

EPISODE 14 : TESTER POUR PROTÉGER : L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AU DIAGNOSTIC POUR TOUS

Traduction de la version française par Trint. L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Garry Aslanyan [00:00:05] Bonjour et bienvenue à nos abonnés réguliers du podcast Global Health Matters. Je suis très heureux que notre auditoire continue de croître. Pour ceux d'entre vous qui nous rejoignent pour la première fois, bienvenue au salon. Je suis votre hôte, Gary Aslanyan. Dans cet épisode, nous explorerons l'importance de l'accès aux diagnostics pour la santé mondiale. Au cours des deux dernières années, les diagnostics ont été transférés des laboratoires vers nos salons. Beaucoup d'entre nous ont déjà effectué leurs propres tests COVID à la maison et attendent impatiemment de voir les résultats. Malheureusement, avoir accès aux diagnostics est un privilège. Des millions de personnes dans le monde n'ont toujours pas accès à un diagnostic rapide pour toute une série de maladies. Les diagnostics jouent un rôle essentiel dans trois grandes priorités sanitaires mondiales, telles que la sécurité sanitaire mondiale et la résistance aux antimicrobiens et la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Dans cet épisode, je suis rejoint par deux invités, chacun avec une expérience significative et qui s'efforcent de réduire les lacunes d'accès aux diagnostics. Le Dr Bill Rodriguez est le directeur général de FIND, l'Alliance mondiale pour le diagnostic. FIND met en relation les acteurs du système de santé pour améliorer l'accès aux diagnostics. Le Dr Sikhulile Moyo est virologue médical et directeur du laboratoire de référence sur le VIH de Harvard au Botswana. Le Dr Moyo a également fait partie du groupe de travail présidentiel du Botswana pour la COVID-19. Bill et Sikhulile mettront en lumière les inégalités actuelles en matière de diagnostic, réfléchiront aux leçons tirées de la pandémie de COVID-19 et partageront certaines des nouvelles innovations passionnantes dans ce domaine. Bonjour, Bill.

Bill Rodriguez [00:02:06] Bonjour, Garry. Comment vas-tu ?

Garry Aslanyan [00:02:07] Bonjour, Sikhulile.

Sikhulile Moyo [00:02:08] Bonjour Garry. Comment vas-tu ?

Garry Aslanyan [00:02:10] Super, merci. Bill, comment votre parcours professionnel a-t-il évolué pour se concentrer sur les diagnostics et quels ont été les facteurs de motivation professionnels et personnels qui l'ont motivée ?

Bill Rodriguez [00:02:24] Merci, Garry. J'ai donc suivi une formation en médecine en tant que clinicien, en tant que spécialiste des maladies infectieuses, et je vois le monde comme un clinicien et en mettant l'accent sur les soins aux patients et sur la façon dont vous les aidez, le patient en face de vous. Je pense donc que trois aspects différents au début de ma carrière m'ont amené à me concentrer sur les tests diagnostiques. La première est que ma carrière a coïncidé avec l'ampleur de la pandémie de sida. En tant qu'étudiante en médecine, j'ai suivi une conférence de 30 minutes sur le VIH. Deux ans plus tard, dans le cadre de mon premier rôle auprès de patients, les cinq premiers patients dont j'ai pris soin sont morts du sida, et ils avaient tout mon âge au début de la vingtaine. C'était donc un aspect très formateur de mes premières années de formation en médecine. Le deuxième était que l'un de mes premiers mentors était le regretté Paul Farmer, malheureusement décédé récemment. Et j'ai travaillé avec Paul en Haïti et ailleurs et son influence, la façon dont il exigeait l'équité et disait, « nous devons prendre soin de chaque patient de la même façon que nous prenons soin de tous les

patients », a eu une influence assez profonde sur moi. Et puis, à l'époque, à la fin des années 1990, au début des années 2000, le rythme rapide du développement technologique dont j'ai été témoin et l'impact des nouvelles technologies sur les maladies à haut revenu comme le cancer, les maladies cardiaques, étaient tout simplement écrasants, et j'ai vu à quel point ces technologies pourraient être puissantes si nous pouvions les appliquer maladies mondiales, qu'il s'agisse de maladies infectieuses, de drépanocytose ou de maladies liées à la pauvreté. Ces trois forces, la pandémie de sida, l'influence de Paul Farmer et le développement rapide des technologies au début de ma carrière, m'ont vraiment amené à voir le potentiel des diagnostics pour favoriser l'équité et les soins cliniques à l'échelle mondiale.

