



HISTOIRE DE LA MÉDECINE TROPICALE

Revue semestrielle 2026 - Volume I - N°1



Claude Gateff (1934-1989)

CLAUDE GATEFF À L'O.C.E.A.C.

Claude GATEFF naît à Toulouse (Haute-Garonne) le 28 août 1934. Cévenole, il fait toutes ses études primaires et secondaires à Alès dans le Gard. Il fait ses études de médecine à l'École annexe de médecine navale de Toulon (1952-1953) et à l'École principale du service de santé de la Marine et des colonies à Bordeaux (1953-1958) où il crée la section de parachutisme, ce qui lui vaut quelques ennuis avec ses supérieurs. En 1959, après le stage d'application au Pharo, il occupe son premier poste de médecin isolé à Madagascar durant lequel il prend conscience que l'action préventive est la seule efficace à long terme. En 1961, il rejoint le groupe d'hygiène mobile et de prophylaxie à Tananarive. Son affectation suivante est l'Algérie, au 16^e RIMa et au 21^e RIMa (1962-1963). Il intègre ensuite l'équipe du médecin général Richet à l'OCCGE (1963-1966) où, au contact d'entomologistes, il se familiarise

IL EST IMPRESSIONNANT DE CONSTATER QU'UN QUART DE SIÈCLE APRÈS SON DÉCÈS, À L'ÂGE DE 55 ANS, LES MÉDECINS QU'IL A FORMÉS LUI GARDENT UN PROFOND RESPECT ET UNE RÉELLE ADMIRATION.

avec la méthodologie statistique avant de repartir pour le foyer de trypanosomiase de l'Estuaire au Gabon (1967-1968). Avec le médecin commandant Michel Fouchet (Santé navale, promotion 1945, matricule 321) et quelques collègues, il ouvre le premier établissement hospitalier au profit des enfants réfugiés du Biafra. En 1968-1969, il obtient l'autorisation de passer les concours civils en santé publique. Il est alors diplômé de santé publique à l'ENSP de Rennes avec le CES national d'hygiène et d'action sanitaire et sociale et le CESAM, option épidémiologie. C'est ensuite au Cameroun à l'OCEAC (1969-1974), avec René Labusquière, qu'à travers une multitude de travaux, il devient un expert mondial des vaccinations. Son approche est globale : maîtrise des moyens les plus efficaces par des études rigoureuses ; action planifiée avec une logistique irréprochable, supervisée et évaluée ; formation du personnel de tous niveaux, pour les tâches initialement recensées. Ses tra-

vaux seront à la base du lancement en 1975 par l'OMS du PEV à l'échelle mondiale. C'est à l'OCEAC que Gateff rodéra véritablement son enseignement de la méthodologie statistique, de l'épidémiologie fondamentale et de l'épidémiologie appliquée. En 1971, le MG Labusquière l'envoie aux Centers for Diseases Control and Prevention d'Atlanta (CDC) où il entrevoit l'éventail impressionnant des perspectives ouvertes par l'épidémiologie en matière de recherche appliquée dans les domaines de la prévention, de la thérapeutique, de la promotion de la santé, de la planification et de la programmation sanitaires, de la formation et de l'enseignement. En 1974 et 1975, Claude Gateff effectue un stage à l'Institut Pasteur de Paris. Il est ensuite affecté comme sous-directeur à l'INSP d'Abidjan (1975-1981) où ses travaux portent sur les indicateurs de santé.

En 1976, la DCSSA crée la spécialité de « Lutte contre les grandes endémies ». En 1981, il est affecté au Pharo au côté de Courtois, titulaire de la chaire d'hygiène et d'épidémiologie, ce qui lui permet d'injecter progressivement l'épidémiologie moderne dans l'enseignement plus traditionnel dispensé au Pharo. Sous son impulsion, un premier poste de médecin épidémiologiste pour la Ve région militaire est créé à l'HIA Laveran (1987) puis trois en 1990 et dix en 1992. En 1986, il est nommé à la tête de la toute nouvelle chaire d'épidémiologie et de santé publique tropicale au Pharo, lui qui n'est ni assistant, ni spécialiste, ni agrégé des hôpitaux des armées. Son enseignement novateur profitera à tous les épidémiologistes des armées, qui sont encore aujourd'hui d'authentiques disciples du maître. Claude Gateff décède de maladie en 1989. Il est impressionnant de constater qu'un quart de siècle après son décès, à l'âge de 55 ans, les médecins qu'il a formés lui gardent un profond respect et une réelle admiration.

Francis Louis et al., *Itinéraires, le Service santé des Armées en plus de cinq cents biographies*, Ceux du Pharo éd., 2023.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE TROPICALE

Revue semestrielle :
volume I, n°1, 2026

FONDATEURS DE LA REVUE :

Francis LOUIS et Jean-Marie MILLELIRI

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Francis LOUIS

RÉDACTEUR EN CHEF :

Francis LOUIS

RÉDACTEURS EN CHEFS ADJOINTS :

Jean-Marie MILLELIRI, Magali BOZON

COMITÉ DE LECTURE :

Francis LOUIS, Jean-Marie MILLELIRI,
Magali BOZON, Élisabeth SEGARD,
François-Marie GRIMALDI, Dominique
CHARMOT-BENSIMON

CONCEPTION GRAPHIQUE :

Christine GILLES

RENSEIGNEMENTS

ET PROPOSITIONS D'ARTICLES :

Francis LOUIS

résidence Plein-Sud 1,

bâtiment B3,

avenue Ange Delestrade,

13380 Plan-de-Cuques - France

louis13380@gmail.com

POUR RECEVOIR LA REVUE :

· Adhérent Ceux du Pharo :

15 euros + port

· Non adhérent :

20 euros + port

Tous les documents iconographiques
et photographiques ont été fournis
par les membres de l'association -

Autres crédits iconographiques :



Imprimé sur du papier PEFC en
50 exemplaires

Imprimerie du Levant
17 Chemin de Saint-Jean du Désert,
13005 Marseille
04 91 91 17 26
contact@imprimeriedulevant.fr

N° ISSN en cours de création



Jean-Marie MILLELIRI

Diplômé de médecine du travail

Président en exercice de « Ceux du Pharo »

ÉDITO

du Président



Une nouvelle revue !

Dans la continuité des publications proposées par *Ceux du Pharo*, la revue *Histoire de la médecine tropicale* a pour objectif de présenter des articles qui reflètent le panorama de l'œuvre des praticiens ultra-marins qui se sont engagés sur des territoires lointains pour soulager la souffrance humaine.

L'Autre et l'Ailleurs au cœur de leurs actions, le plus souvent nées sur les bancs de l'amphithéâtre de l'Ecole du Pharo ou des salles de travaux pratiques, ont été les moteurs de ces missions.

UNE NOUVELLE REVUE !

Les conditions d'exercice ont été souvent difficiles à des époques où les moyens techniques de déplacement ou de communication étaient sommaires. Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, le médecin tropical était comme le disait si bien Léon Lapeyssonnie, « un marcheur de brousse, un médecin du bout de la piste ». La vocation de cette revue est également de donner la parole à des témoins et des acteurs universitaires, praticiens de terrain, hospitaliers, associatifs dont les actions méritent de ne pas être oubliées. Prolongeant la parution mensuelle du bulletin de *Ceux du Pharo*, qui aura dépassé la 150^e édition à l'heure où paraîtra ce premier numéro, la revue éclairera l'histoire de la médecine tropicale de faits trop souvent rejetés aux oubliettes de l'histoire de la France. Qui connaît en France, en dehors de petits cercles de spécialistes, les Muraz, Jamot, Richet, Lapeyssonnie, Cureau, Ballay, Griffon du Bellay ou d'autres médecins ayant exercé outre-mer.

Avec cette revue, *Ceux du Pharo* souhaite faire rayonner cette histoire d'hommes dont le mérite a été de s'engager pour que les maladies reculent dans ces populations lointaines souvent laissées à leur propre sort.

Ceux du Pharo aura dans ces productions une pensée pour Claude Harel qui avait accueilli nos articles dans la revue *Histoire de la médecine*. La nôtre n'en est qu'un prolongement. Avec une périodicité semestrielle elle permettra d'aborder des sujets variés mais tous rendant hommage à ces actions trop souvent méconnues du grand public.



L'association des Anciens et Amis du Pharo

« CEUX DU PHARO »¹

Principaux points du statut déposé le 1^{er} juillet 2013

CETTE ASSOCIATION A POUR BUTS :

- La conservation de la mémoire de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées, « Le Pharo » (1905-2013) ;
- La promotion de la mémoire des Anciens du Pharo, célèbres ou non ;
- L'aide à la publication d'ouvrages, en lien avec l'histoire et la vie du Pharo et de ceux qui y sont passés (par exemple, ouvrages sur le Pharo, sur la pathologie tropicale, sur un vécu, outre-mer ou écrits par des Anciens du Pharo) ;
- Le renforcement des échanges scientifiques et techniques ;
- Le parrainage de manifestations scientifiques en pathologie tropicale ;
- La conservation des archives et documents historiques.

L'ASSOCIATION EST OUVERTE :

- Aux anciens du Pharo
 - > Civils ou militaires
 - > Santards ou Navalais
 - > Français ou étrangers
 - > Médecins, pharmaciens, infirmiers, techniciens de laboratoire ou de profession non médicale
- Aux amis du Pharo
 - > Liens professionnels
 - > Liens personnels
 - > Liens familiaux



L'Institut de médecine tropicale du Service de santé des Armées, Le Pharo, a fermé définitivement ses portes en juin 2013. Dans la semaine qui a suivi, à l'incitation de Jean-Marie Milleliri, Francis Louis a fondé une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour titre Association des Anciens et Amis du Pharo et Ceux du Pharo en appellation d'usage.



Jean-Marie MILLELIRI

- Médecin épidémiologiste
- Diplômé de médecine du travail
- Secrétaire général du Groupe d'intervention en santé publique et en épidémiologies
- Président en exercice de « Ceux du Pharo »
- Membre de l'Académie des sciences d'outre-mer



Francis LOUIS

- Spécialiste des hôpitaux des armées en biologie
- CES d'hématologie générale
- CES d'immunologie
- Diplômé de l'Institut Pasteur de microbiologie
- Diplômé de santé publique.
- Président-fondateur de l'association des anciens et amis du Pharo, « Ceux du Pharo ».



Source : Collection Thierry Masson/ Thomas Yserrin - Photo d'archive de la fin du XIX^e

Pour faire partie de l'association, il faut être agréé par le Bureau qui statue, lors de chacune de ses réunions en présentiel ou en distanciel, sur les demandes d'admission présentées et sur la qualité des membres (membres d'honneur, membres bienfaiteurs, membres actifs).

La cotisation annuelle (25 euros) et la période d'adhésion réfèrent à une année légale. Une cotisation s'applique à l'année légale en cours.

Les nouveaux membres sont admis le jour du versement de leur cotisation.

La cotisation de renouvellement d'adhésion doit être reçue dans le courant du premier trimestre de l'année légale considérée.

Sont membres d'honneur ceux qui ont rendu des services signalés à l'AAAP. Ils sont dispensés de cotisation.

Sont membres bienfaiteurs ceux qui ont versé une cotisation annuelle d'au moins dix fois la cotisation annuelle.

Sont membres actifs ceux qui versent une cotisation annuelle de 25 euros. Le montant de la cotisation annuelle pourra être révisé lors des assemblées générales.

Les ressources de l'Association comprennent :

- Le montant des cotisations ;
- Les legs et dons.

L'association est dirigée par un conseil de six membres, dont trois permanents, qui sont les membres fondateurs, et trois élus pour une période de deux ans par l'assemblée générale.

Les membres élus sont rééligibles.

Le conseil d'administration choisit parmi ses membres, pour une période de deux ans, un bureau composé

- D'un président
- D'un trésorier
- D'un secrétaire.

À la fondation de l'association, sont :

■ Président : Dr Jacques, Francis LOUIS

■ Trésorier : Dr Bruno PRADINES

■ Secrétaire général : Dr Jean-Marie MILLELIRI

Le bureau est renouvelé tous les deux ans. Les membres du bureau sont rééligibles.

L'association de 2013 à 2025

Le Bureau qui était composé du président Francis Louis, du trésorier Bruno Pradines et du secrétaire général Jean-Marie Milleliri s'est profondément modifié : en 2018, Jean-Marie Milleliri est devenu vice-président et Dominique Charmot-Bensimon secrétaire générale ; en 2025, Francis Louis est devenu président honoraire, Jean-Marie Milleliri président et Magali Bozon secrétaire générale. Le conseil d'administration est composé de Jean-Marie Milleliri, Bruno Pradines, Magali Bozon, Francis Louis, Dominique Charmot-Bensimon et Christine Gilles.

Aujourd'hui, Ceux du Pharo compte près de 500 membres, civils et militaires. Sont membres d'honneur le Pr Marc Gentilini, académicien, le Pr Guy Charmot, Compagnon de la Libération (†), le Pr Yves Buisson, académicien (†), Mme Isabelle Dion, ANOM, et le Dr Xavier Emmanuelli, ancien ministre (†).

Ceux du Pharo publie chaque mois un bulletin et un supplément. En décembre 2025, on compte 150 bulletins et 100 suppléments. Et nous lançons une nouvelle revue, semestrielle, *Histoire de la médecine tropicale*.

NOS ACTIVITÉS éditoriales

Madame Charmot-Bensimon a la maîtrise d'un site internet (<http://www.ceuxdupharo.fr>) et une page facebook (<https://www.facebook.com/groupes/ceuxdupharo/>).

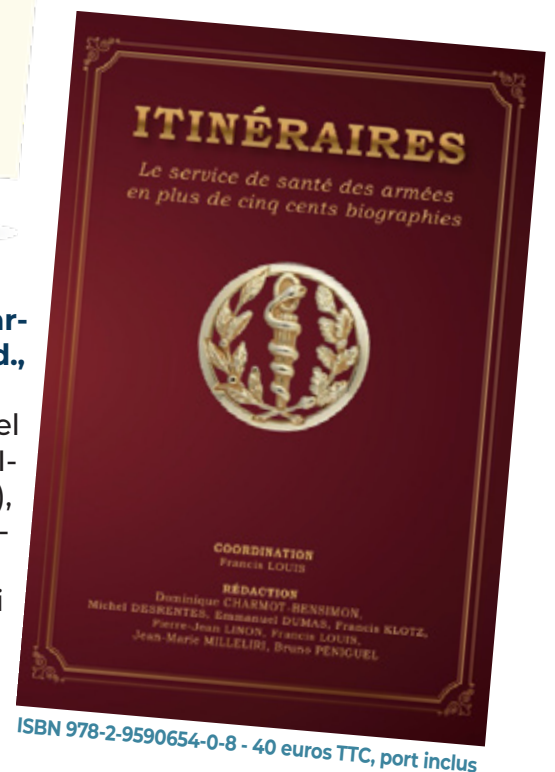
L'association édite également des ouvrages sur le devoir de mémoire, dont le plus célèbre est certainement *Itinéraires, le Service de santé des Armées en plus de cinq cents biographies*, écrit par huit rédacteurs de différentes spécialités : Dominique Charmot-Bensimon, Michel Desrentes, Emmanuel Dumas, Francis Klotz, Pierre-Jean Linon, Francis Louis, Jean-Marie Milleliri et Bruno Péniguel. Une édition actualisée est prévue dans les prochaines années.



Francis LOUIS coord. : Itinéraires. Le service de santé des armées en plus de cinq cents biographies. Ceux du Pharo éd., Plan-de-Cuques 2023.

Huit rédacteurs (Dominique CHARMOT-BENSIMON, Michel DESRENTES, Emmanuel DUMAS, Francis KLOTZ, Pierre-Jean LINON, Francis LOUIS, Jean-Marie MILLELIRI, Bruno PÉNIGUEL), de spécialités complémentaires, ont œuvré à ce livre de référence de 615 pages.

Initialement, les auteurs s'étaient limités aux Anciens qui avaient laissé leur nom quelque part, à une rue, une avenue, une place, une statue, une plaque commémorative, un livre ou bien qui avaient eu l'honneur de donner leur nom à un animal ou une plante, etc. et enfin, à de grands scientifiques pour leurs découvertes dans les domaines de la médecine ou de la pharmacie. C'était déjà bien ambitieux, mais il leur a paru que c'était encore trop limité, qu'un Ancien qui avait accompli sa carrière avec rigueur, abnégation et discrétion, méritait également d'être honoré. Il y a également les civils, qui n'ont été militaires qu'en temps de guerre et qui méritent qu'on leur rende hommage. Et puis, il y a encore ceux qui ne sont plus en activité, qui ne sont pas encore décédés mais qui ont derrière eux une carrière exceptionnelle. Nous en connaissons tous. Et puis, et puis, Bien sûr, nous n'avons pas été exhaustifs. Qui le pourrait ?





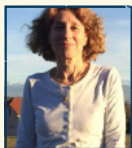
PALMARÈS

DU PRIX DE L'ÉCOLE DU PHARO

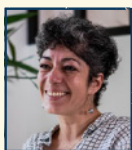
En 2021, Ceux du Pharo a créé le Prix de l'École du Pharo. Ce prix sera décerné désormais à un rythme biennal.



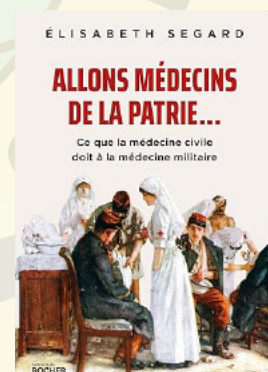
2021
Christian Duriez
Dans la montagne des Kapsiki



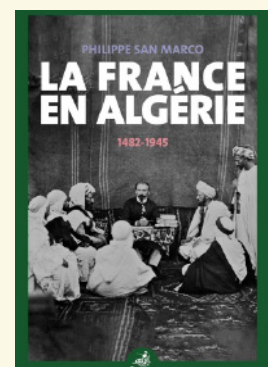
2022
Isabelle Dion
Lettres du bagnard Arthur Roques. Guyane 1902-1918. Écrire pour survivre



2023
Elisabeth Segard
Allons médecins de la Patrie ...



2024
Philippe Sanmarco
La France en Algérie 1482-1945



NOS ACTIONS

sur le terrain

Plusieurs actions mémorielles « sur le terrain » ont été organisées :

- Une plaque rappelant le séjour de Jamot a été apposée sur la façade de l'hôtel Océanic à Dakar en 2014.
- Une plaque commémorative en hommage à Michel Raoux (1929-2015) a été apposée sur la façade du lycée Jean de la Fontaine à Niamey, Niger en 2017.
- En 2019 au Muy (Var) une plaque a été apposée à l'entrée du cimetière en hommage à nos Anciens Henri Fournial (1866-1932), Victor Robini (1905-1984) et Alain-Jean Georges (1946-2012).
- En 2022, Gibert Raffier (1927-2021) a été honoré à Champagnac-la-rivière (Haute Vienne).
- Chaque année depuis 2019 nous déposons une gerbe de fleurs le 7 janvier sur la tombe de Guy Charmot (1914-2019) à Saint-Cyr-sur-mer (Var).
- Et bien sûr, chaque année *Ceux du Pharo* se recueille sur la tombe du Dr Jamot à Saint-Sulpice-les-Champs (Creuse), succédant ainsi aux anciens de la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil, au maire de Saint-Sulpice-les-Champs et à Madame Georgette Michaud.

L'association s'est également impliquée dans nombre de congrès :

- Congrès de la *Pan African Tsetse and Trypanosomiasis Campaign* (PATTEC) à N'Djamena en février 2013
- *Tropiques en Marche* à Saint-Sulpice-les-Champs et Aubusson en mai 2014
- 34th *International Scientific Council for Trypanosomiasis Research and Control Conference* (ISCTRC), à Livingstone, Zambie, en septembre 2015
- *Tropiques en Marche* à Saint-Sulpice-les-Champs et Aubusson en mai 2016
- *Premières journées scientifiques du CERNES*, Nyazmey, Niger en novembre 2017
- *Colloque du Réseau francophone sur les maladies tropicales négligées*, Montpellier en octobre 2018



Dévoilement d'une plaque commémorative au Muy (© JM Milleliri)



Dévoilement d'une plaque commémorative à Champagnac-la-Rivière (© B Bouteille)



■ Colloque international sur le centenaire de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie, Dakar, Sénégal en décembre 2018.

■ Congrès national d'histoire de la médecine, Académie nationale de médecine, à Paris en novembre 2022

■ Et bien entendu, chaque année en octobre les *Actualités du Pharo* à Marseille.

Les activités pédagogiques ont également pris une place importante :

■ Décembre 2013 : D.U. de pathologie exotique et des voyages, Université Paul Sabatier, Toulouse III.

■ Novembre 2014 : D.U. de pathologie exotique et des voyages, Université Paul Sabatier, Toulouse III.

■ Novembre 2016 : D.U. de pathologie exotique et des voyages, Université Paul Sabatier, Toulouse III.

■ 2022-2023 : D.U. de médecine et des maladies, Université Paris Cité

■ 2023-2024 : D.U. de médecine et des maladies, Université Paris Cité

■ 2024-2025 : D.U. de médecine et des maladies, Université Paris Cité

■ 2025-2026 : D.U. de médecine et des maladies, Université Paris Cité.



Hommage au Dr Jamot à Saint-Sulpice-les Champs (© B Bouteille)



En conclusion, notre association est encore jeune mais elle a fait preuve d'un dynamisme qui fait l'unanimité. Cela nous oblige, mais nous ne doutons pas que les années à venir seront aussi fécondes que les années passées, avec l'aide et l'appui de nos adhérents. Ce premier numéro d'Histoire de la médecine tropicale en est la preuve.

DE JAMOT À GATEFF :

des grandes endémies à l'épidémiologie moderne et à la médecine des collectivités².



Jean-Paul LOUIS

Diplômé de médecine tropicale, titulaire du CES de santé publique et de la spécialité de recherches du Service de santé des Armées en lutte contre les grandes endémies.

Initialement, en Afrique francophone, la prise en charge de la santé individuelle et collective des populations a été organisée par le Corps de Santé des Troupes Coloniales selon un dispositif d'établissements sanitaires fixes – dispensaires, maternités, hôpitaux - gratuits et ouverts à tous constituant l'ossature de l'AMI, l'Assistance Médicale Indigène. C'est sur cette base, autant qu'il le pouvait et s'il en avait les moyens logistiques, que le médecin – résident organisait des « tournées de brousse » périodiques visitant les villages les plus accessibles de son dispensaire.

À l'évidence, malgré le zèle des exécutants à tous les niveaux - et il fut souvent admirable - un tel dispositif ne pouvait pas faire face à la violence de certains épisodes pathologiques tels que la maladie du sommeil qui prit une ampleur telle qu'elle nécessita une organisation nouvelle. C'est ainsi qu'en 1917, Eugène Jamot, directeur p.i. de l'Institut Pasteur de Brazzaville, édicta les bases de sa méthode de lutte contre cette maladie et inventa pour ce faire l'équipe mobile de dépistage et de traitement qui répondait à 3 critères ⁽¹⁾ :

- Mobilité = aller au-devant des malades chez eux,
- Dépistage = aller chercher et examiner la totalité des habitants,
- Enregistrement et fichage des malades et suspects et mise en traitement.

L'expérience de Jamot mit ainsi en évidence l'utilité et l'efficacité d'une méthode cohérente,

spécifique, mobile, systématique, de lutte contre des maladies endémiques africaines transmissibles et disposant d'une thérapeutique adaptée, méthode de lutte qui va devenir, pour des générations de médecins, le modèle de l'action de santé publique. En découlera, en 1944, à côté des structures de l'AMI, la création des SGHMP (Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie) prenant en compte l'ensemble des actions contre les endémies majeures, du moins celles reconnues comme ayant une gravité particulière et disposant de moyens de lutte adéquats. C'est dans la période de réflexion de l'ère post Jamot quant à la manière d'appliquer au mieux sa doctrine à la complexité de l'environnement pathologique tropical, qu'à la sortie du stage à l'École d'application du Pharo à Marseille en 1959, le jeune médecin lieutenant Gateff effectue sa première affectation à Madagascar où il se trouve au contact des deux volets essentiels de la médecine militaire française outre-mer d'alors, l'AMI et les grandes endémies. Il en cerne bien vite les limites et y fait 3 observations essentielles qui préfigurent son engagement intellectuel ultérieur :

- Faute d'une politique de prévention et d'éducation sanitaire rationnelles en amont, l'AMI est débordée de travail et donc peu efficace.

- Les « Grandes endémies » responsables de la prévention sont également surchargées faute de priorités définies au niveau décisionnaire qui ne s'impose pas les nécessaires études préalables des niveaux de morbidité spécifique.

