

Grande Table Ronde ReMeD, le 15 novembre 2005

Discours d'ouverture

Pr Bernard Kouchner

Monsieur le Président,
Chers Amis,

Depuis la première ingérence thérapeutique de Msf il y a 40 ans, des progrès manifestes ont été accomplis. Des sommes considérables ont été investies, de nombreuses conférences de haut niveau ont permis de faire évoluer la trajectoire de l'aide au développement. Je dois vous en féliciter et je remercie très particulièrement ReMeD qui a contribué à prendre de grandes mesures.

Si le nombre de malades du sida soignés approchera environ le million en fin d'année, les progrès sont manifestes.

Dans cette grande optique de la globalisation, la mondialisation dans le domaine de la santé est positive mais on ne s'en sortira pas s'il n'y a pas un effort collectif. Certes les Etats, les gouvernements, les bailleurs de fonds traditionnels, les fondations participent à cet effort, mais si les ONG sont les plus conscientes de toutes ces entreprises, elles ne réussissent pas à faire partager la nécessité de réfléchir à ces données par tous les citoyens français et européens.

Parce que finalement, le budget n'augmente pas considérablement : c'est le **partage** qui peut se faire différemment. En effet, si on augmente le budget consacré au développement et à la coopération, on le prend à un autre endroit. Il y a un mot magique en France, c'est le gouvernement « débloque ». Mais il n'augmente pas le budget de l'aide au développement.

Il faut que la France, qui pense que son système est trop coûteux et que la gratuité est presque normale, s'interroge là-dessus, parce que la gratuité n'est pas normale.

En outre, quand on demande à de gens qui n'ont rien de recouvrer les coûts de santé ou d'y participer il faut que nous sachions que ces coûts sont plus élevés que chez nous où il existe un système d'assurance maladie.

Il faut que cela ne soit plus seulement MSF ou MDM mais « malades sans frontières » et qu'on dise « nous » en parlant des autres. Alors, on réalisera que ce partage doit être fait entre les usagers de l'assurance maladie et les malades des pays démunis.

On vient de rappeler que c'est un point d'urgence et un problème de développement à long terme que la lutte contre le sida.

Malgré l'augmentation dont on vient encore de se féliciter du financement et de l'engagement politique et des progrès pour élargir l'accès au traitement, l'épidémie du VIH/sida continue à avancer plus vite que la riposte mondiale. Aucune région du monde n'a été épargnée.

L'épidémie se développe, en changeant de caractère au fur et à mesure que le virus exploite de nouvelles occasions de transmission.

Plus de 20 ans et 20 millions de décès après le premier diagnostic de VIH/sida en 1981, plus de 40 millions de personnes vivent avec le VIH/sida. 90% des personnes atteintes vivent dans les PED.

Le lien crucial qui existe entre prévention et traitement mérite une attention particulière. Les gouvernements, les associations, les bailleurs ont longtemps cru qu'en se concentrant sur la prévention, ils n'auraient pas besoin de mettre sur pied des services de soins et de soutien. Or des études montrent que les soins et les services de soutien aux personnes infectées ou affectées sont nécessaires pour enrayer la propagation du virus. La prévention reste au cœur de la lutte contre l'infection par le VIH, et elle repose sur la participation du plus grand nombre. Le recours volontaire aux conseils et aux tests de dépistage, accompagnés de soutien psychologique, jouent un rôle important dans la promotion d'un comportement sexuel sans risque qui, à son tour, empêche l'infection par le VIH de se propager.

Les données et l'expérience montrent qu'en accroissant rapidement l'accès au traitement antirétroviral conformément à la cible fixée, on pourra augmenter le nombre de personnes qui voudront connaître leur statut sérologique et l'on favorisera un esprit d'ouverture face au VIH/sida. De bons programmes de traitement inciteront davantage de gens à se soumettre à un test de dépistage. Les sujets bénéficiant d'un traitement efficace risquent aussi d'être moins infectieux (et de propager moins facilement le virus ?). Le traitement contribue à une accélération rapide de la prévention.

Face à l'ampleur de la pandémie, en particulier dans les pays en développement, la France a réagi très vite : dès 1997, lors de la conférence internationale d'Abidjan, elle a lancé un appel en faveur de l'accès des pays du Sud à ces nouveaux traitements qui ont radicalement changé la vie des malades et allongé leur espérance de vie. Le FSTI (Fonds de solidarité thérapeutique international) a été créé en 1998, pour démontrer que la délivrance des antirétroviraux était possible, même dans les pays à faibles revenus.

