Ceux du Pharo
Bulletin de l'A.A.A.P.

Neuvième année, numéro 92, mars 2021

Ceux du Pharo, Association des Anciens et Amis du Pharo (A.A.A.P.), association loi 1901

président : Francis J. Louis ; vice-président : Jean-Marie Milleliri ; trésorier : Bruno Pradines
secrétaire générale : Dominique Charmot-Bensimon; secrétaire général adjoint : Loïc Camani

(Rédaction : F.J. Louis, J.-M. Milleliri • Internet : D. Charmot-Bensimon)

J'aurais voulu être un écrivain capable de faire entendre la voix de la brousse, montrer l'âpre sortilège qui vous attache à l'Afrique, aussi bien dans la touffeur humide de la forêt que dans la sécheresse de la savane. André Masseguin, 1938

Paysage de Guinée Équatoriale, Rio Muni (coll. F. Louis)

LE MOT DU BUREAU

Le mois de mars a bien évidemment été marqué par le lancement du Prix de l'École du Pharo. Il faut comprendre « école » comme dans « l'école de Barbizon », c'est-à-dire un mouvement de pensée dans l'esprit de l'enseignement que nous avons reçu au Pharo, fait d'ouverture aux autres et d'approche sans préjugé des peuples d'outre-mer que notre carrière nous a amenés à côtoyer. Ce prix, nous le voulons une vitrine ouverte au plus grand nombre, aussi n'hésitez-pas à nous soumettre vos œuvres : le jury vous en est déjà reconnaissant.

Et nous vous souhaitons une bonne lecture de ce bulletin, décidément bien étoffé, de quoi oublier un moment la covid !

Le Bureau

Sommaire du n°92, mars 2021

Le mot du bureau	01
UN NOUVEAU PRIX LITTÉRAIRE	01
Congrès, colloques, salons, festivals, évènements	04
Toi Jamot … qui aurais pu vaincre la maladie du sommeil	07
Du côté de la Covid	15
Ebola fait son retour	20
Infos, annonces, flashes	23
Le dessin du mois	24
Images d'archives	24
Chronique d'un monde qui ne tourne plus rond	26
Le microscope d'Anne-Marie	27
Seize conidae	39
La page technique de l'association	40
Biographies de nos Anciens	41
Les suppléments gratuits	42
La librairie de « Ceux du Pharo »	45

UN NOUVEAU PRIX LITTÉRAIRE !

Notre association a décidé de créer un prix littéraire, le PRIX DE L'ÉCOLE DU PHARO, pour récompenser une œuvre littéraire, artistique, médicale, sociale, scientifique ou d'intérêt général sur un pays d'outre-mer, dans l'esprit de l'enseignement que nous avons reçu au Pharo.

Nous vous espérons nombreux à souscrire à ce nouveau prix.

RÈGLEMENT DU PRIX DE L'ÉCOLE DU PHARO

Article 1

L'association des anciens et amis du Pharo, « Ceux du Pharo », crée un prix littéraire annuel, le **Prix de l'École du Pharo**, d'un montant de cinq cents euros.

Article 2

Le **Prix de l'École du Pharo** est destiné à récompenser une œuvre littéraire, artistique, médicale, sociale, scientifique ou d'intérêt général sur un pays d'outre-mer.

Article 3

Pour ce Prix, les départements et territoires français outre-mer sont considérés comme des pays outre-mer.

Article 4

Ne sont admis que les ouvrages imprimés et publiés en langue française. Les textes dactylographiés ou photocopiés ne sont pas acceptés. Les textes en langue étrangère ou traduits en français ne sont pas non plus acceptés.

Article 5

Le nombre d'auteurs est limité à trois. Les œuvres collectives ne sont pas acceptées.

Les ouvrages édités à titre posthume ne sont pas acceptés. En revanche, ceux dont la disparition de l'auteur intervient l'année du concours sont éligibles.

Article 6
Pour pouvoir prendre part à la sélection, les ouvrages doivent être envoyés par l'éditeur ou l'auteur, en deux exemplaires, accompagnés d'une lettre faisant acte de candidature, à l'Association « Ceux du Pharo » (Résidence Plein-Sud 1, bâtiment B3, 13380 Plan-de-Cuques) avant le 31 août.

Article 7
La date d'édition doit être comprise entre le 1er janvier de l'année précédant le prix et le 30 juin de l'année en cours (exemple : pour le prix 2021, sont acceptés les livres publiés entre le 1er janvier 2020 et le 31 août 2021).

Article 8
Un accusé de réception est envoyé dès l'inscription sur la liste des ouvrages qui seront examinés pour l'attribution du **Prix de l'École du Pharo**.

Article 9
Le jury est composé des membres du Bureau de « Ceux du Pharo », membres de droit, et de deux membres de l'association « Ceux du Pharo » choisis par le Bureau.

Article 10
Les membres du jury ne peuvent pas concourir à l'attribution du prix.

Article 11
Un ouvrage préfacé par un membre du Bureau de « Ceux du Pharo » ne peut concourir à l'attribution du prix.

Article 12
Les livres soumis au concours ne sont pas retournés aux auteurs.

Article 13
Seul l'auteur dont l'ouvrage a obtenu le prix est avisé du choix du jury. Les auteurs non primés recevront un courrier confirmant ce refus.

Article 14
Les ouvrages non primés ne peuvent pas être présentés une seconde fois, sauf refonte importante.

Article 15
Le **Prix de l'École du Pharo** est officiellement décerné au cours des « Actualités du Pharo », congrès médical annuel organisé à Marseille par l'association GISPE, ou lors de l'assemblée générale annuelle de « Ceux du Pharo ».

Article 16
L'annonce de l'œuvre primée sera publiée dans le bulletin mensuel (Ceux du Pharo. Bulletin de l'AAAP) et sur le site internet de « Ceux du Pharo » (http://www.ceuxdupharo.fr).

Article 17
À l'annonce du prix, un marque-page commémoratif sera distribué aux participants aux « Actualités du Pharo ».

Article 18
En cas d'empêchement de délivrance du **Prix de l'École du Pharo**, celui-ci est reporté à l'année suivante.

Le Bureau de « Ceux du Pharo »
21 mars 2021

Congrès, colloques, salons, festivals, évènements

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE de MÉDECINE TROPICALE et SANTÉ INTERNATIONALE

MTSI

Pollutions environnementales et santé sous les tropiques

Journée scientifique de la SFMTSI (ancienne *Société de pathologie exotique*)[1]

Jeudi 20 mai 2021

Cette journée a pour but d'inciter les praticiens, les chercheurs, les décideurs publics et privés, économiques et politiques, à considérer et à mieux anticiper l'impact des pollutions environnementales sous les tropiques, rurales et urbaines, sur la santé humaine, animale, végétale, marine, et microbiologique : les conséquences de l'exposition à ces substances toxiques sont particulièrement néfastes quand elle est associée à des complexes pathogènes spécifiques des tropiques, à la pauvreté et au sous développement.

Il ne s'agit pas de dresser un catalogue de toutes les pollutions environnementales, mais de situer chaque polluant présenté dans une perspective écosystémique, pluridisciplinaire de santé publique et aussi individuelle (*Une seule santé / One Health*), en tenant compte des histoires, ressentis et représentations locales. Malgré leur importance, des sujets majeurs, comme les devenirs des matières plastiques non carbonisées, les perturbateurs endocriniens, ou les pollutions radioactives, ne seront pas traités faute de temps.

Nous traiterons des conséquences des pollutions aériennes urbaines par les fumées de combustion des ordures, des moteurs, des foyers domestiques…, à partir de l'exemple d'écosystèmes urbains togolais et ivoiriens ; il sera aussi question des impacts des pollutions urbaines et agricoles sur la prolifération des moustiques, de dysplasies faciales chez des chimpanzés sauvages attribuées aux produits phytosanitaires utilisés dans les champs qu'ils ravagent, et de la chlordécone aux Antilles françaises ; seront abordés également les impacts sur la santé des populations vivant à proximité d'exploitations pétrolières et minières, industrielles et artisanales et plus particulièrement des pollutions par les métaux lourds (Hg, Pb…), associées aux exploitations aurifères.

À côté des risques sanitaires proprement dits, les répercussions sociales, politiques, économiques, à l'échelon local, national et international seront évoquées, notamment au cours de tables rondes organisées entre les intervenants de chaque session et alimentées par les questions et réflexions écrites des participants.

Intervenants

Sylvia Becerra	https://www.get.omp.eu/author/sylvia-becerra/
Alain Epelboin	https://www.ecoanthropologie.fr/fr/annuaire/epelboin-alain-6060
Jacques Gardon	http://www.hydrosciences.org/IMG/pdf/2020_10_cv_gardon_anglais.pdf
Sabrina Krief	https://www.ecoanthropologie.fr/fr/annuaire/krief-sabrina-6070
Michèle Legeas	https://www.ehesp.fr/annuaire/enseignement-recherche/michele-legeas/
Cathy Liousse	http://guiderecherche.univ-toulouse.fr/4DCGI/Entite_C_2073_10068
Laurence Maurice	https://www.get.omp.eu/author/laurence-maurice/
Luc Multigner	https://www.irset.org/equipe-l-multigner-evaluation-des-expositions-et-recherche-epidemiologique-sur-lenvironnement-la#section-2
Eric Pichard	https://www.infectiologie.com/fr/services-infectiologie/paris-institut-pasteur_-f.html

Frédéric Darriet ?

Organisateurs : Alain Epelboin, Pierre Gazin, Catherine Goujon, Eric Pichard

Secrétariat : Sylviane Le Gurun

[1] Journée dématérialisée, pilotée à partir des bureaux de la SFMTSI, sis au Pavillon Laveran, hôpital de la Salpêtrière, Paris

XXVI[e] ACTUALITÉS DU PHARO 2021

Du 6 au 8 octobre Marseille

Actualités du Pharo Marseille

LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DANS LES PAYS DU SUD

GISPE

Date limite de soumission pour les communications et les prix -**25 MAI**

Pour soumettre une communication ou pour un prix :
j-m.milleliri@wanadoo.fr
jean-loup.rey@wanadoo.fr
Pour s'inscrire :
jean-loup.rey@wanadoo.fr
Informations :
http://www.gispe.org/html/actus_du_pharo.html

GISPE
Groupe d'intervention
en santé publique et épidémiologie
Association loi 1901 reconnue d'intérêt général

Annonce des XXVI[es] Actualités du Pharo – Marseille 6, 7 et 8 octobre 2021

Les « Actualités du Pharo » sont les seules rencontres francophones de médecine et de santé publique tropicales ayant lieu chaque année en France. En 2021, la XXVI[ème] édition se tiendra à Marseille les 6, 7 et 8 octobre.
Depuis 2012, et après la fermeture de l'Ecole du Pharo (Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées), le GISPE a repris l'organisation de ce congrès, dans la suite du Service de santé des armées organisatrice de cette réunion scientifique depuis 1994.
L'édition 2020 a dû être reportée en raison des contraintes sanitaires imposées par la pandémie de coronavirus. Espérant que ces contraintes seront levées en octobre 2021, le comité d'organisation des Actualités du Pharo a décidé de programmer cette édition.

Le Groupe d'intervention en santé publique et épidémiologie (GISPE – www.gispe.org) désormais organisateur des ces journées, a donc le plaisir de vous communiquer les informations relatives à cette rencontre scientifique dont le thème en 2021 est :

« La santé sexuelle et reproductive dans les pays du Sud »

Le programme :

- Mercredi 6 octobre 2021 :
  - conférence inaugurale :
    « généalogie du concept de santé sexuelle et reproductive, état des lieux, évolution »
  - session de conférences invitées sur le thème « santé sexuelle et reproductive »
- Jeudi 7 octobre 2021 :
  - Symposium du collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales
  - communications libres sur le thème « santé sexuelle et reproductive »
  - communications libres sur le thème « impact de la Covid-19 sur les actions de SSR »
  - communications libres sur tout sujet de « santé internationale et médecine tropicale »
  - session de communications affichées
- Vendredi 8 octobre 2021 :
  - communications invitées sur le thème « santé sexuelle et reproductive »
  - communications libres sur tout sujet de « santé internationale et médecine tropicale »
  - remise des prix (thèses, travaux de terrain, posters)
  - clôture et annonce des Actualités du Pharo 2022

Tous les renseignements seront sur le site : http://www.gispe.org/html/actus_du_pharo.html

- Appels à communications orales et affichées sur les thèmes des Actualités et sur tout sujet de médecine et santé tropicales : soumission à adresser à : j-m.milleliri@wanadoo.fr
- Prix de thèse d'exercice des universités francophones : 1000€ +prise en charge du déplacement et de l'hébergement
- Prix de travail de terrain : 1000€ + prise en charge du déplacement et de l'hébergement
- Prix de thèse d'exercice des universités françaises : financé par la Société de Pathologie Exotique : 1000€ + prise en charge du déplacement en France métropolitaine
- Prix du meilleur poster: financé par l'Université Senghor d'Alexandrie
- **date limite de soumission le 25 mai 2021**

Les droits d'inscription sont de 150 € pour ces trois jours de congrès et de 30 € pour les étudiants de moins de 30 ans (sur justificatif) pour une inscription avant le 15 août 2019 (50 euros après cette date).

Pour toute information, contacter :
j-m.milleliri@wanadoo.fr ou jean-loup.rey@wanadoo.fr

Toi Jamot … qui aurais pu vaincre la maladie du sommeil

Dans notre précédent bulletin, nous avons annoncé la publication à compte d'auteur de ce livre de Joël Le Bras. C'est un ouvrage dense, volumineux (format A4, 667 pages) et, pour tout dire, bien difficile à résumer sans dénaturer la pensée de l'auteur.
Conscient de cette difficulté, Joël Le Bras nous a adressé le résumé qu'il en a fait lui-même.

Présentation de l'ouvrage

Ce travail est le résultat d'une recherche et d'une réflexion sur la lutte entreprise par Eugène Jamot contre la maladie du sommeil entre 1914(année d'arrivée à l'Institut Pasteur de Brazzaville - AEF) et 1934(départ définitif du poste de chef de mission "Trypano"de la Fédération d'AOF)

Les débuts de ce travail remontent à 1975, soit il y a plus de 35 ans, année de mon affectation comme médecin-chef du Centre d'Enseignement et d'Education Sanitaire de l'Organisation de Coordination de la lutte contre les Grandes endémies en Afrique centrale (OCEAC) de Yaoundé, alors dirigée successivement par les Drs Labusquière, puis Durand. Mes recherches ont alors été largement favorisées sur place par l'existence d'une riche documentation sur la vie et l'oeuvre de Jamot, documentation malheureusement dispersée sur six sites:OCEAC, Centre Pasteur (ex.Institut Pasteur de Yaoundé), Centre Universitaire des Sciences de la Santé(CUSS), Ministère de la Santé Publique du Cameroun, ORSTOM et Archives nationales du Cameroun. Aucune trace écrite concernant Jamot n'a par contre été retrouvée à Ayos(malgré trois passages).

Par la suite, ma recherche et ma réflexion se sont enrichies progressivement aux sources d'information et de documentation les plus diverses tant en Côte d'Ivoire qu'en métropole (Le Pharo Marseille, CEMAF Aix en Provence, Service historique de la Défense de Vincennes, Archives du Val de Grâce...)et, bien sûr,grâce aux publications de Jamot comme des médecins ayant écrit sur Jamot dans diverses revues internationales(dont africaines) et nationales, ainsi qu'aux ouvrages consacrés à Jamot ou évoquant son action et son oeuvre.

En annexe, nous publions une bibliographie comptant 85 références.

Le manuscrit qui en est résulté peut être considéré comme un essai, à la fois historique et nécessairement technique, dans la mesure où, pour comprendre Jamot, son parcours professionnel singulier, ses relations particulières notamment avec sa hiérarchie comme avec ses confrères, mais aussi l'importance de son héritage, il est indispensable de maîtriser parfaitement la philosophie de son oeuvre, les objectifs qu'il poursuivait, ses méthodes d'action. Il est évident que l'essentiel de notre réflexion a constamment porté sur ces derniers points, ce qui explique d'ailleurs la longueur de cette dernière. La démarche de Jamot est une démarche de santé publique avant la lettre; la réflexion qu'elle impose ne peut être aussi qu'une réflexion de santé publique.

Dès lors, l'ouvrage est plutôt destiné à un public averti de ce type de démarche, même si nous nous sommes efforcé de le rendre accessible au plus grand nombre, en faisant en sorte que l'homme soit toujours présent derrière l'oeuvre.

Sans être cependant une véritable biographie, l'ouvrage peut être lu en effet comme l'histoire professionnelle d'un homme qui, bardé de convictions et de beaucoup de bon sens, cherche à les matérialiser dans un contexte particulièrement difficile, en appliquant, pour arriver à ses fins -l'éradication d'une endémie majeure-, une méthodologie d'une rigueur et d'une logique implacables, reposant autant sur des bases scientifiques incontestables que sur un pragmatisme largement éprouvé, et ce en vue d'une efficacité optimum.

Comme tout essai, celui-ci, même s'il dépasse les 600 pages, ne prétend évidemment pas à l'exhaustivité du sujet traité, et ce malgré la masse des documents consultés. Il souffre obligatoirement de failles et de lacunes. Et nous n'en voulons par exemple comme preuve l'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvé de pouvoir consulter d'ores et déjà les dossiers de l'ensemble des médecins qui servirent sous les ordres de Jamot à la Mission de prophylaxie, comme de ceux de l'AMI qui l'aidèrent dans ses opérations d'AOF, et ce afin de respecter l'impitoyable black-out des 120 ans, qui pèse comme une chape de plomb sur les dossiers individuels des archives.

Il est certain que les dossiers d'un Monier, mais aussi d'un Sanner(qui quitta prématurément la Mission) seraient utiles à la compréhension des relations qui régnèrent entre Jamot et ses médecins. Dix ans de patience sont encore nécessaires à ce propos.

Dans cet essai, nous avons cherché également à respecter une stricte chronologie dans le déroulement de la carrière de Jamot, en tant que médecin "trypaniste". Cette dernière est d'une richesse encore insoupçonnable, au point que son étude, si fouillée fût-elle, n'a jamais cessé de nous ouvrir en cours de route des perspectives nouvelles que nous n'avons malheureusement pas toujours eu le temps de prospecter de manière satisfaisante. De ce fait, il est probable que nous sommes passé à côté d'éléments sûrement intéressants de la carrière comme de l'oeuvre.D'autres que nous seront peut-être en mesure d'approfondir encore davantage le sujet. Nous espérons simplement avoir pu dégager l'essentiel de ce qu'il faut savoir de Jamot et sur Jamot, et n'avoir laissé de côté que des éléments d'importance relative, voire anecdotiques.

