

CePeD

Centre
Population
& Développement



Institut de recherche
pour le développement

Gouvernance internationale et santé Du VIH à la santé globale

Année 2014-2015

Séminaire « La santé au prisme des sciences sociales »

(Coordination : S. Musso & C. rabier)

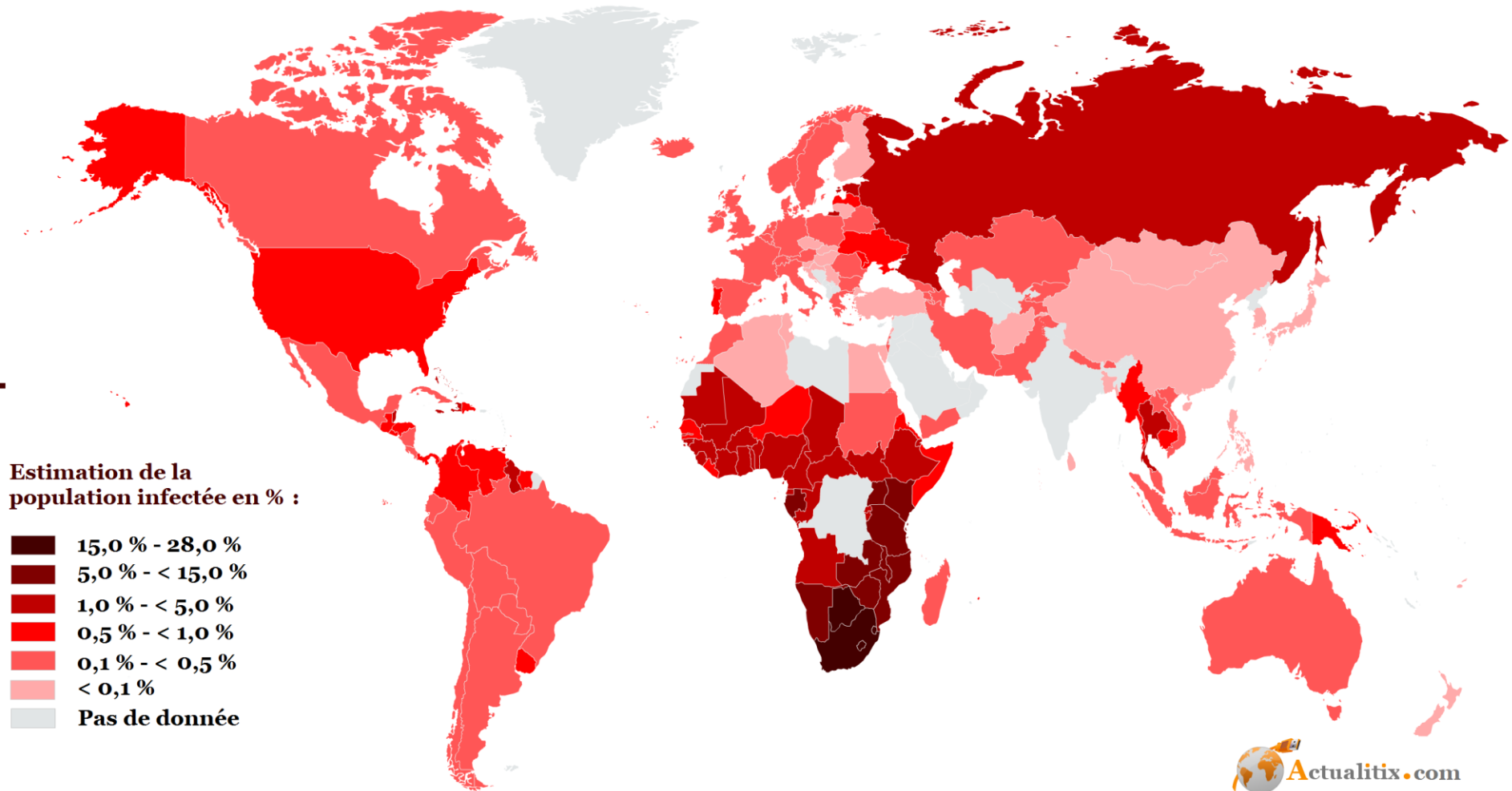
EHESS, Marseille, le 8 janvier 2015

Fred Eboko, IRD

CEPED (Univ. Paris Descartes, Ined, IRD)

Sociologue et politiste

CEPED Paris





I - A

L'analyse d'un modèle dissonant de politique publique





I - Genèse

Une typologie de l'action publique contre le sida en Afrique De l'international au national



Le sida en Afrique

A - La construction de la réponse internationale

1- Du Global Programme on AIDS (GPA) à l'ONUSIDA. 1986 – 1996

A – Réponse internationale (suite)

2 – Une polyarchie internationale

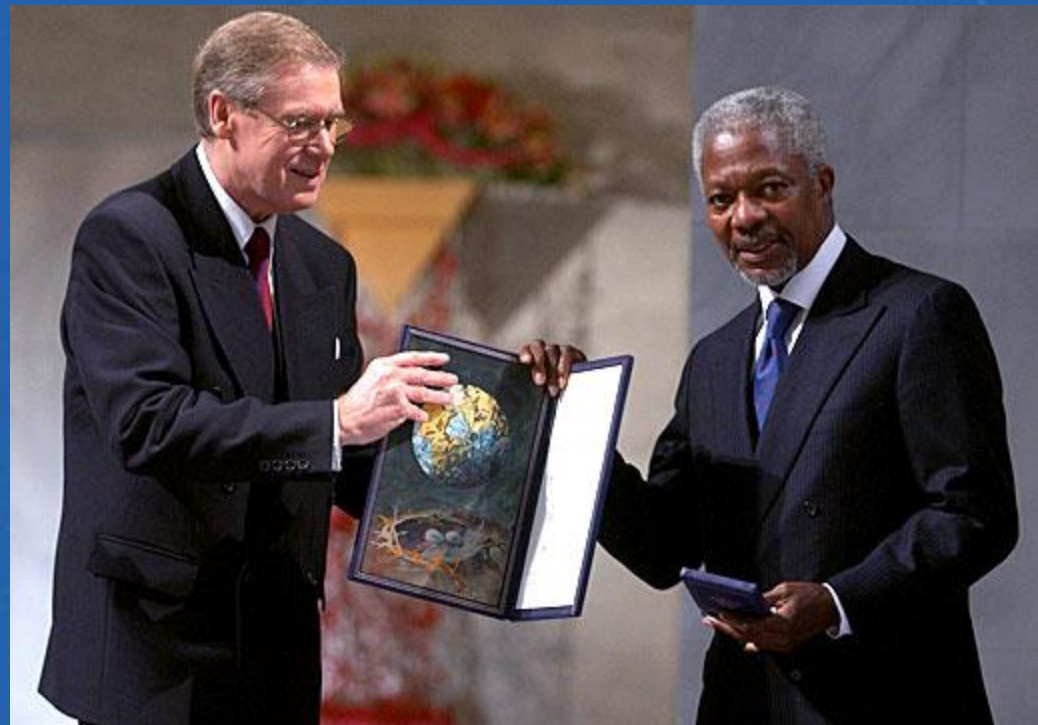
- Banque mondiale – ONUSIDA : le couple « néolibéral »
 - Programme multisectoriel
 - Partenariat public-privé
 - Soutien à la « société civile »
 - Prêt sur 5 ans renouvelable

Les étapes décisives de la mobilisation transnationale

- Vancouver, : Les trithérapies.”Les médicaments sont au Nord, les malades sont au Sud”
- La question des brevets et de la propriété intellectuelle.
- Les procès contre le Brésil et l’Afrique du Sud
- Avril 2001 : retrait des plaintes/arrêt des procès

2001 : La naissance du Fonds mondial Du péril à l'espérance

□ Une femme, un homme, une énergie globale



A – Réponse internationale (suite)

➤ Le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme

2001- 2002 : une naissance médicalisée, une initiative volontariste et multilatérale

Les « rounds » : épreuves pour le financement de l'accès aux ARV

➤ Evaluer le Fonds mondial

[Cf. D. KEROUEDAN, « Enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la paludisme », *Med Trop* 2010; 70 : 19-27].

Evaluation indépendante : 2009

L'évaluation du Fonds mondial

Evaluation réalisée par un cabinet américain indépendant

Budget de l'évaluation : 17 millions de dollars US...

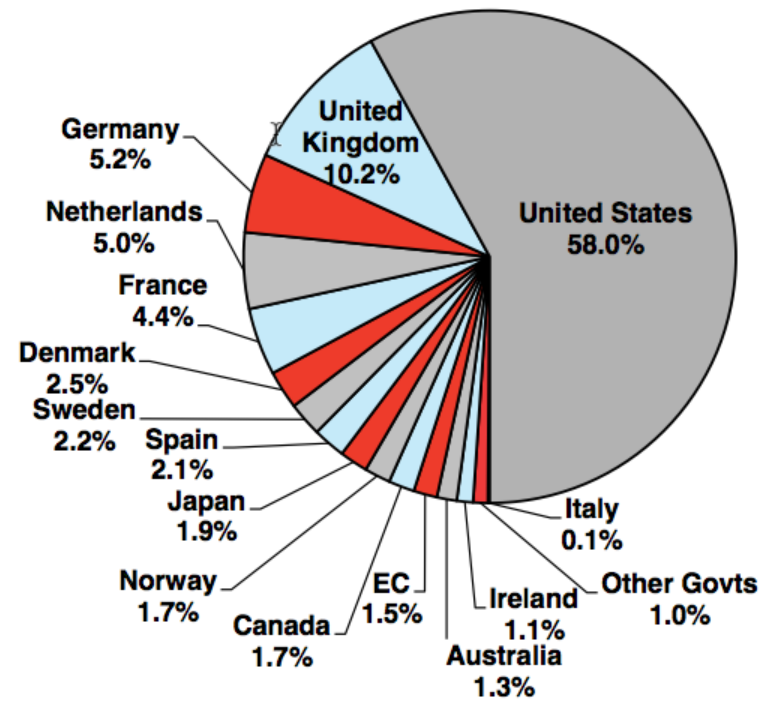
Missions : Evaluer

- l'efficacité organisationnelle du Fonds
- l'efficacité et la performance des partenariats du Fonds
- les « effets systèmes » du Fonds et l'impact des financements sur la maîtrise des 3 pathologies
- L'évaluation a porté sur 25 pays



International AIDS Assistance: G8/EC & Other Donor Governments as Share of Total Disbursements, 2009

USD billions



\$7.6 billion

A – La réponse internationale (suite)

- Le PEPFAR (President Emergency Plan for AIDS and Relief) : le « plan Bush »
 - Les antécédents du PEPFAR : l'administration Clinton et l'émergence du sida en Afrique comme « enjeu de sécurité internationale »
 - Les implications du PEPFAR
 - Utiliser les médicaments de marque
 - Accompagner l'accès aux ARV de la prévention « ABC » (*Abstinence, Be faithful, Condom*)

A – La réponse internationale (suite)

2 – (suite)

➤ UNITAID

Une facilité de paiement internationale

Une initiative franco-brésilienne (présidents Lula et Chirac)

La fonction de l'Unitaid : complémentarité avec le Fonds mondial

➤ Fondation Bill & Melinda Gates

➤ Fondation Clinton

➤ L'initiative GAVI (*The Global Alliance for Vaccines and Immunisation*)

I-B – Le niveau national : des “types” et des “modèles” -

☐ “La participation active”

➤ Le Sénégal

➤ L'Ouganda

☐ “L'adhésion passive”

➤ Le Burkina Faso

➤ Le Cameroun

➤ La Côte d'Ivoire, etc.

