Ceux du Pharo

Bulletin de l'AAAP

n° 24

juillet 2015

Ceux du Pharo, Association des Anciens et Amis du Pharo (A.A.A.P.), association loi 1901
Président : Francis J. LOUIS ; Secrétaire : Jean-Marie MILLELIRI ; Trésorier : Bruno PRADINES

Souvent, j'ai accompli de délicieux voyages, embarqué sur un mot dans les abîmes du passé, comme l'insecte qui flotte au gré d'un fleuve sur quelque brin d'herbe. Honoré de Balzac.

notre dossier

GRANDES ENDÉMIES AFRICAINES : L'ÉRADICATION DE LA VARIOLE

© archives IMTSSA

SOMMAIRE

LE MOT DU BUREAU	**2**
TRIBUNE	**2**
DOSSIER	**3**
L'ACTU DES CONGRÈS	**10**
Tropiques en Marche #2	
XXIèmes Actualités du Pharo	
BRÈVES	**10**
DANS LA PRESSE	**12**
DANS NOTRE COURRIER	**12**
ARCHIVES	**14**
DERNIÈRE HEURE	**15**

LE MOT DU BUREAU

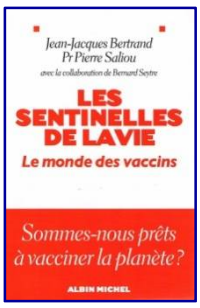
Chers Amis de « Ceux du Pharo »,
Vacances ne signifient pas vacance. Malgré une chaleur accablante – près de 40°C à Lille, du jamais vu, à Strasbourg ou à Marseille – nous continuons notre travail. Rassurez-vous, il n'y a pas de potion magique, tout au plus un petit rosé bien frais dégusté sous le parasol, mais ce climat tropical nous rappelle nos années outre-mer à parcourir les pistes, à bouffer de la latérite, à se demander pourquoi la DCSSA nous a affecté au bout du bout du monde et, finalement, à savourer le bonheur d'être loin de tout à accomplir notre mission. Cela valait bien quelques sacrifices et nous plaignions les malheureux restés en France avec tout le confort moderne !
Nous sommes aujourd'hui 207. Merci de votre confiance.

Le Bureau

TRIBUNE

Faut-il encore vacciner ?

Il y a quelques semaines, les abonnés à *Navaliste* (forum de discussion sur le net des membres de l'ASNOM[1]) ont assisté à un combat violent entre les opposants à la vaccination et ceux qui estiment que le vaccin est une des plus belles acquisitions de l'humanité. Avec une égale virulence, les deux camps ont avancé leurs arguments. D'un côté, les effets secondaires graves sont trop nombreux ; le vaccin contre l'hépatite B est cause de scléroses en plaques ; l'aluminium des vaccins est un adjuvant trop dangereux ; etc. Dans l'autre camp, des collègues ont rappelé combien les vaccins avaient sauvé de vies humaines, comment les populations africaines se précipitaient chez les vaccinateurs lors d'épidémies meurtrières et que la variole, la poliomyélite ou la diphtérie ne sont plus guère que des mauvais souvenirs (et même parfois qu'on en a perdu le souvenir). Dans son dernier ouvrage (D. Raoult – Votre santé. Michel Lafon éd., 2015), Didier Raoult (#114) rappelle qu'il est absurde d'être « pour » ou « contre » les vaccins. Pour lui, « l'important est de se poser deux questions : Est-ce bon pour moi ? Est-ce bon pour la société ? Les réponses dépendent du type de vaccin».



Là-dessus, la presse nous informe qu'un enfant de six ans est décédé de diphtérie en Espagne, le premier depuis 1987 : il n'était pas vacciné et les médecins traitants ne trouvaient pas d'antitoxine. Le 9 juillet, *La Provence* nous apprend que 80% des médecins recommandent la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole mais qu'ils ne sont plus que 57 % à recommander le vaccin anti-méningococcique. Quant aux vaccins contre l'hépatite B ou les

[1] ASNOM : Association Amicale Santé Navale et Outremer : http://www.asnom.org

papillomavirus, il est très difficile d'y voir clair et je me garderai bien d'intervenir dans ce débat. Je voudrais simplement rappeler le livre de référence de Pierre Saliou (#126) qui répond de manière définitive à toutes ces questions que nous nous posons (J.-J. Bertrand, P. Saliou – Les sentinelles de la vie. Le monde des vaccins. Albin Michel éd., 2006) et redire que le thème des prochaines Actualités du Pharo portera sur la vaccination dans les pays en développement. Et puisque nous parlons de vaccinations, le moment me semble bien choisi de rappeler comment la variole a été éradiquée.

Francis Louis (#01)

DOSSIER

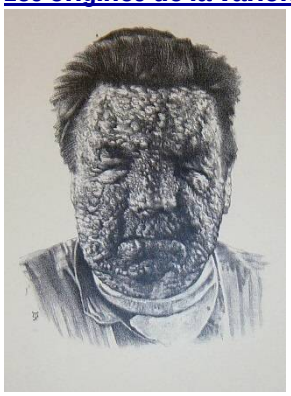
Grandes endémies africaines : l'éradication de la variole

Commémoration de l'éradication mondiale de la variole, Togo, 1978. (©F.J. Louis)

L'histoire de la variole est jalonnée de paradoxes, quant à son origine, au comportement des hommes vis-à-vis de cette grande tueuse, à sa tentative de prévention par l'inoculation de la maladie, à la découverte de la vaccination, à son éradication et à la légende qui entoure ce haut fait de la lutte contre une maladie infectieuse.
Dans son ingratitude, la philatélie n'aura retenu que les deux épisodes les plus spectaculaires de cette incroyable épopée, Jenner et la vaccination, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'éradication.

L'histoire de la variole est en fait bien plus riche et mérite d'être contée, quarante ans après son éradication officielle.

Les origines de la variole.



C'est vers le quinzième siècle que les textes commencent à faire mention de la variole, dont les origines se perdent en fait dans les incertitudes du passé. Les Italiens la nommaient *variolæ*, de *vari* (tubercules, boutons) ou de *varius* (varié, tacheté, bariolé), les Espagnols *viruelas*, les Allemands *pocken* et les Anglais *smallpox*. En France, Arnaud de Villeneuve la baptise du nom de *picote* (de pic-vert ou de pic), nom qui restera usité jusqu'au dix-huitième siècle, notamment dans le Languedoc. Mais dans la littérature scientifique, c'est l'étymologie latine qui prévaut dès le quinzième siècle et les médecins parlent indifféremment de *vairole*, de *variole* ou de *vérole*. C'est Ambroise Paré au seizième siècle qui ajoute le qualificatif *petite* pour la différencier de la *grosse*.
Variole et petite vérole sont donc synonymes et ne doivent pas être confondues avec la vérole, la syphilis. Mais sous quelle appellation que ce soit, de nombreuses inconnues persistent sur l'origine de la variole.
Une des hypothèses la plus largement répandue est que la variole a fait irruption en Europe à partir de la péninsule arabique (ou de l'Egypte ou de l'Ethiopie) dès le sixième siècle lors des conquêtes sarrasines. Il semblerait que les Romains et les Grecs ne l'aient pas connue et Marius, l'évêque d'Avenches, décrit en 570 une maladie qui ravage la Gaule et l'Italie et qui est peut-être la petite vérole (*profluvioventris et variola*) mais cette hypothèse ne tient qu'à la traduction de *variola* en variole. Au septième siècle, la petite vérole progresse en Asie et en Afrique du Nord. Au huitième,