- Les 2 types de structures, fixe et mobile, doivent donc se rapprocher et coopérer efficacement. Les formations chargées de la médecine de soins devraient constituer le système sentinelle dont la médecine préventive pourrait avoir besoin pour assurer la surveillance des endémies majeures ; elles sont également en première ligne pour observer le déclenchement des épidémies et permettre ainsi d'effectuer rapidement les enquêtes menant à la mise en place des mesures spécifiques les mieux adaptées.

Il trace ainsi les grandes lignes de ce qu'il considère comme une nécessaire réforme des programmes et des systèmes de santé qu'il contribuera largement à mettre en place par la suite et dont les prémisses allaient bientôt se concrétiser par une restructuration majeure des dispositifs de lutte, l'intégration des problèmes sanitaires devant aboutir, du moins dans la pensée de Gateff, à celle des structures.

En premier chef étaient alors prises en compte des maladies transmissibles parasitaires ou infectieuses, endémiques ou épidémiques, dont la diffusion était favorisée par la conjonction de multiples facteurs : tradition, pauvreté, promiscuité, ignorance, hygiène défailante, méconnaissance des mesures de protection... et responsables de morbidité, mortalité, handicaps et invalidités importantes. Mais encore fallait-il que ces problèmes de santé soient vulnérables, autrement dit que l'on disposât de moyens spé-



Claude Gateff au Gabon en 1968 (©I. Gateff-Blondel)

cifiques de lutte et d'une capacité à les mettre en œuvre. En découlât logiquement la création à Bobo-Dioulasso en 1960 de l'OCCGE (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies) regroupant 7 Etats d'Afrique Occidentale et la France auxquels se joindra le Togo en 1964 puis, en 1963 à Yaoundé, de l'OCEAC (Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale) (2).

Après une affectation dans une unité militaire des services de grandes endémies et, à côte de



Claude Gateff à l'OCEAC (© I. Gateff-Blondel)

en Algérie – expérience qui lui servira plus tard dans son approche de la collectivité militaire – Gateff occupe de 1963 à 1966 à l'OCCGE le poste de chef de la section « Documentation, statistiques et éducation sanitaire », poste où il découvrira et mettra en œuvre la méthodologie statistique, élément fondamental pour la construction de son œuvre future. Il y saisira l'opportunité de la présence au sein de l'OCCGE de chercheurs et techniciens de l'ORSTOM (actuellement Institut pour la Recherche et le Développement - IRD) intervenant dans le contrôle des affections à vecteurs ailés et formés à la méthodologie statistique, pour tirer tout le parti et la portée pratique de cette conjonction de facteurs favorables. Il en déduisit que, pour bien cerner une épidémie débutante ou une endémie en recrudescence - et donc pour en définir les moyens de contrôle adéquats - il convenait d'en considérer la distribution dans le temps, l'espace et selon les types, les groupes et les tranches de populations et de s'attacher aux causes déterminantes de leur incidence et de leur prévalence. Il retenait donc logiquement comme causale - ce qui nous apparaît maintenant évident - toute liaison statistique représentée par une proportion d'individus atteints soumis à un facteur supposé par rapport à la population non soumise à ce facteur. Pour obtenir des résultats significatifs, il convenait dès lors de remettre en cause les méthodes et les résultats

de la prise en charge des malades, de s'attaquer de façon ciblée au(x) facteur(x) incriminé(s) (3). Les techniciens de l'ORSTOM vont initier Gateff à cette méthodologie propre, selon lui, à aider au travail de terrain en commençant par la conduite d'enquêtes épidémiologiques (4) et à mener des recherches dans le domaine de la prévention (5) et dans celui de l'éducation sanitaire (6). L'importance de la méthode statistique pour choisir les meilleures actions de santé publique dans les populations humaines lui apparaît comme une évidence et, en corollaire, elle met en exergue la nécessaire formation de tous les personnels de santé impliqués à une époque où elle n'est pas dispensée dans les études de médecine. Déjà pointent ici les prémisses et l'intérêt porté à ce qu'on appellera plus tard la médecine des collectivités.

Affecté au Gabon en 1967-1968 dans le Secteur de grandes endémies de Libreville, son élévation au rang de « Secteur d'instruction et de recherches » va lui donner l'opportunité à la fois d'expérimenter, au niveau infirmier, un enseignement de spécialisation en grandes endémies et de développer des travaux de recherche en particulier sur l'injecteur vaccinal sous pression type « ped-o-jet » (7). Il rodéra sa technique des enquêtes épidémiologiques sur le foyer de trypanosomiase de l'Estuaire, soignant par ailleurs dans l'hypnoserie dont il avait la charge les cas dépistés par son équipe de prospection. Ce qui fera dire à Mérouze « Cette endémie fait le lien entre clinique et thérapeutique, entre Gateff et Jamot » (8).

Après une courte affectation en France où il obtient le Diplôme national de santé publique de l'ENSP de Rennes, le CES national d'hygiène et d'action sanitaire et sociale et le CESAM, Certificat d'études spéciales de statistiques appliquées à la médecine, option épidémiologie, de Paris, Claude Gateff intègre l'OCEAC en 1969 où il va occuper pendant 5 ans, le poste de chef des « Services techniques et de l'unité de recherche appliquée », poste où il aura l'opportunité de



consolider les éléments essentiels de ce qu'on pourrait appeler la « Méthode Gateff » dans ses constituants majeurs (9):

1 Enquêtes épidémiologiques à visée pragmatique immédiate, qu'il s'agisse de la trypanosomiase, enquêtes menées de pair avec les techniciens de l'ORSTOM pour des mesures de prophylaxie agronomique (10), du choléra apparu au Cameroun en 1971 (11), de la tuberculose où il mettra au point une méthode originale d'enquête tuberculinique en milieu scolaire permettant, hors prospection, à partir de l'élévation significative de l'allergie tuberculinique chez les élèves, de lancer des enquêtes épidémiologiques domiciliaires et péri domiciliaires, de la menace de réapparition de la fièvre jaune où il développera un dispositif complet et global incluant les Instituts Pasteurs d'Afrique centrale, les personnels de santé - médecins et infirmiers - des dispensaires et des équipes mobiles sans oublier les comités d'hygiène et de santé villageois, membres à part entière du dispositif de surveillance impliqués dans la lutte contre les gîtes à aedes et le signalement des cas suspects, ce qui met bien en exergue l'importance qu'il accorde à la fois à la formation des personnels périphériques et à la participation active des populations au règlement de leurs problèmes de santé (12).

2 Recherches sur les moyens et méthodes de prévention contre les affections dominantes en Afrique tropicale, recherches portant sur les matériels de prévention, les aspects logistiques et opérationnels des campagnes de lutte, les techniques d'évaluation de l'efficacité de ces campagnes, que ces recherches portent sur les enquêtes tuberculiniques, le matériel de vaccination (Ped-o-jet ou aiguille bifurquée), l'efficacité médicamenteuse, la chaîne de froid... Mais c'est dans le domaine des associations vaccinales que Gateff va révéler ses dispositions exceptionnelles pour la recherche appliquée avec pour objectif de « protéger le plus de monde possible contre le plus possible de maladies infectieuses avec un minimum de contraintes techniques, psychologiques, financières et logistiques ». Les résultats de ses travaux, labellisés par les Instituts Pasteur d'Afrique centrale et par le « Center for Diseases Control and Prevention » (CDC) d'Atlanta seront présentés à Kampala en décembre 1971. Ces travaux, qui apportaient une

révolution dans les programmes vaccinaux de masse (13), furent unanimement salués comme tels mais il fallut attendre 1975-1976 pour être repris par l'OMS quand elle lança le Programme Elargi de Vaccinations - le PEV - à l'échelle mondiale. Reconnaissance tardive mais ô combien méritée.

3 Études de rentabilité économique des programmes de lutte que ce soit par le biais de vaccinations qui réduisent *de facto* les coûts de prise en charge thérapeutique, ou par le dépistage par exemple des parasitoses entraînant une réduction de l'absentéisme, en particulier en milieu scolaire, et un accroissement parallèle des rendements ... allant même jusqu'à des mener des études d'efficacité et de rentabilité des structures sanitaires de type « audit » comme l'OCEAC (14). Il faut dire que, affecté dans des pays en développement à possibilités budgétaires limitées, il a toujours eu le souci de la rentabilité de l'action sanitaire d'où l'intérêt pour une recherche appliquée tendant à mettre au point des méthodes de prévention aussi efficaces que possible, aussi peu onéreuses que possible. En marge de ces activités directement liées à son propre service, Gateff ne perdra jamais de vue l'un de ses objectifs majeurs à long terme, la formation, et c'est au sein du Centre d'enseignement et d'éducation sanitaire de l'OCEAC qu'il mettra au point, auprès des infirmiers stagiaires de santé publique, des contrôleurs lèpre-tuberculose, des élèves de l'Ecole d'infirmiers du Cameroun et des étudiants en médecine du Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) de Yaoundé, son enseignement de la méthodologie statistique et de l'épidémiologie fondamentale et/ou appliquée. Le contenu de son enseignement ne variera plus, sinon naturellement ses modalités en fonction des différents niveaux de formation des professionnels de la santé eux-mêmes.

Mais cette formation ponctuelle et/ou de circonstance de professionnels divers ne satisfait pas Gateff qui a une vision universelle de la formation des personnels de santé publique, formation capable de conduire à une unicité de compétences à tous les niveaux et dans tous les domaines d'activités, en faisant *de facto* du médecin intervenant en milieu tropical, le mailon fort d'un dispositif adapté. C'est un peu dans cet esprit qu'il faut voir sa contribution à la ré-

daction des chapitres sur les statistiques et les associations vaccinales du livre essentiel de Labusquière, secrétaire général de l'OCEAC, « Santé rurale et médecine préventive en Afrique ». Ce sont aussi ses travaux menés sur l'enseignement qui conduiront Gateff à s'exprimer sur cette approche dans de nombreuses réunions internationales où il présentera une épidémiologie moderne « à la française » et non plus exclusivement anglo-saxonne. Mais le tournant dans la carrière de Gateff est à voir en 1971 quand Labusquière l'envoie en stage au CDC d'Atlanta, stage où il va être confronté à l'éventail des perspectives majeures ouvertes par l'épidémiologie en matière de recherche appliquée dans les domaines de la prévention, de la thérapeutique, de la promotion de la santé, de la planification et de la programmation sanitaires, de la formation et de l'enseignement. Il lui paraît alors évident qu'elle peut s'appliquer indifféremment à toutes les collectivités d'un pays. A son retour Gateff aura ces mots, concernant l'épidémiologie moderne de santé publique : « Désormais, rien ne pourra plus être comme avant » (3).

On peut dire qu'à ce poste où il s'est attaché à réaliser des protocoles de recherches appliquées à la prévention sur des bases statistiques correctes, et à former du personnel apte à suivre le même comportement, l'épidémiologiste moderne, le chercheur et l'enseignant se rejoignent définitivement.

En stage à l'Institut Pasteur de Paris en 1974/1975, Gateff suit le Grand cours en bactériologie systématique, immunologie générale et immunologie appliquée aux maladies bactériennes et virales, ce qui élargit son champ de connaissances et peut lui permettre d'améliorer ses techniques de recherches en prévention. Délaissant les propositions de chercheur à l'Institut Pasteur de Bangui ou les sollicitations pourtant alléchantes de l'OMS ou de l'Union Internationale contre la

Tuberculose (UIC), Gateff opte pour un poste de directeur adjoint de l'INSP – Institut National de Santé Publique – d'Abidjan. Gateff allait y démontrer que la doctrine Jamot – dont les apports ont été incontestables – devait désormais s'effacer devant l'approche induite par l'épidémiologie moderne. Il était d'avis qu'à l'échelle de l'Afrique tropicale, il n'était plus pertinent de construire un nouveau système sanitaire structuré et opérationnel susceptible de succéder au service moribond des grandes endémies mais qu'il lui apparaissait plus judicieux d'élaborer une méthode épidémiologique de portée universelle que chaque structure sanitaire d'Etat, voire inter-états, pourrait ajuster à son propre système de santé (3).

De 1975 à 1981, Claude Gateff, directeur-adjoint et coordonnateur de la recherche, développe le tout récent PEV dont il pressent qu'il est un modèle de son concept de médecine des collectivités (15). Sans abandonner ses travaux sur les maladies transmissibles (tuberculose, paludisme), il va étendre son champ de recherche à des domaines correspondant à l'évolution sociétale de l'Afrique moderne et à ses conséquences

morbides pour développer une épidémiologie de médecine sociale prenant en compte les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les accidents, l'alcoolisme, le tabagisme, les affections psychiatriques ... tous phénomènes à étiologie complexe



CDC à Atlanta (Internet)

nécessitant une approche nouvelle intégrant les facteurs sociaux et comportementaux dans leurs dimensions causales et évolutives et prenant en compte la spécificité des problèmes épidémiologiques des grandes métropoles africaines vs les zones rurales (16). Il va aussi adapter les normes biologiques, les normes diagnostiques et les règles de la surveillance épidémiologique au contexte national en édictant les bases de son application au milieu tropical en général estimant que « La surveillance épidé-

miologique demeure en milieu tropical le support fondamental de contrôle et d'évaluation des actions sanitaires » (17). A noter que c'est à la même époque, en 1979, que Lapeyssonnie renouvelle la définition des grandes endémies africaines en introduisant le concept de « Maladies sociales qui règnent sous les tropiques », notion qui renvoyait à celles de sous-développement et de gravité en santé publique s'inscrivant bien au-delà du seul cadre des maladies infectieuses et/ou parasitaires (2).

Mais surtout Gateff poursuit inlassablement ce qui lui tient le plus à cœur, ses activités d'enseignement en statistique et épidémiologie tant dans les écoles d'infirmiers et de sage-femmes qu'à la faculté de médecine. Il institue surtout un cours régulier de type post-universitaire au bénéfice des médecins et techniciens de l'INSP, initiative mise à profit pour roder ses méthodes pédagogiques à venir, et notamment par la suite au Pharo.

Une préoccupation particulière lui tient effectivement à cœur, celle du devenir du médecin militaire de santé rurale dont l'avenir était compromis à terme eu égard à l'évolution de la coopération sanitaire avec des pays qui se prenaient progressivement en charge au prorata de la formation de médecins autochtones. Dans ce contexte, la création en 1976 par la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA) d'une spécialité de « Lutte contre les grandes endémies », si elle arrive bien tardivement, offre à Gateff l'opportunité de réfléchir à une formation d'épidémiologistes « standard » capables de s'adapter à toutes les situations épidémiologiques rencontrées : milieu rural intertropical dans le cadre de la Coopération, environnement militaire métropolitain ou hors frontières, situations de routine ou d'urgence les plus diverses. Après la publication, en 1980, d'un document de réflexion « Le médecin de santé rurale, un atout précieux en médecine militaire » (18), Gateff est affecté en 1981 au Pharo, dans une « Cellule de santé des collectivités » nouvellement créée et incorporée à la Chaire d'hygiène et d'épidémiologie, la DCSSA espérant ainsi pouvoir réinjecter dans le circuit militaire les « électrons libres » représentés par les médecins des grandes endémies détachés au Ministère de la Coopération. Il dirigera cette cellule jusqu'en 1989, date de son décès.

Chargé de l'enseignement de l'épidémiologie

moderne, Gateff parvient progressivement à lever les contradictions apparentes entre l'épidémiologie pastorienne alors enseignée et l'épidémiologie moderne et, en se heurtant initialement aux inévitables réticences voire aux franches oppositions de la structure traditionnelle aussi monolithique et fortement hiérarchisée qu'était alors le Pharo, à harmoniser les deux approches permettant l'intégration d'un nouveau modèle d'enseignement et d'un nouveau type de pédagogie.

L'objectif de Gateff était de proposer à sa hiérarchie un profil cohérent et séduisant d'un nouveau type de médecin épidémiologiste susceptible de satisfaire non seulement les besoins de l'armée mais aussi des besoins en dehors d'elle, que ce soit dans des postes encore existant de recherche ou de formation outre-mer que dans des missions ponctuelles d'enseignement, d'enquêtes voire d'actions humanitaires ou autres



Claude Gateff au Pharo (©I. Gateff-Blondel)

depuis une base logistique qui serait son propre service au sein du Pharo. La création au sein de l'école d'un service de médecine des collectivités et d'une chaire d'enseignement homonyme, donnerait un support à cet encadrement et permettrait d'entretenir une équipe d'experts réorientant progressivement leurs programmes de santé publique des populations africaines vers les populations militaires françaises. Mais les besoins de l'armée restaient à rechercher et à définir.

Deux obstacles majeurs étaient à surmonter (3) :

- Celui de l'autorité militaire dès lors qu'on introduirait dans les unités des médecins formés à une nouvelle approche de problèmes de santé qui dépendent aussi du commandement et où l'avis des « usagers » pourrait être sollicité et prendre une tournure propre à gêner le commandement et à introduire potentiellement des ferments de contestation,

- Celui des hôpitaux des armées, le responsable régional de l'hygiène et de l'épidémiologie n'étant alors ni l'un ni l'autre mais le chef du laboratoire de biologie au rôle limité à de sommaires enquêtes épidémiologiques suivies du renouvellement de conseils déjà consignés dans les fascicules officiels de la DCSSA.

C'est sur ces bases, et prenant en compte ces contraintes (19), que naît le concept de médecin épidémiologiste attaché en permanence à l'hôpital, médecin capable d'être à l'écoute constante des chefs de service et d'y récupérer rapidement toute information significative susceptible d'être le révélateur d'un problème sanitaire collectif au niveau des unités, d'être également en liaison directe et à l'écoute des médecins de ces unités et de diligenter toute enquête d'ordre sanitaire jugée nécessaire. Gateff sut aussi faire comprendre aux médecins hospitaliers que l'activité à laquelle se livreraient ces médecins répondait à une démarche intellectuelle comparable à la leur de cliniciens sauf qu'au lieu de s'appliquer à l'individu, elle s'appliquerait à une communauté humaine.

Un premier poste expérimental d'épidémiologiste est ouvert en 1987 à l'HIA Laveran pour l'ensemble de la Vème Région militaire puis dans trois régions en 1990 et dans dix en 1992. Le recrutement de ces spécialistes a débouché sur la création successivement des services de médecine des collectivités dans les hôpitaux militaires, puis des départements d'épidémiologie et de santé publique et enfin du Centre d'Epi-

démiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA). Le CESPA est particulièrement chargé de la collecte et de l'analyse des informations concernant la santé des militaires sur le territoire national et sur les théâtres d'opérations extérieures. Il est chargé d'identifier les risques sanitaires potentiels pour les forces, avant même leurs déploiements opérationnels, et met à leur disposition ces informations analysées sous la forme de bases de données.

Mais le grand projet de Gateff est bien celui de la médecine des collectivités dans la représentation qu'il se fait d'un type nouveau de médecin des armées et de son rôle original consistant à mener à bien « des actions de diagnostic, de soins, de prévention, de promotion et même d'assistance sociale » (Gateff, 1979). Pour atteindre les objectifs qu'il se fixe, Claude Gateff a développé tout au long de sa carrière l'outil statistique appliqué à la médecine, la vaccinologie, la prévention, la recherche clinique et appliquée en particulier en dehors des structures hospitalières, la programmation d'action de santé, la gestion et la supervision de programmes, la gestion des ressources humaines... et il va en faire la synthèse et la mettre en œuvre dans ce qu'il va donc appeler la médecine des collectivités (20).

Dans cette médecine de collectivités telle qu'il la conçoit, l'épidémiologie s'envisage sous deux aspects complémentaires :

- La démarche du médecin doit être analogue quelles que soient les collectivités abordées, si dissemblables soient elles dans leurs structures et leurs finalités, ce qui repose sur une méthodologie standardisée mais suffisamment souple pour tenir compte des particularités de chacune ;

- La prise en charge « épidémiologique » d'une collectivité militaire implique que « le médecin soit en permanence à l'écoute de cette population particulière, qu'il la considère non pas comme un réservoir de malades mais comme un partenaire à part entière qui participe à l'action, intervient dans le choix des priorités, contribue à la mobilisation de ses ressources et se préoccupe avec vigilance de ses allocations » (Gateff, 1989).

Le point de départ de la démonstration de Gateff remonte à 1982 quand il obtient du Ministère de la défense, le feu vert pour mener une vaste enquête par questionnaire et sondage aléatoire à double tirage sollicitant l'opinion des cadres des unités de l'armée de terre de la Vème région mi-



litaire sur leur service de santé. Elle donna des résultats si critiques pour l'institution tant hospitalière que régimentaire que le Ministre de la défense tarda longtemps à les communiquer. Gateff en tira les réflexions qui s'imposent, jugeant qu'il était nécessaire de :

- Revoir les missions hospitalières dans le sens d'une plus grande ouverture sur les unités.
- Accepter que le service de santé militaire puisse être jugé de l'extérieur, dans le cadre de l'institution militaire certes mais par des non professionnels de la santé.
- Intégrer l'épidémiologie moderne dans la formation de base des futurs médecins et médecins stagiaires de Service de santé des armées pour élever le niveau technique en santé publique des médecins d'unités, éléments clés de la surveillance épidémiologique, et conforter leur position de techniciens conseils du commandement en matière de besoins de santé.

Des études ultérieures démontreront l'intérêt qu'auraient les armées, et leur Service de santé, à adopter pour leurs choix de priorités sanitaires et de politiques de prévention, pour l'investigation des épidémies et la connaissance de l'ampleur des comportements à risque, et pour la conduite de programmes de santé, une pratique résolument moderne de l'épidémiologie et de la santé publique (20). Dans le cadre juridique de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 1985, ces études justifieront la création par le Service de santé des armées d'une filière complète de spécialisation en santé communautaire et médecine sociale, à égale reconnaissance avec les spécialistes hospitaliers. Ces spécialistes de santé publique et médecine sociale vont être appelés à déployer dans les forces armées les compétences jusque-là exercées par les médecins militaires spécialistes de lutte contre les grandes endémies dans le cadre de la coopération médicale française en Afrique.

Ces différentes études et travaux vont être intégrés dans l'enseignement dispensé à l'Institut de Médecine Tropicale, le contrôle-évaluation reposant sur des enquêtes en milieu militaire réalisées par les stagiaires de l'Ecole d'application après leur détachement dans les unités, un des objectifs majeurs de ces stages étant de permettre aux jeunes médecins stagiaires de tester leur technique personnelle de sensibilisation du commandement aux modalités de la médecine des collectivités. Ce travail de réflexion et d'organisation mené par Gateff va trouver un écho

et une écoute intéressés dans le milieu médical civil marseillais avec lequel Gateff va mener une enquête par sondage sur la couverture vaccinale de la ville (21) ; il s'en suivra, dans le cadre de la formation dispensée à l'IMTTSSA, divers protocoles d'enquêtes comme par exemple l'enquête sur les handicaps visuels dans la ville de Marseille réalisée avec la collaboration de médecins ophtalmologues civils et militaires.

C'est en fait comme enseignant que Gateff va déployer tout son attachement et son talent pour la formation. Fidèle à sa formule éprouvée du TD (Travail dirigé), qui prévaudra toujours sur le cours magistral qu'il ne pratique qu'exceptionnellement, Gateff va orienter son enseignement non pas seulement en direction des élèves de l'Ecole d'application, mais aussi au profit de médecins stagiaires étrangers, notamment africains, de volontaires du service national (VSN) et de ceux de l'assistance technique (VAT), de membres d'ONG en partance outre-mer (MSF, MDM, Fondation Follereau, Croix rouge française, Santé Sud ...) ainsi que d'étudiants civils de la faculté de médecine d'Aix Marseille, d'élèves infirmiers des instituts de formation de Marseille, de stagiaires de l'Institut Pasteur de Paris... Ses programmes d'enseignement, actualisés chaque année, incluront toujours une « recherche pédagogique » en comportant systématiquement :

- Une définition d'objectifs pédagogiques et des tâches à accomplir par les étudiants et élèves pour les atteindre,
- Un contrôle-évaluation selon 3 modalités possibles, éventuellement cumulables : contrôles d'aptitude classiques en temps minuté, questionnaire anonyme d'auto-évaluation permettant à l'enseignant de porter un jugement critique sur la qualité de son enseignement, enquêtes épidémiologiques en milieu militaire selon les modalités vues en supra.
- Une analyse statistique précise permettant de vérifier les degrés d'atteinte des objectifs.

