



Ceux du Pharo

Bulletin de l'A.A.A.P.

Onzième année, numéro 115, février 2023

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)



Le Gers en hiver (© Jean-Alain Somville)

LE MOT DU BUREAU

Chers amis,

Ce mois-ci, nous donnons la parole à nos amis de *Solidarité Santé Navale*, une magnifique initiative tout à l'honneur des Anciens du Service de santé et que nous nous devons de mettre en lumière. Nous continuons à suivre nos jeunes camarades de la promotion Charmot, au Vietnam ou au fond du désert marocain et, bien entendu, nous célébrons la mémoire de nos Anciens mais aussi de nos camarades disparus récemment, Marc Laycuras et Alban Gervaise. Et nous n'oublions pas nos deux camarades de la promo 68 - la promo du président de *Ceux du Pharo* - qui ont porté au plus haut la notoriété de notre École.

Bref, un bulletin de 99 pages bien rempli !

Le Bureau

SOMMAIRE



21



46



56

Le mot du Bureau. 01

Solidarité Santé Navale 03

Infos, annonces, flashes. 13

Congrès, colloques, salons, festivals, événements 16

Deux de la « 68 » 21

Deux photos presque identiques 23

Polémiques 23

Dans nos archives 26

Biographies 42

Du côté des collectionneurs 46

Prix de l'École du Pharo 2023 48

Les suppléments gratuits. 49

La librairie de « Ceux du Pharo ». 53

Dossier du mois 55

L'albinisme oculocutané en Afrique



03



14

SOLIDARITÉ SANTÉ NAVALE

1

La lettre de Solidarité Santé Navale



Chers et chères camarades,

En 2023, grâce à la contribution de l'ASNOM et à la générosité de vos dons, neuf projets humanitaires en santé seront soutenus dans les domaines de la prévention des risques, de l'accessibilité aux soins, de la recherche appliquée et de la formation.

PROJETS de PRÉVENTION des RISQUES :

1/ PROJET BENIN - Alliance MNT 2023 : Projet BEADA-Ifangni « Initiative pour l'engagement des enfants et adolescents contre le diabète et autres maladies non transmissibles (MNT), phase pilote dans la commune d'Ifangni ».

L'ALLIANCE MNT BENIN est un regroupement d'organisations de la société civile et d'individus partageant la vision d'un Bénin où chacun a la possibilité de mener une vie saine, sans souffrances, stigmates et décès évitables causés par les MNT.

Le projet BEADA-Ifangni vise à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité prématurée liés au diabète et autres MNT dans une stratégie novatrice qui place les enfants et adolescents au cœur de la lutte. Nous misons sur le bénéfice coût/efficacité d'une prévention ciblée sur des publics jeunes, sur la force des habitudes acquises dès le jeune-âge, tout en comptant sur leur capacité exceptionnelle à inciter les adultes de leurs familles et communautés respectives à des changements de comportement après avoir été sensibilisés aux facteurs de risque et au fardeau socio-économique liés à ces maladies.

Le projet « BEADA-Ifangni » sera mis en œuvre dans 2 écoles primaires et 1 collège dans la Commune d'Ifangni dans le département du Plateau, au Bénin.

Le partenariat conduira au développement des actions ciblées suivantes :

- Rencontres d'échanges avec les responsables pédagogiques et autorités locales
- Formation des directeurs d'établissement et enseignants à la problématique du diabète et autres MNT
- Sensibilisation des prestataires de restauration collective dans les cantines scolaires à la problématique nutritionnelle du diabète et autres MNT
- Organisation de Programmes d'éducation sur la prévention des facteurs de risque communs au diabète et autres MNT au profit des élèves
- Organisation d'actions scolaires de promotion d'un mode de vie sain et de plaidoyer à l'endroit des autorités administratives et locales
- Organisation d'une journée de sensibilisation

Une animatrice spécialisée en nutrition sera partie-prenante de cette campagne d'information grand public sur les impératifs nutritionnels liés à ces maladies, en les adaptant au jeune public.

Campagne d'information dans la zone d'action du projet



2/ PROJET MADAGASCAR – RISEAL 2023 : Capitalisation des acquis et renforcement de la démonstration du reflexe sanitaire sur la trilogie Bilharziose – Conservation – WASH dans la rivière de Nosivolo Marolambo.

Les Maladies Tropicales Négligées sont représentées majoritairement à Madagascar par la bilharziose ou schistosomiase, la filariose, les géohelminthiases et la puce chique. Elles touchent surtout les enfants d'âge scolaire et les femmes dans les zones d'accès difficile et éloignées des systèmes de soins. RISEAL Madagascar a, depuis 2007, priorisé le cas de la bilharziose en ayant comme cible cette catégorie de population, et ce en partenariat avec le Ministère de la Santé.

Ayant déjà bénéficié d'un appui du Fonds Solidarité Santé navale, pour la réalisation d'un projet innovant liant la riziculture et la bilharziose au Nord-Est de Madagascar, RISEAL Madagascar a mis en œuvre un projet de prévention, en se focalisant sur la démonstration de la trilogie conservation-bilharziose-WASH. Il s'agissait de la conservation de la rivière de Nosivolo, plus exactement des poissons y existant dont certaines espèces sont menacées. Le site d'intervention de RISEAL depuis 2016 montre une prévalence de bilharziose atteignant 80%, et la population a fait appel à une prise en main des problèmes majeurs de leur santé. Ce présent projet consiste au renforcement des acquis en terme d'hygiène, impactant les risques de contamination et ceux de la pollution de la rivière, pour la population cible autour du district de Marolambo où se trouve cette rivière de Nosivolo, en maintenant ses motivations de lutte contre la bilharziose.

L'objectif du projet est d'amplifier et de renforcer les acquis lors des actions de sensibilisation pour obtenir des changements de comportement vis-à-vis de la trilogie bilharziose – conservation – WASH, en rendant plus opérationnel le centre d'information mis en place précédemment. Cet objectif cible la nécessité de continuer les campagnes de sensibilisation, d'éducation et de renforcement des capacités, focalisées sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement. Les approches avec les pairs-éducateurs pour l'éducation de masse sont renforcées pour obtenir plus d'impact et de pérennisation des acquis. Les mêmes messages seront véhiculés à travers le projet : « *l'homme est complice involontaire de la transmission* » ; « *l'homme adversaire de la transmission et de la maladie* » ; et « *l'homme et la nature doivent vivre en harmonie* » en utilisant des supports de communication efficaces et adaptés au contexte actuel.



Information des villageois :

Reflexe sanitaire sur la trilogie Bilharziose – Conservation – WASH, rivière Nosivolo

3/ PROJET SENEGAL /ONG VILLAGE PILOTE 2023 : Projet de dépistage et de vaccination des enfants et jeunes du Village Pilote Lac Rose.

Village Pilote est une association afro-européenne agissant dans la protection de l'enfance au Sénégal. L'ONG œuvre à la réinsertion durable (sociale, scolaire, familiale et professionnelle) des enfants et jeunes anciennement en situation de rue ou en conflit avec la loi. Village Pilote accueille en moyenne 400 enfants et jeunes âgés de 3 à 25 ans par an (principalement des garçons). Notre dispositif de prise en charge est complet, allant de l'identification en rue des enfants et jeunes en danger (via des écoutes mobiles/maraudes) à une prise en charge intégrale (hébergement 24h/24 et 7j/7, accès aux soins et repas, recherche et réconciliation familiale, mise en place d'activités éducatives, culturelles et sportives et accès aux formations professionnelles pour les plus âgés en vue d'une réinsertion et autonomie socio-professionnelle).

