais le **Dr Yves Juillet**, médecin, en a été le président), dont 100 membres titulaires regroupent, en cinq sections, l'expertise de tous nos métiers, physique chimie, pharmacologie, biologie, bactériologie... L'industrie est également présente ainsi que les pharmaciens en charge de dispensation, à l'hôpital ou en officine. Ces experts désintéressés ne sont pas rémunérés (ils versent même une cotisation). **Nous travaillons dans l'absence totale de lien d'intérêt. Il est hors de question de publier des avis pollués par une absence de neutralité.** Nous avons également des correspondants européens et internationaux. Je fais appel aux délégations présentes : nous sommes preneurs de candidatures de qualité ! Nous avons deux prix, le Grand Prix de l'Académie et le Prix de la pharmacie francophone, créé il y a quinze ans en partenariat avec le Leem, qui soutient cette initiative depuis toujours. Ce dernier récompense un pharmacien non français mais d'un pays francophone, pour ses travaux ou l'ensemble de ses activités honorant la profession. Depuis sa création, tous les continents ont été concernés, dont l'Afrique quatre fois. En 2014, c'est une Cambodgienne qui va être primée (en 2009, le Viêt Nam avait été récompensé). **La lauréate, le Pr Nivanna Nam, est récompensée pour l'ensemble de son œuvre pharmaceutique, pleine, entière et généreuse, mais aussi pour son courage.** Diplômée de la Faculté de Phnom Penh en 1974, sa famille n'a pas été épargnée par les massacres des Khmers rouges. Elle a créé ce Laboratoire national en 1980 et en a été la directrice plus de trente ans, tout en assurant des cours à partir de 1989. Elle a été enseignante en chimie organique. En 1989, elle a enseigné l'analyse des médicaments dans cette même faculté et a réussi le concours d'agrégation à Phnom Penh en 2004. Nous récompensons donc un professeur de l'Université du Cambodge à la fois pour ses qualités professionnelles, mais également son immense dévouement et sa clairvoyance. ▶▶

▶▶

Pr Nivanna NAM
Directrice du Laboratoire national de contrôle
de qualité des médicaments **CAMBODGE**



J'ai le privilège aujourd'hui de représenter le Pr Nivanna Nam, directrice du Laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments du Cambodge, qui n'a pu se rendre en Europe une seconde fois (son Prix lui a été remis fin décembre 2014 à Paris), mais aussi de représenter mon pays à ces Rencontres Leem OIF. Je suis pharmacien retraité et j'habite depuis 1980 à Genève, où j'ai travaillé au Laboratoire de contrôle de qualité à la pharmacie des hôpitaux universitaires, tout en contribuant à mettre à niveau les cadres et personnels du laboratoire de contrôle de qualité des médicaments du Cambodge à Phnom Penh. Le Pr Nivanna Nam m'a demandé de remercier le président Delmas, qui a contribué au développement du laboratoire de contrôle de qualité des médicaments au Cambodge, aussi bien sur le plan technique que matériel. **En 1979, les institutions du Cambodge, les bâtiments et les bibliothèques ont tous été saccagés. Il fallait tout reconstruire : mettre rapidement en place une structure permettant d'assurer l'approvisionnement de médicaments de qualité était un réel besoin.** Après quatre ans, la ténacité et la volonté de 10 % des corps médicaux, médecins et pharmaciens survivants, ont permis de rouvrir la Faculté de Pharmacie et de Médecine. Parallèlement, le Pr Nam s'est impliquée dans le contrôle des médicaments fabriqués, par les trois petites industries pharmaceutiques de l'État renaissant, avec des matériels de récupération. En 1993 et 1994, l'ONG Pharmaciens sans frontières nous a aidés à réhabiliter les laboratoires et nous a envoyé des formateurs français. En outre, des stages de perfectionnement en France ont été organisés pour le personnel cambodgien. **Dès 1995, les demandes du Pr Nam ont été mises en place pour que le Laboratoire participe également à des enquêtes pour détecter les faux médicaments.** Depuis 1997, par décret ministériel, le Laboratoire fonctionne en institution semi-autonome. Les analyses payantes permettent la rétribution du personnel et participent au fonctionnement. Un nouveau bâtiment est en cours d'achèvement, incluant système de ventilation et équipements d'analyse permettant la mise à niveau aux normes internationales. Tous les cadres et les techniciens travaillent en vue de la demande d'accréditation. Le Pr Nam a dirigé le Laboratoire jusqu'en 2010. Depuis sa retraite, elle en est restée conseillère jusqu'en 2014. ▶▶