Parallèlement, il était essentiel de comparer la pensée et les méthodes de Jamot à celles des médecins contemporains, comme aux principes du système de santé publique alors "dominant", auxquels il avait été nécessairement confronté. Seule en effet, une étude, la plus poussée possible, de la politique sanitaire coloniale de la France et du contexte général dans lequel elle était appliquée, et ce durant la période considérée, était susceptible de mettre en exergue le travail original et fructueux fourni par Jamot, mais aussi la patiente et méticuleuse volonté avec laquelle, après chaque échec, cet homme aux objectifs inébranlables, remettait systématiquement l'ouvrage sur le métier.

La difficulté de notre essai en tant que tel, réside aussi dans le risque, outre son aspect très technique, de donner l'impression de constituer une succession insistante, donc parfois fastidieuse pour certains, d'éléments susceptibles de passer pour des redondances et des redites . Il n'était guère possible d'éviter cet écueil, car seul leur caractère itératif -mais sans cesse évolutif- traduit le souci permanent de Jamot d'adapter et d'aménager sa méthodologie à la fois aux circonstances et aux résultats obtenus au fil de ses campagnes. Ce souci permanent n'était pas partagé alors par le Ministère des Colonies, promoteur d'une politique sanitaire, outre mer, dirigiste, autoritaire, étroitement encadrée, stéréotypée, conformiste, incapable de sélectionner les priorités, basée sur le principe illusoire de "l'AMI à tout prix", et qui, comme on devait s'y attendre, s'avéra in fine inadaptée,erronée, dispendieuse et infructueuse.

Par contre, nous nous défendons d'avoir voulu rédiger un pamphlet: en opposant deux manières d'envisager la lutte contre la maladie du sommeil, mais, plus encore, deux conceptions de la santé publique coloniale, il devenait inévitable que nous serions amené à porter une critique sévère contre une certaine politique sanitaire de la France coloniale, à une certaine époque de son histoire, essentiellement en matière de médecine mobile rurale, et, par voie de conséquence, contre les hommes qui avaient d'abord décidé à toute force de l'imposer puis de la défendre, ensuite de l'appliquer, souvent contre l'évidence de leurs échecs pourtant répétés. Nous revendiquons par contre la nécessité qui s'est imposée à nous, pour la compréhension et l'objectivité du sujet, de mener cette critique avec la rigueur nécessaire. C'était le seul moyen possible de défendre efficacement la mémoire d'Eugène Jamot. Nous faisons néammoins remarquer que nous avons limité strictement notre jugement péjoratif à ceux qui, se sachant pourtant dans l'erreur, y ont sciemment persisté afin de condamner non seulement l'homme qui portait des valeurs qu'ils réfutaient , mais aussi la méthodologie de lutte qu'il préconisait contre la maladie du sommeil, alors même qu'il n'en existait pas une autre susceptible de se substituer à elle et que l'urgence était telle que le mal était en train de rayer des régions entières d'Afrique noire de la carte.

Ainsi, nos accusations, si elles ne sont finalement formulées que dans le cadre strict de ce problème de santé publique,sont-elles à la mesure d'un drame qui aurait pu être largement minimisé si l'action de Jamot n'avait pas trop souvent été entravée par des interventions intempestives, spécieuses ou malveillantes selon les cas, guidées par des arguties scientifiques indéfendables ou par de basses animosités personnelles ou corporatistes.

Nous ne craignons guère de voir un jour nos propos contredits ou controversés, nous étant appuyé, pour mener ce travail,sur des documents et références irréfutables, rigoureusement et objectivement discutés et surtout constamment comparés et vérifiés.

Plan de l'ouvrage:

Nous avons provisoirement intitulé notre essai: " Toi, Jamot...", par analogie avec l'ouvrage de Léon Lapeyssonnie "Moi,Jamot...". Toujours, par analogie avec cet ouvrage, qui précisait dans l'intitulé "Le vainqueur de la maladie du sommeil", nous l'avons sous-titré: "Qui aurait pu vaincre la maladie du sommeil".

Le document se divise en deux parties, sensiblement de même importance:

-la première traite des "Chemins malaisés de la gloire", une gloire que Jamot, de son vivant, entreverra, sans totalement en goûter la plénitude.

-la seconde, "Du Capitole à la Roche Tarpéienne", décrit l'inexorable descente aus enfers de Jamot, victime d'un système(autant que des hommes portant celui-ci à bout de bras), acharné autant à sa perte qu'à celle d'une conception révolutionnaire de la santé publique en Afrique intertropicale.

I- Les chemins malaisés de la gloire

Cette première partie débute par une critique des affirmations de celui qui s'est targué d'être en quelque sorte l'historiographe numéro 1 de Jamot, le médecin général Léon Lapeyssonnie: " Jamot, une vie brisée" ou encore "Jamot le plus grand de tous". Cette critique est également l'occasion de discuter des phrases "célèbres" de Jamot et des circonstances (et des époques) dans lesquelles il les aurait prononcées. Une question se pose: "Sans être usurpée, la légende de Jamot n'est-elle pas bâtie sur des éléments erronés?"et même, si l'on va plus loin, " avait-elle besoin de ces phrases pour qu'elle se bâtisse naturellement d'elle-même?

Nous poursuivons notre propos par une définition de la prophylaxie, socle même de la "méthode Jamot". Nous refusons cependant d'en faire la base d'une "doctrine", terme qui a été créé a posteriori par des admirateurs trop inconditionnels de Jamot. Nous décrivons par ailleurs différentes applications possibles de la prophylaxie, en mettant l'accent sur le fait que cette dernière aurait dû être une voie majeure de la recherche en santé publique, comme Jamot en avait montré le chemin.

Nous nous penchons ensuite sur la position très particulière de Jamot dans le Corps de santé colonial et sur la manière dont va se forger une réputation, forcément génératrice de controverses et de jalousies. La part de responsabilité de Jamot dans la genèse même de ces dernières est analysée.

Nous passons ensuite à l'histoire de la prophylaxie médicale en Afrique centrale, avant Jamot, ce qui nous permet de démontrer que Jamot n'en est en rien l'inventeur, mais qu'il peut être considéré par contre comme celui qui lui donnera en quelque sorte ses lettres de noblesse, autant en démontrant sa nécessité qu'en codifiant ses méthodes.

Dès lors, nous décrivons les débuts de Jamot à l'Institut Pasteur de Brazzaville, et ses premiers combats d'abord dans le chef-lieu de l'AEF, dans le cadre du Conseil Colonial d'Hygiène de 1917, précédant la fameuse mission "Oubangui-Chari" où prirent forme les premiers contours de sa "méthode prophylactique". A son retour, toujours rattaché à l'IP de Brazzaville, Jamot tirera les premiers enseignements de sa mission, tout en menant des missions complémentaires tant au Moyen Congo (Sibiti) qu'au Sud-Cameroun, et ce en vue de l'adaptation de la méthode aux premières Zones pilotes prophylactiques et médicales(ZPPM), mises en place à son insu.

Ces ZPPM et les premiers secteurs de prophylaxie d'AEF qui en découlent sont ensuite décrits comme l'une des composantes de l'Inspection fédérale des Services sanitaires et médicaux,laquelle restera pendant 6 ans aux mains de deux responsables dont les qualités très variables vont être mises à l'épreuve des dures réalités de la maladie du sommeil. Ces responsables sont Boyé -à deux reprises- et Joseph Vassal. Apparaît dans ce contexte difficile la stature remarquable d'un endémiste qui jouera un rôle important dans la carrière d'Eugène Jamot,et qui,par ses propres méthodes, davantage respectueuses de l'orthodoxie sanitaire coloniale,soutiendra parfois la comparaison avec celles de Jamot: il s'agit de Gaston Muraz.

Ayant quitté l'AEF avant d'avoir réussi à donner à la médecine mobile rurale fédérale l'impulsion "prophylactique" qu'il souhaitait pour elle, Jamot est appelé à livrer, à Paris, sa première bataille sur la manière de concevoir la lutte contre la maladie du sommeil, telle qu'elle lui a été inspirée par ses premières expériences de terrain. A cette occasion, il se trouve pour la première fois directement aux prises avec l'omnipotente Inspection Générale des services sanitaires du Ministère des Colonies,

laquelle, il aurait dû s'en douter, nourrit déjà certaines préventions à son encontre, liées aux relations cahotiques -et quelque peu oubliées- qu'il avait déjà entretenues en AEF avec sa hiérarchie(Houillon, Huot), moins peut-être en raison de ses idées avant-gardistes sur la lutte contre la maladie du sommeil que d'un comportement administratif jugé sur place peu professionnel. Non seulement, Jamot bouscule donc les habitudes par le caractère iconoclaste de ses méthodes, mais il ne fait pas non plus l'unanimité par sa manière très personnelle et même laxiste de travailler. Cette manière d'être, dans un milieu très attaché aux conventions et aux règles bureaucratiques de l'Administration coloniale aura ultérieurement une influence certaine sur l'évolution de son profil de carrière.

Nous décrivons ensuite la manière dont Jamot prend la tête, pour la seule fois de sa carrière, du seul secteur (ex ZPPM) existant alors au Cameroun, celui du Haut-Nyong, ex "Nyong et Doumé". Son premier souci est d'étudier à partir des archives disponibles la manière dont la lutte à été menée naguère dans la région par le Service de santé allemand(jusqu'en 1914) puis par le Service de santé français(Gustave Martin) entre 1916 et 1920. Les archives de Jojot, son prédécesseur, mais à la ZPPM du Nyong et Doumé, lui seront également très précieuses. Jamot peaufinera dès lors, grandeur nature, sa méthode prophylactique: au bout de quatre ans d'expérience, il nous est possible de la détailler dans toutes ses composantes: dépistage, prophylaxie bien sûr, traitement, épidémiologie, cartographie des foyers, comptabilité à partir des recensements médicaux..., et d'en dresser un bilan complet.

Cette période très fructueuse(1922-1926) est cependant marquée par des tiraillements avec l'Administration coloniale, dont la portée a cependant été très exagérée par la suite, comme si le fait de cibler certaines des difficultés de Jamot sur les administrateurs était destiné à minimiser autant que faire se peut la responsabilité de la hiérarchie même de Jamot -le Corps de santé colonial- dans les ennuis d'un homme, dont elle semble aujourd'hui chercher à s'accaparer -non sans opportunisme, voire impudence- une part de sa gloire.

Une parenthèse est ouverte ensuite à propos de la mission de Jamot au Nord-Cameroun, survenue plus normalement, semble-t-il, qu'on a cherché à le faire accroire. Cet épisode qui se greffe sur le séjour de Jamot à Ayos, reste finalement anecdotique dans le cursus de Jamot. Il lui permettra en tout cas de rencontrer Muraz à plusieurs reprises, le foyer du Nord-Cameroun étant mitoyen de celui du Chari sur le territoire du Secteur 3 de Fort-Archambault.

C'est durant les quatre années de séjour de Jamot à Ayos qu'à Paris se met en place, sous la férule des deux inspecteurs généraux successifs du Service de santé colonial au Ministère des colonies(Gouzien puis Lasnet), la nouvelle politique sanitaire française outre-mer.

La reflexion menée ainsi au plus haut niveau va aboutir aux fameuses instructions " Daladier-Lasnet" de 1924, qui vont conditionner toute notre action sanitaire coloniale jusqu'à la Seconde guerre mondiale. Hormis certains succès indéniables, comme par exemple en matière de protection maternelle et infantile, ces instructions,où tout est "prioritaire" (!)vont placer in fine la santé publique, notamment en Afrique Noire, sur une voie de garage. Cette politique ne fera pas toujours la part belle -hormis au Cameroun - à la trypanosomiase humaine, ce qui sera à l'origine de bien des balbutiements comme en AEF et même d'un début de catastrophe généralisée en AOF.

La raison en est assez simple: il s'avère en effet qu'il y a contradiction totale entre le contenu des instructions qui prévilégient la prévention, l'hygiène et l'assistance, et la démarche de Jamot qui base d'abord et avant tout son action sur la prophylaxie, laissant la porte ouverte -mais que nul ou presque ne franchira- à d'autres perspectives de recherche dans d'autres endémies majeures que la maladie du sommeil.

II- Du Capitole à la Roche tarpéienne

Cette seconde partie débute par la longue réflexion que s'impose Jamot, quand il rentre de sa mission du Nord-Cameroun, et qui l'amènera à fignoler la formule qui lui paraît la mieux en adéquation avec une lutte sur une large échelle contre la maladie du sommeil au Cameroun, avec cette fois la fixation d'un objectif de réduction significative du niveau épidémo-endémique du mal(amener la maladie partout, en cinq années maximum, à un niveau hypoendémique) suivi d'un second objectif d'éradication totale en cinq années supplémentaires, ce qui est désormais parfaitement envisageable grâce à la tryparsamide.

Le concept d'une mission "permanente" de prophylaxie, propre à atteindre ces objectifs, est né.

Nous suivons dès lors le déroulement de la seconde bataille de Paris menée par Jamot. La réunion du 29 avril 1926, qui verra Jamot soutenu d'une manière décisive par le Haut-Commissaire du Cameroun, Marchand, débouchera sur l'acceptation par le Ministère des Colonies de la formule de mission "autonome" mais aussi permanente dans la mesure où Jamot obtient l'assurance que la Mission sera maintenue sans interruption aussi longtemps que les objectifs ne seront pas atteints. Il est bon de signaler que l'obtention par Jamot de cette mission a donné lieu à des débats préliminaires très ardus, tant l'Inspection Générale du Ministère des Colonies a manifesté son hostilité à l'octroi de l'autonomie pour une de ses structures, statut qui, selon elle, risquait de mettre à mal le principe uniciste des instructions de 1924.

Un long chapitre est évidemment consacré au fonctionnement interne de la mission créée le 8 juillet 1926, et à ses activités, puis à son bilan de cinq ans entre 1926 et 1931. Ce sera l'occasion de comparer ce dernier à celui des dix secteurs de l'AEF, tournant quelque peu au ralenti (hormis le secteur 3) jusqu'à leur reprise en main par Gaston Muraz en 1928, avec sa formule sectorielle originale des secteurs principaux et des secteurs annexes.

Nous décrivons ensuite l'épisode de l'Exposition coloniale de 1931 où, entraîné, pas toujours d'ailleurs à son corps défendant, dans le courant parisien des honneurs, Jamot n'en réfléchit pas moins à l'avenir de sa mission, dont l'objectif initial a été atteint, mais pour laquelle, il faut songer à corriger la formule, en maintenant la pression sur les zones hypoendémiques, en passant, pour les autres, apparemment éradiquées, à un dispositif de surveillance, tout en acceptant une certaine perte d'autonomie se traduisant par l'introduction d'une part plus ou moins grande d'AMI dans le dispositif "prophylactique". Devenu, ce qui en règle n'est pas connu, chef du Service de santé du Cameroun, Jamot ne s'inquiète pas outre mesure de cette évolution de sa Mission, puisque, du fait même de sa double fonction, il lui sera loisible de modeler la Mission nouvelle formule à son gré (tout en rejetant, cependant, le spectre de la sectorisation qui reste sa bête noire car inadaptée à la focalisation de la maladie, mais que le Ministère des Colonies continue pourtant à vouloir lui imposer, à l'exemple de l'AEF).

Nous montrerons dès lors qu'en l'absence de Jamot, son successeur, Ledentu, finira par adopter la formule hybride du "Service territorial de prophylaxie de la maladie du sommeil" , placé sous le contrôle de l'AMI, sans perdre tout-à-fait l'esprit de la Mission de Prophylaxie. Ce STPMS bénéficiera indiscutablement de l'héritage de Jamot, profitant de l'expérience, de la rigueur comme de la compétence des équipes de l'ancienne Mission.

Sur ces entrefaites, éclate la bombe à retardement de l'affaire de Bafia, révélée par l'administration territoriale du Cameroun, et dans laquelle le médecin-chef de l'équipe de prospection de cette région, Henry Monier, est accusé d'une faute professionnelle survenue en 1928 et 1929. Suit une description détaillée de cette très complexe affaire, dont nous nous sommes efforcé grâce aux archives de l'ex-ministère des Colonies, de dénouer l'ensemble de l'écheveau, ainsi que des diverses enquêtes menées sur le terrain par le Service de santé colonial, à défaut d'enquêtes indépendantes diligentées par le gouvernement voire les instances internationales, à savoir alors la Société des Nations.

Au fil de l'enquête, il s'avère que si le Ministère des Colonies, suivi en cela par celui de la Guerre, reconnait la faute de Monier, il évoque aussi, en raison même des accusations de ce dernier, certains manquements administrativo-techniques de la part de Jamot, lesquels auraient pu induire en erreur les acteurs sur le terrain et donc favoriser le drame.

Henry Monier, opportuniste, cherchera effectivement tous les moyens possibles, dont celui-là, pour minimiser sa propre responsabilité et la faire endosser partiellement, voire même entièrement, à Eugène Jamot, son chef hiérarchique. Pour ce faire il s'entourera de solides défenseurs et même de protecteurs , au premier rang desquels on trouve le pastorien Marchoux. Nous détaillons longuement le rôle équivoque joué en la matière par cet ancien maître de Jamot, notamment à l'occasion du Conseil d'enquête du 29 septembre 1931, diligenté par le Ministère des Colonies, organisé par celui de la Guerre, et appelé à statuer sur le cas "Monier".

Après avoir montré comment Monier n'est sanctionné que d'une simple admonestation, même si la porte du "hors-cadres" lui est momentanément fermée, et comment Jamot est blanchi de toute accusation, nous expliquons comment l'affaire rebondit à la suite de l'intervention

intempestive du secrétaire d'Etat aux Colonies Blaise Diagne, dont l'excès de zèle peut être mis sur le compte du statut provisoire (et surréaliste) dont il a hérité à un certain moment, et lui fait assurer simultanément l'intérim des deux ministères des Colonies et de la Guerre. Diagne n'a pas du tout suivi l'affaire mais croit bon de la relancer en considérant que la dérobade de Jamot lors du Conseil d'enquête non seulement constitue une faute qui aurait dû être sanctionnée, mais peut cacher aussi une dissimulation de faits de la part du chef de la Mission de prophylaxie. Diagne va plus loin encore en subodorant, devant la mansuétude du Conseil d'enquête, un coupable réflexe corporatiste de ses membres.

Ce qui nous entraîne à décrire, tel un cataclysme incontrôlable, le dramatique rebondissement de l'affaire de Bafia, connu parfois sous le nom d' affaire de Dakar", et dans laquelle nous expliquons comment Jamot fut partiellement sauvé d'une déchéance annoncée par le ministre de la Guerre, en titre cette fois, qui se contentera à son égard d'une "réprimande", contre l'avis d'une Inspection générale qui avait pour sa part demandé le blâme, sanction dont Jamot, contrairement à une idée reçue, n'écopera finalement pas. Par contre, entre temps, l'Inspection générale avait pris la décision précipitée et arbitraire de priver Jamot de sa double fonction camerounaise. Le rôle néfaste de l' Inspecteur général du moment, Boyé, est mis en avant à cette occasion.