Ces enfants et jeunes souffrent régulièrement de malnutrition, de pathologies dermatologiques, buccodentaires, bronchopulmonaires et d'IST. Des premiers soins, effectués directement dans la rue, à un suivi régulier au centre d'accueil de Village Pilote, l'accès aux soins est donc essentiel pour Village Pilote. En 2021, le « pôle santé » a ainsi réalisé les résultats suivants : 339 consultations médicales, 1283 soins infirmiers pour 1560 consultations, 30 vaccinations et 13 consultations paramédicales en dehors du centre d'accueil.

L'objectif de ce projet est de permettre à l'ensemble des enfants et jeunes pris en charge au centre d'accueil de Village Pilote Lac Rose de bénéficier du PEV (Programme Élargi de Vaccination) ainsi que de dépistages (VIH, tuberculose, malnutrition, troubles buccodentaires). Parallèlement, des séances de sensibilisation et des causeries seront effectuées par les infirmiers de Village Pilote ainsi que par les partenaires. Ainsi, les enfants et jeunes effectuant un séjour long au centre d'accueil auront bénéficié d'un accès aux soins complet et adapté et disposeront d'un carnet de santé en vue de leur réinsertion en famille et/ou de leur autonomisation socio-professionnelle (17-25 ans principalement). En complément, les partenaires médicaux de Village Pilote permettront le renforcement de capacités des infirmiers présents au centre d'accueil (2 infirmiers permanents et un infirmier intervenant en rue). Les salariés de Village Pilote et les ayants droit bénéficieront également de ce projet sur la base du volontariat.



Dépistage et de vaccination des enfants et jeunes du Village Pilote Lac Ros

PROJETS D'AMELIOTATION DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS :

1/ PROJET BURKINA FASO – AUSB 2023 : Lutte contre l'abandon des malades mentaux chroniques dans la commune de Niou et Sourgoubila.

L'association Union pour la Santé et le Bien-être (AUSB) est basée à Boussé dans la province du Kourwéogo, au Burkina Faso. Elle a pour objectif de contribuer à l'amélioration des conditions de vie et de la santé des populations, notamment des couches défavorisées. Dans la province du Kourwéogo, il existe une unité de soins psychiatriques, mais l'accès aux soins par la population reste limité du fait de la distance, du coût élevé des médicaments psychotropes, et de l'insuffisance de connaissance de la population sur les maladies mentales. En 2022, l'AUSB a mené une étude des facteurs expliquant l'errance des malades mentaux dans la province du Kourwéogo. Les premiers résultats de cette étude ont montré que 92 personnes, dans cette zone, ont un état de santé mentale jugé non satisfaisant et ne sont pas inscrites dans un processus de prise en charge médicamenteuse et psychosociale. Parmi ces patients, 27 sont en contention des membres et enfermés dans des maisons et 65 sont en errance.

Le projet de lutte contre l'abandon des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques dans les communes de Niou et Sourgoubila au Burkina Faso va permettre l'amélioration des conditions de vie et l'accès aux produits de santé des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques. En effet, durant 6 mois, l'équipe de gestion du projet, ainsi que l'agent de santé spécialisé en santé mentale du district vont réaliser des activités dans 43 villages de la zone d'intervention. Un plaidoyer sera réalisé auprès de 172 leaders communautaires pour la prise en compte des besoins et le respect des droits fondamentaux des malades mentaux. 92 visites à domicile seront réalisées auprès des familles pour qu'ils puissent s'inscrire dans une dynamique de soin, d'acceptation et d'accompagnement psychosocial du malade dont ils ont la charge. 92 personnes souffrant de troubles mentaux chroniques seront inscrites dans un processus de prise en charge avec un suivi périodique pendant 5 mois afin qu'ils puissent atteindre un niveau de stabilité psychique. Afin de rendre l'action pérenne nous allons réaliser une rencontre de plaidoyer et de formation des responsables des centres de santé périphériques de la zone d'intervention. A terme, le but est de rendre disponible les psychotropes essentiels dans les centres de santé (chlorpromazine, diazépam, phénobarbital, halopéridol) et d'assurer le suivi des patients localement, ainsi que de renforcer les interventions de promotion, de prévention et de traitement dans le domaine de la santé mentale.



2/ PROJET MADAGASCAR / CICM 2023 : Mise en place du suivi du traitement des patients atteints de chromoblastomycose à Madagascar.

La chromoblastomycose (CBM) est une infection chronique endémique et négligée à Madagascar. Les études menées depuis 2013 par le Centre d'infectiologie Charles Mérieux (CICM) d'Antananarivo, conjointement avec le service de dermatologie du CHU d'Antananarivo et l'appui de la Fondation Mérieux, ont révélé la persistance de très nombreux cas de CBM suggérant que Madagascar reste toujours en 2017 le premier foyer mondial pour cette infection. Cette mycose d'implantation survient à la suite de blessures végétales et de contamination tellurique.

A ce jour 342 patients vus en consultation médicale dans différentes régions du pays ont été inclus dans une cohorte clinique et parmi eux 97 ont une CBM. Ces 97 patients ont tous reçu un traitement initial de 2 mois par l'antifongique Itraconazole, à prendre pendant plusieurs mois voire années. A Madagascar, ce traitement est pris en charge par la Fondation Mérieux, il est initialement prescrit pour une durée de 2 mois, puis doit être renouvelé après réévaluation clinique, ce qui discrimine d'autant plus les populations défavorisées des zones rurales qui sont les plus touchées.

L'objectif principal de ce projet est de mettre en place un protocole de suivi clinique à long terme afin de diminuer le nombre de perdus de vue et ainsi d'augmenter significativement le nombre de patients pouvant bénéficier d'un traitement et suivi réguliers après les 2 mois de traitement initial.

Ainsi, il est prévu de :

1. Mettre en place un suivi thérapeutique efficient au long cours pour les patients vus lors des missions initiales dans les centres périphériques.
2. Renforcer le réseau de correspondants locaux (médecins, infirmiers) chargés de reconvoquer les patients tous les 2 mois, de les examiner, de prendre en photos les lésions et de communiquer par téléphone ou visioconférence avec l'équipe de dermatologie du CHU afin de discuter une prescription éventuelle de 2 mois supplémentaires.
3. Programmer des visites (au moins 2 fois par an) de la personne chargée de ce suivi (médecin dermatologue) dans les centres périphériques déjà explorés : Tuléar, Morondava et Moramanga. Le but de ces visites sera de voir les patients dont les lésions paraissent réfractaires au traitement et de constater les patients guéris afin de confirmer l'arrêt du traitement.
4. Augmenter le niveau de connaissance globale sur cette affection et sa prise en charge dans les structures périphériques du pays.



Suivi du traitement des patients atteints de chromoblastomycose

3/ PROJET RD CONGO SUD KIVU – IHD 2023 : Combattre la mortalité maternelle et néonatale grâce à l'électrification de la maternité du village des autochtones pygmées-Batwa de Mwenga/Nzibira.

L'ONG Initiative Humanitaire pour le Développement est une ONG nationale de RD Congo qui a pour mission d'assister et d'intervenir auprès de populations paupérisées et auprès de communautés marginalisées.