La France s'est fait depuis cette date, l'avocat de l'accès des malades du Sud aux ARV et a contribué à la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le 22 juillet 2001, à Gènes par les pays du G8.

Pour aller plus loin, j'ai lancé, au même moment, l'initiative ESTHER (concrétisée en 2002 par un GIP, un Groupement d'Intérêt Public). Esther a été créé pour renforcer, développer les capacités des institutions, des hôpitaux et des réseaux sociaux des pays du Sud qui concourent à la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/sida. Son objectif est de faciliter l'accès à une prise en charge de qualité et l'accès aux médicaments en partenariat avec le Fonds Mondial, la coopération bilatérale, les institutions internationales et les ONG locales. Jumelages hospitaliers à l'origine, son action s'est étendue aux jumelages associatifs.

Au cours de ces 3 années, Esther a joué un rôle d'impulsion de l'accès aux traitements dans les pays qui sont déjà nos partenaires et de fédérateurs d'acteurs de la prise en charge.

La base de l'action d'Esther, c'est le partage de l'expertise.

L'approche d'Esther est centrée sur les malades et elle est fondée sur la participation de tous les acteurs locaux : aussi bien issus des systèmes de santé que de la société civile. Cette approche diversifiée est la base de la réussite des projets : dans de nombreux pays où Esther

intervient cette approche de mise en commun des expertises a été une proposition nouvelle qui a permis l'émergence de visions communes au niveau national.

L'expertise est comprise par les interlocuteurs parce que rattachés à l'expérience technique quotidienne : véritable partage et d'échanges sur ce qui va faire la réussite de la chaîne de soins à offrir et auquel on peut ajouter une concertation entre l'hôpital et l'extra hôpital.

La force d'Esther c'est son travail en réseau.

Bien sûr nous apportons notre appui à la prise en charge en augmentant le nombre de personnes traitées, mais nous organisons le suivi biologique et la prise en charge globale des patients, de l'hôpital au lit du malade, afin d'assurer une continuité des soins.

Mais qui dit continuité des soins, dit aussi continuité des traitements. En effet, une fois débuté le traitement ARV ne doit pas être arrêté. La continuité des soins ne peut s'envisager sans une continuité d'approvisionnement. La disponibilité en ARV est un facteur-clé d'une bonne observance des patients sous ARV.

Les systèmes d'approvisionnement nationaux, les mécanismes globaux d'approvisionnement (Fonds Mondial, Agences des Nations Unies) dont les mécanismes de financement complexes et variables d'une agence à l'autre, ne sont pas toujours en mesure de garantir un approvisionnement continu en ARV dans tous les pays et pour tous les patients.

Les pays se trouvent ainsi confrontés à un ensemble de situations qui peuvent conduire à des difficultés momentanées d'approvisionnement en ARV :

- difficultés à prévoir les besoins en ARV avec la montée en charge des programmes nationaux de prise en charge des PVVIH, et manque d'historique de prévisions des besoins en ARV.
 - Délais d'approvisionnement longs en raison des procédures financières complexes et variables des gouvernements et des bailleurs.
 - Délais d'approvisionnement parfois longs et imprévisibles des fournisseurs.
 - Il y a des problématiques spécifiques liées à l'approvisionnement en ARV :
1. Pas/peu de mise en concurrence possible en raison d'une offre restreinte : il y a peu de possibilités d'acheter par appel d'offres international ouvert. Les marchés sont passés avec des procédures spécifiques, et souvent bloqués par les Ministères des Finances, ou simplement par des procédures administratives longues.
 2. Le coût élevé de certaines molécules est une source de difficultés. Les achats représentent facilement 10 à 20% des budgets des Centrales. Comme les règlements sont souvent effectués à l'avance, les Fonds de roulement disponibles peuvent être insuffisants.
 3. Les traitements sont effectués avec 3 ou 4 produits à la fois : il faut donc prévoir des stocks importants, et ces immobilisations diminuent la trésorerie.
 4. Les durées de péremption sont courtes : il faut donc réaliser une gestion de flux et non de stock, ce qui modifie le mode opérationnel des centrales, habituées à effectuer des achats annuels pour des produits disposant de 2 à 4 ans de durée de validité.
 5. Par ailleurs, la distribution se fait dans des sites agréés : il faut donc former des personnels spécialisés pour cette activité.

