

COMMUNICATION

La formation en médecine tropicale en France

MOTS-CLÉS : MÉDECINE TROPICALE. ENSEIGNEMENT MÉDICAL. COOPÉRATION INTERNATIONALE.

Training in tropical medicine in France

KEY-WORDS (Index medicus): TROPICAL MEDICINE. EDUCATION, MEDICAL. INTERNATIONAL COOPERATION.

Jean-Étienne TOUZE *, Roland LAROCHE **

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article

RÉSUMÉ

La médecine tropicale a été un élément déterminant dans la structuration médicale apportée par la France dans nos anciennes colonies puis plus tard dans les pays qui s'inscrivaient dans le champ de la coopération. Au cours des dernières décennies, notre pays a réduit drastiquement l'engagement bilatéral qu'il apportait aux pays de la zone tropicale et plus particulièrement aux pays d'Afrique subsaharienne. Dans le même temps, l'enseignement de la médecine tropicale qui était référencé et reconnu hors de nos frontières perdait son expertise. Initialement portée par quelques grands centres français disposant chacun d'enseignants ayant une expertise entretenue du terrain, l'offre des formations en médecine tropicale s'est depuis démultipliée au sein de chaque université. Les programmes et leurs objectifs pédagogiques priorités sur les maladies infectieuses et parasitaires ne répondaient plus aux priorités de santé de pays du sud désormais confrontés à une transition épidémiologique et à l'essor des maladies non transmissibles. Les enseignants porteurs de ces formations n'avaient pour un grand nombre aucune expertise reconnue en médecine tropicale. Cette évolution n'a pas été sans conséquence sur les programmes de recherche en médecine et santé tropicales et la lisibilité de notre action au profit des pays en développement.

* Médecin général inspecteur, membre de l'Académie nationale de Médecine, ancien directeur de l'École du Val-de-Grâce.

** Médecin général des armées, ancien directeur de l'Institut de Médecine Tropicale du service de santé des armées. Marseille-Le Pharo.

Tirés à part : Professeur Jean-Étienne TOUZE, même adresse.

Article reçu le 12 septembre 2013.

Dans ce contexte, les perspectives suivantes doivent être envisagées :

1 — La formation en médecine tropicale doit être valorisée par l'octroi d'un diplôme national reconnu par les instances internationales. 2 — La création d'un cursus doctorant en médecine tropicale est le préalable pour atteindre cet objectif avec une composante recherche importante dans ce futur diplôme. 3 — L'enseignement en médecine tropicale doit redevenir pratique et être assuré par des enseignants ayant une expérience entretenue du terrain. 4 — La formation en médecine tropicale doit s'inscrire dans une relation bilatérale avec les pays concernés où chaque partie pourrait apporter sa contribution dans un partenariat respectant les spécificités de chacun. 5 — La formation en médecine tropicale doit être adossée à une recherche scientifique de haut niveau en s'appuyant sur une synergie renforcée de nos réseaux actuels (Institut de Recherche et de Développement, réseau des instituts Pasteur d'outre-mer, universités...). 6 — L'enseignement de la médecine tropicale doit être coordonné par une structure supra universitaire dont la mission serait d'apporter une cohérence au dispositif actuel. 7 — La réussite dans tous ces objectifs implique un engagement politique fort, seul moyen pour redonner à notre pays la place enviée qu'il occupait dans un passé récent.

SUMMARY

Tropical medicine was a key element of the medical structures provided by France to our former colonies and, later, to countries within the scope of our international cooperation. In recent decades, France has drastically reduced its bilateral commitments to countries in the tropics, and especially in sub-Saharan Africa. At the same time, the teaching of tropical medicine, which was highly regarded even beyond our borders, has lost a good deal of its expertise. Initially available in a few large French centers, and ensured by teachers with extensive field experience, training in tropical medicine is now offered in many universities. However, their programs and educational objectives, focusing mainly on infectious and parasitic diseases, no longer meet the healthcare priorities of southern countries, which are facing an epidemiological transition and the rise of non communicable diseases. Few teachers now have recognized expertise in tropical medicine. These changes have had negative consequences for research programs in tropical medicine and for the image of French assistance to developing countries.