La province du Sud-Kivu est l'une des provinces de l'Est de la RD Congo les plus meurtries par les conflits armés récurrents entre groupes armés nationaux et ceux de pays voisins et l'armée gouvernementale. Parmi les populations victimes, on relève celles vivant en milieu rural et plus particulièrement les populations autochtones doublement victimes car, en sus des conflits armés, elles ont toujours été stigmatisées et vivent dans une extrême pauvreté. C'est le cas des autochtones pygmées Batwa déplacés de Mwenga/Nzibira qui n'ont pas accès à des soins de santé de qualité. Les plus vulnérables de cette population marginalisée sont les femmes enceintes qui accouchent à domicile dans de très mauvaises conditions et sans l'assistance du personnel qualifié, car leurs centres de santé et maternité sont fermés la nuit par manque d'électricité et d'éclairage permettant leur prise en charge médicale.

C'est dans ce contexte que l'ONG IHD, en collaboration avec les leaders locaux et le personnel médical, a évalué le besoin d'électrification solaire du Centre de santé de Mwenga/Nzibira. Celui-ci offre des soins maternels et néonataux mais dans des conditions difficiles et ne peut fonctionner que pendant la journée. La demande spécifique faite au FSSN est ciblée sur l'installation électrique solaire de ce centre de santé, avec formation d'un personnel de maintenance de l'équipement.

On peut estimer que le centre de santé et la maternité électrifiés et éclairés desservant les femmes autochtones Batwa pourraient permettre les accouchements de plus de 2000 femmes enceintes par an dans de bonnes conditions. Cette structure pourrait être une base pour la formation des accoucheuses traditionnelles, qui sera commencée dans le cadre de ce projet, comme pour l'information de la population de la région sur les risques des accouchements dans les villages.

4/ PROJET RD CONGO SUD KIVU – SFAD 2023 : Prolongation des actions du projet d'assurance maladie et de renforcement de l'économie locale des femmes et filles mères victimes de violences sexuelles en Territoire d'Uvira.

L'association SFAD (Solidarité des Femmes pour l'Assistance et le Développement) a pour objectif de promouvoir l'accès aux soins de santé primaires pour les femmes et filles mères victimes des violences sexuelles et des familles vulnérables. Le projet, déjà soutenu en 2022, prévoit le développement d'une mutuelle de santé dans les deux aires de santé (Katongo et Kabindula Etat) en territoire d'Uvira, pendant une nouvelle période expérimentale de six mois, en sachant que la première campagne 2022 a permis l'adhésion de 280 familles auxquelles elle assure une couverture de 50 % de leurs frais de santé.

Dans cette zone, les populations à majorité féminine vivent dans une situation d'extrême pauvreté avec un accès limité à l'eau potable, aux infrastructures et services de base, aux activités génératrices de revenus et aux services de santé. Cette réalité est aggravée par l'absence de régime d'assurance-maladie abordable.

Jusqu'à une période récente, l'assurance-maladie dans la zone n'était disponible que pour les travailleurs du secteur formel et les employés l'état et offrait une protection sociale à seulement 20% de la population. Ainsi, 80% de la population étaient sans couverture, dont 75% sont agriculteurs et pratiquent l'agriculture de subsistance comme principale source de revenu, et d'autres pratiquent le petit commerce dans le secteur informel.

Ce projet cherche à augmenter la couverture sociale de cette zone par cette mutuelle de santé et proposera un régime spécial de couverture d'assurance maladie de 100% pour 28 femmes et filles victimes de violences sexuelles. D'autre part, 30 femmes vulnérables, membres de la mutuelle, seront bénéficiaires de crédits rotatifs à travers le système financier de la mutuelle pour assurer leur l'autonomisation par la mise en place d'une activité génératrice de revenus. Ainsi 75% des familles, des femmes et filles mères vulnérables, dans les deux aires de santé ciblées, bénéficieront de soins de santé de qualité à un prix abordable grâce à la mutuelle « Matunzobora ». La mortalité des enfants des membres de la mutuelle de santé sera diminuée grâce à l'accès aux soins facilité et les taux IST des femmes et filles victimes de violences sexuelles sera réduit grâce à l'amélioration de l'accès aux soins médicaux et aux activités des dépistage qui seront menées.

La pérennisation de l'action est liée au programme de microfinancement axé sur l'épargne qui permettra aux membres de créer des activités génératrices de revenus et des possibilités de diversification des moyens de subsistance tout en renforçant entre eux la solidarité sociale pour la santé.



Mise en place d'une mutuelle Santé et soutien à l'économie locale des femmes et filles mères victimes de violences sexuelles.

5/ PROJET VIETNAM ND2 2023 – Prise en charge des enfants épileptiques défavorisés à l’Hôpital Nhi Dong 2, ancien Hôpital Grall d’Ho Chi Minh Ville.

Notre camarade Jacques Zwingelstein (Bx 47 †) et son épouse Nhung ont souhaité, grâce à un don ciblé annuel, qu’un soutien soit apporté aux enfants épileptiques issus de milieux défavorisés et hospitalisés à l’Hôpital Nhi Dong 2, ancien hôpital Grall et principal établissement pédiatrique d’Ho Chi Minh ville. Pierre Jallon (Bx 65), neurologue et correspondant du Fonds au Vietnam, pilote ce projet. Une convention signée en décembre 2015 et un comité de pilotage lient le Fonds Solidarité Santé Navale et la direction de l’Hôpital. Pierre Jallon a annoncé en mai 2021 la fin de son activité de consultant en épileptologie à l’Hôpital ND2 et la doctoresse Minh Thu, adjointe au chef de service de neuropédiatrie, lui soumet désormais les demandes d’aide et assurera le suivi des enfants pris en charge.

Les inclusions de jeunes patients ont concerné des examens génétiques (tests de séquençage d’exome clinique) ou métaboliques de certaines encéphalopathies épileptogènes graves de l’enfant âgé de plus de six ans, car les traitements de ces maladies chroniques sont maintenant pris en charge par le service de Santé publique vietnamien. En 2022 quatre petits patients ont pu bénéficier du Fonds spécial Zwingelstein pour une prise en charge d’exams complémentaires onéreux. Cela concernait uniquement des études génétiques ciblées ou plus générales. La génétique est devenue, depuis quelques années, la pièce maitresse de la réflexion en épileptologie clinique infantile.

Se pose la question de la pérennité de ce fonds spécial. Pour le moment on continuera à inclure des enfants vietnamiens épileptiques n’entrant pas n’entrant pas dans le cadre du projet du Fonds Suisse (FNSR), mais les besoins allant en diminuant régulièrement, une partie de ce legs sera affecté à d’autres projets à partir de l’année prochaine.

Au total 76 enfants vietnamiens ont été pris en charge depuis le début du partenariat. L’objectif du projet en 2023 est de poursuivre notre contribution à la recherche des causes génétiques et métaboliques de l’épilepsie de l’enfant.



Hôpital Nhi Dong 2 (ancien Hôpital « Grall »)

PROJET DE RECHERCHE APPLIQUEE ET FORMATION :

PROJET BENIN – IRCB 2023 : Mise en place d'une technique de dosage du venin circulant à l'Institut de Recherche Clinique du Bénin.

