

SANTÉ PUBLIQUE ET TROPIQUES : LE PHARO, UNE ÉCOLE DE PENSÉE ET D'ACTION

M. MERLIN

• Professeur agrégé, Médecin général inspecteur, Direction du SSA-Armées en Région Sud-Est, 1 bis, Place Bellevue, BP 16, 69998 Lyon Armées.

Med Trop 2005 ; 65 : 225-230

L'OMS définit la santé comme un état de complet bien être physique, mental et social, qui ne se réduit pas à l'absence de maladie ou d'infirmité. Ce concept s'applique à chaque individu, mais comment se marie-t-il avec cet autre, si souvent évoqué, de la santé publique ? Celle-ci intéresse les populations, mais bénéficie à travers elles, à chaque individu.

SANTÉ, SANTÉ PUBLIQUE ET CRISES

La santé publique exige la création et le développement de systèmes de santé. On peut illustrer ces derniers par le modèle de la concession familiale africaine qui, en zone rurale, est le cadre de vie séculaire permettant aux membres de la famille d'accéder au bien être physique, mental et social. La répartition spatiale circulaire propre à la concession africaine, centrée sur l'élément capital qui est le grenier à céréales, convient bien à la représentation métaphorique des systèmes de santé. Au centre se trouverait la population à travers laquelle chaque catégorie sociale et chaque individu sont représentés. Autour s'organiseraient et se complèteraient les différents éléments constituant le système de santé : éducation/formation, alimentation/nutrition, environnement physique, système politique, économie/emploi et système de soins (curatifs et préventifs). Tout comme la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie, la santé publique ne peut se résumer à la seule administration de soins. Mais ces systèmes de santé sont vulnérables. Les crises, les désastres naturels ou provoqués, tout ce que les Nations Unies classent sous le vocable d'urgences complexes, peuvent les bouleverser profondément, les déstructurer et plonger ainsi dans la précarité les populations dont ils garantissaient auparavant le niveau de santé.

LA MÉDECINE MILITAIRE, UNE HISTOIRE ET UNE CULTURE DE SANTÉ PUBLIQUE EN SITUATION DE CRISE

Les guerres sont les plus destructrices de ces crises. La vocation initiale des personnels des services de santé militaires fut de lutter pour préserver la santé des combattants plongés dans le chaos engendré par de tels désastres : préserver la santé quand les systèmes de santé sont bouleversés. Les compétences de ces professionnels des crises se déclinent en matière de soins, de prévention, d'hygiène, d'ex-



Figure 1 - Hopital Ankapoka, Madagascar.

pertise, de recherche et de formation. Soigner les malades, opérer les blessés, évacuer les uns et les autres sur des structures hospitalières adaptées est le domaine familier, aux yeux du public, dans lequel les personnels de santé militaires exercent leur art. Les conventions de Genève élargirent l'éventail des bénéficiaires de ces soins. Mais à la guerre les maladies tuent encore plus que les armes. Les exemples de désastres sanitaires conduisant à des échecs militaires, ou à des opérations militaires au coût humain exorbitant abondent dans l'histoire des conflits armés, comme l'expédition du général Leclerc à Saint Domingue en 1802 ou la conquête de Madagascar en 1895 (Fig. 1). Les guerres ont de tous temps bouleversé profondément les systèmes de santé là où elles se déroulaient, plongeant tous les acteurs et les victimes du conflit dans la plus grande précarité, faisant le lit des épidémies. Les médecins militaires accumulèrent ainsi au fil du temps une vaste expérience en matière de santé publique et apprirent à maintenir et à rétablir l'essentiel des éléments constituant les systèmes de santé, pour mettre les combattants en condition d'affronter ces conditions extrêmes et préserver le plus grand nombre de vies possible. Nous citerons deux exemples.

Le premier est le Médecin général Costes. Accompagnant comme jeune médecin le corps expéditionnaire français lors de la guerre d'indépendance américaine, il se signala en faisant assurer la protection contre la variole des troupes françaises et américaines par la technique de la variolisation. Son action lui valut un témoignage de reconnaissance de Georges Washington. Plus tard, revenu en



Figure 2 - « Séance de vaccination antivariolique au Val-de-Grâce » (A. Touchemolin), vers 1900 (©Musée du Val-de-Grâce MSSA MH1813).