La conséquence de cette décision est par ailleurs mise en évidence: Tant en AEF (Muraz 1928) qu'au Cameroun(Ledentu 1931), les services de prophylaxie de la maladie du sommeil sont désormais entièrement placés dans le giron de l'AMI. Compte tenu du risque qui se dessine de voir l'AOF envahie à son tour par une vague de trypanosomiase humaine, des textes sont en préparation pour qu'il en soit également de même dans cette Fédération.

Cette harmonisation réunificatrice de la médecine de prophylaxie et, par extension, de la Santé publique en Afrique intertropicale, est en définitive dans le droit fil des instructions de 1924. Il n'est désormais plus question d'accorder ne serait-ce qu'un semblant d'autonomie aux services de lutte contre la maladie du sommeil, ce qui nous permet de décrire ce que sont et vont être dorénavant les structures dites de prophylaxie, sous le contrôle de l'AMI, et en particuliers les "groupes mobiles prophylactiques"(GMP) par rapport aux "Groupes sanitaires mobiles"(GSM) de l'AMI pure. Le GMP redevient ce, que les instructions de 1924 avaient voulu qu'il fût, à savoir une variante tout à fait exceptionnelle du GSM.

L'exemple de l'AOF va rapidement démontrer combien il est désormais difficile de relancer l'idée même , malgré l'urgence de la situation, de la mise en oeuvre d'un service de prophylaxie digne de ce nom.

Un historique de la récente évolution de la maladie du sommeil en AOF, entre 1927 et 1931, notamment au Dahomey, au Togo et en Haute-Volta, montre ensuite comment le mal y a pris insidieusement des proportions inquiétantes. Des efforts louables ont été entrepris pour endiguer le fléau, mais ils manquaient à la fois de coordination et de moyens. Un médecin-inspecteur mobile d'hygiène de l'AOF, Sorel, a fait alerter l'Inspection générale de Paris. En vain! Cette dernière , "conseillée" par d' "éminents" spécialistes de la maladie, minimise complètement la situation, ce qui va amener le gouverneur général d'AOF en personne (Brévié) à prendre une décision courageuse, à contre-courant de la position de l'Inspection générale, aboutissant à la création d'un "Service autonome de lutte contre la maladie du sommeil en AOF"(30 novembre 1931). La décision a pu être prise grâce à l'activisme de Sorel, devenu entre temps chef fédéral des Services sanitaires. Mais c'est L'Herminier, son remplaçant, qui confiera ce nouveau service, le 12 juillet 1932, à Jamot , jusque là toujours maintenu "en résidence" à Dakar.

Nous expliquons ensuite les difficultés innombrables rencontrées par Jamot pour mettre en route un service finalement non reconnu comme autonome par Paris. Jamot palliera notamment son absence de moyens en personnels par le recrutement d'anciens infirmiers issus de son ancienne MPPMS du Cameroun, en attendant que sortent les premiers personnels autochtones de la nouvelle école qu'il a créée à Ouagadougou, choisie comme siège du nouveau service. Les difficultés du nouveau service sont encore aggravées par la fusion, survenue à la même époque, des deux colonies de Côte d'Ivoire et de Haute-Volta, le coup de grâce étant porté par Paris qui fait annuler le décret Brévié en créant à la place d'un service"autonome" un service "intégré" de prophylaxie(3 décembre 1932).

L'idée d'un service autonome qui plus est confié à Jamot avait donné suffisamment de prurit aux instances de la rue Oudinot, qu'une telle décision devienne inévitable.

pour

La convergence de ces deux faits concomitants(perte d'autonomie et fusion de la Côte d'Ivoire et de la Haute-Volta) a pour effet induit de placer administrativement Jamot sous la coupe directe du lieutenant-gouverneur de Côte d'Ivoire, l'administrateur Reste.

Nous décrirons dès lors la position équivoque de Jamot, partagé entre les exigences techniques du pouvoir fédéral et la sujétion administrative territoriale, position qui va se traduire courant 1933 par des modifications de fonctions qui transformeront le poste qu'il est censé occuper en un ersatz ingérable(par lui et par sa hiérarchie directe) de"chef de mission et agent de liaison" fédéral et de "conseiller technique" du chef du Service de santé de Côte-d'Ivoire. L'Herminier se montrera incapable de régler ce problème devenu de toute manière inextricable.

Ces vicissitudes et ces dérives n'empêcheront pourtant pas Jamot de mener, avec un seul "groupe mobile prophylactique" (deux en Guinée) une impressionnante série d' opérations de cartographie des foyers de la Fédération, de dépistage des cas de trypanosomiase dans ces foyers (hormis la Basse Côte d'Ivoire qu'il ne prospectera pas) et, avec un étonnant pragmatisme, d'organisation d'un réseau fixe et mobile de traitement, avec l'appui des dévoués jeunes médecins de l'AMI, subjugués par son aura. Nous donnons, bien entendu, le bilan de ces opérations.

L'insistance de Jamot, devant la gravité de la situation, telle qu'il l'a mise en évidence, à demander sans relâche la reconstitution d'un véritable service à compétence fédérale, avec au moins trois groupes mobiles prophylactiques, service dont l'autonomie lui paraît par ailleurs évidente, irrite à ce point l'Inspection générale de Paris qu'elle décide de faire prendre par l'inspection fédérale d'AOF une décision en trois points:

1- faire barrage par tous les moyens à toute velléité d'autonomisation du service de lutte contre la trypanosomiase, telle que semble à nouveau le souhaiter Jamot.

2-défédéraliser la lutte, chaque colonie redéfinissant les fonctions du conseiller technique "Trypano" auprès du chef du Service de santé territorial, celles-ci devant tenir compte de l'importance plus ou moins grande de la maladie dans sa colonie.

3-in fine, se débarrasser de Jamot,qui continue à mettre en péril l'édifice "AMI".

Cette dernière mission sera confiée, en tant que chefs administratifs de ce dernier, au lieutenant-gouverneur Reste et au nouveau chef du Service de santé de Côte d'Ivoire, Botreau-Roussel.

La conférence sur la trypanosomiase de Bobo-Dioulasso (19 novembre 1934) sera l'occasion pour Botreau-Roussel de mener un violent réquisitoire contre Jamot et, partant, de faire l'apologie de l'intégration, le tout sous l'oeil impavide de L'Herminier. Nous détaillons les différentes péripéties de cette conférence, en démontrant la volonté implacable avec laquelle Botreau-Roussel amène Jamot très exactement là où il voulait l'amener. En l'acculant dans ses retranchements, avec une parfaite mauvaise foi, Botreau-Roussel qui étale en l'occurrence son ignorance de la médecine de prophylaxie, portera à Jamot, abandonné par les autres participants à la Conférence, hormis un seul, le coup de grâce, le comble de l'ignominie étant en effet atteint avec l'ultime attaque du chef du service de santé de la Côte d'Ivoire, sur la nocivité de l'...atoxyl, qui avait été depuis un quart de siècle, dans toute l'Afrique intertropicale ,le produit de base de l'action prophylactique, et sur lequel Jamot avait bâti, précisément, toute sa méthodologie. C'était bien cette dernière dont Botreau-Roussel voulait démontrer non seulement qu'elle avait été néfaste aux malades mais de surcroît inutile pour se débarrasser de la maladie du sommeil...

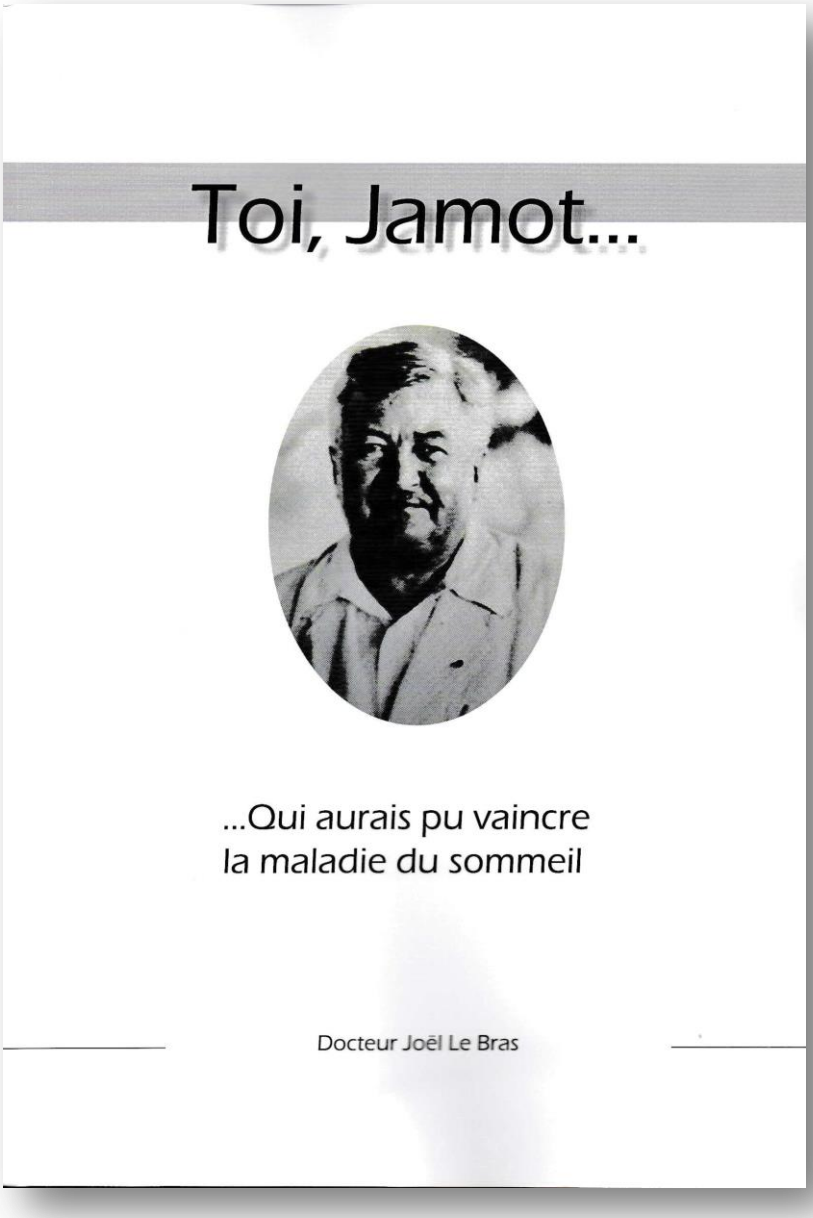
Nous n'avons pas voulu terminer notre travail sans:

-premièrement, évoquer les suites catastrophiques de la Conférence de Bobo-Dioulasso entre 1935 et 1937, puis le sursaut mené sous l'impulsion de Lefrou(1937-1939) contre Couvy, le remplaçant de L'Herminier, figure emblématique de l'AMI triomphante, et contre Sorel, inspecteur général à son tour et qui avait soudain oublié son volontarisme de naguère en faveur de la médecine de prophylaxie et de...l'autonomie, enfin l'avènement d'un nouveau service - que nous qualifierons de semi-autonome-, le SGAMS de Muraz puis de Le Rouzic.Sans oublier que ce service put voir le jour grâce à la volonté de trois hommes: Muraz donc, chef du Service de santé du Niger, le gouverneur-général De Coppet et le ministre des Colonies Mandel, du gouvernement Daladier de 1938.

- deuxièmement, dresser , ou au moins tenter de dresser un portrait de l' homme Jamot" tel que nous avons pu le découvrir et éventuellement cerné au cours de nos longues recherches (ainsi que la manière où il évolua dans un milieu médico-militaire qui, compte tenu de sa propre -et forte- personnalité et de la profondeur de ses convictions, ne pouvait lui être a priori favorable).

Notre conclusion reprend point par point chacun des éléments que Lapeyssonnie a très improprement appelé la "doctrine" de Jamot, en la résumant dans la formule lapidaire MMAAPP. Nous démontrons que cette formule, toute séduisante qu'elle soit, déforme, pour ne pas dire trahit la pensée de celui à qui on a voulu, à toute force, l'attribuer. En lieu et place, nous proposons, non pas une nouvelle doctrine -terme qui ne vaut en effet que si c'est son créateur qui l'applique lui-même à sa propre pensée-, mais une nouvelle formule encore plus lapidaire que la première, mais qui paraît pour sa part refléter le mieux l'oeuvre de Jamot en tant que novateur inspiré dans l'action sanitaire de la France coloniale sous les tropiques.

Joël Le Bras



Du côté de la Covid

La vaccination en cartes postales

La vaccination en cartes postales

– entre valorisation iconographique et imagerie populaire –

Dr. Jean-Marie MILLELIRI , Dr. Francis LOUIS

j-m.milleliri@wanadoo.fr - *louis13880@gmail.com*

Association Ceux du Pharo - Ceux du Pharo - Bât B3 - résidence Plein Sud 1 - 13380 Plan de Cuques

La vaccination : une pratique médicale photogénique

La vaccination est parmi les actes médicaux nouveaux à la fin du 19ème siècle et à l'orée du 20ème, un de ceux qui a sans doute eu le plus d'impact sur les populations. "Vacciner" a donné lieu, notamment au début de cette pratique, au développement d'une campagne de communication marquée, mais non forcément ancrée dans une stratégie structurée. La mise en scène a été la règle.

Que ce soit pour mettre en scène les actes vaccinaux au sein même de l'Institut Pasteur à Paris ou aux fins fonds des brousses africaines, le désir manifeste a été de montrer cet acte comme une avancée de la science mais aussi de l'œuvre humanitaire de l'action colonisatrice quand il s'est agi de théâtralisation coloniale.

En Afrique, dizaines de millions de vaccinations antiamariles sont pratiquées le plus souvent associées à la vaccination antivariolique.
Entre 1939 et 1954, plus de 5,5 millions de vaccinations antiamariles et près de 52 millions de vaccinations antivarioloamariles sont effectuées en AOF.

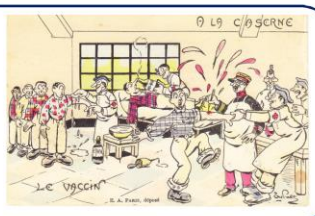
Vacciner partout et le montrer

Des confrontations arrangées aux zoos humains vaccinaux

Parfois maladroitement, tombant aussi dans les écueils des zoos humains, que ce soit à Orléans en 1905 ou à Angers en 1906, ces "confrontations arrangées" n'avaient sans doute pour but que le désir de montrer et d'illustrer les bienfaits de la vaccination.

De nombreuses publications iconographiques ont été produites pour valoriser la vaccination. La carte postale, à côté d'autres productions tels les chromos et autres images populaires a joué un rôle important dans la vulgarisation de cet acte médical nouveau.

Ces vues très exotiques, parfois très colorées, pouvant être humoristiques, ont laissé des traces notables à conserver pour enrichir l'écriture de l'Histoire des sciences médicales.



Covid 19 : 2021, année du vaccin

Le lieutenant-colonel Constantin Lianos, président de l'association nationale des anciens combattants de la Légion Étrangère a réussi samedi 13 mars ce qu'on pourrait appeler un coup de maître « distanciel » en organisant un colloque mondial sur la Covid-19 en visio-conférence. On aurait pu croire que la présence de 201 personnes sur « Zoom » pouvait se traduire par une cacophonie permanente. Eh bien non, chacun a eu le loisir d'écouter deux conférenciers de renom, les professeurs Pierre Saliou et Jean-Marie Milleliri qui ont déployé des efforts constants de pédagogie pour faire comprendre aux béotiens que nous sommes en matière médicale le pourquoi et le comment de la crise sanitaire que nous vivons depuis plus d'un an.

C'est ainsi que nous avons pu apprécier les interventions de Frédéric Bénoliel depuis Tokyo, de Pierre Saliou à Paris, de Jean-Marie Milleliri à Marseille, de Bachira Tomeh à Rouen, de Stéphane Semenov à Moscou, de Philippe Daue en Corée du Sud, de Benjamin Dupal à Singapour, de Michel Sultan en Israël, d'Antoine Palazzolo en Espagne, de Franck Billmann en Allemagne, de Marie Bittar au Sénégal, du Dr Jean-Paul Bressin à Marseille, de Pascal Lalle à Paris et de nombreux sociétaires de l'ANACLE.

Le professeur Saliou a reconnu lui-même qu'il n'avait jamais été connecté avec tant de pays du monde à la fois. Le Dr Jean-Marie Milleliri, lui, a fait le point sur l'état de la pandémie dans le monde en précisant que 120 millions de cas avaient été recensés dans le monde et que le bilan des morts était de 2 650 000, dont plus de 90 000 en France. Cet éminent spécialiste de médecine tropicale a évoqué l'épopée d'un pionnier de la vaccination, Léon Lapeyssonie, qui s'illustra dans les années soixante en Haute-Volta et au Brésil dans sa lutte contre la méningite cérébro-spinale.

Le « pistolet » vaccinal pour tuer le virus ?

Il parvint à l'époque à vacciner un nombre impressionnant de gens grâce à la technique du « pistolet », une sorte d'injecteur sans aiguilles contenant 50 doses que l'on applique sur le bras du patient. Cette vaccination à la chaîne ou vaccination de masse grâce au « Pedojet », un pistolet hydraulique, serait bien utile aujourd'hui mais le Professeur Saliou a fait observer qu'on ne peut plus utiliser ces injecteurs sous pression depuis l'apparition du Sida en raison d'une très légère régurgitation de sang lors de chaque « tir », ce qui peut entraîner une contamination éventuelle.

Il est vrai qu'avec cet appareil on parviendrait à une couverture vaccinale beaucoup plus rapide et donc à une lutte efficiente contre la propagation du virus mais c'est hélas impossible. D'autant plus qu'aujourd'hui la vaccination est conçue comme un acte personnel et individualisé, avec interrogatoire préalable et attente post-vaccinale obligatoire de quinze minutes.

Le Dr Milleliri a fait litière des idées fausses qui circulent sur le coronavirus qui n'est pas nouveau et n'a pas été fabriqué en Chine même s'il a émergé en Asie : « la Covid est une maladie infectieuse interhumaine qui se dissémine dans le monde entier en raison des déplacements massifs de populations, a-t-il souligné, elle peut se transmettre à distance par l'effet de l'aérosolisation, c'est-à-dire des gouttelettes lourdes ou légères qui résultent d'un éternuement ou d'une toux. L'inhalation de ces gouttelettes provoque de nombreuses infections mais une climatisation peut aussi avoir un effet délétère sur la chaîne de contamination, de même que le simple fait de se frotter les yeux ou la bouche avec une main qui vient d'être « aérosolisée », par exemple en ouvrant une poignée de porte ou en tenant une barre métallique dans le métro ou le bus. Ce type de propagation entraîne des cas cumulés très important aux USA, au Brésil et en Inde.