Garry Aslanyan [00:04:03] Merci. Sikhulile, qu'en est-il de toi ? Qu'est-ce qui vous a poussé à devenir virologue et qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre travail ?

Sikhulile Moyo [00:04:15] C'est une bonne idée. J'ai commencé à voir de nombreuses personnes mourir du VIH, et c'était très proche de moi parce que j'ai perdu des membres de ma famille. Deux frères et ma sœur alors. Et je me suis rendu compte que la pandémie nous menait. Et vous vous souvenez, il n'y avait aucun remède à l'époque, et il y avait très peu d'espoir. Et à cette époque, j'ai rencontré un homme qui était virologue et je me suis intéressé par la passion de voir comment aider. Et en tant que virologue, je me suis rendu compte qu'en regardant de nouveaux outils de diagnostic du VIH. Et cela m'a vraiment inspiré, le fait qu'on puisse faire de la science fondamentale qui se traduit par un tel impact sur la santé publique. C'est ainsi que j'ai vraiment commencé à me passionner pour la recherche et le diagnostic. Et je me suis formé avec lui, et cela m'a vraiment donné une passion de poursuivre une carrière en virologie. Ma passion est donc maintenant de voir des diagnostics opportuns qui ont un impact sur les résultats des patients et les interventions de santé publique. C'est un croisement de ma carrière et de tout ce que je peux faire pour promouvoir l'amélioration de l'accès aux diagnostics, la recherche qui informe la santé publique, qui change vraiment ma façon de voir les choses.

Garry Aslanyan [00:05:42] Vous avez donc tous deux réfléchi à la manière dont les inégalités en termes d'accès aux diagnostics ont eu un impact sur divers problèmes de santé. Bill, la pandémie actuelle met clairement en évidence de nombreuses fragilités en matière de systèmes de diagnostic. Pouvez-vous donc dire à notre public de quoi il s'agit, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ?

Bill Rodriguez [00:06:05] Il y a un dicton qui revient encore et encore ces dernières années selon lequel les pandémies ne créent pas de nouveaux problèmes dans la société, elles révèlent simplement tous ceux qui existent déjà. Et je pense que cela a été extrêmement clair en ce qui concerne les systèmes de test et de diagnostic dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Au cours des 20 dernières années, nous avons investi massivement dans le dépistage du VIH. Nous avons des laboratoires centralisés qui effectuent de gros volumes de tests de la charge virale et peuvent effectuer des tests en 24 heures, nous avons investi dans les tests de dépistage de la tuberculose et du paludisme, et nous avons des systèmes solides là-bas. Et sélectivement dans quelques autres domaines tels que la trypanosomiase humaine africaine, ou THA, par le biais d'un programme de dépistage très ciblé visant à éliminer cette maladie. Mais les pandémies, presque par définition, sont des maladies communautaires. Qu'il s'agisse d'Ebola, du SARS-CoV-1 ou du SARS-CoV-2, ils se propagent d'une personne à l'autre dans les communautés et cela pourrait devenir une pandémie, et nous avons maintenant réalisé que nous n'avons pas investi dans des systèmes de dépistage communautaires, des plateformes pouvant être utilisées comme centres de soins de santé primaires, des agents de santé communautaires et que le fait de ne pas investir dans une plateforme plus

communautaire au lieu d'une approche verticale, même pour le VIH, qui est une vaste maladie ayant un impact au niveau des soins de santé primaires, a révélé qu'il existe une lacune majeure dans notre capacité à répondre aux pandémies et cela s'est tout simplement manifesté au cours des dernières années avec COVID. Nous avons beaucoup tardé à essayer de faire passer les tests aux communautés par le biais de programmes de dépistage communautaires parce que nous n'avons pas investi dans ces programmes. Et nous ne l'avons pas réalisé jusqu'à ce que COVID émerge vraiment et le dise très clairement.