Avec environ 2,5 millions d'envenimations et 125 000 décès par an, dont plus de 95% en Asie et en Afrique subsaharienne, les envenimations par morsure de serpent (EMS) se trouvent en tête de liste des Maladies Tropicales Négligées. La charge socioéconomique annuelle des EMS est estimée à plus d'un million d'années perdues en espérance de vie corrigée de l'incapacité incluant décès, invalidités physiques permanentes et troubles de stress post-traumatique. L'anti-venin constitue actuellement le seul traitement spécifique des EMS. Administré précocement, il résout la plupart des symptômes liés à l'action directe du venin, diminue la létalité et raccourcit la durée d'hospitalisation.

L'Institut de Recherche clinique du Bénin (IRCB), fondé en 2015 et dirigé par le Professeur Massougbodji, est une institution dédiée à diverses activités de recherche clinique. Il a notamment une grande expertise dans la conduite d'essais cliniques dans le domaine des envenimations par morsure de serpent.

Pourquoi un dosage du venin circulant ?

La mesure de la concentration sanguine de venin circulant par ELISA, ou veninémie, est un outil essentiel pour mesurer l'efficacité des anti-venins. Il s'agit du critère de jugement le plus fréquemment utilisé dans les essais cliniques randomisés portant sur le traitement des EMS. Outre le suivi de la cinétique du venin circulant, cette méthode permet de faire un diagnostic rétrospectif de l'espèce incriminée dans la morsure.

L'objectif du projet de mettre en place à l'IRCB un test de détection et de quantification du venin circulant dans le plasma des patients envenimés par *Echis ocellatus*, première espèce impliquée dans les envenimations sévères chez l'Homme. Cette compétence sera acquise dans le cadre d'une formation organisée à l'IRCB en octobre 2023, permettant de mettre en place la disponibilité de l'examen localement.



Mise en place d'une technique de dosage du venin circulant à l'IRCB

Conclusion

Ces neuf projets ont été sélectionnés avec l'aide de notre comité scientifique parce qu'ils correspondent à notre volonté d'accompagner des actions ciblées que nous sommes en capacité de suivre et d'évaluer. Tous ces projets et leurs rapports d'étapes, sont consultables en ligne à la rubrique solidarité internationale du site www.santenavale.org.

Pour nous aider, vous pouvez faire un don ponctuel ou mensuel :

- **Directement en ligne en utilisant ce lien :**

<https://www.helloasso.com/associations/fonds-solidarite-sante-navale/formulaires/2>

- **Ou en adressant formulaire et chèque à notre trésorier Michel CURTET**

Adresse : Résidence Genovia, Bat B, Apt 259, 29 rue Bontemps, 33400 TALENCE.

Chèque bancaire libellé à l'ordre du « Fonds Solidarité Santé Navale »

Compte LCL RIB / 30002 00453 0000008904P 30 IBAN / FR50 3000 2004 5300 0000 8904 P30

Merci pour votre confiance et votre générosité.

Le Conseil d'administration du Fonds :

Michel Ducorps (67) (président), Michel Curtet (64) (trésorier), Philippe Mauclère (72) (secrétaire), JC Cuisinier-Raynal (59), René Darracq (60), Jacques Bahuaud (62), René Migliani (Bx 73), Abel Nsemi-Mahoungou (Bx 81) et Bertin Atche (86), administrateurs.

Comité scientifique : Philippe Barnaud (60), Jean-Loup Rey (61), Robert Tinga Guiguemde (69) et Christian Bailly (69).

Correspondants : Vietnam : Pierre Jallon (65). Togo : Mofou Belo (81). Sénégal : Pierre Fabries (2004). Cameroun : Tona Wassia (Bx 88).

Communication : Guillaume Cassouret (2000), Romain Loeffler (2004).

Fonds Solidarité Santé Navale

**Siège social : Salle Santé Navale, Allée Santé Navale, Bat C1, 149 bis Cours de la Marne,
33800 Bordeaux**

Adresse postale : 83 chemin du Village de Jaurias - 24320 Gouts-Rossignol -

Tel : 06 03 79 10 89

solidaritesantenavale@gmail.com

www.santenavale.org


Infos, annonces, flashes

E08 – Le numéro 16 d’Histoire de la Médecine est sorti. Vous pouvez le consulter sur le site de notre association.

E09 – Notre ami François-Marie Grimaldi (#118) nous a dressé une très belle et très complète étude sur Roland Drouffe (1923-1947), mort en Indochine à 24 ans. Nous avons immédiatement mis cette étude dans son intégralité sur le site de l’association où vous pouvez la consulter et une version allégée dans *Itinéraires* (à paraître).

E10 – Un nouvel adhérent (#438) à qui nous souhaitons la bienvenue :
M. Benoit Blanc, 24100 Bergerac


E11 – Nos jeunes camarades de l’ESA ont participé au rallye humanitaire 4ltrophy2023. Nous espérons vous en livrer un compte-rendu le mois prochain.

 **Ecoles militaires de santé de Lyon-Bron**
2j · 🌐

#4ltrophy2023
Ils partiront dans quelques jours au Maroc pour participer à la célèbre course, avec dynamisme et bonne humeur. Leurs points forts : un sens de l’organisation hors pair et une motivation sans faille. Voici nos 4 équipages qui courront aux couleurs des écoles :

- ✓ AM Lilian et Marine ;
- ✓ AM Lucie et Emilie ;
- ✓ AM Louison et Charlotte ;
- ✓ AM Pierre-Yves et Jade.

A suivre ! 🚗
#Bron #armees



E12 – Deux jeunes de la promotion Guy Charmot de l'ESA viennent de faire un stage au Vietnam et en ont informé notre secrétaire générale :

Bonjour Madame Charmot,

Nous sommes Lucie et Emma, deux élèves de la promotion Charmot.

Cet hiver, nous avons eu la chance de pouvoir effectuer un stage hospitalier à l'hôpital Français d'Hanoï. Ces six semaines au Vietnam ont été pour nous l'occasion de s'immerger dans un système médical et plus globalement une culture bien différente de la France.

Dans l'optique de toujours faire rayonner la promotion MC Guy Charmot, nous nous sommes prêtées au jeu de réaliser quelques photos avec le drapeau de notre promotion, que nous vous transmettons en pièce jointe : devant l'hôpital Français et lors d'un week-end au Cambodge pour visiter les temples d'Angkor.

Au plaisir de vous revoir.

Bonne soirée.

Lucie et Emma



E13 – Notre amie Martine Vendeville (#303) a ouvert une galerie d'art à La Ciotat (Var).

Galerie Singulier Pluriel

1, rue Louis Vignol

13600 La Ciotat

La galerie est ouverte le week-end

E14 – La société française de santé publique lance un appel à communications.




E14 – La revue de la Société francophone de médecine tropicale et santé internationale (MTSI) vient de publier un numéro spécial intitulé « Panorama des pathologies infectieuses et non infectieuses en Guyane en 2022 ».

Ce numéro spécial, téléchargeable sur le site de la Société, est tout-à-fait exceptionnel et fait déjà figure de référence que tout tropicaliste doit avoir dans ses archives.