In this context, the following perspectives should be considered:

1) training in tropical medicine should be enhanced by the creation of a national diploma recognized by international bodies. 2) The creation of a doctoral course in tropical medicine is a prerequisite for achieving this goal, and the future diploma must include a significant research component. 3) Teaching in tropical medicine must become more practical and be ensured by teachers with extensive field experience. 4) Training in tropical medicine should be part of a bilateral relationship with countries in the tropics, each party contributing its expertise while respecting that of its partners. 5) Training in tropical medicine should be backed up by high-level scientific research based on enhanced synergy of our current networks (Institute for Research and Development, Network of overseas Pasteur Institutes, universities, etc.). 6) Teaching of tropical medicine should be coordinated by a supra-university structure whose mission is to ensure coherence. 7) Success in all these objectives will require strong political commitment. This is the only way to restore the enviable position which France occupied in the recent past.

La médecine tropicale a été au cours du siècle passé un atout majeur de notre politique sanitaire au profit des pays du Sud. La colonisation et la période qui a suivi les indépendances avaient permis à la France de développer un savoir-faire incontesté dans la mise en place d'un dispositif sanitaire dans les pays les plus démunis. Les pays de l'Afrique francophone ont été les premiers bénéficiaires d'un système de soins original comportant un maillage sanitaire sans faille, la lutte contre les grandes endémies tropicales et la formation de médecins et d'agents de santé autochtones [1]. Ces brillants résultats n'auraient pu être obtenus si la France ne disposait pas de médecins ayant acquis une formation adaptée aux conditions d'exercice en zone tropicale. Les médecins militaires et l'école du Pharo créée en 1905 ont eu sur ce plan une part déterminante et structurante.

La situation d'aujourd'hui est tout autre. La contribution de la France reste toujours importante avec une aide publique au développement représentant près de 0,5 pour cent du revenu national brut. L'aide Publique Française, rapportée à la richesse nationale est la deuxième des pays du G8 et la 3^e contribution mondiale. Pourtant, son action est moins lisible et moins bien perçue par les pays vis à vis desquels nous avons conservé une relation affective. L'aide française qu'elle soit multilatérale ou européenne est dispersée et ne s'inscrit pas dans une vision stratégique. L'aide bilatérale a subi une réduction drastique et n'est destinée que pour une faible part aux priorités de santé. Dans le même temps, la médecine tropicale en France n'occupe plus le rang qu'elle occupait dans un passé récent. Les populations les plus démunies des pays en développement (PED) en sont les premières victimes et l'image de notre pays en est ternie. Cette situation est d'autant plus préoccupante que nos acteurs de la santé sont de moins en moins sensibilisés aux problématiques sanitaires des pays tropicaux et à leurs conséquences éventuelles pour notre pays. Dans ce contexte, au regard de l'histoire de la période coloniale et plus d'un demi-siècle après les indépendances, il est opportun d'analyser les raisons du déclin de la médecine tropicale et les solutions qu'il conviendrait d'adopter pour renouveler cet enseignement essentiel dans notre politique de coopération sanitaire vis à vis des pays les moins avancés.

LA PÉRIODE COLONIALE DE LA MÉDECINE TROPICALE

Lors des opérations de conquête, la France a apporté aux populations autochtones des pays d'Afrique et d'Asie du Sud Est son soutien sanitaire. C'était la découverte de nouvelles maladies ignorées sous nos contrées. Il fallait des médecins formés à ces nouvelles conditions d'exercice ; L'école du Pharo a été une réponse efficace à cet objectif. L'enseignement résolument pratique, s'appuyant sur les retours d'expérience permettait aux jeunes médecins issus de cette école de répondre à la plupart des situations. La polyvalence qu'ils avaient acquise leur permettait d'assurer dans des postes isolés les urgences chirurgicales, obstétricales et de faire face aux grandes endémies tropicales. Leur action qui a été structurante pour tous les pays d'Afrique