Garry Aslanyan [00:07:44] Et Sikhulile, au Botswana, où vous travaillez, quelles sont les lacunes qui existent encore dans la mise en place de capacités de diagnostic dans les communautés ?

Sikhulile Moyo [00:07:53] Oui, c'est une question importante. Je pense que les systèmes se sont développés verticalement et quand le COVID est arrivé, il a révélé que certains modèles de centralisation des soins nuisent à l'accès des personnes à la santé. Le Botswana a beaucoup évolué en termes d'amélioration de l'accès aux diagnostics, en particulier dans les zones urbaines ou périurbaines. Certaines lacunes augmentent l'accès à des zones très reculées. Et cela a été très, très important pour s'assurer que les diagnostics sont efficaces, le reporting en temps opportun afin que l'accès accordé permette au moins une réponse rapide. Et je pense que le simple fait de se concentrer uniquement sur les maladies infectieuses est également une bombe à retardement, probablement en raison de la nature du financement, qui se concentre sur le VIH et la tuberculose au détriment de ce que nous devrions faire pour les maladies non transmissibles, par exemple. Mais en termes de réponse, nous devons nous assurer de combler ces lacunes car la pandémie de COVID nous a vraiment montré que nous devons être en avance en termes de diagnostics. Nous sommes habitués aux tests menés en laboratoire et aux tests correctement, peut-être dirigés par le personnel infirmier. Mais la pandémie nous a rapidement montré que le système de santé était débordé et qu'il n'y avait pas assez de personnes à tester. Vous aviez l'équipement de test, mais pas assez de personnes pour le faire. Et cela nous a vraiment aidés à dire, d'accord, nous devons innover ici. Comment pouvons-nous utiliser la communauté ? Comment pouvons-nous former des travailleurs non professionnels ? Comment pouvons-nous réaffecter les travailleurs non professionnels pour réellement exécuter les tests ? Cela a été l'occasion, par exemple, d'étendre les tests et d'augmenter réellement les taux de dépistage de plus de 200 à 300 %, simplement en réaffectant différents cadres pour améliorer l'accès aux tests. Et je pense que cette leçon devrait être importante en tant que leçon pour toute pandémie qui pourrait survenir, à savoir que nous devons réduire la complexité des tests.

Garry Aslanyan [00:10:15] Vous avez tous deux mentionné la fragilité des systèmes qui ont été exposés en raison de la pandémie et l'expérience que nous avons eue avec la COVID. Bill, y a-t-il une action qui a été catalysée au niveau mondial ou à un autre niveau vers l'équité dans les diagnostics, à la fois en termes de préparation aux futures pandémies, mais aussi pour toutes les autres questions d'iniquité en matière de santé sur lesquelles vous avez déjà réfléchi tous les deux ?

Bill Rodriguez [00:10:44] Une chose que nous ne devons pas sous-estimer est la pertinence des tests dans cette pandémie. Nous ne nous souvenons peut-être pas d'il y a deux ans, mais au début de cette pandémie, nous étions parfaitement conscients de l'importance des tests et du peu d'accès que nous y avions tous dans le monde. Et bien sûr, c'est l'expérience quotidienne de la plupart des gens aux tests dont ils ont besoin dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Mais même les pays riches et les personnes aisées ont compris : « Je ne peux pas accéder à un test quand j'en ai besoin ». Et je pense que cette pertinence persiste depuis deux ans. Les gens sont très conscients du rôle des tests sur leur propre santé partout dans le monde. Les dirigeants politiques, le Dr Tedros au quotidien, les chefs d'État chaque semaine, du président Biden au président Ramaphosa, parlent de tests au public. Et je