La stratégie des « 4 M »

Le principal inconvénient pour « tracer » l'épidémie, c'est la durée d'incubation entre le contact contaminant et le moment où les premiers signes apparaissent (maux de tête, fièvres, pertes du goût et de l'odorat, fatigue extrême). La durée de l'incubation pouvant varier de cinq jours à quatorze jours, le même contaminateur peut faire en chaîne toute une série de contaminations puisqu'il ne se sait pas lui-même porteur du virus. C'est ce qu'on appelle dans le jargon médical « les formes asymptomatiques » de la maladie, sources de contagions involontaires.

Dans de nombreux cas, la maladie évolue favorablement et seulement 20 % des formes sont sérieuses ou graves entraînant un « ouragan cytoclinique » et deux pour cent de létalité au niveau mondial. Comme il n'existe aucun traitement connu de cette maladie pour le moment, l'objectif majeur est de casser partout la chaîne de transmission grâce à l'adoption de gestes barrières et à la vaccination massive.

Le couple hydroxychloroquine-azytromicine proposé par le professeur Didier Raoult a prouvé son efficacité lors d'une administration précoce et il est proposé dans plusieurs pays d'Afrique, comme le Sénégal par exemple. Mais les sommités médicales françaises officielles n'en ont pas reconnu les effets probants. En revanche, elles militent pour la stratégie des « 4 M » : Masques obligatoires, Mètres (deux au moins de distance entre les individus), Mains (lavages fréquents) et Minutes (réduire le nombre de minutes confinées en lieu clos avec du public).

En un an, la science a fait des progrès importants grâce à une mobilisation mondiale des chercheurs et des moyens gigantesques mis à leur disposition. Mme Patricia Gomez-Basquez a demandé si le port de visières, par les caissières de supermarché par exemple, pouvait être recommandé. Non, a répondu le Dr Milleliri, car l'aérosolisation peut se produire sur les côtés de la visière.

Le professeur Pierre Saliou s'est efforcé ensuite d'expliquer avec des mots compréhensibles par tous, le processus de vaccination et sa nécessité absolue pour enrayer l'épidémie. Pas facile. « Les vaccins ont permis de sauver des millions de vies dans le monde, ils ont constitué une des plus grandes avancées de la médecine universelle », a-t-il affirmé. Pour lui, les réticences de certains personnels soignants à l'égard des vaccins sont inimaginables et archaïques.

« Lorsque votre organisme est contaminé par une bactérie ou un virus, a-t-il développé, vous tombez malade et votre organisme fabrique des anticorps pour juguler l'agent pathogène. Le vaccin n'a pas d'autre but que de doter votre organisme de cet agent protecteur avant l'intrusion du virus ». Cet antigène, on peut le faire fabriquer *in vivo* par l'organisme via un vecteur, en l'occurrence celui qu'on désigne comme le « RNA messager », qui constitue le « vaccin recombinant ».

Répondant à l'interrogation lancinante du public qui s'interroge souvent sur la conception très rapide de ces vaccins anti-coronavirus alors qu'il faut d'ordinaire plusieurs années pour éprouver un vaccin et le diffuser sur le marché, le professeur Saliou a simplement fait remarquer que les chercheurs n'étaient pas partis de zéro et qu'ils étudiaient depuis longtemps des pré-recherches actives sur les vaccins recombinants et que la connaissance rapide de la séquence du virus a permis d'aller très vite.

Par ailleurs, les études de toxicité et de tolérance aux anticorps immunogènes ont pu être menées dans les temps grâce « à des moyens financiers colossaux ». La phase d'efficacité met en scène 30 000 personnes vaccinées et 30 000 non vaccinées : l'incidence de la maladie est telle sur la seconde cohorte que l'efficacité du vaccin est rapidement établie.

Les effets secondaires des vaccins (y compris sur l'Astrazeneca) ont été mesurés et ils sont extrêmement faibles. Une trentaine de cas de thromboses-embolies ont été observées sur trois millions de doses administrées. Plusieurs pays ont aussitôt suspendu leur campagne de vaccination mais la France estime pour sa part qu'il n'y a aucune corrélation entre le vaccin et ces effets indésirables.
Le vaccin n'est certes pas une panacée mais il permet d'éviter les formes graves de la maladie et de diminuer la mortalité des personnes âgées, principales victimes du virus.
Restent les mutations inquiétantes de ce coronavirus, ce qu'on appelle les « variants ». Il faudra là aussi trouver rapidement des parades, il faudra que la médecine gagne cette nouvelle course mondiale contre la montre et dote l'humanité d'un bouclier universel.
José D'Arrigo
Rédacteur en Chef du *Méridional*, membre à vie de l'ANACLE.

Une tribune du Professeur Baudon

- **Accueil JIM JIM Médecin Actualités Pro & Société Vaccin Covid : éviter l'effet cigogne ! [Tribune] Pr. Dominique Baudon**

Publié le 25/03/2021
https://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/e-docs/vaccin_covid_eviter_leffet_cigogne_tribune__186980/document_actu_pro.phtml

Vaccin Covid :éviter l'effet cigogne ! [Tribune]

Connaissez-vous l'origine de la légende selon laquelle les cigognes apportent les bébés ? Selon cette légende alsacienne, les taux de natalité dans les villages où les cigognes faisaient leurs nids étaient plus élevés que dans les villages où les cigognes ne nichaient pas.
Nous avons là un « *sophisme* », raisonnement qui partant d'une observation réelle (les cigognes nichent dans certains villages) aboutit à une conclusion fausse. **L'effet cigogne consiste à confondre liaison et causalité**. Pour résumer, ce n'est pas parce deux évènements se succèdent qu'il y a forcément une relation de cause à effet entre les deux.

Nous avons eu un exemple récent d'un effet cigogne avec l'utilisation du vaccin AstraZeneca dans la Covid-19. Une observation juste, la présence de cas de thromboses constatées dans les suites de la vaccination, a abouti à une conclusion non démontrée, « *cela est dû au vaccin* » ; il y avait la liaison, mais pas la causalité. A partir d'une observation vraie, on fait une mauvaise interprétation. La conséquence a été une suspension de la vaccination pendant trois jours, du 15 au 18 mars dans plusieurs pays de l'Union Européenne, puis la limitation de la vaccination aux sujets de plus de 55 ans (seulement en France).

Souvenons-nous de la vaccination contre l'hépatite B.
Il y avait déjà eu en France, en 1993, la polémique sur la vaccination contre l'hépatite B, accusée de déclencher des cas de sclérose en plaques (SEP) sans qu'aucune causalité ne soit prouvée (Effet cigogne). Cela avait entraîné le recul de la vaccination contre l'hépatite B pendant trois années. Depuis, de nombreuses études scientifiques ont montré l'absence de causalité entre cette vaccination et la SEP. S'en était suivie une réticence accrue de la population à toutes les vaccinations et cela pendant plusieurs années. Pour éviter cet effet cigogne et ses conséquences néfaste sur les vaccinations, il faut donc le plus rapidement possible apporter la preuve que la maladie en cause (effet indésirable) survient avec autant de fréquence dans la population vaccinée que dans la population générale ; si ce n'est pas le cas, alors l'effet indésirable grave est retenu.

Une étude bénéfice-risque sur les 3 vaccins utilisés en France
Un **autre point important est celui du rapport bénéfice (vaccination)/ risque (effets indésirables graves)**. Même si des effets secondaires graves étaient prouvés (causalité), il faudrait alors mettre en balance ce risque avec le bénéfice attendu.

Le « *Centre of Research in Epidemiology and StatisticS* » associé à l'INSERM, l'Université de Paris et l'AP-HP (Assistance Publique Hôpitaux de Paris) présente sur le site, une étude de bénéfice risque sur les deux vaccins ARNm (Pfizer BioNTech et Moderna) et le ChAdOx1 (AstraZeneca). Il est calculé sur des données réelles : 10 000 personnes non vaccinées malades de la Covid 19, en comparant avec ces mêmes 10 000 sujets s'ils avaient été vaccinés. Je ne donnerai ici que les résultats portant :
(1) sur le taux d'efficacité chez les sujets vaccinés, de 95 % pour les vaccins ARN m et de 70 % pour le vaccin AstraZeneca,
(2) sur les effets secondaires graves dans les deux mois après la vaccination : 2 pour 10 000 (AstraZeneca et Pfizer) et 5 pour 10 000 pour le Moderna (aucun décès dans ce modèle quel que soit le statut vaccinal).

Concernant le risque de thrombose provoquée par le vaccin AstraZeneca, suite à une réunion extraordinaire du 18 mars 2021, **l'agence européenne du médicament (EMA)** a indiqué que « *les avantages du vaccin AstraZeneca dans la lutte contre le COVID-19 continuent de l'emporter sur le risque d'effets secondaires* ».
Un exemple oublié : la vaccination antivariolique
Dans le passé, la vaccination antivariolique était réputée pour ses effets indésirables graves. Selon l'OMS, environ 1 000 personnes par million ont eu, lors de la primo vaccination, une réaction sérieuse sans que leur vie en soit menacée, entre 14 et 52 personnes par million ont eu des effets indésirables potentiellement mortels, et on estime qu'une à deux personnes par million de sujets vaccinés sont mortes d'une réaction à cette vaccination. La vaccination a par ailleurs évité des millions de morts et il n'y avait aucune discussion sur le bénéfice risque.
Dans le cas du vaccin Dengvaxia de Sanofi (vaccin vivant atténué protégeant contre les 4 sérotypes du virus de la dengue), après que 800 000 enfants aient été vaccinés aux Philippines en 2015, la survenue de décès a entrainé l'interdiction de cette vaccination dans ce pays et le changement de populations cibles ailleurs, réservant le vaccin aux seules personnes ayant déjà été infecté par au moins un des sérotypes.

Pour conclure, devant la survenue d'un éventuel effet indésirable grave, il faut rechercher une possible causalité (le vaccin est-il bien responsable de l'effet indésirable grave ?) et dans ce cas faire une étude du bénéfice risque. Ce n'est qu'à l'issue de ces études que pourra être décidée la suspension de la vaccination …ou sa continuité.

Si l'on veut consolider la confiance de la population dans la vaccination, il faut être transparent dans la communication, montrer l'efficacité de la pharmacovigilance pour la détection d'éventuels effets indésirables, et ne pas succomber à l'effet cigogne ni au principe de précaution

Ebola fait son retour

La pandémie de covid-19 sature l'information dans les médias et fait oublier qu'il se passe autre chose dans le Monde ; Jean-Paul Moulia-Pelat nous adresse un article très surprenant sur l'épidémie d'Ebola qui a fait son retour à Nzérékoré en Guinée.

Clinical Infectious Diseases

BRIEF REPORT

Resurgence of Ebola Virus Disease in Guinea Linked to a Survivor With Virus Persistence in Seminal Fluid for More Than 500 Days

Boubacar Diallo,[1,a] Daouda Sissoko,[2,3,a] Nicholas J. Loman,[4] Hadja Aïssatou Bah,[5] Hawa Bah,[1] Mary Claire Worrell,[6,7] Iya Saidou Conde,[1] Ramata Sacko,[1] Samuel Mesfin,[1] Angelo Loua,[1] Jacques Katomba Kalonda,[6] Ngozi A. Erondu,[6] Benjamin A. Dahl,[6,7] Susann Handrick,[8,9] Ian Goodfellow,[10,11] Luke W. Meredith,[10,11] Matthew Cotten,[12] Umaru Jah,[11] Raoul Emeric Guetiya Wadoum,[11,13] Pierre Rollin,[6,14] N'Faly Magassouba,[15] Denis Malvy,[2,3] Xavier Anglaret,[2,16] Miles W. Carroll,[8,17,18] Raymond Bruce Aylward,[19] Mamoudou Harouna Djingarey,[1] Abdoulaye Diarra,[1] Pierre Formenty,[19] Sakoba Keïta,[20] Stephan Günther,[8,9] Andrew Rambaut,[21] and Sophie Duraffour[8,9]

[1]World Health Organization, Conakry, Guinea; [2]INSERM U1219, Bordeaux University, and [3]Bordeaux University Hospital, France; [4]Institute of Microbiology and Infection, University of Birmingham, United Kingdom; [5]Laboratoire des Fièvres Hémorragiques en Guinée, Hôpital Donka et N'Zérékoré, and [6]Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Guinea Response Team, Conakry; [7]Center for Global Health, CDC, Atlanta, Georgia; [8]European Mobile Laboratory Consortium, and [9]Bernhard Nocht Institute for Tropical Medicine, Hamburg, Germany; [10]Division of Virology, Department of Pathology, University of Cambridge, Addenbrooke's Hospital, United Kingdom; [11]Department of Public Health, University of Makeni, Sierra Leone; [12]Wellcome Genome Campus, Hinxton, Cambridge, United Kingdom; [13]Department of Biology, University of Rome II "Tor Vergata," Italy; [14]National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, CDC, Atlanta, Georgia; [15]Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Laboratoire des Fièvres Hémorragiques en Guinée, Guinea; [16]Programme ANRS Coopération Côte d'Ivoire, Agence Nationale de Recherche sur le Sida Research Site, Treichville University Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire; [17]Public Health England, Porton Down, Salisbury, and [18]University of Southampton, South General Hospital, United Kingdom; [19]World Health Organization, Geneva, Switzerland; [20]Ministry of Health, Conakry, Guinea; and [21]Institute for Evolutionary Biology, Centre for Infection, Immunity and Evolution, Ashworth Laboratories, University of Edinburgh, United Kingdom

We report on an Ebola virus disease (EVD) survivor who showed Ebola virus in seminal fluid 531 days after onset of disease. The persisting virus was sexually transmitted in February 2016, about 470 days after onset of symptoms, and caused a new cluster of EVD in Guinea and Liberia.

Keywords. Ebola virus; sexual transmission; seminal fluid; real-time sequencing; Ebola virus persistence.

On 29 December 2015, the World Health Organization declared the end of Ebola virus (EBOV) transmission in the Republic of Guinea. On 16 March 2016, the health authorities of N'Zérékoré, Guinea, classified 3 community deaths that had occurred between 27 February and 15 March 2016 in the Koropara subprefecture as probable Ebola virus disease (EVD) cases (Figure 1*A*, cases 1–3) [1]. A national investigation team was deployed on 17 March in the region. Subsequently, several contacts of probable cases 1, 2, and 3—mostly family members in Koropara and Macenta prefecture—were diagnosed with EVD by EBOV real-time reverse-transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) (Figure 1*A*, cases 4–10). In addition, the disease further spread to Liberia.

As of 29 April 2016, Guinea had recorded 3 probable and 7 confirmed cases, of which 6 were admitted at an Ebola treatment unit (ETU). Four patients died in the community and 4 patients in the ETU. Thus, the overall fatality ratio among probable and confirmed cases in this cluster in Guinea was 80% (8/10).

The National Committee of Ethics in Medical Research of Guinea approved the use of diagnostic leftover samples and corresponding patient data for this study (permits N°11/CNERS/14). All necessary consent required by applicable law from the patients whose information is included in the article was obtained in writing.

The long gap between the new cluster and previous cases in Guinea and the location of N'Zérékoré in the forest region of Guinea near the presumed source of the epidemic raised the possibility of a new spillover event from an animal reservoir. Alternative hypotheses included transmission from an EVD survivor or an undetected unbroken chain of human-to-human transmission. Virus genome sequencing can determine which of these scenarios are most likely. Therefore, blood samples from cases 4 and 5 were collected on 18 March and sent to the sequencing facility of the European Mobile Laboratory in Nongo, Conakry. Real-time sequencing was performed using MinION technology (Oxford Nanopore) as described by Quick et al [2], with results available on 20 March 2016. Validation sequencing was performed by the University of Makeni laboratory, Sierra Leone, on the Ion Torrent platform. A database of 1066 previously sequenced EBOV genomes was used to place the sequences into geographical and historical context. Viruses from cases 4 and 5 were genetically indistinguishable by both methods of sequencing. They were closely related to viruses from the 2014–2016 outbreak, ruling out a new introduction from an animal reservoir. Notably, the viruses did not belong to the GN1 or SL3 lineages that were circulating in Guinea in the second half of 2015 [2], but instead to a cluster of cases from N'Zérékoré and Macenta that was last detected in 2014 (Figure 1*B*; Supplementary Figure 1) [3, 4]. The most closely related sequence in the database (EM_076610; accession number KR817153) had been obtained from a male patient on admission to the ETU in Guéckédou in November 2014 (he survived) (Figure 1*B*) [3].

Received 5 July 2016; accepted 17 August 2016; published online 1 September 2016.

[a]B. D. and D. S. contributed equally to this work.

Correspondence: S. Duraffour, Bernhard-Nocht-Institute for Tropical Medicine, Bernhard-Nocht-Straße, 74, Hamburg 20359, Germany (sophieduraffour@yahoo.fr).

