

CORONA VIRUS ET CRISE SANITAIRE

(Article en cours de publication ; en cas de citation, préciser cette mention)

Marc-Louis ROPIVIA

Coronavirus et opportunité de (re)construction des systèmes nationaux africains de santé

Diagnostic

Les nations sérieuses profitent de se réinventer à partir de telles crises, en tirant les leçons de leurs défaillances antérieures et en se réorganisant pour mieux affronter les défis du futur, pour se moderniser et se développer. La crise du covid-19 peut servir de point de départ pour la (re)construction des systèmes nationaux africains de santé. Nous préférons le terme construction à celui de reconstruction en raison d'un constat d'échec évident. En effet, de 1960, année symbolique des Indépendances africaines à aujourd'hui, les élites politico-administratives préfèrent s'expatrier pour recourir à une meilleure qualité de soins de santé à l'extérieur de leurs pays, traduisant ainsi leur incapacité notoire à organiser chez eux un système de santé hautement performant dont bénéficierait l'ensemble de la nation. Il s'agit manifestement de la première cause de non-construction des systèmes de santé. Cette construction devrait donc se faire sous le signe d'un concept fondamental non encore intégré dans les stratégies sanitaires de la majorité des Etats africains, Afrique du Sud et pays du Maghreb non compris, en dépit du fait que l'OMS l'aborde dans sa stratégie globale : *l'indépendance sanitaire*¹. Dans notre

¹ « Compte-rendu des journées d'études de l'ORSTOM », *Office de La Recherche Scientifique et Technique d'Outre Mer*, Paris, 6-10 Juillet 1982, pp. 149-169.

entendement, celle-ci peut être **définie comme la capacité d'un Etat à développer un système de santé complexe et global qui lui permet de répondre de manière endogène et autonome au traitement de l'ensemble des pathologies qui affectent sa population, sans recourir à quelque assistance médicale d'un pays tiers. Il s'agit d'une stratégie d'optimisation de l'efficacité de **tous les compartiments de l'activité médicale**, notamment son organisation administrative, sa technicité en termes de praticiens et de plateaux techniques, la fiabilité de ses structures d'enseignement et de recherche en sciences de la santé, la pharmacopée et la production pharmacologique, la coopération civilo-militaire dans la prise en charge de la santé publique, et la garantie d'une couverture médicale universelle.** Les évacuations sanitaires (EVASAN) régulières et contingentées en direction des pays développés du Nord ou des pays africains médicalement mieux organisés et techniquement plus outillés (Tunisie, Maroc, Afrique du Sud, Egypte) constituent la deuxième cause de négligence de construction d'un système national de santé performant. Elles sont la forme la plus caractéristique de l'échec de l'indépendance sanitaire. Elles traduisent : une absence de volonté politique ; une totale défaillance de vision dans l'élaboration des politiques sanitaires ; une formation insuffisante de ressources humaines compétentes de santé ; un déficit chronique de praticiens spécialisés et de plateaux techniques adaptés.

Ce qui est certain à ce jour, c'est que la crise du covid-19, de par ses exigences d'intervention médicale d'urgence et de suivi prolongé des malades, a révélé la vulnérabilité des systèmes nationaux de santé publique africains, notamment ceux des Etats subsahariens et nord-kalahariens. **Les défaillances de ces systèmes peuvent être résumées en sept (7) péchés capitaux :**

1-absence de volonté politique et de patriotisme médical étayés par des traitements à l'étranger des élites dirigeantes ;

2-des EVASAN² budgétivores obérant tout effort d'investissement d'amélioration des structures, équipements et coûts des soins de santé ;

3-des missions ou caravanes d'assistance médicale extérieure sillonnant sporadiquement les capitales et régions intérieures des Etats par défaut de structures et de praticiens spécialistes nationaux ;

4-une vétusté des structures, une insuffisance de personnels hautement qualifiés et des établissements d'enseignement des sciences de la santé formant sans objectifs ni contingentements planifiés par les gouvernements ;

5-une prolifération anarchique d'établissements privés de santé créés et fonctionnant sans respect des normes nationales et internationales d'éthique et déontologie des professions de santé ;

6-une impréparation à affronter les nouvelles exigences de la médecine contemporaine issues du changement climatique, de l'accroissement vertigineux de la population mondiale et de la déforestation (réduction de la territorialité

² Abréviation d'Evacuation sanitaire en jargon médical.

animale et invasion des agents pathogènes en milieux rural et urbain) ;

7-un système de santé unijambiste, aliéné par la médecine occidentale conventionnelle et qui n'a jamais pu opérer une rupture épistémologique pour normer ou intégrer la pharmacopée et la médecine traditionnelles dans le champ de la santé publique officielle et de l'enseignement des sciences de la santé.