☐ “La dissidence active”

➤ La République Sud-Africaine

☐ “L'Etat militant”

➤ Le Botswana



A therapeutic and political issue,
Photo : F. Le Marcis

Couverture de la prise en charge du VIH en Afrique

Pays	Prévalence	Nombre de PVVIH (en milliers)	Taux de couverture ARV	PIB/habitant (US\$)	Total des fonds VIH décaissés par le Fonds mondial (millions \$)	Montant décaissé par le Fonds mondial rapporté au nombre de PVVIH (\$/pers)
Bénin	1,2%	60,2	58%	780	77,17	1281/pers
Burkina Faso	1,2%	110,2	49%	550	62,73	569/pers
Cameroun	5,3%	606,6	38%	1 180	46,47	78/pers
Côte d'Ivoire	3,4%	447,6	37%	1 160	155,90	348/pers
Niger	0,8%	61,2	29%	370	28,04	458/pers
Sénégal	0,9%	59,2	50%	1 090	61,08	1031/pers

Source : Auteurs (projets ANRS 12251 et 12266), d'après données AIDSInfo/UNAIDS

Accès décentralisé au traitement du VIH/sida

Évaluation de l'expérience camerounaise

*Sous la direction de
Fred Eboko
Claude Abé
Christian Laurent*



Un enjeu de santé publique, une réponse scientifique

■ Le contexte

- Des baisses successives des prix des ARV au Cameroun
- Une politique de décentralisation inédite
- Un enjeu national et international

■ Un objectif

- Évaluer un processus en cours et proposer des connaissances objectives

• 4 projets de recherche ANRS concernant ce programme concerté d'évaluation sont déjà en cours

- STRATALL
- EVAL
- POLART
- Passage à l'échelle

EVAL ANRS 12 116

Pr. Moatti (Inserm Marseille), Pr. Abega (UCAC Yaoundé)

« Impact du programme camerounais d'accès aux ARV sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH »

Évaluation de l'impact de l'accès au traitement ARV sur les conditions de vie des PVVS

Observance et efficacité médicale

Qualité de vie

Équité dans l'accès aux ARV

Comportements à risque

Évaluation de l'impact sur le système de santé et notamment sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des PS

Changements introduits dans l'organisation des soins

Impact sur les connaissances et pratiques médicales

EVAL ANRS 12 116

Pr. Moatti (Inserm Marseille), Pr. Abega (UCAC Yaoundé)

EVAL, une enquête en 3 phases comportant:

Un volet quantitatif :

Enquête transversale auprès d' un **échantillon aléatoire de 3151 adultes VIH+** interrogés dans **27 CTA/UPEC** (taux de réponse= 90%)

Enquête transversale auprès d' un échantillon de **317 personnels soignants** des 27 mêmes CTA/UPEC

Recueil de données sur l' offre de soins

Un volet qualitatif

Entretiens auprès de patients

Entretiens auprès de soignants

EVAL ANRS 12 116 - Principaux résultats

Les résultats du programme

Des résultats encourageants obtenus par les services VIH décentralisés

Gain moyen en CD4 chez les patients traités depuis au moins 6 mois non différent de celui obtenu au niveau central: 12.5 cellules / μ l / mois

Qualité de vie physique comparable à celle obtenue au niveau central et qualité de vie mentale meilleure

STRATALL ANRS 12 110

Pr. Delaporte (IRD Montpellier), Dr Kouanfack (HCY Ydé)
Volet sciences sociales : Pr. Moatti (INSERM), Pr. Abega (UCAC)

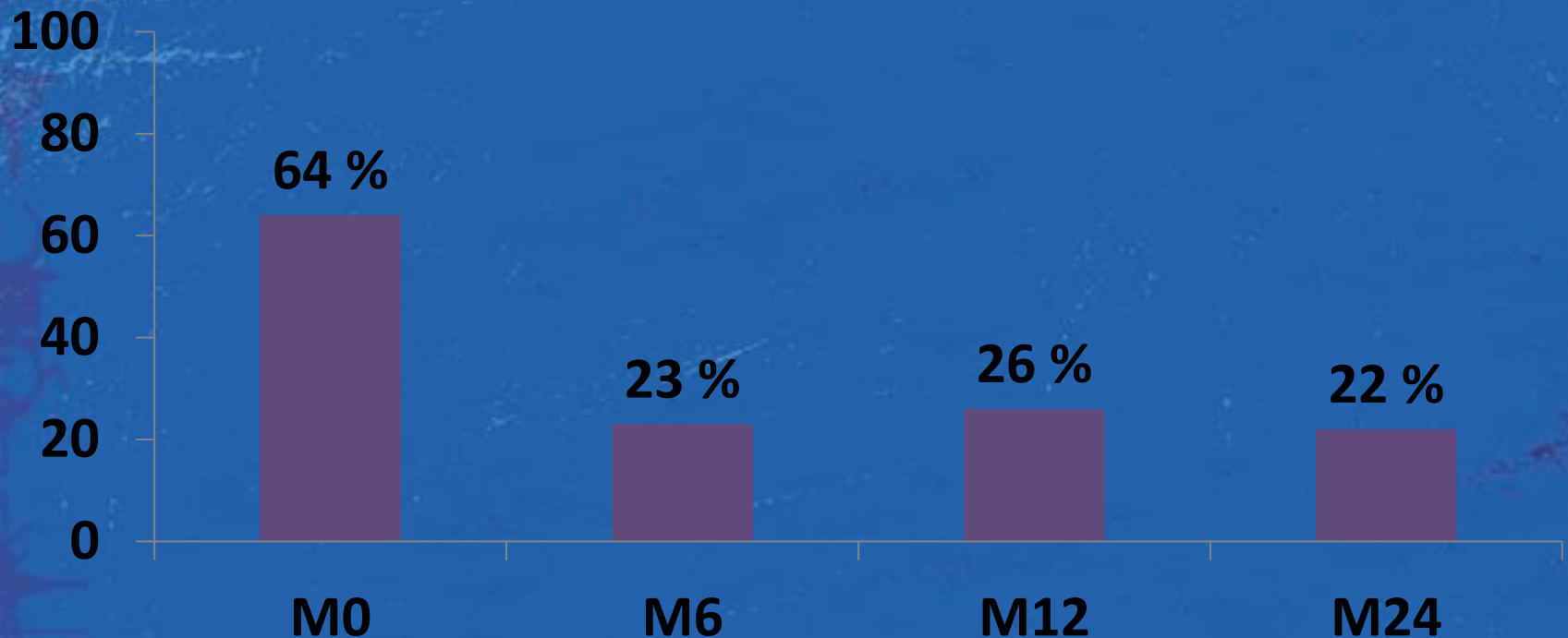
« Décentralisation de l' accès antirétroviral en Afrique :
Évaluation de la prise en charge des patients sous ARV dans
des hôpitaux de district selon une approche de suivi allégé »

■ Objectifs du volet sciences sociales

- Évaluation de la stratégie «allégée» du point de vue :**
 - de la qualité de vie**
 - de l' observance**
 - de la faisabilité socio-économique**

Results

Proportion of patients susceptible to transmit HIV among those having sexual activity during follow-up (n=361)



POLART ANRS 12 120

Dr F. Eboko (IRD/FPAE), Pr. Sindjoun (GRAPS, Un. Ydé 2)

« La problématique de l'accès aux médicaments contre le sida au Cameroun. Enjeux, avancées, limites et perspectives de la décentralisation d'une offre de soins »

■ Objectifs :

- Identifier les acteurs de la décentralisation des ARV et de la prise en charge
- Analyser leurs rôles et la configuration qu'ils présentent
- Analyser l'effet de l'implication des partenaires extérieurs dans le processus de décentralisation
- Appréhender les facteurs qualitatifs qui différencient la PEC d'un site à l'autre

Quelques enseignements

Une déconcentration massive

Une répartition inégale des acteurs sur le territoire camerounais.

❑ Vers une décentralisation négociée?

Pas de lien de cause à effet entre les dynamiques épidémiologiques et le déploiement des acteurs internationaux

➤ Le Sud, l' Adamaoua et l' Est : provinces « abandonnées » ?

Néanmoins le processus de prise en charge par les ARV est plutôt massif, continu et d' une envergure inédite sur le territoire camerounais

L'apport du Programme Camerounais aux questions internationales

- Soutenabilité financière à long terme et gratuité de l'accès aux médicaments ?
- Degré optimal de la décentralisation pour permettre le passage à l'échelle ?
- Nouvelle répartition des tâches entre soignants (« task shifting ») pour trouver des solutions à la crise des « ressources humaines » ?
- Impact du programme SIDA sur la lutte contre les autres maladies (tuberculose, paludisme) et sur le renforcement global du système de santé ?

L'apport du Programme Camerounais aux questions internationales

- Soutenabilité financière à long terme et gratuité de l'accès aux médicaments ?
- Degré optimal de la décentralisation pour permettre le passage à l'échelle ?
- Nouvelle répartition des tâches entre soignants (« task shifting ») pour trouver des solutions à la crise des « ressources humaines » ?
- Impact du programme SIDA sur la lutte contre les autres maladies (tuberculose, paludisme) et sur le renforcement global du système de santé ?

An Assessment of the Interactions between health systems and disease-targeted programs

(on behalf of the Maximizing Positive Synergies Collaborative Group)

WHO MPSCG et al., *Lancet*, 2009; 373: 2137–69

« Quoique variable, l’impact des programmes ciblés sur les trois pandémies s’est avéré plutôt positif dans l’ensemble, et a notamment permis d’attirer l’attention sur les déficiences des systèmes de santé des pays concernés ».





Gouvernance et sida en Afrique : comprendre et renforcer l'action des instances de coordination nationale (CCM) du Fonds mondial. Une approche comparée Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun

ANRS 12315 (2014-2016)

Investigateurs :

Dr F. Eboko (IRD)

Dr M. Enguéléguélé (IAG, Dakar)

Points focaux:

Sénégal : Pr. Sylvain. L. Faye, Dr F. Hane

Côte d'Ivoire : Dr M. Oga/ Dr X. Anglaret (PAC-CI)

Cameroun : Dr M. Same-Ekobo

Présentation

Dr Fred Eboko, IRD

**UMR 912 SESSTIM Marseille / IAG Dakar
& le Groupe Gouvernance**

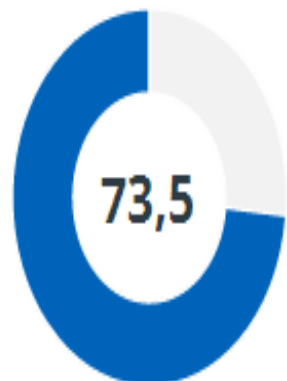
Eléments de contextualisation

Des indicateurs socioéconomiques et sanitaires qui inspirent une hypothèse

(Source : Indice Ibrahim de la gouvernance en Afrique :
www.moibrahimfoundation.org/fr/interactives/)



SCORE /100



Score Global

Développement Humain

Protection Sociale

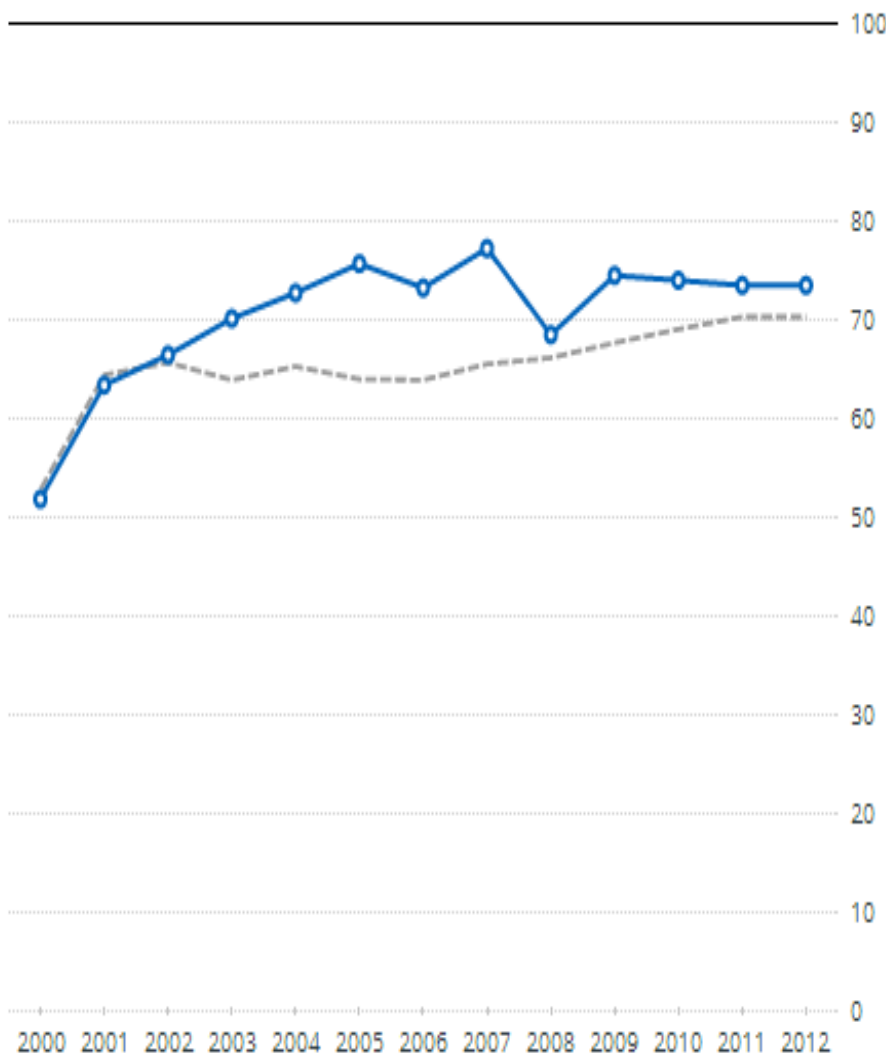
Enseignement

> Santé

Résultats par pays



Les scores du Sénégal sont supérieurs à la moyenne du continent (51,6), et supérieurs à la moyenne de la région (52,5) Afrique de l'Ouest.



