



Renforcement de Systèmes Sanitaires  
Accent sur la prestation de services pharmaceutiques

**Forum EPN**

**18 - 19 MARS 2010 Nairobi, Kenya**

# CONTENU



Liste d'abréviations	4
Introduction	6
<b>1. Aperçu, financement et durabilité</b>	<b>7</b>
A. Mots de bienvenue du Président du Conseil de l'EPN	7
B. Attentes des participants	7
C. Perspective de l'OMS sur des défis et questions clés concernant le renforcement du système sanitaire	8
D. Contributions du secteur public pour renforcer les systèmes sanitaires confessionnels: leçons du Kenya	10
E. Les perspectives actuelles et futures de financement de médicaments pour le secteur sanitaire public et privé à but non lucratif	13
F. Construire des systèmes pharmaceutiques durables: leçons du secteur confessionnel	15
G. Perspective de donateur sur le rôle des OIR dans le renforcement de systèmes sanitaires et pharmaceutiques	17
H. Rôle de l'industrie pharmaceutique dans le renforcement de systèmes pharmaceutiques à but non lucratif	19
I. Etude de cas de CHAZ: Construire un rapport de gagnants avec des acteurs de dehors de l'église	21
J. Mettre en œuvre des systèmes pour la bonne gouvernance: le cas d'ASSOMESCA	22
<b>2. Ressources Humaines, produits et technologies</b>	<b>24</b>
A. Innovations & technologies actuelles pour le renforcement durable de systèmes pharmaceutiques	24
B. Etude de cas sur produits et technologies: la boîte à outils PSM	26
C. Quelles RH pharmaceutiques sont disponibles dans le système confessionnel: études carte de l'EPN	27
D. Etudes de cas d'Action Medeor sur le renforcement de capacités pour des services pharmaceutiques en Tanzanie	28
E. Leçons pour le secteur de l'église des études de prix et de la campagne contre ruptures de stock de HAI	30
F. Vision pour l'avenir	32
<b>3. Projets et activités de l'EPN/des membres</b>	<b>34</b>
A. Lancement du plan stratégique de l'EPN 2010-2015	34
B. Lancement du site web de l'EPN	34
C. Lancement du Guide de formation sur le traitement du VIH de l'EPN	37
D. Aperçu de projets de l'EPN sélectionnés	37
E. Mise à jour des Associations Chrétiennes de la Santé en Afrique (ACHA)	38
F. Partenariat OIR – secteur privé: le cas de MEDS et Johnson and Johnson	39
<b>4. Conclusions</b>	<b>40</b>
Annexe A. Evaluation du forum	42
Annexe B. Résultats des discussions	46
Annexe C. Participants au forum	50

# LISTE D'ABBREVIATIONS

ACHA	Associations Chrétiennes de la Santé en Afrique
ACS	Association Chrétienne de la Santé
AMDS	Service de médicaments et de produits diagnostiques concernant le sida
AMFA	Médicaments à Prix Abordable pour l'Afrique
ANM	Autorité Nationale de Médicaments
ASSOMESCA	Association des Œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique
BPF	Bonnes pratiques de fabrication et de production pharmaceutique
CHAK	Christian Health Association of Kenya
CHAM	Christian Health Association of Malawi
CHAZ	Christian Health Association of Zambia
COE	Conseil Œcuménique des Eglises
COGRI	Nyumbani Children of God Relief Institute
COMESA	Common Market of Eastern and Southern Africa
DRA	Agences de régulation des médicaments
DSO	Organisation d'approvisionnement en médicaments
EPN	Réseau Pharmaceutique Œcuménique
ERP	Enterprise Resources Planning
GAS	Gestion des achats et des stocks
HMIS	Système d'information pour la gestion de la santé
HSSF	Health Services Sector Fund
IFPMA	International Federation for Pharmaceutical Manufacturers & Associations
KAPI	Kenya Association of Pharmaceutical Industry
KEMSA	Kenya Medicine Supplies Agency
ME	Médicament essentiel
MEDS	Mission for Essential Drugs and Supplies

MEMS	Mission for Essential Medical Supplies
MIS	Système d'information de gestion
MOMS	Ministry of Medical Services
MoU	Memorandum of Understanding
MSH	Management Sciences for Health
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan
OIR	Organisation d'inspiration religieuse
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
POS	Procédures opérationnelles standard
PPB	Pharmacy and Poisons Board
PPP	Partenariat public-privé
R&D	Recherche et Développement
RAM	Résistance aux antimicrobiens
RCA	République centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
RSS	Renforcement du Système Sanitaire
S&E	Suivi et Evaluation
Sida	Syndrome immuno-déficitaire acquis
SPS	Strengthening Pharmaceutical Systems
SSC	Service Sanitaire Confessionnel
SSO	Stop-Stock Out (arrêter ruptures de stocks)
TB	Tuberculose
TFDA	Tanzania Food and Drugs Administration
TOT	Trainer of trainers (Formateur de formateurs)
US	United States (Les Etats-Unis)

# INTRODUCTION

**Le Forum 2010 de l'EPN a eu lieu à Nairobi, au Kenya du 18 au 19 mars 2010. Pas moins de 53 participants de 20 différents pays ont fait partie du forum de deux jours sous le thème "Renforcement de Systèmes Sanitaires: Accent sur la prestation de services pharmaceutiques".**

Les événements au Forum étaient entre autres des présentations de nombreux invités avec de différentes spécialisations, des études de cas et des expériences de membres, des histoires de succès et des lancements de plusieurs publications de l'EPN.



# FORUM EPN

## 1. Aperçu, financement et durabilité

La réunion a été ouverte à 8h30 avec une prière de Ndilta Djékadoum de Tchad. Il a donné une réflexion du livre de Genèse 26: 1-6, 12-13. La leçon principale était sur la foi triomphante. Il disait que par le biais de la foi, l'EPN pouvait devenir plus grand et plus fort.

## A. Mots de bienvenue du Président du Conseil de l'EPN

Albert Petersen, le Président du Conseil de l'EPN, a remercié Dr Ndilta Djékadoum pour la dévotion et a souhaité le bienvenue à tous les participants du 4<sup>ème</sup> forum biennal. Il a transmis les excuses de plusieurs membres qui ne pouvaient pas être présents au forum. Le Président a aussi remercié le Secrétariat pour leurs efforts en ce qui concerne l'organisation du forum et a brièvement parlé de l'EPN, son rôle et la mission qu'il aspire à réaliser au profit des membres.

En illustrant le passé de l'EPN, le Président a mentionné que le premier forum avait été organisé à Moshi, en Tanzanie en 2004, avec l'accent sur la qualité de produits

et services. Le deuxième forum à Tuebingen, Allemagne en 2006 coïncidait avec le 25<sup>ème</sup> anniversaire de la formation de l'EPN. Le thème était "Services Sanitaires Œcuméniques en Action". En 2008, le forum EPN a eu lieu à Yaoundé, au Cameroun où le thème était "Standards Pharmaceutiques".

## B. Attentes des participants

Les participants ont exprimé les attentes suivantes pour le forum 2010:

- Aboutir à un plan d'action pour s'assurer que les formations sanitaires d'inspiration religieuse ne s'effondrent pas, surtout celles dans des régions rurales.
- Apprendre des expériences des autres sur comment faire face aux défis dans les formations sanitaires respectives.
- Développer un plan pour renforcer l'EPN pour qu'il reste dévoué à la prestation de services.
- Partager de l'information concernant les processus de chaîne d'approvisionnement pharmaceutique.



- Résumer les compétences des membres et voir comment ils peuvent aider les uns les autres.
- Voir comment l'EPN peut avoir un vrai réseau qui est capable de renforcer le secteur sanitaire.

*“Le but global d'un système sanitaire bien renforcé est d'assurer que les soins de santé sont abordables et accessibles et ne poussent pas les familles déjà pauvres davantage dans la pauvreté.”*

- Découvrir quels pays ont de bonnes pratiques en prestation de services pharmaceutiques pour que les membres puissent s'en servir. Ceci aidera les membres à savoir où se diriger pour des partenariats pour se procurer un service ou une ressource.
- Découvrir comment le Réseau peut aider les petites organisations à atteindre les mêmes hauteurs et standards que les grandes organisations telles que MEDS.
- Apprendre comment les membres de l'EPN ont surmonté plusieurs défis pour que les autres membres puissent en tirer des leçons.

### **C. Perspective de l'OMS sur des défis et questions clés concernant le renforcement du système sanitaire**

Dr Marthe Everard, représentante de l'OMS de la Somalie, a donné un aperçu du Renforcement du Système Sanitaire (RSS) du point de vue de l'OMS. Elle a parlé des 6 éléments essentiels qui sont nécessaires pour les pays afin de créer un seul cadre pour le système sanitaire :

- Prestation de services
- Personnels de santé
- Information sanitaire
- Produits médicaux, vaccins et technologies
- Financement de la santé
- Leadership et gouvernance

Un système sanitaire qui fonctionne bien, garantit l'accès équitable aux produits médicaux essentiels, aux vaccins et aux technologies. Il assure la qualité, la sécurité, l'efficacité et il est rentable.

Elle a mentionné les défis qui existent sur le terrain en citant quelques statistiques. Par exemple, on estime que 50% de l'équipement médical dans les pays en voie de développement n'est pas utilisé à cause de manque de pièces de remplacement, manque d'entretien ou parce

que les professionnels de santé ne savent pas comment utiliser l'équipement. Chaque année, 100 millions de gens tombent dans la pauvreté à cause de dépenses sanitaires. Les manques extrêmes de professionnels de santé existent dans 57 pays, 36 de ces pays sont en Afrique. Les approvisionneurs privés sont utilisés par les pauvres aussi bien que par les riches et globalement 20% de toute l'aide sanitaire va vers les programmes générales de support des gouvernements (c.à.d. le budget général ou le support du secteur), tandis qu'on estime que 50% de l'aide sanitaire est hors budget.

Afin de réaliser les objectifs de RSS, les choses suivantes sont nécessaires :

- Des politiques, des standards, des directives et des régulations nationales et la mise à jour des lois.
- De l'information sur les prix, des accords commerciaux internationaux et la capacité de définir et négocier des prix.
- Des pratiques de fabrication fiables et une évaluation de qualité de produits prioritaires.
- Des systèmes d'acquisition, d'approvisionnement, de

stockage et de distribution qui minimalisent l'égouttement et d'autres pertes.

- Du support pour l'usage rationnel des médicaments essentiels, des commodités et des équipements, par le biais de directives et stratégies pour assurer l'observation et réduire la résistance; la formation et maximaliser la sécurité du patient.