Dans le même temps, une coopération des instituts européens francophones de médecine tropicale amène à la création, en 1984, d'un Cours européen annuel d'épidémiologie tropicale et de recherche appliquée structuré, à l'initiative de Gateff qui en a exposé les grandes lignes, sur sa méthodologie d'enseignement et ses différents modules d'apprentissage. Gateff coordonne le premier cours, organise le second à Marseille et y assurera, avec l'un ou l'autre de

ses élèves, la dispensation de certains modules lors des cours suivants (22,23). À noter par ailleurs que le Cours International d'Épidémiologie Appliquée de l'EHESP de Rennes, dispensé depuis bientôt 40 ans, est organisé en partenariat avec Santé Publique France, avec le soutien du service de santé des armées et de l'association EPITER. Cette formation permet à des professionnels de santé publique de s'approprier les méthodes de l'épidémiologie d'intervention définie par Gateff pour les utiliser dans leur pratique quotidienne. Il existe bien désormais une épidémiologie moderne « à la française » telle que l'a conçue Gateff.

L'apogée de la carrière de Claude Gateff va être sa nomination en 1986 à la Chaire nouvellement créée d'Épidémiologie et de Santé Publique Tropicales du Pharo, nomination non pas, comme il était d'usage, jugée sur épreuves réglementaires par des pairs qu'il eut été bien difficile d'identifier, mais justifiée uniquement par les résultats obtenus depuis son arrivée au Pharo et sur le prestige international de ses travaux en matière de recherche et d'enseignement.

Sur le plan didactique, on retiendra le volume, la variété et la multiplicité des travaux réalisés. Gateff a en effet laissé de multiples notes techniques, instructions et recommandations à l'attention de ses élèves mais aussi, recouvrant l'ensemble de sa prestigieuse carrière, plus de 150 documents et publications dans des revues de langue anglaise (*Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene*, *International journal of health education*), de langue française (*Annales de la société belge de médecine tropicale*, *Bulletin de la société de pathologie exotique*, *Médecine et maladies infectieuses*, *Médecine tropicale*, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, *Médecine tropicale et santé internationale*, *Médecine et armées*, *Panorama du médecin*, *Bulletin de l'OMS*, *Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose*, *Annales de l'Institut Pasteur*, *Revue internationale d'éducation pour la santé*), ou sur des supports accessibles à un lectorat plus spécifiquement africain (*Afrique médicale*, *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, *Soins et pathologie tropicale*, *Médecine d'Afrique Noire*).

Mais c'est surtout avec la rédaction de sa série de « modules d'auto-apprentissage » que Gateff va montrer toute sa puissance didactique, son apport novateur incomparable à l'épidémiologie et à la formation de base que ce soit en institut

de formation, en faculté de médecine, voire en poste isolé. Retenons en particulier ceux consacrés à la méthodologie statistique (24), à l'épidémiologie fondamentale (25), à l'épidémiologie appliquée (26) ou à la médecine de collectivités dans le domaine de la lutte contre la lèpre (27). Une mention particulière bien évidemment pour cet ouvrage collectif majeur élaboré dans la longue tradition des « Agrégés du Pharo », ouvrage relatif aux « Méthodes statistiques de base pour médecins isolés » paru en 1989, l'année de la disparition de Claude Gateff (28).

À côté de la formation de professionnels de terrain de différents niveaux, il faut prendre en compte, et c'est fondamental, la formation et l'encadrement de tous ceux qui peuvent se prévaloir du titre d'élèves du maître, assistants, spécialistes, agrégés, asseyant jusqu'en 1989, la « nouvelle tradition épidémiologique » en milieu militaire et tropical, et qui vont transmettre à leur tour (29) et pérenniser la pensée de celui qui restera pour eux un authentique et incomparable chef d'école et pour lequel ils gardent un profond respect et une réelle admiration.

Pour l'ensemble de son œuvre, Claude Gateff se voit honoré en 1988 de la distinction des Palmes Académiques

En 1989, le décès prématuré de Claude Gateff a pu faire craindre à un coup d'arrêt de la diffusion de sa doctrine au sein des armées françaises. Tout au contraire, la professionnalisation, la multiplication des crises épidémiques et politico-militaires, comme celle des interventions extérieures et l'augmentation de leur dangerosité, ont fait prendre conscience à l'ensemble de cette communauté de la nécessité « d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie, et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies ». Au cours des trois décennies qui vont s'ensuivre, la démarche de médecine des collectivités va continuer d'être mise en œuvre pour définir les priorités de santé de la communauté militaire française et développer des programmes d'action et de recherche en santé. Il en a été ainsi par exemple, de la prévention des IST ou de celle de l'infection à VIH, de l'évaluation des besoins de prévention en santé des militaires d'active, ou de la prévention et de la prise en charge des conséquences psychologiques du stress au combat ... qui en sont des déclinaisons actuelles et pertinentes.

De plus, pour parvenir à l'objectif d'une connaissance toujours meilleure de l'état de santé et des



besoins de santé de la communauté militaire, laquelle se caractérise par son éparpillement sur le territoire national et à l'étranger et sa mobilité sur le terrain, de nouveaux outils et méthodes d'évaluation et de surveillance vont être développés en permanence comme le faisait déjà Claude Gateff en Afrique dans les années 1970. En 2003, C'est la fermeture de la cellule de santé des collectivités, le service devenant un département d'épidémiologie et de santé publique. Ce département coordonne l'ensemble de la surveillance épidémiologique au sein des forces armées déployées hors de métropole et dans le sud de la France ; il développe le concept de veille sanitaire de défense afin de proposer une alerte de tous les phénomènes pouvant être source de risque pour les forces armées où qu'elles se trouvent (30). Il conduit de plus des recherches épidémiologiques et cliniques sur les moyens de prévention utiles aux armées et développe une compétence en entomologie médicale. En 2005, la Chaire de médecine des collectivités devient la Chaire d'épidémiologie et de prévention appliquée aux armées de l'École du Val-de-Grâce à Paris. En 2011, en vue de la fermeture de l'École du Pharo, est créé à Marseille le CESPAA qui reprend l'ensemble des activités de cette spécialité dans les armées, tournant définitivement la page historique de la période Gateff tout en préservant son précieux héritage et en gardant en mémoire son souvenir. Si l'œuvre de Gateff perdure tout en s'adaptant à l'évolution du contexte, on doit sans doute en voir la cause dans le portrait qu'en a dressé en 2003 Dominique Baudon, Directeur du Centre Européen de Santé Universitaire Lyon-Marseille (2003) après avoir occupé la Chaire d'Epidémiologie et de Santé Publique Tropicales : « Si je devais donner des mots clés pour Mr Gateff, ce serait : « Santé des collectivités » - « Pédagogie » - « Terrain » - « Formation et recherche » - « Respect des autres » - « Humanité » - « Rigueur » et « Tolérance ». Quel plus bel et juste hommage aurait-on pu faire ?

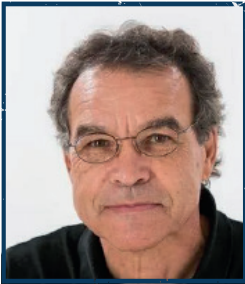
REMERCIEMENTS :

L'auteur tient à remercier M. Joël LE BRAS, Mme Isabelle GATEFF-BLONDEL et M. Francis LOUIS pour le prêt des documents qui ont permis la réalisation de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. **JP. Louis, F. Louis** : Le Service de santé des armées et la lutte contre les grandes endémies. Histoire de la médecine n°15, 2022, 22-27.
2. **Baudon D, Barnaud N, Louis FJ** : Grandes endémies : spécificités africaines. EMC Maladies infectieuses, 2016 : 1-7 [Article 8-001-E-10].
3. **J. Le Bras** : La carrière et l'œuvre de Claude Gateff. Communication personnelle, 2003.
4. **M. Lefebvre et C. Gateff** : Mise au point d'une méthode de sondage lors d'une enquête tuberculique en milieu rural africain. Med. Trop. 1966, 26, 235-248.
5. **M. Lefebvre et C. Gateff** : Etude de la vaccination directe par le BCG en Haute Volta. Comparaison de 2 vaccins intradermiques. Bull. OMS 1967,36, 771-790.
6. **C. Gateff** : L'éducation sanitaire dans la lutte contre les trypanosomiasis africaines. Cours de formation professionnelle sur les trypanosomiasis africaines 1964. OMS/OCCGE Edit.454 p. 418-428.
7. **C. Gateff** : La vaccination directe BCG par injecteur sous pression sans aiguille. Premières évaluations au Gabon en campagne de masse. Med.trop.,1968,28, 746-759.
8. **F. Mérouze** : L'épidémiologie moderne à travers l'œuvre du Médecin général Claude Gateff. Annales de l'Académie cévenole, vol. VIII,1997.
9. **J. Le Bras** : « Doctrine » ou « Méthode Gateff ». Communication personnelle, 2003.
10. **C. Gateff** : Problèmes d'actualité dans la lutte contre la trypanosomiase africaine. Rapport final de la 8ème Conférence technique de l'OCEAC. OCEAC Edit.1973, 559, 100-116.
11. **J. Dutertre, M. Huet, C. Gateff et B. Durand** : Etude épidémiologique de l'épidémie de choléra survenue au Cameroun en 1971, efficacité des mesures prises. Méd.trop. 1972, 32, 607-624.
12. **C. Gateff, RC. Gateff** : Acquisitions récentes en matière d'associations vaccinales. Bull. Soc. Path. Exotique.1972,65,784-796.
13. **C. Gateff** : Etude de rentabilité d'un organisme régional : l'OCEAC. 9ème conférence ministérielle inter-états de l'OCEAC - Bangui - 29-30/06/1973.
14. **N. Guérin et C. Fillastre** : Programmes de vaccinations In *Rougemont André et Brunet-Jailly Joseph (Ed.) Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*. Paris : Agence de coopération culturelle et technique, Doin, 1989, 407-431.
15. **C. Gateff et J. Le Bras** : Problèmes épidémiologiques des grandes villes africaines. Bull.Soc.Path.Ex.,1982, 42, 259-267.
16. **C. Gateff** : La surveillance épidémiologique en milieu urbain tropical. Bull.Soc.Path.Ex.,1983, 76, 300-306.
17. **C. Gateff** : Le médecin de médecine rurale, un atout précieux en médecine militaire. Méd. et Arm. 1980, 8, n°2,111-114.
18. **C. Gateff, J. Le Bras, P. Bourrel** : Santé communautaire et milieu militaire. Réalité ou utopie ? Med. et Arm. 1986,14,17-23.
19. **F. Louis** : Gateff Claude, la médecine des collectivités. Devoirs de mémoire. Quatre siècles d'homages aux médecins, pharmaciens, vétérinaires et officiers d'administration du service de santé des armées, Plan-de-Cuques, Ceux du Pharo éditions, 2018, 306-307.
20. Santé Communautaire et médecins de 1^{re} ligne. Quelle formation ? 2^e Journée Santé des Collectivités. IMTSSA, Marseille, 27 septembre 1984, 34-51
21. **C. Gateff et al** : Enquête épidémiologique sur la couverture vaccinale dans Marseille. Médecine et armées, 1985, p. 249-253.
22. **D. Baudon, JP. Louis, C. Gateff** : La surveillance épidémiologique en milieu tropical. Enseignement d'épidémiologie appliquée. 4^{ème} Cours européen d'épidémiologie tropicale. Doc.122/IMTSSA/ESP/05.07.1988.
23. **D. Baudon, A. Spiegel, M. Merlin** : Conduite à tenir en cas d'épidémie. 4^{ème} Cours européen d'épidémiologie tropicale. Doc.128/IMTSSA/ESP/05.07.1988.
24. **C. Gateff** : Modules d'auto-apprentissage en méthodologie statistique. IMTSSA Edit, 4^éédit.1985,219 p.
25. **C. Gateff** : Modules d'auto-apprentissage d'épidémiologie fondamentale. IMTSSA Edit, 4^éédit.1985,171 p.
26. **C. Gateff** : Modules d'auto-apprentissage d'épidémiologie appliquée. IMTSSA Edit, 5^éédit.1986,257 p.
27. **C. Gateff, P. Germanéto, JP. Moulia-Pelat, J. Guélain** : Modules d'apprentissage en médecine de collectivité appliquée à la lutte contre la lèpre. Fondation Follereau Edit. 1986,267p.
28. Les agrégés du Pharo, Méthodes statistiques de base pour médecins isolés, Marseille, Diffusion générale de librairie, 1989, 143 p.
29. **M. Merlin** : Santé publique et tropiques : le Pharo, une école de pensée et d'action. Méd.trop. 2005,65,3 :225-230.
30. **JP. Boutin et al** : Pour une veille sanitaire de défense, Méd. et armées, 2004, 366-372.

LE CAMP DES RÉFUGIÉS DE LA FAIM, *Agadez 1973-1976*³.



Jean-Louis LESBORDES

Médecin des Hôpitaux des Armées, Diplômé de médecine tropicale, Cardiologue, Interniste, a travaillé 16 ans en Afrique, participé très activement à la découverte du Sida en Afrique et des hépatites fulminantes à virus D.

En 1973, pour mon premier poste, à la sortie du Pharo, j'avais choisi de travailler au Niger, un des pays les plus pauvres du monde, comme médecin chef de la place d'Agadez, chez les Touaregs. Cela représentait un pays grand comme la France ou s'activeraient trois médecins : un chirurgien, un vaccinateur et moi.

J'en avais rêvé depuis ma petite enfance. J'allais fêter mes vingt-six ans et à ma descente d'avion à Niamey, je n'avais pas été déçu. Le monde que j'attendais était là, dense, coloré, vibrionnant. J'aurais aimé arrêter mon taxi pour prendre des photos de mes premiers instants au Sahel : des caravanes de chameaux, nonchalamment guidées, qui traversaient au feu rouge, des taxis-brousse trimbalant sur leurs toits des moutons et des bottes de paille, des gamins qui sautaient sur le marchepied de camions d'un autre âge. Des femmes pilaient le mil devant leur porte, les petites motos japonaises pétaradaient, trimbalant souvent trois ou quatre passagers. Et des enfants couraient, partout, dans la poussière et la fumée des autos.

On m'avait dit au dernier moment qu'Agadez était une des villes les plus chaudes au monde et que ce poste trop dur, trop pénible, trop isolé, était réservé à des célibataires. J'en avais souri. J'avais la conviction que ça me conviendrait. J'étais là avec mon épouse et notre fils avait deux ans et demi et c'était un robuste gamin, adorable.

On ne m'avait pas dit qu'une des plus grandes

sécheresses connues au Sahel avait démarré depuis six mois.

À mon arrivée à Agadez, j'avais vu le capitaine qui commandait la 2^{ème} Compagnie Saharienne Motorisée à la pause brochette de dix heures le matin. Il fut, chaleureux, soucieux d'une installation confortable de son nouveau médecin. Il plaisanta en riant : mon nouveau médecin, j'y tiens, je me charge qu'il soit bien pour que nous soyons tous bien.

Agadez objectivement, c'était un monde dur, où la misère écrasait la ville. Mais ces conditions me renforçaient dans ma volonté de servir, de me battre et le dénuement me convenait car il obligeait à s'adapter et magnifiait l'action.

Dans le monde hyper connecté d'aujourd'hui il est difficile d'imaginer ce qu'était Agadez en 1973. C'était une autre époque, vraiment. Les conditions climatiques n'ont pas beaucoup varié et on pourrait les retrouver aujourd'hui, identiques. Le soleil, le désert, les vents de sable, l'aridité, la sécheresse, à quelques variantes près sont les mêmes. Mais le plus dur à supporter alors, c'était l'isolement. Les pistes venant d'Algérie ou de Lybie étaient peu fréquentées, et la capitale à mille kilomètres était à deux ou trois jours de route.

Pour se raccrocher au monde, je pouvais contacter par B.L.U.* la capitale ou les postes frontières à 600 et 350 km de là. On pouvait capter la radio avec un transistor de qualité et beaucoup de patience. En ce premier week-end j'entendis

quelques phrases racontant la chute du Président Allende au Chili.

On avait prévu le pire pour nos conditions matérielles et on ne pouvait donc pas être déçus. La maison était en dur, avec eau courante et électricité un peu à l'écart de la ville ancienne



Jeune Nigérienne (JL Lesbordes)

en banco, cette argile ocre presque rouge, que dominait la Mosquée d'Agadez.

C'était un monde rustique. Les moutons étaient parqués dans des enclos, des chameaux entravés se déplaçaient par petits sauts tandis que d'autres, baraqués, ruminait en silence, les chèvres divaguaient partout, des corbeaux et des vautours par dizaines décollaient de quelques mètres à notre passage.

C'était l'Afrique sahéenne que je souhaitais rencontrer avant qu'elle ne se transforme.

Dans la foule qui circulait, les enfants étaient torse nu, le crâne rasé, des Touaregs, avec leur litham bleu cachant leur visage, des jeunes femmes maigres au teint foncé avec les cheveux tressés, aux oreilles déformées par des an-

neaux en métal vêtues d'un pagne noir autour de la taille, marchaient.

J'apprécie la fraîcheur stimulante de la nuit d'Agadez. On n'entend que des bruits d'animaux : les pintades du voisin, des chiens errants courant en meute, des ânes dont les sabots semblaient effleurer le sable, un cheval qui hennit. Au premier lever je découvre, posés sur la murette du jardin une vingtaine de vautours, immobiles, figés dans la même position, dos exposé au soleil-levant, cou déplumé tendu vers le ciel, avec un mouvement pivotant de la tête et un lent clignement des paupières. Ces charognards malgré leur envergure n'ont rien d'impressionnant mais leur présence surprend. C'est eux qui font le ménage dans les rues, dit notre cuisinier.

Le chef d'État-major des armes m'a averti : la santé n'est pas une priorité car ici tout est une priorité : l'école, l'alphabétisation, les routes, l'eau, l'avancée du désert, les moyens de transport, la lutte contre les criquets, le développement agricole, les nomades, l'unité du pays, tout est prioritaire. Je vais vite m'en rendre compte.

L'infirmerie est à quelques mètres de la maison et proche de Fort Dufau, un vieux fortin centenaire aux murs épais de plusieurs mètres, en banco Il est habité par les familles des militaires, à la fois des Touaregs, des Peuls et des Haoussas, des Djermas. C'est très animé, avec une ribambelle d'enfants.

L'infirmerie a été autrefois bien équipée : un des bâtiments est réservé aux hospitalisations avec une vingtaine de lits aux sommiers à ressort et des matelas de crin. Les malades utilisent les lits pour déposer leur barda et dorment par terre, sur des nattes, une théière à portée de main. Il existe aussi une salle de radioscopie et un ancien bloc opératoire désaffecté. Pour la stérilisation, pas d'autoclave mais une poissonnière. C'est un récipient de trente centimètres de longueur, large comme une main, rempli d'eau qui chauffe en permanence. L'infirmier y pioche avec une pince posée sur la paille, des aiguilles qu'il essaie sur un embout de seringue, fait son injection, et la seringue « à usage unique », rapidement rincée, va rejoindre la poissonnière pour une hypothétique stérilisation.

Ça, c'est mon monde et je pense m'y adapter, le transformer.

Mais en découvrant la ville, je découvre à un demi kilomètre de là, un autre monde dont on

ne m'a pas dit un mot : le camp des réfugiés de la faim.

Ici ce n'est pas la ville ocre, en banco, avec ses maisons basses et les petites concessions, c'est un terrain vague, un camp de tentes misérables. La mosquée est visible, à quelques centaines de mètres à peine, mais ici on est au bout du monde. Sur un terrain de cinq cents mètres à un kilomètre de côté se sont regroupées les familles qui ont dû sacrifier leur troupeau, faute de nourriture. On leur a demandé, à cause de la

méliques dont on ne peut espérer une goutte de lait, qui divaguent entre les tentes. Ici les nomades n'ont plus les grands espaces auxquels ils étaient habitués.

Ils sont plus de trois mille sur ce bout de terrain. Les femmes hagardes, épuisées, bercent leurs enfants en leur donnant un sein bien flétri et triste et des gamins marchent lentement dans le camp. Cet univers n'est plus que faim, tristesse, dénuement et laideur.

Les Touaregs ont des tentes de forme hémis-



Grande sécheresse au Niger (source : internet)

sécheresse, d'éliminer neuf bêtes sur dix et de ne garder que les femelles les plus jeunes et les plus solides. Mais depuis le mois de mai, il n'a plu que dix millimètres d'eau. Il n'y a plus de pâturage à des dizaines de kilomètres à la ronde. Les chameaux ont été tués ou sont morts de soif au bord de la piste et on en voit un cadavre presque tous les kilomètres. Les moutons ont été vendus à petit prix. Seules restent quelques chèvres qui survivent en mangeant du papier et des cartons. Les épineux et les euphorbes n'ont plus une pousse verte jusqu'à deux mètres de hauteur. Tout a été brouté par ces chèvres fa-

phérique, avec une armature en bois recouverte de bouts de cuir solidement cousus entre eux, renforcés de ci de là par des bouts de sacs plastiques. On vit là accroupi ou allongé et la ventilation se fait au ras du sol. Les femmes sur le seuil des tentes attendent immobiles, entourées d'un nuage de mouches qu'elles ne chassent même plus. Les enfants à côté, ont des jambes fil de fer surmontées d'un gros ventre. Ils ont un visage au teint bistre, leurs cheveux sont devenus roux et de leurs yeux rougis descendent comme un maquillage, des traces de larmes séchées, mêlées à la poussière. Ils sont presque nus et gre-



lottent dans le froid du matin. Il fait 12 degrés au lever du soleil et dans quelques semaines la température descendra beaucoup.

Les Peulhs ont des tentes différentes, igloo de paille d'un mètre cinquante de hauteur, en nattes tressées, nattes qui servent également à délimiter avec des pieux un petit enclos. Mais leurs enfants ont la même allure efflanquée, les mêmes yeux collés envahis de mouches.

À l'entrée des tentes, des outres en peau de chèvre, suspendues, assurent le ravitaillement familial en eau qu'il faut aller chercher au seul robinet disponible, à trois cents mètres de là.

Il n'y a aucune réserve de nourriture, ni dans ces tentes ni en ville. Le prix du mil, la nourriture habituelle, a été multiplié par deux. C'est une des rares céréales qu'on peut manger sans la faire cuire. Il suffit de la piler, et de la laisser fermenter avec de l'eau. Pas besoin de cuisson. Il n'y a pas de riz, pas de farine, pas de pâtes, pas de lait. Il n'y a presque rien sur le marché en dehors de dattes séchées, de pains de sucre et de thé. Le bois et le charbon pour faire la cuisine sont devenus inaccessibles. Le mil a semble-t-il été stocké par des commerçants qui aggravent la pénurie pour faire monter les prix.

Les enfants ont des yeux excavés et luisants. Ceux qui ont la diarrhée font leurs besoins en s'accroupissant sur le sable. Ce même sable servira pour essuyer leurs fesses souillées et recouvrir leurs selles. Il n'y a pas d'odeur nauséabonde dans le camp malgré l'absence de toilettes. Le soleil déshydrate tout.

Comment agir ? Comment aider ? Les besoins sont immenses. Il n'y a pas à cette époque d'ONG** connue. Les quelques religieux, missionnaires isolés sont impuissants.

Le gouvernement a proposé de vacciner la population grâce à l'aide internationale et un médecin se charge uniquement de cela à l'échelle du département grand comme la France. Des vêtements et des sacs de lait en poudre, appelé CSM (*Corn Soja Milk*), dons américains, attendent, depuis des mois, bloqués dans des ports à trois mille kilomètres d'Agadez et devraient arriver dans les semaines à venir. Devraient arriver, mais quelle lenteur, quelle indifférence, quelle impuissance...

L'apprentissage de la médecine tropicale au Pharo, à Marseille trois mois auparavant bute ici sur une réalité qu'on n'a pas envisagée. Soigner un dénutri est facile, mais prendre en charge

trois mille personnes faméliques et sans vivre, est une autre histoire.

Les autorités semblent engluées dans la routine et le fatalisme.

Cette famine est une urgence absolue rappelant les photos des camps de concentration, mais sur place, cette sécheresse prévisible et maintenant visible depuis six mois n'agite pas, n'indigne pas. Elle est naturelle, volonté divine sûrement.

Je tente de m'investir dans ce problème et les militaires me donnent carte blanche pour agir à condition de me consacrer d'abord aux militaires et leur famille de 6h30 à midi.

On n'aura aucune aide alimentaire.

Il faudra improviser, agir pour soigner avec presque rien, trouver de l'aide.

Le contexte n'est pas si simple.

À Agadez se côtoient des ethnies aux cultures différentes nomades et sédentaires, populations du Nord ou du Sud du pays, population au teint clair et les autres. J'imaginai une totale solidarité face à la sécheresse et découvre quelques propos qui témoignent d'un agacement à peine voilé quand on parle d'aider ces réfugiés. Quant aux réfugiés de la faim, il y a parmi eux beaucoup de Zarantins descendants de « captifs » (on ne dit plus d'esclaves), plutôt ignorés. Les Touaregs ayant leur culture, leur écriture, leur transmission du savoir par les femmes, ont envoyé ces descendants d'esclaves dans les écoles quand la France a voulu favoriser l'enseignement des nomades. Et certains de ces Zarantins ont du pouvoir maintenant et de solides rancœurs vis-à-vis de ceux qu'ils servaient autrefois.