Stratégies et préconisations

Si les Etats africains veulent moderniser leurs systèmes de santé, s'ajuster aux exigences de la nouvelle médecine climatique et d'accroissement démographique vertigineux, et tendre vers l'indépendance sanitaire, ils se doivent de remédier impérativement aux carences précédemment constatées en privilégiant sept axes principaux résultant des enseignements induits par la crise du covid-19.

Premier axe : réviser radicalement les fondements et objectifs d'enseignement de la médecine en intensifiant la formation planifiée de spécialistes dans les champs pathologiques de la médecine courante.

Si, depuis l'indépendance, des efforts ont été faits dans la formation d'un certain nombre de spécialités de médecine que l'on peut considérer d'ores et déjà comme classiques : gynécologie-obstétrique ; pédiatrie ; gastro-entérologie ; ophtalmologie ; stomatologie ; ORL ; il n'en demeure pas moins que de nombreuses autres spécialités essentielles ne semblent pas encore avoir été largement pourvues à ce jour dans les hôpitaux

subsahariens, faute d'une politique cohérente de santé publique reposant sur une planification stratégique de formation des ressources humaines. C'est notamment le cas des praticiens suivants : Médecin de santé publique ; de médecine familiale et sociale ; Médecin généraliste (en termes d'un cumul de spécialités) ; Gériatre ; Interniste ; Allergologue-immunologue. Il en va de même pour les spécialistes d'organes ou tissus, principalement : Cardiologue ; Endocrinologue ; Hématologue ; Neurologue ; Néphrologue ; Pneumologue ; hépatologue, etc. Mais c'est surtout dans le domaine de la chirurgie que la déficience en spécialistes est la plus forte, si l'on excepte quelques pays, anglophones surtout, où la formation en sciences de la santé semble plus ancienne et plus évoluée (Afrique du Sud, Nigeria, Ghana, Kenya, Soudan). Ces spécialistes déficients sont : Chirurgien pédiatrique ; Chirurgien maxillo-facial ; Chirurgien thoracique et cardiovasculaire ; Chirurgien urologique ; Chirurgien viscéral et digestif ; Neurochirurgien. Toute cette panoplie de spécialités, non pourvues en quantité et en qualité suffisantes dans les hôpitaux de la majorité des Etats africains, accroît notamment leur forte dépendance médicale vis-à-vis de l'extérieur. Il est à noter que dans la crise sanitaire du coronavirus, on pourrait enregistrer en milieu hospitalier un nombre encore plus élevé de décès de malades non contaminés, mais souffrant d'autres affections dont l'assistance médicale habituelle ferait défaut du fait de la concentration des maigres

effectifs en personnels, équipements et traitements disponibles autour des seuls cas de la pandémie.

Deuxième axe : réorganiser fondamentalement les fondements et objectifs de l'enseignement et de la pratique de la médecine et des autres domaines de la santé en intensifiant la formation de spécialistes dans les champs de la médecine d'intervention rapide.

Face aux catastrophes naturelles (séismes, tsunamis, inondations, glissements de terrain, ouragans, incendies, etc.) et pandémies de plus en plus nombreuses auxquelles l'humanité fera désormais face, les pays africains ne pourront compter sur d'autres pays ou parties du monde, elles-mêmes occupées à combattre les grands cataclysmes et fléaux dévastateurs des organisations sociétales de notre temps. Ils doivent donc s'efforcer désormais de former des spécialistes de médecine d'intervention rapide qui pourraient leur permettre, en attendant l'arrivée d'une assistance extérieure aléatoire, de disposer d'une capacité autonome de réaction. Il s'agit donc d'orienter et d'intensifier la formation des médecins et autres personnels de santé vers la médecine d'urgence ; une denrée rare actuellement dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne où l'augmentation du taux de mortalité lié aux crises pathologiques (AVC, maladies pulmonaires, épilepsie, crise cardiaque, crise du foie, GEU³, appendicite, etc.) et accidents de travail et de circulation pourrait être très fortement corrélée à la défaillance des services d'urgence des hôpitaux publics

³ Grossesse extra utérine.