France, il convainquit Napoléon 1^{er} de faire vacciner contre la variole toute la Grande armée. Il lui inspira ensuite le décret du 16 mars 1809 qui rendait cette vaccination obligatoire pour toute la population française, salutaire mesure de santé publique en avance sur son temps. Célèbre aux Etats-Unis, il est méconnu en France.

Le second exemple est celui du Dr Marchal, médecin militaire exerçant au Val-de-Grâce à la fin du XIX^e siècle. Observant les séances de vaccination antivarioliques des jeunes recrues, immortalisées par le fameux tableau conservé au musée du Val-de-Grâce (Fig. 2), il comprit très vite que l'administration de la pulpe vaccinale par scarification au moyen de lancettes sommairement stérilisées et sans cesse réutilisées était l'occasion de transmettre des maladies et posait un problème de santé publique. Après plusieurs essais, il mit au point le vaccinostyle, premier instrument d'inoculation individuel à usage unique, avec lequel toute la population française fut vaccinée pendant les 70 ans qui précéderent l'éradication de la variole.

Ce savoir faire des médecins militaires en matière de médecine d'urgence et de santé publique allait très vite recevoir, à la fin du XIX^e siècle, un nouveau champ d'application. La colonisation européenne devenait alors laïque et recevait une interprétation humaniste.

LA MÉDECINE COLONIALE

Comme le rappelaient certaines gravures allégoriques de l'époque, « la France envoyait ses marins porter la santé, l'enseignement et la paix au monde ». Cependant cela ne se fit pas sans combat et les médecins de la marine, des Troupes de marine et de l'armée d'Afrique accompagnèrent les colonnes coloniales dont ils assuraient le soutien santé. Conjointement, ils commencèrent très tôt à dispenser leurs soins et à conduire des actions de santé publique au bénéfice des populations autochtones qu'englobait progressivement l'empire colonial en expansion. Le commandement, puis le pouvoir politique, prirent très vite conscience de l'intérêt de ce type d'action en matière de pacification. Succédant aux conquêtes, les traités ouvraient la voie à l'administration coloniale. En 1900 était créé le service de santé des Troupes colo-



Figure 3 - Institut Pasteur de l'AOF à Dakar (© IMTSSA).

niales. Il sera un vivier de compétences. Puisant ses racines dans la tradition et le savoir faire de la médecine militaire, s'envahissant d'une solide expérience en médecine tropicale, il mettra en œuvre un système de santé publique en ambiance précaire ou dégradée, qui sera en tout point remarquable. Pour former ces médecins coloniaux, on ouvrit en 1905 à Marseille, l'Ecole militaire de médecine tropicale au Pharo. L'originalité de la formation dispensée par le Pharo allait assurer sa réputation pendant un siècle. Elle résidait essentiellement dans son caractère très pratique, qui préparait directement à l'action sur le terrain et dans le fait d'être dispensée par des praticiens à la solide expérience, constituant ainsi un véritable compagnonnage.

On y formera des générations de praticiens de terrain, à la fois médecins, militaires, tropicalistes et acteurs de santé publique. Ils construiront un remarquable système de santé publique colonial pour fournir aux populations de l'empire des prestations de santé qui seront alors connues sous l'appellation d'assistance médicale indigène (AMI), organisant leur action selon 4 axes :

- former les personnels médicaux et paramédicaux locaux ;
- créer le maillage des formations hospitalières et sanitaires ;
- créer le réseau des instituts Pasteur d'outre-mer ;
- contrôler les grands fléaux sanitaires endémiques et épidémiques.

Les écoles de médecine, de sages femmes, d'infirmières ainsi créées et les hôpitaux et dispensaires construits à cette époque sur quatre continents, seront le socle sur lequel se développeront plus tard les facultés de médecine, les centres hospitalo-universitaires, les hôpitaux et dispensaires publics et les instituts de formation des personnels paramédicaux des pays indépendants issus, au début des années soixante, de l'ex empire colonial.

Les instituts Pasteurs d'outre-mer auront pour vocation le diagnostic biologique, la production de sérums et de vaccins, la recherche médicale. Ils constitueront un réseau d'établissements répartis en Asie, Afrique, Amérique Centrale et Océanie. Calmette créera celui de Saïgon en 1891, celui de Madagascar verra le jour en 1907 et celui de Dakar aura Marchoux comme promoteur (Fig. 3). C'est à Dakar,

siège de meurtrières épidémies de fièvre jaune, où le monument de l'île de Gorée rappelle le dévouement poussé jusqu'au sacrifice suprême des pharmaciens et des médecins du corps de santé colonial, que sera développé par J. Laigret le premier vaccin anti-amarile.