MTSI LA REVUE de la SOCIÉTÉ FRANCOPHONE de MÉDECINE TROPICALE et SANTÉ INTERNATIONALE

MTSI La revue de la SFMTSI


Numéro spécial
03(01) 2023




doi : 10.48327 / mtsi.v3i1.2023.308

Numéro spécial v03(01) 2023 - Panorama des pathologies infectieuses et non infectieuses de Guyane en 2022

PANORAMA DES PATHOLOGIES INFECTIEUSES ET NON INFECTIEUSES DE GUYANE EN 2022



Comité scientifique : Loïc Epelboin, Philippe Abboud, Timothee Bonifay, Morgane Bourne Watrin, Mathilde Boutrou, Justin Destoop, Maylis Douine, Mélanie Gaillet, Paul Le Turnier, Lucas Maisonobe, Céline Michaud, Nicolas Vignier



Congrès, colloques, salons, festivals, évènements



**33^{ÈMES} RENCONTRES
INTERNATIONALES DU
COQUILLAGE**

« On ne peut protéger que ce que l'on connaît »

25-26 MARS 2023
CENTRE CULTUREL
PLACE DES MARTYRS DE CHATEAUBRIANT
77500 CHELLES

LE SAMEDI 2 C. DE 9 A 18 HEURES
LE DIMANCHE ENTRÉE LIBRE DE 10 A 16 HEURES
GRATUITÉ POUR LES MEMBRES A.F.C.

Association Française de Conchyliologie
www.Xenophora.org

Morgan Heber
Luisa Perini, Bruchet, 1998, photographié par Jean-Michel Lecomte
Fond. Ligue de Paléontologie de France

22^E RONDE DE CHATEAU GOMBERT

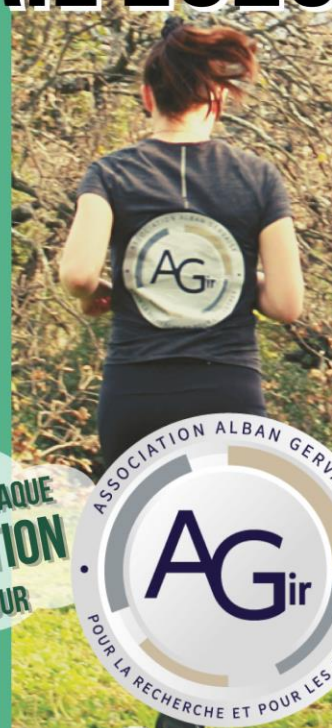
DIMANCHE 9 AVRIL 2023



17,2 KM / 685 D+
TRAIL



12,2 KM / 315 D+
COURSE NATURE



7,2 KM / 165 D+
COURSE & MARCHÉ NORDIQUE



POUR CHAQUE INSCRIPTION 1 EURO POUR



RÈGLEMENT ET RENSEIGNEMENTS : ACPMARSEILLEATHLE.COM - INSCRIPTIONS : COURIRENFRANCE.COM

7^e

FÊTE DE LA BD

Gardons la Bulle • 6 & 7 MAI 2023

Fort Vauban d'Alès

Entrée Gratuite

bullescevenoles@gmail.com

Direction de la Communication Ville d'Alès - 01/2023 - FL - © 1985 Masami Kurumada (MANTASHOTEN) © Alquié - Dolien - KANA (Dargaud-Lombard s.a.)



147^e CONGRÈS NATIONAL
DES SOCIÉTÉS HISTORIQUES
ET SCIENTIFIQUES

Effondrements et Ruptures

22 - 26
MAI
2023

UNIVERSITÉ TOULOUSE
JEAN-JAURÈS

XXVIII^eACTUALITÉS DU PHARO 2023

4, 5 & 6 OCTOBRE 2023
MARSEILLE



LA SANTÉ AU TRAVAIL, ENTRE FAMILLE ET ENTREPRISE : QUELS ENJEUX POUR LES PAYS DU SUD ?



Pour s'inscrire :
jean-loup.rey@wanadoo.fr

Informations :
www.gispe.org

Pour soumettre une communication :
j-m.milleliri@wanadoo.fr

Date limite de soumission pour
les communications et les prix :
29 AVRIL



DEUX DE LA « 68 »

Vous imaginez bien qu'avec sa prudence légendaire, le Service de santé des Armées ne pouvait recruter qu'avec une grande circonspection les élèves de première année de médecine : nous n'étions guère qu'une petite soixantaine à pénétrer dans l'École le 15 octobre 1968. Et par un mystère que je n'ai jamais pu éclaircir, le major de notre promotion avait le matricule 2061 !!!

Bien entendu, les cours à la fac étaient suspendus et, pour nous occuper, nous avons été envoyés chez les fusiliers commandos à Lorient pour apprendre le métier militaire. On peut dire que ce ne fut pas un franc succès et l'expérience n'a jamais été renouvelée.

Et puis, la vie a repris un cours normal et nous avons alterné bizutages, cours à la fac, virées nocturnes, rien de plus normal à la Boîte en ce temps-là.

Cinquante-cinq ans après, nous sommes tous à la retraite du SSA et il m'a semblé intéressant de retracer le parcours de deux d'entre nous, particulièrement brillants, qui n'étaient pourtant pas dans les premiers au concours d'entrée mais qui ont trouvé à merveille leur voie et ont su tracer une carrière exemplaire.

Francis Louis (mat. 2097)

Serge RESNIKOFF (mat. 2107). L'ophtalmologie.



Serge Resnikoff est né à Paris le 31 mai 1949 de parents immigrés « Russes Blancs ». Il a la double nationalité française et suisse et parle français, anglais et russe.

Il entre à Santé navale à Bordeaux en 1968 et en sort en 1975 avec l'option outre-mer, ce qui le conduit en stage à l'École d'application du Pharo à Marseille.

À l'issue, il est affecté de 1976 à 1979 comme directeur régional de la santé à Atar en Mauritanie.

En 1979, il est nommé médecin-chef du 2^e groupement de camp et médecin-chef de la place de Neustadt, dans les forces françaises en Allemagne.

De 1979 à 1983, il est assistant en ophtalmologie à l'HIA Clermont-Tonnerre de Brest

De 1983 à 1986, il est chef du service d'ophtalmologie à l'hôpital national de N'Djamena au Tchad.

En 1989, il prend la direction de l'Institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA) à Bamako (Mali). Il occupe ce poste jusqu'en 1995.

De 1995 à 2008, il est haut fonctionnaire international à l'OMS à Genève. Il y occupe les fonctions de conseiller politique principal (2007 – 2008) ; responsable des programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques : diabète, cancers, maladies cardiovasculaires, respiratoires et génétiques (2004 – 2007) ; responsable des programmes de prévention de la cécité et de la surdité (1999 – 2004) ; responsable du partenariat OMS – SightFirst (1995 -1999). Il est responsable du lancement de plusieurs campagnes mondiales, notamment dans le domaine de la lutte contre la cécité (« Vision 2020 – le Droit à la Vue », « Alliance mondiale pour l'élimination du Trachome) et des maladies non transmissibles.

De 2008 à 2010, il est directeur général des laboratoires Théa à Clermont-Ferrand et en 2016 et 2017, CEO / Directeur Général, Brien Holden Vision Diagnostics Inc. Développement de dispositifs médicaux pour le diagnostic assisté par l'Intelligence Artificielle dans le domaine de la neurologie et des complications du diabète, San Bernardino, Californie, USA.

Il a également été Président du Comité Scientifique du *Queen Elizabeth Diamond Jubilee Trust*, Londres, UK ; Président de l'*International Coalition for Trachoma Control*, regroupant toutes les organisations (ONG, universités, instituts de recherche) impliqués dans la lutte contre le trachome dans le monde, Londres, UK ; Membre du Conseil Exécutif et co-président pour l'Europe de l'Organisation mondiale de Prévention de la Cécité (*International Agency for the Prevention of Blindness*), Londres ; Président de *Our Children's Vision*, partenariat international pour la santé oculaire des enfants dans les zones défavorisées, Sydney, Australie ; Directeur de la Santé Oculaire et Administrateur du Conseil International de l'Ophtalmologie (*International Council of Ophthalmology*), San Francisco, USA ; *African Ophthalmology Council*, membre de l'Advisory Board et de plusieurs autres grands projets aux États-Unis, en Australie, à Lyon, à Londres ou à Genève.