elle réapparaît en Espagne, en Italie et dans le sud de la France, toujours dans le sillage des conquêtes arabes.
Aux onzième et douzième siècles, les croisades et la multiplication des contacts avec l'Orient amènent un regain épidémique en Angleterre, en Allemagne et en Europe de l'Est. La variole atteint les Antilles, l'Amérique du Nord et l'Amérique Centrale au seizième siècle. L'Amérique du Sud est touchée au dix-septième siècle et la petite vérole y fait des ravages épouvantables. En 1652, les Hollandais introduisent la variole en Afrique australe en confiant la lessive de chemises infectées à quelques indigènes. De là, c'est tout le continent africain qui sera touché par le fléau.
Au dix-neuvième siècle, la théorie d'une origine « arabe » de la variole est battue en brèche.
Dès 1834 est formulée l'hypothèse de l'antiquité de la variole. D'autres auteurs pensent que la maladie sévissait dans le bassin méditerranéen dès la plus haute antiquité. Enfin, certains tentent de faire une synthèse en affirmant que la maladie sévissait depuis la plus haute antiquité en Inde, en Chine et en Ethiopie et qu'elle a été transportée par les Sarrasins d'Egypte en Espagne à la fin du XIème siècle et que, de là, elle s'est propagée à toute l'Europe puis au reste du monde.
La raison de toutes ces imprécisions tient au fait que la plupart des maladies éruptives étaient confondues sous le nom de *pestes* ou de *maladies pestilentielles*. Il faut attendre 1560 et la publication par Ambroise Paré du « Traité de la peste, de la petite vérole et de la rougeole » pour que s'établisse un début d'identification des différentes maladies éruptives et que la variole soit identifiée comme une entité morbide bien précise.
Et c'est sans doute cette imprécision, en donnant libre cours à toutes les hypothèses, qui est à l'origine du mystère qui entoure les origines de la petite vérole.

L'homme et la variole.

Jusqu'au début du dix-neuvième siècle, la variole est le premier facteur de mortalité en Europe et les malades qui guérissent gardent des séquelles cutanées ou oculaires indélébiles traumatisantes. En 1798 à Rastadt, le docteur Faust estime à deux sur dix le nombre des personnes qui ne contractent jamais la variole, « en raison d'une mort prématurée ». Huit sur dix la contractent un jour ou l'autre et un malade sur sept en meurt. En règle générale, « le pourcentage de défigurés et d'estropiés (aveugles, sourds, imbécilles, porteurs d'une fistule à l'anus ou victimes de lésions cérébrales) est sensiblement égal à celui des décès varioliques ». Et cette cohorte de malchanceux, en rappelant à tout instant l'omniprésence du fléau, en souligne le caractère universel.
On estime que la variole a été responsable d'au moins soixante millions de morts au dix-huitième siècle. La peste a moissonné 4 % à 5 % des populations au dix-septième siècle et la variole le double au siècle suivant. Cependant, alors que la peste frappait à de longs intervalles, de façon massive et traumatisante, opérant de spectaculaires ponctions humaines (on se souvient de la grande peste de Marseille), la variole décimait par petites touches, avec constance et lancinance, élimant les générations sans vraiment « sabrer dans la masse ». On dirait aujourd'hui que « la mort rouge » sévissait sur un mode endémo-épidémique. Les processus épidémiques existent (14 000 décès à Paris en 1716 et 20 000 en 1723, 6 000 morts à Rome en 1752), véritables flambées au cours desquelles la morbidité oscille entre 30 % et 60 %, mais la maladie préfère opérer sur le mode endémique, éliminant de façon superficielle les nouvelles générations. La variole ne connaît aucun répit.
Il en est résulté une accoutumance paradoxale au fléau et une indifférence relative au premier facteur de mortalité dans la population. Terriblement meurtrière, la variole était une maladie rampante, banale, voire « domestique ». Un jour ou l'autre, chacun lui verserait son tribut, en sachant que plus de 90 % des sujets atteints sont âgés de moins de 10 ans.
La variole a ainsi échappé aux réactions traditionnelles suscitées par les autres fièvres épidémiques (terreur, fuite, barricades, quarantaines, xénophobies, mise en place de cordons sanitaires). Seules sont attestées la panique marseillaise de 1828, souvenir de la peste de 1720, et la construction de remparts en 1652 par les indigènes d'Afrique australe pour repousser à coups de flèches tous les suspects tentant de s'approcher. Mead, l'Européen qui relate cet évènement, s'étonne « qu'un peuple grossier, sans science, sans art, sans connoissance *(sic)*, conduit par l'instinct et la nécessité,

ait trouvé et mis en usage des moyens qu'une raison éclairée nous a fait imaginer il n'y a pas longtemps, pour combattre la peste, et qui a si bien réussi chez nous ».
Et c'est certainement cette accoutumance paradoxale à la variole, le fatalisme devant l'inévitable, qui ont conduit le peuple à imaginer le salut par l'inoculation, autre paradoxe.

Le salut par l'inoculation de la variole.

En ces temps empiriques, de nombreux traitements de la variole étaient proposés, tous aussi inopérants les uns que les autres.
Lady Wortley Montagu, qui a survécu à la variole et à son médecin, a pu écrire :

Mirmillon vint déplorer mon sort :
« Un cordial, cria-t-il, pour lui rendre les esprits ! »
Galien, le serviable Galien était là
Avec sa désolation stérile et ses soins inutiles ».

Au dix-septième siècle, deux traitements dominent pour extirper du malade le poison morbide de la petite vérole, la méthode rafraîchissante et la méthode échauffante. La méthode rafraîchissante consiste à tirer le malade de son lit et, vêtu d'une simple chemise, à le promener pieds nus dans une pièce volontairement exposée aux courants d'air, à lui faire prendre des bains glacés, à lui administrer des tisanes froides et à pratiquer des saignées. A l'opposé, la méthode échauffante consiste à ensevelir le malade sous des amoncellements de couvertures, dans une pièce surchauffée, et à lui administrer des breuvages sudorifiques : vins, alcools, bouillons gras.

On se doute que les résultats étaient souvent catastrophiques, surtout si l'on y ajoutait des pratiques populaires comme le crapaud sous le lit ou le ragout de vipère.
Dans les campagnes, les paysans préfèrent laisser faire la nature, advienne que pourra. Mais très vite, ils observent que la variole est parfois très forte, parfois au contraire très douce, pratiquement sans décès. Dans ce second cas, les parents laissent leurs enfants sains jouer avec les malades dans l'intention qu'ils contractent la petite vérole. Cela ne réussit pas toujours et les parents en viennent à passer de la contagion atmosphérique à l'inoculation physique par insertion de pus. Ainsi inoculé, l'enfant développe une maladie que l'on espère douce, ce qui n'est pas toujours le cas. Malgré ce risque létal, l'inoculation se répand dans toutes les couches populaires de l'Europe.
En avril 1721, lady Wortley Montagu fait inoculer à Londres sa propre fille en présence des médecins de la cour du roi George Ier. Ce geste spectaculaire introduit l'inoculation dans la haute société européenne. La princesse de Galles informe le roi de sa volonté de faire inoculer ses enfants. Le roi y consent mais demande qu'on fasse d'abord la preuve de l'innocuité de cette pratique en inoculant six condamnés à mort, puis cinq nourrissons de l'orphelinat de Westminster. Ces essais étant couronnés de succès, l'élan est donné et les plus grands médecins et chirurgiens européens se mettent à l'inoculation.
Mais très vite surviennent des accidents : en 1723, on compte à Boston 6 décès sur 242 inoculés et les opposants à l'inoculation se déchaînent contre cette pratique diabolique. James Jurin prend la défense de l'inoculation et produit une étude statistique rigoureuse. Il montre ainsi que le taux de mortalité était de 2 % en 1728, qu'il attribue au mauvais état physique des sujets inoculés, à la grossesse, à la négligence d'une nourrice, etc. La pratique de l'inoculation cesse un peu partout dans le monde à partir de 1730. Il faut la terrible épidémie de variole en Caroline en 1738 pour remettre l'inoculation à la mode, avec environ 1 % de décès. Pour les scientifiques de l'époque, le rapport de mortalité, fort douloureux, semble pourtant avantageux en regard des ravages causés par la petite vérole naturelle. En 1743, on n'enregistre dans le Middlesex que 2 décès pour 2 000 personnes inoculées. A Londres, 5 826 personnes sont inoculées et 14 décès enregistrés.

