

Partenariat Universitaire Tchad Mauritanie

Partnership with Medical Universities in Chada and Mauritania

Alain Le Duc

Service d'urologie - Hôpital Saint Louis - 1, avenue Claude Vellefaux - 75475 Paris.

Mots clés

- ◆ Facultés de médecine Africaine
- ◆ Partenariat universitaire

Résumé

Le Tchad et à un moindre degré la Mauritanie ont un des plus faibles taux de densité médicale au monde : 0,04 médecins pour 1 000 habitants au Tchad et 0,10 pour la Mauritanie. Pour mémoire la France a un taux de 3,19. Les champions du monde étant Cuba (6,7) et la Grèce (6,10).

An Tchad, pays officiellement laïque, l'espérance de vie est proche de 50 ans. Le rôle des Facultés de Médecine est primordial pour améliorer la densité médicale et réduire l'emprise des tradipraticiens.

Deux Facultés sont actives l'une publique ouverte depuis 1990 et l'autre privée en fonction depuis 2005. Cette dernière comporte un CHU avec une activité médicale, chirurgicale, obstétricale et une école d'infirmière. Cet ensemble est l'œuvre du Père Angelo Gherardi.

Les enseignants francophones sont recrutés par le Doyen Pierre Farah ancien Doyen de la Faculté St Joseph de Beyrouth. Le cursus des étudiants de même que la forme et le contenu des enseignements est calqués sur ceux des facultés francophones européennes.

En Mauritanie, pays de confession musulmane, dont l'espérance de vie est de 60 ans la situation est différente. Le doyen ne fait appel aux enseignants francophones qu'aux cas par cas. Une nouvelle faculté de médecine superbe et surdimensionnée, construite par la Chine, vient d'ouvrir ses portes. Ceci devrait donner une impulsion à sa capacité de formation et ouvrir l'enseignement à plus de professeurs francophones.

Keywords

- ◆ African medical faculties
- ◆ Partnership with university

Abstract

Chada and Mauritania are countries with a very low medical density: 0,04 medical doctors for 1000 inhabitants in Chada and 0,10 in Mauritania. This has to be compared to Cuba and Greece who have a ratio over 6.

Chada is a non-denominational Republic. Life expectancy is under 50 years.

Medical faculties have an important role to reduce the domination of what are called Tradipraticians. Two medical faculties are open in N'Djamena. One is public since 1993 the other one is private open in 2005. Alongside the Chari river they are a Medical faculty an Hospital and a nurses and midwives schools.

Father Angelo Gherardi has been the founder and Professor Pierre Farah act as a Dean. Teaching programmes are similar to those of European French speaking faculties. The majority of teachers are coming from Europe.

Mauritania is a muslim republic. Life expectancy is 60 years. A new and oversized medical Faculty open his door last year. Teaching is given in French. Some courses are given by European teachers.

No doubt that at present time insecurity curb partnership between Europe and Africa.

Le partenariat universitaire entre la France et l'Afrique francophone existe de longue date. Jadis la France envoyait de nombreux enseignants dans les différentes facultés Africaines notamment dans les facultés médicales. De plus elle prêtait son concours à la création et à l'organisation des dites facultés.

Ce temps est révolu depuis l'indépendance des pays Africains qui ont pris en main leur destin. Actuellement la demande d'aide pédagogique se réduit phénomène encore accentué par la réduction de l'offre pour des raisons sécuritaires.

Nous décrivons ici notre expérience dans l'enseignement de l'urologie dans le deuxième cycle des études médicales dans les facultés de médecine de N'Djamena au Tchad et de Nouakchott en Mauritanie.

Le Tchad et la Mauritanie font partie des pays lourdement sous médicalisés.

La densité médicale pour mille habitants est au Tchad de 0,04 (soit 550 médecins pour 11 Millions d'habitants) et en Mauritanie de 0,10. Rappelons pour mémoire que la France a une densité de 3,19. Les champions du monde en ce domaine sont Cuba avec 6,70 (ce pays exporte des médecins en particulier vers l'Afrique) et le vice-champion est la Grèce avec 6,10 (en hommage à Hippocrate ?).

Le Tchad

Le Tchad a des frontières avec des pays dans lesquels Boko Haram, Aqmi et Daech prolifèrent ce qui lui confère vis-à-vis des instances officielles un profil de pays insuffisamment sécurisé. La population de ce pays est bigarrée avec 200 chefferies traditionnelles. Les religions se répartissent entre 60 % de

Correspondance :

Alain Le Duc

Service d'urologie - Hôpital Saint Louis - 1, avenue Claude Vellefaux - 75475 Paris.