et d'Asie francophone a été largement reconnue et récompensée en 1992 par le *Center Diseases Control* d'Atlanta. Durant toute cette longue période, la formation en médecine tropicale était limitée à quelques acteurs. Aux côtés de l'école du Pharo, on retrouvait les universités de Bordeaux, Marseille et Paris. Les deux premières villes étaient le point de départ de nos expéditions coloniales. Paris disposait pour sa part de l'école pasteurienne dont ont été issus de grands noms de la médecine tropicale avec entre autres A. Laveran, A. Yersin, E. Roux, A. Calmette. Cette période a été aussi celle de la lutte contre les grandes endémies. La maladie du sommeil, la fièvre jaune, la méningite cérébrospinale étaient l'objet de grandes campagnes de dépistage et de vaccination où l'on retrouvait encore des hommes issus pour la plupart de la filière du service de santé colonial. Eugène Jamot, Jean Laigret, Léon Lapeyssonnie, Pierre Richet étaient les grands acteurs de cette époque qui a permis à la France d'établir un relationnel humanitaire et affectif avec le continent africain. L'organisation territoriale mise en place par les médecins militaires avait ainsi permis une stabilisation des grands fléaux qui affectaient le continent africain. Avec la décolonisation et la Loi Cadre du 23 juin 1956, la France légua un réseau sanitaire bien organisé, un contrôle des grandes endémies et près de 4 000 formations sanitaires parmi lesquelles 41 grands hôpitaux, 600 maternités, 350 léproseries et plus de 2000 dispensaires [2]. Pendant cette période, les universités exportaient leur savoir. Les premières facultés africaines et asiatiques étaient créées : Dakar (1882), Antananarivo (1897), Abidjan (1958). Simultanément, la France étendait son réseau sanitaire sur l'Asie ; l'école de médecine d'Hanoï était fondée en 1902, puis ce furent Shanghai en 1903, Phnom Penh en 1946 et Vientiane en 1957. Après les indépendances et au cours des vingt années suivantes, la France ouvrait d'autres universités dans des pays plus enclavés (Bamako, Yaoundé, Ouagadougou, Libreville, Lomé, etc.). Dans le même temps, on assistait à l'émergence dès 1968 des organisations non gouvernementales (Médecins sans Frontières, Médecins du Monde, Handicap International, etc.) et à une intensification de l'aide technique. Cette période a été modélisante pour tous les pays où la France était implantée [3]. L'action de la France s'inscrivait dans une démarche bilatérale s'appuyant sur une coopération de substitution. En 1980, notre pays était le premier bailleur de fond de l'Afrique francophone avec plus de 80 pour cent consacré à l'aide au développement des pays du Sud.

LE DÉCLIN

De 1980 à 2000, l'aide médicale française change de profil. En 1990, le ministère de la coopération est rattaché au ministère des affaires étrangères. C'est la fin de la coopération « de substitution » et la disparition progressive de la ressource en volontaires du service national entraînant une chute drastique de notre coopération en santé. Cette époque est aussi celle d'une nouvelle approche sanitaire pour les pays en développement. Dès 1978, la Déclaration d'Alma-Ata, puis l'Initiative de Bamako en 1987 instauraient successivement le développement des soins de santé

primaire et la Démocratie Sanitaire dont le concept était une participation financière des usagers aux soins de santé de base. Notre coopération principalement hospitalo-centrée se révélait rapidement inadaptée aux nouvelles politiques sanitaires internationales auxquelles la France avait adhéré [4, 5]. Notre action médicale devait se décloisonner et être intégrée au contexte global de développement. Les pays qui bénéficiaient jusque-là de notre soutien étaient handicapés par une surcapacité hospitalière incapable de faire face à des besoins de santé principalement extra-hospitaliers. Cette période était celle où les pays les moins avancés entraient dans une crise sanitaire marquée par l'apparition de maladies émergentes ou ré-émergentes (SIDA, paludisme chimio-résistant, maladie du sommeil, tuberculose, etc.) et l'expansion des maladies non transmissibles (diabète, hypertension artérielle, maladies coronaires, etc.). Alors que les besoins de formation en médecine tropicale auraient dû être croissants pour faire face à l'explosion démographique des pays les moins avancés, notre formation en médecine tropicale devenait rapidement inadaptée aux enjeux sanitaires de ces pays. Les raisons de ce déclin pédagogique sont nombreuses. On identifie, entre autres, la disparition de l'expérience de terrain, des programmes d'enseignement souvent focalisés sur les maladies parasitaires ou la dilution de la médecine tropicale dans la discipline des maladies infectieuses. Tous ces particularismes sont peu pris en compte dans l'enseignement actuel et méconnus de la plupart des professeurs de maladies infectieuses qui ont adossé le qualificatif de « tropical » aux services qui leur étaient confiés.