Les systèmes sanitaires qui fonctionnent bien ont certains caractéristiques :

- Des systèmes d'acquisition et de distribution qui fournissent des interventions médicales rentables pour ceux qui en ont besoin.
- Suffisamment de professionnels de santé qui ont les bonnes capacités et la motivation pour prester des services sanitaires.
- Des systèmes de financement qui sont durables, inclusifs et équitables.

Le but global d'un système sanitaire bien renforcé est d'assurer que les services de santé sont abordables et accessibles et ne poussent pas les familles déjà pauvres davantage

dans la pauvreté. Des participants ont exprimé leur soucis concernant le niveau de fonds qui vont vers le RSS, par rapport aux fonds qui vont vers des programmes de maladies spécifiques telles que le sida et la TB. En donnant un exemple de la proportion du Fonds mondial qui est dirigé vers les systèmes sanitaires en Somalie, Dr Everard a répondu que le VIH et le sida reçoivent des fonds d'environ 5 fois plus que les fonds pour le renforcement de systèmes sanitaires, qui était d'environ 10 millions pour les 5 prochaines années.

#### **D. Contributions du secteur public pour renforcer les systèmes sanitaires confessionnels: leçons du Kenya**

M. Stephen Cheruiyot du Ministère de Services Médicaux (MOMS) du Kenya a donné une présentation sur les activités qu'entreprend le gouvernement pour renforcer les systèmes sanitaires confessionnels. Les activités supportées sont entre autres la prestation de services sanitaires qui promeuvent les liens communautaires et des standards/ protocols/directives sanitaires nationaux, le dialogue et la collaboration de politiques et des

groupes de travail techniques qui aspirent à renforcer le partenariat.

La gouvernance et la gestion avaient été assurées par le biais d'un comité de coordination, de comités de formations sanitaires et leurs équipes de gestion respectives. Des mécanismes de collecte de fonds avaient été mis en place afin d'assurer la responsabilité et la transparence. Le gouvernement donne aussi de l'aide financier et d'autre support pour les OIR par le biais de transferts de fonds directs (HSSF), engagement de personnel sanitaire et approvisionnement de commodités, p.ex. médicaments et vaccins.

Le gouvernement, par son programme d'approvisionnement en médicaments, distribue des paquets aux formations sanitaires confessionnelles du niveau II et III. En ce qui concerne la planification et la mise en œuvre, le gouvernement a développé le plan pour le secteur sanitaire national et des plans d'opération annuels, et a standardisé les outils de planification et les directives budgétaires. Les OIR utilisent les outils de Suivi et Evaluation (S&E) du secteur sanitaire national – ci-

inclus les registres – pour compiler des données à temps et participent dans le groupe de travail technique pour le HMIS du secteur sanitaire national en donnant du feed-back. Les initiatives continues du gouvernement sont des négociations pour mettre en œuvre des directives du Memorandum of Understanding (MoU), créer une politique ou une stratégie de partenariat public-privé (PPP) et développer une liste de formations pour identifier toutes les formations sanitaires dans le pays.

Dans sa discussion concernant les PPP, M. Stephen Cheruiyot a montré la perspective du gouvernement sur le partenariat public-privé dans le secteur sanitaire du Kenya. Les secteurs public et privé ont une vision pour travailler ensemble afin de garantir l'accès amélioré aux services de santé de qualité pour tous les Kényans. La mission de ce partenariat est de réunir les secteurs sanitaires public, privé, confessionnel et non-gouvernemental afin d'alimenter un dialogue continue sur les questions de politiques clés et émergentes liées aux PPP dans la santé.

Suivant la Vision 2030, NHSSP II et le plan stratégique du ministère de santé 2008-2012, le PPP Santé-Kenya fera le suivant:

- Cultiver une vision commune parmi les différentes parties prenantes sur les priorités de santé nationale.
- Influencer et contribuer aux politiques qui promeuvent un plus large rôle pour le secteur privé dans la santé.
- Identifier et promouvoir des PPP qui ont une puissance de levage sur l'avantage comparatif de chaque secteur et utilisent les ressources efficacement.



Anke Meiburg et Angela Mutegi de l'EPN présentent la sculpture EPN, qui symbolise les différents composants du Réseau Pharmaceutique Cécuménique

- Construire une confiance en renforçant la coordination et la communication.
- Augmenter la conscience sur les avantages des PPP dans la santé.

Les principes directeurs des PPP sont de se concentrer sur une vision partagée et sur le bien du secteur sanitaire, le respect pour les différentes perspectives, l'égalité entre les partenaires, les responsabilités partagées, l'engagement égal de travailler ensemble et enfin, la transparence et la responsabilité.

Le partenariat avec le secteur sanitaire privé introduit du financement et du savoir-faire dans le secteur sanitaire public. Les arrangements de partenariat doivent avoir des objectifs bien définis et des buts atteignables, sinon le secteur public risque de subsidier le secteur commercial avec des fonds publics. Pour ce qui est de l'égalité, le PPP est comme un couteau à double tranchant: il peut promouvoir aussi bien qu'affaiblir l'égalité dans l'amélioration de l'accès, parce qu'il y a des avantages générants des profits dans le partenariat.

Pendant le débat qui en suivait, quelques participants voulaient savoir combien du fond pour le secteur des services sanitaires (HSSF) allait être dirigé vers les formations sanitaires confessionnelles, quel était la perspective à long terme pour les services de santé au Kenya et s'il y avait un risque que les OIR puissent perdre leur autonomie en recevant des subventions du gouvernement. En réponse à ce débat, M. Cheruiyot a indiqué que le gouvernement était très reconnaissant du rôle que jouent les OIR dans le secteur sanitaire. Sur la question concernant l'autonomie, il disait que le gouvernement et les OIR ont un MoU qui reconnaît cette autonomie. La clause dans le MoU permet des fonds du gouvernement, la mise en œuvre de politiques et de partenariats, mais ne permet pas au gouvernement de se mêler dans la gestion quotidienne des formations OIR. Concernant la perspective à long terme sur les services de santé, M. Cheruiyot disait que le gouvernement était en train d'adresser des questions concernant le partenariat, la durabilité financière et la distribution équitable de

ressources. Sur l'allocation du fond du secteur de services de santé pour les OIR, il a reconnu que le gouvernement a le devoir de supporter les formations sanitaires confessionnelles mais que les critères d'allocation n'avaient pas encore été discutés.

#### **E. Les perspectives actuelles et futures de financement de médicaments pour le secteur sanitaire public et privé à but non lucratif**

Mme Anne Marie Bodo, représentant la Banque mondiale, a partagé les perspectives actuelles et futures de son organisation, concernant le financement de médicaments pour le secteur public et privé. Dans ses propos d'ouverture, elle a donné les raisons pour financer les systèmes sanitaires, qui étaient des inégalités dans le secteur sanitaire, une politique sanitaire peu claire, un système public faible, un grand besoin de renforcer les systèmes sanitaires et un besoin de fournir les produits pharmaceutiques essentiels pour la prestation de services. Afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), les pays de l'Afrique



subsaharienne nécessitent une augmentation et une meilleure allocation de fonds domestiques et externes dans le but de renforcer leurs systèmes sanitaires nationaux. Il y avait un besoin de plaider domestique afin d'augmenter l'attention pour les processus budgétaires nationaux et un besoin de diriger les dépenses privées dans une association de risque.

Les domaines qui avaient rendu le financement plus efficace étaient le financement basé sur résultats, comme la formation adéquate de personnel de santé, la construction d'un système avec une bonne circulation de fonds et de biens, la réalisation d'un objectif de performance défini, un système de financement pour assurer la fourniture à temps de récompenses et l'acquisition de résultats et rendement, remplaçant le financement basé sur l'input.

La ligne d'arrivée des OMD étant déjà en vue, des fonds sont nécessaires plus que jamais. Le dialogue peut être centré sur la production de résultats. Le financement du côté de l'approvisionnement et de la demande doit être entamé et

les questions dures doivent être adressées.

Il y avait une discussion sur le degré auquel la Banque mondiale pourrait considérer de travailler en partenariat avec des OIR, vu qu'elles offrent un large pourcentage des services de santé. Une autre discussion était sur la question s'il serait possible que la Banque mondiale aide à raviver le fond sanitaire de communauté d'église en Tanzanie parce que ceci avait été arrêté quand le gouvernement a réduit sa prime par rapport à la prime de la communauté d'église. Avec le temps, le fond sanitaire de communauté qui était sponsorisé par le gouvernement, a aussi été arrêté. La conséquence est qu'un large nombre de personnes qui vivent dans des régions rurales et n'ont pas d'emploi, n'ont pas de fonds sanitaire.

Contribuant à la discussion concernant le partenariat avec les OIR, Mme Anne Marie Bodo a dit que la Banque mondiale était un partenaire global mais d'abord et surtout responsable vers ses membres qui sont des différents pays. Leur travail est donc centré sur ce que veulent les pays. Les fonds passent par le

gouvernement, mais il y a quelques cas où ils entrent directement en partenariat avec des OIR, p.ex. au Rwanda. Dans des pays comme le Kenya, la contribution de la Banque mondiale aux services de santé est d'environ 5%. Avec ce bas pourcentage, il n'est pas possible pour eux de pousser le gouvernement sur où diriger ces fonds. Concernant les fonds sanitaires de communautés, elle était d'accord que l'assurance de santé sociale est une question très importante et elle a promis d'avancer cette question dans son organisation.

#### **F. Construire des systèmes pharmaceutiques durables: leçons du secteur confessionnel**

Dr Jane Masiga de MEDS a discuté les leçons qu'avait apprises le secteur confessionnel dans le processus de construire des systèmes pharmaceutiques durables. En initiant avec un peu d'information contextuelle, elle a indiqué que les Services Sanitaires Confessionnels (SSC) sont responsables de jusqu'à 40% des services de santé dans la plupart des pays en voie de développement. Elle a ensuite introduit l'EPN comme la seule organisation Chrétienne à membres

qui travaille spécifiquement pour augmenter l'accès aux médicaments et pour renforcer les services pharmaceutiques, pour atteindre ainsi une meilleure santé pour les communautés. Le

*“ Les Services Sanitaires Confessionnels sont responsables de jusqu'à 40% des services de santé dans la plupart des pays en voie de développement.”*

grand engagement des églises dans le domaine de la santé, en ce qui concerne des fonds aussi bien que la prestation de services, avait nécessité une organisation technique pour leur supporter dans les questions pharmaceutiques.

