

L'éradication hospitalo – universitaire des disciplines de Parasitologie Médicale et Médecine Tropicale en France : un destin inéluctable lié au devoir de remord et à l'obligation de non-ingérence politique dans la lutte contre la pauvreté.

Nous assistons, en France, depuis la fin des années 1990, à une évolution lente conduisant à la disparition des disciplines liées aux maladies tropicales. Elle se traduit au niveau hospitalier par la dilution progressive des services cliniques consacrés au traitement des maladies infectieuses et tropicales au sein d'un pôle infectieux ou de médecine interne, et, en Biologie médicale, par le remplacement des Biologistes Parasitologues ayant acquis une spécialisation en Mycologie, par des Biologistes Mycologues ayant acquis une spécialisation en Parasitologie. Cette orientation peut sembler normale, la réduction des compétences en diagnostic parasitologique et clinique étant liée au succès des mesures d'hygiène et de contrôle des produits alimentaires, qui ont entraîné la quasi-disparition de notre pays de parasitoses autochtones telles que la facilose, taeniasés, ou amibiases. Priorité est donc donnée à la mycologie, en particulier aux infections respiratoires, prédominantes dans une population protégée et vieillissante. Fallait-il pour autant le faire au détriment des compétences de diagnostic et de soin vers les populations des pays à ressources limitées ?

Marginaliser, dans les facultés de médecine, les compétences en parasitologie clinique et diagnostique, en réduisant drastiquement les heures d'enseignement consacrées aux maladies tropicales, et en faisant disparaître les travaux dirigés et pratiques, a détourné l'intérêt des étudiants pour ces disciplines. La raréfaction des postes cliniques et biologiques dans ces disciplines y a également largement contribué.

Cette disparition des postes va de pair avec la fermeture des instituts de Médecine Tropicale de plusieurs villes françaises, et surtout les écoles de Santé Navale à Bordeaux et du PHARO à Marseille, qui formaient à la fois des médecins africains qui retournaient ensuite pratiquer dans leur pays, et des médecins français qui pouvaient acquérir des compétences cliniques pour le traitement des maladies dans des pays à ressources limitées, et assurer des collaborations entre la France et les pays francophones d'Afrique ou d'Asie, à partir d'un réseau entretenu par le Ministère des Affaires Etrangères aujourd'hui disparu. La fermeture de santé navale à Bordeaux en 2011, une ville où la Médecine Tropicale a joué un rôle crucial dans les actions de formation et de coopération, est un exemple frappant de la ligne de conduite française vers l'éradication de la discipline, la ville pensant ainsi se débarrasser de son image de colonisateur et, à l'excès, du rôle joué par Bordeaux dans le triangle du marché des esclaves au XVIIème siècle. Il me semble que la suppression ne fera pas oublier l'histoire, et que la restructuration d'une coopération régionale équilibrée entre la France et certains pays africains aurait été plus intelligente.

Il appartient aux historiens de décider de l'impact que la colonisation et, ensuite, la coopération française, ont eu sur le développement de la santé publique des pays africains concernés. Si l'on regarde aujourd'hui le fonctionnement de la pyramide sanitaires des pays francophones africains, nous ne sommes pas convaincus d'un impact positif de la coopération française sur le long terme. Pourtant, j'ai pu assister, dans les années 1990 au Gabon, au mode de fonctionnement des derniers centres de santé dirigés par des médecins militaires français dans les villes de Mouila et de Franceville. Les populations s'y rendaient et étaient soignées gratuitement. Les hôpitaux publics gabonais, par contre, ne bénéficiaient déjà plus de programmes de coopération, et se retrouvaient dans une situation déplorable. A priori pour des raisons de non-ingérence, la France a décidé de ne

plus intervenir dans le fonctionnement des pyramides sanitaires d'aucun pays. La médecine tropicale du siècle dernier n'aurait-elle pas pu évoluer, au sortir de la colonisation, vers un soutien à la prise en charge de la santé des populations à ressources limitées, pour les maladies transmissibles et non transmissibles ? les Instituts de Santé Publique auraient pu le faire, mais les financements publics internationaux se sont rapidement concentrés sur les 3 maladies identifiées prioritaires dans les années 1990 : le Sida, Paludisme, et tuberculose. Tellement concentrés que, dans plusieurs pays délaissant les questions de santé publique, il faut être atteint de l'une de ces trois maladies pour avoir l'espoir d'être pris en charge par des structures artificiellement créées hors d'une pyramide sanitaire déficiente (voir le dernier rapport de l'OMS), et de survivre.