Source: Indice Ibrahim de la Gouvernance en Afrique (IIAG), 2013

Informations pays

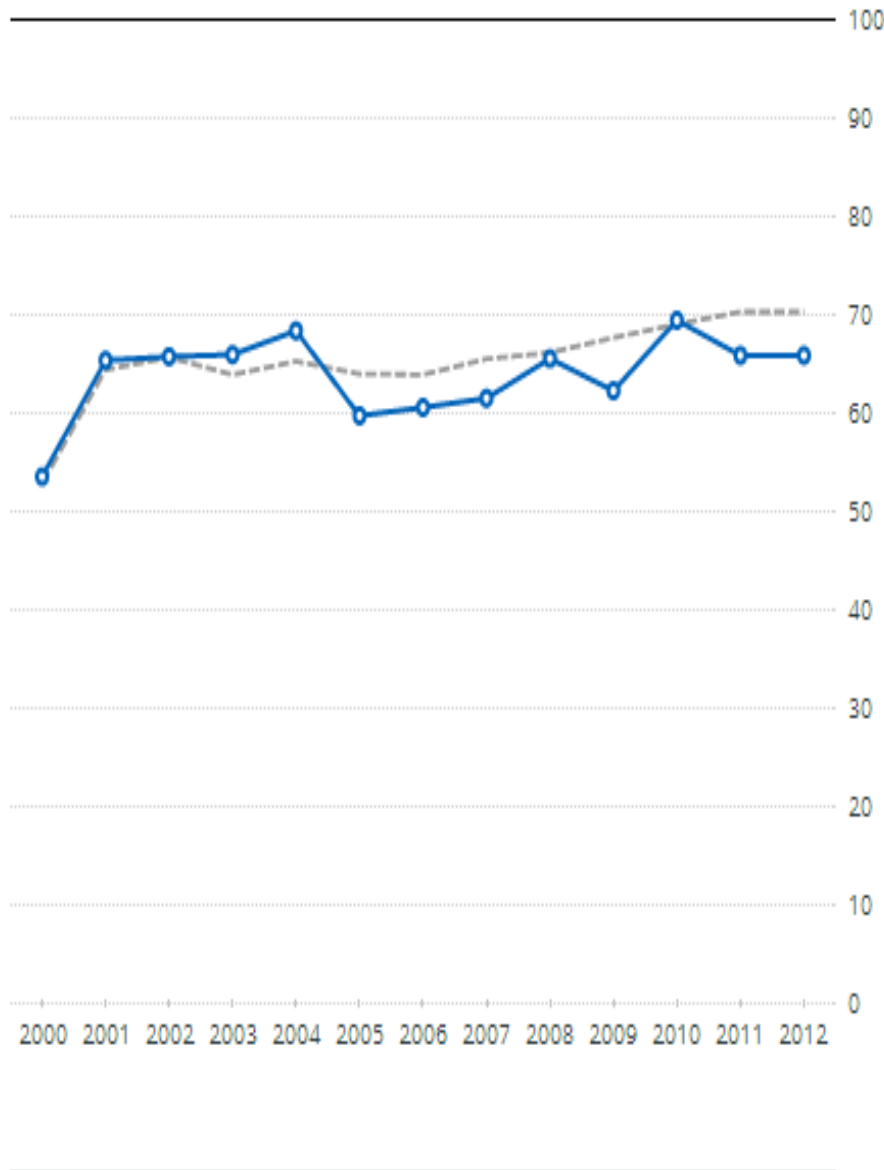
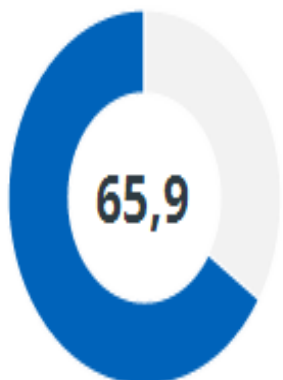
- Chef d'État ou de gouvernement: Macky Sall depuis 2012
- Région: Afrique de l'Ouest
- Niveau de revenu: Intermédiaire, tranche supérieure
- Population: 13,7 million
- Superficie du terrain: 197 000 km²
- PIB (\$US): \$14,2 milliards
- PIB par habitant (\$US): \$1
- Espérance de vie à la naissance: 59
- APD nette reçue par habitant (\$US): \$78.7

Indicateurs :

- Mortalité maternelle
- Mortalité infantile
- Vaccination (rougeole et DTP)
- Traitements par antirétroviraux
- Maladies (paludisme et tuberculose)
- Sous-alimentation



SCORE /100



Score Global

- Développement Humain
- Protection Sociale
- Enseignement
- > Santé

Résultats par pays

Les scores de la Côte d'Ivoire sont inférieurs à la moyenne du continent (51,6), et inférieurs à la moyenne de la région (52,5) Afrique de l'Ouest.

Source: Indice Ibrahim de la Gouvernance en Afrique (IIAG), 2013

Informations pays

- Chef d'État ou de gouvernement: Alassane Dramane Ouattara depuis 2010
- Région: Afrique de l'Ouest
- Niveau de revenu: Intermédiaire, tranche supérieure
- Population: 19,8 million
- Superficie du terrain: 322 460 km²
- PIB (\$US): \$24,7 milliards
- PIB par habitant (\$US): \$7
- Espérance de vie à la naissance: 55
- APD nette reçue par habitant (\$US): \$74.1

Indicateurs :

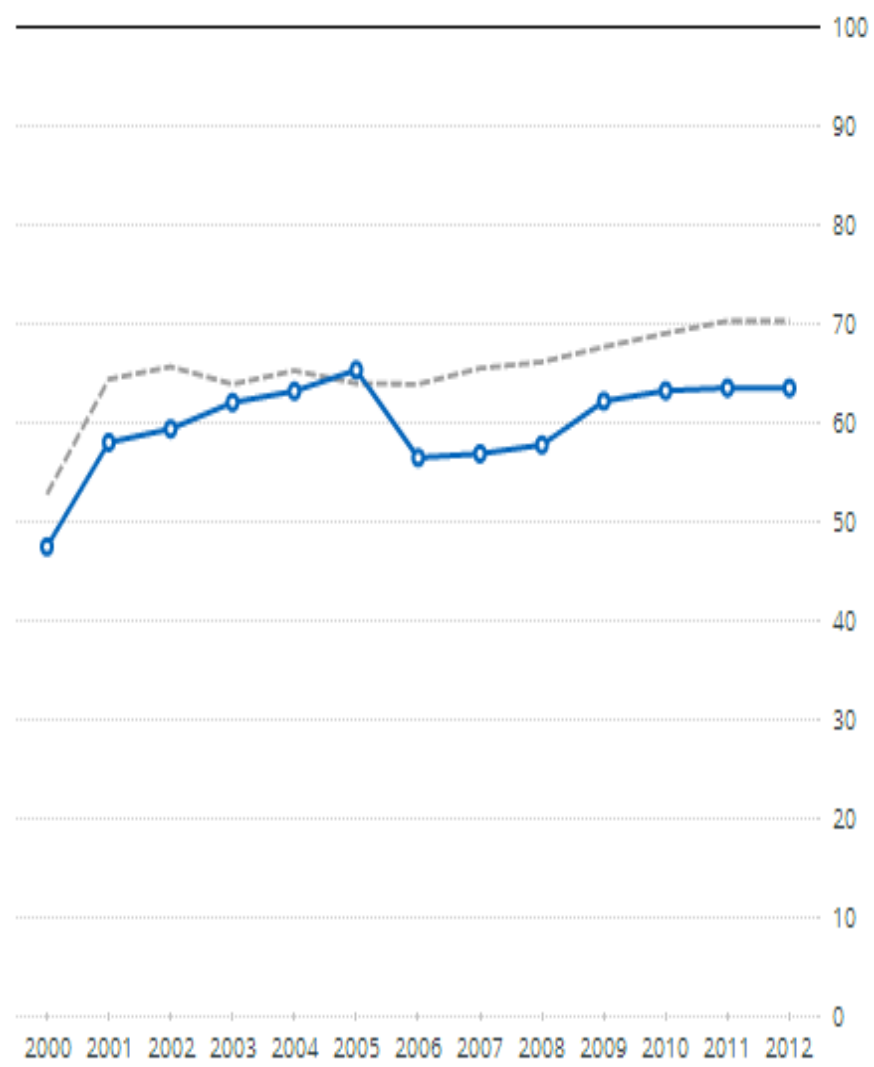
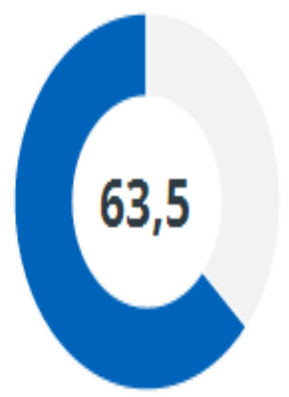
- Mortalité *maternelle*
- Mortalité *infantile*
- Vaccination (*rougeole et DTP*)
- Traitements par *antirétroviraux*
- Maladies (*paludisme et tuberculose*)
- *Sous-alimentation*



Informations pays

- Chef d'État ou de gouvernement: Paul Biya depuis 1982
- Région: Afrique centrale
- Niveau de revenu: Intermédiaire, tranche supérieure
- Population: 21,7 million
- Superficie du terrain: 476 000 km²
- PIB (\$US): \$25,0 milliards
- PIB par habitant (\$US): \$2
- Espérance de vie à la naissance: 52
- APD nette reçue par habitant (\$US): \$28.9

SCORE /100



Score Global

- Développement Humain
- Protection Sociale
- Enseignement
- > Santé

Résultats par pays

Les scores du Cameroun sont inférieurs à la moyenne du continent (51,6), et supérieurs à la moyenne de la région (40,1) Afrique centrale.

Indicateurs :

- Mortalité maternelle
- Mortalité infantile
- Vaccination (rougeole et DTP)
- Traitements par antirétroviraux
- Maladies (paludisme et tuberculose)
- Sous-alimentation

Source: Indice Ibrahim de la Gouvernance en Afrique (IAG), 2013

Définir « la gouvernance »

- **Processus de mise en œuvre d'une action publique par des acteurs appartenant à des institutions différentes, aux agendas distincts et portés par un objectif commun « officiellement » admis par tous.**
- **Origine ancienne (Grecs anciens) mais sanctuarisée par la gestion («*corporate governance*») : « l'ensemble des mécanismes de coordination réglant l'organisation interne de l'entreprise dans le but d'une plus grande efficacité » [Tournier, 2007: 68]**
- **En réalité, l'utilisation contemporaine de la notion de gouvernance marque un tournant en sciences sociales en reconnaissant l'importance et le pouvoir des acteurs non-gouvernementaux [Hyden & Bratton, 1992 : 329]**
- **Cf. World Bank, 1989, *De la crise à la croissance durable*, WDC.**

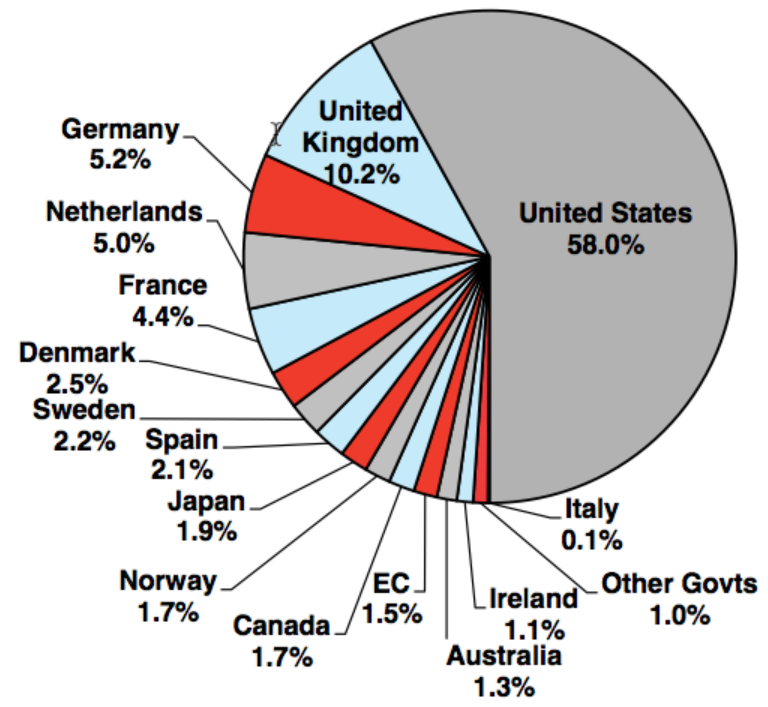
Dépendance (sida) des pays aux financements de l' aide extérieure et du **Fonds mondial**

- **Sénégal : 75% (dont 55% du Fonds mondial)**
- **Côte d' Ivoire : 81% (6% du Fonds mondial; 5% Banque mondiale; PEPFAR 63%; autres partenaires 7%)**
- **Cameroun : 74 % (47,4% du Fonds mondial)**
- **La dépendance, entre stratégie politique et contrainte économique?**



International AIDS Assistance: G8/EC & Other Donor Governments as Share of Total Disbursements, 2009