Un rôle important que doit jouer le secteur confessionnel est la prestation de services de trois manières. D'abord la qualité du service. Ceci est souvent identifié comme étant une des forces clés des SSC dans la disponibilité et l'engagement du personnel et le système de valeurs dans les formations. Deuxièmement, les SSC offrent des soins spécialisés dans les régions rurales, p.ex. la chimiothérapie, les soins orthopédiques et des yeux. Finalement, les SSC offrent des soins holistiques pour le corps et l'esprit.



Des exemples de l'influence de SSC sur la prestation de services peuvent être vus dans les pays suivants:

*“Des partenaires internationaux dans la santé et les gouvernements doivent travailler vers plus de rapports gagnants avec le secteur confessionnel.”*

- ZACH fournit 68% des services de santé au Zimbabwe rural et 37% au niveau national.
- Les églises en Ethiopie contribuent 9% des services de santé dans leur pays.
- Des fournisseurs de santé confessionnels au Ghana s'occupent de 40% des soins par leur réseau de 59 hôpitaux et 99 cliniques et centres sanitaires.
- Les SSC de Togo représentent 15% du système sanitaire national avec 9 hôpitaux et 62 formations de niveau plus bas.

Un grand travail a été fait par l'EPN pour décrire la nature et l'engagement des églises dans la prestation de services pharmaceutiques par le biais des études multi-pays de l'EPN-OMS et les études de base sur l'accès de l'EPN qui ont été réalisées entre 2005 et 2008 dans 8 pays: Ghana,

Ethiopie, Togo, Nigéria, Ouganda, Zambie, Malawi et Tanzanie. L'étude a évalué l'observation des directives de l'EPN et comprenait une auto-évaluation, une étude documentaire, une auto-évaluation guidée pour les hôpitaux et des discussions en groupe afin d'avoir une vue compréhensive de chaque pays.

Les directives de l'EPN pour des services pharmaceutiques effectifs et efficaces se composent de 23 directives sur les mécanismes d'approvisionnement et de gestion de médicaments, les systèmes de support pour l'usage rationnel de médicaments, les ressources humaines pharmaceutiques, les prix et le financement de médicaments, l'accès à et le partage d'information pharmaceutique, des questions de gouvernance et de gestion et l'engagement communautaire dans la prestation de services sanitaires. Les directives de l'EPN ont été développées par le biais d'un processus collaboratif par les membres de l'EPN pour qu'elles puissent être utilisées pour assister les églises dans la mise en place de mécanismes qui faciliteraient l'accès augmenté aux médicaments et qui adresseraient

des questions sous le contrôle de la formation sanitaire. Un nombre d'indicateurs a été défini pour chaque directive.

Même si les SSC doivent faire face à de nombreux défis, ils jouent un rôle critique dans le renforcement du système sanitaire. La reconnaissance et l'appréciation de plusieurs aspects de la prestation de services sanitaires et pharmaceutiques où les églises sont impliquées, et la largeur de leur contribution, ne sont toujours pas aussi répandues qu'elles devraient l'être. Des partenaires internationaux dans la santé et les gouvernements doivent travailler vers plus de rapports gagnants avec le secteur confessionnel.

Il y avait une discussion sur la question si l'EPN et le Conseil Œcuménique des Eglises (COE) avaient un rapport de travail et si l'EPN avait une campagne de plaidoyer pour la distribution équitable de médicaments. Dans sa réponse, Dr Masiga a dit que l'EPN avait un bon rapport avec le COE. Concernant la campagne de plaidoyer, l'EPN faisait beaucoup de lobbying à l'intérieur et en dehors de l'église sur les questions d'accès aux médicaments.

### **G. Perspective de donateur sur le rôle des OIR dans le renforcement de systèmes sanitaires et pharmaceutiques**

M. Richard Wagner d'AMFA en Afrique du Sud a parlé de la perception du donateur sur le rôle que doivent jouer les OIR dans le renforcement de systèmes sanitaires et pharmaceutiques. Il a expliqué cette perception en soulignant trois aspects importants qui doivent être compris: le marché, le donateur et le rôle des OIR. Une étude de 2009 par une entreprise d'expertise sud-africaine indique à quel point il est important de comprendre le



marché. Cette étude a révélé que l'effet de la baisse économique en Afrique suintera au secteur sanitaire de deux manières: des coûts de santé élevés et des

*“Le chemin que doivent prendre les OIR afin d'assurer un avenir durable est de s'ouvrir et accueillir la transparence.”*

ressources sanitaires limitées. Vu que la majorité des monnaies africaines ont tombé radicalement par rapport au dollar US, les conséquences sont des coûts d'importation élevés, étant donné que 95% des produits médicaux en Afrique sont importés.

Le deuxième aspect qui doit être compris est le donateur. Ceci a été attribué surtout à la nature changeante de l'assistance de donateurs qui dirigent les nouveaux fonds vers les maladies spécifiques (VIH et sida, TB et paludisme), nommé des programmes verticaux. Contrairement au passé où les fonds sanitaires donnés aux gouvernements étaient contrôlés par le ministère de finances, les produits et services sont maintenant contrôlés par le donateur. Les programmes verticaux ont créé une inégalité par laquelle la plupart des fonds

supportent les services de santé du gouvernement, pas des OIR. Ceci veut donc dire que la circulation future des fonds pour les services de santé en Afrique sera dirigée vers les gouvernements nationaux. Un aspect troublant est que, jusqu'à maintenant, les OIR n'ont pas participé dans une distribution de fonds par programmes verticaux.

Troisièmement, il est important de comprendre le rôle des OIR. Par une étude de recherche en 2008 sur le rôle des hôpitaux de mission pour atteindre l'OMD 5, on a noté qu'il y a un intérêt croissant dans le secteur privé et quelques agences (ci-inclus la Banque mondiale et USAID), qui suggère que les gouvernements devraient inclure les organisations privées et à inspiration religieuse pour répondre aux besoins sanitaires. Beaucoup d'organisations de donateurs reconnaissent que les ONG complètent les plans de santé nationale. La même étude a aussi révélé que les hôpitaux de mission bénéficient d'un bon support financier, ont un meilleur environnement de travail, ont moins de risque de rupture de stocks dans l'approvisionnement en médicaments et qu'ils fournissent des soins cliniques

supérieures que les hôpitaux gouvernementaux.

Dans le nouveau paradigme de fonds, il est probable qu'une solution basée sur le marché est offerte pour la pauvreté en Afrique. Des entreprises, des gouvernements et des agences de donateurs petit à petit commencent à ne plus considérer les pauvres comme des victimes, mais comme des entrepreneurs dynamiques et créatifs, et reconnaissent aussi leur valeur en tant que clients. L'accent d'intérêt récent est sur l'impact des approches réussies de fond de pyramide (ceci réfère au potentiel de marché de 4 billion de gens qui survivent avec moins de \$2 par jour) pour le développement durable.

Le chemin que doivent prendre les OIR afin d'assurer un avenir durable est de s'ouvrir et accueillir la transparence. Il y a un grand besoin de modifier notre approche des affaires d'habitude vers des stratégies de marché réceptif. Les OIR devraient saisir cette opportunité pour servir d'autres clients comme une opportunité pour élargir la portée et la couverture de leur ministère.

#### **H. Rôle de l'industrie pharmaceutique dans le renforcement de systèmes pharmaceutiques à but non lucratif**

Dr Moses Mwangi de Kenya Association of Pharmaceutical Industry a mis en évidence le rôle de l'industrie pharmaceutique dans le renforcement de systèmes pharmaceutiques à but non lucratif. Il a commencé par dire que la structure de l'industrie pharmaceutique est composée de fabricants pharmaceutiques, de distributeurs, de pharmacies de détail, d'hôpitaux et de cliniques.

Du côté des fabricants, l'industrie a deux institutions qui s'engagent dans cette activité. La première est les fabricants Kényans de Recherche et Développement qui sont actifs dans les pays développés, mais qui apparaissent aussi de plus en plus dans des marchés émergents tels que l'Inde, la Chine et la Malaisie. Les fabricants travaillent en collaboration étroite avec les institutions supranationales comme l'OMS, afin d'identifier les besoins pour ainsi informer la recherche. Ils ont une organisation d'ombrelle: International Federation for Pharmaceutical Industry

and Associations (IFPMA), avec son siège à Genève. Kenya Association of Pharmaceutical Industry (KAPI) est relié à cette organisation d'ombrelle.

La deuxième institution est les fabricants pharmaceutiques Kényans qui font des médicaments essentiels génériques pour l'approvisionnement au Kenya, l'Afrique Orientale et la région COMESA. L'industrie est organisée autour de la Federation of Pharmaceutical Manufacturers of Kenya et il y a des projets pour avoir une association d'ombrelle pour l'Afrique Orientale.

Le rôle du gouvernement est de réguler l'industrie et d'assurer que le client final reçoive un médicament sain, effectif et abordable. Ce rôle régulateur est joué par le Pharmacy and Poisons Board (PPB) au Kenya, par le National Drug Authority (NDA) en Ouganda et par la Tanzania Food and Drugs Administration (TFDA) en Tanzanie.

KAPI offre la voix de l'industrie, travaillant en collaboration avec l'autorité régulatrice, la Pharmaceutical Society of Kenya, et d'autres parties prenantes afin d'assurer un environnement

facilitant pour la prestation de services sanitaires au Kenya. Des entreprises membres sont celles qui investissent dans la recherche et le développement de médicaments nouveaux. L'objectif clé de KAPI est de garantir l'accès aux médicaments de première qualité pour les cliniciens et les patients dans toutes les régions du Kenya.

Afin de construire un système pharmaceutique fort, les fabricants devraient être régulés pour respecter les BPF, les standards nationaux et les standards de l'OMS. Il devrait aussi y avoir un environnement compétitif pour donner aux consommateurs plusieurs choix, car ceci peut mener à des prix abordables et des produits de qualité.

Les défis pour le Kenya et ses voisins dans le secteur pharmaceutique sont un sous-secteur pharmaceutique mal régulé, le manque de politiques harmonisées en travers les différents pays et des politiques incohérentes comme le fait que certains médicaments sont taxés tandis qu'ils étaient définis du niveau de taxe zero.

Avec ces lacunes, le rôle de KAPI est de fournir le plaidoyer, d'adresser les besoins de santé et d'être un partenaire pour les parties prenantes. Des exemples de questions pour lesquelles KAPI a fait du plaidoyer sont le secteur pharmaceutique mal régulé, surtout pour ce qui est du marché de la contrefaçon, la question de la taxation inégale et l'assurance de la qualité de médicaments qui mènera ultimement à l'accès aux médicaments de qualité.