Aujourd'hui, Serge Resnikoff est professeur à l'Université des Nouvelles Galles du Sud à Sydney, Australie ; Consultant international en santé et développement auprès de nombreuses organisations internationales ; membre de l'Académie Internationale d'Ophtalmologie ; Président de l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC), Paris ; Président du Conseil Scientifique et membre du conseil d'administration de la Fondation Pierre Fabre, Castres ; Président de la Fondation d'entreprise Théa, Clermont-Ferrand ; Président de la Fondation Brien Holden, Sydney ; Président de l'International Myopia Institute, Sydney, Australie ; Administrateur et trésorier de l'*Africa Eye Foundation* dont le but est la construction d'hôpitaux ophtalmologiques en Afrique, Genève ; membre du comité SightFirst de la Fondation du Lions Club International, Oak Brook, Chicago ; membre du réseau d'experts du *Global Burden of Diseases project* (modélisation épidémiologique), Seattle, USA et membre de l'*International Federation on Ageing*.

Il est auteur ou co-auteur de 252 articles scientifiques et 37 livres ou monographies.

JANCOVICI René (mat. 2090). Chirurgie thoracique et cardiovasculaire.



René Jancovici est né le 9 octobre 1948 à Lahr en Allemagne. Il est le fils de Lazare Jancovici dont la biographie figure également dans ce livre.

Il intègre Santé navale en 1968 et soutient sa thèse en 1975 sur « Évolution et traitement chirurgical des pseudarthroses du scaphoïde carpien ». À l'issue, il effectue son stage à l'École d'application du Service de la santé de la Marine à Toulon, avec un séjour sur le navire école *Jeanne d'Arc*.

De 1976 à 1978, il est médecin major de l'avis-escorte *Amiral Charner* en Polynésie Française, avec trois détachements à Pearl Harbor, aux îles Hawaï.

En 1979, il est admis au concours de l'assistantat de chirurgie des hôpitaux des armées. De 1979 à 1983, il est assistant de chirurgie dans les hôpitaux du Val-de-Grâce, Bégin et Percy.

En 1983, il est chirurgien des hôpitaux des armées, en chirurgie digestive et viscérale. En 1984 et 1985, il est chirurgien adjoint à l'hôpital Legouest de Brest, puis adjoint au service de chirurgie viscérale et vasculaire du Val-de-Grâce. De 1985 à 1988, il est détaché au service de chirurgie thoracique de l'hôpital Foch à Suresnes et au centre chirurgical Marie Lannelongue au Plessis-Robinson.

De 1988 à 1996, il est chef du service de chirurgie thoracique à l'hôpital du Val-de-Grâce. Le 1^{er} janvier 1991, il est nommé professeur agrégé du Val-de-Grâce en chirurgie thoracique et digestive.

De 1996 à 2007, il est chef du service de chirurgie thoracique et viscérale à l'hôpital Percy à Clamart. Il est également titulaire de la chaire de chirurgie de guerre (1999-2005) et membre titulaire de l'Académie nationale de chirurgie (2004).

En 2007, il est nommé médecin principal de l'hôpital américain en chirurgie thoracique et chirurgien thoracique et de la thyroïde au Centre chirurgical Val d'Or ç Saint-Cloud.

Outre ses fonctions d'enseignant en chirurgie thoracique, thoracoscopique et en chirurgie d'urgence, René Jancovici participe à des missions humanitaires et de guerre : Nord Cameroun et Tchad (1980), mer de Chine et golfe de Siam (1952), opération Manta à N'Djamena (1983), les camions de l'espoir (1984), Hanoï (1999), Arménie (2022).

René Jancovici reçoit une citation à l'ordre de la division en 1988 et est élevé au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur le 1^{er} janvier 2023.

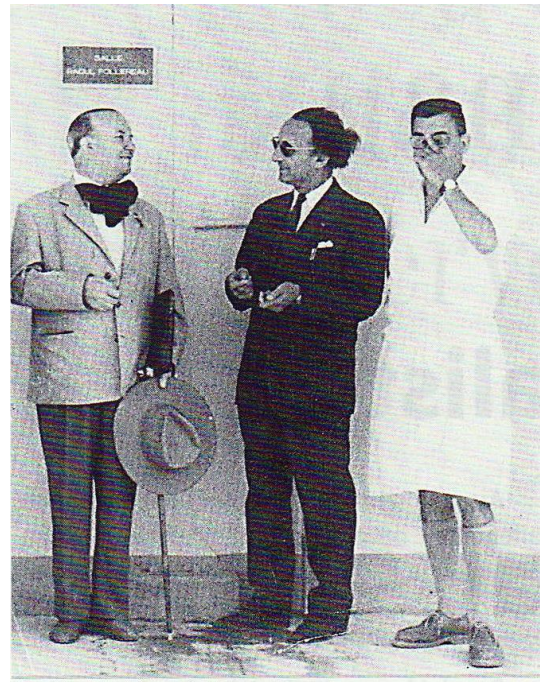
Il est auteur ou co-auteur de 495 communications, publications et ouvrages.



DEUX PHOTOS PRESQUE IDENTIQUES



De gauche à droite : Jean Languillon, Raoul Follereau et Pierre Richet
(à droite, un bout de la blouse et la pointe de la chaussure de Person)



De gauche à droite : Raoul Follereau, Pierre Richet et Jean-Hervé Person
(à gauche, le bras de Follereau a été coupé pour masquer Languillon)

Pour nous aider à écrire la biographie de Jean Languillon (1912-2003), sa famille nous a confié quelques photos, dont une prise à l'Institut Marchoux à Bamako, Mali. Cette photo nous en a rappelé une autre, publiée par Joël Le Bras dans le bulletin de l'ASNOM n°117 de décembre 2009 : Joël Le Bras y retraçait la biographie de Jean-Hervé Person (1917-1967). La similitude des deux photos est évidente et l'article de Le Bras nous permet de les situer en septembre 1960, quand le médecin commandant Jean-Hervé Person a été affecté à l'Institut Marchoux pour assurer l'intérim du médecin lieutenant-colonel Jean Languillon. Une autre hypothèse est que ces photos ont été prises en septembre 1961, au retour de Languillon et avant le départ de Person le 1^{er} août.

POLÉMIQUES

1. Notre camarade Jacques Bahaud a interrogé l'intelligence artificielle ChatGPT sur « les médecins coloniaux » et « les bienfaits de la colonisation en matière de santé publique ». La réponse du robot a sidéré toute notre corporation :

Les médecins coloniaux

Les médecins coloniaux étaient des médecins envoyés par les puissances coloniales européennes pour fournir des soins de santé aux populations colonisées. Leur rôle était souvent complexe, car ils étaient chargés à la fois de traiter les maladies des colons européens et de prendre soin des populations locales. Au fil du temps, les pratiques des médecins coloniaux ont été critiquées pour leur manque d'empathie envers les populations locales, leur ignorance des pratiques médicales traditionnelles et leur utilisation de la médecine comme un outil de domination coloniale.