L'inoculation connaît alors un nouvel essor et se répand timidement dans toute l'Europe et dans les Amériques. Elle sera bientôt supplantée par la méthode de Jenner.

Jenner, la vaccine et la vaccination.

En 1798, la publication d'un livre intitulé « *An inquiryinto the Causes and Effects of the VariolæVaccinæ* » fait accéder Edward Jenner à l'immortalité. Dans cet ouvrage, il démontre les vertus prophylactiques du *cowpox* des vaches du Gloucester et l'inoculation jennérienne entre dans les mœurs dès 1850 : alors que la variole tuait le dixième des populations, la nouvelle méthode de prévention allait en dix ans diviser par cent cette proportion. Le mérite de Jenner a été d'entendre une opinion curieuse dans des rumeurs populaires : la variole des vaches, le *cowpox*, peut se transmettre à l'homme et lui confère alors une protection contre la petite vérole.

Jenner vérifie que les laitiers sont effectivement réfractaires à la variole humaine et qu'ils ont tous contracté le *cowpox* à un moment donné de leur vie. D'ailleurs, les inoculateurs avaient pour habitude de négliger les laitiers. En 1770, Joseph Merret contracte la petite vérole des vaches. Inoculé par Jenner en 1795, il ne présente « qu'une efflorescence sur la peau près des parties piquées ». Jenner reproduit l'expérience sur une soixantaine de sujets et apporte ainsi la preuve du bien-fondé de la croyance populaire.

En mai 1796, Jenner réalise la première inoculation expérimentale du *cowpox* sur le jeune James Phipps, âgé de huit ans. La maladie suit son cours : rougeur, vésicule, pustule. Le dixième jour, l'enfant est complètement rétabli. En juillet, Jenner le variolise, sans résultat.

S'ensuivent deux années sans expérimentation car le *cowpox* a disparu des laiteries.

En février 1798, William Heynes est contaminé par l'une de ses bêtes et son pus inoculé avec succès par Jenner à John Baker. Jenner prélève alors le pus directement dans les pustules de la vache, le reporte directement sur un garçon de cinq ans, William Summers, et, de bras à bras, il soumet plusieurs enfants à l'opération puis à une série de contre-épreuves par inoculation variolique. L'immunité est totale.

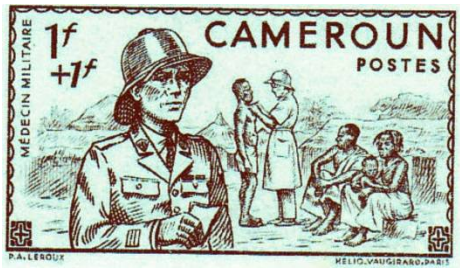
L'accueil de la communauté scientifique est d'abord très mitigé. Mais en 1800, trente-six médecins anglais proclament leur admiration pour la découverte de Jenner, puis quarante autres.

On vaccine avec succès 16 000 Londoniens et 60 000 en 1801. La vaccine et le nom de Jenner se répandent dans le monde entier. La protection conférée par la vaccine n'excède pas dix ans mais cela n'empêchera pas d'obtenir l'éradication de la variole de la terre entière.

La nécessité d'une chaîne de bras à bras pour diffuser la vaccine reste un obstacle majeur. Cette chaîne est néanmoins nécessaire pour éviter une altération trop rapide de la vaccine, surtout sous les cieux tropicaux et équatoriaux et les exemples ne manquent pas de la perte de la vaccine lors des essais d'introduction, aux Antilles, en Amérique latine ou en Afrique.

À la fin du XIXème siècle en Afrique centrale, la variole est une préoccupation constante des colonisateurs et des médecins qui les accompagnent. Ainsi, Jean Dybowski en 1891-1892 rapporte qu'il donne des soins aux varioleux de son escorte mais ne dit pas un mot de la maladie du sommeil qu'il n'a peut-être pas rencontrée. Pierre Mollion précise que les épreuves que représente le portage ont des conséquences néfastes sur la santé des porteurs mais aussi sur l'ensemble de la population du Congo français. Par ordre de fréquence décroissante sont relevées les carences alimentaires, la

broncho-pneumonie, la variole et la maladie du sommeil. La variole fait des ravages en 1902, 1903 et 1905, ce qui amène à l'interruption des travaux d'aménagement de la piste du Chari.
On ne manque pas d'exemples sur les difficultés que les médecins ont rencontrées dans la prise en charge de cette affection et de la vaccination. Le terme de cette épopée sera le Tchad : Couvy (1904-1907) combat la variole au Baguirmi. Il tente sans succès la « variole-vaccin » méthode Le Dantec. Bouillez (1904-1911) s'efforce, sans succès non plus, de préparer un vaccin. Ruelle en 1904 échoue dans sa tentative de transport vaccinal de Brazzaville au Tchad. Le 24 janvier 1907, Carmouze amène à Fort-Lamy quatre indigènes porteurs de pustules vaccinales entretenues de bras à bras pendant les trois mois de route. Cette précieuse lymphe permet d'ouvrir un « Centre vaccinogène » au Tchad. En 1907 également, Kérandel soigne la variole au sud du Tchad, avant de se préoccuper de la maladie du sommeil qui fera sa renommée. Pouillot meurt en 1911 dans l'Ennedi, sous les balles de Kodoï révoltés en se portant vers un foyer de variole près d'Abéché. En 1926, le centre vaccinogène de Carmouze existe toujours : « Notre organisme doté de crédit pour la location de génisses, réalise par inoculation à l'animal la multiplication du vaccin sec de l'Institut Pasteur. La solubilisation dans la glycérine, les scarifications aux flancs du donneur, la récolte et la conservation de la lymphe, sont autant d'opérations délicates. Sans parler du transport et de l'utilisation qui ne le seront pas moins… ». En 39 séances de vaccinations, Jean Malval immunisera 9 768 personnes dans une circonscription grossièrement quadrangulaire (Abéché, Adré, GozBeïda et Am Dam) caractérisée par une extrême dispersion de la population.
D'année en année, les médecins, aidés d'infirmiers de l'assistance médicale indigène, rempliront leur tâche de vaccinateurs avec constance et opiniâtreté, sans jamais bien voir les résultats de leur travail. Jean Malval écrit : « J'ai dit n'avoir pas vu la variole en activité au Kanem. Par contre, une bouffée se produisit à Abéché qui concerna une dizaine de cas chez les boys de race sara ou banda. Il y eut un seul décès ».



Le médecin militaire (timbre-poste Cameroun)

Et c'est bien là le résultat de ces décennies de vaccination : la maladie n'a pas disparu, mais elle ne sévit plus que par petites bouffées épidémiques limitées dans le temps et l'espace.
C'est la situation que trouvera l'OMS quand elle recevra mandat d'éradiquer la petite vérole. Elle est tout à l'honneur des centaines de médecins militaires français qui ont œuvré avec opiniâtreté.