Problème !

Et voilà que l'Algérie voisine, par solidarité, envoie des caisses de confiture d'orange qui seront distribuées aux fonctionnaires. Expérience limitée car les enfants piochent dans ces boîtes de confitures avec leurs mains et se retrouvent dérangés par des diarrhées impressionnantes. Méfiance avec les dons !

Il faudra quadriller le camp de réfugiés, recenser les enfants les plus dénutris, les diarrhéiques déshydratés, ceux qui toussent et pourraient être tuberculeux, les fébriles, traiter à la pédiatrie les infections oculaires, cutanées, faire venir les mères à la consultation et leur expliquer comment réhydrater ces nourrissons, cuillère après cuillère, lentement, avec une eau de ville additionnée de sucre et d'un peu de sel, et sur-

tout conservée dans des récipients propres
Le quadrillage du camp de réfugiés, se fait donc l'après-midi en plein soleil. Il permet de dépister les besoins : chaque mère reçoit une fiche grande comme une carte à jouer où est écrit le nom de famille avec un chiffre qui indique le nombre d'enfants vivant sous la tente, et des lettres qui désignent les affections détectées au premier coup d'œil : C conjonctivite ; D diarrhée ; P plaies ; T toux ; M malnutrition ; F fièvre. Avec ces lettres on peut faire un tri sur place et gagner du temps à l'hôpital voisin. Il faut être organisé pour voir soixante à cent enfants malades en une heure. Les deux premières semaines aboutissent à un afflux massif d'enfants qu'il faudra canaliser à la consultation pédiatrique.

À midi le soleil cogne fort, la réverbération est éblouissante, la température à l'ombre atteint quarante-cinq degrés. Devant le service de pédiatrie, les malades attendent depuis des heures sous un préau couvert de nattes. Ici, les hommes n'accompagnent pas les enfants, c'est un travail de femmes. La plupart d'entre-elles sont habillées de couleur noire ou sombre et dans l'ombre épaisse du toit, elles forment une masse presque indistincte, silencieuse, d'où s'élèvent des gémissements d'enfants. C'est une foule odorante où domine la sueur aigre des adultes et la pestilence des selles diarrhéiques et des vomissements des gamins. Les mères efflanquées, attendent, chassent les mouches et ventilent leur enfant fébrile avec un bout de pagne. Beaucoup d'entre-elles portent leur bébé sur le dos ou le nourrissent au sein. Elles ont la patience des désespérées dont la seule ressource est d'espérer pour le lendemain un jour meilleur. Elles attendent.

L'hôpital dispose d'eau courante. C'est une chance. Ceci permet avec le chlorure de benzalkonium de traiter selon la dilution du produit, les plaies et les conjonctivites, pathologies des mains sales, de la misère, de la promiscuité. C'est déjà une bonne part des consultants. Si l'eau est utile pour se laver les mains, elle est aussi essentielle pour réhydrater les diarrhéiques. Et d'expliquer sans cesse aux mères en langue touarègue, haoussa, djerma la solution miracle : un litre d'eau, du sucre comme pour remplir la main creuse, du sel comme une capsule de bière.

Des dons récents ont apporté des antibiotiques, association de pénicilline et streptomycine injectables. Association vivement critiquée car

la streptomycine devrait être réservée, avec d'autres médicaments, aux tuberculeux. Il n'y a pas d'autre antibiotique disponible et les besoins sont immenses.

Les dénutris ont droit à un repas sur place à base de riz et de sardine, ce qui fait bien des envieux. Mais il y a aussi, arrivant après des jours de marche, des enfants fébriles, atteints de pneumonies graves ou de méningites et qu'il faut hospitaliser.

Le service de pédiatrie est une petite pièce d'à peine six pas sur quatre avec une salle de soins réduite à une paillasse cimentée et deux étagères. L'infirmière, une religieuse, Petite sœur des pauvres, incarne le dévouement et l'amour des autres. Elle travaille là depuis des années, connaît les familles, les tribus, et les croyances des uns et des autres.

La mort est ici quotidienne. Elle a sa place en pédiatrie et personne ne s'en offusque. Ni les mères, ni les pères, ni les soignants. Le fatalisme, Inch 'Allah, aplanit les douleurs. La misère apprend tout autant à se résigner. Malheur, religion, pauvreté, soumission aux hommes et à Dieu laissent croire que les cœurs sont de pierre. Un enfant, mort dans la nuit, est enterré au petit matin et la maman peut être là, assise auprès du lit de son deuxième enfant malade, apparemment comme elle l'était la veille.

La visite à 12 h 30 commence par la liste des enfants décédés ; un, deux, trois, parfois quatre dans les dernières vingt-quatre heures sur un nombre d'hospitalisés qui varient de vingt à trente-cinq... Un même petit lit-cage de cinquante centimètres sur quatre-vingts accueille souvent deux enfants d'une même famille mis tête-bêche tandis que la mère nourrit un bébé au sein en surveillant, installé sous le lit un quatrième enfant endormi.

Pour les enfants les plus sévèrement touchés, examinés en priorité, l'infirmière explique les symptômes présentés et le contexte.

Très souvent chez les fébriles, les vomisseurs, les diarrhéiques déjà dénutris, la réanimation orale est impossible. Les mères ont du mal à alimenter cuillère après cuillère leurs bébés. L'eau conservée dans des fioles ou des récipients de récupération est douteuse. De plus, la tradition est, ici, de laisser à jeun un enfant diarrhéique ou qui vomit... Les explications sont souvent inefficaces et se heurtent aux croyances ancestrales. Beaucoup d'enfants ont donc une perfusion sous cutanée ou intra-péritonéale qui permet



de passer un cap. Mais les solutés sont rares et le choix du patient à privilégier, difficile. Souvent les plus maigres, visage émacié, au regard suppliant, l'œil brillant de fièvre, les gestes lents et approximatifs sont suspects de typhoïde, de tuberculose ou de méningite qui sont les pathologies les plus sévères observées.

La ponction lombaire, avec des aiguilles destinées aux injections intramusculaires est un geste effectué sur plusieurs malades dans la matinée. Le liquide céphalo-rachidien est recueilli dans des flacons de pénicilline en verre, flacons qui ont été lavés et ébouillantés et dont la fermeture se fait avec un bouchon en caoutchouc. Le laborantin analyse les liquides mais la conviction est faite sur l'aspect même du liquide : clair et tout espoir est permis, trouble et c'est le risque d'une méningite tuberculeuse ou d'une méningite purulente au début. Lorsque ce liquide est épais et purulent, hélas, rien n'est possible. Les réserves d'antibiotiques sont maigres. L'hôpital ne fournit pas de quoi soigner ces cas-là et en l'absence de dons, le décès est certain. Il est irresponsable de dépenser beau-

coup pour un seul enfant qui risque d'avoir de lourdes séquelles intellectuelles ou physiques s'il guérit, quand la même somme d'argent permet de traiter dix ou quinze gamins. Ce choix n'est pas difficile : il n'est même pas cruel. Il s'impose. Il est basé sur le principe du tri des victimes à traiter en médecine de catastrophe, et ici la catastrophe est le quotidien. Ces soins pour des méningites purulentes sont un luxe interdit. La réhydratation vise à traiter les grandes diarrhées, les brûlures, les paludismes, les typhoïdes, ou des pneumopathies. La dénutrition complique tout mais beaucoup de ceux qui passent en pédiatrie ressortent guéris.

On peut trouver dans le marché, non pas des céréales ou des légumes mais des fléchettes néolithiques vendues pour le prix d'un paquet de cigarettes.

Dans le désert voisin on trouve des dizaines ou des centaines d'outils en pierre taillée sur une distance de quelques pas, témoignant d'ateliers de productions qui peuvent disparaître en quelques jours recouverts à l'occasion d'un nouveau vent de sable. Ce marché est un musée de

la préhistoire, musée en pleine poussière. Mais à l'heure de la famine, ce qui ne se mange pas n'intéresse personne. Une meule néolithique ramenée depuis mille kilomètres par un chamelier qui veut arrondir son salaire est vendue pour le prix de cinq litres d'essence.

Tout près de là, les bouchers ont installé leurs étals, faits de tables brinquebalantes et de bas-



Grande sécheresse au Niger (source : internet)

sines émaillées posées au ras du sable, sur lesquelles la viande a été exposée depuis le matin. Exposée aux humains, aux mouches et aux corbeaux. L'abattoir est juste à côté, un coin de terre où l'on saigne, décapite, étripe les moutons en quelques secondes. Le sang qui s'écoule dans une rigole est abandonné aux corbeaux et à de rares chiens. Et chaque partie de l'animal débité a son acheteur. Têtes, tripes... La carcasse est explosée à coup de hachoirs pour faire des cubes de viande. – C'est casse-casse patron !

On voit dans la ville des silhouettes de femmes décharnées, poitrine nue, allaitant leur bébé qui tête en tirant sur des seins démesurément longs. Les Touaregs dont on décrit ici où là dans des journaux le port de tête, l'allure altière et le regard brillant sont, vus sous l'angle médical, des hommes amaigris, fébriles et parfois même tuberculeux.

Et la misère s'aggrave. Pas pour tous. Ici un ventre rond traduit souvent chez un homme mûr un sens des affaires peu commun. Et ils sont quelques-uns à avoir la bedaine rebondie. Un mouton qui valait 1000 Francs en septembre vaut à Noël 4 à 5000 Francs.

Les démarches pour obtenir une aide alimentaire semblent en bonne voie après trois mois

d'insistance. Les services portuaires laisseraient passer les vêtements et le lait CSM venant des USA. Un camion militaire a transporté cent couvertures en laine et cent sacs de 25 kilos de lait enrichi américain. En France le Club UNESCO de mon ancien lycée a stocké des vêtements et du lait concentré sucré en boîte. Un avion militaire est sur le point de les transporter quand un coup d'État change les données du problème.

Le Colonel Seyni Kountché a pris le pouvoir en avril 1974. Son second est mon capitaine de Compagnie Ali Chaibou (futur Président de la République du Niger). Les liens avec les autorités sont faciles. La population attend des grands changements. Effectivement dans les mois qui suivent, les cargaisons de vivres bloquées arrivent à Agadez.

Il faut désormais sillonner le camp des réfugiés pour distribuer le lait enrichi et expliquer comment le consommer.

Les premiers temps, les enfants affamés ont pris le lait à pleine main et l'ont porté à la bouche en suffoquant.

Il a fallu former des équipes de jeunes femmes – les PMI, celles qui assurent la Protection Maternelle et Infantile - pour expliquer avec le sourire comment diluer le lait dans de l'eau stockée dans des bouteilles de verre ou des boîtes de conserve bien propres, expliquer et réexpliquer les soins aux enfants déshydratés. Ces jeunes femmes apprennent aux femmes de militaires à cultiver des tomates, à favoriser un complément lacté après le sevrage maternel alors que les enfants passent à la bouillie de mil fermenté directement par tradition.

On essaie de proposer ces notions aux femmes allaitantes dont les enfants dénutris s'accrochent des deux mains à leurs seins qui ne produisent plus qu'une goutte de lait

Chaque après-midi, en plein soleil, pendant près de trois ans, je vais arpenter le camp des réfugiés de la faim après ma journée de travail dans le camp militaire.

Sillonner le camp, dépister les malades nouveaux, retrouver les familles de tuberculeux confirmés, pour essayer d'isoler les cracheurs contaminants du reste de la famille.

Quand survient une épidémie de rougeole, des



adultes et enfants du camp sont touchés, par dizaines. Heureusement, beaucoup ont été vaccinés par les services mobiles les mois précédents. C'est une recrudescence d'hospitalisés en pédiatrie, des enfants aux yeux rougis, au nez morveux, toussant parfois d'une toux aboyante avec une détresse respiratoire qui nécessiterait des corticoïdes (inexistants) ou une trachéotomie. Un premier enfant sera trachéotomisé avec mise en place d'une canule fabriquée en urgence d'après catalogue par les forgerons d'Agadez. Lui survivra grâce à une mobilisation extraordinaire de tout le personnel. Le trachéotomisé suivant mourra et on accusera le chirurgien d'égorger les enfants malades. Il n'y aura plus de trachéotomie à Agadez.

Plus tard, les soins en pédiatrie seront assurés par une jeune femme médecin pendant un an. J'aurai arpenté ce camp des réfugiés de la famine pendant 3 ans, sans répit, avec l'impression d'avoir fait mon devoir.

J'ai eu en retour les remerciements de nombreuses familles, la confiance et la reconnaissance des autorités nigériennes, qui me confièrent alors (c'est un secret) les ministres du gouvernement renversé en me demandant de les soigner comme mes propres parents.

Il m'a fallu quelques années pour réaliser que sans le vouloir, je participais à la sédentarisation des Touaregs qui tendaient la main pour survivre, ce qui ne déplaisait pas aux autorités.

Les Touaregs quelques années plus tard allaient se rebeller contre les gouvernements du sud.

* BLU : système de communication à bande latérale unique.

** ONG organisations non gouvernementales faites de bénévoles (à cette époque très peu connues)



Les équipes mobiles de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : 100 ANS POUR UNE ÉLIMINATION⁴.



Francis LOUIS

Spécialiste des hôpitaux des armées en biologie
CES d'hématologie générale
CES d'immunologie
Diplômé de l'Institut Pasteur de microbiologie
Diplômé de santé publique.
Président-fondateur de l'association des anciens et amis du Pharo, « Ceux du Pharo ».

Jean-Marie Milleliri et Jean Dutertre définissent ainsi la médecine mobile (1) :

Dès sa création, le Service de santé des colonies mentionne les tournées médicales comme une activité entrant directement dans les missions attribuées au médecin en poste outre-mer. Le Gouverneur général de l'AOF Jules Carde, dans ses instructions du 15 février 1926, relatives au développement de l'Assistance Médicale indigène, insiste sur « l'importance d'un service de santé mobile qui consiste en tournées régulières auprès des populations, afin de soigner les malades, de rechercher les causes de décès, de dépister les maladies épidémiques, de faire des vaccinations et de distribuer des conseils d'hygiène ». Ces tournées qui entrent dans les missions normales de tout le personnel médical de l'Assistance doivent occuper un bon tiers de son temps.

Cette méthode mobile, tient alors compte de la réalité – notamment en Afrique – de la dispersion des populations (avec souvent une densité inférieure à 5 habitants au kilomètre carré) et du fait qu'un dispositif de formations sanitaires fixes ne dessert qu'une faible partie de la population. Les malades les plus éloignés du dispensaire rural ou du centre de santé ne parviennent pas jusqu'au médecin, et les structures de santé fixes ne sont que des sentinelles aveugles qui ne voient qu'un petit nombre de patients, souvent à un stade avancé de la maladie.

Dans la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, la maladie du sommeil, cette stratégie a été utilisée dès le début du XX^{ème} siècle de manière ponctuelle au Zaïre (aujourd'hui République Démocratique du Congo) : Rhodain l'a testée à Léopoldville (Kinshasa) en 1907, Mouchet et Dubois dans les postes à bois nécessaires pour alimenter en combustible la navigation vapeur en 1911, Olivier à Ibembo dans le nord du Zaïre en 1913 et Lejeune à Kiambi dans le Katanga en 1913 également (2).

Au Cameroun, les Allemands préfèrent continuer la politique d'isolement des malades et construisent des camps de ségrégation à Akonolinga, Ayos, Doumé, Mbidalong et Momen dang.

La Première Guerre mondiale interrompt les efforts de lutte des uns et des autres et les Allemands, en se retirant, détruisent toutes leurs installations sanitaires.

C'est donc, de fait, que revient à Jamot l'honneur d'être le premier à instaurer à grande échelle la lutte contre la maladie du sommeil par des équipes mobiles.

Eugène Jamot (1879-1937)

Le 13 juillet 1914, le docteur Eugène Jamot est nommé directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Brazzaville mais le déclenchement de la première guerre mondiale l'empêche d'exercer ses fonctions. Il est mobilisé dans la colonne franco-belge Sanaga-Cameroun et participe à la guerre contre les Allemands de 1914 à 1916. À

cette occasion, il verra ses premiers trypanosomés.

En 1916, la guerre au Cameroun terminée, il est nommé directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville spécialisé dans la maladie du sommeil.

En 1917, Un conseil d'hygiène est réuni: la situation alarmante de la maladie du sommeil est exposée et les « secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil » sont créés. Jamot est chargé d'appliquer les nouvelles dispositions. Il choisit le Nord de l'Oubangui-Chari.

Il y expérimente ses idées : avec 2 caporaux européens, 7 auxiliaires congolais, 2 microscopes, 6 seringues et 2 centrifugeuses à main, il crée la première équipe mobile. Il examine 89 743 habitants et dépiste et traite 5 347 malades.

En 1922, il est affecté au Cameroun, dans le Haut-Nyong (subdivisions de Doumé, d'Abong-Mbang et d'Akonolinga). DE 1922 à 1925, avec les Drs De Marqueissac, Corson, Evrard, Odend'hal et Marquand, il fait un premier recensement des cas de THA dans la région: son équipe examine 112 945 des 125 537 habitants recensés et dépiste et traite 33 537 malades (29,7%). Jamot reconstruit l'hôpital d'Ayos sur l'emplacement du camp de ségrégation des Allemands et en fait la base de toute son action à venir.

Le 29 avril 1926 à Paris est organisée une réunion d'une commission spéciale, avec le Ministre des Territoires d'Outre-Mer, le Gouverneur Marchand et Eugène Jamot. Cette réunion aboutit à l'Arrêté ministériel du 8 juillet 1926 portant création de la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil, avec 1 directeur, le médecin-major Eugène Jamot, 10 jeunes médecins, tous issus de l'École du Pharo, les Drs Baughion, Chambon, De Marqueissac, Lavergne, Le Rouzic, Maury, Meydieu, Montestruc, Sannet et Vernon, 20 assistants sanitaires européens et 150 auxiliaires camerounais.

Tous les médecins affectés au Cameroun, y compris les 10 médecins de la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil, devaient effectuer un stage de quatre à six mois à Ayos pour se familiariser avec la maladie du sommeil mais aussi avec d'autres pathologies : lèpre, tuberculose, syphilis, pian, filarioses, etc.

Eugène Jamot a photographié les différentes étapes de ce parcours (Fig. 1-10) (fonds Milleliri) :



Figure 1 - Des milliers de consultants



Figure 2 - Des dizaines d'hospitalisés à nourrir



Figure 3 - Une équipe nombreuse et compétente



Figure 4 - Ponction ganglionnaire

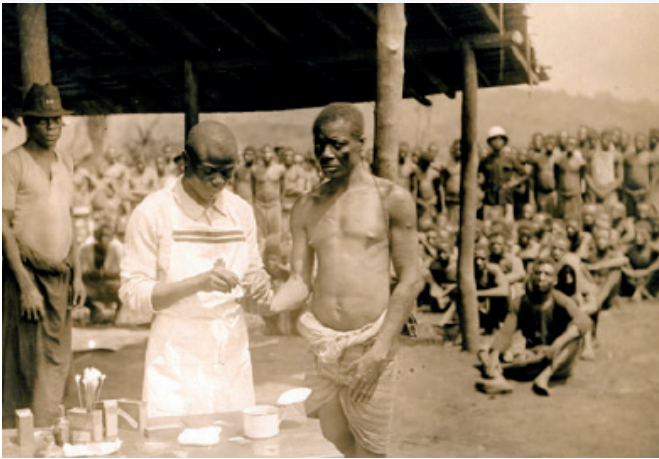


Figure 5 - Prise de sang capillaire



Figure 9 - Traitement

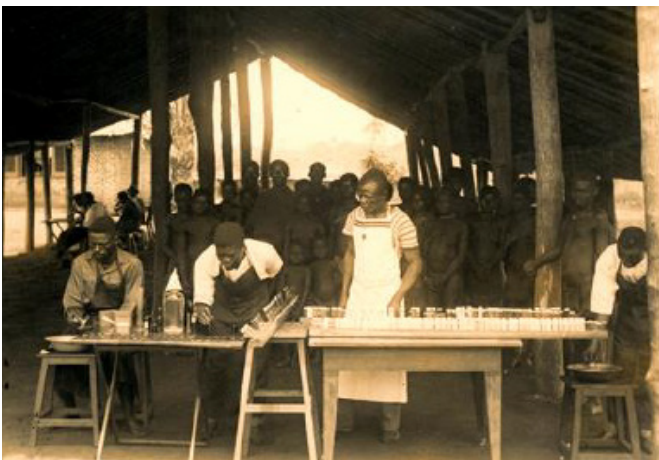


Figure 6 - Coloration des lames



Figure 10 - Suivi thérapeutique



Figure 7 - Diagnostic microscopique



Figure 8 - Ponctions lombaires

À l'issue du stage, le médecin rejoignait son affectation, et le médecin de la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil partait dans un secteur avec une équipe d'assistants sanitaires et d'auxiliaires camerounais avec une tâche précise : secrétariat, microscopie, traitement.

Les équipes mobiles de 1927 à 1960.

Chaque secteur était doté d'une équipe mobile dirigée par un médecin bien formé au diagnostic de la maladie et à son traitement. À l'issue d'une tournée, le médecin rédigeait un rapport d'activité qui était adressé au docteur Jamot à Ayos. Les tournées, d'une durée de trois semaines, étaient éprouvantes et demandaient une excellente condition physique.

Marcel Chambon, et son épouse Christiane, prit la charge du secteur de Lomié en pleine forêt équatoriale (3).

Nous avons fait notre première tournée, de Lomié à Djoum, en nous arrêtant à chaque village dans la grande forêt camerounaise. Bien entendu, Cricri m'a accompagnée. Tous les jours, j'ai pu admirer sa vaillance.

À notre arrivée, avec Cricri et Helmuth, je discute avec le chef et les sages du village tandis que l'équipe installe les tables, les postes de travail et les microscopes.

La population est rassemblée quand le chef du village l'autorise, c'est d'ailleurs lui qui passe en premier, et le dépistage commence : recensement, prise de sang capillaire, ponction ganglionnaire, microscopie et traitement.

Nous examinons ainsi jusqu'à 400 villageois par jour. C'est éreintant et exaltant à la fois.

Notre travail est difficile, dans la poussière (ou sous la pluie), la chaleur, le bruit, les cris des enfants, les odeurs de transpiration, la crasse, la promiscuité. Les myriades d'insectes, les chèvres, les poules, les chiens, les porcs, parfois les bœufs qui vadrouillent en toute liberté ajoutent à notre inconfort. Le soir, nous sommes épuisés et n'avons qu'une hâte, nous jeter sur nos lits de camp sous la moustiquaire, et dormir d'un mauvais sommeil.

Et le lendemain, nous repartons pour le village suivant et comme cela tous les jours pendant trois semaines.

Nous disposons des photos qu'il a prises lors de ces tournées et qu'il a léguées à son fils Christian (Fig. 11-17) (fonds F. Louis) :

En neuf mois, Chambon et son équipe mobile diagnostiquent et traitent 7 664 trypanosomés (3). Cette stratégie, parfaitement décrite par Lapeyssonnie, a été étendue à toute l'Afrique intertropicale et appliquée année après année malgré des difficultés de toutes sortes (4) :

Les principes de la lutte contre la maladie du sommeil, tels que Jamot les avait énoncés vingt ans plus tôt au Cameroun, et tels que lui-même et ses disciples avaient appliqués avec un immense succès en Afrique Équatoriale Française, étaient théoriquement très simples : aller au-devant des malades sans attendre qu'ils viennent à vous, examiner au moins une fois par an, de préférence deux fois, tout homme, toute femme, tout enfant vivant dans la zone de danger, dépister chez eux, par des moyens de diagnostic simples et efficaces le trypanosome responsable de la maladie, et le plus tôt possible dans le cours de celle-ci ; enfin, grâce à un traitement actif, guérir rapidement chaque malade. En empêchant que la mouche glosine, dite « tsé-tsé », ne vienne s'infecter sur de malades, on extirperait ainsi la maladie de la



Figure 11 - Déplacements en pirogue



Figure 12 - Déplacement sur La glossine



Figure 13 - À pied sur la piste



Figure 14 - Franchissement d'un marigot

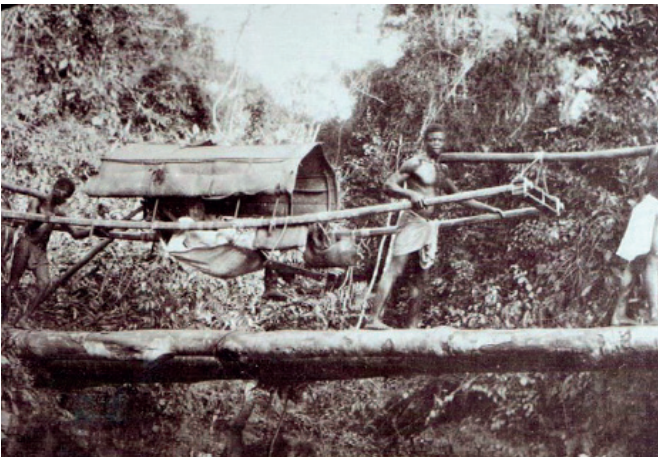


Figure 15 - Utilisation du tipoye dans les passages difficiles



Figure 16 - Palpation/ponction ganglionnaire



Figure 17 - Traitement des malades

collectivité humaine.