Clinical Infectious Diseases® 2016;63(10):1353–6

© The Author 2016. Published by Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs licence (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), which permits non-commercial reproduction and distribution of the work, in any medium, provided the original work is not altered or transformed in any way, and that the work is properly cited. For commercial re-use, contact journals.permissions@oup.com.
DOI: 10.1093/cid/ciw601

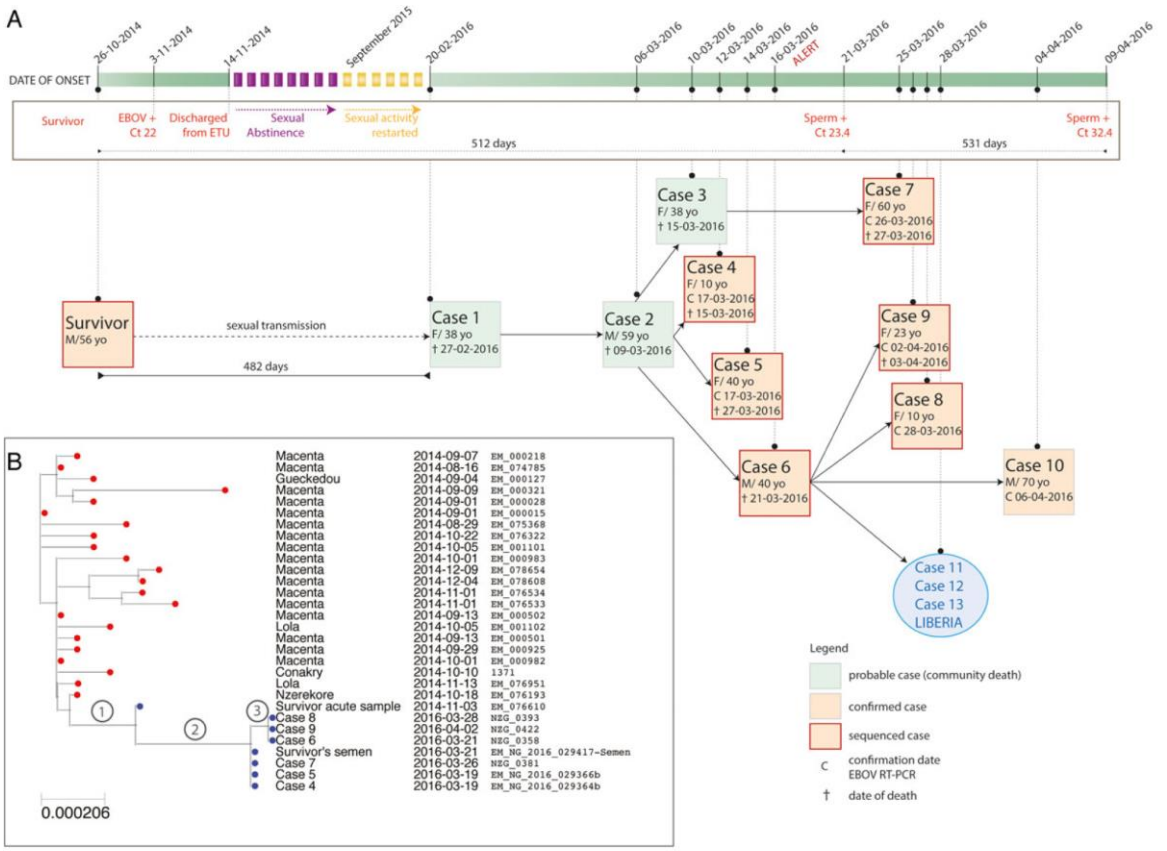


Figure 1. Chains of transmission within the new Ebola virus disease cluster (*A*) and maximum likelihood phylogenetic analysis of the sequences from the new EVD cluster in historical and geographical context (*B*). *A*, The chart depicts all patients involved in the cluster and the likely chains of transmission as revealed by epidemiological investigation and virus sequencing. The timeline of events is shown on top. The blue circle depicts the 3 additional Liberian cases, which originated from case 6. *B*, The new sequences were aligned with 1066 historical Ebola virus genome sequences and a maximum likelihood phylogenetic tree was estimated under the general time reversible + Gamma model using RAxML [4]. Only the relevant part of the tree including the new sequences is shown. Abbreviations: +, positive Ebola virus reverse-transcription polymerase chain reaction; Ct, cycle threshold; EBOV, Ebola virus; ETU, Ebola treatment unit; RT-PCR, reverse-transcription polymerase chain reaction.

Independently and in parallel, epidemiological investigation identified the same survivor as the likely source of the new EVD cluster. On 19 March, the investigation revealed that case 1 had sexual intercourse with a male EVD survivor from the village of Koropara Centre (Figure 1*A*, "survivor"). He had been treated in the ETU of Guéckédou from 3 to 14 November 2014. On admission, the cycle threshold (Ct) value in the RealStar Filovirus Screen RT-PCR (Altona Diagnostics) was 22 (the sequence of that sample [EM_076610; accession number KR817153] was available in the database). He reported sexual abstinence from discharge in November 2014 through August 2015 as recommended by current protocols. From September 2015, he had occasional sexual intercourse with various partners, including case 1 at the end of January 2016. Except for episodes of asthenia, he reported no post-EVD complications. In March 2016, a rapid diagnostic test for human immunodeficiency virus types 1 and 2 (Alere Determine HIV-1/2) was negative. A seminal fluid sample obtained on 21 March was positive for EBOV with a Ct value of 23.4 in the RealStar Zaire Ebolavirus RT-PCR (Altona Diagnostics). On 9 April 2016, seminal fluid still tested positive with a Ct value of 32.4.

EBOV in seminal fluid from 21 March was sequenced in Guinea and in Sierra Leone as described above. On 23 March, the results revealed that the virus was identical to that of acute cases 4 and 5 (Figure 1*B*), supporting the epidemiological evidence of sexual transmission. Additional sequencing and phylogenetic analysis of 7 acute cases confirmed that the entire cluster is linked with the survivor. The sequences are either identical to or only differ by up to 1 nucleotide from that of the survivor's semen (Figure 1*B*; Supplementary Table 1).

The PCR and sequencing data strongly suggest that EBOV persisted in the survivor from 26 October 2014 (date of

onset) to 9 April 2016 (last EBOV RNA–positive semen sample)—that is, for 531 days. Remarkably, the virus in blood from 3 November 2014 differed from that in semen from 21 March 2016 by just 5 novel mutations (Supplementary Table 1) despite being collected 504 days prior to the collection of the semen sample. This equates to an evolutionary rate of 0.19×10^{-3} substitutions per site per year, roughly 6 times slower than the average evolutionary rate seen during human-to-human transmission in this outbreak with reported mutation rates of 1.19×10^{-3} and 1.42×10^{-3}, respectively (Supplementary Figure 2) [2, 3, 5]. The predicted effects on proteins encoded by the EBOV genome are shown in Supplementary Table 1. Notably, one mutation is predicted to encode a premature stop codon in the VP30 gene, truncating the expected gene product by 7 amino acids.

We report on an EVD survivor in whom EBOV RNA was detected in seminal fluid 531 days after onset of disease, the longest reported period of filovirus persistence in an individual. Furthermore, we provide evidence that the persisting virus remains viable and infectious during the long-term persistence. Evidence for sexual transmission of the persisting EBOV in February 2016, about 470 days after onset of symptoms in the survivor, is compelling. The absence of other cases in Guinea around this time, the epidemiological link between the survivor and case 1, and the identity of strains in the survivor's seminal fluid and the acute cases strongly argue for the survivor being the source of the new infections. EBOV persistence in seminal fluid is a known phenomenon, and previous reports have also indicated that persisting virus may be sexually transmitted [6–8]. However, so far the longest reported period of virus RNA persistence in semen was 284 days [6], and reported likely transmission events have been observed a maximum of 179 days after onset of acute illness [7].

The reduced evolutionary rate of the virus during persistence is plausible, given the presumed low level of replication in immune-privileged sites such as the testes in the absence of detectable viremia. The few mutations that accumulated during the 500 days are of interest and deserve further functional investigation. Nevertheless, the data presented here indicate that this strain retained its pathogenic properties during persistence, as evidenced by transmissibility, replication capacity (Ct values around 20 in the acute cases of the cluster), and fatality ratio of 80%. We cannot rule out the possibility that the survivor was silently reinfected with Ebola after recovery. However this seems unlikely as there have been no laboratory-confirmed cases of Ebola virus reinfection [9]. Additionally, no cases of EVD had been detected in the N'Zérékoré region since January 2015 until the cluster of cases reported here. In the event of reinfection, the lower-than-expected number of mutations seen would make it unlikely that this case was the result of an undetected continuation of a chain of human-to-human transmission among acute cases.

The case is also a great example demonstrating the yield of enhanced surveillance activities in the affected countries, cross-border cooperation, and improved capabilities to rapidly diagnose and manage EVD patients. In addition, the report underlines the value for outbreak response of combining field epidemiology with real-time molecular epidemiology as well as the availability of an up-to-date virus genome repository for the outbreak.

Supplementary Data

Supplementary materials are available at http://cid.oxfordjournals.org. Consisting of data provided by the author to benefit the reader, the posted materials are not copyedited and are the sole responsibility of the author, so questions or comments should be addressed to the author.

Notes

Acknowledgments. We thank the field teams and the Guinean health authorities for their commitment and excellent cooperation. The EMLab is a technical partner of the World Health Organization (WHO) Emerging and Dangerous Pathogens Laboratory Network and the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) and the deployments in West Africa have been coordinated and supported by the GOARN Operational Support Team at WHO headquarters.

Author contributions. B. D., D. S., H. B., M. C. W., I. S. C., R. S., S. F., A. L., J. K. K., N. A. E., and B. A. D. performed epidemiological investigations and patient management. H. A. B., S. H., N. M., and S. D. performed laboratory testing. N. J. L., I. G., L. W. M., M. C., U. J., R. E. G. W., and S. D. performed sequence analysis. A. R. performed phylogenetic analysis. P. R., D. M., X. A., M. W. C., R. B. A., M. H. D., A. D., P. F., S. K., S. G., and S. D. coordinated case management, laboratory investigations, and fieldwork. B. D., D. S., N. J. L., S. G., A. R., and S. D. wrote the manuscript. All authors reviewed the final draft. The corresponding author had full access to all the data in the study and had final responsibility for the decision to submit for publication.

Disclaimer. The findings and conclusions in this report are those of the authors and do not necessarily represent the official position of the US Centers for Disease Control and Prevention. The funders of the study had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report.

Financial support. This work was carried out in the context of the projects EVIDENT (Ebola virus disease: correlates of protection, determinants of outcome, and clinical management) and REACTION! that received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation program under grant agreements 666100 (to S. G.) and 666092 (to D. M.), respectively, and in the context of service contract IFS/2011/272-372 (to S. G.) funded by the Directorate-General for International Cooperation and Development. The study was further supported by grant C15-101 from the French Institute of Health and Medical Research (INSERM) to D. S. Work at the University of Makeni was supported by funding from the Wellcome Trust to I. G. (097997/Z/11/A).

Potential conflicts of interest. N. J. L. is on the speakers' bureau of and has received travel fees from Oxford Nanopore Technologies. All other authors report no potential conflicts. All authors have submitted the ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Conflicts that the editors consider relevant to the content of the manuscript have been disclosed.

References

1. World Health Organization Ebola Response Team. Ebola virus disease in West Africa—the first 9 months of the epidemic and forward projections. N Engl J Med **2014**; 371:1481–95.
2. Quick J, Loman NJ, Duraffour S, et al. Real-time, portable genome sequencing for Ebola surveillance. Nature **2016**; 530:228–32.
3. Carroll MW, Matthews DA, Hiscox JA, et al. Temporal and spatial analysis of the 2014–2015 Ebola virus outbreak in West Africa. Nature **2015**; 524:97–101.

4. Stamatakis A. RAxML version 8: a tool for phylogenetic analysis and post-analysis of large phylogenies. Bioinformatics **2014**; 30:1312–3.
5. Rambaut A, Lam TT, Max Carvalho L, Pybus OG. Exploring the temporal structure of heterochronous sequences using TempEst (formerly Path-O-Gen). Virus Evolution **2016**; doi:10.1093/ve/vew007.
6. Deen GF, Knust B, Broutet N, et al. Ebola RNA persistence in semen of Ebola virus disease survivors—preliminary report. N Engl J Med **2015**; doi:10.1056/NEJMoa1511410.
7. Mate SE, Kugelman JR, Nyenswah TG, et al. Molecular evidence of sexual transmission of Ebola virus. N Engl J Med **2015**; 373:2448–54.
8. Rodriguez LL, De Roo A, Guimard Y, et al. Persistence and genetic stability of Ebola virus during the outbreak in Kikwit, Democratic Republic of the Congo, 1995. J Infect Dis **1999**; 179(suppl 1):S170–6.
9. MacIntyre CR, Chughtai AA. Recurrence and reinfection—a new paradigm for the management of Ebola virus disease. Int J Infect Dis **2016**; 43:58–61.

Infos, annonces, flashes

Pour répondre à une de ces annonces : news@ceuxdupharo.fr indiquer le numéro de l'annonce.
Pour publier une annonce, news@ceuxdupharo.fr

C16 – Décès de **Daniel Drevet**.
Notre camarade Daniel Drevet (ESN 1963, Pharo 1970) est décédé le 2 mars à l'âge de 77 ans. Il avait notamment occupé les fonctions de chef du service de documentation de l'Institut de médecine tropicale du service de santé des armées (Pharo) et de directeur du CIRMF au Gabon.
Lise Drevet vous invite sur l'espace *inmemori* ouvert en souvenir de son mari.
Ceux du Pharo présente toutes ses condoléances à Lise Drevet et à ses enfants.

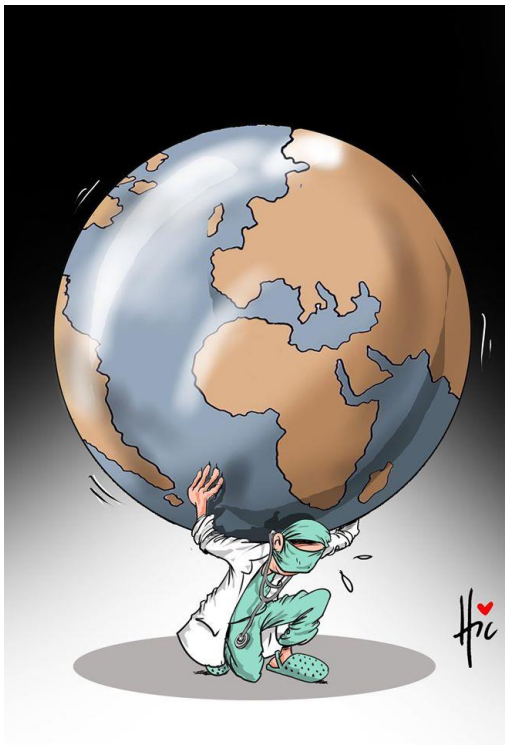
C18 – Le **professeur Robert Aquaron** (#195) a remis à l'association un document dactylographié de son ami Pierre Ravisse (1925-2017) sur son affectation dans un poste isolé à Impfondo (Congo) de 1950 à 1953 comme médecin-chef du secteur d'hygiène et de prophylaxie où il a mis en œuvre un programme de lutte contre les grandes endémies (variole, fièvre jaune, trypanosomiase).

C19 – La conférence de **Jean-Marie Milleliri** (#002) et **Bernard Bouteille** (#004) prévue à Yaoundé, Cameroun, le 7 avril 2021 est **reportée sine die**. La conférence devait porter sur Jamot et les progrès dans la lutte contre les endémies. Une exposition d'une trentaine d'affiches était également prévue.

C20 - Réunion plénière du RFMTN (Réseau français des maladies tropicales négligées).
En cette période si incertaine depuis 1 an maintenant, le réseau, dans la droite ligne des activités précédentes, continue de se mobiliser sur les MTN et en particulier sur **l'approche one health.** Nous vous convions tous à notre prochaine réunion plénière en visio le **lundi 14 juin de 14h à 16h30 heure française**, pour faire le point des activités du réseau et vous présenter l'avancée de travaux en cours sur « **les réservoirs animaux dans les maladies tropicales négligées** ».
Ce premier message vise à vous faire retenir cette date, des informations complémentaires vous seront envoyées prochainement sur les modalités de participation au webinaire ainsi que le programme de la réunion.

Pr Patrice Debré

Le dessin du mois



Hommage à nos soignants (internet)

Images d'archives

Dans le laboratoire du dispensaire Jamot à Ayos en 2005 (© Simon Van Nieuwenhove)

De gauche à droite, Bernard Durand, secrétaire général de l'O.C.E.A.C., et le Pr Robert Aquaron (#195) devant la stèle commémorative à la mémoire du Dr Jamot à Ayos, Cameroun (1977)

Chronique d'un monde qui ne tourne plus rond.

① Un porte-conteneurs géant (comble de l'ironie, il s'appelle *Evergreen* !) s'est échoué au milieu du canal de Suez et bloque la circulation de centaines de bateaux. Les cours du pétrole ont immédiatement flambé et on craint pour le prix des biens de consommation. On n'avait pas fait tant d'histoires quand *la Sardine* avait bouché l'entrée du Vieux-Port à Marseille.
② Mahomet a disparu ! Le prophète de l'islam a été éradiqué de la nouvelle traduction produite par un éditeur néerlandais, au prétexte qu'il « *ne voulait pas blesser inutilement* » les lecteurs avec cette version de *La Divine Comédie* de Dante. En ce 25 mars, consacré en Italie comme le *Dantedì* — la journée dédiée à Dante — l'information fait frémir.
③ De la mayonnaise pour sauver les tortues victimes de marées noires ? Depuis la mi-février, des tonnes de goudron se sont déversées sur les plages méditerranéennes, de Rosh Hanikra, au nord près du Liban, à Ashkelon, au sud à la limite de la bande de Gaza. Des équipes de l'armée, des civils et des membres d'ONG ont parcouru les côtes du pays afin de nettoyer les plages, et plus d'une vingtaine de tortues ont été retrouvées mortes. D'autres ont été secourues, mais le goudron peut les intoxiquer et bloquer leur tube digestif. Elles sont donc soignées à l'aide de mayonnaise, qui permet de décomposer le goudron, de le décoller de la paroi de leur intestin et de leur permettre de s'alimenter. Espérons quand même que cette mayo est bio, écoresponsable, circuit court, etc., etc.
④ Dans le cadre de la pandémie de covid-19, le document obligatoire en cas de déplacement dans certaines conditions est appelé en normand : « Acertainement dérogatouère pouor se déhalaer ». « La situation sanitaire ne doit pas nous faire oublier la culture et l'histoire de notre territoire », a estimé le Conseil régional de Normandie, qui s'est réjoui de cet « humour dans nos vies confinées ». À quand le passeport pour se rendre à Saint-Lô ?
⑤ En France en 2021, une dame va consulter un ophtalmo qui lui prescrit des lunettes de vue ; elle les achète chez un opticien et la Sécurité Sociale lui rembourse généreusement 9 centimes ; oui, 0,09 euro. On se demande où commence l'insulte. La dame a voulu renvoyer un chèque de 0,09 euro à la Sécu, mais au prix où sont les timbres-poste, il faut réfléchir.

Pulex irritans

Hägar Dunör le viking (Dick Browne, 1974)

Le microscope d'Anne-Marie

De ses entretiens avec Sauveur Verdaguer, François-Marie Grimaldi (#118), chirurgien orthopédiste, a imaginé une histoire sur l'arme favorite des biologistes, le microscope !

François-Marie Grimaldi

Le microscope d'Anne-Marie

Récit inspiré de faits réels

"Objets inanimés avez-vous donc une âme ? ..."
Lamartine

Le médecin lieutenant Sauveur Verdaguer à Diên Biên Phu en février 1954 (©Legoubé)

Marseille, mars 2021

Le microscope d'Anne-Marie[1]

Il était une fois un microscope[2], certes monoculaire mais ni sourd ni muet.
Laissons-le nous raconter son histoire…

Merci de me donner la parole.
Je suis un vieux microscope optique octogénaire. J'ai eu une vie un peu agitée et de plus en plus mes souvenirs s'envolent...
Originaire du Japon, si mon nom de famille est Takachiho Seisakusho, je suis plus connu depuis 1949 sous celui d'Olympus™ !

Takeshi Yamashita (©Internet)

Notre fondateur, Takeshi Yamashita a créé en octobre 1919, l'entreprise qui m'a vu naître dans l'arrondissement de Shibuya à Tokyo. Son idée était de concevoir et de produire des microscopes exclusivement japonais.

