

COOPÉRATION CHIRURGICALE ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS AFRICAINS

Dumurgier C¹, Cador L²

1. 24b, Rue Tournefort, Paris.

2. INI, 6, Bd des Invalides, Paris.

Med Trop 2008 ; **68** : 457-458

Il y a trente ans, lors de la conférence d'Alma-Ata organisée par l'OMS et consacrée à la promotion de la santé dans le monde, pas un mot n'est écrit sur la coopération chirurgicale. En 1979, Datchary et Coll (1) rappellent la place essentielle qu'occupe celle-ci dans la coopération sanitaire française avec les pays africains. Trois ans plus tard, le Pr Pierre Marion, dans une allocution à l'Académie de Chirurgie, centre son propos sur l'importance de la chirurgie dans le développement des Jeunes Nations (2). Il y avait alors plus de trois mille personnels français recrutés au titre de la santé en Afrique francophone. Un peu plus d'une centaine demeure en 2008, presque tous en dehors des hôpitaux.

LE CONSTAT

Lors de l'accession à l'indépendance, à la fin des années cinquante, les pays africains qui avaient repris le contrôle de la Défense, des Affaires Etrangères... manquaient de ressources humaines dans le secteur Santé. De nombreux médecins et personnels para-médicaux sont restés pour soutenir la prise en charge des soins, de l'hygiène et de la prévention, et pour former les nationaux en vue de la relève. Outre l'assistance technique, la création de facultés de médecine est entreprise (Dakar, Abidjan) avec un encadrement complet du cursus des premières promotions, des hôpitaux nationaux ou provinciaux sont construits et leur budget de fonctionnement soutenu, le principe de la gratuité des soins est général.

Au milieu des années soixante-dix, les moyens matériels s'épuisent, les infrastructures se dégradent, les capacités financières de la coopération française s'essouffent alors même que les besoins explosent (démographie galopante, accidents de la voie publique, violences...). Tout comme en métropole, on commence à réfléchir à la maîtrise des coûts et à la mise en place de systèmes de recouvrement...

Plus important pour l'avenir, une grande partie de la formation médicale échappe à l'influence française, les facultés africaines ne suffisant plus à absorber le flux des candidats. Même s'ils y accèdent, les jeunes médecins ne pourront plus poursuivre leur cursus en France. En effet, à partir de 1973, le *numerus clausus* est introduit dans les UER médicales françaises, au moment où le niveau de l'enseignement secondaire dans beaucoup de lycées publics africains baisse, où certains lycées s'arabisent (Mauritanie), où de nombreux postes d'enseignants coopérants sont supprimés. Les meilleurs lycéens seront alors envoyés dans les pays du bloc socialiste. Ils en reviennent après dix, douze ans munis d'un diplôme, mais leur intégration dans les équipes chirurgicales dirigées par des assistants techniques français ne se passent pas toujours au mieux (3). Grâce au dynamisme de la Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF), aux concours organi-

sés par le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES), quelques confrères africains sont récupérés dans les cursus hospitalo-universitaires.

A partir des années quatre vingt dix (et surtout après la dévaluation du franc CFA), le nombre d'assistants techniques diminue très fortement, pour des raisons de masse budgétaire allouée et de réorientation des crédits vers le développement des soins de santé primaire, de santé publique, de prévention des grandes endémies (alors que vingt ans plus tôt, on avait supprimé le Service des Grandes Endémies...).

En 2008, il n'y a plus de praticiens hospitaliers coopérants en dehors de rares hôpitaux (hôpitaux militaires de Dakar, de Djibouti). Ne subsistent que les équipes chirurgicales des OPEX, très efficaces dans les conditions difficiles, mais dont la mission est bien différente.

Dans les pays industrialisés, les technologies chirurgicales, l'organisation hospitalière, la gestion des risques sanitaires évoluent rapidement, rendant plus criant que jamais le décrochage entre nos hôpitaux et les hôpitaux publics africains.