### ***I. Etude de cas de CHAZ: Construire un rapport de gagnants avec des acteurs de dehors l'église***

M. Cryson Miyoba, Manageur d'Audit Interne de CHAZ a présenté le profil d'étude de cas de son organisation. Il a défini CHAZ comme une organisation d'ombrelle inter-réligieuse (catholique et protestante) pour 138 formations sanitaires confessionnelles (hôpitaux et centres de santé ruraux). Sa couverture nationale est 30% de tous les services de santé en Zambie et plus de 50% dans les régions rurales. CHAZ est aussi une des 4 récipients principaux pour le Fonds mondial en Zambie. CHAZ effectue son mandat

dans un rapport de gagnants avec le gouvernement par un Memorandum of Understanding (MoU) qui prévoit le suivant :

- Des groupes de travail techniques dans lesquels CHAZ est représenté, p.ex. ressources humaines, politiques nationales de médicaments, commission d'experts, comité de formulaire national, réunions consultatives, etc.
  - Détachement de professionnels de santé dans les formations sanitaires de CHAZ.
  - Construction de capacité pour les formations sanitaires d'église.
  - Fourniture d'équipement, de transport et de commodités.
  - Approvisionnement en médicaments dans toutes les formations de CHAZ.
  - Support technique par les bureaux de santé provinciaux et de district.
  - Rénovations de l'infrastructure.
- Les défis que rencontre CHAZ sont la dépendance de donateurs, les hautes attentes des OIR, l'infrastructure inadéquate et la crise en ressources humaines à cause de morts, transferts ou migrations.

Vu le partenariat remarquable entre CHAZ et le gouvernement, des participants voulaient connaître le secret pour un rapport tellement productif et comment CHAZ adresse la crise en ressources humaines dans les domaines pharmaceutiques. La réponse sur le bon rapport entre CHAZ et le gouvernement était qu'il y a un fort élément de confiance et de responsabilité entre les deux parties. Ceci est évident dans la façon dont le gouvernement utilise CHAZ pour fournir de médicaments. Concernant la crise en ressources humaines, M. Miyoba a dit que CHAZ donne ses employés un petit prime en plus de leur salaire du gouvernement.

***J. Mettre en œuvre des systèmes pour la bonne gouvernance: le cas d'ASSOMESCA***

Dr Lone Bertocchi a présenté une étude de cas très divertissante sur comment ASSOMESCA a réussi à attirer des donateurs pour qu'elle puisse fournir de meilleures services sanitaires. Elle disait que pendant une réunion de DSO de l'EPN en Dar es Salaam en Tanzanie en avril 2008, ils ont appris comment l'église peut travailler avec de l'argent à l'avantage

des gens, quel est le concept de business pour une réussite et comment ceci pouvait être adapté par l'église en gardant sa mission sociale.

Pour attirer des donateurs, ASSOMESCA était forcée de réstructurer son organisation afin d'avoir plus de responsabilité et transparence dans toutes ses activités. Ils ont aussi investi dans du personnel plus professionnel au secrétariat. Avec toutes ses innovations en place, ASSOMESCA était capable de trouver des fonds pour réaliser de différents projets, qui ont été plutôt réussis.

En dépit de l'ascendant réussi qu'ils ont eu dans leur travail, il y a toujours des défis qu'ils doivent surmonter. Leur majeurs défis sont le manque de suffisamment de fonds (plus de capital doit être injecté dans les affaires), manque de personnel professionnel (p.ex. pharmaciens), manque d'un système d'acquisition en place et beaucoup de compétition du secteur public et privé.

Dr Lone Bertocchi a remercié EPN pour la réunion très éclairante à Dar es Salaam parce qu'elle a mené à la genèse du voyage d'ASSOMESCA vers le changement positif. Elle a



*“Si la capacité des ressources humaines est faible, personne ne veut investir dans une organisation”*

*Dr Lone Bertocchi d'ASSOMESCA, République Centrafricaine*

encouragé les participants d'user de l'information qu'ils reçoivent pendant le forum.

## 2. Ressources humaines, produits et technologies

La deuxième journée du forum a commencé avec une prière de Dr Barthelemy D. Bodjrenou. Il a lu du livre Josué 5:2-9 qui parle de comment Dieu avait fait plusieurs alliances avec les Israélites. Il a indiqué plusieurs exemples de comment des gens comme Abraham et Moïse ont fait des alliances avec Dieu et disait que tout le monde aujourd'hui a fait une alliance avec Dieu, d'une manière spéciale. Bien que chaque alliance ait ces propres difficultés, on ne devrait pas les éviter, mais essayer de persévérer jusqu'à la réussite parce que Dieu n'abandonne jamais quelqu'un qui agit selon Sa volonté.

### A. Innovations et technologies actuelles pour le renforcement durable de systèmes pharmaceutiques

La première présentation de Joseph Mukoko de MSH/SPS a décrit comment le renforcement durable des capacités peut renforcer les

systèmes pharmaceutiques. Par le biais du modèle de capacités pyramide adopté par MSH/SPS, une organisation peut renforcer sa structure, ses systèmes et ses rôles par le développement de politiques, régulations, directives et autres structures de gouvernance, renforcer le personnel et l'infrastructure et développer des compétences par des formations avant et pendant le service et le partage de meilleures approches, entre autres.

Les éléments clés du renforcement de capacités systémique sont:

- La capacité de performance: outils, argent, équipement, consommables, etc. disponibles pour faire le travail.
- La capacité de personnel: connaissance, compétences (techniques, de gestion, interpersonnelles, etc.)
- La capacité de travail: le nombre de personnel correspond au travail à faire, des descriptions d'emploi et le mélange de compétences.
- La capacité de supervision: des systèmes de suivi et de rapportage, des structures de responsabilité, la supervision et les stimulants.
- La capacité de formation:

dimensions et capacité de supporter le travail à faire.

- La capacité des services de support: laboratoires, laveries, institutions de formation, organisations d'approvisionnement, services de construction, personnel administratif, institutions de recherche et services de contrôle de qualité.
- La capacité de système: la circulation d'information, d'argent et des décisions de gestion, des processus d'autorisation et des liens (internes et externes).
- La capacité structurelle: des forums de décision où une discussion inter-sectorale peut avoir lieu et des décisions d'entreprise sont faites, des rapports sont gardés et des individus doivent expliquer leur non-performance.
- La capacité de rôles: s'applique aux individus, aux équipes et aux structures comme des comités : autorité, décisions et rôles et responsabilités.

Quelques-unes des réalisations suivant ce modèle pyramide, sont l'augmentation des formations sur la gestion pharmaceutique,

l'amélioration de la performance de systèmes de chaîne d'approvisionnement qui mène à une disponibilité augmentée de médicaments et l'application de POS de gestion pharmaceutique, check-lists et aides d'emploi.

*"Le renforcement durable des capacités peut renforcer les systèmes pharmaceutiques."*

Les leçons clés étaient que la collaboration est cruciale pour le développement et la mise en œuvre de différents matériels de formation, outils, POS pour l'achat de couverture des parties prenantes locales et la durabilité. L'adaptation nationale d'interventions identifiées promeut la propriété au niveau central et périphérique et garantit l'utilité continue. Augmenter la capacité de gestion pharmaceutique nécessite un mélange de stratégies, p.ex. l'usage de TOT régionaux, le tutorat, le déplacement de tâches, la dissémination d'aides d'emploi et d'outils. La collaboration, ci-inclus la participation, et le respect des institutions au niveau du pays, secteur privé, partenaires locaux et organisations professionnelles

cultive la réussite et la durabilité des interventions souhaitées. Un bon exemple qui montre les avantages du modèle pyramide était Nyumbani Children of God Relief Institute (COGRI) au Kenya. L'institut a eu une amélioration incroyable dans sa gestion pharmaceutique et le renforcement de ressources humaines et capacités de l'institution.

Plusieurs questions ont été posées pendant la discussion. Un participant demandait s'il y avait un système IT capable de gérer l'information financière

et l'approvisionnement en médicaments. M. Mukoko a expliqué que, bien que des systèmes pour la planification des ressources d'entreprise (ERP) soient disponibles, ils sont très coûteux. MSH/SPS préfère identifier les besoins d'une organisation, pour ensuite déterminer le système le plus approprié.

Un autre participant voulait savoir comment MSH/SPS pouvait aider à renforcer les systèmes dans d'autres pays. M. Mukoko répondait en conseillant les participants de contacter les bureaux MSH/SPS dans leur pays et de former des équipes focales de pays qui peuvent facilement être utilisées pour lier le secteur confessionnel. Cependant, des organisations qui souhaitent de l'assistance de MSH/SPS peuvent aussi contacter le Secrétariat EPN.

### **B. Etude de cas sur produits et technologies: la boîte à outils PSM**

Mme Clarisse Morris de i+ solutions des Pays Bas a présenté une étude de cas sur la boîte à outils de gestion d'acquisition et d'approvisionnement (PSM). Dans ses propos d'ouverture, elle disait que malgré le fait qu'une large variété d'outils PSM soient

disponibles, ils ne sont pas accessibles pour le personnel de santé dans les pays de bas et moyen revenu. Etant donné ceci, le Service de médicaments et de produits diagnostiques concernant le sida (AMDS) a commencé le développement d'un réservoir central d'outils en 2006.

Parmi les différents types d'outils sont des logiciels tableur de quantification, des sites web, des fiches, des directives, des manuels, des procédures d'opération standards (p.ex. check-lists, listes de prix), catalogues et matériel de formation.

Les domaines de PSM clés sont la quantification, l'acquisition, le contrôle d'inventaire, l'usage rationnel, le suivi et l'évaluation, les prix, les politiques, l'assurance de qualité et le renforcement des capacités. Les différents caractéristiques des outils sont aussi affichés sur la boîte à outils PSM. Clarisse Morris a conclu sa présentation en faisant une démonstration offline de comment la boîte à outils PSM fonctionne. Les participants étaient encouragés de naviguer vers le site web et de télécharger les outils qui seraient utiles pour leur formation sanitaire.

### **C. Quelles RH pharmaceutiques sont disponibles dans le système confessionnel: résultats des études de carte EPN**

Les résultats de l'étude de carte faite par l'EPN pour déterminer quelles RH pharmaceutiques sont disponibles dans le système confessionnel ont été présentés par Mme Anke Meiburg de l'EPN. Le but de l'étude de carte était d'identifier les capacités des ressources humaines pharmaceutiques disponibles dans le système sanitaire de l'Eglise et de se connecter avec le personnel pharmaceutique dans les organisations membres qui voudraient recevoir du support sous la forme d'information pharmaceutique. Les pays inclus dans l'étude étaient le Cameroun, Kenya, Tanzanie, Malawi et Nigéria. La méthodologie utilisée par l'EPN était de faire l'étude par des questionnaires qui étaient complétés au niveau de l'institution, au niveau du personnel individuel de la pharmacie et aux niveaux nationaux.