En outre, les médecins coloniaux ont souvent contribué à la propagation de maladies infectieuses en raison de leur ignorance des conditions locales, de leur manque de connaissance des pratiques médicales traditionnelles et de leur incapacité à comprendre les pratiques sanitaires locales.

Aujourd'hui, le rôle des médecins coloniaux est considéré comme un exemple d'injustice historique et de domination coloniale. Des initiatives sont mises en place pour reconnaître les injustices commises par les médecins coloniaux, pour encourager une plus grande compréhension des pratiques médicales traditionnelles et pour promouvoir une collaboration équitable entre les professionnels de la santé locaux et internationaux.

Bienfaits de la colonisation en matière de santé publique

Il est important de noter que la colonisation a souvent eu des conséquences néfastes sur la santé publique des populations colonisées, notamment en raison de la dépossession des terres et des ressources, de l'exploitation économique, de la malnutrition, des déplacements forcés, des conditions de travail dangereuses, des maladies importées par les colons et des politiques sanitaires inadaptées.

Cependant, il est vrai que certaines mesures de santé publique mises en place par les puissances coloniales ont pu avoir des effets bénéfiques à court terme, tels que l'administration de vaccins, la mise en place de systèmes d'approvisionnement en eau potable et l'amélioration des conditions sanitaires dans les zones urbaines.

Cependant, il est important de souligner que ces mesures ont souvent été mises en place pour des raisons économiques et politiques, plutôt que pour le bien-être réel des populations locales. De plus, ces initiatives ont souvent été menées sans consultation ni participation des populations locales, et ont souvent été conçues de manière paternaliste et condescendante.

En résumé, bien que certaines mesures de santé publique mises en place pendant la période de colonisation aient pu avoir des effets bénéfiques à court terme, il est important de comprendre que les conséquences à long terme de la colonisation sur la santé publique des populations colonisées ont souvent été désastreuses.

[Plus ignoble, tu meurs ! À se demander qui a bien pu « nourrir » le robot et pourquoi.](#)

[2. Dans la revue JIM, un article nous a fait sursauter.](#)

Paris, le mercredi 25 janvier 2023 – Le ministère de la Santé a ordonné le retrait de toutes les fresques de salles de garde, jugées sexistes et pornographiques.

Depuis près de deux siècles, les salles de garde, avec leurs rites carabins, font partie de la vie quotidienne des médecins hospitaliers français. Si les traditions de salle de garde se perdent (un peu) et si dans de nombreux hôpitaux elles sont désormais devenues des cantines anodines, les fresques qui ornent leurs murs constituent un vestige de cet esprit carabin. Mais ces dessins pornographiques, où sont généralement représentés les médecins des services hospitaliers en plein ébats sexuels, sont depuis plusieurs années taxés de sexisme (bien qu'on y trouve beaucoup d'hommes dans des positions peu avantageuses). Elles semblent devenues incompatibles avec l'esprit de notre temps, marqué par le mouvement MeToo et un combat salutaire (mais parfois contesté quant à ses fondements objectifs) contre toute forme de sexisme.

C'est pourquoi, dans une circulaire en date du 17 janvier, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), qui dépend du ministère de la santé, demande aux établissements hospitaliers de mettre définitivement fin à cette tradition jugée archaïque en retirant des salles de garde « *l'ensemble des fresques carabines à caractères pornographiques et sexistes* ».

Le ministère justifie cette décision par l'article L. 4121-1 du code du travail qui impose à tout employeur public de prendre « *les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ». La DGOS considère en effet que la survivance de ces fresques carabines constitue « *un agissement à connotation sexuelle subi par une personne et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité* ». On reste sans voix face à cet argumentaire qui semble considérer que des dessins inoffensifs constituent un danger imminent.

Mais c'est sans doute surtout la pression des tribunaux qui a poussé le ministre de la Santé à agir. Dans une décision inédite, le juge des référés du tribunal administratif de Toulouse avait ordonné le 8 décembre 2021 le retrait d'une fresque jugée sexiste dans une salle de garde du CHU de Purpan à la demande de l'association *Osez le féminisme*. Forte de cette victoire judiciaire, l'association entendait saisir le Conseil d'Etat pour obtenir une interdiction nationale de ces fresques, que le ministère vient donc de prononcer.

La DGOS a eu soin de consulter les différentes parties concernées (directeurs d'établissements, médecins, internes...) avant de prendre sa décision mais reconnaît qu'aucune position commune n'a pu être dégagée.

Olivia Fraigneau, présidente de l'Intersyndicale nationale des internes (Isni), qui a été auditionnée par la DGOS sur le sujet, ne cache pas son embarras sur cette question qui oppose respect de la tradition et lutte contre le sexisme. Tout en disant « *craindre que l'internat devienne un endroit totalement aseptisé, sans décoration, qui devienne presque une pièce d'hôpital comme une autre* », elle reconnaît qu'« *aujourd'hui, ces fresques font moins l'unanimité qu'avant chez les internes* » et que leur caractère sexiste « *pose problème* ». Pour autant, elle considère que la priorité devrait plutôt être donnée à l'amélioration des conditions d'accueil des internes. « *Le vrai scandale, ce ne sont pas les fresques, mais bien les chambres d'internat où les murs s'effondrent et où il y a des rats* » s'indigne la future urgentiste.

La DGOS recommande aux établissements hospitaliers d'organiser le retrait de ces fresques dans le cadre d'un processus incluant les internes et étudiants en médecine afin « *d'éviter les contentieux et de rechercher le consensus* ». Il est notamment recommandé de conserver les fresques hors des salles de garde, afin de préserver le « *patrimoine carabin* », comme c'est déjà le cas pour certaines fresques. La circulaire précise toutefois qu'« *en cas de carence ou d'impossibilité de trouver un accord, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pourra imposer le retrait des fresques* ».

Le retrait de ces fresques constitue-t-il un nouvel excès du « wokisme » ou l'abandon salutaire d'une tradition archaïque ? En viendra-t-on à badigeonner les Jérôme Bosch ou à remettre des pagnes au plafond de la chapelle sixtine ? Chacun jugera. Mais selon nous, on ne peut que regretter que, au nom du combat essentiel contre le sexisme, on en vienne à stigmatiser des traditions somme toute inoffensives. C'est oublier que l'esprit carabin n'est pas qu'une simple pochade, mais constitue également une catharsis pour des médecins confrontés à un quotidien difficile.

Paradoxalement, les progressistes d'aujourd'hui deviennent plus puritains que leurs aînés supposés réactionnaires.

On ne pouvait mieux dire.

Et c'est sans doute une priorité du ministère de la Santé, qui n'a en ce moment que ça à faire ...



Cr2puscule dans le Gers (© Jean-Alain Somville)

DANS NOS ARCHIVES

Notre vice-président a retrouvé un document tout-à-fait intéressant publié dans « Le Santard » n°17 de décembre 1982. Nous nous empressons de le publier *in extenso*.



LA VIE d'UNE PROMOTION de "SANTE NAVALE" de 1945 à 1950

(relatée par le matricule 298)

La vie des promotions "de guerre", celles qui ont connu en 1940 un faux départ sur la Gironde avec l'espoir déçu de pouvoir continuer le combat, puis l'installation dans un lycée de Montpellier, le retour incognito à Bordeaux, en 1943, en civil, dans un collège désaffecté, serait certainement passionnant à écrire ; nombre de ces élèves avait connu aussi la dispersion, soit vers les stalags au titre de la relève, soit vers les maquis ou l'Afrique du Nord.