La réalité était singulièrement plus complexe, car s'il était déjà difficile de faire admettre la contrainte d'examen périodiques à des sujets qui étaient ou se croyaient en bonne santé, la dispersion de la population sur de vastes étendues rendait encore plus ardue la tâche de visiter chaque bourgade, chaque hameau, chaque case : elle approchait des limites de l'impossible quand les hommes se diluaient dans la nature.

En 1960, aux indépendances, grâce au travail acharné des médecins coloniaux, l'élimination était pratiquement atteinte (Fig.18).

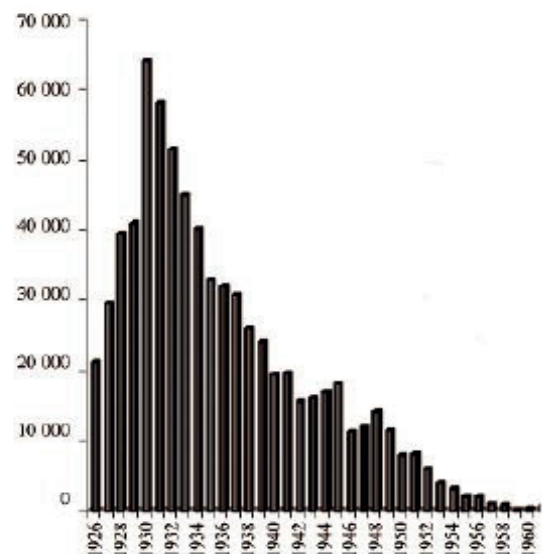


Figure 18 - Nombre de cas de trypanosomiase humaine africaine notifiés de 1926 à 1960 (source : OMS)

Les équipes mobiles après les indépendances.

Les quarante années qui ont suivi les indépendances ont vu la recrudescence de la maladie du sommeil pour de multiples raisons (5) parmi lesquelles on peut citer le désengagement des États qui avaient d'autres priorités sanitaires (la mère et l'enfant, la tuberculose, les vaccinations, etc.), la démotivation des populations, les conflits armés, le vieillissement et le départ à la retraite des techniciens compétents, la controversée mise en place des soins de santé primaires (les médecins aux pieds nus) après la conférence d'Alma Ata en 1978 (6), tous ces facteurs aboutissant à un abandon progressif de la méthode Jamot.

Pere P. Simarro et al. ont montré qu'à la fin des années 90, plus aucun pays n'avait la même définition d'un cas de trypanosomiase ni le même schéma thérapeutique (7). En 2000, la situation est revenue semblable à celle de 1929 (Fig. 19).

De manière un peu paradoxale, de nombreux

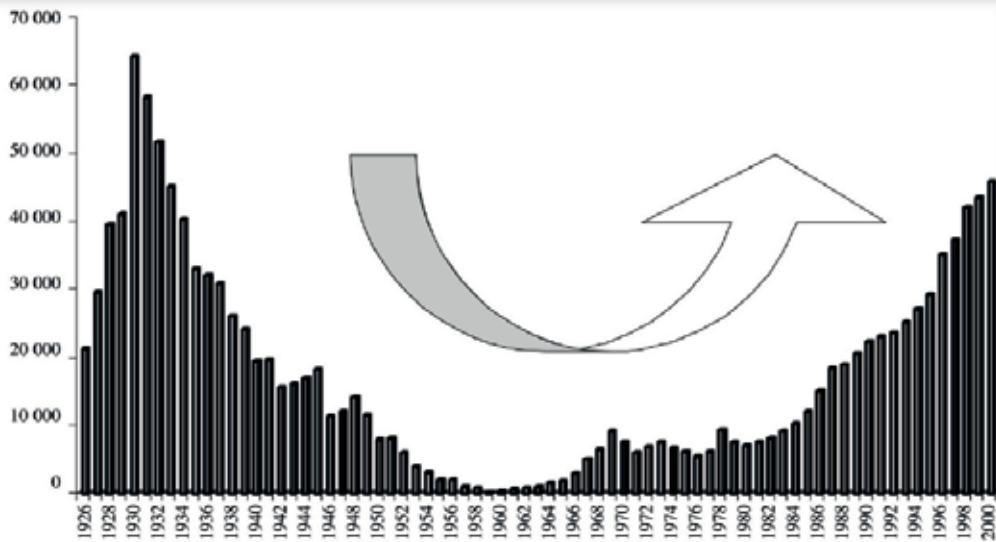


Figure 19 - Nombre de cas de trypanosomiase humaine africaine notifiés de 1926 à 2000 (source : OMS)

progrès sont réalisés dans cette période : l'ORSTOM (aujourd'hui IRD) développe de nombreux pièges à glossines, dont le piège biconique de Challier et Laveissière qui sera utilisé dans tous les foyers de trypanosomiase (8) ; l'Institut de médecine tropicale d'Anvers développe le Card Agglutination Trypanosomiasis Test/*T.b.gambiense*, test d'agglutination sur carte de trypanosomes de culture qui révolutionne le diagnostic présomptif de la trypanosomiase (9). Des progrès sont également faits dans les techniques d'hémococoncentration (mAECT) et la thérapeutique (éflornithine, nifurtimox, NECT, fexinidazole), microscope binoculaire, centrifugeuses électriques, tout ceci conduisant à une grande amélioration de la sensibilité du diagnostic et du traitement (10).

Prise en charge de la lutte par l'OMS et ses partenaires

Dès 1994, Pierre Cattand, de l'OMS, lance un cri d'alarme sur la détérioration de la lutte contre la maladie du sommeil.

Une coalition informelle des forces disponibles (OMS, OCEAC, OCCGE, IRD, IMT Anvers, IMT Bâle, IAEA, Programmes nationaux de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine [PNLTHA], MSF, DNDi, Sanofi-Aventis, etc.) se met en place pour relancer la lutte contre la trypanosomiase. Pierre Cattand a la clairvoyance de reprendre les principes de la lutte énoncés par Jamot en intégrant les progrès récents: formation des cadres et des techniciens, équipes mobiles allant dans les 259 foyers qu'il a identifiés, appliquant la même stratégie diagnostique et thérapeutique. La formation des cadres est assurée par un cours de haut niveau d'une durée de trois semaines, les ICAT (*International Course on African Trypa-*

nosomiasis) fondés par Pierre Cattand, Jean Jannin et Francis Louis, rejoints dès ICAT2 par Pere P. Simarro : ICAT1, Marseille le Pharo en 2000 ; ICAT2, Lyon en 2001 ; ICAT3, Lisbonne en 2003 ; ICAT4, Tunis en 2005 ; ICAT5, Nairobi en 2009 ; ICAT6, Kinshasa en 2014 ; ICAT7, Kampala en 2017 et ICAT8, Bouaké en 2024. Ces cours ont permis de former plus de 150 cadres (Fig. 20). La formation des techniciens a été assurée directement sur le terrain (Fig. 21).



Figure 20 Marc Gastellu-Etchegorry à l'ICAT1 Marseille



Figure 21 Formation au CATT des techniciens à Juba

On peut aisément faire le parallèle entre la stratégie de lutte en 1925 et en 2015 (Fig. 22-33), la différence notable étant que l'apport des nouvelles technologies a permis d'examiner 1 000 à 1 200 personnes par jour avec une équipe ré-

duite contre 400 personnes/jour en 1925 avec un personnel pléthorique. Ce sont ainsi plus de deux millions de personnes qui ont été examinées chaque année en Afrique centrale (Tab. I) (11) et près de trois millions dans toute l'Afrique.

Une équipe mobile 1925



Figure 22 - recensement



Figure 24 - Prise de sang capillaire



Figure 26 - Ponction ganglionnaire



Figure 28 - Examen microscopique

Une équipe mobile 2015



Figure 23 - recensement



Figure 25 - Prise de sang capillaire



Figure 27 - Ponction ganglionnaire



Figure 29 - Examen microscopique



Figure 30 – Ponction lombaire



Figure 31 – Ponction lombaire



Figure 32 - Traitement



Figure 33 - Traitement

Tableau I – Données de la surveillance de la THA en Afrique centrale de 2000 à 2009 (11)

| Année | Population examinée | Nouveaux cas | Prévalence (%) |
|-------|---------------------|--------------|----------------|
| 2000 | 1 798 485 | 22 861 | 1,27 |
| 2001 | 2 185 909 | 23 708 | 1,08 |
| 2002 | 2 321 387 | 19 853 | 0,86 |
| 2003 | 2 825 533 | 16 120 | 0,57 |
| 2004 | 3 125 333 | 14 804 | 0,47 |
| 2005 | 2 787 566 | 13 342 | 0,48 |
| 2006 | 2 839 243 | 10 210 | 0,36 |
| 2007 | 2 459 921 | 9 806 | 0,40 |
| 2008 | 2 367 968 | 9 534 | 0,40 |
| 2009 | 2 282 908 | 8 878 | 0,39 |

Le nombre de nouveaux cas a à nouveau diminué de manière significative pour atteindre moins de 1 000 nouveaux cas annuels à partir de 2018 (Fig. 34) (12).

Conclusion

Ainsi la stratégie de lutte contre la trypanosomiase africaine élaborée par Jamot en 1925 et menée successivement par les médecins coloniaux (1925-1960), les pays (1960-2000) et l'OMS avec l'aide des PNLTHA et de ses partenaires (2000 à nos jours) conduit sur la voie de l'élimination de la maladie comme problème de santé publique dans toute l'Afrique intertro-

picale.

En 2025, sur le constat de l'absence de nouveaux cas depuis 5 ans, dix pays ont officiellement déclaré cette élimination : le Bénin, le Togo, la Côte d'Ivoire, la Guinée équatoriale, la Guinée Conakry, le Ghana pour la THA à *T.b. gambiense* et le Rwanda pour la THA à *T.b. rhodesiense*.

Mais l'expérience malheureuse de la période 1960-2000 doit inciter à la prudence : la maladie est éliminée mais pas éradiquée.

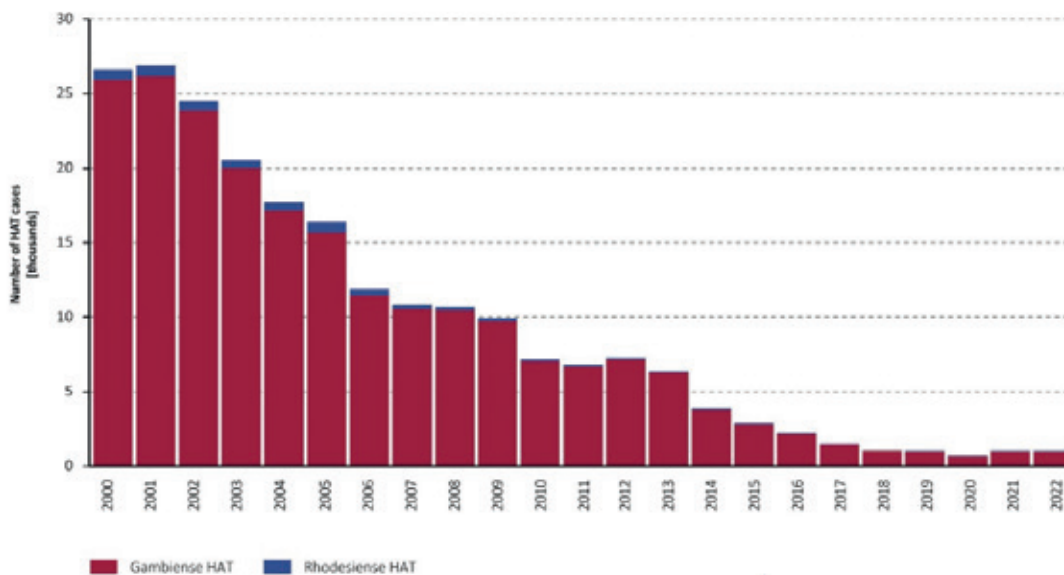


Figure 34 - Nombre de cas de trypanosomiase humaine africaine notifiés de 2000 à 2022 (12)

BIBLIOGRAPHIE

1. MILLELIRI JM : Comm. pers.
2. JANSSENS PG, KIVITS M, VUYLSTEKE J : Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours. *Fondation Roi Baudouin*, Bruxelles 1992.
3. LOUIS F : Carnets d'un médecin de brousse. Tome II : Marcel et Christiane Chambon, Cameroun, 1925-1930. *Ceux du Pharo éd.*, Plan-de-Cuques 2021.
4. LAPEYSSONNIE : Toubib des tropiques. *Robert Laffont éd.*, Paris 1982.
5. LOUIS FJ : Les raisons techniques de la réémergence de la maladie du sommeil. *Med. Trop.* 2001 ; **61** : 425-31.
6. KOTT S : Organiser le monde. *Le Seuil éd.*, Paris 2021.
7. SIMARRO PP, DIARRA A, RUIZ POSTIGO JA et al. : The Human African Trypanosomiasis Control and Surveillance Programme of the World Health Organization 2000-2009 : The Way Forward. *PLoS Negl Trop Dis* 5(2) : e1007. Doi : 10.1371/journal.pntd.00004007.
8. GOUTEUX JP, CHALLIER A, LAVEISSIERE C : Simplification du

piège à glossines Challier-Laveissière. Technique et plan de fabrication. Doc. dactylo OCCGE-Centre Muraz 1978, n°18/ENT.78.

9. MAGNUS E, VERVOORT T, VAN MEIRVENNE N : A card agglutination test with stained trypanosome (CATT) for the serological diagnosis of *T.b. gambiense*. *Ann. Soc. belge Med. trop* 1978 ; **58** : 169-76.
10. LOUIS FJ, KOHAGNE TONGUE L, EBO'O EYENGA V, SIMARRO PP : Organisation d'une campagne de dépistage actif de la trypanosomiase humaine africaine à *Trypanosoma brucei gambiense*. *Med. Trop.* 2008 ; **68** : 11-6.
11. LOUIS FJ, FAKO HENDJI G, KOHAGNE TONGUE L et al. : La trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil) en Afrique centrale de 2000 à 2009 : analyse épidémiologique. *Sc. Med. Afr./Sc. Med. Afr.* 2011 ; **3**(1).
12. FRANCO JR, PRIOTTO G, PAONE M et al. : The elimination of human African trypanosomiasis : Monitoring progress towards the 2021-2030 WHO road map targets (2024). *PLoS Negl Trop Dis* 18(4) : e0012111. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0012111>.



Carnets d'un Médecin de brousse

Tom II

Harcel et Christiane Chambon,
Cameroun, 1925-1930

Docteur Francis J. LOUIS



Voilà un tipage : je suis assis dedans et Crin s'est accroupi pour la photo

Au début, la piste qui part de Yaoundé est très bonne et très large : c'est la route de Nanga-Ebokou et l'accès à tout le nord du Cameroun. Mais il ne faut pas cinq kilomètres pour bifurquer et nous engager dans la forêt.



L'entrée de Yaoundé

Nous arrivons vers 11 heures à la gare de Yaoundé, déjà construite mais pas encore fonctionnelle. Presque quatre heures de route pour moins de 100 kilomètres. Le adjudant-chef Pagot est venu tout spécialement d'Ayos pour nous accueillir et nous aider dans nos démarches administratives. Nous sympathisons immédiatement. Banban continue sa route sur Ayos en profitant de la caravane qui a amené Pagot. Il est trop tard pour aller me présenter en grand uniforme blanc, car l'administration ferme le vendredi après-midi. Il va nous falloir attendre lundi mais nous en profitons pour découvrir la ville.

Christiane au chant pour faire patienter la foule



De gauche à droite : de Parquissias, moi (avec le casque),
Banban et de Baoude (de l'AFPI)

Extraits de :
Carnet d'un médecin de brousse Vol. II
disponible sur commande à Ceux du Pharo
Prix : 25€

ILS ÉTAIENT MÉDECINS À DIÊN BIÊN PHU

(novembre 1953-mai 1954)⁵



François-Marie GRIMALDI

Médecin-général 2s

École du Service de santé militaire de Lyon

Médecin aux Iles Marquises puis au 2^e Régiment étranger de parachutistes à Calvi - Corse

Chirurgien des hôpitaux des armées (orthopédie). Participe pendant 20 ans à de nombreuses opérations extérieures (Afrique, Ex-Yougoslavie, Afghanistan)

Ancien expert près la Cour d'appel d'Aix-en-Provence

« Il est beau de servir sa Patrie en secourant ses défenseurs »¹.

L'Indochine, colonie française depuis la fin du 19^e siècle, regroupait le Cambodge, le Laos et le Viêt-Nam actuel (Tonkin, Annam et Cochinchine).

Au lendemain de la 2^e Guerre mondiale, le parti



Indochine française 1954 © ONAC BDR

Viêt-Minh s'organise pour obtenir l'indépendance du Viêt-Nam par la force. Des combats de plus en plus violents l'oppose à l'armée française.

Déclenchée le vendredi 20 novembre 1953, l'opération « Castor » avait pour objectif de s'emparer de la plaine de Diên Biên Phu et

d'installer une base aéroterrestre au nord-ouest du Tonkin.

Les personnels du Service de santé ont été présents tout au long de ce dramatique épisode et jusqu'à la libération des prisonniers en septembre 1954.

Sur la trentaine de médecins qui sont passés par le camp retranché, 19 sortaient de l'École du service de santé militaire de Lyon, dont 12 de la promotion 1945, 9 venaient de l'École principale du service de santé de la marine de Bordeaux et 2 étaient contractuels.

Les médecins-chefs du camp retranché



Fig. 1 - J. Raymond © SHD

Le médecin capitaine **Jean Raymond** (Lyon 1937, Fig.1), médecin-chef de la Base aéroportée nord d'Hanoi (Tonkin), est naturellement désigné pour être le médecin-chef de l'opération.

Dans la matinée du 20 novembre, il est dans l'un des premiers Dakota qui se présente au-dessus de la zone de saut pour larguer les parachutistes. Au moment du regroupement, **Jean Raymond** est atteint par un projectile qui lèse l'artère sous-clavière droite. Sa mort est immédiate. C'est le premier officier tué à Diên Biên Phu. Il venait d'avoir 39 ans.

⁵ - Citer l'article : GRIMALDI FM – Ils étaient médecins à Diên Biên Phu (novembre 1953-mai 1954). *Hist. Med. Trop.* 2026, 1(1) : 38-45.

¹ - François-Nicolas Fristo 1792-1848. *Chirurgien de la Grande Armée. Petit manuel du chirurgien de bataille* – Paris 1848.



Fig. 2 - M. Rives
 ©EPSSM

Quelques mois plus tard, son nom sera donné à la promotion 1953 de l'École du service de santé militaire de Lyon. En poste à la Direction du service de santé à Hanoi (Tonkin), le médecin colonel **Albert Terramorsi** (Bordeaux 1926), débarque le 23 novembre et doit assurer l'intérim de médecin-chef pendant quelques semaines.



Fig. 3 P. Le Damany
 ©Pons

Plus ancien dans le grade le plus élevé des médecins sur place, le médecin capitaine **Maurice Rives** (Bordeaux 1942, Fig. 2) médecin-chef de la 13^e DBLE¹, lui succède jusqu'au 20 février 1954, avant de repartir vers Hanoi.

Le médecin capitaine **Pierre Le Damany** (Bdx. 43, Fig.3) prend alors le poste de médecin-chef opérationnel de

la Base et du Groupe mobile N°9. Il n'a que 32 ans et 3 galons pour cette lourde responsabilité. Il assurera ce rôle de « chef d'orchestre santé » avec efficacité jusqu'à la chute du camp le 7 mai 1954.

Les médecins parachutistes des premières semaines

Ce 20 novembre 1953 en fin de matinée, le médecin lieutenant **Alphonse Rivier** (Ly. 45, Fig. 4) du 6^e BPC,

le 6^e Bataillon de parachutistes coloniaux, saute sur Diên Biên Phu derrière le chef de bataillon Marcel Bigeard². Les



Fig. 4 - A. Rivier en juillet 1953 ©Flamen

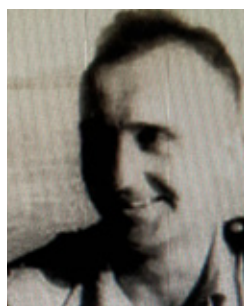


Fig. 5 - A. Jourdan ©DR

combats entraînent la mort d'une dizaine de parachutistes. Jean Raymond était de ceux-là. Parachuté simultanément avec Rivier, **André Jourdan**, son camarade de la 45, est le médecin-chef du 2/1 RCP³ (Fig. 5).

Dans l'après-midi du 20 novembre, le 1^{er} BPC saute à son tour avec son médecin, **Louis Staub** (Fig. 6). Encore un de la 45 - Lyon !

Juste après Staub, vers 15h, l'ACP 1, l'Antenne chirurgicale parachutiste N° 1 est larguée et s'installe au centre du dispositif près du PC et du terrain d'aviation. Le médecin lieutenant **Gérard Rougerie** (Bdx. 47) en est le chirurgien.

Dans le même temps le Groupement de marche du 35^e RALP⁴ saute avec ses canons et son médecin, **Jacques Chêneau** (Ly. 46, Fig. 7). Il est arrivé en Indochine il n'y a pas 3 semaines.



Fond de carte tiré de « Médecins à Diên Biên Phu ». P. Accoce. Presse de la Cité 1992



Fig. 6 - L. Staub ©SHD



Fig. 7 - J. Chêneau ©DR

1 - 13^e Demi-brigade de Légion étrangère. Les abréviations sont reprises en fin de texte. 2 - Soldat de 2^e classe, devenu général de corps d'armée puis secrétaire d'état à la défense de 1975 à 1976. 3 - 2^e Bataillon du 1^{er} Régiment de chasseurs parachutistes. 4 - Régiment d'artillerie légère parachutiste.



Fig. 8 - P. de Carfort
©Verdaguer

Le lendemain, 21 novembre, 2 autres bataillons parachutistes sont largués avec leur médecin : les médecins lieutenants **Patrice Le Nepvou** de Carfort (Ly. 45, Fig. 8) du 8^e choc¹ et **Jean-Louis Rondy** (Bdx. 48, Fig. 9) du 1^{er} BEP2¹.

Le dimanche 22, c'est au tour de **Pierre Rouault** (Ly. 47, Fig. 10) de sauter avec le 5^e BPVN, 5^e Bataillon de parachutistes vietnamiens.

Les combats violents refoulent les soldats Viêt-Minh hors de la plaine et permettent la réhabilitation de la piste et l'installation des troupes.



Fig. 9 - J.L. Rondy
©Rondy

En décembre, 4 des 6 bataillons parachutistes sont appelés au Laos. Les médecins lieutenants Jourdan, Rivier, Rouault et Staub quittent la cuvette. Détaché au 3^e BPVN, Jacques Chêneau part aussi vers le Laos. L'antenne chirurgicale N° 1 de Rougerie plie également bagage le 20 décembre.

Patrice de Carfort et Jean-Louis Rondy resteront sur place jusqu'à la fin.

Après une période initiale relativement calme, ils vivront la Bataille à partir du 13 mars. Rondy sera blessé le 14 avril 1954 mais regagnera son poste.

Les médecins des bataillons

Débarquant par avion, les renforts arrivent en remplacement des bataillons paras entre le début décembre 1953 et la fin janvier 1954. Seuls les 10 bataillons d'infanterie ont leur médecin : bien jeunes médecins lieutenants d'environ 28 ans sauf un.



Fig. 10 - P. Rouault
©Rouault

Dans le sous-secteur Nord, **Cyrille Chauveau** (Bdx. 47, Fig. 11) est le médecin du 5/7 RTA, le 5^e Bataillon du 7^e Régiment de tirailleurs algériens. Tout au nord du dispositif, le centre de résistance «Gabrielle» est très isolé. Blessé à l'avant-bras droit et à l'abdomen le 13 mars, Chauveau sera évacué par Dakota le 16 vers Hanoi. Immédiatement au sud de «Gabrielle», c'est **Sauveur Verdaguer** (Ly. 45, Fig. 12) qui, avec le 3^e Bataillon Thaï, occupe le PA, le point d'appui «Anne-Marie». Il devra se replier le 17 mars sur «Huguette» où il prendra la place de son camarade Jean Dechelotte évacué, puis vers «Claudine».