Les résultats ont révélés que, sauf pour le Nigéria, il y avait très peu de pharmaciens dans le secteur sanitaire de l'Eglise. Tandis qu'en Cameroun et en Tanzanie 64%



Dr Francis Kimani, Directeur de Medical Services MOMS, Kenya, accepte la sculpture EPN



et 63% du personnel dans les départements pharmaceutiques avait reçu une formation pharmaceutique, en Malawi ce n'était que 12%. En Cameroun et en Tanzanie 15% et 19% des

*“La production locale des médicaments en Afrique Orientale trouve son majeur défi dans la recherche et le développement.”*

institutions examinées n'avaient pas de personnel pharmaceutique du tout. En Nigéria et en Kenya 33% et 31% des départements pharmaceutiques étaient gérés par du personnel sans formation pharmaceutique.

Quelques des défis que l'EPN a rencontrés pendant cette étude étaient des difficultés de recevoir des questionnaires complétés (plusieurs étaient mal complétés ou avaient des données manquantes ou contradictoires), des résultats prévenus et l'aversion de certains de compléter le questionnaire, surtout ceux qui ne connaissaient pas l'EPN.

Après cette présentation, parmi les questions discutées étaient les intentions de l'EPN après la collection des données, si on

allait examiner le contenu des formations pharmaceutiques pour déterminer la qualité, les exigences pour devenir un pharmacien et pourquoi il y avait peu de pharmaciens. Mme Anke Meiburg a indiqué que le plan pour les données rassemblées était de partager l'information et de faire du plaidoyer pour augmenter le nombre de personnel pharmaceutique. Concernant le contenu de la formation et pourquoi il y a peu de pharmaciens dans le secteur sanitaire confessionnel, elle a dit que l'étude de carte n'a pas regardé à ce niveau et que pour obtenir ce type d'information, une autre approche serait nécessaire. Concernant les exigences pour devenir un pharmacien, elle disait que les exigences exactes sont disponibles auprès des institutions qui offrent ce type de formation.

#### ***D. Etudes de cas d'Action Medeor sur le renforcement des capacités pour les services pharmaceutiques en Tanzanie***

Mme Christine Häfele-Abah d'Action Medeor a tiré l'attention sur l'expérience de son organisation sur le renforcement des capacités dans le secteur

pharmaceutique. Elle commençait par expliquer qu'Action Medeor est une organisation à but non lucratif lancée en 1964, avec son siège et magasin à Tönisvorst, Allemagne. Action Medeor s'occupe de la distribution de médicaments essentiels et équipements de haute qualité et basse coût. Elle a 45 employés et sert entre 2.000 et 3.000 clients (hôpitaux d'ONG) dans environ 130 pays.

Certains des projets pharmaceutiques-médicaux qu'a fait Action Medeor sont la production locale d'ARV et de médicaments pour le paludisme, le renforcement de capacités pour des fabricants locaux sur les bonnes pratiques de fabrication et la formation d'étudiants en pharmacie utilisant le laboratoire de recherche et développement à l'université Muhimbili à Dar es Salaam.

Action Medeor avait appris que les défis qui limitent la production locale de médicaments en Afrique subsaharienne sont le manque de personnel qualifié, le standard de production technique, l'observation des bonnes pratiques de fabrication de l'OMS, le manque de laboratoires de recherche

et développement (R&D) et la formation de personnel pour les domaines de production, contrôle de qualité, assurance de qualité et entretien de l'équipement.

L'intervention majeure d'Action Medeor était le renforcement des capacités pour le personnel pharmaceutique clé. Depuis 2005, plusieurs ateliers en Tanzanie (Moshi, Arusha, Dar es Salaam) avaient pour sujet les bonnes pratiques de fabrication, le contrôle de qualité de médicaments et le développement de médicaments. Les ateliers visent des groupes tels que les industries pharmaceutiques, des DRA, des organisations d'approvisionnement en médicaments et des hôpitaux plus larges. Des participants de Kenya, Ouganda, Tanzanie, RDC, Rwanda, Malawi et Botswana avaient participé aux ateliers.

La production locale des médicaments en Afrique Orientale trouve son majeur défi dans la recherche et le développement. Le médicament générique nécessite une bonne connaissance de la technologie de formulation pharmaceutique, p.ex. les médicaments modernes contre le

paludisme basés sur l'artémisinine sont très sensibles à l'humidité et doivent donc être comprimés de façon sèche. Cependant, la méthode traditionnelle largement répandue en Afrique Orientale est la granulation humide suivi par la compression.

La nouvelle approche d'Action Medeor pour surmonter les défis était d'avoir un partenariat public-privé qui a mené à l'établissement d'un laboratoire de formation pharmaceutique et de recherche et développement (R&D) à Dar es Salaam, Tanzanie. Les objectifs de ce laboratoire sont:

- De créer suffisamment de pharmaciens et techniciens bien formés.
- De renforcer les capacités R&D pour les fabricants de médicaments locaux et régionaux, pour passer à une technologie de production moderne, efficace et observant les BPF.
- De créer un centre d'excellence pour les capacités de R&D continue, pour le développement professionnel continu et pour les supports de gestion opérationnelle.
- De faciliter le développement

et la production moderne, efficace et observant les BPF de médicaments pour le paludisme et le VIH et sida.

Une question a été posée sur comment on pouvait participer à la formation sur les services pharmaceutiques et pourquoi les prix des médicaments d'Action Medeor étaient hauts. En répondant, Mme Häfele-Abah a dit que si une organisation voulait être formée sur les services pharmaceutiques, elle pouvait contacter Action Medeor pour savoir comment écrire une proposition. Sur le prix des médicaments, elle disait qu'Action Medeor est à but non lucratif mais les prix sont hauts parce qu'ils achètent les médicaments généralement en Europe.

#### **E. Leçons pour le secteur de l'église des études de prix et de la campagne contre rupture de stock de HAI**

Mme Christa Cepuch et M. Gichinga Ndirangu de HAI Africa ont partagé leurs expériences sur les leçons que le secteur de l'église pouvait apprendre des études de prix de HAI et de leur campagne contre les ruptures de

stock. Mme Cepuch a indiqué que la disponibilité de médicaments essentiels en Afrique n'était que de 38% dans le secteur public et de 59% dans le secteur privé. La disponibilité de médicaments dans le secteur public est de façon consistante plus bas que dans le secteur privé. Des coûts additionnels dans la chaîne d'approvisionnement pourraient être plus que le double des prix des médicaments dans le secteur privé, tandis que la marge bénéficiaire dans le secteur public pouvait aussi être substantiel.

Sur la question de la campagne des ruptures de stock (SSO), Mme Cepuch a expliqué l'histoire et la structure de la campagne en disant que 30 ans après l'introduction du concept du médicament essentiel (ME), toujours pas assez de médicaments étaient disponibles dans les pharmacies. Les ruptures de stocks étaient les plus graves dans les régions rurales où ils affectent les pauvres en les obligeant d'acheter des médicaments de fournisseurs beaucoup plus coûteux dans le secteur privé ou de survivre simplement sans médicaments. L'impuissance de bien

approvisionner les pharmacies et cliniques de santé publique est la conséquence de limites économiques et d'obstacles bureaucratiques. Mais surtout, c'est le résultat d'un manque de volonté politique. Si les gouvernements se consacrent à porter les médicaments essentiels aux pharmacies, ils pourraient le faire.

La campagne SSO faisait un appel aux gouvernements et aux départements sanitaires pour arrêter les ruptures de stock en:

- Donnant une autonomie financière et opérationnelle à l'agencement d'acquisition et d'approvisionnement en médicaments.
- Permettant la représentation de la société civile au conseil national d'acquisition et d'approvisionnement en médicaments.
- Arrêtant la corruption dans la chaîne d'approvisionnement en médicaments pour arrêter le vol et le détournement de médicaments essentiels.
- Accordant une ligne de budget spécifiée pour les ME.
- Réalisant les promesses d'utiliser 15% du budget



national pour les services de santé.

- Fournissant des médicaments essentiels gratuits à toutes les institutions de santé publique.

En partageant les leçons avec le secteur de l'église, il est possible de approfondir l'analyse et de développer une action pour adresser ces question sur les hauts prix de médicaments, de développer des manières



Dr Francis Kimani, Directeur de Medical Services dans le Ministry of Medical Services du Kenya

de promouvoir la compétition générique, de considérer la politique des prix, de faire le plaidoyer pour les médicaments gratuits dans le secteur public pour les pauvres et d'assurer la responsabilité par la représentation de la société civile dans les conseils de magasins médicaux centrales.

#### **F. Vision pour l'avenir**

Le Directeur de Medical Services dans le Ministry of Medical Services du Kenya, Dr Francis Kimani a donné un discours sur la façon d'aller en avant vers l'avenir. Il commençait en remerciant l'église et ses formations sanitaires dans tous les pays qui étaient représentés au forum pour le bon travail qu'ils font pour la santé publique.

Au Kenya, le gouvernement est propriétaire de 58% des centres sanitaires. 12% sont en mains privées et 30% font partie de l'église. Dans certaines régions, les formations sanitaires d'inspiration religieuse fonctionnent mieux que les formations publiques.

Pour qu'un système sanitaire fournisse des services sanitaires au patient de manière satisfaisante, il a besoin de bonne gouvernance et de ressources telles que ressources

humaines, infrastructure, équipement, finances, recherche, suivi et évaluation. Donc, aucune ressource ne devrait être vu comme évidente. Il y a un grand besoin d'une bonne gestion dans les centres sanitaires qui fait que certaines ressources sont utilisées efficacement pour produire d'excellents résultats, ce qui est très important.

Toutes les formations sanitaires ont besoin d'un pharmacien. La pharmacie est une spécialité dont le rôle dans la gestion quotidienne du centre sanitaire est extrêmement essentiel. Un bon pharmacien aidera le centre sanitaire à bien stocker les médicaments à la bonne température, il vérifiera aussi la prescription du docteur pour un patient, fait la quantification de quels médicaments sont nécessaires, conseille l'hôpital sur quels médicaments sont essentiels pour acheter et dans certains cas le pharmacien peut aussi assister dans la recherche opérationnelle car il travaille étroitement avec les docteurs.