Représentée par
Ho ING, Pharmacien



Conclusions de Philippe LAMOUREUX Directeur général du Leem



« Vous avez pu constater que nous avons innové dans la formule avec ce format en deux tables rondes et avec moins d'intervenants, en essayant de laisser plus de place aux questions. Je vais innover là encore puisque l'on me demande de vous annoncer la tenue du 16^e Forum Pharmaceutique International de Bamako du 3 juin au 6 juin 2015. Pour conclure ces 17^e Rencontres, je tiens à remercier tous les intervenants, particulièrement M. le Vice-président et tous les ministres qui nous ont honorés de leur présence et qui ont enrichi nos réflexions par leur participation à nos échanges. Merci aussi à notre partenaire, l'OIF et à son ambassadeur, M. Ridha Bouabid, pour son soutien réitéré année après année. Merci aux acteurs institutionnels nationaux et internationaux, aux acteurs associatifs, aux professionnels de santé et bien évidemment à l'ensemble de nos amis industriels ici présents. Vous avez pu constater au cours de ces Rencontres qui ont vraiment affirmé toute leur vocation – quand j'entends certains d'entre vous déclarer avoir

l'intention d'engager des réflexions, dès leur retour dans leur pays, sur des sujets dont ils n'avaient pas connaissance, cela donne réellement du sens à cette manifestation, autour de l'échange et de la mutualisation d'expériences – ce qui est assez satisfaisant pour les organisateurs que nous sommes avec l'OIF. Le numérique représente des opportunités très prometteuses, mais aussi des défis techniques et financiers. Le mot de la fin c'est que, plus que jamais, il convient de fédérer toutes les parties prenantes, et elles sont nombreuses, les États, l'Union Internationale des Télécommunications, les organisations mondiales à commencer par l'OMS, les professionnels de santé, les industriels du médicament, les opérateurs téléphoniques et les associations de patients. Le mot clé, c'est la synergie. La synergie entre tous ces acteurs permettra à un nombre croissant de personnes de pouvoir bénéficier de solutions pratiques et accessibles pour faire reculer la maladie et améliorer la prise en charge sur tous les points du territoire. C'est là le vœu que je forme pour conclure ces Rencontres. ▶▶

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 2014-2015

RÉUNION LEEM/OIF MAI 2014 GENÈVE

La réunion annuelle organisée par le Leem en partenariat avec l'Organisation Internationale de la Francophonie pour les délégations des pays francophones présentes à Genève à l'occasion de l'assemblée générale de l'OMS s'est tenue le 18 mai 2014 sur la thématique : "Les maladies non transmissibles, une responsabilité partagée". Une quinzaine de ministres de la Santé, dont deux premiers ministres, vingt-deux délégations nationales et de nombreux représentants d'ONG et d'organisations internationales ont partagé leur vision et leur expertise.



RÉUNION LEEM/DPM AVRIL 2015

Le Leem a organisé la 19^e édition des Réunions annuelles entre le Leem et les Directeurs de la Pharmacie des dix-sept pays d'Afrique francophone subsaharienne, en avril 2015 à Abidjan. Ces réunions ont permis de faire un point sur les progrès enregistrés dans le processus d'harmonisation des procédures d'homologation des médicaments, dans la lutte contre la contrefaçon et les marchés illicites, dans la mise en place de réseaux de pharmacovigilance et dans la mise en place progressive de systèmes d'assurance santé.



RÉUNION D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION SUR L'ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT PHARMACEUTIQUE EN AFRIQUE

Ces dernières années, le secteur pharmaceutique du continent africain a connu de profondes évolutions. Dans ce cadre, le Leem a consacré son Séminaire annuel sur l'Afrique, le 16 décembre 2014, aux "Enjeux et défis du marché pharmaceutique en Afrique subsaharienne", en présence de différentes parties prenantes et de spécialistes de la distribution. Au cours de ce séminaire, le rapport d'août 2014 de Jacques Attali au président de la République sur "La francophonie et la francophilie, moteurs de croissance durable" a été présenté et discuté par un des rapporteurs de ce projet de développement des relations avec le continent africain et l'espace francophone en général.