pense que c'est vraiment essentiel parce que maintenant les gens comprennent qu'il s'agit d'un élément essentiel de notre système de santé et que nous devons nous assurer qu'il est disponible. Afin de soulever la question de l'équité d'une nouvelle manière, je pense que sur une base mondiale et que l'équité dans l'accès aux tests est devenue la pierre angulaire de la réponse mondiale. Et cette prise de conscience dont nous venons de parler et à quel point il est difficile de réaliser des tests sur des systèmes fragiles, tout le monde en a pris conscience. Je pense donc que c'est un élément important, que les tests sont maintenant à l'ordre du jour d'une manière qui ne l'a jamais été auparavant et que l'équité est un principe fondamental. Je pense que certaines choses que nous avons vues et réalisées sont essentielles pour générer des capitaux propres. L'un est le leadership de l'OMS. Je pense que l'OMS est parfois critiquée pour sa réponse aux situations d'urgence, et je pense que l'OMS a joué un rôle absolument essentiel et je pense que le pouvoir de l'OMS de délivrer ce message est essentiel et que nous devons reconnaître et maintenir une fois que nous sortirons de la pandémie. L'autre problème qui, à mon avis, a été très clair est celui de la fabrication. La plupart des tests pour la plupart des maladies, les usines et les équipements qui fabriquent les kits de test et les réactifs se trouvent dans le nord de la planète. Cela a créé des problèmes et a également fait prendre conscience à de nombreux pays à quel point ils sont dépendants de choses qui échappent à leur contrôle politique. C'est ainsi que l'effort s'est intensifié au cours des 12 derniers mois ou un an et demi pour dire que nous avons besoin de fabriquer des tests de diagnostic dans les pays du Sud, en Amérique latine, en Afrique de l'Ouest, en Afrique du Sud, et nous construisons ces usines. Cela soutiendra l'équité, probablement pas à temps pour la pandémie alors que cela était nécessaire l'année dernière, mais pour l'avenir pour les futures pandémies, pour la tuberculose, pour les tests auxquels les fabricants du Nord ne prêtent pas autant d'attention. Et cela, je pense, est l'héritage critique de COVID, c'est d'identifier ce genre de problème de niche de hey, où les tests sont produits est vraiment essentiel pour l'équité, en particulier en Afrique, mais dans les pays du Sud. Et je pense que c'est quelque chose que nous allons regarder en arrière et réaliser qu'il s'agit d'un moment critique de cette pandémie.

Garry Aslanyan [00:13:45] Je peux voir Sikhulile que tu voulais ajouter quelque chose à cela.

Sikhulile Moyo [00:13:49] Je pense qu'il a soulevé un point très important concernant la nécessité d'être en mesure de produire des kits et des fournitures dans notre région, et nous l'avons vu également, est en train de rouler non seulement aux kits de test, mais aussi au déploiement de vaccins et aussi à plusieurs produits de test dont nous avons besoin pour augmenter l'accès ainsi que probablement des méthodes innovantes de test. Certaines personnes ont essayé des méthodes innovantes telles que les tests alimentaires ou différents algorithmes pour étendre les tests et les étendre. Et je pense que c'est devenu très, très important, je dirais.

Garry Aslanyan [00:14:37] Sikhulile, en 2021, fin 2021, vous et vos collègues et les scientifiques qui travaillent avec vous êtes ceux qui ont tiré la sonnette d'alarme autour de la variante Omicron. Pour moi, cela signifie que le Botswana disposait d'un très bon système de détection d'alerte précoce, soutenu par une capacité de diagnostic. Peut-être pourriez-vous en dire un peu plus à notre auditoire sur cette expérience et sur la façon dont elle s'est déroulée.