La mise en œuvre d'un plan d'éradication.

En 1950, Fred Soper, directeur du Bureau sanitaire Panaméricain propose un programme d'éradication de la variole des deux Amériques. Huit années de vaccination de masse eurent raison de la variole dans les Caraïbes, en Amérique centrale et dans la plupart des pays d'Amérique du sud. De cette expérience découla l'idée d'une éradication mondiale de la variole et l'OMS prit la direction de la campagne après en avoir reçu mandat lors de la XIIème Assemblée Mondiale de la Santé en mai 1959.
Les premières années de lutte furent inefficaces car l'effort était trop limité et nombreux furent ceux qui pensaient que la tâche était impossible. La campagne d'éradication ne commença véritablement qu'en 1967 avec l'instauration de systèmes complexes de production (200 000 000 de doses de vaccin sec par an par 64 laboratoires), de transport, de distribution et d'administration du vaccin. Un réseau de surveillance fut également installé. L'Union Soviétique fut probablement le premier partenaire de l'OMS en produisant et en fournissant gratuitement des millions de doses de vaccin. Une aiguille spéciale, en forme de fourche et réutilisable 200 fois après stérilisation, fut mise au point. L'éradication de la variole en Inde fut particulièrement difficile : la moitié des cas de variole notifiés dans le monde provenait de l'Inde et on considère que 152 000 Indiens aidés de 230 techniciens de l'OMS se sont engagés dans la lutte. Les résultats ont été spectaculaires : 253 332 cas notifiés en Inde en 1953, 1 436 en 1975 et zéro en 1976.
Des résultats similaires ont été obtenus en Amérique latine et en Afrique mais, pour autant, tout n'a pas été un long fleuve tranquille. L'OMS reconnaît que « les campagnes d'éradication reposant

entièrement ou essentiellement sur la vaccination de masse furent couronnées de succès dans quelques pays mais échouèrent dans la plupart des cas ». En effet, même avec une couverture vaccinale de 90 %, la maladie continuait de se propager, y compris en Inde, et « il eût été extrêmement coûteux et logistiquement difficile, sinon impossible, d'atteindre des niveaux beaucoup plus élevés de couverture. Il fallait absolument changer de stratégie ».
Une fièvre intense marquait le début de la maladie, mais le malade ne devenait contagieux que plus de 24 heures après ce début. Ce créneau sera exploité dans une nouvelle stratégie, la surveillance-endiguement, qui va remplacer la vaccination de masse. Les malades étaient activement recherchés (campagnes d'affichage, enquêtes auprès de populations, primes, etc.). Dès qu'un malade était repéré, une équipe correctement vaccinée arrivait sur zone. Le malade était isolé, le plus souvent chez lui. Les personnes qui avaient été en contact avec lui étaient recherchées et surveillées : si une fièvre apparaissait, l'isolement était immédiat. S'il s'agissait de variole, cet isolement avait donc été réalisé avant que n'apparaisse la contagion. Les premiers essais de cette stratégie furent conduits avec succès au Nigeria en 1966 au cours de l'épidémie d'Ogoja. « Lorsque les programmes de surveillance active et d'endiguement efficace entrèrent pleinement en action, l'Inde fut en mesure de réaliser l'éradication dans un délai relativement bref ».
L'absence de variole a été officiellement constatée, après un laps de sécurité de deux ans, en Amérique du Sud (août 1973), en Indonésie (avril 1974), en Afrique occidentale (avril 1976), en Afghanistan et au Pakistan (décembre 1976), en Inde (avril 1977), en Afrique centrale (juin 1977), au Bangladesh (décembre 1977), en Afrique australe (mars 1978), au Soudan et en Ouganda (octobre-novembre 1978), au Moyen-Orient et dans la péninsule indochinoise (décembre 1978), à Madagascar (juin 1979) et enfin à Djibouti, en Ethiopie, au Kenya et en Somalie (octobre 1979). En octobre 1977, le Somalien Ali MaowMaalin, modeste cuisinier, entre dans l'Histoire : il est officiellement le dernier homme à avoir contracté la variole sur Terre.

7 timbres de Guinée sur le thème de l'éradication de la variole
émis pour le vingt-cinquième anniversaire de l'OMS (©F.J. Louis)

Après 1980, encore un paradoxe, la victoire sur la variole sera attribuée à la seule vaccination massive et systématique, alors que le docteur Mahler, directeur général de l'OMS, lors de la célébration officielle de l'éradication de la variole le 8 mai 1980, avait insisté sur l'importance de la surveillance-endiguement et de l'association des stratégies.
Quelle que soit la véritable stratégie utilisée, il reste que la proclamation par l'OMS de l'éradication de la variole correspond à un évènement sans précédent. Le pari est gagné, le triomphe est total et la philatélie s'empare un peu partout de cet évènement aussi important que les premiers pas de l'homme sur la lune. L'OMS recommande avec logique l'abandon pur et simple des vaccinations antivarioliques, qui coûtent plus d'un milliard de dollars par an.
Mais y a-t-il bien eu éradication ? C'est le dernier paradoxe de cette saga.

La variole est-elle éradiquée ?

Privé de son support humain, le virus variolique a en principe cessé d'exister et l'éradication, qui se définit comme la réduction permanente à zéro et à l'échelle mondiale de l'incidence d'une infection causée par un agent spécifique à la suite d'efforts délibérés, est bel et bien obtenue. Des mesures d'intervention ne sont plus nécessaires.

Et effectivement, aucun cas de variole n'a plus été signalé depuis le 26 octobre 1977. Mais plusieurs cas d'infection humaine par *monkeypox* (63 cas entre 1970 et 1979, 99 cas entre 1980 et 1984) entretiennent l'inquiétude : et si le *monkeypox*, au terme d'un processus de mutation, occupait un jour la place laissée vacante par le virus variolique ? Nous n'en sommes pas encore là.

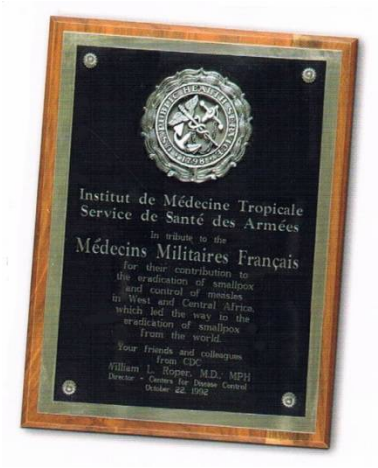
La plus grande inquiétude résulte en fait de la conservation du virus dans quelques laboratoires « à des fins expérimentales ». Six pays ont d'abord été autorisés par l'OMS à conserver sous scellés quelques échantillons de virus : l'Afrique du Sud, la Chine, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et l'Union Soviétique. La Chine, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas s'en sont rapidement dessaisis, le *National Institute of Virology* de Sandrigham en Afrique du Sud a détruit ses stocks en 1984 et il ne reste plus officiellement de stocks qu'aux *United States Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) à Atlanta et au centre national russe de recherche en virologie et en biotechnologie « VECTOR » à Koltsovo près de Novosibirsk, ce qui n'est pas pour rassurer.

L'utilisation du virus variolique comme arme biologique de guerre est de plus en plus concevable dans un monde où la vaccination a été supprimée depuis trente ans. Pour un pays pauvre, quelle tentation que de se rendre maître à bon compte d'un moyen de chantage et de destruction peut-être plus efficace que ne l'est l'arme nucléaire ! A l'heure où quelques nations élèvent le terrorisme à la hauteur d'une institution d'Etat, il semble difficile de soutenir que l'idée n'en aura pas germé ici ou là. Et c'est bien pour cela que la vaccination a été maintenue dans les armées des Etats-Unis, du Canada, de Grande-Bretagne et des pays du Pacte de Varsovie.