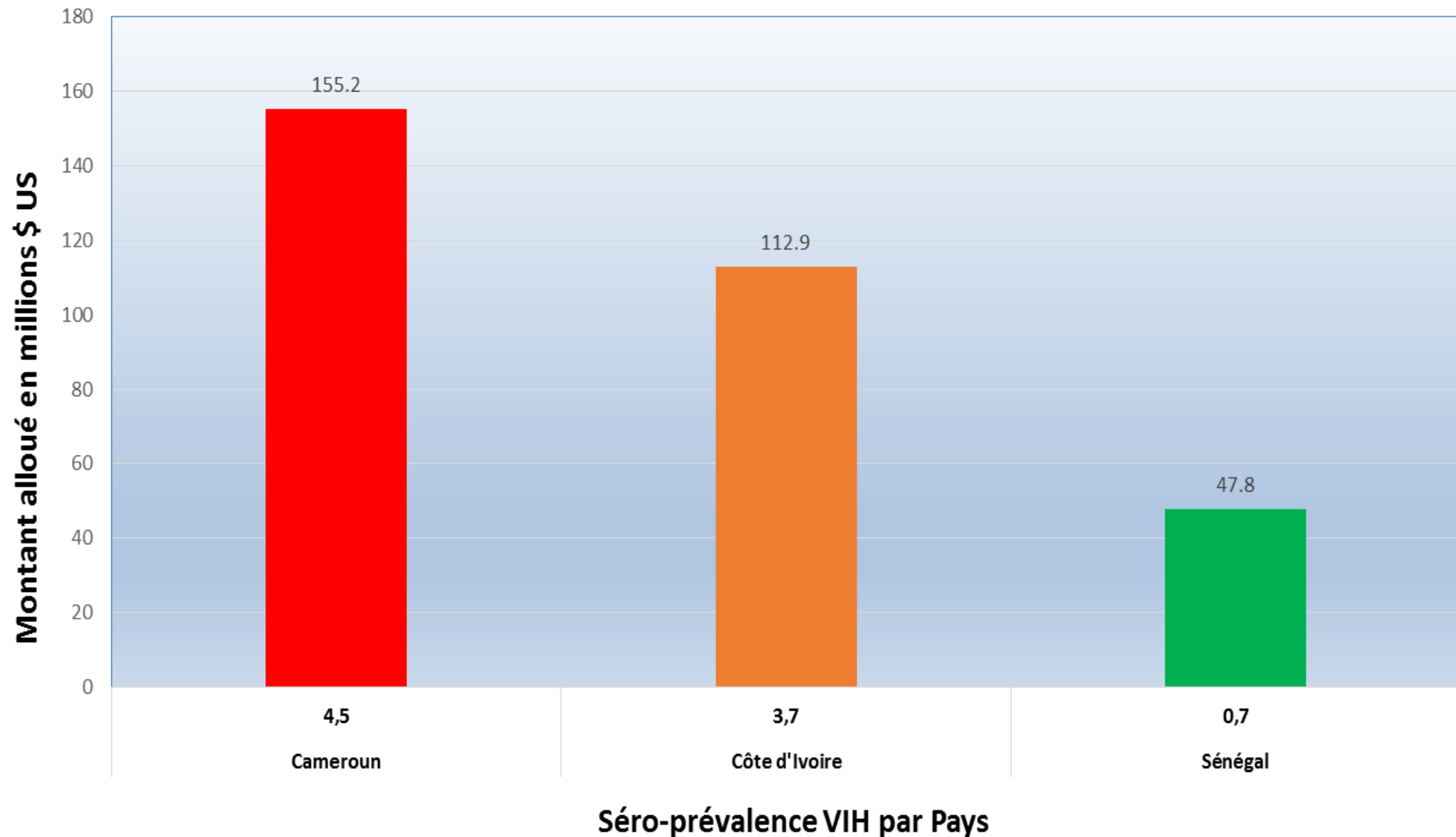
USD billions



\$7.6 billion

Volume des nouveaux financements alloués

Financement VIH Fonds Mondial 2014-2016



Objectifs

Objectif principal :

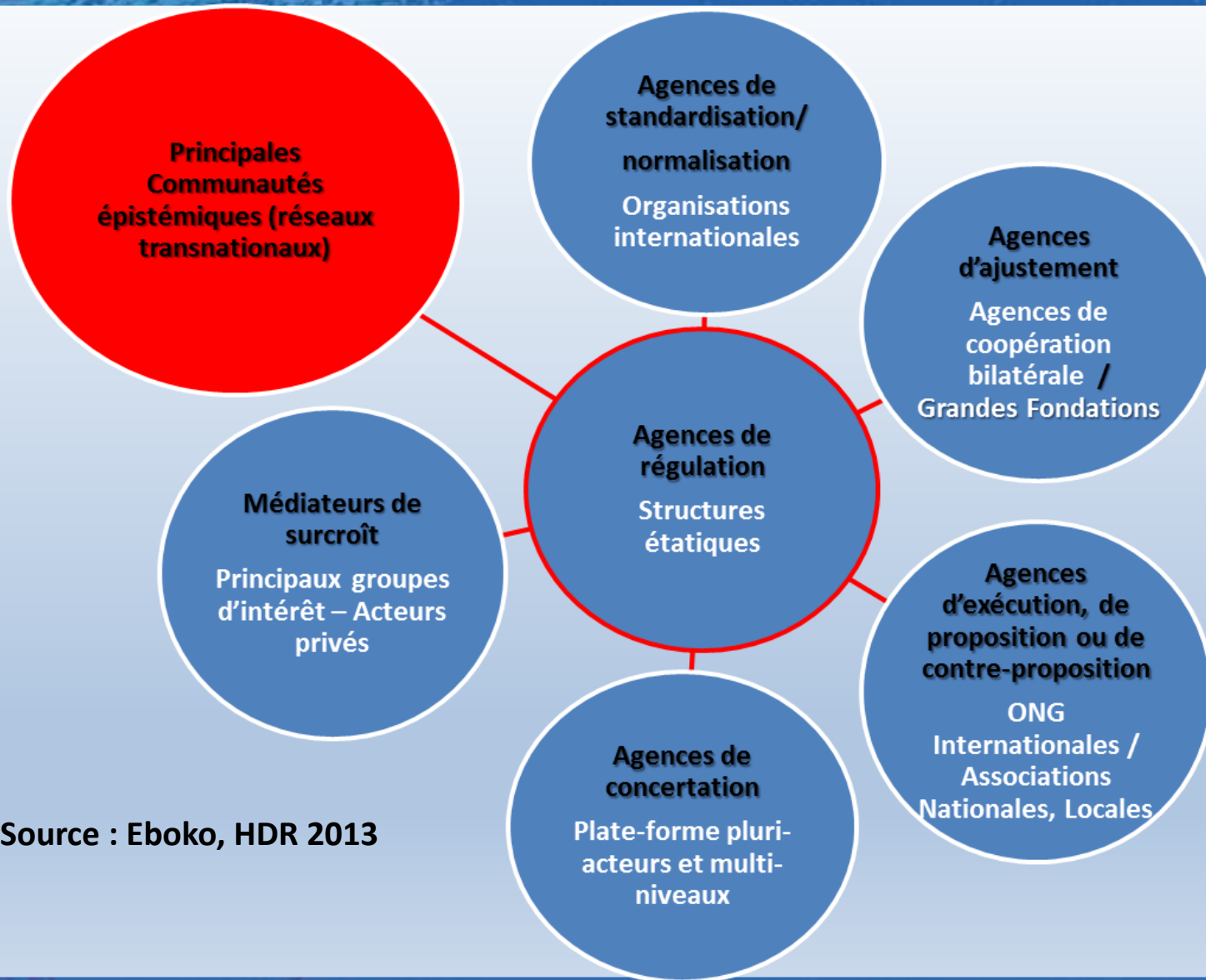
“Comprendre pour agir” sur la coordination et la gouvernance des CCM en décrivant comment le travail de concertation et de négociation entre les acteurs des CCM est le produit des trajectoires politiques *spécifiques* des différents Etats africains dans le champ du sida.

La comparaison entre le Sénégal, la Côte d’Ivoire et le Cameroun permet de contraster trois trajectoires très différentes, de la “participation active” aux reconfigurations de “l’adhésion passive”

Objectifs secondaires :

1. Comparer et Partager, au fur et à mesure de l’avancement de la recherche les enseignements des enquêtes auprès des membres des CCM
2. Effectuer une cartographie des acteurs et documenter les rapports de force/de pouvoir entre les différentes catégories d’acteurs (gouvernement, partenaires bilatéraux, multilatéraux, “société civile”, partenaires privés, etc.)
3. Créer un réseau de connaissances et une communauté de pratique avec les membres du CCM
4. Mettre en place une stratégie de restitution inclusive

Proposition d'un outil d'analyse : *une matrice de l'action publique en Afrique*



Source : Eboko, HDR 2013

Quelques éléments de méthode

- **Etude documentaire**
- **Observation participante au sein des CCM**
- **Entretiens semi-directifs avec des acteurs de chaque catégorie de partenaires**
 - ✓ **Thèmes communs**
 - ✓ **Thèmes spécifiques**

CCM-SN / Secteurs



CCM-CI / Secteurs



CCM-CM / Secteurs



Hypothèses

- Hypothèse principale : Les spécificités nationales du fonctionnement des CCM ne reflètent que très partiellement les niveaux de dépendance à l'aide financière internationale. Le différentiel entre les pays porte sur les contradictions et les faiblesses du lien entre « gouvernance » et « compétences » et les collisions entre « *policies* » et « *politics* », autant au plan de la gouvernance globale du sida qu'au niveau national des pays africains.
- En d'autres termes, l'ethos du pouvoir dans un pays (la manière de gouverner) oriente la régulation des forces au sein du CCM qui peut, en retour, induire des modifications et influencer des nouvelles modalités de fonctionnement « collégial » en son sein.
- La différence, d'un pays à l'autre est la construction, à long terme ou pas de « communautés épistémiques » : « *Ce sont des réseaux de professionnels ayant une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier qui peuvent faire valoir un savoir pertinent sur les politiques publiques* » [Haas, 1992 : 4].

Quelques enjeux

- ✓ Dépolitisation des politiques publiques de santé ?
- ✓ Décision collégiale vs rapports de pouvoir

Question des « conflits d'intérêt »?

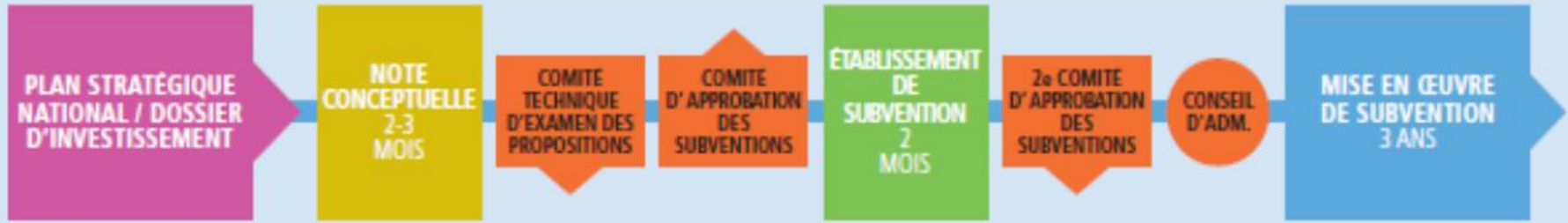
- ✓ Participation, représentativité, plaidoyer
- ✓ Pérennité, institutionnalisation d'une plateforme multi acteurs et multi niveaux

Turn-over des partenaires internationaux

- ✓ Changements clés « Nouveau modèle de financement » (*New Funding Model*) / New Aid Modalities ?

FONCTIONNEMENT DU NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT

DIALOGUE PERMANENT AVEC LE PAYS



Globalement, le nouveau modèle de financement du Fonds mondial a été conçu de manière à donner vie à la stratégie du Fonds mondial d'investir pour garantir l'impact.

La demande de financement repose sur le plan stratégique national du pays (PSN 3G) ou, dans le cas du VIH, sur le dossier d'investissement présenté à l'ONUSIDA. Il est très important d'élaborer ces documents au travers d'un « dialogue pays » ouvert à l'ensemble des parties prenantes mais tout spécialement aux populations clés.

Source: The Global Fund, 2014

Conclusion

- **Le NFM illustre une adaptation des pays africains au New Public Management: performance, rationalisation de la gestion sur un modèle entrepreneurial, réduction de la frontière entre gestion publique et management privé**
- **Crise financière internationale vs renouveau de la croissance en Afrique: renforcement de la mobilisation des ressources intérieures?**
- **La réponse appartient aux modalités de la gouvernance dans chaque pays.**

II –

La santé globale : beau mythe, dures réalités?

Les maladies déclassées/oubliées
Reclassement de la TB et du paludisme
Délaissement des hépatites?

La santé globale existe-t-elle? / Does Global Health Exist?

Face A Face. Regards sur la santé, n° 12/2013.
Celia Almeida, Fred Eboko, Jean-Paul Moatti (Eds)
<http://faceaface.revues.org>

La santé globale : un agenda contre les inégalités?

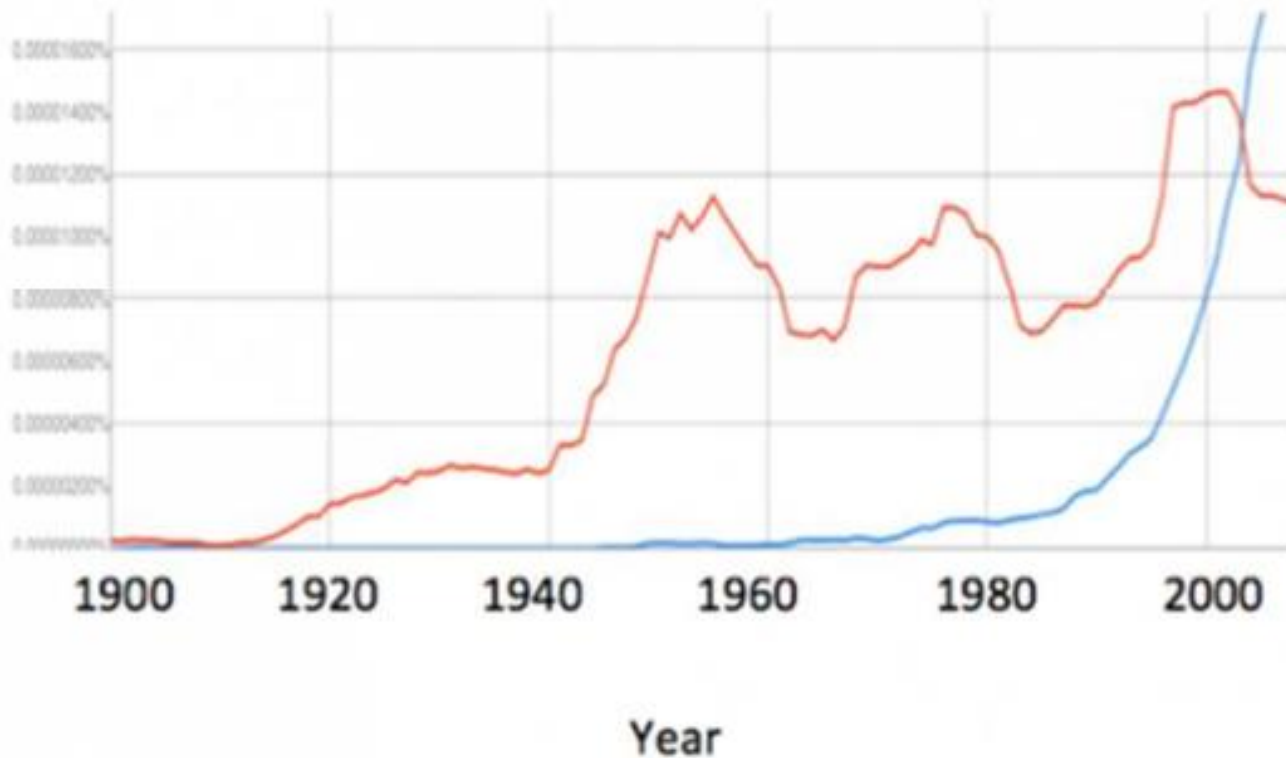
- . « La santé globale peut être entendue comme le *résultat de l'influence permanente et réciproque entre les relations internationales et les problèmes de santé* » (Almeida, Eboko, Moatti, 2013).
- . Elle peut également constituer la réponse à la question : « How can a health system efficiently provide health services to all who need them? » (Farmer, Kleinman, Kim, Basilico, 2013).
- . Elle induit donc une piste, entre réflexion, recherches et action : « **The health of individuals and populations (...) requires a broad-based agenda of social change.** » (Farmer et al, op. cit).