LA MÉDECINE TROPICALE EN FRANCE AUJOURD'HUI

Les deux dernières décennies s'inscrivent dans le cheminement du retrait amorcé dès 1980. L'aide au développement est toujours importante mais la contribution aux programmes de santé s'inscrit majoritairement dans un canal multilatéral (Fond Mondial, GAVI, UNICEF, OMS, UNITED, etc.). L'aide bilatérale reste significative mais n'est plus lisible car sa destination est plus focalisée sur des actions politiques (annulation de dettes, dépenses d'écolage, accueil de réfugiés) que sur un soutien aux programmes de santé [3].

Notre pays est sur ce point en retrait avec 4 % de l'aide publique directement affectée aux besoins de santé des PED contre 11 % en moyenne pour les autres pays de l'OCDE [6]. Dans le même temps, l'offre de formation en médecine tropicale est marquée par la disparition de grands acteurs institutionnels [7]. L'école de médecine tropicale du Pharo qui avait formé en près d'un siècle plus de 8 000 médecins et pharmaciens dont 5 000 militaires et 2 000 personnels paramédicaux a été emportée dans la grande vague de restructuration engagée en 2007 par la réforme générale des politiques publiques et par une absence de volonté affichée des décideurs. L'enseignement en médecine tropicale reste encore possible dans de nombreuses universités avec une offre importante de formations (attestations ou diplômes d'universités, capacités, rares masters) où l'on retrouve dans la plupart des cas un petit nombre

d'étudiants. La terminologie des diplômes est innombrable et varie selon les facultés et parfois les années : « médecine tropicale, médecine et santé internationale, médecine et santé humanitaire, santé internationale et médecine humanitaire, médecine tropicale et des voyages, etc. ». Le développement de la médecine des voyages et les nombreuses formations délivrées par les organisations non gouvernementales ont accentué un peu plus la confusion. Toutes ces formations font peu ou prou appel aux mêmes enseignants dont l'expertise de terrain est pour certains soit inexistante ou acquise dans un passé lointain. L'étudiant désireux de s'engager dans cette discipline a ainsi de grandes difficultés à se retrouver dans un maquis universitaire n'ayant aucune filière internationalement reconnue et ne répondant pas toujours aux enjeux sanitaires des pays en développement (PED).

ENJEUX ET PERSPECTIVES POUR LA MÉDECINE TROPICALE EN FRANCE

La médecine tropicale est à l'instar de notre politique de coopération sanitaire en perte d'identité. Notre coopération technique dont la performance était enviée par toutes les nations développées s'est éteinte en moins d'une décennie et a été remplacée par des cadres administratifs n'ayant aucune action de terrain [1]. Cette évolution n'a pas été sans conséquences sur le vivier des enseignants de médecine tropicale. Avec la disparition de l'aide technique, le formateur ayant une expertise crédible est devenu l'exception que chaque faculté sollicite. Alors que les grandes nations s'engagent dans l'aide vis à vis des pays les plus démunis, la France a déserté le champ de la médecine tropicale où elle avait dans un passé récent si brillamment réussi. La fermeture de l'École du Pharo en juin 2013 a été sans aucun doute un coup dur porté à la formation en médecine tropicale en France. Ce constat est regrettable car l'enseignement de la médecine tropicale avait trois principaux enjeux :

- Le premier était d'être un **vecteur de l'aide au développement**. Il convient de rappeler que l'éducation et la santé sont deux priorités incontournables et indissociables pour un développement durable. C'est en connaissant mieux les problématiques sanitaires des PED que cet objectif pourra être atteint. Pour y parvenir, les médecins, pharmaciens, paramédicaux formés dans nos universités, quelle que soit leur nationalité, doivent acquérir une formation en médecine tropicale adaptée aux réalités sanitaires des pays les moins avancés. C'est la condition indispensable pour être efficient en zone tropicale dans le traitement des maladies infectieuses ou non transmissibles, mais aussi en France, dans la prise en charge médicale des populations migrantes.
- Le deuxième était lié à la promotion de **la recherche sur les grandes maladies transmissibles** qui affectent le monde tropical. Dans ce domaine, la formation en médecine tropicale est un préalable incontournable pour nos futurs chercheurs eu égard aux enjeux sanitaires des pays du sud. Le paludisme à *P. falciparum* chimio-résistant, l'infection VIH, et bien d'autres infections transmissibles