C'est bien pour cela également que l'OMS multiplie les signes d'alarme, en vain.

La résolution WHA 52.10 a autorisé le maintien des stocks jusqu'en 2002 au plus tard, sous réserve d'un examen annuel de la situation par l'Assemblée mondiale de la Santé. La résolution WHA 55.15 de 2002 a autorisé à nouveau le maintien temporaire des stocks existants aux fins de la poursuite de travaux de recherche internationaux. La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2006, a estimé que des progrès significatifs avaient été accomplis dans la mise au point de vaccins améliorés et dans le séquençage de génomes entiers de virus et que la conservation de stocks de virus ne se justifiait plus. La résolution WHA60.1 en 2007 confirme les décisions précédentes de l'Assemblée mondiale de la santé affirmant que les stocks restants de virus variolique doivent être détruits. Cependant, il faut un consensus sur une nouvelle date, une fois que les résultats des travaux de recherche seront disponibles …

L'épée de Damoclès est toujours sur nos têtes. Et au total, éradication : oui ; extinction : non.



Bien entendu, l'OMS a oublié d'honorer les médecins militaires français pour leur travail extraordinaire accompli sur le terrain. Les Américains ont été plus élégants : le Docteur William R. Loper, directeur des *Centers for Disease Control* d'Atlanta, en remettant le 22 octobre 1992 au Pharo la médaille des CDC, a salué le rôle tenu par les médecins militaires français dans cette réussite.

C'est, à notre connaissance, la première distinction délivrée en France par le CDC.

Dossier constitué à partir de l'article : LOUIS JF, MILLELIRI JM, LOUIS FJ – Regard philatélique sur les endémies africaines. II. L'éradication de la variole. *Sci. Med. Afr*. 2010 ; **2**(2). 10 références bibliographiques).

L'ACTU DES CONGRÈS

Nous nous proposons de vous informer tous les mois de l'état d'avancement de la préparation des congrès dont nous avons la responsabilité. Vous êtes naturellement invités à nous donner votre avis et à nous faire des propositions utiles à l'amélioration de ces réunions scientifiques.

Tropiques en Marche (#2).

- TeM2 se déroulera du mercredi 18 au samedi 21 mai 2016 inclus.
- Le programme général de la manifestation scientifique, avec six sessions (de S1 à S6) est très prometteur :

Mercredi 18	Jeudi 19	Vendredi 20	Samedi 21
Inscriptions **Documents** **Sacs, badges**	**S2 : Session** **« Ceux du Pharo »**	**S4 : CEMI 21** *Le Limousin : terre agricole, forestière et de migrations* *a-migrations et tuberculose*	**S6 : Commémoration Jamot**
Déjeuner libre	Déjeuner sur place	Déjeuner sur place	Déjeuner à Saint-Sulpice les Champs
S1 : Société de Pathologie Exotique (séance délocalisée)	**S3 : Session GISPE** Table ronde *Aide et Coopération en Santé*	**S5 : CEMI 21** *Le Limousin : terre agricole, forestière et de migrations* *b-pathologies infectieuses régionales*	**Visite de château**
Dîner (SPE)	Dîner (Ceux du Pharo)	Dîner (CEMI 21)	

- Il reste encore à finaliser le programme des différentes sessions, le comité d'organisation y travaille.
- Plusieurs stands sont d'ores et déjà prévus : SPE, « Ceux du Pharo », GISPE, SAMA, ASNOM, Association Dr Jamot, etc.

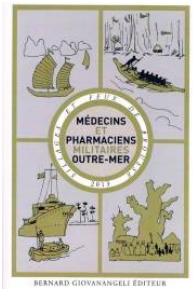
Les Actualités du Pharo

Les journées des 7, 8 et 9 octobre se préparent et le Comité scientifique réuni à Marseille le 26 juin dernier a finalisé le choix des communications orales et affichées qui viendront compléter le programme des conférences invitées. Un programme particulièrement riche car outre les 20 conférences invitées, 22 communications orales et 40 communications affichées enrichirnt le plateau scientifique centré sur le thème des vaccinations en milieu tropical. Les Pr. Awa Marie Coll-Seck, ministre de la santé du Sénégal et Pr. Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de médecine ont confirmé leur participation.
Ceux du Pharo tiendra son stand dans les allées du hall des amphithéâtres. Nous vous y attendons.
Programme et inscription : http://www.gispe.org/html/actus2015.html

BRÈVES

Sillages et Feux de brousse

Le tome IV de *Sillages et Feux de brousse* avance bien. À ce jour, nous avons reçu 32 articles de 20 auteurs (à titre de comparaison, le tome III comprenait 67 chapitres de 39 auteurs, sur 476 pages). Sœur Dominique Bendéritter nous a autorisés à publier un extrait du livre de son père, Jean Bendéritter (promo 29) et d'autres textes sont attendus.
Les membres de *Ceux du Pharo* ont sans doute des contributions ?



Gilbert Raffier décoré

Gilbert Raffier (#027) a été décoré de la cravate de Commandeur de l'Education Nationale de la République de Côte d'Ivoire. Cette très haute distinction, amplement méritée, récompense cinquante ans d'aide aux lépreux à Raffierkro, le village qu'il a créé. Elle rejoint la distinction dans l'Ordre National du Léopard du Zaïre, qui lui avait été discernée pour son courage dans la lutte contre la première épidémie d'Ebola. Gilbert Raffier reste un exemple pour tous les médecins d'outremer. Chapeau Monsieur l'Ancien !

Une plaque commémorative au Pharo ?

La plaque inaugurée par le Directeur du SSA lors de la fermeture de l'Ecole en 2013, a été brisée par accident. Le président de « Ceux du Pharo » a écrit au maire de Marseille et au président d'Aix-Marseille Université (AMU) pour qu'une nouvelle plaque soit gravée et qu'elle soit placée à un endroit visible par tous, sur la façade d'AMU ou sur la grille du boulevard Charles Livon.

A Dakar, le rapprochement de deux grandes écoles

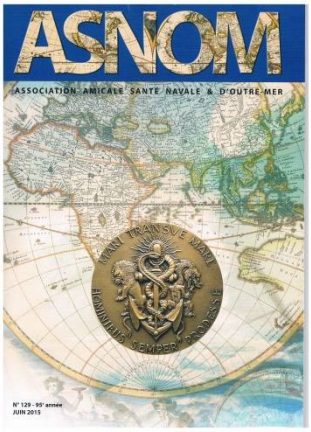
La journée du 14 juillet a été à Dakar une journée d'échange particulièrement intense entre les deux écoles de santé de Dakar et de Bron. Après un pot au domicile d'Eric d'Andigné (#150) et le traditionnel bal du 13 juillet, la journée du 14 s'est déroulée en trois phases : i) une prise d'armes le matin au quartier Geille des EFS, avec notamment 7 officiers généraux de l'armée sénégalaise, les 7 majors de promotion de l'Ecole Militaire de Santé de Dakar et 7 officiers élèves médecins en 6° année de l'Ecole de santé des Armées de Bron ; ii) une présentation au Directeur de la Santé des Armées Sénégalaises, le Médecin Colonel Serigne Mamadou Sarré, au camp Dial Diop sur le plateau de Dakar ; iii) et une rencontre, visite, échange entre les élèves des deux écoles de Dakar et de Bron à l'EMS de Dakar en présence d'une soixantaine d'élèves médecins et pharmaciens, Sénégalais, Burkinabé, Ivoiriens, etc..