La santé internationale contre la santé globale?

- . Une évolution exponentielle du terme « Global », au détriment de l'acceptation « International »
- Cf. Garay J., Harris L. & Walsh J., « Global health: evolution of the definition , use et misuse of the terme », in Almeida, Eboko, Moatti, op. cit.
- De la « santé internationale » à la « santé globale »

- global health
- international health

Use of term,
(as % of all
"same-n
Ngrams"
for that
year)





Le paludisme au temps du
sida

Quelques chiffres

- 4ème journée mondiale de lutte contre le paludisme : 25 avril
- Sont concernés : Plus de 40 % de la population mondiale qui vit dans les zones intertropicales
- 106 pays dont 45 Etats africains
- En Afrique, un enfant de moins de 5 ans meurt du paludisme toutes les 45 secondes.

Distribution de la malaria dans le monde

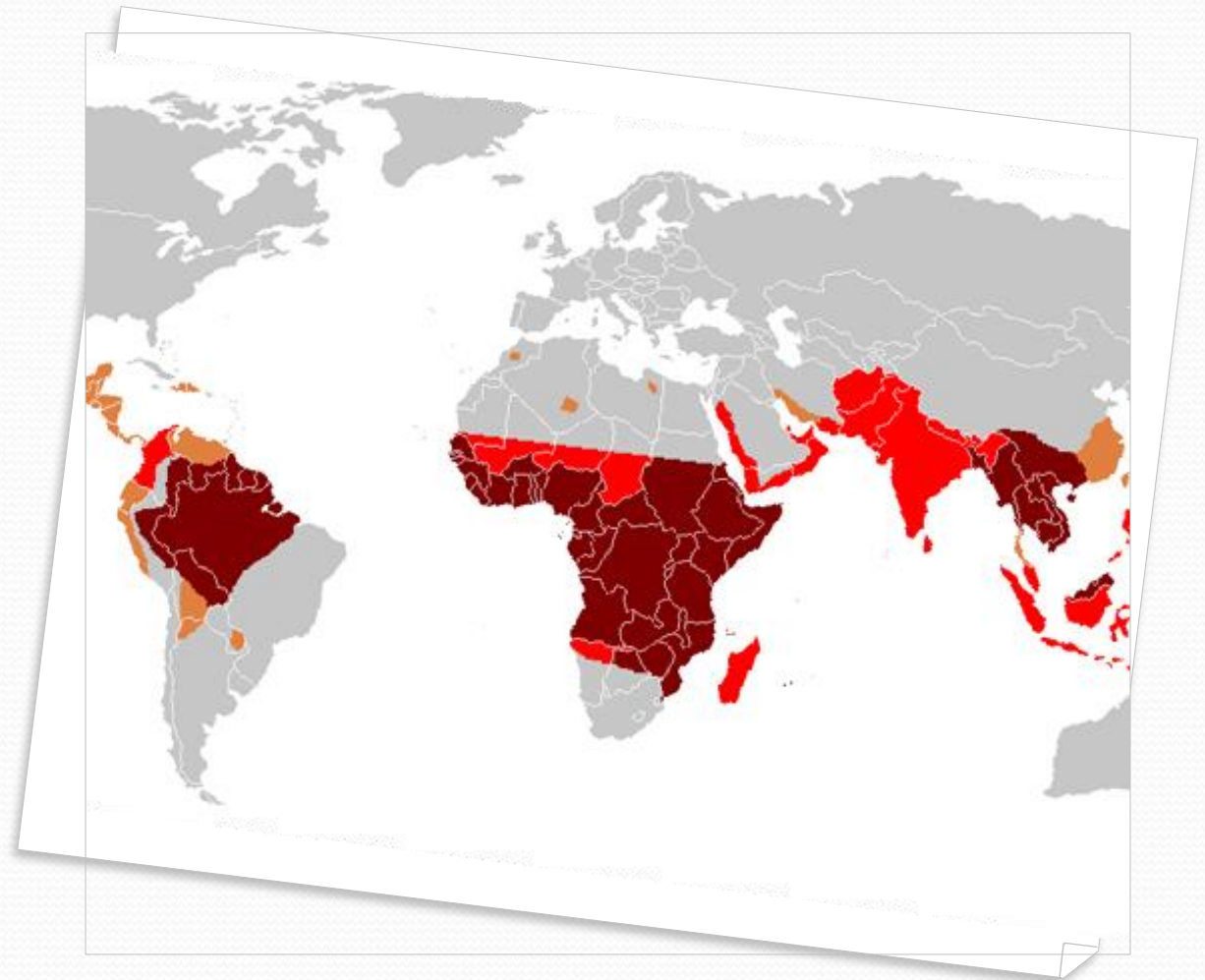
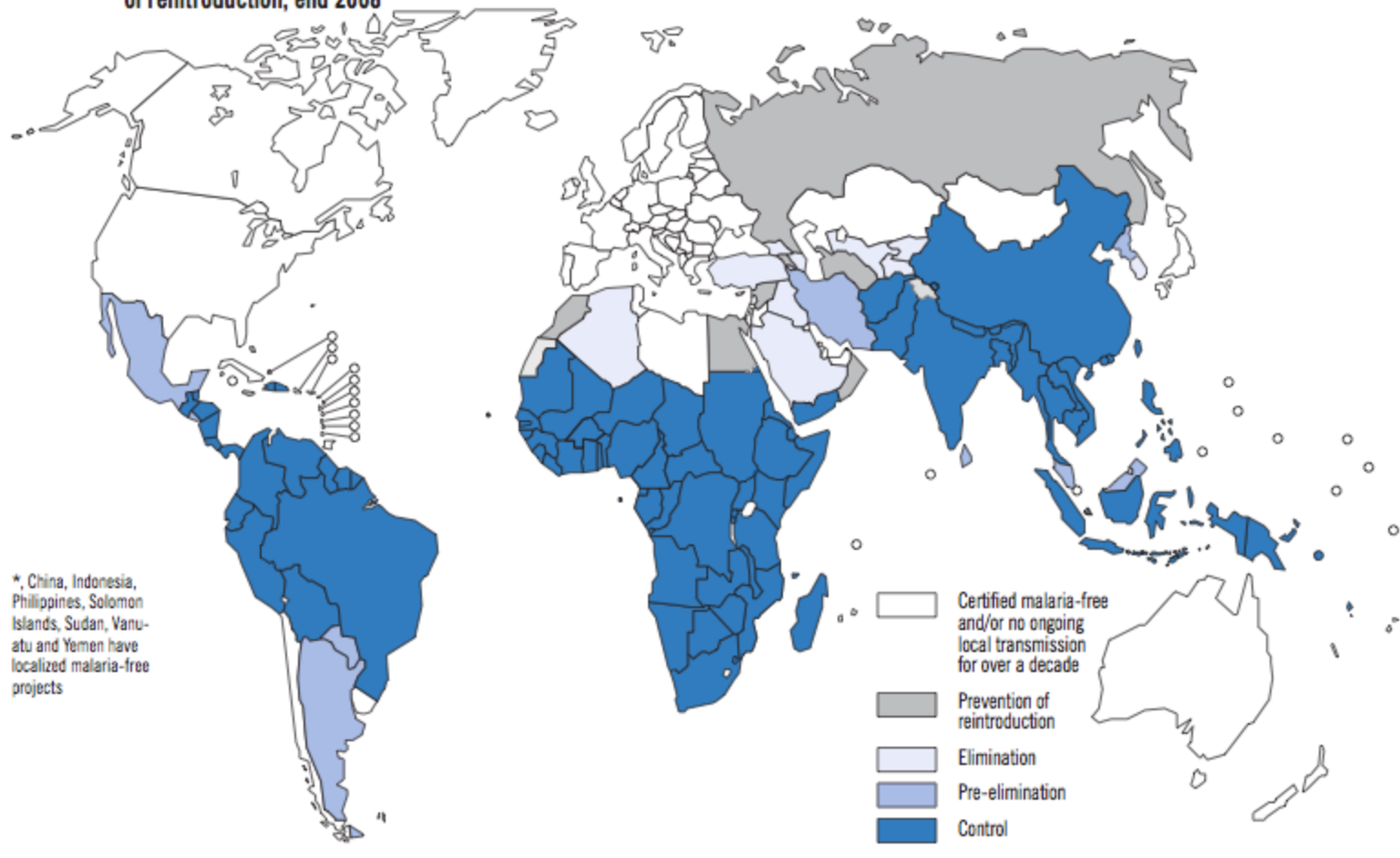


Figure 5.2 Malaria-free countries and malaria-endemic countries in phases of control*, pre-elimination, elimination and prevention of reintroduction, end 2008



CASES (in thousand s)	2000	2009	DEATH S	2000	2009
African	173 000	176 000		900 000	709 000
Americas	2 800	1 100			
Eastern Med.	15 000	12 000		18 000	16 000
European	47	1			
South- East Asia	38 000	34 000		58 000	49 000
Western Pacific	2 800	2 300			5 300
World	233 000	225 000		985 000	781 000
Lower bound	181 000				628 000



La tuberculose (1)