Cette mise au point de nouveaux vaccins ou la production d'autres déjà connus, qui constituaient le premier objectif fixé aux instituts Pasteur d'outre-mer, allait représenter une arme des plus efficaces pour soutenir le quatrième axe des actions mises en œuvre par les médecins coloniaux. Le contrôle des grands fléaux sanitaires endémiques et épidémiques allait s'intéresser à des pathologies spécifiquement tropicales pour certaines d'entre elles, cosmopolites pour les autres.

La mémoire collective est volatile. Plus personne n'a vraiment conscience de l'horreur que les grandes épidémies de variole laissaient dans leur sillage. Au cours du seul XVIII^e siècle, elles tuèrent soixante millions d'européens, laissant plusieurs dizaines de milliers d'aveugles chez les survivants. Aucun continent n'était épargné. La vaccination antivariolique apparue à la fin du XVIII^e siècle apportait enfin la réponse, mais on ne savait pas alors conserver et transporter le vaccin à distance. Il fallait donc le produire sur place. Très vite, la vaccine allait être adaptée aux bovins locaux, le zébu à Madagascar, le buffon en Indochine où Calmette multipliait les parcs vaccinogènes. La vaccination antivariolique était étendue à tout l'empire colonial. Ce programme de santé

publique était particulièrement dynamique à Madagascar, où l'éradication de la maladie serait acquise dès 1914, soit une soixantaine d'années avant que l'OMS confirme le même résultat au niveau mondial. En 1992, une délégation du Center for Diseases Control (CDC) d'Atlanta aux États-Unis, venait au Pharo pour une cérémonie d'hommage au rôle des médecins militaires français dans l'éradication de la variole, déposant une plaque qui est depuis en salle d'honneur (Fig. 4).

L'autre grand fléau historique était la peste. Elle terrorisait nos ancêtres depuis plus d'un millénaire. Elle avait tué 25 millions d'européens de 1347 à 1348. On ignorait sa cause. On ne connaissait pas son mode de propagation. On ne savait pas s'en prémunir, pas plus que la guérir. En 1894, Alexandre Yersin, médecin du corps de santé colonial, identifiait le bacille pesteux, qui porterait désormais son nom : *Yersinia pestis*. En 1898, Paul-Louis Simond, médecin du même corps, mettait en évidence le mode de transmission de la peste, reposant sur le rôle de différentes espèces de rongeurset de puces. De 1922 à 1934, Girardet et Robic mettaient au point à l'Institut Pasteur de Madagascar le vaccin anti-pesteux préparé à partir de la souche EV repiquée chaque mois pendant 5 ans : le taux d'incidence de la peste dans la Grande île, de 3000 cas par an jusque là, chutait à 200 cas par an. Ainsi, en 40 ans, 4 médecins du corps de santé colonial avaient-ils porté un coup fatal à ce fléau millénaire, arrachant à la peste son aura de mystère, d'horreur et d'invincibilité.

Le paludisme, fléau sous les tropiques, mystérieuses et mortelles fièvres pour nos anciens, veira son agent causal, le plasmodium, mis en évidence par un autre médecin militaire, Alphonse Laveran, prix Nobel de médecine en 1907.

Un autre grand nom allait devenir inséparable de celui d'un fléau africain, la maladie du sommeil. Transmis par la mouche Tsé-tsé, le trypanosome se répandait avec une rapidité effrayante sur l'Afrique. La mise en œuvre de grands chantiers réclamant de vastes mouvements de travailleurs avait facilité sa propagation. Un arrêté du ministère des Colonies, en date du 29 avril 1926, soulignait la gravité du péril et décidait la création d'une mission permanente de la maladie du sommeil, placée sous l'autorité d'un officier supérieur du corps de santé des troupes coloniales. Eugène Jamot serait cet officier. « Je réveillerai la race noire » avait-il déclaré. Comprenant que la trypanosomose devait son terrible taux de létalité à des diagnostics trop tardifs ne permettant pas la mise en œuvre suffisamment précoce du traitement, il allait imaginer une stratégie mobile, où des équipes de santé iraient dans tous les villages faire du dépistage actif, débouchant sur un traitement immédiat efficace des porteurs de trypanosome encore au stade silencieux de la maladie. Cette stratégie reposait sur la formation préalable des personnels de santé, l'équipement en matériel de diagnostic (microscopes notamment) et en véhicules. Jamot, vainqueur de la maladie du sommeil, est encore vénéré en Afrique pour son dévouement. Jean-Christophe Ruffin dans « L'aventure humaine », lui rend un magnifique hommage : « Jamot restera à jamais le modèle, mi-scientifique mi-romantique, du médecin de brousse, désintéressé, partageant la vie de ceux



Figure 4 - Plaque commémorative offerte par les Centers for Diseases Control and Prevention.