Les formations sanitaires à inspiration religieuse doivent aussi établir une méthode d'évaluation

efficace pour leur personnel. La formule à utiliser pour calculer l'efficacité d'un employé serait comme suit:

$$\left[ \frac{\text{Travail fait}}{\text{Travail à faire}} \right] \times 100$$

Par exemple: si un chirurgien devrait opérer 10 patients dans une journée et il n'en fait que 6, son efficacité est de 60%.

Quand une analyse d'efficacité est bien faite par un centre sanitaire, ceci résoudre largement les problèmes liés au employés surmenés, les employés qui ne travaillent pas assez, l'embauche d'excès ou insuffisante.

Pendant la discussion, les participants ont demandé si le gouvernement pouvait assister les OIR à employer du personnel médical qu'ils ne peuvent pas payer. En répondant, Dr Francis Kimani disait que le gouvernement avait assisté les OIR avec du personnel médical et continuerait de le faire où possible. Il a ajouté que, à cause d'un manque de personnel médical dans le gouvernement parce qu'il n'y a pas assez d'argent pour les payer, le gouvernement engageait du personnel médical dans les formations sanitaires qui



sont les seules à offrir des services sanitaires dans un certain endroit. Il a de nouveau félicité les OIR pour leur bonne collaboration avec le gouvernement, surtout si des docteurs sont engagés pour travailler dans les centres sanitaires à inspiration religieuse.

### 3. Projets et activités de l'EPN/ des membres

#### A. Lancement du plan stratégique de l'EPN 2010-2015

Ndilta Djékadoum, un membre du Conseil de l'EPN, a donné une brève présentation sur le plan stratégique de l'EPN 2010-2015. Il a souligné les domaines de priorité que l'EPN veut adresser dans cette période de plan stratégique. Les domaines avaient été définis sur la base d'un besoin de l'église, du secteur pharmaceutique, l'expertise de l'EPN et l'expérience de soutenir le système pharmaceutique confessionnel pendant plus de deux décennies.

Les domaines sont:

- L'accès à et l'usage rationnel de médicaments
- Le traitement du VIH et sida
- La professionnalisation des services pharmaceutiques

- Le partage d'information pharmaceutique
- Chaque domaine a son propre objectif et une stratégie détaillée pour l'adresser. La mise en œuvre du plan stratégique sera régulièrement suivie et évaluée par les structures de gouvernance existantes. Des rapports seront préparés pour le Conseil, des agences de fonds et l'assemblée générale, selon les besoins.

#### B. Lancement du site web de l'EPN

Elisabeth Goffin, la consultante travaillant sur le site web de l'EPN a donné une présentation sur les innovations du nouveau site, aussi bien que sur les améliorations. Sauf de l'information minutieuse, utile et compréhensive sur les services pharmaceutiques, qui est mise à jour de manière continue, le site web a aussi des nouvelles attractions tels qu'un segment interactif de sondages et forums de discussion, et une section multimédia avec une galerie de photos et des fiches audio et vidéo. Le contenu du site web est identique en anglais et en français. Les membres étaient encouragés de se connecter au site web pour accéder à l'information limitée aux membres.



“Ce guide aidera les leaders d’églises à comprendre le traitement du sida. C’est ça dont les églises et formations ont besoin.”  
Archevêque Nzimbi



L'archevêque retraité Benjamin Nzimbi et Albert Petersen, Président du Conseil de l'EPN, pendant le lancement du Guide de formation sur le traitement du VIH & sida

### **C. Lancement du Guide de formation sur le traitement du VIH de l'EPN**

L'archevêque Benjamin Nzimbi, évêque retraité de l'Eglise Anglicane du Kenya a lancé le Guide de formation sur le traitement du VIH & sida et a félicité l'EPN pour le grand effort qu'ils avaient fait pour le développement de ce manuel. Le manuel a été développé pour informer les leaders d'églises sur les questions pertinentes concernant le traitement du VIH et du sida.

Des études au Kenya, Rwanda et Burkina Faso avaient montré un manque d'information d'ARV sur des matériaux pour les leaders d'églises, un rythme de changement très vite dans l'approche du sida, de l'accès, du coût et des attitudes, un besoin pour une formation sur le traitement centrée sur le patient et l'importance de comprendre les liens entre nourriture et nutrition et le traitement. Sur base de cette information, l'EPN a commencé la production du guide de formation sur le traitement du VIH et sida pour des leaders d'églises.

Le guide de formation sur le traitement avait été développé

avec l'input des membres et des parties prenantes dans les secteurs confessionnels et les experts dans le domaine du traitement du VIH et sida. Le guide est divisé en trois parties. La première partie comprend des messages d'introduction sur les soins et le traitement et le rôle que peuvent jouer les leaders d'églises dans le plaidoyer et la mobilisation de la communauté. La deuxième partie contient des exercices qui aideront les leaders à mieux comprendre le contenu et à engager les autres, p.ex. la congrégation. La troisième partie est une section d'information de support qui donne de l'information plus technique sur le traitement antirétroviral, des politiques d'essai sur le VIH et sida, entre autres. Le Secrétariat a remercié toutes les personnes qui avaient participé dans la publication de ce livre. Le guide est disponible en français et en anglais.

### **D. Aperçu des projets de l'EPN sélectionnés**

Le personnel de l'EPN a brièvement donné un aperçu de quelques projets en cours:

- Le plaidoyer et l'action de maîtrise sur la RAM, ce



que plusieurs membres entreprennent aussi dans leur pays, en tant que réponse à la menace globale de la résistance aux antimicrobiens.

- Le projet de standards qui impliquait le développement de standards pour les pratiques de pharmacies en hôpital.
- Le projet de médicaments pour enfants qui vise à déterminer la disponibilité des médicaments pour enfants dans le réseau, les barrières pour l'accès et comment on pourrait les surmonter.

#### **E. Mise à jour des Associations Chrétiennes de la Santé en Afrique (ACHA)**

M. Mike Mugweru du Africa Christian Health Associations Platform (ACHAP) a donné une mise à jour sur le plateau. Il a commencé par expliquer qu'ACHAP est un forum de réseautage pour les Associations Chrétiennes de la Santé (ACS) et les Réseaux de l'Afrique subsaharienne. Il a été établi par une déclaration de la 3<sup>ème</sup> Conférence Biennale des ACS à Bagamoyo, Tanzanie en janvier 2007.

Le Secrétariat du Plateforme est actuellement logé à CHAK Nairobi et sa structure de gouvernance et son mandat ont été confirmés par la 4<sup>ème</sup> Conférence tenue à Kampala, Ouganda en février 2009. Les fonctions clés d'ACHA sont le réseautage, le plaidoyer et le renforcement de capacités par l'apprentissage entre collègues.

Les ACS sont inspirées par leur fondation chrétienne, leur foi et leur engagement de fournir des services avec compassion et leur assistance de mission dans les régions mal servies et les groupes vulnérables, selon l'exemple du Christ. Les rôles des ACS dans la santé sont d'offrir :

- Des soins de santé primaire intégrés (SSP).
- La prévention du VIH, des programmes de soins et traitement.
- L'éducation de santé et de la formation pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, ci-inclus la formation des professionnels de santé en communauté.
- La dépendance des systèmes d'approvisionnement en médicaments – p.ex. MEDS, JMS, CHANMedi-Pharm,

CHAZ, MEMS et CHAM – pour l'approvisionnement, le stockage et la distribution de médicaments essentiels et autres commodités sanitaires.

- Assistance extensive des services de ACS dans les régions mal servies et éloignées.
- La contribution à la connaissance par le biais de S&E et recherche.

Les défis qu'ils rencontrent sont entre autres la viabilité financière, la reconnaissance limitée par le gouvernement et des agences de développement internationales dans certains pays, la crise économique globale, la documentation limitée de leur travail, des requêtes par les autorités régulatrices qui ne considèrent pas les inégalités dans la distribution des ressources et une capacité technique limitée d'entrer en compétition pour des opportunités de fonds internationales.

#### **F. Partenariat OIR – secteur privé : le cas de MEDS et J&J**

Dr Jane Masiga a fait la dernière présentation de la journée avec une étude de cas qui montrait comment le partenariat entre Johnson & Johnson et MEDS avait

aidé à supporter les initiatives de VIH et sida au Kenya depuis 2003, jusqu'en 2008. Le partenariat de 5 années a mené à des activités telles que les soins à domicile, le renforcement de laboratoires de contrôle de qualité, la recherche et la formation en médicaments pour des infections opportunes en VIH et sida, la distribution de Miconazole MAT (muco adhesive tablet) et l'attribution de prix de Miconazole. Les fonds générés de la vente de Miconazole sont donnés aux programmes de VIH et sida au Kenya. Johnson & Johnson ajoutent un dollar pour chaque dollar des ventes, doublant ainsi le montant qui est donné aux programmes.

Le programme de soins à domicile vise le renforcement des capacités de gestion et d'approvisionnement à domicile afin de diminuer la congestion dans les formations sanitaires à cause de maladies chroniques, p.ex. VIH et sida. Des paquets sont distribués à un prix subventionné (les programmes ne payent que 10% de la valeur).

Le laboratoire de contrôle de qualité interne de MEDS qui a été établi en 1997 pour garantir que les médicaments fournis soient de qualité acceptable, a obtenu la

préqualification de l’OMS et peut donc jouer un plus grand rôle dans le pays et dans la région. Johnson & Johnson ont offert du support à MEDS pour atteindre ce statut sous la forme de bourses pour renforcer le service et l’équipement du laboratoire.

*“Le réseau est en train de croître et est très vif dans ses efforts d’atteindre ses objectifs.”*

Afin d’avancer, les membres de l’EPN étaient encouragés de participer dans des partenariats Eglise – secteur privé qui sont avantageux pour améliorer leur travail. Cependant, il y a le besoin d’évaluer le partenariat régulièrement, pour s’assurer que la mission de la formation ne soit pas compromise.

### **3. Conclusions**

En général, les participants du forum pensaient que le forum de deux jours leur avait fourni une expérience d’apprentissage immensurable et de l’accès à l’information et aux ressources qui leur aideraient à faire leur travail de façon plus efficace et effective.

Le Président de l’EPN, Albert Petersen, a remercié les participants pour leur présence et le Secrétariat pour avoir organisé un forum plutôt réussi. Ceci a montré que le réseau est en train de croître et est très vif dans ses efforts d’atteindre ses objectifs. Il a encouragé les membres de communiquer leurs requêtes au Secrétariat. Il a aussi dit qu’il y a toujours beaucoup à faire, surtout dans l’établissement de plus de partenariats forts entre les membres et pour trouver des donateurs. Il a apprécié le fait que les discussions pendant le forum avaient donné une indication d’où les efforts futures devraient être dirigés, pour ce qui concerne la prestation de services pharmaceutiques.