Le sous-secteur Centre, autour du PC GONO³ et du terrain d'aviation est le plus important.

Avec le 3/13 DBLE⁴, **Jacques Leude** (Ly. 47, Fig. 13) est positionné sur «Béatrice» au nord-est. Subissant le 1^{er} assaut massif du 13 mars 1954, ce point d'appui tombe rapidement. Leude est fait prisonnier le 14 au matin et ne sera libéré qu'en septembre avec ses camarades.

A l'est du terrain d'aviation, sur «Dominique», **Michel Defayolle** (Ly. 45), médecin-chef du 3^e Bataillon du 3^e Régiment de tirailleurs algériens, le 3/3 RTA est rappelé à Hanoi le 27 janvier 54. **Lucien Aubert** (Bdx. 47), qui lui succède, sera fait prisonnier le 30 mars.

A l'ouest de la piste, **Jean Dechelotte** (Ly. 45, Fig. 14) cantonne sur le PA «Huguette». Désigné pour remplacer Chauveau blessé le 13 mars, il est lui-même atteint à la tête et à la face le lendemain 14 mars. «Gabrielle» tombera le 15. Ils seront évacués tous les deux le 16 mars.



Fig. 11 - C. Chauveau
©DR



Fig. 12 - S. Verdaguer
©Verdaguer



Fig. 13 - J. Leude
©Leude



Fig. 14 - J. Dechelotte
©EVDG

1 - 8^e Bat. de parachutistes de choc. 2 - 1^{er} Bat. étranger de parachutistes. 3 - Groupement Opérationnel Nord-Ouest. 4 - 3^e Bataillon de la 13^e Demi-brigade de Légion étrangère.

Arrivé le 9 décembre, **Pierre Barraud** (Bdx. 45) est positionné sur «Éliane» à l'est du PC avec le 2^e Bataillon Thaï. Il accueillera l'antenne chirurgicale envoyée en renfort le 16 mars et opérera avec le médecin lieutenant Vidal.

Sur «Éliane 2», **Henri Prémillieu**, lui aussi de la promotion Lyon 45 (Fig. 15), a aménagé le poste de secours du 1/4 RTM, les Tirailleurs marocains. Il devra se replier sur le PC début avril, mais «Éliane 2» résistera jusqu'à la fin.



Fig. 15 - H. Prémillieu ©DR

A l'ouest du PC, sur «Claudine», **Léon Staerman** (Fig. 16) sort du « moule ». Né en Roumanie, médecin civil contractuel du CAFAEO, le Corps auxiliaire des forces armées d'Extrême-Orient, il a 42 ans. Doyen des médecins, assimilé au grade de capitaine, c'est le médecin du 1^{er} Bataillon de la 13^e DBLE. Proche de l'antenne chirurgicale, il aidera régulièrement Jean Thuriès : au début du moins ! Blessé le 4 avril en fin d'après-midi, il reste à son poste de secours. Le 20 avril, il reçoit l'aide de Sauveur Verdaguer après la chute du PA «Huguette» et seront faits prisonniers ensemble.



Fig. 16 - L. Staerman ©SHD

Le sous-secteur Sud, formant le Groupe mobile 6, occupe le PA «Isabelle» à 5km du PC. Trois médecins lieutenants y cantonnent.

D'abord médecin des tirailleurs algériens, **Guy Calvet** (Ly. 45) est nommé médecin-chef du GM 6. **Émile Pons** (Ly. 46) lui succède en janvier 54 comme médecin du 2/1 Tirailleurs algériens (Fig. 17).

A proximité, **Gérard Aynié** (Bdx. 47, Fig. 18) a



Fig. 17 - De G à D : G. Calvet et E. Pons ©Pons

installé le poste de secours du 3/3 REI, le 3^e Bataillon du 3^e Régiment étranger d'infanterie.

Ils subiront avec un léger décalage l'attaque du 13 mars qui se développe du nord vers le sud.

Les chirurgiens d'antenne

L'ACP 1 de Rougerie présente depuis le 20 novembre (voir supra) laisse sa place à l'ACM 29, l'Antenne chirurgicale mobile N° 29, le 21 décembre.

Les « chirurgiens » d'antenne sont en fait des jeunes médecins à orientation chirurgicale formés dans les hôpitaux d'Hanoi ou de Saïgon aux gestes de sauvetage des blessés avant leur évacuation.

Aérotransportés avec leur matériel, les 10 personnels de l'ACM 29 débarquent à Diên Biên Phu, aux ordres du médecin lieutenant **Jean Thuriès** (Ly. 45, Fig. 19). Il installe un véritable hôpital enterré. Le 1^{er} janvier 1954, il peut même invi-



Fig. 18 - G. Aynié ©DR



Fig. 19 - J. Thuriès ©DR



Fig. 20 - P. Grauwin ©ECPAD

ter tous ses camarades à venir boire un pot à l'antenne.

Mais sa santé décline et Thuriès doit être rapatrié sur Hanoi.

Un chirurgien du CA-FAEO, présent depuis plusieurs années en Indochine, est volontaire. Bien qu'en fin de séjour, **Paul Grauwin** (Fig. 20) accepte de reporter son départ pour une mission qui devrait être brève. Assimilé au grade de médecin-commandant, il a 40 ans et une grande pratique de la chirurgie de guerre. Il croise Thuriès à Diên

Biên Phu le 17 février 1954.

Trois jours plus tard, le 20 février, l'ACM 44 de **Jacques Gindrey** (Ly. 46, Fig. 21) se pose à Diên Biên Phu. Lui n'a que 27 ans ! Les deux équipes chirurgicales fusionnent pour former l'antenne centrale.

Grauwin, plus expérimenté, assurera le triage pendant que Gindrey tiendra le bistouri. « Trier », c'est décider de la priorisation des blessés à opérer, rôle particulièrement délicat dans l'urgence et l'afflux massif.



Fig. 21 - De G à D : les méd. It J. Vidal et J. Gindrey©ECPAD

Mais le pire arrive le samedi 13 mars 1954.

A 17h30 ce soir-là, tout change ! Les Viets pilonnent puis attaquent.

La Bataille de Diên Biên Phu va durer jusqu'au 7 mai, 55 jours et 55 nuits.

Les renforts pendant la Bataille

Le 2^e saut des médecins paras

Dès le lendemain de l'offensive, le dimanche 14 mars, Pierre Rouault saute pour la 2^e fois avec le 5^e BPVN en plein assaut Viêt-Minh. Il sera blessé dans la nuit du 6 au 7 mai juste avant la chute du camp.

Le 16 mars après-midi, Alphonse Rivier est à nouveau parachuté avec le 6^e BPC.

André Jourdan s'élançait à son tour

avec le 2/1 RCP dans la nuit du 2 au 3 avril 1954 sur «Éliane». Le 14 avril, blessé par des éclats de mortier, il est opéré mais reprend son poste une semaine plus tard

Le 9 avril 1954, **Jean-Marie Madelaine** (Ly. 47, Fig. 22), médecin-chef du 2^e BEP arrive en renfort avec son unité. Lui découvre l'horreur du camp retranché déjà dans la fournaise.

Après ses camarades, Louis Staub revient à Diên Biên Phu début mai 1954. Il saute avec le 1^{er} BPC à très basse d'altitude.



Fig. 22 - JM Made-laine ©KB

Les chirurgiens des ACP

Le 16 mars vers 17h15, **André Résillot** (Bdx. 45) est parachuté avec l'ACP 3, la 3^e antenne chirurgicale parachutiste. Elle se déploie sur «Isabelle», tout au sud, soulageant ce sous-secteur qui sera sans liaison avec l'antenne centrale à compter du 30 mars. Le 7 mai, Résillot sera légèrement brûlé lors de l'incendie de l'antenne après un bombardement.

Le lendemain, 17 mars vers 15h, l'ACP 6 de **Jean Vidal** (Ly. 45, Fig. 21, de dos) saute à son tour à très basse altitude sur le PA «Isabelle», moins exposé aux feux. Accueillie par Résillot, l'équipe peut être dirigée vers l'antenne centrale. Elle est positionnée à l'est de la rivière Nam Youm, près d'«Éliane» jusqu'au 2 mai avant de se replier sur l'antenne centrale.



Fig. 23 - G. de Galard ©ECPAD

Le 27 mars, un dernier Dakota détruit au sol ne peut repartir.

Geneviève de Galard (Fig. 23), convoyeuse de l'air, se met à la disposition de l'antenne chirurgicale. Elle deviendra « l'ange de Diên Biên Phu », légende du camp retranché, aidée par les prostituées... Plus

aucune évacuation ne sera possible par voie aérienne à partir de ce jour.



Fig. 24 - E. Hantz ©DR

Et l'enfer continue à Diên Biên Phu.

Il est 1h du matin le 13 avril quand l'ACP 5 est larguée. **Ernest Hantz** (Ly. 45, Fig. 24) la commande. Il a été nommé médecin capitaine la veille. Saut opérationnel angoissant, de nuit, à 150m d'altitude, vers un inconnu qu'ils savent tous sombre.

Leur dorsal a juste le temps de s'ouvrir...

Pierre Le Damany l'installe dans une ancienne popote au sud du PC, à peu de distance de l'antenne centrale de Grauwin et de Gindrey.

Aucun n'a oublié, écrira Jacques Gindrey, « la boue tombant dans les ventres ouverts, les ascotots partout, les abris effondrés, les obus et le reste ».

Les médecins des bataillons seront contraints eux aussi à réaliser des gestes chirurgicaux de sauvetage, sur les brancards à même le sol, dans la boue et la tourmente...

Le 7 mai et les jours suivants

La « forteresse imprenable » a été prise !

Au cessez-le-feu, il reste sur place 5 chirurgiens et 16 médecins, un dentiste lieutenant, Eugène Riccardi, une cinquantaine d'infirmiers et de brancardiers, et Geneviève de Galard.

Ils sont tous faits prisonniers et la grande majorité prendra le chemin de la captivité.

André Jourdan, bénéficiant de la « clémence de

l'oncle Hô », sera évacué le 26 mai, 2 jours après la libération de Geneviève de Galard.

Le Damany et Grauwin maintenus sur place pour « trier » les blessés, seront libérés le 1er juin. Ils seront accompagnés d'une vingtaine d'infirmiers et d'Émile Pons incapable de marcher.

Les autres erreront à pied sur plus de 600 kilomètres jusqu'aux camps. Ils ont connu l'humiliation, le lavage de cerveau, la malnutrition, la maladie, les mauvais traitements mais ils survécurent. Sauf un !

Quadragénaire, le médecin capitaine Léon Staerman du 1/13 DBLE épuisé, sans espoir, meurt le 2 août 1954 au « camp-hôpital » 128 de Tuyen Quang malgré les soins et le dévouement de ses camarades.

Tous les autres seront libérés à la fin de l'été 1954. La camaraderie, la fraternité d'armes, la force morale les sauvèrent. Mais ils se sont sentis bien seuls pendant la Bataille. Heureusement ils étaient entourés de l'abnégation et du courage de leurs infirmiers et de leurs brancardiers, qui, eux aussi, ont payé un très lourd tribut. Tous seront marqués à vie par ce qu'ils ont vécu.

Conclusion

La promotion 1991 de l'École principale du service de santé de la marine, l'École de Santé navale de Bor-deaux, voulant honorer ses Anciens prendra le nom de « Médecins de Diên Biên Phu ». Le Directeur central du Service de santé rappellera lors du baptême que ces derniers ont témoigné « plus que d'autres, des vrais fondements de notre métier : assumer les risques du combat, tous les risques du combat, avec les infirmiers qui accompagnent notre destin ». Plusieurs d'entre eux étaient présents.

Après la promotion 1953 de Lyon « Médecin capitaine Raymond », André Jourdan, Patrice de Carfort et Jean-Louis Rondy seront les parrains des promotions 2004, 2010 et 2020 de l'École de santé des armées de Lyon.



© COLLECTION FLAMEN

17 juillet 1953, opération "Hirondelle". Au premier plan, le médecin-chef Alphonse RIVIER (1926-1977) du 6^e BPC. Parachutés à 8h20, le « 6 » et le « 8 » décrochent à 17 heures en direction de Loc Binh où ils passent la nuit. Le 18 ils atteignent Dinh Lap où un convoi de camions les transporte à Tien Yen le 19 juillet. Le 20 juillet les deux bataillons embarquent à bord de "La Rance" pour rejoindre Haïphong où ils passent la nuit avant d'atteindre Hanoï le lendemain.





P. de Carfort ©ECPAD



P. Rouault ©Rouault



De G à D : P. Le Damany, G. Calvet et E. Pons ©Pons

BIBLIOGRAPHIE

- **Accoce P.** Médecins à Diên Biên Phu - Presse de la Cité. 1992.
- **Gan L.** Dans les boyaux de Diên Biên Phu. Histoire de la médecine. 2019 juin. N°2, 11-17.
- **Grauwin P.** J'étais médecin à Diên Biên Phu - Editions France-Empire. 1954.
- **Desaulty A.,** Maleissye (de) Ph. Médecins de guerre. Indochine 1946-1954 - Imprimerie Pierre Remy. 2015 (Témoi-gnages).
- **Linon PJ.** Les sauts opérationnels des antennes chirurgicales parachutistes en Indochine. Bulletin «Debout les paras». Juillet, août, septembre 2014.
- **Thuriès J., Hantz E., Aulong J.** Merci Toubib - Imprimerie Corlet. 2004
- **Verdaguer S.** Médecin de bataillon à Diên Biên Phu – Témoignage. <http://aaap13.fr/asso/documentation/VERDAGUERrecit-DBP.pdf>

ABRÉVIATIONS

ACM / ACP : Antenne chirurgicale mobile / parachutiste

BEP : Bataillon étranger de parachutistes.

BPC : Bat. de parachutistes coloniaux ou Bat. de parachutistes de choc.

CAFAEO : Corps auxiliaire des forces armées d'Extrême-Orient.

DBLE : Demi-brigade de légion étrangère.

EPSSM : École principale du service de santé de la marine.

EVDG : École du Val-de-Grâce.

PA : Point d'appui.

RCP : Régiment de chasseurs parachutistes.

REI : Rég. étranger d'infanterie.

RTA/RTM : Rég. de tirailleurs algériens/marocains.

La première mission humanitaire DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES⁶



Jean-Claude JACQUETIN

Jacquetin Jean-Claude né en 1934 à Colombes. PCB à Paris, École Annexe à Toulon, entré à Santé Navale en 1958, sorti colo en 1963, École d'Application au Pharo en 1964 ; premier séjour au Gabon à Moabi puis Kango de 1964 à 1967, assistant de stomatologie en 1968 à l'Hôpital Laveran, mission de secours aux enfants biafrais à Libreville 1968 ; puis Dakar 1969 à 1971 comme stomatologue au 1^{er} RIAOM ; Hôpital Laveran 1971-1975 obtention de la spécialité civile militaire en ORL, puis à partir de 1975 affectations comme chef de service ORL à Yaoundé, Tananarive, Pointe Noire, Dakar, pour terminer à l'HIA Hyacinthe Vincent à Dijon en 1993.

De 1994 à 2004 remplacements, à l'Hôpital Pasteur à Cherbourg, et, en libéral, en métropole, en Guyane et en Martinique.

D'octobre 1968 à mars 1970, le Service de Santé des Armées a secouru les enfants victimes de la guerre du Biafra au Nigeria. Cette guerre a débuté par un conflit entre les Haoussas musulmans du nord et les Ibos chrétiens du sud qui, d'un niveau socio-culturel élevé, occupaient souvent des postes de responsabilité. Victimes de persécutions et de massacres, ils retournent dans leur province d'origine dont ils proclament l'indépendance sous le nom de République du Biafra. La Grande Bretagne et l'URSS prennent parti pour le Nigeria, la France, les États-Unis, la Côte d'Ivoire et le Gabon pour le Biafra. Dès août 1968, de nombreux enfants biafrais ont été évacués au Gabon et accueillis par la Croix Rouge, l'Ordre de Malte, Terre des Hommes et Caritas mais ces ONG sont rapidement débordées. À la demande du gouvernement gabonais, le gouvernement du Général de Gaulle décide de confier au Service de Santé des Armées la mission de créer un hôpital militaire de campagne à Libreville : ce sera la première mission humanitaire du Service de Santé, baptisée « opération Gigogne ». À l'époque, alors que je commençais mon assistantat de stomatologie à l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran à Marseille, je suis contacté en septembre par le Médecin Général Chauliac, directeur du Service de Santé de la région, Compagnon de la Libération, que j'avais connu au Gabon quand j'étais en poste à Kango. Il me demande de faire partie de cette mission. Le Directeur Central, le Médecin Général Inspec-

teur Petchot-Bacqué, fort d'une expérience de prisonnier de guerre, estimait que l'équipe devait absolument comporter un stomatologiste. Mon expérience en la matière était encore extrêmement mince mais j'étais suffisamment compétent pour effectuer des soins dentaires et extraire des dents. De plus, venant de terminer mon séjour au Gabon en 1967, mes camarades du service, dont aucun ne tenait à y aller, estimaient que j'étais le candidat idéal ! L'équipe initiale comprenait treize médecins : un aviateur, P. Jaouen, 4 mètres, J. Giraud, G. Haguenuer, J. Dufour, J. Halpert et huit coloniaux, la plupart recrutés à Laveran, H. Sagnet, le médecin chef du détachement, R. Paillet, C. Josserand, J. Goasgen, J. Lachaud, P. Costesegue, J. Derrien un camarade de promotion, et moi. Tous sauf moi sont internistes. Il y avait en outre un pharmacien chimiste, H. Gournay, métro, un gestionnaire officier d'administration, huit infirmières militaires et quarante-quatre sous-officiers et hommes du rang. Nous sommes regroupés à Paris et serons acheminés à Libreville en deux rotations du DC8 militaire, avec une grande partie du matériel technique et des médicaments. Le matériel lourd est déjà parti par voie maritime. Nous embarquons donc sur le DC8 à l'aéroport du Bourget, en uniforme, par une matinée grise et pluvieuse le 7 octobre 1968. Mon épouse ne conduisant pas encore, aurait été coincée à Marseille en mon absence. Aussi, était-elle partie chez ses parents à Bordeaux avec les deux garçons, et a ainsi pu passer les fêtes en famille.

Arrivés à Libreville, dès l'ouverture de la porte de l'avion, c'est l'habituelle sensation de chape de plomb qui tombe sur les épaules. Nous sommes conduits au centre-ville où l'on nous loge au mess Kéréké, bien connu de tous les coloniaux. Il jouxte le vieux cimetière dont les nombreux manguiers abritent une importante colonie de roussettes à tête de chien, toutes plus bruyantes les unes que les autres et qui s'envolent à la tombée de la nuit pour partir en chasse. Il fait nuit à 18 heures, nous sommes quasiment sur l'équateur. Nous sommes à plusieurs par chambre et goûtons au charme exotique des vieux brasseurs d'air avec leur bruit saccadé caractéristique. Le site choisi pour l'implantation de l'hôpital se trouve sur la route du Cap Estérias, à 10 km au nord de Libreville, sur un terrain sablonneux près de la mer et à proximité de l'aéroport. Après défrichage, viabilisation, montage des tentes et installation des lits picot, nous sommes prêts mi-octobre à accueillir les premiers enfants. L'hôpital comporte douze tentes d'hospitalisation de 20 lits, chaque lit pouvant loger deux enfants tête-bêche (Fig.1). La pharmacie, le labo de chimie et parasitologie, le poste de radiologie sont abrités dans d'autres tentes, tout comme



Fig. 2 - Le fauteuil dentaire



Fig. 1 - L'hôpital militaire de campagne à Libreville, 1968

mon cabinet dentaire de campagne qui comporte un fauteuil dentaire métallique réglable avec tête, un tour électrique et tout le petit matériel et ingrédients nécessaires (Fig.2). De fait, l'état dentaire de la plupart des enfants étant bon, je n'en aurai que peu à soigner. La majorité de mes patients sera surtout extérieure, confrères et familles, militaires et familles en poste à Libreville. Il y avait bien un stomatologiste à l'hôpital mais il paraissait farfêlé et inquiet, parlant souvent de sa guerre 39-45 et présentant le crâne qui était sur son bureau comme celui d'un soldat allemand qu'il avait abattu d'un coup de revolver ! Nous recevions, de nuit, trois à quatre fois par semaine, des groupes d'enfants en provenance du Biafra. Les avions, souvent de vieux DC3 pilotés par de véritables kamikazes, partaient de Libreville en fin d'après-midi, chargés de vivres et de munitions pour les insurgés et revenaient avec des enfants. Ils étaient couchés sur des couvertures à même le plancher de l'avion débarrassé des sièges. Quel choc de découvrir ces pauvres gosses aux corps délabrés, aux yeux excavés, exprimant une lassitude extrême et une tristesse immense (Fig. 3). Ils sont



Fig. 3 - Les enfants Biafrais à l'arrivée

heureusement accompagnés par des nurses de leur ethnie, compétentes, coopérantes, qui les sécurisaient et leur servaient d'interprètes. La plupart avaient atteint un stade avancé de dénutrition: beaucoup de cas de kwashiorkor et heureusement moins de marasmes. Dès leur arrivée à l'hôpital, ils étaient immédiatement pris en charge. On pratiquait un prélèvement sanguin pour le bilan biologique et le groupage. Devant les difficultés techniques, nous avons rapidement adopté la voie sous-clavière qui permettait ensuite, laissée en place, de les perfuser avec le sang que nous recevions du centre de transfusion sanguine des armées à Clamart (Fig. 4). Ma spécialité ne m'occupant pas suffisamment, je suis redevenu interniste et un champion de la voie sous-clavière, comme tous les camarades de l'équipe. Après la journée de travail, ou après les gardes, nous regagnions le mess à Libreville grâce à quelques navettes, en dehors desquelles il fallait se débrouiller en faisant du stop. Nous avions une seule voiture qui avait été attribuée au chef de mission. Nous n'en profitons guère. Un soir de pluie, mi-novembre, nous regagnions Libreville entassés à une quin-

zaine dans un véhicule militaire bâché conduit par un de nos sous-officiers. Suite à une fausse manœuvre du conducteur lors d'un dépassement, le véhicule s'est retourné, a glissé sur la route et s'est arrêté dans le fossé. Par miracle, il n'y eut que des blessés légers et des contusions. Seule une infirmière a été plus touchée : une fracture du crâne.

Tout le monde ou presque était au travail le lendemain matin. Les enfants, très attachants, étaient remarquablement polis, gentils, bien éduqués et propres, à tel point que, malgré leur épuisement, ils trouvaient la force de gagner les seaux hygiéniques positionnés à chaque extrémité des tentes, afin de ne pas faire sous eux et souiller leur lit. Malgré les soins, un certain nombre d'entre eux n'a pu être sauvé, du fait du marasme ou d'affections opportunistes comme la tuberculose. L'autopsie d'un petit cadavre a montré, une fois le volet thoracique enlevé, une multitude de nodules tuberculeux sur tous les viscères. Impressionnant. Pour les autres, nous étions heureux de voir leur état s'améliorer au fil des jours. Quel plaisir de les voir défiler en dansant et en chantant dans les allées de l'hôpital. Un de nos infirmiers, Nandron, passé par la Légion, leur avait appris : « Tiens, voilà du boudin, voilà du boudin ... ». Lorsque les enfants étaient considérés comme tirés d'affaire, ils quittaient l'hôpital et étaient répartis dans des centres d'hébergement à Libreville et à l'intérieur du pays. Il régnait une atmosphère un peu particulière en ville, base arrière des pilotes et des mercenaires recrutés par le colonel Ojowu, le dirigeant Biafrais, comme Bob Denard, Rolf Steiner, Mike Hoare, Roger Faulques, que nous rencontrions souvent dans les bars du bord de mer. Ils se refaisaient une santé entre deux combats ! Beaucoup de membres d'ONG également mais je n'ai pas eu l'occasion de voir Bernard Kouchner ni les french doctors, qui œuvraient au Biafra même.