Microscope Asahi 600x (©Internet)

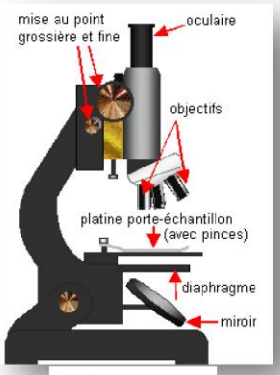
Gravure d'Adrien Marie publiée dans "L'Univers illustré" du 2 décembre 1885 (©Internet)

Six mois plus tard, en 1920, l'Asahi 600x est son premier microscope qui a lancé la renommée des appareils d'optique de la société : c'est mon grand-père !
Pour protéger ses fragiles lentilles, son corps était en bronze. Ce mélange de cuivre, d'étain et de zinc était connu en Europe sous le nom de bronze autrichien ou aux États-Unis de laiton rouge. C'était aussi le "gunmetal" utilisé pour le fût de certains canons.
Ce nouveau microscope ressemblait étrangement à celui déjà utilisé par Louis Pasteur dans son laboratoire de Normale sup, au 45 de la rue d'Ulm à Paris.

---

[1] *Point d'appui de Diên Biên Phu, tenu par le 3e Bataillon Thaï.*
[2] *Du grec "μικροσκόπιο" (mikroskópio : micron = petit et skopein = observer : observer ce qui est petit). Invention attribuée sans certitude à Antoine Van Leeuwenhoek à la fin du 17e siècle.*

Quatre ans plus tard, en 1924, la société lançait un nouveau modèle type "Asahi", mais équipé de deux objectifs montés sur un barillet.
Je me permets de rappeler mon anatomie : un oculaire, deux molettes de mise au point sur crémaillère, un barillet portant les objectifs, une platine porte-lame et un miroir.



(©Internet)

Microscope Seika GE offert à l'Empereur Hirohito (©Internet)

Je fais partie de la 3e génération, celle de l'Exposition de 1928 à Tokyo. Lors de cette manifestation, notre nouveau produit-phare, le microscope Seika GE, a été récompensé par le prix exceptionnel des produits fabriqués dans l'Empire. Il a eu l'honneur d'être présenté à notre Dieu-vivant, l'Empereur Hirohito, qui avait été intronisé deux ans auparavant.
Le jeune Mikado n'avait que 27 ans mais était déjà très friand de microscopie. Il suivait de près les recherches biologiques et chimiques de l'armée impériale et était même au courant des projets secrets de guerre bactériologique.
Un microscope lui avait été offert par notre patron et bien sûr c'était le modèle "luxe".
Il s'est servi de ce microscope jusqu'en 1951 faisant des travaux de recherche en biologie marine, en particulier sur les méduses. A cette date, il l'a légué au musée d'Olympus qui lui en a offert un autre : plus moderne !
C'était encore le bon vieux temps de l'optique traditionnelle mais quelle aventure déjà!

Mais maintenant parlons un peu de moi et des trois périodes de ma vie.
"Engagez-vous, vous verrez du pays qu'ils disaient !" Et du pays j'en ai vu…

Tout d'abord ma période japonaise de 1938 à 1946.

(©Internet)

J'ai eu l'honneur d'être recruté par l'Armée impériale à ma sortie de l'usine-mère de Shibuya en 1938. Je faisais partie d'une commande majeure dans le cadre du projet ultraconfidentiel de guerre bactériologique. Beaucoup de mes prédécesseurs servaient déjà en Mandchourie ou avaient rejoint Pékin et Nankin occupées.
Certes, j'avais changé d'uniforme par rapport au modèle original de 1928 : je n'avais plus le superbe corps doré de mon aîné, le Seika impérial, ni sa platine ronde. La mienne était carrée, comme celle du modèle de 1920. Mais nos optiques étaient identiques et avoir mon corps mat revêtu du gunmetal des canons n'était pas pour me déplaire en rejoignant l'armée.
Hélas, mon premier poste ne m'a pas mené très loin. Je suis resté à Tokyo dans un arrondissement mitoyen de Shibuya, celui de Shinjuku. Là où se trouve maintenant le superbe et pacifique parc Toyama était installée l'Ecole impériale de médecine militaire et plusieurs bâtiments de recherche bactériologique.
A l'Ecole, j'ai été affecté "pour emploi" à la salle de travaux pratiques. J'y suis resté quatre ans, jusqu'en 1942, date de la modernisation du matériel de "la Boîte".

Nous étions maintenant en guerre non seulement contre la Chine mais aussi contre les Etats-Unis. Dans notre service, ce n'étaient pas les jeunes que l'on envoyait au front : c'étaient les anciens. Je n'avais que 4 ans, mais ma promotion était rattachée à celle de 1928. En fait, je n'étais pas malheureux de sortir de mon labo !
Je n'ai pas discuté en apprenant que j'étais muté outre-mer pour servir à Canton en Chine du sud, à l'Unité 8604. Cette équipe de recherche bactériologique et chimique était une petite sœur de la déjà célèbre Unité 731[3] du médecin général Shiro Ishii. Pendant deux ans, j'ai vu beaucoup de peste, de choléra et autre charbon. C'était, comment dire, "intéressant" !
En fin d'année 1944, j'ai été mis à la disposition de la 38e Armée puis de la 21e Division d'infanterie. Cette unité de l'Armée impériale, stationnée depuis 1943 au Tonkin, participait à l'occupation de l'Indochine. J'arrivai à Hanoï où je restai inoccupé, dans mon confortable et protecteur coffret en bois verni.

(©Internet)

Le 9 mars 1945, l'armée impériale a attaqué les garnisons françaises et pris le contrôle de l'ensemble du territoire indochinois. Ce très violent "coup de force" avait surpris l'armée française faisant de nombreuses victimes militaires et civiles !

Vue partielle de Laï Chau. A droite la plaine du terrain d'aviation (©Internet)

Et c'est comme cela que je me suis retrouvé à Laï Chau, petite bourgade du nord-ouest du Tonkin, chef-lieu de la province du même nom et capitale du pays Thaï frontalier de la Chine. Entourée de jungle et de montagnes, au bord de la Rivière noire, la place était un carrefour important avec son petit hôpital, sa centrale électrique et … sa prison. Elle avait été choisie pour servir de garnison de soutien à l'aérodrome installé pour aller bombarder les Chinois.
L'ambiance était trouble, non pas avec les Français qui avaient tous été renvoyés à Hanoï, mais avec nos "frères" tonkinois, annamites et des minorités ethniques. Certains vieux infirmiers convaincus de la supériorité de la race nippone avaient toujours considéré ces "indigènes" comme des sous-hommes, des "kichiku", des bêtes. Ils ne comprenaient pas que nos officiers prennent parti pour la cause d'un certain Ho Chi Minh.
Je suis resté à l'infirmerie-hôpital pendant les quelques mois où l'étendard aux seize rayons du Soleil Levant a flotté sur la ville. J'ai servi fidèlement au profit des soldats japonais victimes de formes pernicieuses du palu ou de parasitoses peu communes chez nous mais aussi pour la population locale.
Il était 10 heures à Laï Chau, le 15 août 1945, quand les troupes ont entendu, médusées, la voix enregistrée, et inconnue, de l'Empereur. Quelques jours après que le soleil eut explosé au-dessus d'Hiroshima et de Nagasaki, il proclama son "Rescrit[4] impérial sur la fin de la guerre de la Grande Asie orientale". Il imposait la reddition à l'armée et demandait à son peuple *"d'accepter l'inacceptable"*. J'ai entendu dire que le commandant de la garnison avait préféré le suicide plutôt que le déshonneur. Il n'a pas été le seul.
Quant à moi, bon soldat, j'allais retourner au pays…

---

[3] *Unité de recherche et surtout d'expérimentation sur cobayes humains stationnée au Mandchoukouo au nord-est de la Chine.*
[4] *Acte écrit de l'Empereur.*

Mais tout le monde est parti en novembre 1945 et je me suis retrouvé seul sur la paillasse aux vieux carreaux tachés du labo, au fin fond de la Haute région tonkinoise !
Heureusement l'homme à tout faire de l'hôpital m'a mis "au placard".
Je n'y suis pas resté trop longtemps.

Situation de Laï Chau, de Diên Biên Phu et de Hanoï (©Internet)

En février 1946, la colonne française réfugiée en Chine[5] repassait la frontière sino-tonkinoise dans la région de Lao Kay. Un élément est "monté" jusqu'à Laï Chau et a repris possession du poste dont les vietminh s'étaient accaparés entre temps. Un jeune médecin lieutenant des troupes coloniales françaises a réoccupé le petit hôpital. Surpris de me trouver là, il m'a adopté… et je suis devenu Français !

Ma période française de 1946 à 1954

(©Internet)

En revenant dans cette région proche de la Chine, la France voulait contrer la montée en puissance du mouvement Vietminh. Elle allait recruter des forces supplétives des minorités thaï, hmong et méo, encadrées par des soldats des Troupes françaises d'Indochine du nord.
Plusieurs unités se sont succédé dans cette garnison, en particulier des tirailleurs sénégalais et des éléments du Groupement des tabors marocains en Extrême-Orient.

Service de santé des troupes coloniales

Je dois à la vérité de dire que les médecins de ces unités n'ont pas tous utilisé mes capacités. Le turn-over y était assez rapide.
Je me souviens seulement fin 1952 de Robert Touchiez[6], médecin lieutenant du 17e Tabor marocain. Il racontait à ses visiteurs qu'il était "navalais"[7] et qu'il sortait du Pharo[8]. On a bien travaillé tous les deux, puis il a été remplacé par le médecin du 2e Tabor, moins concerné.

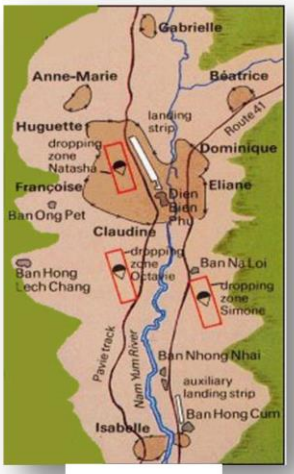
En 1953 est arrivé le médecin commandant Jacques de Lostalot de Bachoué[9], en plus du médecin du Tabor. Provenant d'Haiphong, il était nommé médecin chef de l'hôpital de Laï Chau.
Mais la situation de cette garnison était de plus en plus délicate. Je n'ai pas tout de suite compris lorsque j'ai entendu un officier dire que les soldats ne pourraient tenir ce "pot de chambre". Il est vrai que moi je voyais des selles tous les jours… Et

[5] *Troupes qui avec le général Alessandri avait fui le Tonkin pour le Yunnan (Chine) après le coup de force du 9 mars 1945.*
[6] *Promotion Bordeaux 1946. Pharo 1952.*
[7] *Ancien élève de Santé navale, l'Ecole principale du service de santé de la marine et des colonies à Bordeaux.*
[8] *Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, installée dans le parc du Pharo à Marseille.*
[9] *J2L2B. Promotion Bordeaux 1932. Pharo 1937. A partir de 1957, professeur de faculté à Bordeaux puis ensuite à Rabat.*

puis en observant le site j'ai réalisé : cerné de montagnes, il était indéfendable ! Les Français allaient partir, c'était certain. Et moi qui avais déjà vécu un abandon !...
Mi-novembre 1953, l'ACM[10] 21 du médecin lieutenant Jean-Pierre Thomas, qui lui était "santard"[11], était venue se positionner sur le terrain d'aviation de Laï Chau. Chirurgien de cette antenne, "Tom", comme l'appelaient ses camarades, était passé nous saluer à l'hôpital. Le 20 novembre 11 blessés ont été reçus, pris en charge puis évacués par Dakota vers Hanoï. Ils venaient tous de Diên Biên Phu à une centaine de kilomètres plus au sud. Il y avait aussi le corps d'un médecin capitaine parachutiste. Sautant parmi les premiers, Jean Raymond[12] avait été tué sous voile avant de toucher le sol. L'équipe chirurgicale restera jusqu'au 29 novembre.
Alors que l'opération "Castor" mettait en place plusieurs milliers d'hommes à Diên Biên Phu, l'opération "Pollux" était déclenchée au cours de la 1ère quinzaine de décembre pour évacuer Laï Chau. La partie aérienne de cette opération portait le nom de "Léda", mère de Castor et Pollux. Il devait y avoir un spécialiste de la mythologie grecque à l'état-major !…

Dakota au-dessus du Tonkin (©Internet)

Non seulement toutes les forces françaises partaient mais aussi les forces supplétives, les notables, leurs familles et leurs impedimenta. Même les deux prêtres catholiques, le père Jean Guidon présent depuis 1948 et le père Paul Guéry laissèrent derrière eux l'église et l'école franco-thaï qu'ils avaient construites. Plus de 180 rotations ont été nécessaires. Parmi ceux qui partirent vers Diên Biên Phu par la piste Pavie peu arriveront à destination…
J'ai bien cru que j'allais encore rester seul. Au dernier moment le médecin chef faisant un ultime tour me remarqua. Sans chercher mon coffret sur lequel mon nom était calligraphié en noir, 高千穂製作所[13], il m'a rapidement emballé dans un joli pashmina hmong en laine de chèvre et mis dans son sac. Nous avons pris le dernier avion et décollé alors que des charges explosives détruisaient les installations de l'aérodrome.
J'étais sauvé. Enfin je le croyais !
Je pensais atterrir à Hanoï quand, après moins d'une heure de vol, l'avion s'est posé sur la piste de Diên Biên Phu. On était le mardi 8 décembre 1953.
Quel chantier ! Les avions se succédaient sur l'ancien terrain aménagé sous la direction de l'Armée impériale entre 1942 et 1945. Les troupes s'installaient pour durer. Chaque colline se transformait en point d'appui.
Nous avons été accueillis par le médecin capitaine Maurice Rives[14] qui venait de prendre les fonctions de médecin chef opérationnel du camp retranché. Il succédait au médecin colonel Albert Terramorsi[15],"Terra" pour tous ses subordonnés,



(©Internet)

[10] *Antenne chirurgicale mobile.*
[11] *Ancien élève de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon Promotion 1945. Chirurgien chef de l'ACM 21. Plus tard agrégé du Val-de-Grâce (chirurgie) puis Inspecteur général du service de santé des armées.*
[12] *Promotion Lyon 1938. Médecin chef des troupes aéroportées de l'Indochine du nord, il devait être le médecin chef du camp retranché.*
[13] *Takachiho Seisakusho (voir p. 1).*
[14] *Promotion Bordeaux 1942. Pharo 1948. Le 20 février 1954, le médecin capitaine Pierre Le Damany, dit "Le Dam", d'un an son cadet, lui succèdera dans ce poste. Maurice Rives sera nommé médecin général en 1974.*
[15] *Promotion Bordeaux 1926. Pharo 1931.*

de 16 promotions son aîné. Maurice Rives n'avait que 33 ans mais aucun médecin plus ancien ou plus expérimenté ne viendra assumer la responsabilité de médecin chef du GONO. Pour moi, et pour beaucoup, ce nom évoquait tout autre chose que le Groupement opérationnel du nord-ouest !

En jeep, nous avons traversé la Nam Youm[16] pour rejoindre à l'est une colline baptisée "Eliane"[17]. Il nous a confiés pour la nuit au médecin lieutenant Sauveur Verdaguer[18], médecin chef du 3e Bataillon Thaï.

Arrivé quelques jours plus tôt, ce bataillon s'était implanté sur les ruines de l'ancienne citadelle détruite par les Vietminh. Il persistait cependant une belle et solide cave voutée où le poste de secours avait été installé. Pendant une bonne partie de la soirée et de la nuit, au cours de laquelle quelques coups de mortier avaient résonné au loin, les deux médecins avaient longuement discuté. Malgré leurs 14 années d'écart je sentais les liens d'appartenance à "une même famille".

J. de Lostalot - 1951 (©CeuxduPharo)

Jacques de Lostalot avait parlé de son séjour au Tonkin depuis fin 1951, à Haiphong d'abord mais surtout à Laï Chau, poste paisible et épargné par la guerre jusqu'à ces derniers mois. Il ne s'était pas trop appesanti sur ses "souvenirs d'ancien combattant" : son passage à Bordeaux, sa thèse sur les hystérectomies, son choix de rejoindre la France Libre alors qu'il était médecin du cercle[19] d'Ebolowa au sud Cameroun en 1940, son affectation au 1er Bataillon à N'Gaoundéré au centre du pays, sa mutation au 14e Bataillon de marche qui allait rejoindre Fez au Maroc puis débarquer à Marseille en novembre 1944, sa participation avec le Régiment AEF et Somalie à la campagne de la Pointe de Grave dans la région de Bordeaux… Après la guerre, il avait été à Tananarive puis muté au Pharo avant de rejoindre l'Indochine. En somme une belle carrière de médecin militaire et colonial ! Au cours de cette soirée, j'en avais plus appris sur mon médecin chef de Laï Chau qu'au cours des mois précédents…

Respectueux de son ancien, Sauveur Verdaguer avait écouté puis s'était dévoilé. Son histoire était plus courte. Détaché de l'Ecole de santé de Lyon à la faculté de médecine de Montpellier, il y avait fait ses études. En 6e année il avait passé les CES[20] de bactério, séro et hématologie puis en 1951 sa thèse sur *"L'étude comparative des antigènes au formol et à l'alcool dans la pratique du sérodiagnostic des brucelloses"*. Muté quelques mois en Tunisie en 1952, il avait fait son stage d'application au Val-de-Grâce avant d'être désigné pour l'Indochine en 1953. Désirant s'orienter vers la biologie médicale, il espérait être affecté dans un hôpital et pourquoi pas à Haiphong, après cette mission à Diên Biên Phu.

La soirée s'éternisait un peu trop car le lendemain à la première heure nous devions repartir vers Hanoï : moi et l'ex-médecin chef de Laï Chau !

Quelle ne fut pas ma surprise, à l'aube naissante et brumeuse, de me voir tiré du sac et déposé sur une table de campagne. Jacques 2L2B avait écouté son jeune camarade et avait senti sa passion pour la biologie. Il m'offrait en cadeau !

Après le "pot de chambre" de Laï Chau, je poursuivais dans la "cuvette" de Diên Biên Phu… Drôle de parcours !

---

[16] *Rivière traversant la plaine de Diên Biên Phu.*

[17] *Chaque point d'appui portait un prénom féminin : Anne-Marie, Béatrice, Claudine, Dominique, Eliane, Françoise, Gabrielle, Huguette, Isabelle.*

[18] *Promotion Lyon 1945.*

[19] *Circonscription administrative.*

[20] *Certificat d'études spécialisées.*

Mais pour Sauveur Verdaguer, c'était le plus beau des cadeaux à quelques jours de Noël… Fidèle à mes origines, je ne pouvais que m'incliner "à la japonaise" devant cette décision : et puis j'avais bien remarqué que j'allais avoir à travailler avec un futur biologiste. J'en étais certain ! Nous avions plein de points communs…

Ravi, le médecin lieutenant m'a remis à neuf : nettoyage de l'oculaire, des objectifs et du miroir, dépoussiérage du corps, lubrification des molettes et de la crémaillère.