Toutes ces rencontres étaient organisées en vue de relancer le jumelage entre les écoles de santé : en effet, c'est en juin 1992 qu'une délégation de l'ESSA Bordeaux était venue signer ce jumelage à Dakar. En 1993, les Sénégalais étaient venus à l'Ecole du Service de santé de Bordeaux et en stage de 3 mois à l'HIA Robert Picqué.

Gageons que cette belle journée du 14 juillet 2015 fut une réussite. Nous espérons réactualiser ce jumelage en signant de nouveau un jumelage entre l'EMS Dakar et l'ESA Bron le 3 octobre prochain à Bron à l'occasion du baptême de la promotion 2013 qui pourrait s'appeler « médecins de la grande guerre ...et des tirailleurs sénégalais ».

Ceux du Pharo attend des nouvelles adhésions nées de cet événement. ... A suivre ...

DANS LA PRESSE



Dans le numéro 129 de juin 2015 du Bulletin de l'ASNOM, une conférence de Pierre Barabé (Bx 56) sur « L'école du Pharo, son histoire et ses missions (1905 – 2013) ». Avec la rigueur qui le caractérise, Pierre Barabé retrace un siècle d'histoire glorieuse de notre belle institution. Il rapporte aussi quelques manifestations de gratitude, notamment celle du Pr Jacob, Prix Nobel de Médecine : « Les Ecoles de Bordeaux, de Lyon et du Pharo ont réussi à créer un type de médecin nouveau : un médecin compétent, habitué à travailler dans des conditions très dures, dans la brousse souvent, sans mesurer ni ses efforts ni sa peine … Je ne suis pas sûr que la France mesure l'importance de l'outil de travail qui lui a ainsi été donné ». Prononcées en 1985, ces paroles étaient bien prémonitoires.

DANS NOTRE COURRIER

L'Ordre National du Mérite.

Dans sa dernière édition (J-L. Donnadieu – L'Ordre National du Mérite. Lavauzelle éd.), Jean-Louis Donnadieu cite Gilbert Raffier. Voici ce qu'il en dit : « De façon très exceptionnelle, nous donnons le nom de ce médecin car, au vu de la suite, d'une part beaucoup de personnes pourraient se demander de qui il s'agit, et d'autre part il convient de dire les choses clairement par rapport à de malheureuses pratiques venant d'autres pays soucieux de bousculer l'influence française en Afrique en tentant de récupérer l'œuvre de certains Français pour servir leurs propres intérêts. Signalons que le docteur Raffier a découvert le virus Ebola au Zaïre en 1976 avec un collègue belge (le Dr Jean-François Ruppol), découverte que des médecins étasuniens voulaient s'approprier sans vergogne… mais sans succès ». Merci Monsieur Donnadieu.

Des statistiques édifiantes.

Pour en finir avec les accusations malveillantes de colonialisme dont nous sommes régulièrement victimes – la dernière en date étant la publication sur la Iomidine –, André Borgomano (#046) a eu l'idée épatante de publier les courbes démographiques des pays colonisés par la France.

Je ne crois pas que le bilan global synthétisé de la démographie de nos anciennes colonies ait jamais été fait. Je l'ai adressé, il y a plusieurs mois, à notre dernier accusateur et je lui ai confessé qu'effectivement nous avions commis des génocides Il a dû crier victoire : trop tôt, car voici ce que je lui ai écrit:

« Je m'accuse d 'avoir été à l'origine de plusieurs génocides. En effet, nous avons occis des millions, des milliards même, de moustiques Anophèles responsables des sympathiques accès pernicieux et de millions de décès ; des Aedes ægypti ;dans notre rage de vouloir détruire, nous avons porté de rudes coups aux simulies qui rendent aveugle et dépeuplent les abords des rivières ; nous avons exterminé, sans camps, le Treponema pallidum responsable de la syphilis, de ses à-côtés et de son voisin le pian. Bien sûr, la mouche tsé-tsé n'a pas été épargnée, elle qui distribue larga manu *la maladie du sommeil, allant ainsi à l'encontre du «bon Docteur Schweitzer» qui refusait que l'on tua la moindre bestiole. Voilà un tout petit aperçu de ce dont nous nous sommes rendus coupables, et responsables, et que nous assumons pleinement»*

J'attends encore la réponse !

André Borgomano

PAYS	1925	1960	2010	Coefficient de croissance
Côte d'Ivoire	**1 720 000**	**3 000 000**	**23 500 000**	**13,6**
Abidjan	3 000	120 000	12 500 000	4 100
Dahomey (Bénin)	**1 200 000**	**2 000 000**	**10 000 000**	**8,3**
Cotonou	10 000	70 000	> 1 000 000	100
Guinée	**2 090 000**	**3 600 000**	**11 000 000**	**5,26**
Conakry	8 800	55 000	2 200 000	250
Hte-Volta (Burkina Faso)	**3 200 000**	**5 000 000**	**16 500 000**	**5,20**
Ouagadougou	10 000	60 000	1 500 000	150
Mauritanie	**290 000**	**1 000 000**	**> 3 000 000**	**10,30**
Nouakchott	0	8 000	800 000	ND
Niger	**1 200 000**	**3 400 000**	**17 000 000**	**14,15**
Niamey	3 000	80 000	1 300 000	430
Sénégal	**1 350 000**	**3 500 000**	**14 000 000**	**10,40**
Dakar	33 000	400 000	1 200 000	36
Soudan (Mali)	**2 630 000**	**4 400 000**	**15 000 000**	**5,70**
Bamako	6 500	150 000	1 500 000	100
Togo	**740 000**	**1 500 000**	**> 6 000 000**	**8,20**
Lomé	6 500	88 000	> 1 000 000	155
Cameroun	**2 000 000**	**4 200 000**	**20 000 000**	**10**
Yaoundé	ND	ND	ND	ND
Congo	**690 000**	**900 000**	**4 500 000**	**6,50**
Brazzaville	25 000	165 000	1 500 000	60
Gabon	**388 000**	**470 000**	**1 500 000**	**3,90**
Libreville	20 000	65 000	700 000	45
Oubangui-Chari (RCA)	**730 000**	**1 220 000**	**> 5 000 000**	**7**
Bangui	15 000	100 000	700 000	46
Tchad	**970 000**	**3 600 000**	**11 000 000**	**11,40**
Fort-Lamy (N'Djamena)	5 000	100 000	1 000 000	200
Djibouti	**65 000**	**86 000**	**850 000**	**13,10**
Djibouti-ville	8 000	41 000	500 000	ND
Algérie	**5 000 000**	**11 000 000**	**37 000 000**	**7**
Alger	220 000	350 000	5 000 000	28
Maroc	**4 500 000**	**11 500 000**	**32 000 000**	**7,1**
Rabat	38 000	270 000	1 000 000	26
Tunisie	**2 100 000**	**4 000 000**	**11 000 000**	**5**
Tunis	ND	ND	ND	ND
France	**40 000 000**	**45 000 000**	**64 000 000**	**1,6**

Il faut rappeler :

- au début des années 1960, le Sénégal a accueilli plus de 600 000 Guinéens fuyant le régime de Sékou Touré, ce qui a diminué d'autant la population de la Guinée ;

- un nombre considérable de Voltaïques – peut-être 2 000 000 – a émigré en Côte d'Ivoire, d'où l'énorme différence d'accroissement ;

- l'unification des Cameroun français et anglais.