impliquent plus que jamais le développement de nouvelles molécules et de nouvelles stratégies thérapeutiques. Les grands bailleurs de fonds (Banque mondiale, Union Européenne, Fonds mondial, Organisation mondiale de la Santé-OMS, l'UNICEF, fondation Bill et Melinda Gates...) l'ont bien compris et s'impliquent largement dans le soutien aux programmes de recherche [6]. Leur but affiché est celui des objectifs pour le millénaire dont la cible fixée à 2015 ne sera de toute évidence pas atteinte [3, 8]. La France apporte à la recherche une contribution substantielle, mais son action est diluée dans le canal multilatéral alors que dans un passé récent elle finançait des programmes de formation et de recherche incitatifs qui avaient permis des avancées significatives dans le traitement et la prévention du VIH et du paludisme C'était le cas en particulier du programme VIHPAL lancé en 1999 par le ministère de la Recherche, devenu en 2001 PAL+ « *Recherche sur le paludisme et son association à d'autres maladies transmissibles, pour les pays en développement* ». Il s'intégrait dans une nouvelle politique de coopération reposant sur trois principes essentiels : une vision intégrée, une action coordonnée et des programmes partagés. Son originalité est d'avoir permis la formation de nombreux jeunes chercheurs d'Afrique et d'avoir encouragé leur prise de responsabilité dans la conduite des projets [9]. Ce programme qui a permis de renforcer le partenariat entre la France et les pays du Sud a été indéniablement un modèle de coopération réussie. Après sa clôture en 2003, aucune action similaire n'a été depuis lancée.

- Le troisième enjeu est de permettre aux futurs acteurs de santé de notre pays de **mieux appréhender les pathologies d'importation**. Les pays occidentaux sont confrontés depuis plus de deux décennies à une vague migratoire sans précédent avec son lot de maladies parasitaires ou émergentes. Le paludisme, le SRAS, la grippe aviaire, les épidémies de chikungunya sont là pour nous rappeler toute l'importance d'une parfaite connaissance des maladies du monde tropical. Il en est de même pour le diabète et les maladies cardiovasculaires qui impliquent pour les populations migrantes une prise en charge spécifique dès lors qu'elles sont susceptibles de retourner dans leurs pays d'origine.

DANS CE CONTEXTE, QUELLES PEUVENT ÊTRE LES PERSPECTIVES DE LA MÉDECINE TROPICALE EN FRANCE ?

Cette discipline déjà initiée dans le cursus des études médicales et inscrite au programme de l'internat classant doit être renforcée et individualisée. Nos universités doivent afficher clairement cet objectif pour sensibiliser très tôt les étudiants aux problématiques sanitaires des pays du sud. La médecine tropicale pourrait être ainsi une filière professionnelle et diplômante offerte aux étudiants désireux d'exercer plus tard dans les PED.

La formation en médecine tropicale doit être valorisée par l'octroi d'un diplôme national reconnu par les instances européennes. Les formations actuelles (attesta-

tions, diplômes d'universités, capacités...) ne sont pas reconnues à l'étranger et ne permettent pas à nos étudiants de postuler avec succès aux contrats proposés par les grandes institutions internationales où la participation française est actuellement réduite. **La création d'un parcours universitaire master-2 professionnel — doctorat en médecine tropicale** est le préalable pour atteindre cet objectif. Les rares masters actuellement disponibles doivent renforcer leurs programmes de recherche pour attirer les étudiants et établir ainsi des partenariats avec d'autres universités étrangères. Le Master délivré par l'ISPED (Institut de Santé Publique et de Développement — Université Victor Ségalen de Bordeaux) s'est inscrit dans cette démarche avec une forte composante recherche en épidémiologie et un partenariat avec des universités européennes membres de TROP Ed Europe (Bergen, Copenhague, Londres, Amsterdam). Les formations délivrées par nos universités devraient être inscrites dans un parcours « masteurisant ». Chacune d'entre elles, en fonction du volume d'enseignement délivré permettrait l'octroi d'un certain nombre d'ECTS ¹ qui seraient comptabilisés dans ce futur cursus avec des passerelles inter universitaires. Le stage professionnel, obligatoire dans ce parcours pourrait idéalement être réalisé dans un PED.

L'enseignement en médecine tropicale doit redevenir pratique et être assuré par des enseignants ayant une expérience entretenue du terrain. Notre vivier d'enseignants en médecine tropicale doit être enrichi en faisant appel à d'autres acteurs non universitaires impliqués dans des programmes de santé ou dans des actions humanitaires. C'est en particulier le cas des organisations non gouvernementales qui interviennent dans l'aide au développement. Leur participation aux enseignements universitaires pourrait être significativement renforcée.