Ayant obtenu de l'hôpital militaire de Lanessan[21] à Hanoï quelques réactifs et colorants de base, permettant les colorations de Ziehl, de Gram, de May-Grünwald Giemsa, il effectuait, chaque fois qu'il le pouvait, des examens simples mais bien utiles. Etant le seul microscope[22] du camp retranché, je lui ai permis d'être "le" consultant en biologie du secteur pouvant réaliser quelques analyses hématologiques et surtout parasitologiques des selles, des KAOP[23]… Les soldats étaient ses principaux clients mais les enfants, les femmes et les vieillards n'hésitaient plus à venir consulter lorsqu'il se déplaçait dans leur village.

Il a été particulièrement gâté : palu, amibes, anguillules, ascaris ou autres ankylostomes. Il y en avait tellement qu'il en était presque blasé après l'excitation du début.

Moins d'un mois plus tard en janvier 1954, le bataillon quittait "Eliane" pour un autre point d'appui au nord-ouest du terrain, "Anne-Marie". On s'y est installés, creusant tranchées et abris. On entendait de plus en plus, mais encore assez loin, le bruit des combats, des coups de feu, des tirs de mortier et d'artillerie. Mais cela ne nous a pas empêchés de travailler tous les deux.

Ma photo… (©R. Legoubé)

Je me souviens parfaitement de ce jour de février 1954 où son camarade, le sous-lieutenant Raymond Legoubé, venu lui rendre visite, nous a pris en photo. Il faisait froid, ce matin-là , malgré un beau soleil : il avait mis son gros pull en laine. Nous étions installés à l'entrée de l'abri, meilleur endroit pour que mon miroir puisse bien réfléchir la lumière du jour vers la préparation coincée entre lame et lamelle. Quel bon souvenir !

La vraie bataille a débuté le 13 mars par le pilonnage de "Béatrice" et de "Gabrielle", deux points d'appui assez proches de nous. Le 17, ça a été notre tour et avec la désertion de nombreux soldats thaïs, impressionnés par les bombardements et par la propagande par tracts et haut-parleurs, la situation est devenue intenable. Avant d'évacuer "Anne-Marie 2", l'ordre de destruction de tout ce qui ne pouvait être emporté a été donné.

J'avais tout entendu. J'ai craint le pire lorsque j'ai vu s'approcher mon ami.

(©Internet)

Et puis il a changé d'avis : j'ai vu dans ses yeux qu'il m'estimait trop précieux pour me détruire et par ailleurs, sans aucune valeur militaire. Et pourtant…

(©J. Bourel. CHU Rennes)

[21] *Du nom de Jean-Marie de Lanessan, médecin de marine, Gouverneur de l'Indochine en 1891. Hôpital inauguré en 1894 ; nom donné en 1928.*

[22] *Il y aurait eu deux autres microscopes utilisés très occasionnellement par les méd. cnes Le Damany et Rives.*

[23] *Recherche de kystes, amibes, œufs, parasites.*

Il m'a laissé, intact, sur la table pliante, au fond de l'abri poussiéreux et sombre qu'il quittait. Je regrettai amèrement qu'il ne pût m'emmener avec lui …
La nuit suivante a été terrible. L'artillerie viêt se déchaînait sur "Anne-Marie". Quelques coups au but ont ébranlé le toit du poste de secours, effondrant l'ossature, pulvérisant la couche d'éclatement, déclenchant la chute de terre battue et de débris divers. J'essayais de me faire le plus petit possible. Je suis tombé de la table et, recouvert de terre, j'ai bien cru que j'allais être enseveli. Moi qui avais une santé fragile, qui craignais les chocs, la poussière, les moisissures, la chaleur et l'humidité, j'étais servi !
Et puis tout s'est arrêté. Un grand calme, plus un bruit, jusqu'à l'arrivée au petit matin des bôdoï[24] du 32e Régiment d'infanterie de la Division 308, la fameuse division "Avant-garde".
Un homme en pyjama noir est entré dans l'abri, l'arme menaçante. Dans la pénombre et la poussière en suspension, il a failli m'écraser. J'étais un peu cabossé mais heureusement qu'il portait les "pataugas[25] réglementaires viêt", ces sandales taillées dans un vieux pneu. C'était un jeune lieutenant. Il m'a ramassé prestement, mis discrètement dans sa besace et je suis devenu… Vietnamien.
On était le jeudi 18 mars 1954. Je suis sûr que sur "Huguette" où il s'était replié, Sauveur, mon dernier patron se demandait ce que j'étais devenu. Il ne l'a jamais su !

Ma période vietnamienne depuis 1954…

(©Internet)

Pendant un temps qui m'a paru bien long, j'ai été trimbalé dans cette musette, gardé précieusement au secret. Nous avons beaucoup marché, couru, sauté, rampé, enfin surtout lui. Nous nous sommes cachés, abrités et sommes souvent montés à l'assaut. J'ai entendu les cris des hommes et le bruit des combats jusqu'à la fin de l'après-midi du vendredi 7 mai 1954 ! Le camp retranché français était tombé entre les mains du Vietminh.
Quelques jours plus tard, j'ai revu le soleil. "Mon" lieutenant attendait de retrouver son frère aîné pour m'offrir à lui. La joie de ce dernier a été à la hauteur de son étonnement. J'ai mieux compris en apprenant que son grand frère était l'un des médecins de la Division 308. Je ne me souviens, et pour cause, que de son prénom "Trị Kinh"[26] qui associait "guérir et respect".
Plus qu'au hasard, je crois en la Providence. Comme Sauveur Verdaguer et à peine plus âgé que lui, il s'intéressait à la biologie. Il m'a nettoyé, a redressé le cardan tordu du miroir… et m'a apprivoisé.
Parmi ses enseignants à Hanoï, il avait eu en bactériologie le docteur Dang Van Ngu[27], élève puis assistant du doyen de la faculté, Henri Gaillard[28]. Il s'était identifié à son maître et espérait se spécialiser en biologie médicale. Et puis comme lui et comme son professeur d'anatomie Tôn That Tung[29], assistant de Pierre Huard[30], il avait fait le choix de rejoindre les

---

[24] *Soldats vietminh.*
[25] *Chaussures de brousse souples des troupes françaises.*
[26] *Trichine : parasite du sanglier ou de mammifères pouvant contaminer l'homme.*
[27] *Médecin biologiste vietnamien (1910-1967), chercheur à Tokyo de 1943 à 1949, professeur de malariologie à Hanoï. Mort au cours d'un bombardement par B52 américain dans la région de Hué en 1967.*
[28] *Professeur de parasitologie, directeur de l'Ecole de médecine de Hanoï puis doyen de la faculté d'Hanoï jusqu'en 1946.*
[29] *Professeur de chirurgie viscérale (1912-1982). A décrit une technique d'hépatectomie partielle qui lui valut a posteriori (1977) la médaille internationale de l'Académie de chirurgie de Paris.*
[30] *Promotion Bordeaux 1920. Pharo 1925. Agrégé du Pharo en clinique chirurgicale, Professeur de faculté, Doyen de la faculté de médecine de Hanoï de 1946 à 1954. Très apprécié de ses élèves vietnamiens dont beaucoup étaient passés chez le vietminh, il a pu aider à la libération de nombreux blessés et prisonniers après les*

rangs vietminh et avait abandonné ses études. Pendant la bataille de Diên Biên Phu, il avait recroisé Tôn That Tung, responsable du soutien chirurgical du corps de bataille vietminh.
Reprenant ses études, ma présence a incité Trị Kinh à s'orienter vers la parasitologie. Resté militaire, il a été affecté à Hanoï au laboratoire de l'hôpital central de l'armée, longtemps réservé aux cadres militaires et politiques et aux hauts fonctionnaires du pays. C'était l'ancien hôpital militaire français de Lanessan cédé à l'Armée populaire vietnamienne en 1954 après les accords de Genève. D'abord Hôpital 303, puis Hôpital de la Croix-Rouge soviétique, il prendra ensuite et conservera le nom d'Hôpital central militaire 108.
J'y ai été admis et choyé par ce médecin qui était le seul à avoir son microscope personnel. J'étais l'unique Olympus, mes voisins de paillasse ayant été offerts un peu par l'Allemagne de l'Est et beaucoup par l'URSS.

Olympus BH (©Internet)

J'ai travaillé sous l'œil de Trị Kinh jusqu'au milieu des années 70. Mais je sentais bien qu'il me trouvait de plus en plus dépassé, vieillot !
Quand j'ai vu débarquer et déballer un nouveau microscope, j'ai pensé que cette fois c'en était fini pour moi. J'avais presque 40 ans. Ma seule joie a été de voir qu'il s'agissait d'un Olympus BH tout neuf : un de mes jeunes ! Tout le labo est venu l'admirer parlant de polarisation, de contraste de phase ou d'interférence, de fluorescence avec transmission simple : je ne comprenais plus rien.

Institut Pasteur Hanoï (©Internet)

Quelques jours plus tard, Trị Kinh m'a installé affectueusement dans la vitrine de la bibliothèque de l'hôpital. C'est dans cette vaste pièce que s'étaient tenues depuis 1910, le deuxième dimanche de chaque mois et pratiquement sans interruption, les réunions de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine. De nombreux souvenirs du développement de l'école de médecine de Hanoï y étaient exposés à mes côtés, malgré l'inimitié franco-vietnamienne du moment.

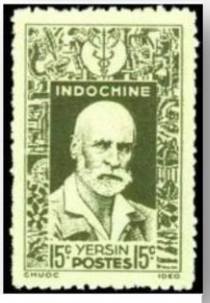
Bibliothèque de Lanessan (©Internet)

En 1975, à la fin de la guerre contre les Américains, mon patron, qui était devenu chef de service à l'hôpital 108, a été nommé à l'Institut national d'hygiène et d'épidémiologie. C'était la nouvelle appellation de l'Institut Pasteur de Hanoï créé en 1926. En janvier 1957, l'établissement avait été définitivement remis aux autorités nord-vietnamiennes par le Professeur Marcel Vaucel[31], ancien directeur de cet institut, inspecteur général des Instituts Pasteur d'Outre-mer.

---

batailles de la RC4 (1950) et de Diên Biên Phu. A terminé sa carrière comme médecin général. Par ailleurs anthropologue et historien de la médecine.
[31] *Médecin général inspecteur. Bordeaux 1913.*

Dans ce bâtiment flottaient toujours l'esprit d'Albert Calmette[32] qui avait fondé l'Institut Pasteur de Saïgon en 1890 et celui d'Alexandre Yersin[33] qui avait fondé celui de Nha Tang en 1894 puis avait été le premier directeur de l'Ecole de médecine de Hanoï en 1902.

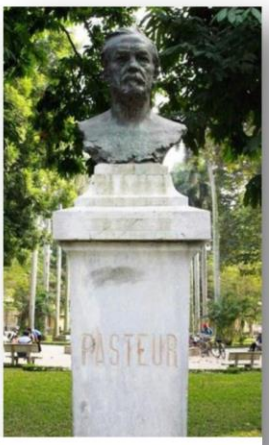


Alexandre Yersin (©Internet)

Mis en valeur dans le bureau de Trị Kinh à "l'Institut Pasteur", une étiquette indique d'où je viens : *"Kính hiển vi Nhật Bản tìm thấy ở Điện Biên Phủ ngày 18 tháng 3 năm 1954"*[34].

Par la fenêtre je peux voir les deux tours de 108 mètres chacune du nouvel hôpital 108, construites dans l'enceinte de Lanessan en 2018.

Nouvel hôpital militaire 108 (©Internet)



Buste de Pasteur (©Internet)

Mais surtout je vois le buste de Louis Pasteur, bien en place dans le parc du Jardin des fleurs en face de l'Institut, qui continue à regarder l'avenir avec optimisme… comme mes successeurs d'Olympus.

Par mon réseau "microscopique", j'ai su que les relations entre les services de santé français et vietnamien avaient été renouées entre 1990 et 2015. Des biologistes militaires, comme Marc Morillon[35] ou Daniel Parzy[36] sont venus à l'Institut d'hygiène de l'Armée populaire à Hanoï. Dans le cadre d'un programme de coopération sur le paludisme, les microscopes utilisés étaient encore une fois des Olympus.

1996 - Un médecin capitaine vietnamien et le médecin en chef Morillon (©M. Morillon)

Si ces échanges officiels ont cessé, quelques anciens médecins militaires français travaillent encore aujourd'hui à l'Hôpital français de Hanoï.

Quant à l'histoire de la microscopie, elle continue de s'écrire depuis maintenant un siècle… en japonais !

---

[32] *1863-1933. Ecole de médecine navale de Brest 1880. Découvreur avec Guérin du BCG, utilisé pour la 1ère fois en 1921.*

[33] *1863-1943. D'origine suisse, naturalisé en 1889 juste après sa thèse en 1888. Intègre l'équipe de Louis Pasteur à Paris, puis s'engage dans le Corps de santé des Colonies en 1892. Découvre le bacille de la peste à Hong Kong en 1894 avant l'équipe japonaise du Pr. Kitasato.*

[34] *Microscope japonais trouvé à Diên Biên Phu le 18 mars 1954.*

[35] *Promotion Lyon 1972, Pharo 1978. Professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin général inspecteur, directeur de l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées au Pharo de 2007 à 2012.*

[36] *Promotion Lyon 1971, Pharo 1980. Professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin chef des services, directeur du laboratoire de recherche sur le paludisme au Pharo de 1993 à 2013.*

Post-scriptum

Vieux microscope depuis longtemps à la retraite, ma mémoire me fait défaut et tout n'est peut-être pas totalement exact dans ce récit, dans les noms ou dans les dates. Ce dont je suis certain, parce que cela m'a marqué comme tous ceux qui étaient là-bas, c'est ce que j'ai vécu à Diên Biên Phu. Ce fut ma période opérationnelle de "microscope de terrain".

Déclaration d'aucun conflit d'intérêt avec la Société Olympus…

Bibliographie

- *VERDAGUER S. : Médecin de bataillon à Diên Biên Phu. Témoignage autobiographique rédigé en 1999, publié par l'association "Ceux du Pharo" en janvier 2021. http://www.ceuxdupharo.fr/2021/01/sauveur-verdaguer-lyon-45-recit-de-dien.html*

et

- *Rives M. Compte-rendu sur les capacités hospitalières du Camp retranché de Diên Biên Phu. FTNV/GONO/SS/80 du 19 janvier 1954. SHD-Vincennes. Sous-série 10 H 2015.*
- *Rives M. Rapport sur l'organisation et le fonctionnement du Service de santé à Diên Biên Phu. FTNV/GONO/SS/91 du 15 février 1954. SHD- Vincennes. Sous-série 10 H 2015.*
- *Saulay J. Le 17e Tabor marocain en Indochine. 1951-1952 - Après Cao Bang… et avant Diên Biên Phu… in "La Koumia". Bulletin des Anciens des goums marocains 1974 ; N° 59-60 : 14-26.*
- *Accoce P. Médecins à Diên Biên Phu. Editions Presses de la cité. 1992 ; 240 pages.*
- *Gonzales J. Histoire de la naissance et du développement de l'Ecole de médecine d'Hanoï in "Histoire des sciences médicales" 1996 ; XXX (1) : 61-70.*
- *Thuriez J., Hantz E., Aulong J. Merci Toubib - Diên Biên Phu : trois médecins racontent. Editions Italiques. 2004 ; 270 pages.*
- *Cournil L. Diên Biên Phu. Des tranchées au prétoire. 1953-1958 - Thèse de Doctorat - Ecole doctorale d'Histoire - UFR 09 - Université de Paris I, Panthéon - Sorbonne - Soutenance le 23 septembre 2014.*
- *Bourel J. Une histoire de microscope. Communication orale. Conservatoire du patrimoine hospitalier de Rennes. Janvier 2016.*
- *Ouvrage collectif sous la direction de Louis F. Devoirs de mémoire. Quatre siècles d'hommages aux médecins, pharmaciens, vétérinaires et officiers d'administration du service de santé des armées. Association "Ceux du Pharo". 2018 ; 690 pages. http://www.ceuxdupharo.fr/*
- *Iconographie : Internet.*

Remerciements

- *au médecin colonel(H) Sauveur Verdaguer qui nous a confié son témoignage de jeune médecin lieutenant du 3e Thaï à Diên Biên Phu de décembre 1953 à mai 1954. Assistant de biologie au Val-de-Grâce après l'Indochine, il suivra le "Grand cours" de l'Institut Pasteur, sera chef de service à l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué à Bordeaux avant de faire une carrière libérale dans cette ville. C'est aujourd'hui le dernier médecin survivant de Diên Biên Phu,*
- *au médecin général inspecteur (2s) Marc Morillon et au médecin chef des services (er) Daniel Parzy, professeurs agrégés, pour leurs conseils techniques et leurs documents,*
- *au colonel de réserve du CTSSA Pierre-Jean Linon, historien de la médecine militaire, pour les documents du Service historique de la Défense (SHD).*

MG2s François-Marie Grimaldi - Lyon 1966
Ancien chirurgien militaire
Mars 2021

Seize conidae

(Coll. F. Louis, photos : internet)

Conus (Phasmoconus) parius **Reeve, 1844**
Vanuatu
30,61 mm

Conus (Lividoconus) virgo **Linnaeus, 1758**
Îlot Goldfield, Nouvelle-Calédonie
108,40 mm

Conus (Strategoconus) maldivus spirogloxus **Deshayes, 1863**
Eilat, Israel
51 mm

Conus (Pionoconus) circumcisus brazieri **Sowerby III, 1881**
Borneo
37,50 mm

Conus (Phasmoconus) spectrum conspersus **Reeve, 1844**
Bohol, Philippines
39,05 mm

Conus (Lautoconus) aemulus **Reeve, 1844**
Sao Tome
24 mm

Conus (Asprella) iodostoma **Reeve, 1843**
Île aux Cerfs, Île Maurice
38,5 mm

Conasprella (Pseudoconorbis) coromandelica **Smith, 1894**
Sri Lanka
42 mm

Conasprella (Ximeniconus) ericmonnieri **Petuch & Myers, 2014**
Guarapari, Espirito Santo, Brésil
29,90 mm

Conus (Textilia) solangeae **Bozetti, 2004**
Lavanono, Madagascar
27,20 mm

Conus (Strategoconus) axelrodi **Walls, 1978**
Palawan, Philippines
14,50 mm

Conus (Textilia) dusaveli **Adams, 1872**
Cebu, Philippines
81 mm

Conus (Cylinder) textile ponderosa **Dautzenberg, 1932**
Sri Lanka
90,8 mm

Conus (Cylinder) textile scriptus **Sowerby II, 1858**
Tuléar, Madagascar
45,70 mm

Conus (Darioconus) thomae **Gmelin, 1791**
Mindanao, Philippines
73,09 mm

Conus (Monteiroconus) ambiguus gernanti **Petuch, 1975**
Sao Tomé
16 mm

La page technique de l'association

NOTRE SITE WEB

Notre site (www.ceuxdupharo.fr) a été créé le 14 mars 2017.