LES CHOIX POLITIQUES ACTUELS NE PEUVENT QU'ACCENTUER CE RETARD

Dans les Documents Cadres de Partenariat (DCP) la santé passe au quatrième, au cinquième rang des secteurs de concentration (après l'éducation, l'environnement, l'eau...). Dans le domaine de la formation, l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) privilégie l'université francophone virtuelle, la coopération Sud-Sud. La priorité est clairement donnée à la coopération multilatérale (4) : afin de concilier la baisse des moyens budgétaires et une participation honorable à la hauteur des autres pays européens, la coopération française rejoignant allemands et scandinaves qui le font depuis des décennies, participe à des projets internationaux en accord avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)(5). Les actions soutenues par l'Agence Française de Développement (qui récupère progressivement tout le champ de la santé), notre position de deuxième contributeur au Fonds Mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme, découlent de cette politique. Cela signifie la suppression de la référence à la France et le renoncement à la langue française comme langue de travail médicale.

Pour les jeunes générations, l'utilisation de la langue internationale est chose plus aisée et incontournable (ouvrages, communications, congrès, rédaction des projets sont presque tous en anglais). Le mouvement gagne rapidement le milieu médical africain, dans la santé publique d'abord, puis auprès des chefs de service hospitaliers. Le dynamique West African College of Surgeons (WACS) organise des congrès alternativement dans une capitale française anglophone et francophone depuis trente ans. Le premier congrès de l'Association

• Correspondance : cdumurgier@hotmail.com

des Chirurgiens Africains Francophones (ACAF) s'est tenu à Bamako en 2005 ! Depuis 2004, l'harmonisation des spécialités chirurgicales se fait dans le cadre de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) sur le modèle des Colleges of Surgeons du Ghana et du Nigeria (filière MD, PhD).

D'autres facteurs favorisent cette orientation où la France « ne doit pas craindre d'avoir recours à d'autres langues pour faire circuler ses idées » (4). L'attractivité de notre enseignement supérieur auprès des meilleurs étudiants en diminue d'autant sans oublier que « subsidiairement, notre politique de visas a un impact négatif sur les échanges universitaires » (4). Ce choix conforme aux réalités des années futures ainsi qu'aux souhaits des meilleurs étudiants est une révision déchirante pour les plus anciens, français ou africains qui la comprendraient néanmoins si les résultats étaient au rendez-vous.

EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE ?

En ce début du XXI^e, la coopération bilatérale devient progressivement le fait exclusif des ONG (Chaîne de l'Espoir, Formation Chirurgicale Solidarité, MSF, MDM, Action Sud...) ou de la coopération décentralisée. Quelques rares missions chirurgicales de haute technicité (chirurgie cardiaque, cœlio-chirurgie) ne compensent en rien la disparition de la coopération chirurgicale présente.

Si on veut développer une communauté chirurgicale liée par la langue de travail et par l'excellence chirurgicale, les conditions ne sont pourtant pas si exigeantes : il faut relancer les échanges à trois niveaux au moins (6) :

- Celui du troisième cycle (formation des spécialistes) : les internes français et africains volontaires (mais aussi les cambodgiens, les laotiens,...) peuvent faire deux ou quatre semestres en échange international cependant que l'on recherche une harmonisation des enseignements théoriques dispensés de part et d'autre.

- Celui des spécialistes : séjours courts et ciblés (quelques semaines à six mois, voire un an) comme assistants-chefs de clinique pour s'approprier des techniques nouvelles pour les uns, découvrir et parfaire un mode d'exercice dans des conditions différentes pour d'autres.

- celui des enseignants : accueil en qualité de professeur associé, tutorat des jeunes enseignants ; échange lors des réunions des sociétés savantes, associations pour l'accès à des revues internationales ou la mise en commun de données de recherche clinique.

Allan Goodman (Président de l'Institute of International Education) estime qu'au cours de la prochaine décennie, le nombre des étudiants formés dans un pays étranger va passer de 2,4 à 10 millions, toutes formations universitaires confondues. Les USA (premier pays d'accueil), le Canada, l'Australie, les pays émergents d'Asie, les Emirats, tous sont liés par la langue internationale. Cette mobilité des étudiants joue un rôle capital dans la modernisation des pays. Pour la médecine, pour les spécialités chirurgicales en particulier, ne peut-on envisager une « exception française », un exemple de coopération bilatérale (6,7). Cela demande l'obtention de quelques facilités administratives (postes d'interne, de résidents, de professeurs en échange permanent), une politique généreuse de visas (4) en rapport avec les séjours des spécialistes, un contrôle minimal des conditions d'hébergement dans les centres hospitaliers français et africains, conditions auxquelles il serait heureux d'adjoindre l'obtention de moyens budgétaires interministériels permettant l'équipement lourd d'hôpitaux nationaux partenaires.