Concernant la formation, il faut avouer que, contrairement à l'implication des anglais dans leurs ex colonies, la France n'a pas brillé par son investissement pédagogique dans les siennes. Il en résulte une différence notable dans la qualité actuelle de l'enseignement dans les universités entre l'Afrique anglophone de l'Est et l'Afrique francophone Centrale et de l'Ouest. Le tissu relationnel hospitalo-universitaire franco – africain était pourtant très fort jusque dans les années 1980, mais son délitement a été extrêmement rapide, surtout suite à un manque d'implication dans l'administration des établissements universitaires et hospitaliers. Le Mali l'a bien compris, et s'est tourné vers les Etats Unis pour développer un tissu scientifique et médical aujourd'hui de niveau international.

En France, le recentrage de la médecine tropicale hospitalière vers les centres de santé pour les voyageurs se rendant dans les pays tropicaux, a détourné les collaborations privilégiant au départ la santé publique dans les pays africains, vers la santé du voyageur occidental en Afrique. De ce fait, les coopérations établies de longue date entre la France et les pays francophones africains se sont raréfiées, et ont été remplacées par des programmes de médecine préventive. Indirectement, la recherche sur les maladies tropicales, qui reposait sur des collaborations entre médecins tropicalistes français et africains, s'est retrouvée marginalisée, surtout suite à la disparition, en France, des Instituts de Médecine Tropicale tels que ceux qui persistent toujours en Belgique (Institut De Médecine Tropicale d'Anvers) et en Suisse (institut Tropical Suisse de Bâle), avec des réorientations stratégiques en lien avec le monde d'aujourd'hui. Seul subsiste en France l'Institut Pasteur et son réseau d'instituts étrangers qui persiste à privilégier la recherche fondamentale sur un terrain à la santé publique déficiente.

Le phénomène migratoire entre les continents africains et européens que nous vivons actuellement, est en parti le résultat d'un abandon du développement de pays africains au nom de la non-ingérence. Par exemple, aujourd'hui, nous assistons à une épidémie de paludisme au Rwanda, non reconnue par les autorités du pays. Au nom de la non-ingérence, l'OMS refuse de déclarer le pays en situation épidémique et donc de lancer les mesures d'intervention visant à répondre à cette urgence. Au nom de la non-ingérence, des personnes meurent dans l'indifférence internationale. De même, au nom de la non-ingérence, nous laissons des ONG intervenir avec leurs propres moyens pour coller des pansements sur un terrain politique instable et déficient.

Au-delà de twitter des propos de surface, aujourd'hui le moyen de communication le plus utilisé d'un dirigeant politique capable par quelques réflexions basiques de bouleverser l'économie mondiale, il est urgent de se pencher, avec les pays africains, sur les priorités de santé publique, et de réfléchir de manière approfondie à développer une collaboration internationale équilibrée sur le sujet. Pour cela, nous avons besoin d'un monde diplomatique fort, capable de s'entretenir avec les chefs d'état sur les

intérêts économiques du bien-être de leurs populations. Pourquoi la France, qui a porté les droits de l'homme dans l'histoire du monde depuis 1789, a instauré la sécurité sociale pour tous depuis 1893, et créé la Croix Rouge en 1864 pour lui donner une dimension internationale, ne pourrait-elle pas prendre cette idée ? Cette histoire de notre pays n'équilibre-t-elle pas les devoirs de remords prônés actuellement par nos politiciens ? Regrets et désintérêts ne conduisent pas une politique extérieure. Si nous voulons faire face à la fois à notre passé et à un futur inéluctablement pluriethnique, il est grand temps de développer à nouveau des liens étroits permettant à des pays émergents de faire surface. La santé pour tous est un des axes prioritaires que nous savons gérer, et un atout indispensable pour assurer un développement économique d'un pays.