Sikhulile Moyo [00:15:10] La découverte d'Omicron au Botswana n'est pas un hasard. Je pense que c'était le résultat d'une intention stratégique d'améliorer l'accès à la détection de ce qui se passe dans la population. Vous avez besoin d'un diagnostic. Donc tester, tester, tester, tester. Le Botswana a donc décidé de s'assurer qu'il y a un accès au dépistage dans tous ses districts et en augmentant l'accès, en utilisant les zones COVID, où dans chaque zone de chalandise il y a un laboratoire de PCR et en utilisant également l'infrastructure du VIH, le système de référence des échantillons, vous avez pu envoyer des échantillons au prochain laboratoire de PCR. Et nous avons développé une stratégie de surveillance qui

devait pouvoir être construite sur cette base ; si nous obtenons un résultat positif, nous allons l'échantillonner. Notre stratégie reposait sur de nombreux piliers. Tout d'abord, nous voulions savoir ce qui arrivait dans le pays, la surveillance de nos points d'entrée. Donc, s'il y a un nouveau virus qui arrive, nous étions là pour essayer de le voir et de le prélever. Nous étions également intéressés de voir ce qui se passait chez les personnes hospitalisées, qui présentent la première progression de la maladie. Donc, lorsqu'il y a eu des cas de décès, nous les avons également échantillonnés. Nous avons également examiné l'ensemble de la population. On ne pouvait pas séquencer tout le monde. Mais quelle est la méthode représentative d'échantillonnage dans ces zones qui nous donnera des données significatives pour estimer ce qui se passe dans la population ? Cette stratégie nous a donc permis d'accumuler, sur une base hebdomadaire, des échantillons représentatifs qui recoupent ces différents objectifs. Et c'était très, très important. Nous avons reçu un soutien important de la part d'organisations telles que FIND et Bill & Melinda Gates Foundation et du ministère de la Santé, en termes de mise en place de nos systèmes et d'amélioration des tests. Le 11 novembre, nous avons reçu ces échantillons uniques qui ont été testés dans l'un des laboratoires et ils ont remarqué que nous surveillons ce que nous appelons les valeurs seuils du cycle, c'est une mesure de la concentration du virus. Donc celui-ci était très concentré et c'était comme si nous n'avions jamais vu une telle concentration de virus. Et ils l'ont apporté parce que nous séquençons chaque semaine, nous avons mis ces échantillons dans notre lot. Quand nous les avons intégrées à notre lot, nous avons remarqué que lorsque nous les avons comparées à d'autres, elles étaient assises à leur propre arbre. Quand vous les avez insérés dans un arbre d'analyse virale, ce que nous appelons l'analyse phylogénétique, nous avons réalisé que ces quatre éléments s'étaient regroupés et que boum, qu'est-ce qui se passe ? Lorsque nous les avons examinés au début en tant que virologue, vous pensez qu'il y a une erreur, alors nous sommes retournés au laboratoire. Nous aurions donc pu communiquer ces données dès le 18 novembre, mais nous sommes retournés au laboratoire et le 19, nous étions sûrs d'avoir vu exactement ce que nous avions vu. Et le 22 novembre, nous avons informé le ministère de la Santé, nous avons rendu les données disponibles, c'était un lundi, et mardi, nous avons reçu un appel d'un groupe indépendant qui a vu nos séquences et qui nous a dit « nous avons vu quelque chose de similaire ». Deux laboratoires indépendants identifiant une lignée. Donc pour nous, lorsque nous avons fait rapport au ministère de la Santé, nous avons dit que nous avons identifié une lignée inhabituelle. J'ai toujours ce courriel et je l'encadre pour l'avenir parce qu'il a changé le monde. Une lignée inhabituelle. Nous ne savions pas qu'il s'agissait d'une variante. Nous ne savions pas que c'était une variante préoccupante. Ainsi, lorsque nous avons également informé le ministère de la Santé d'Afrique du Sud, nous avons réalisé que cela valait la peine d'être signalé à l'Organisation mondiale de la santé. Et comme Bill l'a dit, l'OMS a joué un rôle très important. Ils ont formé un groupe de travail technique et, le 26 novembre, ils ont classé cette lignée inhabituelle, une variante préoccupante, désormais appelée Omicron. Et je pense que pour moi, j'ai été comblé en tant que scientifique de rapporter quelque chose comme ça, mais c'était aussi une montagne russe d'émotions parce que la façon dont le monde a réagi, nos interdictions de voyager, et je pense que nous avons beaucoup appris au cours des deux dernières années que je trouve cette réaction malheureuse. Les économies ont été touchées. Même les médicaments et les vaccins que nous attendions ont été retardés. De nombreuses entreprises ont été fermées. Il y a eu beaucoup de confinements inutiles. Les implications financières étaient donc énormes, et certains d'entre nous ont reçu des appels à propos de ce que vous avez fait, vous les scientifiques avec votre grande gueule. C'était la période des fêtes qui approchait et pourquoi n'as-tu pas gardé le silence jusqu'à notre retour de Noël ? Et quand vous regardez en arrière, alors que nous avons traversé une période difficile, je suis encore plus convaincu que les données relatives à la transparence des données devraient être partagées de manière transparente et devraient être utilisées pour améliorer la santé publique.