E-mail : alainleduc@noos.fr

Disponible en ligne sur www.acad-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2015 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2015.4.086



Figure 1 : Promotion Novembre 2015 de la faculté Teilhard de Chardin 27 médecins dont 7 femmes.

musulmans et 40 % de chrétiens avec un groupe conséquent d'Animistes. La République du Tchad est officiellement laïque.

La santé au Tchad est caractérisée par un accès aux soins limité voire inexistant. Les tradipraticiens sont habituellement consultés en premier avec pour corollaire une arrivée tardive dans les centres de soin. L'espérance de vie est inférieure à 50 ans.

L'enseignement médical est dispensé à travers 2 facultés publiques l'une à N'Djamena opérationnelle depuis 1993, l'autre à Abéché et une faculté privée dans la banlieue de la capitale.

La faculté de médecine Teilhard de Chardin ouverte depuis 2005 est l'œuvre du père Angelo Gherardi secondé par un doyen. La faculté est située au sein d'un vaste complexe appelé le Bon Samaritain comportant un Hôpital médico chirurgical avec maternité, une école de sages-femmes et une d'infirmières.

Le cursus des étudiants en médecine est calqué sur celui des Facultés Francophones avec une touche Libanaise. Le concours d'entrée sélectionne 30 étudiants sur 160 postulants. La durée des études est de 7 ans. Les principales disciplines sont enseignées selon un calendrier respectant les principes habituels par exemple l'urologie sémiologie est enseignée en 3^{ème} année (D1) et la pathologie en 5^{ème} année (D3).

Le cursus est agréé et le diplôme reconnu par les autorités universitaires et ministérielles. Toutefois les liens publics / privés sont quasiment inexistantes.

Les enseignants sont recrutés par le doyen en pays Francophone sur la base d'un bénévolat. Comme pour toutes les facultés de médecine l'objectif est de former des médecins généralistes. La spécificité de cette Faculté est que certains nouveaux médecins iront exercer dans les hôpitaux de district encore appelés de brousse .La deuxième promotion soit 27 médecins dont 7 femmes viennent d'être thésée le 21 Novembre 2015 (Fig.1).

La Faculté de médecine privée a pour l'instant droit de cité dans le paysage médical Tchadien mais la gouvernance d'un tel ensemble n'est pas simple et l'équilibre budgétaire reste précaire.

La Mauritanie

La Mauritanie composée à 75 % de maures musulmans est une république musulmane. Ceci implique que le rituel religieux

doit être respecté par les étudiants. Le doyen actuel, créateur de la Faculté, est le Professeur Mogueya.

On retrouve la même ligne pédagogique que dans les Facultés Francophones quoiqu'un peu modifiée par la réalité africaine. Les études durent sept ans les disciplines cliniques sont enseignées au 2^{ème} cycle. Les promotions comportent de 60 à 80 élèves.

La faculté naguère située au cœur de Nouakchott vient de quitter ses locaux délabrés pour emménager à quelques kilomètres de la capitale dans une somptueuse et surdimensionnée nouvelle Faculté construite par les Chinois sur un modèle adapté à leur pays.

Conclusion

Enseigner dans une faculté publique imposent des contraintes de nature différentes que celle du privé : Une entente préalable entre doyens est nécessaire surtout si vous êtes en activité. De même un accord doit être passé avec les enseignants locaux de la discipline sur la nature et le contenu des cours. Enfin il faut s'adapter au calendrier universitaire ainsi qu'à celui des corrections des examens.

Quelle que soit la structure dans laquelle vous enseignez il ne faut jamais perdre de vue que vous formez des médecins qui auront à prendre en charge des patients démunis sans sécurité sociale, c'est dire que la clinique doit être au premier plan et que les examens complémentaires de même que l'imagerie doivent être enseignés en tenant compte de la réalité de terrain.

Commentaires

La chirurgie pour lutter contre la pauvreté

Claude Dumurgier

La chirurgie (et l'anesthésie) pour la société civile, les médias, les hauts fonctionnaires, les grandes organisations nationales et internationales engagées dans le développement est considérée comme une activité complexe et coûteuse.