Les réponses d'Esther :

- Face à ces différents besoins, le GIP ESTHER apporte une réponse grâce à un appui transversal aux projets Esther. Ce projet est mis en œuvre en

collaboration avec les hôpitaux français partenaires de l'initiative Esther et avec l'appui technique de deux partenaires :

- La CHMP (Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique) pour la réponse aux besoins urgents des pays.
- ReMeD, pour le renforcement des capacités locales (expertise, renforcement des capacités, formations).
 - Le GIP Esther a ainsi mis en place un stock de réserve afin de garantir une prise en charge de qualité des PVVIH. Ce stock est mis en place à travers la CHMP, association à but non lucratif, prestataire de services pour Esther dans ce projet.

Les conditions d'accès au stock de réserve pour les pays : il s'agit pour les pays d'une facilité d'approvisionnement dans les meilleurs délais. Il ne s'agit pas d'un don.

L'accès au stock de réserve est accompagné d'actions de renforcement des capacités (expertise, assistance technique, formation) qui relèvent de l'accord Esther/ReMeD.

L'accès au stock ne remplace pas les procédures d'approvisionnement habituelles.

Le GIP Esther s'inscrit dans une démarche de renforcement des structures nationales existantes :

- Par la mise à disposition d'expertise lorsque nécessaire
- Par le renforcement des capacités avec des programmes de formation adaptés aux besoins (en particulier par le biais du partenariat avec ReMeD)
- Par la mutualisation des initiatives menées au sein des différents jumelages hospitaliers (adaptation de logiciels de gestion utilisés dans les hôpitaux français, développement d'outils adaptés aux demandes locales)
- Par le plaidoyer pour l'utilisation et le renforcement des Centrales d'approvisionnement Nationales qui trop souvent se sont retrouvées indûment disqualifiées au profit des systèmes d'approvisionnement des Agences des Nations Unies.

Dans cette optique, pour aller au-delà d'une intervention en urgence, au coup par coup, le GIP Esther s'est défini comme stratégie :

1. D'anticiper l'évolution des besoins en terme de prise en charge thérapeutique
 - par la création d'un comité médical
 - par le recueil d'informations dans les pays d'intervention Esther
 - par le monitoring de l'efficacité de prise en charge thérapeutique, aux différents niveaux des systèmes de santé.
 - par la documentation et le partage des expériences de prise en charge menées dans les pays d'intervention Esther (grâce en particulier au logiciel de suivi des patients ESOPE)
 - par la promotion de stratégies de prise en charge thérapeutiques pertinentes et novatrices

2. De mettre en place des expériences pilotes visant à favoriser l'accessibilité financière des ARV et des réactifs
 - par le développement et la documentation d'expériences de mutualisation de l'accès aux médicaments ARV et réactifs
3. D'appuyer des systèmes d'approvisionnement fiables, efficaces et pérennes des ARV et des réactifs :
 - par la mise en place en collaboration avec les différents partenaires (Fonds Mondial, OMS, Ministère de la santé, Ministère des Affaires Etrangères, AFD, ReMeD) de systèmes de détection et d'alerte des problèmes logistiques rencontrés dans les pays d'intervention Esther
 - par le développement d'une capacité de réponse aux besoins d'expertise, de formation et d'appui opérationnel en gestion des médicaments rencontrés par les pays par la constitution et la mobilisation d'un pool d'experts, constitution d'un réseau de pharmaciens, réponse à des requêtes du Fonds Mondial.
 - par la mutualisation des efforts à travers le partage des facteurs clés de succès des systèmes d'approvisionnement dans les différents pays.
4. De participer aux activités de plaidoyer international pour une mise à disposition de traitements ARV et de réactifs de qualité, efficaces et à prix modéré :
 - par la dissémination des informations disponibles concernant les prix, la qualité des produits, la transparence des appels d'offres, d'accessibilité géographique et financière des traitements dans les pays d'intervention Esther.

La force d'Esther est de pouvoir mutualiser l'expertise d'un réseau de pharmaciens hospitaliers qui possèdent technicité et grande variété de réponses au besoin d'un pays mais également de mobiliser une expertise pointue spécifique en réponse à des demandes précises des pays. Ce qui fait d'Esther un partenaire clé de l'OMS avec lequel différents projets de collaboration sont en cours.