Figure 5 - Le médecin-colonel Jamot et son équipe, Cameroun, 1925 (© IMTSSA).

qu'il va secourir. Il est à la fois un des plus illustres représentants de la tradition militaire et, au delà d'elle, une référence inconsciente de toute l'action humanitaire européenne ultérieure, fut-elle civile, voire anticolonialiste» (Fig. 5).

La stratégie de Jamot sera appliquée avec succès par les équipes mobiles des Services de lutte contre les grandes endémies pour contrôler les principaux fléaux endémiques et épidémiques qui frappaient les populations de l'empire colonial. De nombreux médecins coloniaux deviendront illustres pour leur dévouement et leur efficacité dans ces actions. Les citer tous dépasserait le cadre de cette présentation. Nous n'évoquerons que deux d'entre eux pour conclure ce chapitre : Lapeyssonnie face à la méningite à méningocoque et Muraz contre l'onchocercose.

LA COOPÉRATION

Mais la roue de l'histoire continuant de tourner, les jours de l'empire colonial étaient comptés et au début des années soixante, les états qui le constituaient avaient acquis leur indépendance. Le ministère des Colonies avait cédé la place à celui de la Coopération. Les médecins militaires allaient encore jouer un rôle éminent dans le cadre de cette coopération. Quatre objectifs seraient assignés à cette coopération médicale :

- former les personnels de santé locaux ;
- préserver les acquis de santé publique ;
- assurer la transition ;
- participer au développement.

La formation des personnels commençait par celle des médecins et pharmaciens militaires français qui iraient exercer sous les tropiques dans les états indépendants. Le Pharo en fut la plaque tournante, continuant dans la droite ligne de ce qu'il avait entrepris depuis sa création. De 1905 à 2005 furent formés au Pharo 4702 médecins militaires et 581 pharmaciens militaires. De 1960 à 1998, 2159 médecins volontaires du service national y reçurent une formation à la médecine tropicale avant d'aller servir outre-mer. Ils y côtoyèrent 541 médecins militaires et 866 techniciens de laboratoire, ressortissants des états indépendants issus de l'ex empire colonial, venus parfaire leurs connaissances à Marseille. Affectés



Figure 6 - Siège de l'OCCGE à Bobo-Dioulasso (© IMTSSA).

ensuite dans leurs postes respectifs, ces médecins, pharmaciens et techniciens de santé français et étrangers, formèrent à leur tour sur place des personnels de santé nationaux pour qu'ils puissent développer les systèmes de santé publique de leurs pays.

Conjointement, certaines actions furent menées en Afrique pour préserver, tout au moins pendant une période de transition, certains acquis de santé publique, en particulier les vastes plans de lutte contre les grandes endémies touchant de vastes régions par delà le clivage des frontières.

En 1960, sous l'impulsion du Médecin général Richet, était créée dans ce but l'OCCGE (Organisation de coordination pour la lutte contre les grandes endémies), associant les états de l'ex AOF (Fig. 6). Trois objectifs lui étaient assignés :

- recherche appliquée (laboratoire et terrain) ;
- interventions dans les états (enquêtes épidémiologiques, réponses aux épidémies) ;
- formation technique du personnel.

Pour cela, d'importants moyens lui étaient alloués.

Un secrétariat général (Bobo-Dioulasso), qui contrôlait les activités de l'ensemble, comportait un centre de documentation et de statistiques et cinq instituts et centres de recherche :

- Office de recherche sur l'alimentation et la nutrition en Afrique (ORANA) à Dakar ;
- Institut Marchoux (lèpre) à Bamako ;
- Institut d'ophtalmologie tropicale africaine (IOTA) à Bamako ;
- Institut de recherche sur l'onchocercose (IRO) à Bouaké ;
- Centre Muraz à Bobo-Dioulasso.