La formation en médecine tropicale doit s'inscrire dans une relation bilatérale avec les pays concernés où chaque partie pourrait apporter sa contribution. La formation en médecine tropicale ne doit pas se limiter à l'enseignement des maladies infectieuses et aux grandes endémies tropicales. Elle doit aussi consacrer une part importante aux maladies non transmissibles et à la conception de projets. Un partenariat respectant les spécificités de chacun pourrait être envisagé comportant une formation de praticiens du sud dans les universités du nord avec un accompagnement secondaire sur site. Les étudiants du nord pourraient en revanche bénéficier de l'expérience des praticiens du sud dans le domaine des urgences vitales, de la chirurgie générale, de l'obstétrique et de la pédiatrie. La création d'un partenariat fort et durable entre les universités du nord et du sud renforcerait la relation entre notre pays et les PED dans une coopération bilatérale partagée et renouvelée.

La formation en médecine tropicale doit être adossée à une recherche scientifique de haut niveau. La France dispose dans ce domaine d'un réseau de recherche performant, malheureusement éclaté et ne fonctionnant pas en synergie. L'institut de Recherche et de Développement (IRD, ex-ORSTOM), le réseau des instituts Pasteur d'outre-mer, le centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomi-

1. *European credit Transfer system.*

que (CIRAD) disposent en zone tropicale de plateformes de recherche indépendantes, ne travaillant pas en concertation, mais bien souvent en compétition. Des pôles d'excellence régionaux pourraient être créés en s'appuyant sur le réseau des instituts Pasteur, l'IRD le CIRAD et des hôpitaux de référence (ex : Dakar pour l'Afrique de l'Ouest, Antananarivo pour l'Afrique de l'est, Libreville ou Abidjan pour l'Afrique centrale, Phnom-Penh pour l'Asie du Sud Est, Cayenne pour l'Amérique du sud). Ces grandes structures régionales seraient idéales pour l'accueil d'étudiants en formation et le développement d'une recherche de haut niveau.

L'enseignement de la médecine tropicale doit être coordonné par une structure supra universitaire dont la mission serait d'apporter une cohérence au dispositif actuel, et de limiter la dispersion des formations universitaires que l'on ne retrouve pas chez nos partenaires européens. Ils possèdent chacun une ou deux structures de formation de référence qu'ils ont su conserver en dépit des contraintes économiques. Le Royaume-Uni dispose des écoles de médecine tropicale de Liverpool et de Londres. L'Allemagne, la Suisse, et la Belgique ont pour leur part les instituts d'Hambourg, de Bâle et d'Anvers qui offrent aux étudiants un parcours de formation et de recherche internationalement reconnu. La France après avoir perdu en une décennie de grands acteurs devrait posséder une structure analogue à celle de nos partenaires européens. Cette entité, « université sans murs » serait un opérateur unique supra universitaire. Elle disposerait d'un comité de pilotage et d'un conseil scientifique constitué des représentants des principaux acteurs publics, privés ou associatifs. Elle pourrait être l'équivalent de l'agence de coopération technique allemande pour le développement (GTZ) qui a été remplacée depuis 2011 par la *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) ; cette entreprise de coopération internationale placée sous la tutelle du Gouvernement fédéral allemand étend son champ d'activité sur plus de 120 PED (Afrique, Asie, Moyen-Orient, Amérique du sud ainsi qu'en Europe et en Asie centrale). Elle a la charge de la coopération en matière de santé. Elle gère à la fois l'expertise, les réponses d'appel à projet, la formation, l'assistance sur le terrain et l'enveloppe dédiée à l'activité de coopération. Ainsi, la compétence santé est concentrée dans une structure unique capable de mobiliser à tout moment tous les moyens utiles destinés au canal multilatéral ou bilatéral [10]. La France pourrait se doter d'un opérateur unique fonctionnant sur le même mode. En lien étroit avec l'Agence Française pour le Développement (AFD), il pourrait piloter les actions de formation et de recherche en médecine tropicale et conduire une politique de ressources humaines adaptée aux enjeux sanitaires des PED. Il pourrait être aussi une aide pour les décideurs dans les actions qu'ils conduisent vis à vis de ces pays notamment dans le domaine de la santé.