ou privés. Loin d'être spécialiste des questions de santé, il convient tout de même de rappeler que la Médecine d'urgence peut englober quatre composantes essentielles : les crises pathologiques, au sens médical de période d'acuité paroxystique d'une maladie, se produisant quotidiennement ; les accidents traumatiques de circulation routière ou de chantier à fréquence régulière ; les catastrophes naturelles survenant de manière épisodique ; les épidémies/pandémies intervenant de façon cyclique ou imprévue. Autant que dans le premier axe, de nombreux systèmes de santé subsahariens sont mal préparés en équipes de personnels, en structures et services adéquats, en équipements techniques et en matériels logistiques pour répondre efficacement à des interventions rapides et salvatrices. Les spécialités requises dans ce cas sont : *Médecin urgentiste* : spécialiste polyvalent et expérimenté pouvant évoluer soit dans le service des urgences d'un hôpital, soit dans un service d'aide médicale d'urgence (SAMU) ou dans un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Ces acronymes existent pourtant dans certains pays mais sans refléter leur contenu réel ; *Médecin de catastrophe* : il s'agit d'une discipline de terrain qui requiert, comme dans le cas précédent, des compétences pluridisciplinaires mais fonctionnant surtout en équipes de spécialistes ; *les praticiens épidémiologistes* : il s'agit d'un large spectre allant des Sciences humaines de la santé aux spécialités purement médicales de l'infectiologie, notamment

microbiologistes (parasitologues, bactériologistes, virologues, etc.) et de l'immunologie.

Troisième axe : investir massivement dans la recherche scientifique médicale nationale

De façon générale, la recherche scientifique est le parent pauvre de l'ensemble du système d'enseignement supérieur et de recherche africain. Elle s'effectue dans deux structures principales que sont les universités et les institutions nationales de recherche. Les budgets qui lui sont alloués par les Etats restent ridicules en tant que priorité de développement proclamée. Dans un continent où l'essentiel de l'organisation économique est centré sur les cultures de rente (cacao, café, thé, anacarde, palmier à huile, coton, hévéa, etc.) l'on constate que l'activité de recherche est très fortement centrée sur l'amélioration des rendements à travers l'étude des agents pathogènes et la lutte phytosanitaire. On est loin du compte dans les domaines de l'agriculture vivrière et des sciences de la santé, deux domaines d'intérêt vital pour la santé publique. Dans le domaine médical, le paysage postcolonial de l'organisation de la Recherche ne semble pas avoir beaucoup évolué. Il est généralement constitué d'héritages. Il s'agit le plus souvent de filiales ou d'anciennes antennes coloniales de structures de recherche médicales métropolitaines ayant pour centre d'intérêt principal les grandes endémies de la zone intertropicale. On a tout de même pu observer la création d'organismes nationaux de recherche administrant une faible diversité d'instituts scientifiques ou techniques spécialisés. D'un autre côté, pour mieux impulser la recherche médicale dans le domaine de la médecine occidentale conventionnelle, l'Etat devrait d'abord exiger des professionnels de santé la mise en place d'un certain nombre de préalables : la création ou multiplication des

corporations médicales : [Ordre des médecins, Ordre des Pharmaciens, Association des Médecins hospitalo-universitaires, Association des Enseignants fondamentalistes de santé, Association des Auxiliaires de santé (Infirmiers, Sages-femmes, Techniciens biologistes)] ; *des sociétés savantes* dans chaque spécialité de la sphère médicale ; *des Académies nationales de Médecine* ou une Section médecine au sein d'une Académie Nationale des Lettres, Arts, Sciences et Techniques.

Quatrième axe : organiser la coopération civilo-militaire en matière de sécurité sanitaire

La « guerre » contre le covid-19 a révélé toute l'importance des appareils militaires des Etats. Les armées africaines disposent de compétences indéniables en matière de médecine urgentiste, de médecine de catastrophe, de structures sanitaires, et de logistique. Dans ce dernier domaine notamment, l'aviation de transport militaire, lorsqu'elle est équipée d'une flotte conséquente, est l'outil idéal d'acheminement en un temps réduit des matériels et traitements dans tous les confins du territoire national. Dans un contexte de guerres émergentes contre les nouvelles menaces liées au changement climatique, la professionnalisation des armées africaines dans le champ de la sécurité sanitaire, de la recherche médicale antivirale et de la logistique de transport, en théâtre d'opération, des Associations médicales civiles d'intervention humanitaire devient un impératif catégorique. Il apparaît plus que jamais nécessaire d'impliquer davantage les services de santé militaire dans l'organisation et la gestion de la santé publique nationale.