Introduction

Au XXI^{ème} siècle, elle n'apparaît presque pas ou pas du tout dans les programmes d'aide publique au développement des pays riches au profit des programmes de santé dans les pays en voie de développement. En dehors de quelques actions remarquables, ponctuelles, ciblées (chirurgie cardiaque, fentes labio - palatines, lèvre...). En particulier dans les programmes européens et français, de plus en plus liés.

Depuis 2000, les décisions, les programmes pour lutter contre la PAUVRETE s'appuient sur les objectifs du millénaire (Millennium Development Goals) : 8 OMD ont été approuvées sur une période de quinze ans (2000-2015).

Pour la France l'essentiel des financements sur les objectifs du Millénaire est concentré sur trois objectifs, en rapport avec les objectifs du Millénaire intéressant le domaine de la santé : Objectif N°4 (mortalité infantile), N°5 (mortalité maternelle) N°6 (SIDA). Tous ces objectifs chiffrés en 2000 ont permis de diminuer la mortalité infantile, maternelle - pas toujours - et du SIDA. Ils ont bénéficié de crédits provenant de :

- La participation française au Fonds Mondial (380 millions par an) OMD 6 ;
- UNITAID (plus de 170 millions/an, dont 75 millions pour AIR FRANCE) OMD 6 ;
- AFD (Agence Française pour le développement) : surtout MUSKOKA OMD 4 et 5 : 100 millions /an pendant cinq ans.

Ces choix ont été confirmés pour les nouveaux objectifs pour lutter contre la pauvreté, votés à l'unanimité par l'assemblée générale de l'ONU le 25 septembre 2015 : ce ne sont plus 8 objectifs mais 17 Objectifs du Développement Durable (ODD 2015-2030). Soit les SDG i.e. Sustainable Development Goals. En fait, dans les nouveaux objectifs - les 17 ODD - un seul objectif, le N°3 intéresse la santé (Good health and welfare, en langue internationale). En langue française : « accès à la santé et bien-être », ce qui est bien vague... ? Pour la France, le DICID (direction interministérielle - 15 ministères - de coopération internationale et développement a confirmé la même orientation en juillet 2013) pour les prochaines années (2015-2020). Pas un mot dans les 17 ODD sur l'accessibilité à une chirurgie de qualité, abordable donc pas de financements !

Travail de la commission « Global Surgery 2030 » (Lancet 2015;386:569-623).

Ce travail considérable de nos collègues anglo-saxons, inspiré par la chaire de Global Surgery and Medicine d'Harvard University a été publié, en septembre 2015.

Il apporte les preuves qu'une chirurgie accessible, abordable, de qualité, en temps utile est possible.

En plus de l'amélioration de la mortalité, de la morbidité, de la dignité des malades et des blessés, l'impact économique est considérable. La chirurgie est structurante pour les systèmes de santé des pays en voie de développement. La réunion inaugurale de cette Commission en janvier 2014 était présidée par M. JIM KIM, président de la Banque Mondiale. Ce travail a été rendu public en avril 2015 à la Royal Society of Medicine de Londres, après trois réunions intermédiaires (Boston, Freetown, Dubai) :

- État de la chirurgie dans 111 pays ;
- Accessibilité dans ces pays à une chirurgie de qualité, aux spécialités chirurgicales ;
- Recommandations pour que la chirurgie soit accessible, abordable en 2015 : **la chirurgie pour tous.**

Ce travail (64 pages) a nécessité près de deux années de travail :

- Quatre grands groupes de travail (soins chirurgicaux, ressources humaines/formation, financements, sensibilisation) ;
- 25 rapporteurs ;
- Plusieurs centaines de collaborateurs, chirurgiens, anesthésistes, infirmières panseuses, économistes de la santé, ingénieurs médicaux de tous les pays, utilisant la langue an-

glaise comme langue de travail, sur tous les continents ;

- Des milliers de personnes travaillant dans le domaine de la santé, de l'économie, de l'administration ont été sollicitées dans les 111 pays pour ce travail de la Commission.

Constats et chiffres

Insuffisance de la chirurgie (anesthésie) pour cinq milliards d'habitants, dont **deux milliards n'ont aucun accès à la chirurgie**. Les conséquences (en 2010, année d'étude de la Commission) :

• Mortalité

L'évaluation de la mortalité en 2010 : **16,9 millions de décès** par absence ou insuffisance de la chirurgie (Global burden of surgery disease) soit le tiers de la mortalité dans le monde. Pour mémoire en 2010 la mortalité élevée des trois grandes endémies est inférieure : HIV/SIDA(1,4) Tuberculose (1,2) paludisme (1,2) en 2010.