En 1962, ce sont plus de 1 200 000 « Pieds Noirs » qui ont quitté l'Algérie : malgré cela, la croissance de l'Algérie est de 6,4 et celle de la France de 1,6 seulement.

Renaud Piarroux et Georges Soula organisent un diplôme universitaire de santé humanitaire.
Nous publions la fiche technique de cet important Diplôme Universitaire.tt

Faculté de Médecine
Aix-Marseille Université

DIPLOME UNIVERSITAIRE
SANTE HUMANITAIRE

Année Universitaire 2015-2016
Enseignants responsables : Pr. Renaud PIARROUX, Dr. Georges SOULA

Objectifs de la formation

Connaître les enjeux et défis actuels de l'humanitaire - être sensibilisés aux aspects complexes et complémentaires de l'action humanitaire - connaître les nombreux acteurs impliqués dans l'humanitaire - acquérir des comportements et une méthode d'organisation du travail indispensables pour s'intégrer, sur le terrain, dans des équipes comprenant des personnels déjà expérimentés.

Public concerné

Tout titulaire, Français ou Etranger, d'un diplôme professionnel de santé ou d'un diplôme d'enseignement supérieur, ou tout autre professionnel pouvant s'impliquer dans des actions humanitaires.
(Médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, sages-femmes, paramédicaux, logisticiens, opérateurs politiques et administratifs)

Localisation

Faculté de Médecine de Marseille, Campus Nord

Programme

Module 1 : Concepts et définitions ; les acteurs de l'humanitaire – Enjeux de la communication en situation de crise – Education pour la santé – Intervention en situation de post-conflit : dynamique, enjeux, acteurs – Contexte juridique des interventions humanitaires – Adaptation des actions humanitaires à l'environnement socioculturel
Module 2 : Gestion de l'aide alimentaire et réhabilitation nutritionnelle – Ethique et actions humanitaires – L'approche de santé publique – Exemple d'un programme de santé publique : le programme élargi de vaccination - Analyse et gestion des risques infectieux en milieu tropical et en situation de précarité – Eau et assainissement en situation de crise – Gestion de l'insécurité, aspects techniques de la logistique (étude de cas) - Accès aux médicaments dans les pays en développement et/ou en situation de crise.
Module 3 : Principes et méthodes d'investigation d'une épidémie – Conduite à tenir face à une épidémie – Conduite à tenir face à une catastrophe naturelle ou technologique – Conduite à tenir devant un accident d'exposition au sang - Gestion du stress dans les situations de crise et psycho traumatisme – Conseils sanitaires avant le départ en mission – Stratégies de lutte contre le paludisme dans un camps de réfugiés.

Le corps enseignant est constitué d'intervenants provenant des universités et des organisations humanitaires internationales, intergouvernementales, gouvernementales et non gouvernementales. Ainsi, les étudiants peuvent découvrir les différents courants de pensée coexistants dans le monde de l'humanitaire, et bénéficier d'un retour d'une qualité exceptionnelle en termes de savoir-faire opérationnel et d'expérience de terrain.
L'enseignement pluridisciplinaire se fait sur un mode participatif avec utilisation de techniques interactives (travaux de groupes, résolutions de problèmes, jeux de rôle).

Coût de la formation

Etudiant : 700 euros
Formation permanente : 900 euros
Formation continue : 1100 euros

Contrôle des connaissances

Contrôle continu avec examen final à la fin de chacun des 3 modules. Deux sessions d'examen.

Durée de la formation

3 semaines - 3 fois 5 jours – 120 heures
1ère semaine : du 1er février au 5 février 2016
2ème semaine : du 4 avril au 8 avril 2016
3ème semaine : du 6 juin au 10 juin 2016

Capacité d'accueil

30 étudiants

Informations

Dossier de candidature à adresser par mail à :

renaud.piarroux@ap-hm.fr ou georges.soula@univ-amu.fr

Contact téléphonique : 04.91.69.89.39

Inscriptions

Faculté de Médecine
Unité Mixte de Formation Continue en Santé
27, boulevard Jean Moulin – 13385 Marseille 05
Tél. : 04.91.32.45.74/75

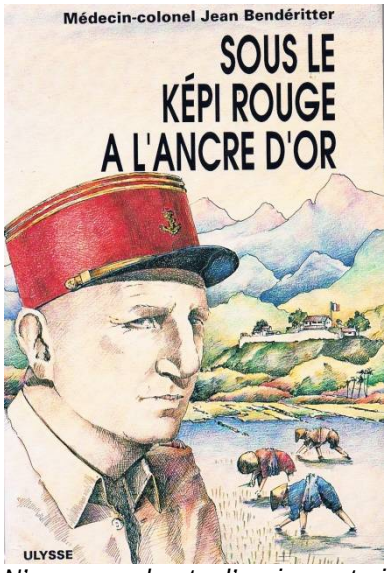
www.fmc-marseille.fr

Le Président de l'Université	Le Doyen de la Faculté de médecine	Le responsable de l'enseignement
Pr. Y BERLAND	Pr. G LEONETTI	Pr. R. PIARROUX

ARCHIVES

Sous le képi rouge à l'ancre d'or.

Sœur Dominique Bendéritter (#207) nous a signaléle livre remarquable publié par son père (Jean Bendéritter – Sous le képi rouge à l'ancre d'or. Ulysse éd., Bordeaux 1990) et co-rédigé par son père (§ : sous le képi rouge à l'ancre d'or) et sa mère (§ : une femme dans la guerre. Tonkin, 9 mars 1945). Nous publions ici un extrait de l'introduction de ce livre.



… Ce sont des intérêts commerciaux, politiques et stratégiques qui ont incité les puissances Européennes à se lancer dans l'aventure coloniale. Dans cette entreprise, tout n'a pas été négatif pour les populations.
Rappelons-nous d'abord que notre présence effective en Afrique, en Asie et à Madagascar n'a guère duré plus de 70 ans.
Souvenons-nous aussi que des potentats, tels que Béhanzin, Samory et Rabah, pour ne nommer que ceux-là, n'avaient rien à envier à notre moderne Amin Dada. Des dizaines de milliers d'hommes, de femmes et d'enfants, ont été massacrés ou emmenés en esclavage. Des régions presque aussi grandes que la France, dépeuplées, dévastées.
En Indochine, le Tonkin était mis en coupe réglée par des pirates qui n'étaient autres que les Pavillons Noirs. A la frontière de Chine, des vieux m'ont raconté que leurs parents n'osaient pas toujours sortir de leur village, par crainte d'être rançonnés ou tués.
N'ayons pas honte d'avoir apporté la paix à toutes ces régions, de les avoir fait sortir de leur sauvagerie qui ne connaissait que la loi du plus fort.
N'ayons pas honte d'avoir construit des routes, des chemins de fer, des ports, édifié des hôpitaux, des écoles, des universités.
N'ayons pas honte d'avoir fait cesser les guerres tribales, combattu les épidémies, les famines qui ont réapparu après notre départ. Voir Biafra, Ouganda, Congo Belge et Sahel où l'on meurt de faim.
Mais nous ne voulons retenir ici que les problèmes sanitaires. On peut affirmer qu'au moment où nos ex-colonies ont accédé à l'indépendance, les grandes endémies tropicales étaient jugulées. Pian, trachome, variole, fièvre jaune, peste, trypanosomiase, choléra, méningite cérébro-spinale.
C'est l'honneur des savants Français d'avoir pour une large part contribué à découvrir l'origine de ces fléaux. Ils ont mis au point leurs traitements prophylactiques et curatifs …

… Ce sont des médecins de la marine et des troupes de marine qui ont mis en œuvre toutes ces découvertes. Certains y ont laissé leur vie, d'autres leur santé…
… Lorsqu'on n'a pas vécu dans ces contrées lointaines, il est impossible d'imaginer les multiples obstacles auxquels nous nous sommes heurtés. Difficultés humaines, géographiques, climatiques ne se sont pas laissées surmonter sans un effort tenace.