En 1963, s'inspirant de l'exemple de l'OCCGE, le Médecin colonel Labusquière était l'artisan de la création de l'OCEAC (Organisation pour la lutte contre les endémies en Afrique Centrale, qui à ses débuts se nommait OCCGEAC), associant les états de l'ex-AEF. Ses objectifs étaient les mêmes que ceux de l'OCCGE, ses moyens étaient moins importants. Le Secrétariat général (à Yaoundé) qui contrôlait les activités de l'ensemble comportait :

- un centre de documentation et de formation ;

- un service technique (laboratoires de biologie et d'entomologie);

- un service d'épidémiologie et de statistique.

Un Centre inter-états d'enseignement de Santé publique en Afrique Centrale (CIESPAC) était localisé à Brazzaville.

Pendant un quart de siècle, les médecins et pharmaciens formés au Pharo (militaires et volontaires du service national), allaient exercer sur le terrain, dans les domaines des soins curatifs et préventifs, dans les hôpitaux, les dispensaires, les services de lutte contre les grandes endémies, les instituts Pasteur d'outre mer, les organismes inter-états et les organisations internationales.

Ceux qui servaient en zone rurale découvrirent encore des sociétés traditionnelles très attachantes et un exercice de leur profession à la fois multidisciplinaire (du fait d'une demande très large et pressante des populations) et souvent solitaire (en raison d'un sous effectif chronique en médecins). Ils furent les premiers «médecins de brousse», au sens où on l'entendait depuis la première moitié du XX^e siècle.

Ceux qui servaient dans les grands centres urbains, en milieu hospitalier, dans les services de médecine préventive et d'hygiène ou dans les Instituts Pasteur, outre leur activité quotidienne de praticien ou de chercheur, assumèrent souvent un rôle de formateur.

Progressivement, les facultés de médecine des états indépendants allaient former des promotions de médecins nationaux qui viendraient d'abord étoffer les effectifs des différentes structures de soins, puis qui prendraient totalement en main le fonctionnement de leur service de santé à la fin des années quatre-vingt.

L'ACTUALITE

Cette nouvelle donne allait changer profondément les rapports professionnels, dans lesquels la substitution devenait inutile. Les besoins des états en renforts de personnels de santé extérieurs s'avéraient quantitativement très modestes mais qualitativement très ciblés et exigeants.

Mais surtout, la fin des années quatre-vingts était marquée par l'installation de nouveaux équilibres politiques mondiaux. La fin de la guerre froide était suivie de la prolifération de conflits locaux, parfois très sanglants, toujours déstabilisants pour les populations vivant dans ces régions en crise. La fréquence des opérations de soutien de la paix conduites sous l'égide des Nations-Unies augmentait de façon presque exponentielle, signe que la paix était partout menacée. La charte de l'OMS, publiée à Ottawa en 1986, soulignait que « les conditions et ressources préalables sont en matière de santé, la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base ». Dans ce contexte perturbé, la défense et la promotion de la santé publique avaient plus que jamais leur place et le Pharo y jouerait un rôle de trois façons :

- par l'aide au soutien santé des opérations extérieures (stages de formation, expertise, surveillance épidémiologique, conseils aux médecins d'unité, information sanitaire);

- par la participation aux actions humanitaires;

- par la création de l'École de Santé publique du Pharo.

Le soutien santé des opérations extérieures.

Les opérations extérieures (OPEX) et les missions de courte durée (MCD) nécessitent un soutien santé structuré (niveau 1 par les personnels des services médicaux d'unité, niveau 2, voire 3, par ceux des formations hospitalières de campagne). Il comprend la mise et le maintien en condition des personnels des forces avant, pendant, après le déploiement et la prise en charge précoce et intégrale des malades et des blessés, en environnement le plus souvent tropical, toujours précaire, parfois hostile. Il s'applique à des personnels militaires jeunes plongés brutalement dans des environnements nouveaux, subissant ainsi un choc culturel et environnemental. Ils découvrent les charmes de l'exotisme, mais aussi son austérité, sa précarité, parfois sa tristesse. Ils en expérimentent le caractère sinistre quand la folie des hommes s'en mêle et que les armes traditionnelles perdent leur caractère folklorique et se joignent aux armements modernes pour perpétrer des massacres. Leur mission est de s'interposer pour mettre les victimes à l'abri des exactions. Celle du service de santé est de fournir le soutien santé qu'ils attendent. Ces personnels des forces sont jeunes, brutalement plongés dans des situations à haut risque. Ils mettent en œuvre, en configuration de combat, des matériels et des armes qui jusque là ne leur étaient familiers qu'en configuration d'exercice : au choc culturel et environnemental décrit précédemment s'ajoute alors un choc professionnel.