Garry Aslanyan [00:20:46] Bill, au-delà des développements que vous avez mentionnés liés à la COVID-19, quelles sont les autres innovations passionnantes et perturbatrices en matière de diagnostic qui émergent, et comment pourraient-elles s'appliquer à d'autres maladies, à la tuberculose ou à d'autres problèmes négligés, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire ?

Bill Rodriguez [00:21:12] Deux développements vraiment intéressants se situent à court ou à moyen terme. L'un est en fait le séquençage. Sikhulile a raconté une histoire très puissante sur l'identité de l'Omicron et ses conséquences, mais l'engagement à partager les données et la transparence et donc ce que nous constatons sous COVID est littéralement que chaque pays du monde a maintenant la capacité de séquencer les agents pathogènes et de transformer ces informations, partager et de l'intégrer dans une réponse globale. Et ce que cela signifie pour la surveillance des maladies est potentiellement transformateur. Nous serons en mesure de suivre les variants de chaque agent pathogène, les principaux virus, le VIH, la tuberculose, et de les appliquer non seulement à des fins épidémiologiques pour surveiller les maladies et quelque chose de beaucoup plus proche du temps réel que nous n'avons jamais pu le faire auparavant, mais aussi potentiellement pour des applications cliniques dans la résistance aux médicaments antituberculeux et la résistance aux antimicrobiens en général, dans la gestion du VIH. Cette capacité et le coût du séquençage ont donc considérablement diminué, donc c'est une technologie vraiment puissante à laquelle nous n'avons vraiment pas accès dans les PFR-PRI avant la COVID. C'est donc une innovation vraiment perturbatrice qui a vu le jour. Le second se situe au niveau technique dans ce que l'on appelle la plateforme de point de soins moléculaires multiplexés. Qu'est-ce que ça veut dire ? La première génération de ces instruments était donc constituée d'instruments tels que la plateforme d'experts pour la tuberculose qui a vraiment fait la différence en rendant le diagnostic de la tuberculose plus simple, plus rapide et moins coûteux. Au lieu de prendre des jours ou des semaines pour cultiver la tuberculose, nous pouvons maintenant utiliser un test moléculaire pour identifier l'ADN en une heure et savoir qu'il s'agit d'une tuberculose et que cela change radicalement les soins aux patients. Mais ces systèmes coûtent cher. Vous pouvez simplement dire « est-ce que c'est de la tuberculose » ? Et si le test est négatif, alors que faites-vous ? La COVID a donc conduit au développement accéléré de multiples plateformes. Nous suivons plus de 100 entreprises, dont 45 en fin de développement, cinq déjà sur le marché, qui peuvent effectuer des tests moléculaires multiplexés. Cette innovation perturbatrice va très probablement transformer les soins de santé primaires dans le monde entier, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire qui n'ont vraiment pas eu accès à ce type de technologie puissante parce qu'elle était trop coûteuse, trop compliquée. Et nous verrons ces systèmes entrer sur le marché en 2023, 24, 25 ans, et ils seront probablement transformateurs à la fin de cette décennie.