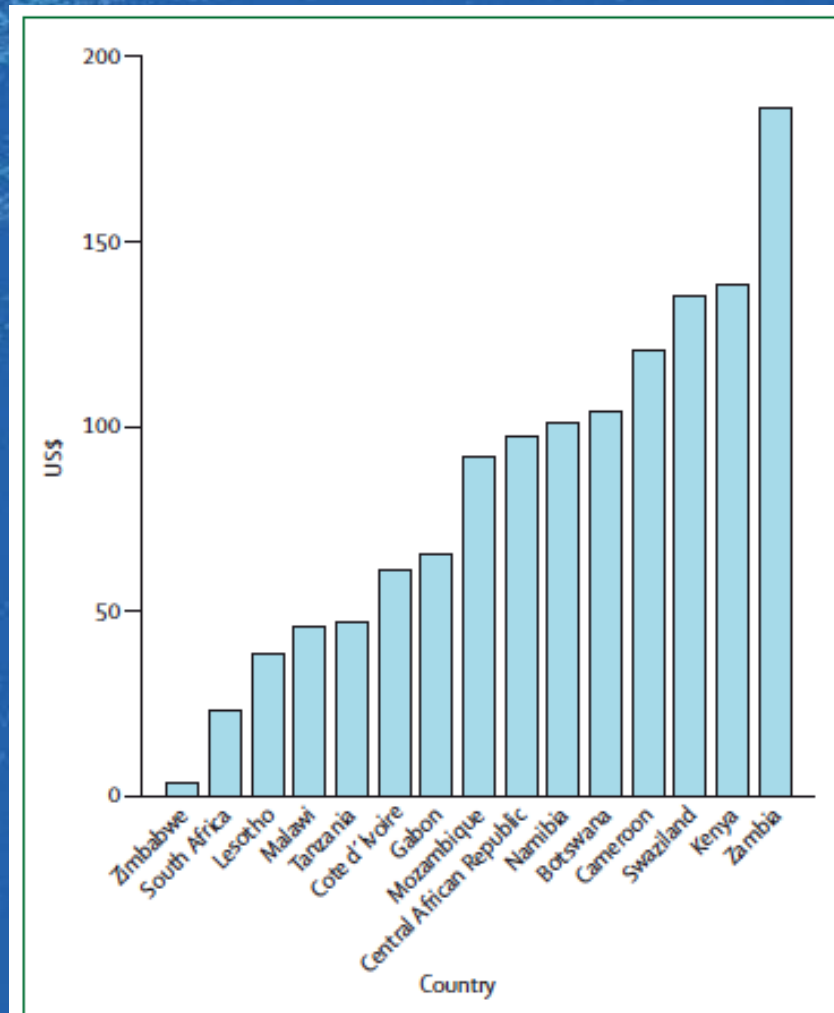
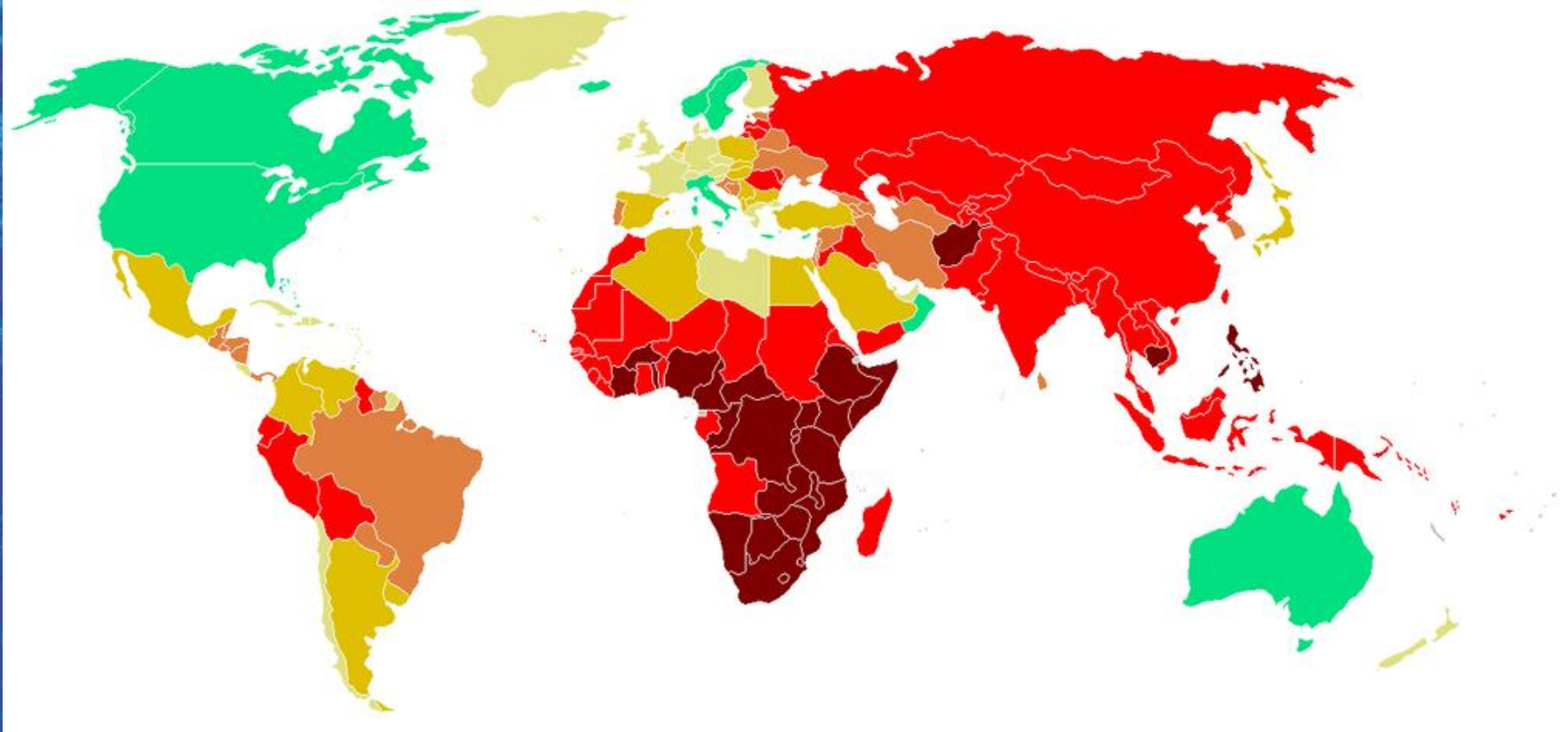


Figure 1: Average donor support per person with HIV/AIDS for the 15 African countries with the highest adult HIV prevalence in 2004

- + de 300 cas (pour 100 000 habitants)
- 100-300 cas
- 50-99 cas
- 10-24 cas



La tuberculose (2)

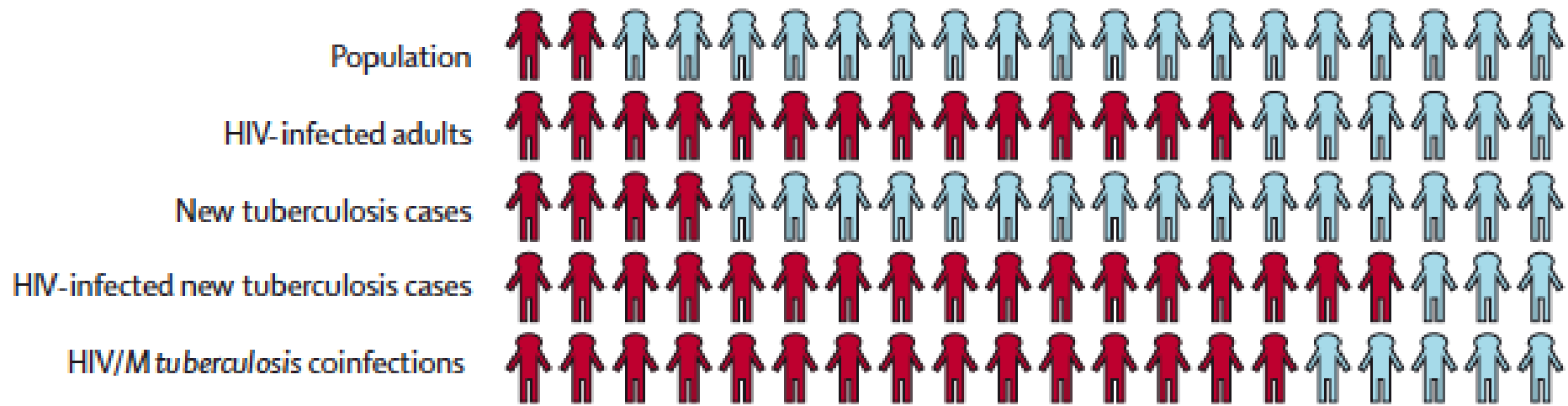


Figure 2: Disproportionate burden of HIV, HIV-related tuberculosis, and *M tuberculosis* coinfections in Africa, for 2000

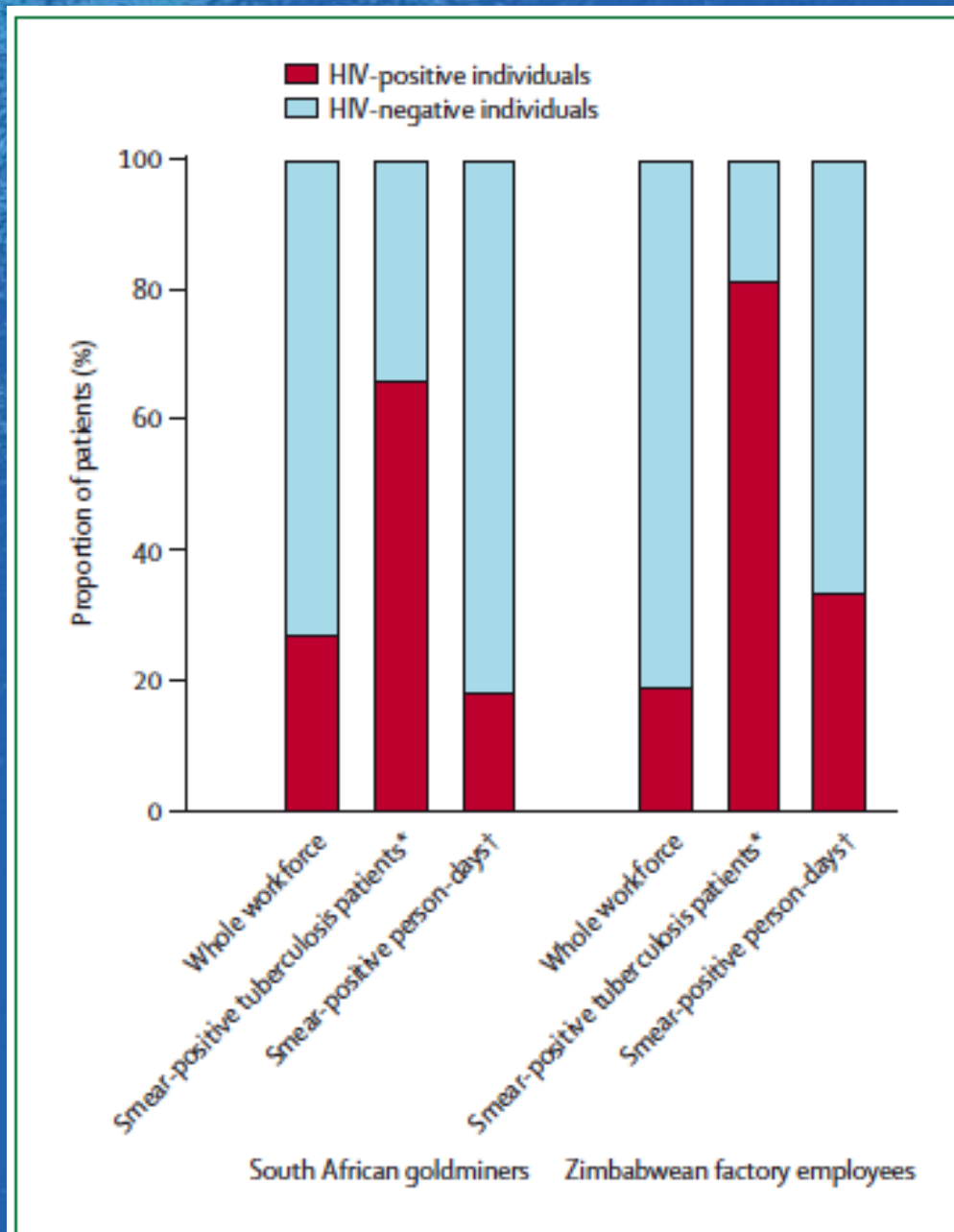


Figure 5: HIV prevalence for workers and tuberculosis patients, and for all person-days with undiagnosed smear-positive tuberculosis