NOMBRE DE VISITES				
	2018	**2019**	**2020**	**2021**
JANVIER	1 915	1 549	3 643	1 954
FÉVRIER	1 705	1 806	2 922	2 114
MARS	1 816	1 640	2 130	1 608
AVRIL	1 613	1 624	2 582	
MAI	1 729	1 626	1 699	
JUIN	1 926	1 501	1 233	
JUILLET	510	1 570	1 640	
AOÛT	1 312	1 180	1 275	
SEPTEMBRE	2 202	1 377	1 371	
OCTOBRE	1 706	1 769	1 010	
NOVEMBRE	1 447	1 795	1 220	
DÉCEMBRE	1 052	2 363	1 247	
TOTAL	**18 933**	**15 474**	**21 972**	**5 676**

Ce site est pour nous un baromètre de l'intérêt que vous portez à notre action et nous nous engageons à vous faire part tous les mois de nos statistiques, bonnes ou non.

NOTRE PAGE FACEBOOK

Notre page https://www.facebook.com/groups/ceuxdupharo/ compte à ce jour 452 *followers*.

ADHÉSIONS

Janvier

336 : Association « Santards, Navalais et Traditions », 69500 Bron.
337 : Jean-Marc PEYRON, 75020 Paris.
338 : Marie-Ange GERBAL, 65100 Lourdes.

Février

339 : Philippe SINGER, 59710 Mérignies.
340 : Nadine COTREAU, 86000 Poitiers.
341 : Pierre CARRIER-CLÉRAMBAULT, 83130 La Garde.

Mars

342 : Aline DEMARCHI, 92350 Le Plessis Robinson.
343 : Marie-Sylvie DEMARCHI, 92170 Vanves
344 : Patrick GUYON, 92100 Boulogne-Billancourt

BIOGRAPHIES DE NOS ANCIENS

MASSEGUIN André (1907-1967)
Une carrière outre-mer exemplaire
Biographie établie par Francis Louis (#001).

André Masseguin est né le 5 mars 1907 à Saint-Amans (Lozère).
Il entre en 1926 à l'École du Service de santé militaire de Lyon et choisit de servir outre-mer. Il intègre l'École du Pharo à Marseille en 1931 (promotion Joffre, 71 médecins, 8 pharmaciens) où il côtoie notamment Victor Robini. À sa sortie, il est affecté en Côte d'ivoire, d'où il revient avec un témoignage de satisfaction.
Il repart en 1935 en Oubangui (Centrafrique) comme médecin-chef du département sanitaire de la Sangha.
Il s'y consacre à la lutte contre la trypanosomiase, qu'il contracte d'ailleurs, ce qui altèrera sérieusement sa santé.
Rentré en France en 1938, il participe à la campagne des Flandres de la deuxième guerre mondiale. Prisonnier, il réussit à s'évader avec une partie de son personnel et est cité à l'ordre du corps d'armée.
En 1942, il repart en Côte d'Ivoire puis rejoint la France, par l'Afrique du Nord et la Corse, et prend part aux combats contre l'Allemagne avec le 431ème bataillon médical. Il reçoit trois citations à l'ordre de la division.
La situation en Extrême-Orient s'étant détériorée, le médecin lieutenant-colonel André Masseguin part comme volontaire en Indochine et y fait deux séjours consécutifs, en Cochinchine puis comme directeur du Service de santé des Troupes au Cambodge. Il est ensuite affecté comme médecin-chef de l'hôpital Grall à Saigon.
Rapatrié sur la Métropole et promu colonel, il est désigné en 1952 comme directeur du Service général d'hygiène et de prophylaxie de l'Afrique occidentale. C'est à ce poste qu'il réorganise le service des grandes endémies
Puis, après un court séjour en Afrique du Nord comme directeur du Service de santé de la 11ème D.I., il part pour Madagascar où il assurera de 1958 à 1961 les fonctions de conseiller technique auprès du ministre de la Santé publique.
Promu médecin général en 1962, il occupe les hautes fonctions de directeur du Service de santé des Forces terrestres à Dakar.
Rentré en France, il termine sa carrière à la direction du Service de santé à Bordeaux, avant d'être admis dans la 2ème section du cadre des officiers généraux en mars 1967.
Il décède le 8 octobre 1967 à Saint-André-de-Valborgne (Gard) •

LE BRAS Joël (1936)
Les grandes endémies, l'histoire du Service de santé
Biographie établie par Francis Louis (#001).

Joël Le bras est né le 29 novembre 1936 à La Roche-Maurice (Finistère).
Il entre à Santé navale en 1958 (matricule 433) et intègre l'École du Pharo en 1964.
À l'issue, il est affecté au secteur spécial 74 des grandes endémies de Kaédi-Kiffa en Mauritanie (1964-1966). De 1967 à 1970, il exerce en Côte d'Ivoire, aux secteurs dépatementaux des grandes endémies de Bouaflé puis de Gagnoa.
En 1970 et 1971, il est chef du secteur 2 des grandes endémies de Franceville, du secteur 7 de Koulamoutou et de la région sanitaire du Haut-Ogooué.
De 1971 à 1973, il est affecté à Vannes au 3ème régiment d'infanterie de marine.
Il repart en Afrique et séjourne au Cameroun de 1973 à 1975, où il est chef du secteur opérationnel épidémiologique n°15 de Bafoussam, de la section provinciale de médecine préventive de l'Ouest. De 1974 à 1977, il dirige l'équipe d'intervention « trypano » du foyer de Fontem.
De 1975 à 1977, il est à l'OCEAC à Yaoundé, chef du centre d'enseignement et d'éducation sanitaire pour infirmiers de santé publique et contrôleurs « lèpre-tuberculose » d'Afrique centrale. Il est également chef d'équipe d'intervention « trypanosomiase-filarioses-leptospiroses ».
De 1977 à 1978, il effectue un stage à l'École nationale de santé publique (ENSP) de Rennes, d'où il sort lauréat. De 1978 à 1982, il est chef du service épidémiologie-statistique à l'institut national de santé publique (INSP) d'Abidjan. Claude Gateff est alors le coordonnateur des programmes de l'INSP.
C'est toujours sous la direction de Claude Gateff qu'il est nommé médecin-adjoint du service de médecine des collectivités au Pharo (1982-1983) et chef de l'équipe d'intervention méningites.
De 1983 à 1986, il est médecin-adjoint à la DRSS3 (Rennes), chef du bureau « technique-organisation ».
Il est alors affecté en Polynésie Française comme inspecteur territorial de la santé publique et coordonnateur des programmes, puis directeur de la santé publique (1986-1989). À son retour en Métropole, il est chargé de mission au Pharo. Sa mission consiste en la mise en place des médecins épidémiologistes dans les hôpitaux des armées français.
De 1990 à 1992, il est conseiller technique au ministère de la santé de Mauritanie et chef de la mission médicale française. À son retour en France, il est à nouveau chargé de mission au Pharo. Sa mission consiste alors à réformer le système de recueil de l'information dans les formations sanitaires du Service de santé des Armées (système REDEA).
Joël Le Bras prend sa retraite en 1993 et se retire à Loc-Maria-Plouzané (Finistère) où il s'adonne avec un soin méticuleux à l'étude de l'histoire de notre Corps. Il publie régulièrement des articles de synthèse dans le Bulletin de l'ASNOm et vient d'éditer à compte d'auteur « Toi, jamot … qui aurais pu vaincre la maladie du sommeil » •

LES SUPPLÉMENTS GRATUITS

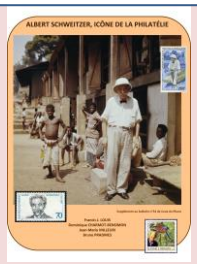
N°	Titre
50s	Regard philatélique sur la maladie du sommeil
51s	Le monde uni contre le paludisme : un grand « coup philatélique »
52s	La maladie de Hansen en philatélie
53s	Il était une fois l'éradication de la variole en philatélie
54s	Albert Schweitzer, icône de la philatélie
55s	Les expositions coloniales en France. Première partie.
56s	Les expositions coloniales en France. Deuxième partie.
57s	Les expositions coloniales en France. Troisième partie.
58s	Jouets et jeux d'Afrique et de Madagascar
59s	La coupe Jules Rimet. Histoire en timbres du mondial de football
60s	La poliomyélite en timbres-poste
61s	Port de tête, port de faix
62s	Carrières outre-mer en images. Trois médecins de la promo 1924
63s	Deux médecins militaires dans la guerre
64s	Statuaire colon
65s	Rite guèlèdè
66s	Les J.O. d'hiver en philatélie
67s	Médecin aux Marquises
68s	Cosmogonie Dogon
69s	Trois enfants du Muy
70s	Médecins à Diên Biên Phu
71s	Femmes à plateau Sara
72s	La route du Tchad. La mission saharienne.
73s	La route du Tchad. La mission Afrique centrale-Tchad.
74s	La route du Tchad. La mission Congo-Tchad.
75s	La route du Tchad. Rabah, seigneur de guerre.
76s	Histoire philatélique de la médecine. Première partie.
77s	Histoire philatélique de la médecine. Deuxième partie.
78s	La rivière aux gazelles
79s	Carnet de route du caporal de tirailleurs Guilleux. De Biskra à Agadès.
80s	La croisière des sables. Première croisière Citroën (1922-1923).
81s	La croisière noire. La deuxième mission Haardt-Audoin Dubreuil.
81s2	Muraz poète
82s	La croisière jaune. La troisième mission Haardt-Audoin Dubreuil.
83S	SARS-COV-2 et COVID-19
84s	Le professeur Charmot. Hommage.
85s	La croisière blanche. À l'assaut des montagnes rocheuses.
86s	Nos Anciens, compagnons de la Libération.
87s	Coquillages porcelaines
88s	Lutte contre la maladie du sommeil en 1925
89s	Louis Pasteur peintre
90s	Sauveur Verdaguet, chirurgien à Diên Biên Phu
91s	Une biographie d'Albert Calmette
92s	Maladie du sommeil. Guide pratique des tournées.

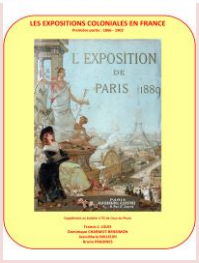
REGARD PHILATÉLIQUE
SUR LA MALADIE DU SOMMEIL

LE MONDE UNE CONTRE LE PALUDISME
UN COMBAT À MENER

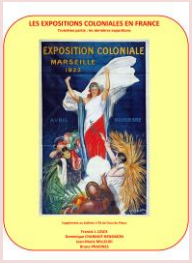
LA MALADIE DE HANSEN
EN PHILATÉLIE

IL ÉTAIT UNE FOIS L'ÉRADICATION
DE LA VARIOLE EN PHILATÉLIE


ALBERT SCHWEITZER, ICÔNE DE LA PHILATÉLIE


LES EXPOSITIONS COLONIALES EN FRANCE
L'EXPOSITION DE PARIS 1889

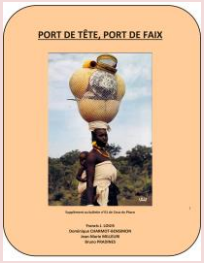
LES EXPOSITIONS COLONIALES EN FRANCE
EXPOSITION NATIONALE COLONIALE MARSEILLE
Les Colonies Françaises
PANORAMA MOUVANT

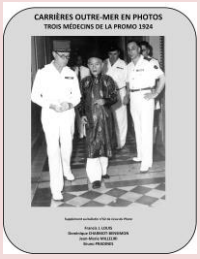

LES EXPOSITIONS COLONIALES EN FRANCE
EXPOSITION COLONIALE MARSEILLE 1922

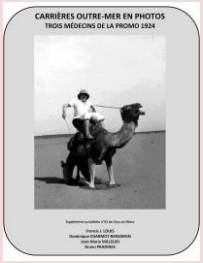
JOUETS ET JEUX D'AFRIQUE
ET DE MADAGASCAR

LA COUPE JULES RIMET
HISTOIRE EN TIMBRES DU MONDIAL DE FOOTBALL

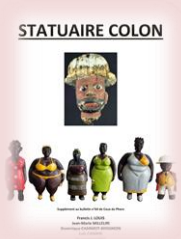
LA POLIOMYÉLITE EN TIMBRES-POSTE
vaccin polio


PORT DE TÊTE, PORT DE FAIX


CARRIÈRES OUTRE-MER EN PHOTOS
TROIS MÉDECINS DE LA PROMO 1924

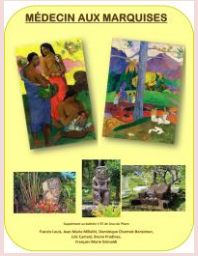

CARRIÈRES OUTRE-MER EN PHOTOS
TROIS MÉDECINS DE LA PROMO 1924

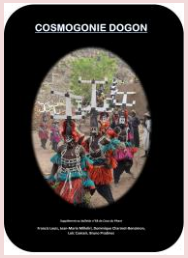
DEUX MÉDECINS MILITAIRES
DANS LA GUERRE
Les souvenirs sont cors de chasse
Dont meurt le bruit parmi le vent

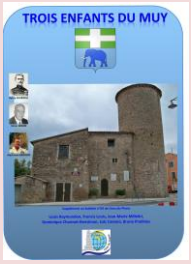

STATUAIRE COLON

RITE GUÈLÈDÈ

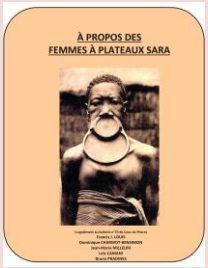
LES J.O. D'HIVER
EN PHILATÉLIE

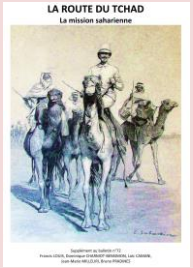

MÉDECIN AUX MARQUISES


COSMOGONIE DOGON

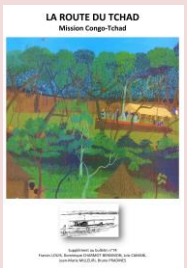

TROIS ENFANTS DU MUY

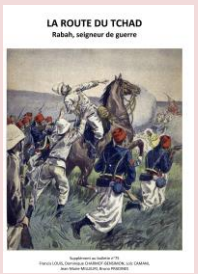
MÉDECINS À DIÊN BIÊN PHU


À PROPOS DES
FEMMES À PLATEAUX SARA


LA ROUTE DU TCHAD
La mission saharienne

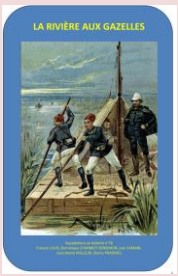
LA ROUTE DU TCHAD
Mission Afrique centrale-Tchad


LA ROUTE DU TCHAD
Mission Congo-Tchad


LA ROUTE DU TCHAD
Rabah, seigneur de guerre

HISTOIRE PHILATÉLIQUE
DE LA MÉDECINE
Première partie

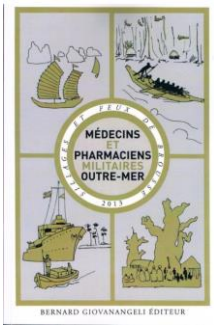
HISTOIRE PHILATÉLIQUE
DE LA MÉDECINE
Deuxième partie


LA RIVIÈRE AUX GAZELLES

La librairie de « Ceux du Pharo »

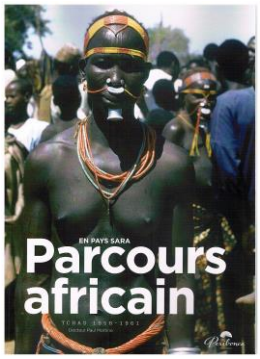
Les prix s'entendent pour la France métropolitaine. Hors Métropole, les frais de port sont à calculer.

CDP01-SILLAGES ET FEUX DE BROUSSE, Tome III. 20 euros franco de port.
CDP02-SILLAGES ET FEUX DE BROUSSE, Tome IV. 20 euros franco de port. ÉPUISÉ.
CDP03-PARCOURS AFRICAIN. EN PAYS SARA, TCHAD 1958-1961. 40 euros franco de port.
CDP04–MONCAYOS, Tome II. 36 euros franco de port.
CDP05-LA MÉDECINE MILITAIRE EN CARTES POSTALES. 1880-1930. 10 euros + 7,50 euros de port.
CDP06-CARNETS D'UN MÉDECIN DE BROUSSE. Une mission dans le Mandoul, Tchad, 2006. 20 euros + 5 euros de port.
CDP07-AU BOUT DE LA PISTE, EN PAYS TOUBOURI, TCHAD 1960. 39,90 euros franco de port.
CDP08-AU PAYS DES KAPSIKI. 25 euros franco de port.
CDP09-DEVOIRS DE MEMOIRE. 36 euros + 14 euros de port.
CDP10-DANS LA MONTAGNE DES KAPSIKi. 40 euros franco de port.



CDP01

CDP02

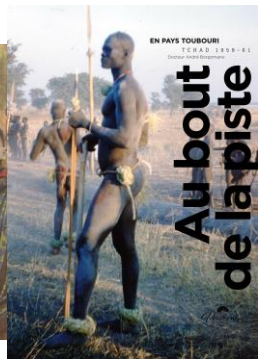


CDP03

CDP04

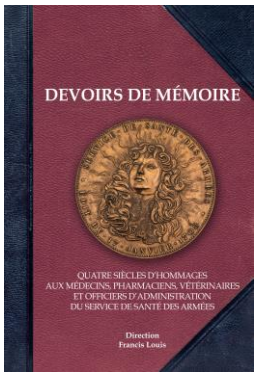
CDP05

CDP06



CDP07

CDP08



CDP09

CDP10

BON DE COMMANDE

Désignation	Référence	Qté	Prix unitaire	Montant total
TOTAL (euros)				

☐ **M.** ☐ **Mme** ……

ADRESSE DE LIVRAISON :

Téléphone : **E-mail :**

Date : **Signature :**

Ce bon de commande est à faire parvenir avec le règlement par chèque bancaire à l'ordre de « Ceux du Pharo » à : « Ceux du Pharo », Résidence Plein-Sud 1 Bâtiment B3
13380 PLAN DE CUQUES

À bientôt, et n'oubliez pas de renouveler votre cotisation (25 euros) !

Par chèque bancaire :
À l'ordre de « Ceux du Pharo »
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

L'équipe de « Ceux du Pharo »

OŪ TROUVER CEUX DU PHARO ?

INTERNET : http://www.ceuxdupharo.fr

FACEBOOK : facebook.com/groups/ceuxdupharo

TWEETER : https://twitter.com/hashtag/ceuxdupharo