Partager une vision prospective des enjeux de santé de demain

ÉRIC BASEILHAC

Directeur des affaires économiques et internationales du Leem



Ces Rencontres ont renforcé chez moi la conviction profonde que ce sont les révolutions technologiques qui impriment les révolutions politiques, d'organisation, et singulièrement dans le domaine de la santé. Je suis convaincu que c'est de la e-santé, au même titre que du big data et des innovations thérapeutiques dont l'industrie pharmaceutique est porteuse, qu'il faut attendre le changement d'organisation des

soins. Je ressors de ces échanges avec l'idée que ce que l'on croit parfois être une difficulté, un surcoût, quelque chose d'un peu luxueux, est en fait une formidable opportunité pour réorganiser les systèmes de santé – ou pour les mettre en place, lorsque l'on se réfère à l'expérience des pays africains. C'est une opportunité d'économies aussi.

Mon autre point d'étonnement est que les enjeux, qui sont derrière la e-santé, sont assez proches entre pays dits émergents et pays dits développés, avec même des objectifs communs. Le premier objectif est bien sûr l'accès des patients aux soins. Dans les pays émergents, les difficultés sont liées au manque d'infrastructures, à l'éloignement des populations des ressources de santé. Le deuxième grand objectif de la e-santé est, selon moi, la surveillance des maladies chroniques, où l'on a vu comment la e-santé allait être d'une aide extrêmement précieuse pour prendre en charge, notamment en Afrique, ces pathologies que sont le diabète ou l'hypertension artérielle.

Quant aux enjeux économiques pour les pays émergents, il s'agit de répondre à un besoin immédiat d'organisation d'un système de santé, mais en rationalisant les parcours de soins, grâce par exemple aux techniques de télésurveillance.

Le défi immédiat, c'est comment opérer le suivi, à partir du moment où l'on sent bien qu'il y a eu une véritable appétence à partager ces expériences.

Je pense, et c'est le but, que les contacts à venir vont être très riches. Maintenant, il faut passer à l'acte, sur la réglementation, l'encadrement juridique, notamment dans la gestion des bases de données. Ce ne sont pas des sujets simples et l'on voit qu'une fois qu'on opérationnalise les systèmes, à un niveau beaucoup plus large, national ou régional, on s'y confronte – des ministres l'ont dit, tout marche bien tant que l'on reste à petite échelle. Ce sont ces sujets qu'il faudra les inviter à traiter, collectivement, dans un second temps : c'est cette opération de suivi qui, sur un sujet comme celui-ci, mérite d'être organisée. ▀ ▹

Élaborer des solutions pratiques et accessibles à tous

PIERRE SAVART

Directeur des opérations internationales du Leem

La Rencontre organisée en mai 2014 par le Leem avec les délégations des pays francophones, en partenariat avec l'OIF, sur "Les maladies non transmissibles, une responsabilité partagée" avait clairement montré que l'augmentation sensible et rapide des besoins en infrastructures hospitalières, en personnels de santé, en médicaments liés au vieillissement des populations et aux modifications de modes de vie et d'alimentation, nécessitait la mise en place de solutions innovantes pour faire face aux défis budgétaires générés par cet afflux de demandes.

Il était important, par rapport à cet enjeu majeur de santé publique et au regard des perspectives esquissées l'an dernier par le Secrétaire général de l'UIT, Hamadou I. Touré, qui se disait «convaincu que les générations futures considéreront rétrospectivement les technologies mobiles comme l'une des grandes réussites en matière de santé publique, au même titre que le sont l'eau salubre et les antibiotiques», de consacrer l'édition 2015 à la santé numérique.

Les expériences présentées par les différents ministres de la Santé, les opérateurs, l'UNFM, ne peuvent que nous encourager dans les mois à venir à approfondir cette thématique, en particulier dans ses aspects juridiques, techniques, culturels afin que ces outils qui conjuguent modernité, disponibilité, proximité, réactivité et évolutivité nous aident à contribuer à la mise en place de programmes et d'applications adaptés à ce nouvel environnement de la santé. ▀ ▹





LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT

Président Patrick ERRARD

Directeur général Philippe LAMOUREUX

Directeur des affaires économiques et internationales Éric BASEILHAC

Directeur des opérations internationales Pierre SAVART

88 rue de la Faisanderie 75116 Paris.

Téléphone : +33 1 45 03 88 88.

www.leem.org

Conception et réalisation éditoriale
Josette Milgram-Todorovitch pour StayLa Multimédia.

Réalisation graphique
StudioNext.

Photos
StudioCasagrande pour le Leem • D.R.

Impression
Imprimerie Jaurès.
Papier recyclé sans chlore.

© Leem 2015.