La réussite dans tous ces objectifs ne peut se concevoir sans un engagement politique fort, seul moyen de redonner à la médecine tropicale française la place enviée qu'elle avait occupé pendant plus d'un siècle. Négliger cette discipline, c'est oublier la mixité de notre population et les liens étroits que notre pays a toujours eu avec les tropiques. C'est dire toute l'importance d'une formation d'excellence en médecine tropicale pour notre pays.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GENTILINI M. — La coopération sanitaire française dans les pays en développement. Avis et rapports du Conseil économique et social, 2006.
- [2] MERLIN M. — Santé publique et tropiques : Le Pharo, une école de pensée et d'action. *Med. Trop.*, 2005, 65, 225-30.
- [3] GENTILINI M. — La coopération sanitaire française dans les pays en développement. *Med. Trop.*, 2006, 66, 348-350.
- [4] KEROUEDAN D., GONZALEZ-CANAL G., BALIQUE H., FLOURY B. — Santé et développement : cinquante ans de coopération française en Afrique. *Mondes.*, 2011, 7, 81-93.
- [5] KEROUEDAN D. — Health and development financing in Africa. *Lancet*, 2009, 22, 435-7.
- [6] PERROULAZ G., FIORONI C., CARBONNIER G. — Évolution et enjeux de la coopération internationale au développement. *Revue internationale de politique de développement*, 2010, 149-169.
- [7] LAROCHE R. — La coopération sanitaire française dans les pays en développement. *Med. Trop.*, 2005, 65, 109-111.
- [8] MOSS T. — What Next for the Millennium. Development Goals? *Global Policy*, 2010, 2, 218-220.
- [9] AGID F. — Le programme PAL +. Une action concertée incitative sur le paludisme et les infections associées. *J. Soc. Biol.*, 2004, 198, 207-11.
- [10] MANTION S. — Action internationale en santé et en protection sociale : propositions pour une influence française. Rapport au ministre. Octobre 2011.

DISCUSSION

M. André-Laurent PARODI

L'exposé du médecin général Touze me conduit à établir un parallèle entre la situation et les évolutions évoquées pour la formation en médecine tropicale et leurs homologues en médecine vétérinaire. Nous avons connu une situation analogue pour la formation vétérinaire et la France a joué et continue de jouer un rôle important dans la création d'écoles et facultés vétérinaires dans les pays du Maghreb, de l'Afrique sub-saharienne, de l'Extrême-Orient. La question porte sur le rôle que pourrait jouer une institution supra-nationale, comme l'OMS, dans le développement, la standardisation et l'évaluation de la qualité des enseignements médicaux en médecine vétérinaire. L'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE) a entrepris, depuis plusieurs années, cette mission à l'échelon international. Elle le fait en produisant des recommandations tenant au contenu des formations, à l'obligation d'acquisition de compétences minimales à la fin des études (« one-day skills »), de jumelage entre établissements (« twinning »). Un tel mouvement de standardisation des formations médicales au plan international existe-t-il ? Si oui quel rôle joue la France ?

La standardisation des formations universitaires existe en France dans les formations de 3^e cycle au travers des crédits ECTS délivrés dans les Masters. Ce système permet une reconnaissance européenne et donne aux formations qui en sont dotées une lisibilité

internationale. Ce dispositif est présent en France dans les parcours Master-doctorat. Il est malheureusement absent dans le domaine de la médecine tropicale. Les formations délivrées par nos universités dans cette discipline ne sont pour la plupart non inscrites dans un parcours « masteurisant ». C'est dire toute l'importance d'une structure supra universitaire dont la mission serait d'apporter une régulation inter universitaire dans les diplômes de médecine tropicale. Le parallèle fait avec l'Organisation mondiale de la santé animale est intéressant mais l'OMS ne peut jouer le même rôle. Elle pourrait formuler des recommandations, mais n'a aucun pouvoir sur les États pour les faire appliquer. La santé animale est dans notre pays réservée à un nombre restreint d'écoles, permettant une régulation plus facile. Apporter une régulation au sein de nos formations universitaires est un challenge plus difficile à relever. Eu égard à l'indépendance de nos universités, seule une structure indépendante pilotée par le Ministère de l'enseignement et de la recherche pourrait être capable d'instaurer la régulation et la cohérence dans les formations délivrées par les différentes universités. C'est ce qui manque en particulier dans le domaine de la médecine tropicale et qui est proposée dans les recommandations de cette séance.