Distribution de la malaria dans le monde

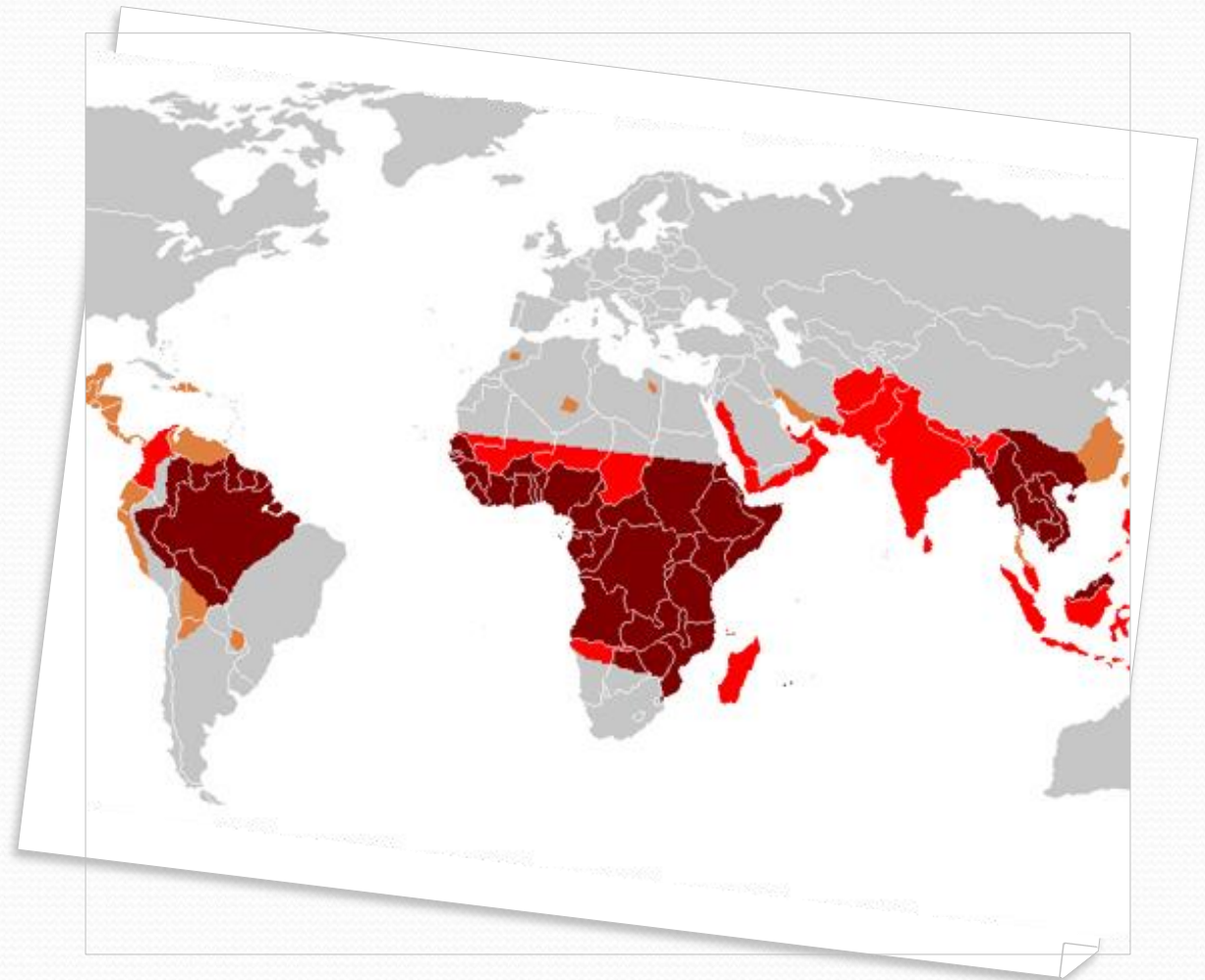
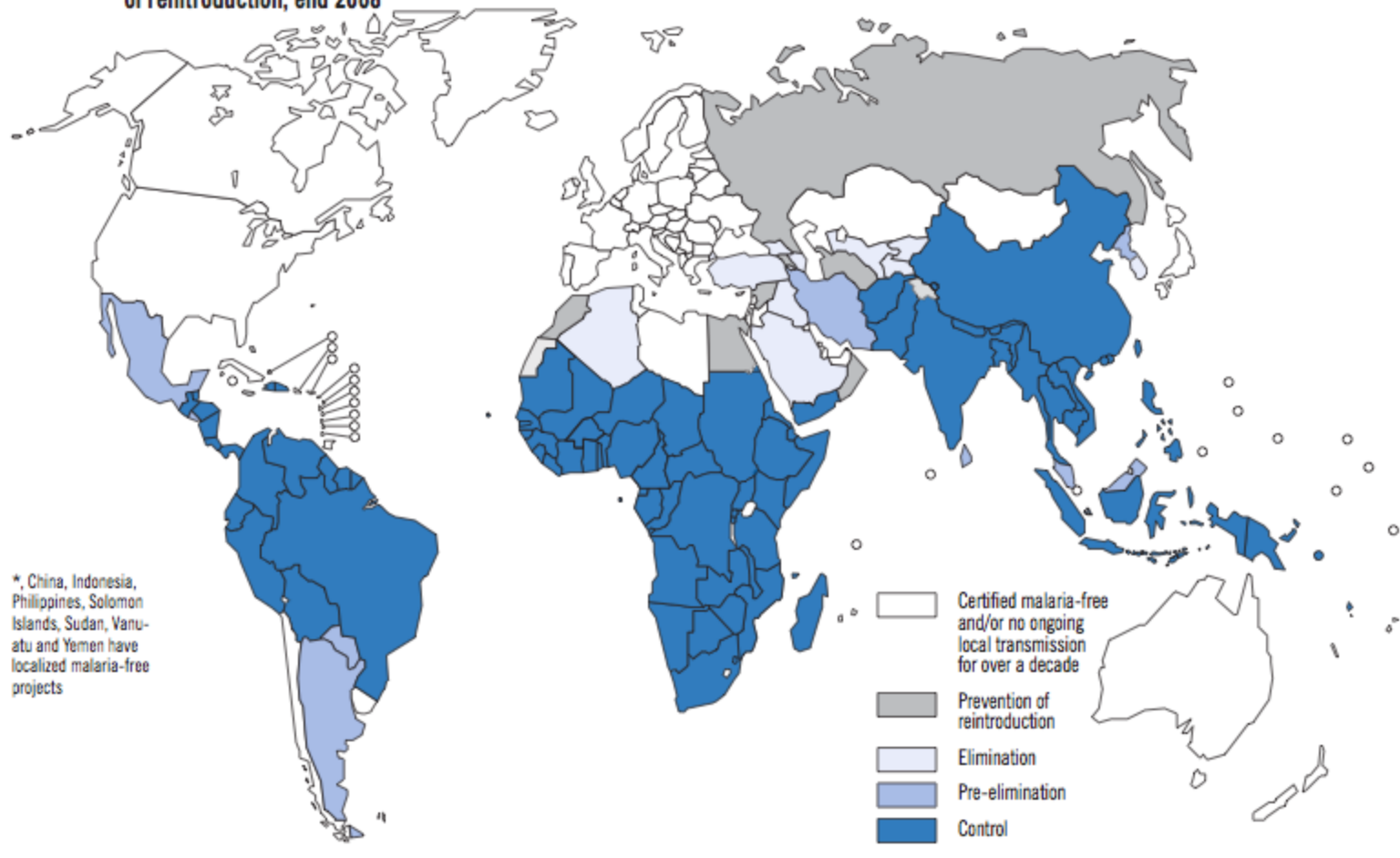


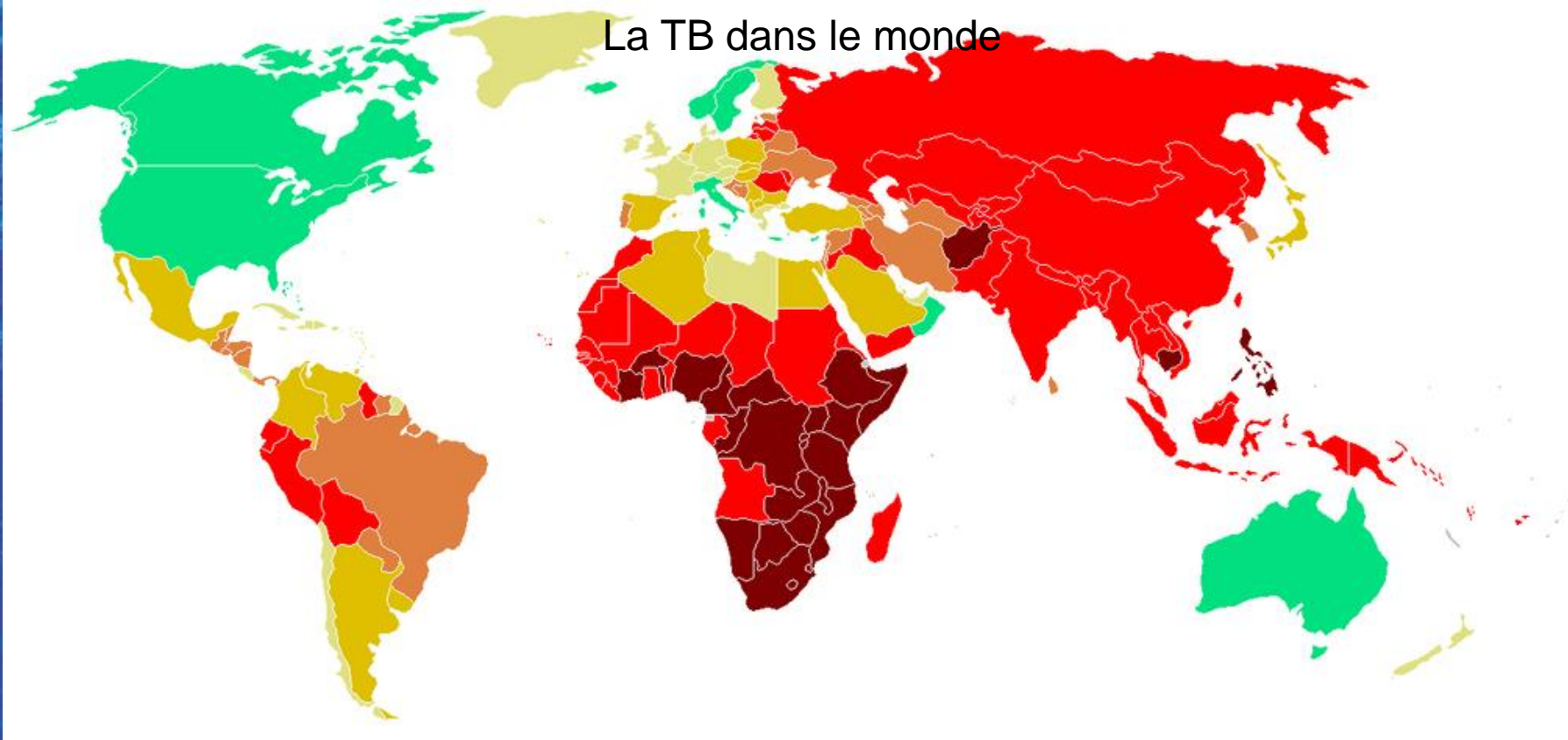
Figure 5.2 Malaria-free countries and malaria-endemic countries in phases of control*, pre-elimination, elimination and prevention of reintroduction, end 2008



CASES (in thousand s)	2000	2009	DEATH S	2000	2009
African	173 000	176 000		900 000	709 000
Americas	2 800	1 100			
Eastern Med.	15 000	12 000		18 000	16 000
European	47	1			
South- East Asia	38 000	34 000		58 000	49 000
Western Pacific	2 800	2 300			5 300
World	233 000	225 000		985 000	781 000
Lower bound	181 000				628 000

- + de 300 cas (pour 100 000 habitants)
- 100-300 cas
- 50-99 cas
- 10-24 cas

La TB dans le monde



La tuberculose (2)

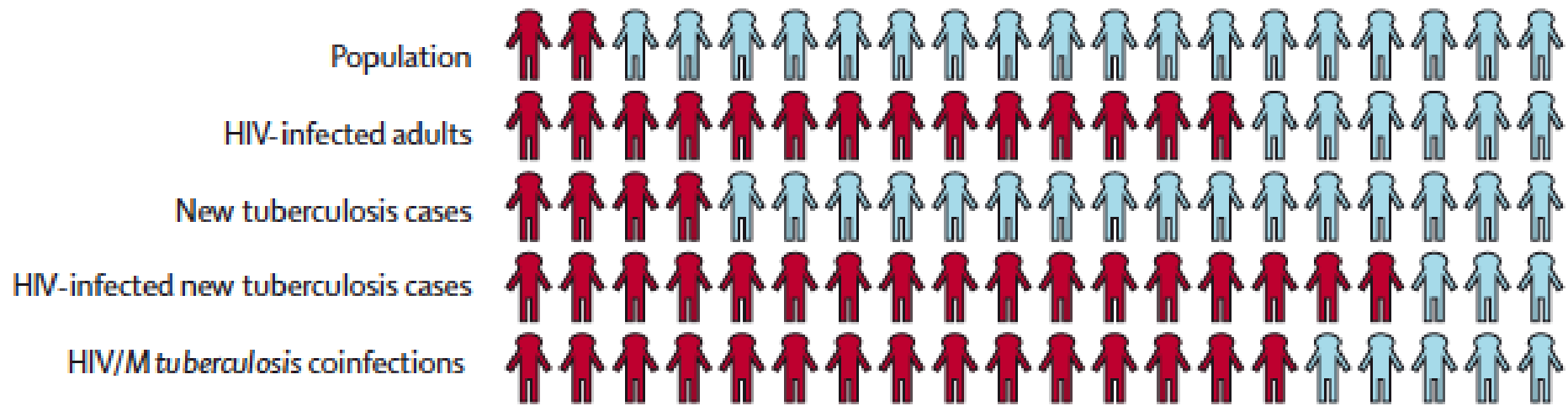


Figure 2: Disproportionate burden of HIV, HIV-related tuberculosis, and M tuberculosis coinfections in Africa, for 2000

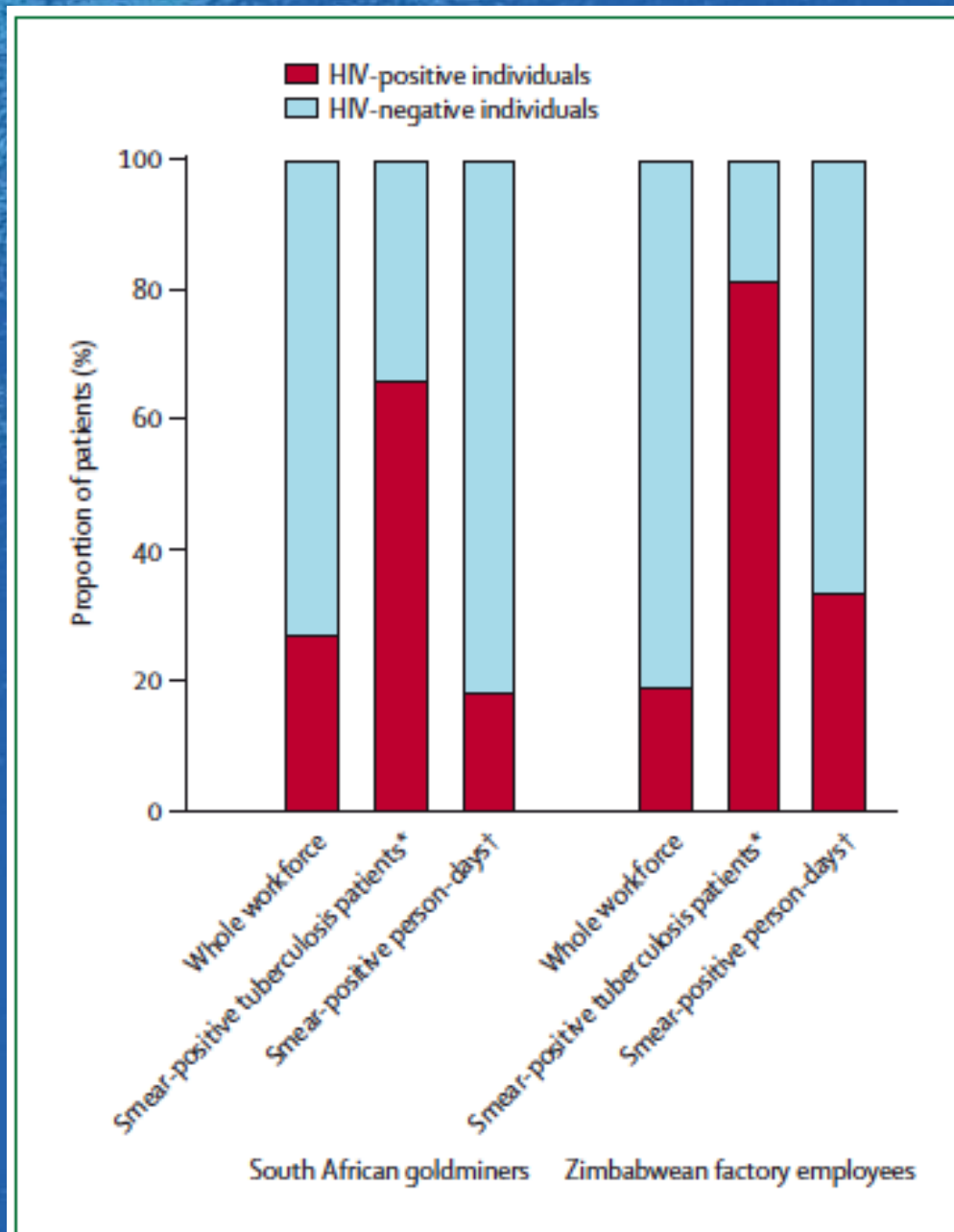


Figure 5: HIV prevalence for workers and tuberculosis patients, and for all person-days with undiagnosed smear-positive tuberculosis