Nous avions souvent des visites à l'hôpital de notabilités françaises et gabonaises, comme l'attaché militaire, le colonel Merle, l'ambassadeur de France Maurice Delauney (auteur du très intéressant livre Kala-kala) et le président Omar Bongo qui avait tenu à saluer et serrer la main de chacun d'entre nous. Bien sûr, nous n'étions pas de service 24 heures sur 24 : nous avions du temps libre et des jours de récupération. La détente la plus facile était la plage toute proche. Nous étions également invités chez des cama-

rades du Corps en poste coopération à l'hôpital ou dans les cadres, comme H. Mondon au Camp des Gardes. Il était possible de faire un peu de tourisme : j'avais retrouvé Roger Armelin, un ami forestier basé à Libreville, connu lors de mon séjour à Kango. Avec lui, certains d'entre nous sont allés aux chutes de Kinguélé au pied des Monts de Cristal, ainsi qu'à la réserve de Wonga-Wongue, en bordure littorale à mi-chemin entre Libreville et Port-Gentil. Nous étions 7 ou 8 à avoir loué un petit avion qui nous avait déposés sur la piste en latérite de la réserve. Elle se caractérisait par de beaux paysages de savanes arborées et de marécages, avec de grands cirques d'érosion, comme celui de Grand Bam-Bam. Nous avons vu beaucoup d'animaux : troupes de buffles, d'antilopes, d'éléphants, dont de petits éléphants de forêt un peu rougeâtres appelés assalas, des hippopotames dans les cours d'eau, et beaucoup d'autres encore. J'ai eu l'occasion d'aller à la pêche au barracuda sur l'îlot Corisco au large du Cap Estérias, toujours grâce à mon ami Armelin qui y allait avec les docteurs Chastel et Rivière, médecins civils associés, installés à Libreville. L'îlot était un simple banc de sable en pleine mer, sans la moindre végétation, grouillant de crabes dès la nuit tombée. Heureusement, nous avons dormi dans des tentes type igloo, parfaitement étanches, mais ce bruit incessant, toute la nuit, de pattes crissant sur le sable était à la fois pénible et impressionnant. Nous avons fait une belle pêche, une dizaine de barracudas d'un mètre de long. Vers la mi-décembre, j'ai eu la chance d'être chargé, par le camarade du Service des Grandes Endémies, d'une mission un peu « bidon ». Il m'avait confié un véhicule pour me permettre de revoir Kango, à 120 km de Libreville, le poste de brousse où j'avais servi de 1965 à 1967. Quel bonheur pour moi de revoir les lieux et mon équipe d'infirmiers et de sages-femmes. Quelle surprise pour eux, ils n'arrivaient pas à croire que c'était bien moi. Je n'ai pas vu le médecin gabonais qui m'avait succédé, il était « absenté ».

La relève n'étant prévue qu'en février 1969, nous nous sommes organisés pour passer dignement les fêtes de fin d'année. J'y avais convié Armelin, qui était de toutes nos ribotes. Nous avons assisté à la messe de minuit à la cathédrale Sainte-Marie, qui s'est déroulée dans une ambiance « endiablée » si j'ose dire ! Puis ce fut un excellent repas de réveillon, bien arrosé, dont je ne me rappelle plus le menu. Finalement, avec

quelques camarades, nous avons été rapatriés un peu plus tôt que prévu, les autres devant attendre la relève. Nous embarquons le 7 janvier sur un Nord-Atlas en direction de Fort-Lamy, aujourd'hui N'Djamena.



Fig. 4 - Un petit Biafrais pris en charge à l'hôpital

Comme d'habitude, il faut un temps qui paraît interminable avant que l'avion ne consente à décoller. Ensuite, c'est le bruit infernal, pendant des heures. À Fort-Lamy, nous embarquons à bord du DC8 du Cotam, autrement confortable, et nous atterrissons à l'aéroport militaire d'Evreux le 8 janvier. Puis, c'est l'avion pour Marseille, la boucle était bouclée. Après rapatriement de la famille à Marseille, c'est la reprise du travail à Laveran mi-janvier. Il n'était pas rare, quelque temps après, de voir dans les couloirs de l'hôpital, les quelques pionniers de cette mission évoquer leurs souvenirs de campagne en se grattant frénétiquement avant-bras, commissures digitales et autres endroits que je ne nommerai pas. Force fut d'admettre qu'en souvenir, les petits Biafrais nous avaient laissé la gale, peut-être pour que nous ne les oublions pas trop vite ! Nous avons traité rapidement et efficacement cette parasitose et, à ce que je sache, aucune de nos familles n'a été atteinte. Outre la gale, nous avons eu droit à la Médaille d'Honneur du Service de santé des Armées.

LES INSTITUTS PASTEUR *d'Outre-mer*⁷



Yves BUISSON (1948-2025)

Membre de l'Académie nationale de médecine
Membre de l'Académie nationale de pharmacie
Membre de l'Académie des sciences d'outre-mer
Ancien directeur de l'IMTSSA Le Pharo
Ancien directeur de l'institut Pasteur du Cambodge
Ancien président de la Société de pathologie exotique

En hommage à notre camarade décédé en novembre 2025, nous reproduisons ici une conférence qu'a donnée Yves Buisson en 2024 à Aubusson dans le cadre des Journées Jamot.

Les Instituts Pasteur d'Outre-mer



Yves Buisson
Académie nationale
de médecine



« porter la méthode dans ces lointains pays »



CONTEXTE HISTORIQUE

| | |
|------------------------|---|
| 28 JUILLET 1885 | Séance parlementaire où Jules Ferry défend « Les fondements de la politique coloniale » |
| JUIL. OCT. 1885 | Louis Pasteur triomphe de la rage |
| 1887 | Création de l'Union Indochinoise (capitale Hanoi) |
| 1888 | Inauguration de l'Institut Pasteur à Paris |
| 1890 | Pasteur envoie Albert Calmette à Saïgon |
| 1892 - 1895 | Joseph Galliéni achève la pacification du Tonkin |
| 1887 - 1902 | Paul Doumer gouverneur général de l'Indochine conduit une politique de grands travaux |

1885 *Pasteur triomphe de la rage*



- > Après morsure, longue incubation : 30 à 45 jours
- > La rage déclarée est constamment mortelle
- > Le virus de la rage sera identifié qu'en 1931
- > Préparation de vaccin à partir de moelles de lapins infectés
- > Expérimentation réussie chez le chien
- > **6 - 16 juillet 1885** : le docteur Joseph Grancher vaccine Joseph Meister, 9 ans, mordu 14 fois par un chien enragé
- > En 12 mois, seulement 10 échecs sur 1726 patients traités



1^{er} mars 1886 : Pasteur présente ses résultats à l'Académie des sciences :

« Il est donc certain que, pour la France, un seul établissement peut suffire. Pour l'Amérique du Sud, le Chili, le Brésil, l'Australie... Il faudra évidemment former, dans l'établissement de Paris, de jeunes savants qui iront **porter la méthode dans ces lointains pays...** »

4 NOVEMBRE 1888

Inauguration de l'Institut Pasteur par le Président Sadi Carnot



Discours du docteur Joseph Grancher :

« Il existe aujourd'hui, en comptant celui de Paris, plus de 20 instituts antirabiques disséminés dans le monde entier.

Il y en a 7 en Russie : Odessa, Saint-Pétersbourg, Moscou, Varsovie, Charkow, Samara et Tifflis ; 5 en Italie : Milan, Turin, Palerme, Bologne... ; 1 à Vienne, 1 à Barcelonne, 1 à Bucharest, 1 à Rio-de-Janeiro, 1 à la Havane, 1 à Buenos-Ayres ; enfin à Chicago et à Malte, 2 nouveaux laboratoires sont en voie d'organisation »

**Mais à cette date,
rien encore dans l'empire colonial français ...**

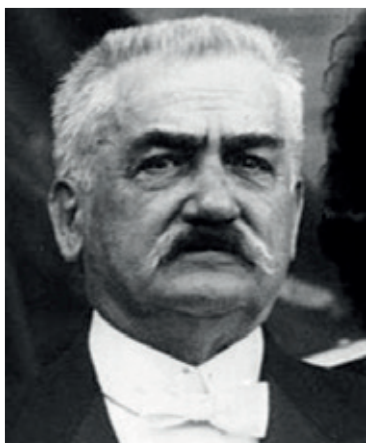
1890 Un jour de décembre ...

Eugène Etienne sollicite Louis Pasteur :

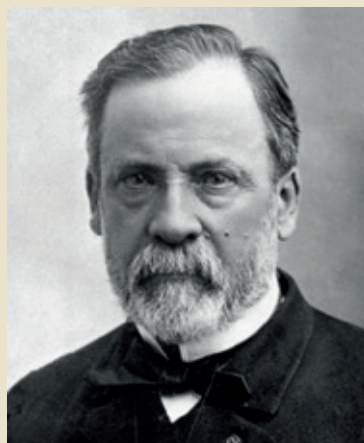
« Monsieur Pasteur, pourriez-vous créer à Saïgon un centre de vaccination contre la variole et la rage ? »

Pasteur contacte alors Albert Calmette :

« Calmette, vous qui êtes marin, est-ce que vous seriez disposé à vous rendre là-bas pour cette tâche ? »



Eugène Etienne
(1844 - 1921)
Sous-secrétaire d'État
aux Colonies



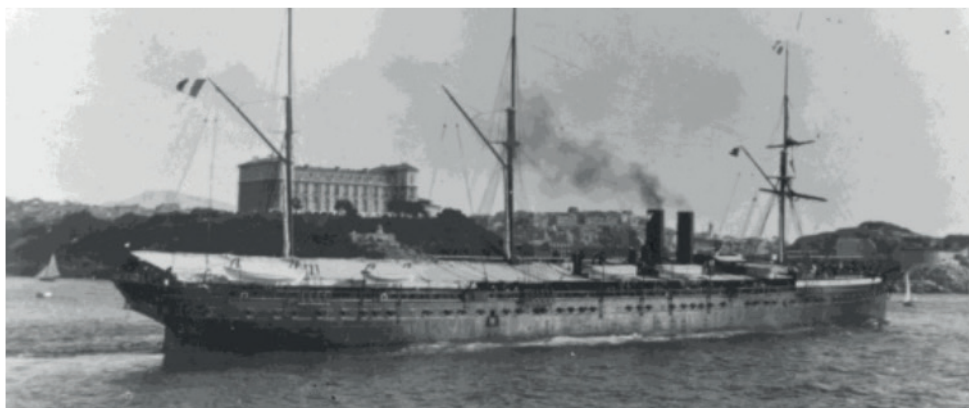
Louis Pasteur (1822 - 1895)



Albert Calmette
(1822 - 1895)
Médecin de la marine
1883 - 1885 : Campagne
de Chine dans l'escadre
de l'Amiral Courbet
1890 : cours de micro-
biologie IP

11 JANVIER 1891 Calmette embarque pour Saïgon sur le paquebot « Natal »

Albert Calmette emporte la souche de virus rabique avec lui. Souche, entretenue sur des lapins par inoculation intracérébrale tous les 10 jours.



Le paquebot *Natal* - À noter : le Pharo à l'arrière-plan - NDLR)



ACTE I : l'Extrême Orient

Détail : Saïgon, Paul Harsac, 1911

Calmette à Saïgon, *premiers succès*



- > **Vaccin antivariolique** préparé sur jeunes bufflons
- > 500 000 vaccinés en 1 an
- > **Vaccin antirabique** préparé à partir du virus fixe conservé en glycérine
- > Mise au point du **1^{er} sérum antivenimeux Cobra**



Saïgon, *1^{er} Institut Pasteur d'Outre-Mer*

Ouvert en 1891, 3 ans après l'Institut Pasteur de Paris



Puis vint : Yersin



Alexandre Yersin
(1863 - 1943)

*Médecin, bactériologiste, explorateur, naturaliste, planteur, photographe, astronome...
Suisse, naturalisé français en 1889*

1885 - 1890 : études de médecine à Paris + travaux à l'IPP avec Emile Roux

1891 : affecté comme médecin des messageries maritimes sur la ligne Saïgon - Haïpong

1892 : intègre le corps de santé des Troupes Coloniales

20 juin 1894 : isole le bacille de la peste à Hong Kong

1894 - 1897 : découvre le plateau de Liang Biang Paul Doumer y fonde la ville de Dalat

1895 : crée l'Institut Pasteur de Nha Trang

1899 : introduit l'hévéa en Indochine

1902 : crée et dirige l'École de Médecine de Hanoï

20 JUIN 1894, Yersin isole le bacille de la peste à Hong Kong

> Dans sa paillette « laboratoire » Yersin recherche le microbe dans les bubons des cadavres de pestiférés (Fig. 1)

> Le microscope de la découverte (Fig. 2)

> Shibasaburo Kitasato (1853 - 1931), élève de Robert Koch, sa recherche du microbe dans le sang est un échec (Fig. 3)

> « ... une véritable purée de microbes, tous ensemble. Ce sont de très petits bâtonnets, trapus, à extrémités arrondies, et assez mal colorés au bleu de Löffler » (Fig. 4)

> **Préparation d'un sérum antipesteux sur cheval à l'IP de Paris**

> Enterré à Nha Trang, Yersin (Ông Nam), est vénéré comme un génie bienfaiteur (Fig. 5 à 8)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

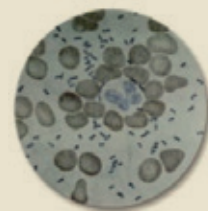


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

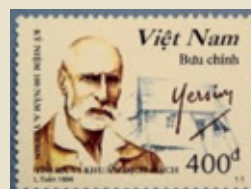


Fig. 7



Fig. 8

Simon : le multimissionnaire



Paul-Louis Simond
(1858 - 1947)

*Médecin de la marine, puis des Troupes coloniales
Missions : lèpre, peste, fièvre jaune, choléra...*

1890 - 1894 : accompagne la mission Gallieni qui délimita la frontière sino-indochinoise

1897 : à Bombay démontre le rôle de la puce du rat dans la transmission de la peste

1898 - 1901 : dirige l'Institut Pasteur à Saigon

1908 : membre fondateur de la SPE

1914 : membre correspondant de l'Académie de médecine

1914 - 1917 : directeur du Service de santé d'Indochine



Paul-Louis Simond directeur de l'Institut Pasteur de Saigon 1898 - 1901

Bernard, successeur de Calmette et de Yersin



Noël Bernard
(1875 - 1971)

30 années d'Indochine

Médecin du Corps de santé colonial

1900 - 1907 : sert au Laos, au Siam et dans le Haut-Tonkin

1910 : crée un institut de microbiologie à Hué

1917 : directeur de l'Institut de microbiologie de Hanoï et de l'Institut vaccinogène du Tonkin

1917 - 1922 : sous-directeur, directeur de l'IP de Saigon

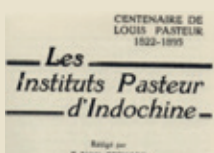
1923 - 1925 : directeur de l'IP de Saigon et de Nha Trang

1925 : crée les *Archives des Instituts Pasteur d'Indochine*. Chargé de la réorganisation des IP d'Indochine et de la création de l'IP de Hanoï

1925 - 1931 : directeur des IP d'Indochine à Saigon

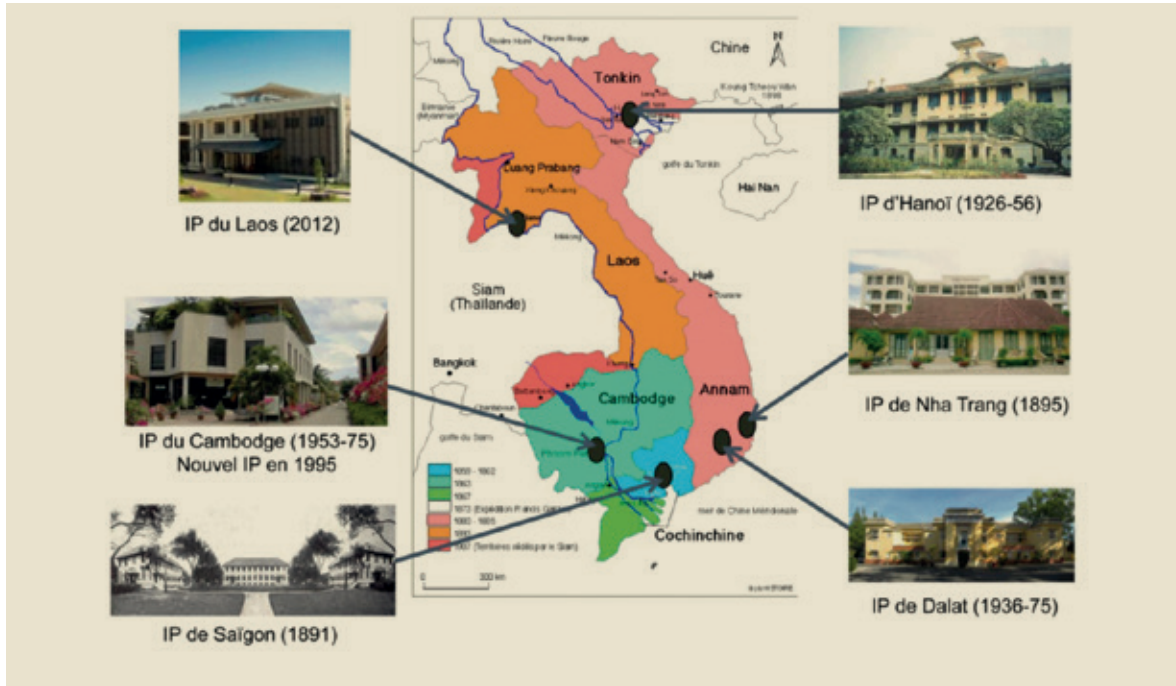
1931 - 1938 : directeur général des IP d'Indochine (Paris)

1938 - 1958 : directeur général des Instituts Pasteur d'Outre-mer





LES INSTITUTS PASTEUR D'INDOCHINE



ACTE II : l'Afrique du Nord

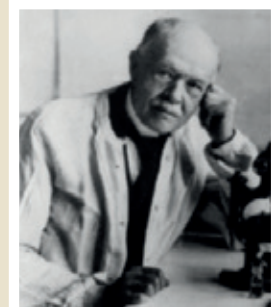
Chameliers à El-Kantara, détail tableau d'Alexis Auguste Delahogue (1869-1953)

EN TUNISIE

- 1893** : Louis Pasteur charge son neveu de créer un laboratoire de vinification à la demande du Résident Général de France en Tunisie > rapidement complété par un Centre de vaccination antirabique
- 1900** : **Charles Nicolle** en devient le directeur jusqu'à sa mort en 1936
- 1909** : **Nicolle découvre le parasite *Toxoplasma gondii* et montre le rôle exclusif du pou dans la transmission du typhus exanthématique**
- 1928** : prix Nobel de médecine
- 1929** : élu membre de l'Académie de médecine
- 1932** : professeur au Collège de France



Adrien Loir
(1862 - 1941)



Charles Nicolle
(1866 - 1936)



Edmond Sergent (1876 - 1969)
Étienne Sergent (1878 - 1948)



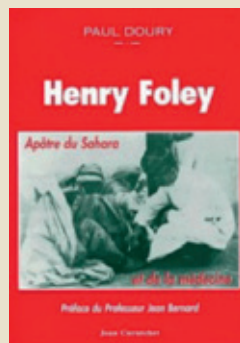
Institut Pasteur à Alger

1900 : Emile Roux, sous-directeur de l'IPP envoie les frères Sergent en mission en Algérie pour vérifier la découverte de Ronald Ross (transmission du paludisme par le moustique)

1909 : ouverture de l'IP d'Alger



Henry Foley
(1871 - 1956)



Médecin militaire, École du Service de santé militaire de Lyon

1893 - 1894 : chef de clinique médicale au Val-de-Grâce

1894 - 1896 : préparateur au labo de bactériologie du Val-de-Grâce

1896 - 1900 : chef du labo de bactériologie militaire à Tunis

1901 - 1911 : dirige l'Institut Impérial antirabique à Constantinople

1903 : démontre que l'agent de la rage est un virus filtrant

1914 : 1^{er} directeur de l'Institut Pasteur à Tanger

1914 - 1918 : étudie la dysenterie bacillaire sur le front d'Argonne, médecin-chef du Laboratoire central de l'Armée

1918 - 1957 : retour à l'Institut Pasteur à Tanger

1919 : membre correspondant de l'Académie de Médecine

1932 : ouverture de l'IP de Casablanca



Paul Remlinger
(1871 - 1964)



LES INSTITUTS PASTEUR EN AFRIQUE DU NORD



1911 : IP de Tanger



1894 : IP d'Alger



1893 : IP de Tunis



1929 : IP Casablanca



ACTE III : Madagascar

15 septembre 1895 marche de la colonne légère sur Andriba - Louis TINAYRE
Musée national du château de Versailles (histoire-image.org)

Thiroux : le miraculé



André Thiroux
(1869 - 1960)

- 1890** : élève de la 1^{ère} promotion de la Santé navale
- 1894** : contracte la fièvre jaune à la Martinique
- 1898** : lutte contre la peste à la Réunion
- 1899** : Gallieni lui confie la création d'un Institut vaccinogène et antirabique à Tananarive
- 1905** : dirige le laboratoire de Saint-Louis du Sénégal
- 1907 - 1910** : étude du paludisme avec Alphonse Laveran
- 1913** : médaille d'or des épidémies pour son action contre la fièvre jaune au Sénégal
- 1914 - 1916** : médecin chef de la 77^e Division du 33^e corps
- 1917** : directeur du Service de santé d'Annam, à Hué
- 1920** : membre correspondant de l'Académie de médecine
- 1920 - 1926** : directeur de l'École d'application du Pharo
- 1927** : directeur du Service de santé de Madagascar il crée l'Institut Pasteur de Madagascar

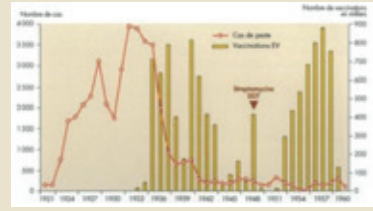
Girard, Robic... et la peste



Georges Girard
(1888 - 1985)
Jean-Marie Léopold Robic
(1893 - 1968)

Médecins des troupes coloniales

1922 - 1953 : directeurs de l'IP de Tananarive
1932 : mise au point du 1^{er} vaccin atténué contre la peste qu'ils s'inoculent pour prouver son innocuité
1935 - 1959 : vaccination de près d'un tiers de la population malgache



ACTE IV :
l'Afrique noire

*Le prince de Joinville assistant à une danse dans l'île de Gorée, décembre 1842 - Édouard Auguste Nouveau (1811-1848)
(Collections du château de Versailles - Source : commons.wikimedia.org)*

Marchoux, le léprologue



Émile Marchoux
(1862 - 1943)

Médecin de marine, puis médecin des colonies

1893 : cours de microbiologie à l'Institut Pasteur
1895 - 1899 : installe et dirige le 1^{er} laboratoire africain à Saint-Louis du Sénégal
1905 : dirige le service de microbiologie tropicale à l'IPP
1908 : cofondateur de la Société de pathologie exotique (SPE)
1923 : président de l'Association internationale de la lèpre
1925 : membre de l'Académie de médecine
1928 - 1932 : président de la SPE
1931 : création de l'Institut Central de la Lèpre à Bamako (Mali)
1943 > Institut Marchoux





Mathis et la fièvre jaune



Constant Mathis
(1871 - 1956)

Médecin de marine, puis du Corps de santé colonial

1907 - 1908 : Tonkin, lutte contre le choléra

1908 - 1914 : directeur de l'Institut antirabique à Hanoï

1915 - 1919 : médecin-chef du régiment, puis du laboratoire

1919 - 1922 : chef du Service de santé au Cambodge

1923 : membre de l'Académie de médecine

1924 - 1937 : 1^{er} directeur de l'IP de Dakar

1931 : épidémie de fièvre jaune au Sénégal

> 1^{er} isolement du virus amaril avec Laigret

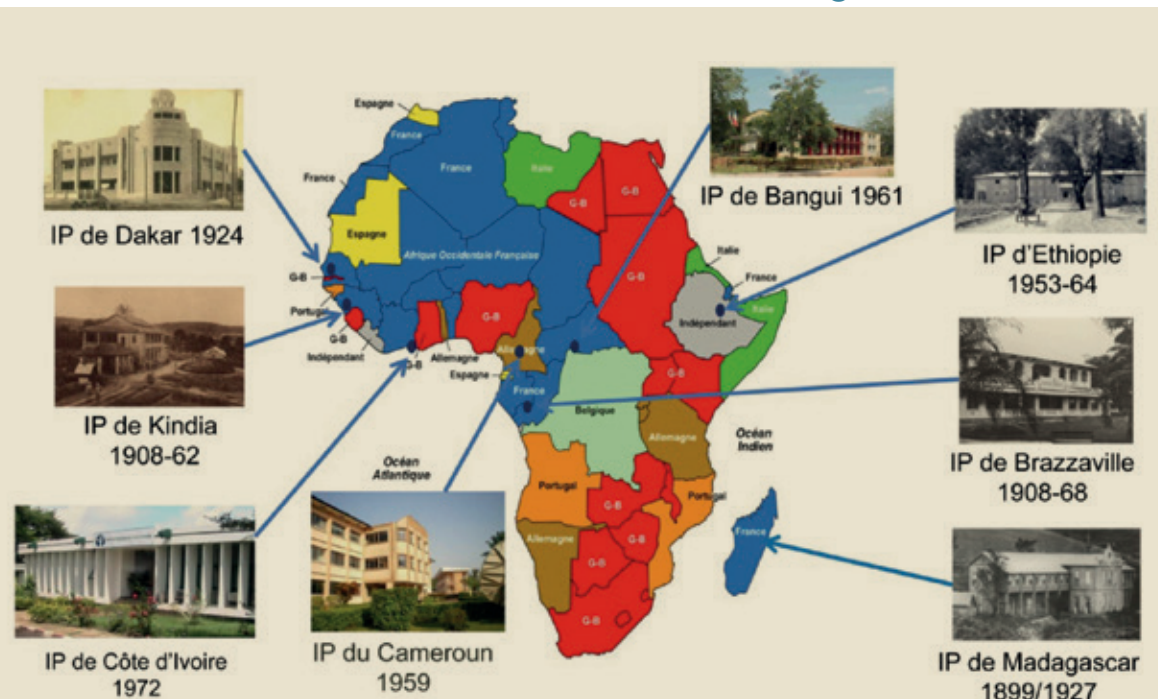
> 1^{er} vaccin amaril (Sellards et Laigret 1932)

1928 : membre correspondant de l'Académie de médecine

1946 : il publie *L'œuvre des pastoriens en Afrique noire*



LES INSTITUTS PASTEUR D'AFRIQUE NOIRE



ACTE V :
Guerres, révolutions, indépendances...