Cinquième axe : intégrer la pharmacopée et la médecine traditionnelles dans les champs de l'enseignement des sciences de la santé et de la santé publique

C'est la crise du covid-19 qui a mis, pour la première fois, en effervescence et à contribution les embryons des structures nationales de pharmacopée et de médecine traditionnelle. Cette revendication légitime d'implication des Tradi-praticiens dans une cause sanitaire nationale, qui jusque-là n'avait demeuré qu'une chasse gardée des Docteurs de la médecine conventionnelle occidentale, avec tout le poids des préjugés négatifs sur la médecine traditionnelle africaine précoloniale, constitue un changement majeur de paradigme et une véritable révolution cognitive. Cette révolution s'inscrit dans le sens, désormais irréversible, de l'édification par les Etats, et par des moyens purement endogènes, de la stratégie nationale d'indépendance sanitaire. Le cas de Madagascar, déjà évoqué, en est le parfait exemple illustratif. Ce pays administre aux autres Etats subsahariens une véritable leçon de souveraineté nationale et d'autonomie sanitaire. Cet exemple indique que les autres Etats africains devraient eux-aussi dynamiser la recherche en phytothérapie au sein de leurs instituts nationaux de pharmacopée et médecine traditionnelle, mais surtout accorder un statut légal à leurs associations de thérapeutes, afin qu'elles puissent transmettre officiellement leur art dans un système d'enseignement organisé et publiquement reconnu. Ces thérapeutes deviendraient ainsi une composante essentielle des personnels de la santé publique nationale.

Sixième axe : réhabiliter les capacités logistiques aériennes des Etats

Outre le cas malgache, la deuxième leçon d'indépendance sanitaire administrée par la crise du covid-19 est sans doute le rôle majeur joué par les compagnies aériennes nationales. Dans un contexte international de pandémie planétaire où les vieilles habitudes d'aide humanitaire bilatérale ou multilatérale en faveur des pays pauvres sont spontanément remplacées par des réflexes légitimes plus égoïstes de priorité d'intérêt national, les Etats africains devraient réapprendre à comprendre ce que représente réellement une compagnie aérienne nationale. En vérité, ils n'en ont jamais saisi la véritable portée. Faut-il rappeler qu'une compagnie aérienne nationale, arborant le pavillon ou l'emblème national, est en réalité un instrument de souveraineté et de fierté nationale, d'affirmation de puissance et de liaison diplomatique dans les escales aéroportuaires des pays desservis, en même temps qu'un outil de promotion économico-politique de l'image interne du pays vers l'extérieur, et surtout un moyen d'autonomie de transport au service de l'intérêt national. Or, dans une régression nationale indubitable, certains Etats africains, par gabegie et gestion patrimoniale des gouvernants, ont fait périr une compagnie aérienne multinationale et les compagnies nationales qui avaient constitué, durant les décennies 1970 et 1980, les premiers embryons d'indépendance logistique. Et au moment où éclate la crise sanitaire actuelle, ni Air Afrique, ni Cameroon Airlines, ni Air Gabon, ni Air Zaïre, n'étaient

présentes pour assurer, au profit de leurs propres pays, l'acheminement des matériels et moyens préventifs contre la pandémie à partir des aéroports de Chine, comme le monde entier a pu le constater pour les compagnies aériennes des pays industrialisés. Heureusement qu'il y a la perpétuelle Ethiopian Airlines ! In fine, ce que les Etats africains doivent désormais comprendre, c'est que dans les guerres émergentes, la médecine d'intervention urgente et salvatrice fait absolument corps avec les capacités nationales d'autonomie logistique.

Septième axe : vaincre la dépendance sanitaire en s'affranchissant du monopole des grandes firmes pharmaceutiques

Dans la mesure où les stratégies de recherche et de production vaccinale des pays industrialisés ont conduit à des approches nationalistes privilégiant spontanément la couverture préalable de leurs propres populations, une sorte de chacun pour soi, il s'agit, en l'occurrence pour les pays africains, de se doter d'une capacité endogène et autonome de fabrication des thérapeutiques essentielles au traitement des épidémies et autres maladies génétiques spécifiques ou tropicales endémiques. Ces pays, du fait de leur faible niveau de développement technologique, pourraient miser sur la phytothérapie en modernisant leur pharmacopée et en industrialisant la filière pharmacognosie.