Garry Aslanyan [00:23:51] Et qu'en est-il de vous, Sikhulile, comment cela se produit-il au Botswana en termes d'approches diagnostiques innovantes et ensuite d'avenir ?

Sikhulile Moyo [00:24:00] Cela a vraiment ouvert des voies pour le diagnostic multi-pathogène, et beaucoup de ces plateformes qui ont été améliorées grâce à la COVID sont maintenant des plateformes ouvertes qui pourront couvrir d'autres agents pathogènes, et je pense qu'il est très, très important que nous puissions maintenant faire les choses moins cher. Et je pense qu'en dehors de cela, nous avons également vu une solution numérique innovante qui pourrait nous aider à accélérer la disponibilité des données. Et si nous pouvons améliorer ces applications mobiles pour nous assurer que les données sont disponibles au niveau central afin d'améliorer la prise de décision très rapidement, je pense que c'est très, très important. Je pense que cela améliorera la qualité des soins. Nous pouvons placer ces outils près des soins aux patients, je pense que cela va vraiment, vraiment aider.

Garry Aslanyan [00:24:57] Dernière question à vous deux, Bill et Sikhulile, quelles sont les promesses de l'amélioration de l'accès aux diagnostics pour la mise en place de systèmes de santé publique dans des pays tels que le Botswana, et évidemment dans d'autres contextes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ?

Bill Rodriguez [00:25:19] C'est une excellente question. Je dirais que nous sommes vraiment sur le point de transformer les tests dans le cadre des services de soins de santé de base au même titre que les traitements et les vaccins. Je pense donc que nous entrons réellement dans une nouvelle ère où la surveillance des maladies et la prise en charge clinique seront beaucoup plus basées sur des données, basées sur des tests disponibles qui sont largement utilisés régulièrement. Ou dans le passé, une grande partie de ce que nous faisons n'était pas des systèmes de base de données basés sur les meilleures approches empiriques et sur l'administration massive de médicaments, des choses qui étaient efficaces pour l'époque. Mais maintenant, il s'agit d'une approche beaucoup plus ciblée qui va rendre les soins de santé plus efficaces, plus économiques et aboutir à de meilleurs résultats. Et je ne veux pas trop promettre ce que les tests peuvent faire, mais nous avons vu ce potentiel commencer à transformer la surveillance de la santé publique et la gestion des cas cliniques au cours d'une période de deux ans plutôt horrible de cette pandémie. C'est le seul héritage sur lequel je pense que nous allons nous pencher en arrière et dire qu'au moins il y a eu un impact positif de ce virus et de cette pandémie à l'échelle mondiale.

Sikhulile Moyo [00:26:30] Je dirais également que cela a fourni une opportunité unique qui accélère les efforts de recherche à l'échelle mondiale et locale, et a mis en évidence d'autres éléments tels que la participation des communautés et le leadership dans leur réponse. Nous voyons apparaître de nouvelles plateformes. Cela signifie que le diagnostic de la maladie sera plus rapide. Et à l'ère des épidémies qui se chevauchent, nous voyons une opportunité d'étendre la recherche et le diagnostic interdisciplinaires à la prestation de services intégrés pour le VIH, la tuberculose et le paludisme. Nous voyons que ces opportunités d'intégration apportent également d'autres opportunités dans les systèmes de données numériques, car vous générez maintenant une grande quantité de données en très peu de temps, vous devez donc gérer ces données. Les solutions pour s'assurer que ces données circulent très rapidement, vos rapports en temps quasi réel à la santé publique, les alertes et les urgences et l'analyse des données, vous assurant que ces données peuvent fournir des décisions cliniques raisonnables, mais aussi des décisions de santé publique deviennent une très bonne opportunité. Et aussi, nous voyons que l'industrie du diagnostic pour les diagnostics de fabrication est vraiment très, très enthousiasmant pour dire, comment pouvons-nous développer ces technologies ici ? Et il y a des tests développés, par exemple, à Dakar, au Sénégal, ils ont développé leurs propres tests rapides COVID, donc je pense que l'avenir s'y accroche. Je veux dire, quelqu'un a dit que nous ne devrions pas gâcher une crise. Nous devons donc utiliser les opportunités que la COVID nous a apportées pour faire progresser la santé publique.