Valorisant pour la place de l'Ecole de chirurgie française, comme pour les écoles francophones partenaires, chacune s'enrichissant de l'échange permanent, ce mode de partenariat ne manque pas de retombées positives sur l'industrie pharmaceutique, les centrales d'achat, l'ingénierie française. De la même façon, la mobilité des étudiants français vers les pays africains et des étudiants africains vers la France, la possibilité de carrières alternées, l'émulation de la communauté chirurgicale ne peuvent qu'avoir un impact positif sur les relations, les projets de co-développement et la politique d'immigration.

En regard de ce mode de relation le saupoudrage actuel, coûteux, inefficace, frustrant pour les acteurs de terrain manque totalement de lisibilité aux yeux du contribuable français (8), comme du bénéficiaire, en bout de chaîne...

La chirurgie a été un élément important pour l'entrée dans le monde moderne des sociétés (9) et pays africains. Son développement s'est poursuivi de manière spectaculaire pendant les premières années d'indépendance où les jeunes chirurgiens africains ont progressivement remplacé les assistants français. En dehors des villes universitaires comme Dakar, Abidjan ou Yaoundé..., ce transfert a souvent été trop brutal et déstabilisant d'autant que se développaient simultanément l'hyperspécialisation et de nombreuses technologies nouvelles en chirurgie, en imagerie médicale comme en biologie.

Seule une coopération bilatérale présenteielle permettrait d'accompagner réellement les équipes chirurgicales africaines qui tentent d'accéder à la chirurgie du XXI^e siècle.

Parmi les derniers programmes bilatéraux financés par le MAE, la coordination de la formation chirurgicale au Cambodge et à Madagascar a très largement démontré, avec un ratio coût-efficacité étonnamment bas, la validité de ce modèle (6). Plus de 120 chirurgiens cambodgiens (parmi plus de cinq cent médecins de différentes spécialités) ont bénéficié de ces échanges, dans des postes d'interne, sans coût supplémentaire pour la société. Tous intégralement ont repris leur activité dans le pays d'origine où le développement des techniques modernes est rapide et financièrement autonome (7). Dans le même temps si des centaines de médecins africains donnent, en France, la mesure de leur talent, combien de français ont ou auront l'occasion d'exercer dans les pays africains ? Peut-on raisonnablement affirmer que cet échange est équilibré (3) ? ■

RÉFÉRENCES

1. Datchary A, Courbil J. La place de la chirurgie dans la coopération sanitaire française dans les pays africains. *Frères d'Armes* 1979 ; 98 : 41-45.
2. Marion P. Allocution à l'Académie de Chirurgie ; 1982 ; 108 ; n°1.
3. Dumurgier C. Libres propos ; ASNOM ; 2007 ; 112 : 49-50.
4. La France et l'Europe dans le monde. Livre blanc sur la politique étrangère de la France (2008-2020) ; 2008.
5. Morange P. Rapport parlementaire : Évaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le domaine de la Santé ; 2005.
6. Dumurgier C, Baulieux J. Renaissance de l'enseignement de la chirurgie générale : expérience unique ou modèle ? *Med Trop* 2005 ; 65 : 80-6.
7. Gentilini M. Rapport au Conseil Economique et Social : La coopération sanitaire française dans les pays en développement ; 2006.
8. France (2008) Examen du CAD par les pairs : Les Principales conclusions et recommandations. Direction de la coopération pour le développement (DCD-CAD). Organisation de Coopération de Développement Economique (OCDE). Disponible : <http://www.oecd.org/dataoecd/20/43/40789369.pdf>
9. Monnais-Rousselot L. Médecine et colonisation. CNRS ed, Paris, 1999, 483 p.