Le forum a été conclu le vendredi 19 mars, à 17h45 avec une prière de Gladys Mburu de MEDS du Kenya.

# ANNEXE A. EVALUATION DU FORUM

Du feed-back a été reçu de 29 participants qu'on a posé deux questions: Qu'avez-vous apprécié au forum, qu'aurait-on pu faire mieux? Les réponses reçues pouvaient être groupées sous 6 thèmes généraux: organisation du forum, participants, matières traitées, opportunités pour apprendre et partager, astuces pratiques et idées, et autres.

## 1. Organisation du forum

Tandis que beaucoup de participants ont décrit le forum comme bien organisé, les suggestions suivantes pour l'amélioration, surtout pour ce qui concerne le réseautage et l'interaction, ont été faites :

- "Avoir plus de temps pour les membres de partager ce qu'ils font, ceci faciliterait l'apprentissage mutuel"
- "Plus de partage entre les membres d'expériences et histoires de succès"
- "Il n'y avait pas de temps pour faire du réseautage, sauf pendant les pauses"
- "Chaque organisation aurait dû donner une brève présentation"
- "Partager/explorer des partenariats"
- "Plus de discussions en groupe"
- "Plus de temps/occasions pour des sessions libres hors programme"
- "Plus de discussions en groupe pourraient encourager les interactions par les membres, pour qu'on se connaisse mieux"
- "Gestion du temps, plus de temps pour discussions"
- "Gestion du temps par certains présentateurs"
- "Meilleure gestion du temps pour mieux suivre le programme"
- "Allocation de temps aux présentations, certaines trop longues, autres trop courtes"
- "Le programme n'était pas finalisé"
- "Programme trop chargé"

## 2. Les participants

Concernant les participants au forum, la seule suggestion pour améliorer était d'inviter des leaders d'églises du pays entier. Des commentaires positifs étaient :

- "Des individus fantastiques"
- "Se revoir avec de vieux amis"
- "Rencontrer plusieurs nouvelles personnes qui participaient pour la première fois"
- "Les gens que j'ai rencontrés avec des expériences très variées"
- "Une équipe de participants aimables"
- "Le mélange de participants francophones et anglophones"
- "Le fait que beaucoup de participants ont été réunis, ci-inclus d'autres organisations pour partager ce qu'ils font. Ceci nous a permis de savoir qu'ils existent et comment on peut bénéficier."

## 3. Matières traitées

Sur les matières présentées pendant le Forum, plusieurs opinions ont été exprimées :

### Qu'avez-vous apprécié?

- "Information/sujets choisis pour le forum, comme
  - Aperçu de la perspective RSS de l'OMS
  - Construire des systèmes pharmaceutiques durables
  - Etudes de carte de l'EPN
  - Innovations et technologies pour le renforcement durable des systèmes
  - Le rôle de l'industrie pharmaceutique
  - Renforcement des systèmes à but non lucratif
  - Plan stratégique 2010-2015 de l'EPN
  - Présentations qui montraient l'impact de l'engagement pendant des ateliers de l'EPN
  - Site web de l'EPN
  - Projet sur médicaments pour enfants, ce qui est une des tâches principales sur laquelle l'EPN et ses partenaires devraient travailler dur"
- "L'expérience riche des partenaires comme le voyage de CAR, CHAZ, SSC et les MoU de gouvernement comme en Zambie et au Kenya"
- "La sélection des sujets de discussion étaient très pertinentes pour nos formations"
- "Le total des présentateurs/formations était très compréhensif, c.à.d. OMS, BM, DSO, Gouvernement"
- "Présentations de différentes formations avec de l'information intéressante"
- "Discussions intéressantes"
- "On a entendu beaucoup des experts Kényans et de la bonne pratique"
- "Les présentations étaient claires et concises"
- "Clareté du message"
- "La connaissance que j'ai gagné sur les différentes matières"
- "Les invités/présentateurs étaient très ingénieux"
- "Diversité des présentateurs enrichants"
- "La variété d'information sur le travail de l'EPN"
- "Large diversité de présentations, toutes liées au RSS – bien présentées"
- "Le contenu des différents sujets partagés"
- "Information était bien présentée par les invités"

### Qu'aurait-on pu faire mieux?

- "Plus de détails sur le plan stratégique de l'EPN"
- "Les présentations doivent être claires"
- "Matériaux pour les présentations doivent être claires et formatés de manière professionnelle"
- "Rendre les présentations disponibles pour tous les participants après le forum"
- "Prévoir des fiches (handouts) sur ce qui était présenté et discuté"
- "Trop de présentations à sens unique; il faut plus de temps pour réagir aux sujets"
- "Plus d'études de cas comme dans la session sur PPP"
- "Plus d'information sur les technologies et innovations pour le renforcement de systèmes pharmaceutiques"

#### 4. Opportunités pour l'apprentissage et le réseautage

Tandis qu'un participant aurait souhaité l'établissement d'une idée concrète pour le travail à faire ensemble à l'avenir, les autres participants étaient positifs:

- "Réseautage et partager de l'information entre les membres"
- "Opportunité pour faire du réseautage et connaître de diverses personnes"
- "Rencontrer des membres et se connaître mieux"
- "Apprendre, partager des expériences, études de cas"
- "Apprendre ce que les gens ont fait pendant les deux dernières années"
- "Apprendre des nouvelles expériences et savoir ce qui se passe dans les autres pays"
- "Apprendre des organisations qui ont pu unir les catholiques et les protestants dans une association"
- "Plateforme pour les OIR qui ont les mêmes vues pour toucher ceux qui ont le besoin"
- "Apprendre des histoires de succès/des leçons pour le succès"
- "Partager de l'information, partager des expériences et le réseautage"
- "Ce que j'ai apprécié était le vrai réseautage au forum. Ceci a sorti très fortement des présentations des participants du forum qui expliquaient ce qu'ils font et ce qui leur a aidé à arriver où ils sont maintenant. Ceci est certainement un bonne chose comme on sait qui contacter à tout niveau du renforcement des prestations de services pharmaceutiques"
- "La réussite de réunir le réseau et de partager et apprendre"
- "Une compréhension meilleure et plus approfondie du travail de l'EPN"

#### 5. Astuces pratiques et idées

Les commentaires positifs suivants ont été entendus des participants:

- "L'idée innovante de développer un guide de formation de traitement du VIH et sida"
- "Le manuel de formation de traitement du VIH et sida est un bon guide"
- "La présentation de documents pratiques comme le guide de formation de traitement"
- "Partage d'information des études de cas et de i+ solutions étaient plus pertinents"
- "On a reçu de l'information qui aidera mon organisation et pour JMS cette information va avoir un impact sur la planification des nos activités pour l'année prochaine"
- "L'information était très utile et aidera certainement dans les processus de décision aux formations locales"

#### 6. Autres commentaires

Finalement, à propos de sujets variés, les opinions suivantes ont été exprimées :

##### Qu'avez-vous apprécié ?

- "Traduction"
- "Le souhait réel d'améliorer la provision de services de santé pour ceux dans les régions à ressources limitées"
- "C'était enrichissant d'apprendre le rôle qu'ont joués et jouent encore les OIR dans la prestation de services de santé dans la communauté"
- "Demander les membres de payer pour leur propre transport était un très bon test pour savoir qui est vraiment engagé et veut que l'EPN avance"
- "Tout a été fait très bien, continuez sur la bonne route, EPN, bon travail"

##### Qu'aurait-on pu faire mieux?

- "Des plans d'action pour le renforcement des capacités dans les DSO ou la route à suivre pour la formation des RH"
- "L'accommodation au même endroit que l'atelier"
- "L'hôtellerie végétarienne"
- "Pouvoir prendre avec soi le questionnaire à la fin de la réunion et le remettre le lendemain"
- "Permettre un peu de temps pour voir les environs, surtout pour ceux venant de dehors du Kenya"

# ANNEXE B. RESULTATS DES DISCUSSIONS

## 1. Que doivent faire les églises et les formations confessionnelles au niveau des politiques pour:

- Construire des systèmes pharmaceutiques
  - Comprendre le concept des systèmes pharmaceutiques.
  - Gérer la politique de médicaments et le système sanitaire des pays.
  - Etablir un moyen de faire du lobbying et plaider (ceci peut être une association qui parle d'une voix).
  - Etablir un Memorandum of Understanding/un accord avec le gouvernement/l'état.
- Renforcer les systèmes pharmaceutiques existents
  - Evaluer les ressources existentes.
  - Etablir des associations.
  - Renforcer les capacités du personnel.
  - Etablir un mécanisme de gestion efficace pour la durabilité des ressources.

## 2. Quels modèles réussis de support du gouvernement pour les systèmes sanitaires confessionnels et pharmaceutiques sont disponibles?

- Bourse du gouvernement dans les domaines de santé et pharmacie après avoir envoyé le budget des églises (Ghana).
- Bourse pour salaires de personnel (Chad).
- Exemption de coûts de médicaments (Rwanda).
- Subventions pour matériaux (Rwanda).
- Bourse en médicaments (Chad).

## Quels aspects pourraient être promus pour l'adoption par les autres?

- Bourse du gouvernement dans les domaines de santé et pharmacie après avoir envoyé le budget des églises.
- Bourse pour salaires de personnel.
- Exemption de coûts de médicaments.
- Subventions pour matériaux.
- Bourse en médicaments.

## 3. Les institutions sanitaires confessionnelles peuvent-elles être viables et en même temps assurer l'accès aux médicaments pour les plus pauvres dans nos sociétés?

- Quitter les donations uniques, c.à.d. engager le secteur privé pour supporter certaines initiatives (Friends of Kijabe Hospital-Kenya).

- Renforcer les communautés (tirer les communautés hors de la dépendance/mentalité de dons).
- Investir dans des propriétés et centres de formation, construire des hôtelleries comme CHAZ, Zambia.
- Un schéma de micro-assurance sanitaire.
- Renforcer un schéma d'assurance sanitaire national. Ghana a déjà un système d'assurance sanitaire national.
- Unir les grands hôpitaux avec les petits pour que le grand hôpital fasse l'acquisition en gros pour les hôpitaux plus petits.
- Besoin de connaître le prix, surtout pour nos cliniciens et engager les gens dans la planification pour les besoins des hôpitaux.
- Faire du lobbying sur la responsabilité d'entreprise de ne pas imposer où acheter certains médicaments.