La TB, la maladie de la pauvreté

- En 2012, 8,6 millions de personnes ont été infectées par le Bacille de Koch
- 1,3 million de morts

Programmes internationaux et nationaux contre les trois grandes pathologies (sida, tuberculose et paludisme)

Tableau : programmes internationaux et nationaux contre les trois grandes pathologies (sida, tuberculose et paludisme)

Pathologie	Sida	Tuberculose (TB)	Paludisme
Découverte scientifique du pathogène/cause responsable de la maladie	VIH : 1983	BK : 1886	Plasmodium : 1880/1897
Date de mise en œuvre d'un programme mondial	1986 (Global Programme on AIDS - GPA/OMS) 1996 (ONUSIDA)	2000 « Initiative Halte à la TB » - « Stop TB »/ 2006 : Partenariat « Halte à la TB » (OMS + Banque mondiale)	1998 : Partenariat RBM « Roll Back Malaria » (OMS, UNICEF, PNUD + Banque mondiale)
Principales organisations de coordination	ONUSIDA	Stop TB UICMR 1920/Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires 1956 - OMS	RBM – OMS
Organisation et date des 1ers programmes nationaux (en Afrique)	PNLS - 1986 (Sénégal, Ouganda)	PNLT - 1995 (Côte d'Ivoire) Sénégal (1985)	PNLP - 1995
Journée mondiale (date de la 1 ^{ère})	1 ^{er} décembre (1988)	24 mars (2008)	25 avril (2007)
Nombre total de nouveaux cas recensés Décès en 2011	2,7 millions 1 million de décès/an depuis 1998	9 millions/an 2 millions de décès/an	247 millions de cas en 2011 881 mille décès en 2011
Pourcentage de cas recensés en Afrique subsaharienne (ASS)	68% de cas et 70% des nouvelles infections	80%	90% des cas (212 millions / 247 millions) et 91% des décès (801 000/881 000) en 2011
Principaux bailleurs de fonds	Fonds Mondial Banque Mondiale PEPFAR	Banque mondiale Union Européenne Fonds Mondial	Banque mondiale Fonds Mondial
Recrudescence (+)/baisse de l'incidence (-) depuis l'an 2000 en ASS	(-) dans 33 pays dont 22 en ASS depuis le milieu des années 2000	(+) depuis les années 1980-1990. -	(-) le début des années 2000

Les hépatites : l'incarnation des maladies oubliées?

1- Les hépatites virales B et C sont **très fréquente en ASS**

Prévalence du VHB 10 à 15%

et prévalence du VHC entre 1 et 2% jusqu'à 10% dans certaines régions

2- Elles sont la **principale cause de cirrhose et de cancer du foie** en ASS où le Cancer du Foie est le **PREMIER cancer chez l'homme** et le **TROISIEME cancer chez la femme (le plus souvent Jeunes <40 ans)**

3- La vaccination anti-VHB est encore **insuffisante en ASS** Jemal et al Cancer 2012

4- Le dépistage et le traitement sont quasi inexistantes et onéreux

5- Pourtant **les molécules antivirales existent**

Pour le VHB: le TENOFOVIR est disponible pour les patients VIH par le biais du FM mais n'est pas accessible aux patients non VIH mono-infectés par le VHB ! **"If I do not get HIV I will die very soon"**

Le traitement de l'hépatite C est très cher et inaccessible en Afrique.

Inertie politique internationale et nationale majeure

1- Pour l'OMS, les hépatites virales ne font même pas partie de la liste des maladies négligées

2- L'OMS a voté une résolution pour améliorer la prise en charge des Hépatites seulement en 2010

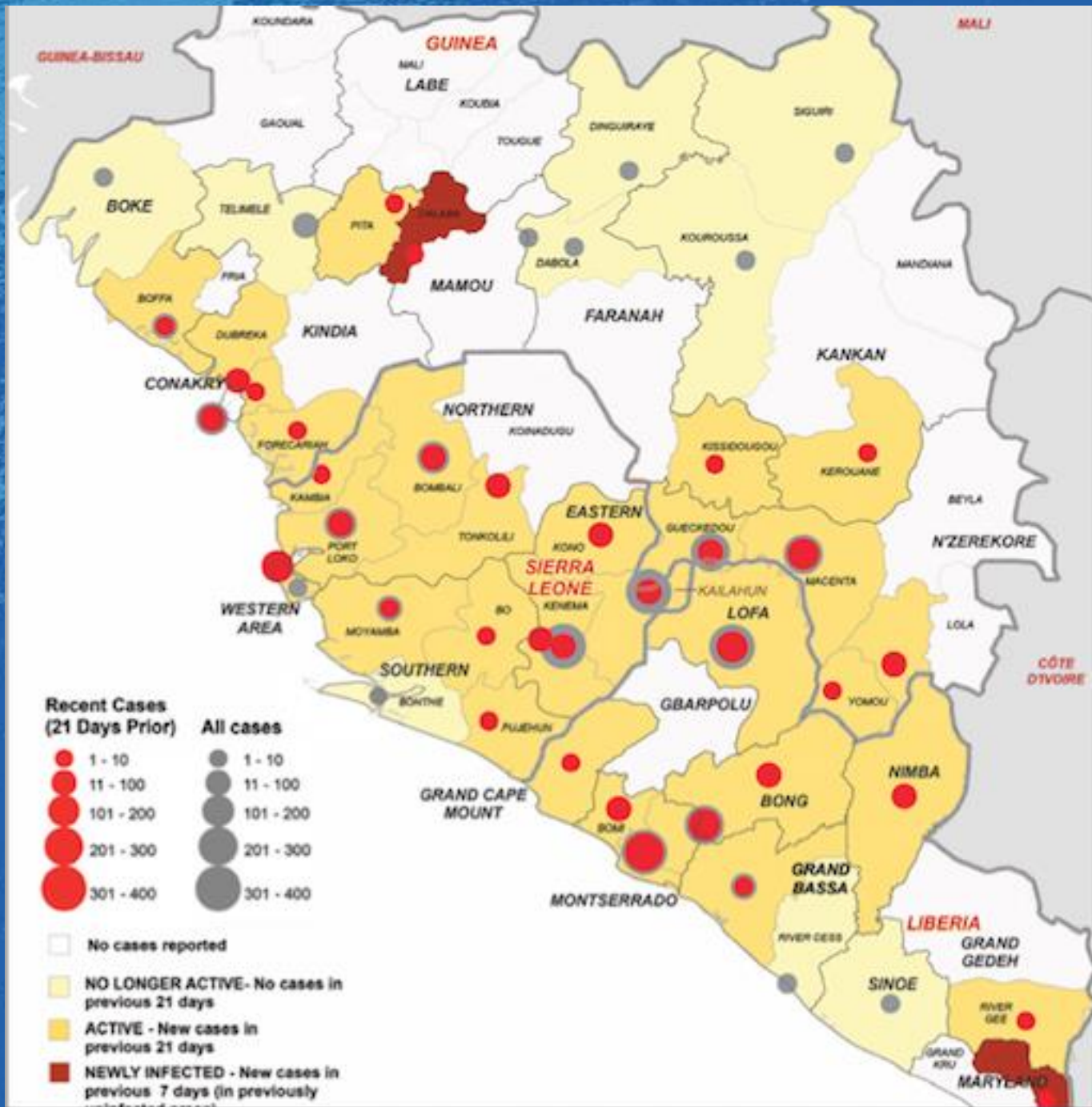
3- Il n'existe toujours pas de guidelines OMS publiées pour la prise en charge des hépatites virales

4- Très peu de recommandations nationales

5- Mais un mouvement récent de la société civile impulsé par les malades co-infectés par le VIH et les hépatites virales

Ce qui souligne l'acuité de l'hypothèse des "communautés épistémiques"

EBOLA



Le Groupe Gouvernance. Pour une recherche en partenariat

Equipes

Equipes de recherche en Afrique

- Burkina Faso : Groupe de Recherches sur les Politiques Locales (GRIL, Université de Ouagadougou)
- Sénégal : Africa Governance Institute, Dakar + UCAD (Département de sociologie) + LARTES - IFAN
- Niger et Bénin : le LASDEL
- Cameroun : Fondation Paul Ango Ela pour la géopolitique en Afrique Centrale (FPAE, Yaounde)
- Côte d'Ivoire : PAC CI + ENSEA + CERAP

Equipes de recherche en France

- UMR 912 SESSTIM Marseille, Univ. Paris I Panthéon Sorbonne/IUF, CEPED

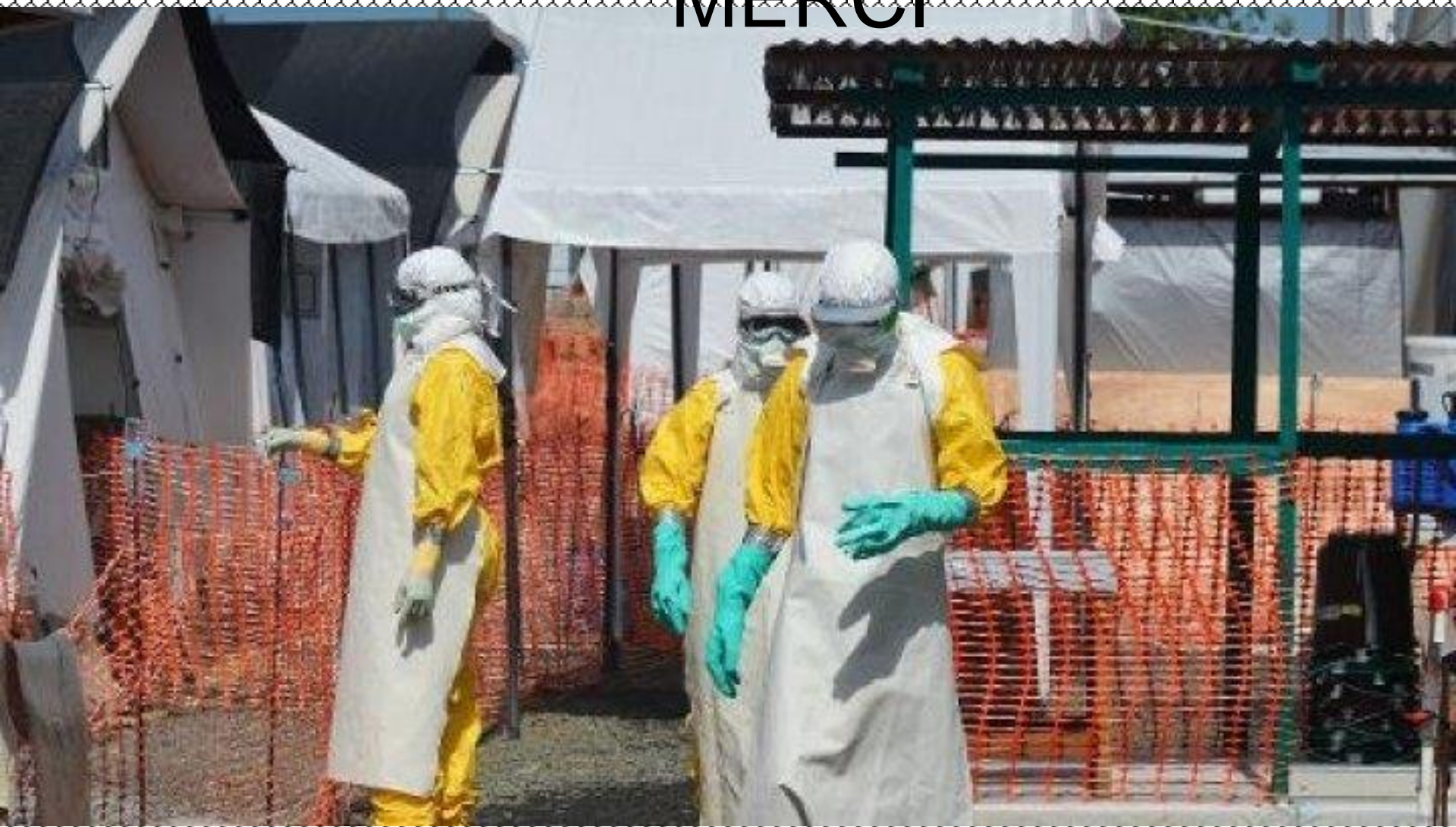
Associations

- Solthis , Aides (Paris) – Ceradis (Cotonou) - Rame (Ougadougou)
- Positive Generation (Cameroun)

Cabinets d'études/Consultants

- Initiatives International – Santé (ICI Santé, Ouagadougou)
- Cane Executive (Dakar, Sénégal)

MERCI



« *Rien ne crée, rien ne se perd, tout se transforme* ». Lavoisier