Garry Aslanyan [00:28:31] Merci à tous les deux pour cette discussion passionnante et pour avoir rejoint notre podcast.

Bill Rodriguez [00:28:38] Merci, Garry, c'était un plaisir.

Sikhulile Moyo [00:28:39] Merci Garry.

Garry Aslanyan [00:28:42] Bill et Sikhulile sont profondément passionnés par leur travail, et cela s'est reflété dans ce qu'ils ont partagé avec moi. J'ai été frappé par les propos de Bill selon lesquels les pandémies ne créent pas de nouveaux problèmes dans une société, elles ne font que révéler ceux qui existent déjà. Comme nous l'avons entendu non seulement dans cet épisode, mais aussi par tant de nos invités qui se sont exprimés au cours de l'année dernière, c'est effectivement vrai. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière de nombreux échecs dans le domaine de la santé mondiale. Cependant, les efforts de pays comme le Botswana et l'expérience de virologues comme Sikhulile me donnent vraiment beaucoup d'espoir. Cela montre qu'il est effectivement possible pour les pays de répondre efficacement en cas d'urgence, non seulement en préservant la santé de leur propre population, mais également en partageant leurs connaissances avec l'ensemble de la communauté sanitaire mondiale. Je tiens à féliciter encore une fois Sikhulile et son équipe pour leur travail habile dans la découverte de la variante Omicron au Botswana. Je pense qu'il y a de quoi être optimiste avec tant de nouvelles innovations diagnostiques qui se profilent à l'horizon. Espérons qu'ils permettront de réduire l'écart et de contribuer à une plus grande équité diagnostique pour tous.

Garry Aslanyan [00:30:01] Nous apprécions toujours les commentaires de nos auditeurs du monde entier. Écoutons l'un d'entre eux.

Margaret McCluskey [00:30:19] Dans un récent podcast du GHM, deux femmes qui définissent un leadership exceptionnel dans le domaine de la santé mondiale ont fait entendre leur voix. Garry a clairement préparé le terrain pour permettre aux Drs Agnes et Catherine de dire leur vérité, ce qui est nécessaire si nous voulons espérer que le domaine de la santé mondiale passera des déséquilibres de pouvoir historiques, du racisme inhérent et des programmes condescendants à ce que le bien-aimé Dr Paul Farmer nous a enseigné, qui a encore beaucoup à faire d'être alliés les uns aux autres.

Garry Aslanyan [00:30:53] Je suis totalement d'accord avec toi, Margaret. Nous ne devons jamais perdre de vue que nous sommes tous des alliés dans cette quête de santé mondiale. N'oubliez pas de rejoindre le podcast Global Health Matters le mois prochain pour un autre épisode inspirant. Merci d'avoir écouté, de vous être abonné et de partager le podcast avec d'autres personnes susceptibles d'être intéressées.

Elisabetta Dessi [00:31:17] Global Health Matters est produit par le TDR, un programme de recherche sur les maladies infectieuses basé à l'Organisation mondiale de la santé. Garry Aslanyan, Lindi Van Niekerk et Maki Kitamura sont les producteurs de contenu et Obadiah George est le producteur technique. Ce podcast a également été rendu possible grâce au soutien de Chris Coze, Elisabetta Dessi, Iza Suder-Dayao, Noreen O'Gallagher et Chembe Collaborative. L'objectif de Global Health Matters est de créer un forum pour partager des points de vue sur des questions clés affectant la recherche en santé mondiale. Envoyez-nous vos commentaires et suggestions par e-mail ou message vocal à TDRpod@who.int, et assurez-vous de télécharger et de vous abonner partout où vous recevez vos podcasts. Merci de m'avoir écouté.