## Quels sont les caractéristiques qui pourraient rendre ceci possible?

- Engager des travailleurs pertinents, compétents et capables.
- Etre plus responsables.
- Rendre des comptes.
- Assurer la gestion correcte et la comptabilité pour les médicaments et équipements disponibles.
- Organiser des programmes de formation/renforcement de capacités.

## 4. Comment les systèmes sanitaires confessionnels et pharmaceutiques devraient-ils s'engager avec l'industrie pharmaceutique pour l'avantage des gens communs?

- Rassembler les ressources.
- Négocier un prix spécial pour les pauvres.
- Consolider et quantifier dans l'ordre de l'assemblage.
- Acquisition en gros pour limiter le nombre de provisions.
- Détacher le personnel comme une partie de la responsabilité sociale des entreprises.
- Partager les domaines de priorité qui sont cruciales pour les commodités.

## 5. A quel niveau les systèmes confessionnels peuvent-ils bénéficier des initiatives globales pour le financement de médicaments, p.ex. UNITAID, Fonds global, PEPFAR?

- Des systèmes confessionnels ont accès aux médicaments et prophylaxies.
- Accès au renforcement des capacités pour le paludisme, etc.
- Du développement d'infrastructure, surtout pour le VIH et sida, 30 hôpitaux de mission + 100 cliniques satellite ont beaucoup aidé le Kenya.
- Amélioration des diagnostics dans les formations à but non lucratif. Il y a maintenant des machines CD-4.
- Accès augmenté aux logistiques.
- MEDS ont été supportés largement par PEPFAR, ceci a mené au développement d'un entrepôt ultramoderne.
- Réductions des maladies transmissibles grâce au support.



- Stockage de produits médicaux a amélioré.
- Des cours de remise à niveau ont été améliorés et la formation est meilleure.
- Avec la disponibilité des ARV, les patients peuvent maintenant accéder aux médicaments.
- Beaucoup de partenariats dans la distribution.

#### **Limitations**

- Ne pas recevoir assez de fonds.
- Des communautés de donateurs, en général, supportent uniquement des maladies avec une portée sur la santé publique, les autres maladies ne sont pas supportées.
- Disponibilité des médicaments essentiels est réduite à cause de l'influence dominante sur les maladies transmissibles.

#### **Comment l'église devrait-elle se positionner pour avoir plus d'avantages ?**

- Plaidoyer pour ce dont elle a besoin.
- Faire des partenariats avec le gouvernement car ils ont de l'argent.
- Pour que les CCM soient reconnus, les OIR peuvent être dirigés vers eux. Ceci peut être fait par des MoU.



L'archevêque Benjamin Nzimbi, évêque retraité de l'Eglise Anglicane du Kenya

#### **6. Quelles perspectives à long terme avez-vous pour l'engagement des églises dans la prestation de services sanitaires et pharmaceutiques?**

- Le partenariat est l'avenir.
- Apprendre à travers les pays et supporter où possible.
- Nous positionner comme une alternative pour le gouvernement.
- L'orientation de l'entreprise en ce qui concerne l'efficacité.
- Les églises peuvent faire de la fabrication régionale.
- Le leadership et gouvernance doivent être faits avec zèle.
- Renforcer nos systèmes, en ce qui concerne la responsabilité et ne pas laisser des choses à la chance.
- La réalité est que les églises doivent changer pour réaliser des changements durables globalement et au niveau du pays.
- Les églises doivent améliorer la façon dont elles documentent l'information sur ce qu'elles font.
- Améliorer la prestation de services en ce qui concerne la compétitivité.
- Jean 10-10, les gens doivent vivre sainement, c'est un devoir. C'est un devoir de servir les gens. Des changements vont et viennent, mais les gens ont toujours besoin d'aide.

#### **7. Comment peut-on convaincre les évêques que les DSO doivent faire du business?**

- Avoir des données/de l'information correcte sur le coût des médicaments et les avantages pour introduire des méthodes plus durables.
- Engager les évêques dès le début du processus.
- Besoin d'adresser leurs craintes et leur donner de l'information correcte car ils ont la réputation de protéger.
- Convaincre les évêques pour le changement des pensées, traiter les services de santé comme une entreprise.
- Séparer la propriété/les devoirs.
- Le renforcement des capacités.
- MEDS devrait aider le secrétariat pour conseiller les évêques et être des médiateurs.
- Parler un langage qu'ils puissent comprendre, p. ex. au lieu d'utiliser des grands mots comme marketing, parlons de la croissance et la durabilité.
- Permettre les membres de l'église qui sont des professionnels de travailler pour nous.
- Le lier à la réduction de la pauvreté. Le développement peut mener à une croissance de la contribution de l'église.
- Les évêques doivent comprendre que le business est une profession, afin de créer un résultat durable.
- Ca peut être une question de politique, il faut leur faire comprendre les aspects de business.
- Les études de cas doivent être montrées en donnant des preuves factuelles.
- En les convainquant du besoin du service.
- Les DSO doivent être une unité séparée pour fonctionner plus efficacement. Cependant, il ne faut pas perdre la vision d'OIR.
- Leur expliquer en leur renforçant avec la connaissance de ces questions.

## ANNEXE C. PARTICIPANTS AU FORUM

No	Nom	Organisation	Pays
1	Richard Wagner	AMFA	Afrique du Sud
2	Albert Petersen	DIFAEM	Allemagne
3	Christine Haefele Abah	Action Medeor	Allemagne
4	Dossou Bodjrenou Barthelemy	Bethesda	Bénin
5	Ione Bertocchi	ASSOMESCA	CAR
6	Mchadere Tedle	ECS	Ethiopie
7	Paul Amedzi	CDC	Ghana
8	Vijay Roy	EHA	Inde
9	Sarah Battacharji	CMC Vellore	Inde
10	Evelyne Ndirangu	Alliance Française	Kenya
11	Peter Ngige	EHAIA-WCC	Kenya
12	Veronica Vugusta	AIC Kijabe	Kenya
13	Gladys Mburu	MEDS	Kenya
14	Charles Kimani	MEDS	Kenya
15	Jonathan Kiliko	MEDS	Kenya
16	Samuel Mwenda	CHAK	Kenya
17	Joseph Mukoko	MSH/SPS	Kenya
18	Christa Cepuch	HAI Africa	Kenya
19	George Muthuri	Pharmacy and Poisons Board	Kenya
20	Rose Achieng	Radio Waumini	Kenya
21	Gaudenga Nyaboke	Radio Waumini	Kenya
22	Stephen Cheruiyot	MOMS	Kenya
23	Jane Masiga	MEDS	Kenya
24	Frederick Kimemia	EPN	Kenya
25	Mike Mugweru	ACHAP	Kenya
26	Rosalind Kirika	MSH	Kenya
27	Anne Marie Bodo	Banque mondiale	Kenya
28	Redemtor Atieno	HAI Africa	Kenya
29	Njeri Mucheru	MOMS	Kenya
30	Moses Mwangi	KAPI	Kenya

No	Nom	Organisation	Pays
31	Dr Elizabeth Ogaja	MOMS	Kenya
32	Weru Macharia	Traducteur	Kenya
33	Dr Kiplagat Stanley	CHAK	Kenya
34	Dr Chris Ouma	UNICEF	Kenya
35	Benjamin Nzimbi	Archevêque	Kenya
36	Gichinga Ndirangu	HAI Africa	Kenya
37	Victor Uduny	Radio Waumini	Kenya
38	Dr Francis Kimani	MOMS	Kenya
39	Michael Ngugi Kimani	EPN	Kenya
40	Irene Tindi	EPN	Kenya
41	James Mireri	EPN	Kenya
42	Anke Meiburg	EPN	Kenya
43	Donna Kusemererwa	EPN	Kenya
44	Angela Mutegi	EPN	Kenya
45	Tom Ojeya	EPN	Kenya
46	Ezekiel Kiragu	EPN	Kenya
47	Cedric Owuor	EPN	Kenya
51	Clarisse Morris	I+ Solutions	Les Pays-Bas
48	Rose Ngoma	CHAM	Malawi
49	Andrew Wasswa Nsubuga	JMS	Ouganda
50	Elizabeth Kisiigha	UJCC	Ouganda
52	Mike Upio	CME Nyankude	RDC
53	Ernest Rwagasana	BUFMAR	Rwanda
54	Eugene B.S Conteh	CHASL	Sierra Léone
55	Marthe Everard	OMS	Somalie
56	Naimat Amily Solomon	CHAS	Soudan
57	Mtani Njegere	Action Medeor	Tanzanie
58	Orgenes Lema	MEMS	Tanzanie
59	Djékadoum Ndilta	Hôpital Evangelique de Koyom	Tchad
60	Edouard Koutodzo	APROMESTO	Togo
61	Nalishebo Mwape	CHAZ	Zambie
62	Cryson Miyoba	CHAZ	Zambie

## Remerciements

EPN souhaite remercier Brot für die Welt (Du Pain pour le Monde) pour son support financier pour le Forum 2010, dont nous sommes très reconnaissants.

**Brot**  
**für die Welt**

[www.brot-fuer-die-welt.de](http://www.brot-fuer-die-welt.de)

Nous apprécions aussi les contributions de tous nos membres, nos partenaires et des conférenciers envoyés par les organisations suivantes: Banque mondiale Afrique bureau régional Kenya, HAI Africa, i+ solutions, Kenya Association of Pharmaceutical Industry, Ministry of Medical Services - Kenya, MSH Kenya, Pharmacy and Poisons Board - Kenya, Plate-forme des Associations Chrétiennes de la Santé de l'Afrique, UNICEF.

Finalement, l'EPN veut remercier l'Archevêque retraité Benjamin Nzimbi et Dr Marthe Everard (OMS Somalie).



### Equipe éditoriale:

Michael Ngugi Kimani (Rapporteur)

Donna Kusemererwa (Texte)

Elisabeth Goffin (Mise en page et traduction)

visitez-nous: [www.epnetwork.org](http://www.epnetwork.org)

Réseau Pharmaceutique Œcuménique  
Immeuble CHAK, Musa Gitau Raod, près de Waiyaki Way,  
B. P. 749-00606 Sarit Centre, Nairobi, Kenya,  
Tél: 254-20-4444832/4445020, Fax: 254-20-4441090/4440306,  
Email: [info@epnetwork.org](mailto:info@epnetwork.org), Site web: [www.epnetwork.org](http://www.epnetwork.org)

*Services pharmaceutiques de qualité, équitables et avec compassion pour tous*