La Guerre tableau d'Henri Rousseau 1894

Institut Pasteur de Saint Pétersbourg

1886 : Pasteur vaccine avec succès 15 paysans de Smolensk mordus par des chiens enragés

■ le Tsar Alexandre III le remercie par un don de 300 000 F pour la fondation du futur IP

■ Andrien Loir et Léon Perdrrix partent en mission à Saint Pétersbourg > institut antirabique

1923 : fondation de l'Institut Pasteur de Léningrad

1941 - 1944 : Siège de Léningrad

■ 900 jours, 1 800 000 victimes

■ l'activité de l'Institut ne s'arrête pas malgré le froid, la famine, les épidémies et les bombardements



Institut Pasteur de Phnom Penh 1953 - 1975

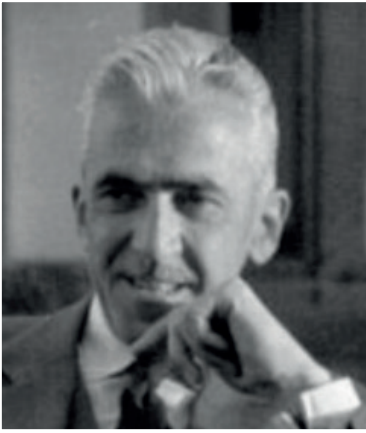
1975 - 1979 : génocide Khmer rouge

L'Institut est détruit, le personnel cambodgien est massacré

1995 : ouverture de l'Institut Pasteur au Cambodge



Institut Pasteur d'Iran ouvert en 1921



Marcel Baltazard
(1908 - 1971)

1924 - 1928 : études de médecine à Paris

1933 - 1942 : chef de labo Institut Pasteur Casablanca

1942 - 1945 : 1^{er} groupe de Tabors-Goums marocains

> campagnes Italie, France, Allemagne

1946 - 1961 : directeur de l'Institut Pasteur d'Iran

1947 : identifie le réservoir endogée de la peste dans les hauts-plateaux du Kurdistan

1961 : membre correspondant de l'Académie de médecine

1979 : révolution > république islamique
changement de directeur mais l'Institut continue ses activités



Révolution en Iran 1979 (source : <https://soirmag.lesoir.be/>)

Création du réseau International des instituts Pasteur et instituts associés

1972 : Jacques Monod crée le Conseil des directeurs des Instituts Pasteur

1988 : Luc Durosoir regroupe les IPOM en réseau



Luc Durosoir

*Médecin biologiste des hôpitaux des armées
Professeur agrégé du Val-de-Grâce*

1986 - 2001 : Délégué général au réseau International des Instituts PASTEUR

Colonisation > Coopération > Mondialisation

1891 - 1988 : Instituts Pasteur d'Outre-mer

- > mission : étude de la pathologie « exotique » et lutte contre les grandes épidémies
- > médecins du Corps de santé de la Marine, puis du Corps de santé des troupes coloniales

1988 - 2011 : Réseau international des Instituts Pasteur

- > recherche : seul réseau scientifique international utilisant la langue française
- > 33 établissements implantés dans 25 pays, répartis sur les 5 continents

2011 : Association Pasteur Network

Mission : Contribuer à la prévention et à la lutte contre les maladies infectieuses pour une meilleure santé globale à travers :

- > la recherche
- > les activités de santé publique
- > la formation
- > le développement et transfert de technologie



Quel bilan après 125 ans ?

UN LEGS SCIENTIFIQUE CONSIDÉRABLE

- > identification de nouveaux agents pathogènes (*Y. pestis* ...)
- > élucidation épidémiologique de maladies endémiques
- > vaccinations et sérothérapie

UNE ŒUVRE DE SANTÉ PUBLIQUE

- > lutte contre les endémies : rage, variole, peste, choléra, tuberculose, paludisme ...
- > lutte contre les zoonoses : peste bovine, fièvre aphteuse, charbon, choléra des poules, rouget du porc, surra ...
- > agronomie tropicale : acclimatations (hévée, arbres fruitiers, légumineuses), introduction quinquina, plantes médicinales, fermentations (alcool de riz, noc-mâm, tourteau d'arachide...)



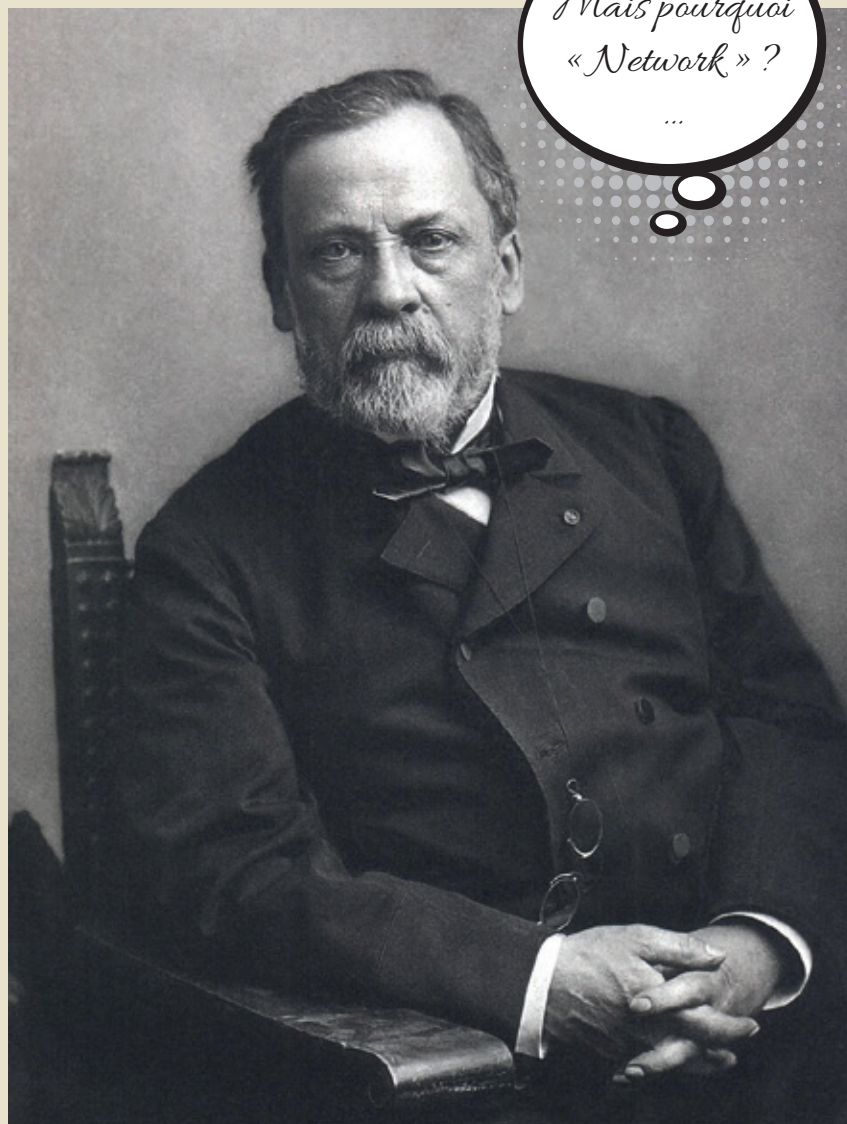
Un immense héritage

DANS CHAQUE PAYS D'IMPLANTATION :

> formation de chercheurs de haut niveau (doctorat ès sciences) en microbiologie, virologie, parasitologie, immuno-hématologie, biologie moléculaire, épidémiologie, entomologie, vaccinologie...



*« La science n'a pas de patrie,
parceque le savoir est le patrimoine de l'humanité »*



*Mais pourquoi
« Network » ?*

...



Lorsque la Seconde guerre mondiale éclate, Robert Basset est le directeur de l'école Jules Ferry à Bernay (Eure). Ne supportant pas l'occupation allemande, il entre en résistance sous le nom de « Pommier », et son logement de fonction (l'école) devient le lieu de réunions secrètes et source des messages destinés à Londres (grâce à une antenne de dix mètres déployée depuis le grenier de l'école). Arrêté une première fois par la Gestapo, avec son fils Jean, en novembre 1943 puis libéré faute de preuves, il est pris en otage en juin 1944, envoyé à Fresnes puis déporté dans le camp de concentration de Buchenwald en Allemagne, après un terrible voyage de cinq jours dans un des derniers convois à bestiaux, le 20 août de la même année. Durant sa détention, malgré les conditions que l'on sait, il participe aux actes de résistances du camp et réussit à faire sortir des informations qui permettront le bombardement

des dépôts de munitions. Il est libéré le 11 avril 1945 mais restera sur place plusieurs jours pour faire visiter les camps aux Alliés. De retour en France, il reprend son activité d'enseignant et met la dernière main à un récit relatant ses épreuves et les conditions de captivité des déportés. Cependant, considérablement affaibli par les privations et les mauvais traitements, il décèdera quelques années plus tard, le 20 novembre 1949. C'est ce manuscrit que son petit-fils, Didier Basset, a retrouvé dans une cantine oubliée dans le grenier de la demeure familiale. Il relate avec précision le destin d'un homme : son engagement dans la Résistance, avec ses deux fils Jacques et Jean au sein du réseau aujourd'hui célèbre « CND-Castille » (CND pour Confrérie Notre-Dame) jusqu'à son arrestation et sa déportation.



Françoise Jubin
**MON PÈRE, FRANÇOIS JUBIN,
MÉDECIN DE LA MARINE**

Enfant du Lot
«Mort pour la France»

François JUBIN est un enfant du Lot, né à Cahors où il repose en paix depuis 80 ans. Étudiant en médecine à l'école de Santé Navale de Bordeaux, il a été entre 1940 et 1944 successivement, un combattant remarqué pendant la brève campagne de France, un opposant déclaré au régime de Vichy pendant sa période d'études à Montpellier jusqu'à l'invasion de la zone non occupée fin 1942. Revenu dans le Lot comme médecin généraliste à Lauzès, il a mené de front sa mission de médecin de campagne et celle de résistant actif. C'est à nouveau les armes à la main, en uniforme de la Marine, qu'il est tombé sous les balles de la «division fantôme» de la Wehrmacht le 28 juin 1944, à l'âge de 28 ans.

Pour Françoise sa fille aînée, auteur de cet ouvrage, qui a vécu ce traumatisme à l'âge de 2 ans, puis l'exil vers une région inconnue, son père était une sorte d'icône, présentée par sa mère, tantôt comme un héros admirable, tantôt comme «le père fouettard» qui avait le pouvoir de châtier l'enfant rebelle. Lorsqu'à l'âge de 7 ans, elle a reçu des mains d'un imposant officier, devant le monument aux morts de Cahors, la croix de la Légion d'honneur, en hommage à la bravoure de son père, elle a retrouvé celui qui avait veillé sur elle pendant les 2 premières années de sa vie. Constatant qu'aujourd'hui, le souvenir de son père avait disparu des mémoires avec les derniers témoins de cette terrible époque, elle a entrepris de ranimer la flamme du souvenir, non seulement pour François Jubin, mais aussi pour ceux qu'elle rencontre en fouillant le passé. Ce livre est la première concrétisation de son projet.

SOMMAIRE

- HOMMAGE PAR FRANÇOIS FEZTO
- AVANT-PROPOS
- BIOGRAPHIE DE FRANÇOIS JUBIN
- PREMIÈRE PARTIE / LA PREMIÈRE CAMPAGNE DE FRANCE, MAI-JUIN 1940
- DEUXIÈME PARTIE / L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE SOUS VICHY (MONTPELLIER), 1940-1943
- TROISIÈME PARTIE / LE DOCTEUR DE LAUZÈS
- ÉPILOGUE / DES HOMMAGES À L'OUBLI



Association capitaine François Jubin
www.francois-jubin.fr

ISBN 978 2 917626 38 2
Prix : 20 €

édicousse
www.edicousse.fr





Pour commander ce livre (40 euros) :

Par chèque bancaire :
À l'ordre de « Ceux du Pharo »
Adressé à M. Francis LOUIS,
Résidence Plein-Sud 1, bâtiment B3,
13380 PLAN DE CUQUES

Par virement bancaire (nous informer par e-mail):
Intitulé du compte : Ceux du Pharo, association des anciens et amis du Pharo, AAAP
Domiciliation : BNPPARB FOS MER (01287)
Code Banque : 30004
Code Guichet : 01287
Numéro de compte : 00010045057
Clé RIB : 65
IBAN : FR76 3000 4012 8700 0100 4505 765
BIC : BNPAFRPPMAR

botanique aux élèves de l'École après avoir classé les plantes selon leurs propriétés médicinales car il fallait former des officiers de santé navigants ayant la triple fonction de médecin, de chirurgien et d'apothicaire. En 1743, il est nommé second médecin du port en remplacement du docteur Louis Gillet de Champoury.

Il rédige le Règlement des Écoles de chirurgie du 1^{er} mars 1768 qui fixe dans les articles VIII et IX les modalités pratiques de l'enseignement de la botanique par les médecins de l'École. Au décès de son père, il est nommé premier médecin du port de Rochefort et directeur de l'École de chirurgie par décision royale en date du 1^{er} décembre 1757.

En 1758, il devient héritier du titre d'écuyer attribué à son père, il peut être appelé Cochon du Puy et il est fait chevalier de l'ordre de Saint-Michel en 1758.

Il décède à Rochefort le 7 janvier 1788 après 55 ans au service de la Marine.

POSTERITÉ

Le nom de Gaspard Cochon-Dupuy a été donné à une place à Rochefort (Charente-Maritime).



COCHON-DUVIVIER Pierre (1731-1813), Directeur de l'École de médecine de Rochefort.

Pierre, Jacques, Thomas naît le 8 octobre 1731 à Fressines (Deux-Sèvres).

En 1748, à 17 ans, il étudie la chirurgie à Rochefort (Charente-Maritime) et, dès 1749, il commence les courses en mer, comme second puis premier chirurgien. Ces sept années de courses le mèneront aux Indes, en Afrique, aux Antilles et au Canada où une épidémie tue 10 chirurgiens sur 27 !

En 1765, il est nommé démonstrateur à Rochefort et fonde la chirurgie sur les bases anatomiques.

En 1780, il est chirurgien en chef de la Marine

et il est directeur de l'École de médecine navale de Rochefort, de 1788 à 1814.

Le 4 nivôse an VIII (1799), il est élu pour représenter le département de la Charente-Maritime au Corps législatif (Assemblée législative). Il restera à ce poste jusqu'en 1804. En 1799 sévit à Rochefort une épidémie de fièvres intermittentes. Cochon-Duvivier fait le lien avec l'eau environnante et fait assécher les marais de Brouage, ce qui met fin à l'épidémie. Il obtient alors le pavage et l'irrigation des rues de Rochefort, ce qui apporte un assainissement très net de la ville. Il décède à Rochefort le 26 avril 1813.

POSTERITÉ

Le nom de Pierre Cochon-Duvivier a été donné à une rue de Rochefort (Charente-Maritime).



COLLIN Léon (1880-1970), Médecin aux bagnes.

Léon, Philibert Collin est né à Crèches-sur-Saône (Saône-et-Loire) le 27 octobre 1880. Après ses études médicales à Toulon et à Bordeaux (promotion 1900), il sert au Tonkin, à la brigade de réserve de Chine puis à l'hôpital de Haiphong, d'où il est rapatrié en 1905 après une attaque de choléra qui lui vaut la médaille d'argent des épidémies. Affecté ensuite au transport des condamnés sur le Loire, il fait un stage à l'Institut Pasteur et un séjour de trois ans en Nouvelle-Calédonie, d'où il revient après l'épidémie de peste de 1912 avec la médaille de vermeil des épidémies.

De retour en France en 1913, il est envoyé en Annam diriger l'institut ophthalmologique Albert-Sarraut. Il prend sa retraite en 1927 pour raisons de santé mais il est rappelé à l'activité en 1930.

En 1919, il est affecté à Tananarive où il exerce les fonctions de médecin à l'hôpital et de professeur à l'école de médecine.

En 1948, à la suite d'une pénurie de médecins militaires, le doyen de la faculté de médecine de Paris lance un appel en faveur de l'engagement volontaire d'étudiants pour servir en Extrême-Orient. Valérie André saisit cette opportunité. Elle s'engage dans l'armée et rejoint l'Indochine comme médecin-capitaine le 9 janvier 1949.

AMOURETTI Michel (1939).

Hépatogastro-entérologue.

Michel, Marie Amouretti naît en 1939. Il est le petit-fils de Henri, Xavier, Emmanuel Amouretti et l'arrière-petit-fils de Jean, Ernest Amouretti.

Il est admis sur concours à l'école principale du service de santé de la marine et des colonies à Bordeaux, promotion 1956, matricule 403. Durant ses études, il est successivement externe puis interne des hôpitaux.

Il sort major de sa promotion en 1963. Il est aujourd'hui hépatogastro-entérologue, professeur à l'université de Bordeaux II.



ANDRÉ Valérie (1922), Médecin pilote d'hélicoptère.

Valérie André est née le 21 avril 1922 à Strasbourg dans le Bas-Rhin.

Adolescente, alors qu'elle réside à Strasbourg, elle profite de l'essor de « l'aviation populaire » pour suivre des cours de pilotage. Avec l'admission allemande de 1940, elle fait l'Alsace pour rejoindre Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), où s'est repliée la faculté de médecine de Strasbourg. L'invasion du sud de la France en novembre 1942 la contraint à un nouveau départ.

Pour échapper aux autorités allemandes qui recherchent les étudiants d'origine alsacienne dans l'ancienne zone libre, elle part pour Paris. Elle y poursuit ses études et obtient son diplôme de docteur en médecine peu après la guerre.

À la même époque, elle assure l'encadrement médical d'une préparation militaire parachutiste. C'est à cette occasion qu'elle effectue ses premiers sauts.

C'est également à cette époque que son intérêt pour l'armée se fait plus vif. Désireuse de devenir pilote militaire, elle se heurte à l'interdiction faite aux femmes d'exercer cette fonction. La guerre d'Indochine lui permettra

de contourner l'obstacle et de parvenir à ses fins. En 1948, à la suite d'une pénurie de médecins militaires, le doyen de la faculté de médecine de Paris lance un appel en faveur de l'engagement volontaire d'étudiants pour servir en Extrême-Orient. Valérie André saisit cette opportunité. Elle s'engage dans l'armée et rejoint l'Indochine comme médecin-capitaine le 9 janvier 1949.



Elle y est tout d'abord affectée à l'hôpital de My Tho, puis elle rejoint l'hôpital Costes de Saïgon, où elle est assistante en neurochirurgie. Lorsque ses supérieurs apprennent qu'elle est également parachutiste, ils lui proposent de suivre une formation complémentaire en chirurgie de guerre, à la suite de laquelle elle doit être employée au soutien sanitaire des petits postes isolés, qui ne peuvent être joints que par des personnels parachutés. Elle effectue sa première mission sur le Haut-Laos. De retour en France, Valérie André rejoint un cours de formation au pilotage d'hélicoptères



L'AFRIQUE CENTRALE AU TEMPS DES COLONIES

Florilège de la littérature francophone

Francis Louis



L'AFRIQUE CENTRALE AU TEMPS DES COLONIES - Francis Louis
Florilège de la littérature francophone

ISBN 978-2-9590654-2-2 - Prix : 25 euros

MÉDECINS DE BROUSSE

TÉMOIGNAGES DE MÉDECINS D'OUTRE-MER



Conception - coordination
Francis LOUIS

Ils n'avaient pas trente ans quand, au sortir du prestigieux Pharo, les médecins militaires sont partis pour « l'outre-mer », sur les pas de leurs glorieux anciens, Alphonse Laveran, Albert Calmette, Alexandre Yersin, Eugène Jamot, Jean Laigret, Gaston Muraz et tant d'autres encore, qui ont écrit les plus belles pages de l'histoire coloniale française.

Ils sont partis seuls ou avec leur petite famille, pour des terres inconnues dont ils ignoraient tout, simplement pour soigner les populations. Ils ont découvert des conditions d'exercice souvent très difficiles, qui conjuguèrent pénurie de moyens et isolement, quand ce n'était pas la guerre. Il a fallu se débrouiller, vailler que vaillât et certains y ont même laissé la vie, victimes de tribus hostiles, de conflits locaux ou d'épidémies contre lesquelles ils n'étaient pas suffisamment armés. Le nombre de monuments à leur gloire témoigne de ce que fut cette épopée. Ceux, les plus nombreux, qui sont revenus en France à la fin de leur mission ou de leur carrière, ont connu le poids de la nostalgie d'une aventure souvent inoubliable, de la confrontation avec des peuples si différents et des cultures tellement riches.

MÉDECINS DE BROUSSE - TÉMOIGNAGES DE MÉDECINS D'OUTRE-MER

Photo de couverture : Christiane Chambon en 1926 au Cameroun (© Ceux du Pharo)
ISBN : 978-2-9590654-1-5 - Prix : 25€



CEUX DU PHARO - Formulaire d'adhésion **Association des Amis et des Aciens de l'École du Pharo**

Les demandes d'adhésion à l'association « Ceux du Pharo » se font par courrier (postal ou électronique) adressé à :

Dr. Francis LOUIS :
Bât B3
Résidence Plein Sud 1
13380 Plan de Cuques
louis13380@gmail.com

Le bureau statue à chacune de ses réunions (qui peuvent être téléphonique ou électronique) pour valider ces demandes d'adhésions qui ne sont effectives qu'après le paiement de la cotisation annuelle.

Nom / Prénom :

Adresse postale :

Adresse électronique :

Téléphone fixe / mobile :

Ancien du Pharo **Années de passage :**

Ami du Pharo

Cochez la case souhaitée

Souhaite adhérer à l'association « Ceux du Pharo », association des Amis et des Anciens de l'École du Pharo.

Date de la demande :

Signature :

Cotisation membre actif : 25€ annuel

Chèque libellé au nom de « Ceux du Pharo » à adresser à :

Dr. Francis LOUIS :

Bât B3 - Résidence Plein Sud 1 - 13380 Plan de Cuques



**Prochain numéro
à paraître en octobre 2026**



Gaston Muraz (1887-1955)

SOMMAIRE

EN COUVERTURE

p.2

ÉDITORIAL - Jean-Marie Milleliri

p.3

QUI SOMMES NOUS ? - Jean-Marie Milleliri, Francis Louis

p.4

L'association des Anciens et Amis du Pharo, « Ceux du Pharo ».

ÉPIDÉMIOLOGIE - Jean-Paul Louis

p.10

De Jamot à Gateff : des grandes endémies à l'épidémiologie moderne et à la médecine des collectivités.

TÉMOIGNAGE - Jean-Louis Lesbordes

p.20

Le camp des réfugiés de la faim, Agadez 1973-1976.

SANTÉ PUBLIQUE - Francis Louis

p.28

Les équipes mobiles de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : 100 ans d'efficacité.

HISTOIRE CONTEMPORAINE - François-Marie Grimaldi

p.38

Ils étaient médecins à Diên Biên Phu (novembre 1953-mai 1954).

TÉMOIGNAGE - Jean-Claude Jacquetin

p.46

La première mission humanitaire du Service de santé des Armées.

CONFÉRENCE - Yves Buisson

p.50

Les Instituts Pasteur d'Outre-mer.

LECTURES

p.66

ADHÉSION

p.70