Cette actualité replace les médecins des armées dans des situations voisines de celles que leurs anciens avaient connues il y a cinquante ans. Cela implique le maintien d'une maîtrise en matière de diagnostic et de traitement, aussi bien sur le terrain qu'au retour en métropole. Cela replace également le médecin militaire dans son rôle essentiel d'hygiéniste de terrain, conseiller du commandement. Pour préserver la capacité opérationnelle des forces, il devra prévenir l'attrition des effectifs en veillant notamment à l'application des mesures préventives contre les maladies à transmission vectorielle, alimentaire, hydrique, sexuelle.

Une autre activité mobilisant les médecins militaires déployés sur le terrain en soutien des OPEX et des MCD concerne la prestation de soins au bénéfice des populations civiles. Cette AMP (assistance médicale des populations) s'inscrit souvent dans le cadre des actions civilo-militaires et le commandement y est très attaché pour l'image positive qu'elle donne de nos forces. L'AMP intéresse principalement la santé de la mère et de l'enfant et nécessite une solide maîtrise de la médecine tropicale. Quand une antenne chirurgicale est déployée, elle pratique également l'AMP dans le domaine des soins chirurgicaux au bénéfice de la population.



Figure 7 - Séance de vaccination au profit d'enfants réfugiés, Zaïre, 1994 (© J.M. Milleliri)

Les actions humanitaires

Les actions humanitaires conduites par le service de santé des armées mettent en œuvre deux types de moyens :

- des formations hospitalières de campagne, sur le modèle de l'EMMIR (Elément médical militaire d'intervention rapide) ;
- des équipes d'intervention face à des crises biologiques, basées sur la Bioforce (Fig. 7).

Le Pharo intervient essentiellement dans les missions Bioforce, de trois manières :

- la formation des médecins ;
- le conseil en matière de préparation de chaque mission ;
- la participation de ses propres personnels (épidémiologistes, biologistes) aux équipes projetées sur le terrain.

Les domaines d'action de la Bioforce sont le contrôle des épidémies, l'expertise, les vaccinations de masse, le soutien en matière de laboratoire, de diagnostic et de mesures de santé publique dans les camps de réfugiés.

L'école de santé publique du Pharo

Les épidémiologistes que le Pharo fait participer à ces missions ont été formés, depuis 1987, au sein d'une véritable et originale école de santé publique créée dans ses murs par

le Pr Claude Gateff. Réalisant la synthèse des différentes composantes de la culture française en matière de santé publique (médecine de guerre, médecine tropicale, lutte contre les grandes endémies, école pastoriennne, école nationale de santé publique) et de l'approche américaine développée par le Center for Disease Control (CDC) d'Atlanta, il a créé une chaire enseignant la santé publique dans l'acception la plus moderne du terme. On y formera en 15 ans des épidémiologistes qui seront spécialistes de santé publique, ou praticiens des hôpitaux, mais aussi chercheurs et enseignants. Les enseignants de cette chaire seront associés à toutes les formations en santé publique dispensées par le Pharo, appliquant toujours ces méthodes pédagogiques qui ont fait l'originalité de l'Institut depuis sa création. Certains de ces enseignements concernent les médecins des armées, en particulier de l'armée de Terre, l'IMTSSA étant maintenant Ecole de spécialisation des médecins de l'armée de Terre. D'autres intéressent les médecins militaires étrangers, nationaux de pays ayant passé des accords avec la France, qui viennent se former à Marseille, ou reçoivent, dans leur propre pays, un enseignement par des équipes du Pharo. Ce sont encore des formations réalisées par l'IMTSSA, au bénéfice de personnels de santé civils, français ou étrangers, dans le cadre d'accords avec l'Université de Marseille qui valide les diplômes correspondants.

CONCLUSION

En un siècle, l'Institut de médecine tropicale du service de santé des armées du Pharo a joué un rôle éminent dans la conception, la promotion et le développement d'actions de santé publique dans les forces armées et dans de nombreux pays tropicaux, grâce à une politique de formation novatrice, à visée très pratique, utilisant le retour d'expérience de terrain et s'appuyant sur des méthodes pédagogiques participatives. Sans se complaire dans la délectation morose d'un regard nostalgique parcourant un passé glorieux, le Pharo a toujours su s'adapter à l'évolution du monde et gérer dans le présent les indispensables réflexions qui, tirant les leçons de ce qu'on a su faire, permettent de prévoir ce qu'on devra faire ■