DERNIÈRE HEURE : YVES BUISSON (#206) ECRIT DANS MEDIAPART

De renoncements en abandons, la fin programmée du service de santé des armées.

13 juillet 2015

Blog 'les invités de Médiapart' : http://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/130715/de-renoncements-en-abandons-la-fin-programmee-du-service-de-sante-des-armee

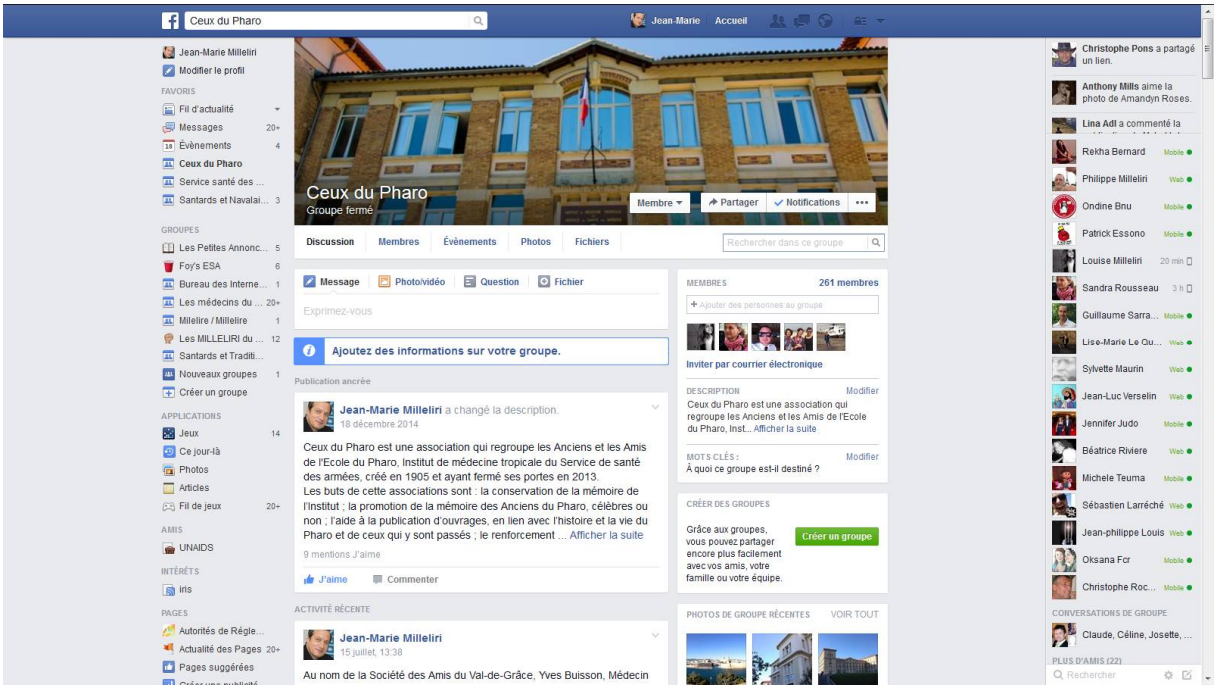
Au nom de la Société des Amis du Val-de-Grâce, Yves Buisson, Médecin général inspecteur (ER), Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Membre de l'Académie nationale de médecine, s'adresse à François Hollande et lui demande des réponses à ses questions après que *« la fermeture du plus réputé des hôpitaux militaires français marque une étape cruciale dans un processus visant à terme l'anéantissement du service de santé des armées ».*

La décision de fermer l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce, cœur historique du service de santé des armées (SSA) depuis 1793, devenu au fil des années un établissement de renommée internationale, a été annoncée par le Ministère de la défense comme un choix douloureux mais nécessaire, justifié par un argumentaire qui s'est révélé fallacieux (travaux d'infrastructure surévalués, proximité de deux grands hôpitaux de l'APHP…), et précipité par la refonte du dispositif hospitalier militaire dans le « modèle SSA 2020 » restreint au seul soutien des forces.

Présentée comme un choix inéluctable dans un contexte de restriction budgétaire drastique, la fermeture du plus réputé des hôpitaux militaires français marque une étape cruciale dans un processus visant à terme l'anéantissement du service de santé des armées. Après l'École de santé navale de Bordeaux fermée en 2011 et l'Institut de médecine tropicale du Pharo à Marseille fermé en 2013, la disparition de l'hôpital du Val-de-Grâce sonne le glas de la médecine militaire française. Encore inavouable officiellement, ce reniement s'applique de manière insidieuse et progressive, en asséchant les moyens de recrutement, de formation et de spécialisation des praticiens militaires, mais aussi en poussant à la démission les héritiers d'un corps professoral qui a formé des générations de médecins militaires et civils aux méthodes de soins d'urgence, de prévention, de diagnostic et de prise en charge des malades et des blessés, adaptées aux situations d'isolement et aux conditions d'exercice les plus extrêmes.
Suivant les éléments de langage du Ministère, le « modèle SSA 2020 » représente l'indispensable concentration des ressources sur le cœur de métier que représente le soutien des forces en opération. En réalité, il préfigure un appauvrissement irrémédiable du service de santé des armées en désarticulant trois de ses composantes essentielles que sont la médecine hospitalière, la formation et la recherche. Il prive ce service de toute capacité d'adaptation à des configurations nouvelles en détruisant des pôles d'expertise qui n'existent pas en milieu civil tels que la médecine de l'avant et la protection des populations contre les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), naturels ou provoqués.
Dans un contexte d'engagement majeur de nos armées sur différents théâtres d'opérations extérieures, la chaîne sanitaire devient de plus en plus difficile à assurer avec des moyens de plus en plus restreints. Malgré les qualités exceptionnelles de disponibilité et de dévouement dont font preuve les équipes médicales sur le terrain, il n'est plus possible de répondre à une demande qui ne cesse de s'accroître, sauf à se voiler la face. Demain, qui viendra secourir nos blessés sur le champ de bataille ? A qui demandera-t-on de prodiguer les premiers soins et d'organiser les évacuations sous le feu ennemi ? Face aux menaces de plus en plus pesantes qui assombrissent les années futures, sommes-nous prêts à suivre l'exemple de l'armée britannique qui regrette amèrement d'avoir supprimé son service de santé ? Faut-il attendre le scandale que soulèverait l'annonce des prochains *« morts pour la France que la France n'a pas voulu sauver »* ?
Autant de vraies questions à poser au Président de la République, Chef des armées, lorsque nos troupes défileront sous ses yeux le 14 juillet.

RETROUVEZ-NOUS SUR FACEBOOK !

sur : https://www.facebook.com/groups/1521248494799775/



Dans vos agendas !!!

Notez que le bureau de *Ceux du Pharo* vous conviera à une rencontre amicale (apéritif) à Marseille le samedi 22 août.
Un message spécifique sera adressé à tous les membres pour ce rendez-vous estival non loin de notre chère Ecole.

A bientôt, et n'oubliez pas de renouveler votre cotisation !
[le montant est inchangé : 20 euros]
Chèque au nom de Ceux du Pharo *à adresser à :*
Dr Francis LOUIS - Résidence Plein-Sud 1/Bât. B3 – 13380 Plan de Cuques, France

L'équipe de « Ceux du Pharo »