• Morbidité

77 millions d'années perdues. L'indicateur utilisé est DALY (Disability Adjusted Life Years).

• Économie

Appauvrissement ou ruine de plus de 80 millions de familles, ayant reçu un traitement chirurgical de mauvaise qualité.

Afin de mettre les pays en voie de développement au même niveau de chirurgie/anesthésie que les pays développés, il faudrait pratiquer 143 millions d'interventions chirurgicales supplémentaires par an (5000 pour 100.00 habitants). Non seulement on obtiendra une forte baisse de la mortalité (millions de vie) mais on évitera des millions d'années perdues avec handicap. Sans oublier les conséquences économiques. Les auteurs estiment les coûts (2015-2030) pour mettre les services chirurgicaux au niveau des services des pays développés :

330 milliards USD (87 pays) ;

550 milliards USD (111 pays).

Alors que l'« inaction » i.e. l'absence d'aide publique des pays développés pour la chirurgie/anesthésie entraînera une perte de 12.300 milliards USD, dans ces 111 pays entre 2015 et 2030 avec une perte de plus de 2 % du PNB.

La commission ne se contente pas de constats mais proposent des recommandations pour atteindre cet objectif de chirurgie/anesthésie pour tous en ...2030. Le but de leur travail était d'influer sur les décideurs avant le vote des ODD fin septembre 2015. À ce jour sans succès.

Conclusions

Ce rapport de la Commission du Lancet doit être analysé par les Hautes Autorités de la chirurgie de France, au premier rang l'Académie Nationale de Chirurgie.

Si malheureusement les constats sont accablants et validés, les recommandations pour atteindre l'objectif de mettre la chirurgie/anesthésie au niveau des pays développés ne sont pas exemptes de critiques (faisabilité, diversité des pays, corruption, opposition de certaines...). Sans oublier les problèmes de sécurité.

Pour les auteurs anglo-saxons la solution passe par un investissement humain, technique, économique massif dans ces pays en voie de développement (Low and Middle Income Countries, LMIC) : programme sur plusieurs années : coopération présente, permanente, humaine, en langue anglaise reposant sur des partenariats avec les grandes universités anglo-saxonnes, instituts de formation (infirmiers, manipulateurs, laborantins, ingénieurs bio - médicaux). Formation complémentaire des Nationaux, doublement du personnel de santé (spécialités chirurgicales, anesthésistes, infirmiers panseurs), équipement des structures sanitaires. Formation théorique, pratique dans les universités nationales puis dans les hôpitaux provinciaux. Par exemple au Ruanda (RHR) : programme sur sept ans, plus de cent coopérants permanents des 14 universités américaines (toutes les spécialités chirurgicales, ORL, ophtalmologie comprise). Évaluation du coût : 174 millions USD.

Type de projet diamétralement opposé aux conceptions françaises de l'aide publique au développement depuis la fin du XXème siècle. En France les crédits d'appui à la Santé internationale sont « sanctuarisés » jusqu'en 2020 (DICID, Parlementaires) : participation française au Fonds Mondial, UNITAID, projets soutenus par l'AFD (Agence française du développement), qui pour être éligibles doivent conformes aux OMD.

Une réorientation de cette politique de la France est encore possible dans les pays, utilisant la langue française comme langue de travail vers cet objectif : une chirurgie accessible, abordable, de qualité, faite en temps utile, la chirurgie/anesthésie pour tous.

Une réponse devrait être élaborée par l'Académie Nationale de Chirurgie, les sociétés savantes chirurgicales, d'anesthésie - réanimation, avant de rencontrer les décideurs, en particulier l'AFD qui est maintenant le principal soutien

institutionnel de la politique de développement, le MAE (Ministère des affaires étrangères), le DICID (15 ministères). Au-delà de l'amélioration de la santé dans les pays en voie de développement, de l'impact économique, du renforcement durable des systèmes de santé, c'est aussi :

La place de l'École française de médecine et de la langue française comme langue de travail dans ces pays qui sont en jeu.

Bibliographie

1. Meara JG, Leather AJ et al. Global surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare and economic development. *Lancet* 2015;28:569-624.
2. Shrima MG, Bickler WS, Alkire BC et al. Global burden of surgical disease: an estimation from the provider perspective. *Lancet Global Health* 2015;3:58-9.