L'auteur de ces lignes n'a rien connu de cela sinon par les récits truculents des "anciens", ceux-là même qui attendaient les nouveaux pour les brimer quelque peu à leur arrivée au Cours de la Marne un matin de septembre 1945. Ainsi arrivaient les deux premières promotions de l'après-guerre, recrutées par le même concours durant l'été : la promotion 44, car il n'y avait pas eu de concours cette année-là, forte de 25 élèves, recrutés en fin de 2^e année de médecine et la promotion 45, groupant 50 élèves de fin de 1^{ère} année de médecine et 10 pharmaciens. Il s'y ajoutait une dizaine de "collatéraux", plus âgés, dont les études avaient été interrompues pour faits de guerre, donc rattachés aux promotions plus anciennes et, parmi eux, se cotoyaient des médecins auxiliaires de l'armée d'Afrique, des soldats des unités métropolitaines, et même un matelot infirmier.

Les bâtiments de l'école avaient été occupés par les troupes allemandes, laissant un réfectoire décoré de châteaux rhénans et un peloton de prisonniers qui nettoyaient les cours en attendant leur libération.

Cette présence ne devait pas passer inaperçue car un de ces fantassins tudesque présenta peu après l'arrivée des "foetus", des symptômes de typhus, de sorte que toute l'école fut consignée durant 15 jours et vaccinée avec un affreux vaccin formolé dont l'injection était tellement douloureuse qu'elle entraînait parfois de véritables pertes de connaissance.

Les anciens, consignés eux aussi dans l'école, n'avaient guère d'autre distraction que "d'occuper" les foetus ; mais les brimades allaient reprendre de plus belle quand le gros des anciens, qui attendaient que l'école leur ~~re~~ouvre ses portes, allaient faire à leur tour leur rentrée.

Il ne restait pas beaucoup de cheveux après le premier mois sur la tête des "44" et des "45" ! La rentrée à la Faculté devait marquer la délivrance, les anciens ayant à partir de là autre chose à faire.

L'enseignement se déroulait identique au fil des semaines, pour les médecins tout au moins : chaque matin (sauf le dimanche !), stage hospitalier obligatoire ; chaque après-midi, sauf le mercredi dévolu au sport, cours ou travaux pratiques à la Faculté. Il n'y avait pas d'examens partiels, tout avait lieu fin juin et les recalés repassaient en octobre, après un retour à l'école entre août et septembre selon l'importance des matières à réviser.

Les vacances universitaires duraient en pratique 3 mois pour ceux qui avaient été reçus en juin et les navalais en bénéficiaient comme les civils, tout au moins à partir du 14 juillet, après le défilé traditionnel. Les stages de formation militaire, d'abord facultatifs puis obligatoires, ne sont apparus que bien plus tard, en fait, en même temps que les soldes.

Faute de tissus, il avait fallu attendre février 46 pour toucher le premier et unique uniforme, pantalon, veste, casquette et caban de drap. Chaussures montantes noires et lingerie avaient été fournis au cours du 1er trimestre. Après une année, les pantalons étaient devenus transparents et, pour pouvoir attendre le second uniforme, une pièce fut cousue par les lingères (les uniques dames présentes à l'école pour protéger le postérieur des élèves. Le reste du trousseau n'en fut pas moins fourni en totalité avant la fin des études, encombrant alors les "colos" qui n'en avaient cure avant de passer à l'uniforme kaki.

Il faut dire que l'uniforme était capital car il se portait sans arrêt dès que l'élève sortait de sa chambre : au réfectoire, dans les couloirs et les cours de l'école, à l'hôpital, à la Faculté, de même pour les sorties du dimanche. Ne pouvait se vêtir en civil le dimanche que l'élève disposant d'amis ou de parents à Bordeaux lui conservant des vêtements civils : à l'école, ils étaient interdits dès que l'uniforme avait été remis à l'élève; déposés à la lingerie ils étaient ramenés dans la famille à l'occasion de la première permission.

L'uniforme était le bleu de drap l'hiver, la toile blanche l'été, ou le "panaché" (pantalon blanc et veste bleue) la tenue kaki n'est apparue que vers 1948.

Le régime de l'école était l'internat, obligatoire les trois premières années, facultatif les deux dernières années où les élèves pouvaient demander à être externés, à condition d'avoir les moyens de louer une chambre en ville.

Toute la vie de l'école était réglée par les clairons : lever, appel, petit déjeuner, repas, etc... Les matelots-clairons sonnaient dans la cour, puis dans les escaliers pour que personne ne soit épargné par la sonnerie.

Branle-bas le matin à 6 h 45, suivi ou non de gymnastique dans la cour, petit déjeuner à 7 h 30, après lequel les élèves remontaient dans leur chambre pour préparer leurs affaires. A 7 h 55, appel et premier pointage dans la cour par les adjudants de Compagnie (Maîtres ou Premiers-Maîtres fusiliers ou canonniers) et alignement des promotions de médecins présentes à l'école et de la promotion de pharmaciens ; le Capitaine d'Armes (un Maître-principal fusilier) rendait compte de l'appel à l'Officier de service qui procédait à l'inspection de chaque Compagnie, rangs par rangs ; ensuite, salut aux couleurs et la "berloque" sonnait le "rompez les rangs".

Il n'était plus alors permis de remonter dans les chambres, et chacun prenait le chemin de la sortie de l'école avant de se rendre à l'hôpital ou, pour les pharmaciens, à la Faculté. Et les pointages allaient se poursuivre : d'abord à la sortie de l'école, avec parfois une queue respectable, puis à l'arrivée dans les divers hôpitaux où se tenait à l'entrée un officier-marinier avec ses feuilles de pointage, bavardant souvent avec le concierge qui, lui, pointait les employés. En fin de matinée, nouveau pointage au retour de l'école ; l'après-midi, pointage à la sortie, puis pointage dans le hall de la Faculté où se trouvait à une petite table un officier-marinier qui pointait aussi à la sortie. Tout cela était tellement dans les habitudes que cela n'a jamais paru étonner les étudiants civils ni qui que ce soit. Enfin, dernier pointage le soir au retour à l'école.

Bien entendu, si les notes de colles permettaient des sorties de spectacle ou de nuit en fin de semaine, il y avait de nouveaux pointages à la sortie et au retour. Donc, huit pointages en semaine et 10 le samedi en cas de soirée de sortie. Le dimanche, pointages seulement à l'entrée et à la sortie de l'école.

Il n'était donc pas possible de "tailler" l'hôpital ou la Faculté ; si un cours était jugé trop barbant, restait le refuge de la bibliothèque où les uniformes bleus dominaient avec aussi, il faut bien l'avouer, pas mal de filles non seulement de la Faculté de médecine mais aussi des autres Facultés, venues dans l'espoir de rencontrer quelque âme-soeur ! La bibliothèque de la Faculté de médecine ne fut jamais autant fréquentée qu'aux époques des pointages obligatoires des navalais ...

La seule après-midi sans cours ni T.P. était celle du mercredi, réservée aux activités sportives, aussi bien pour les civils que pour les navalais, le samedi restant un jour comme les autres.

Les élèves faisant partie d'une équipe de foot, basket, équitation, aviron ou autres, se rendaient sur les terrains correspondants, les escrimeurs restaient dans la salle d'armes de l'école. Quant aux autres, ils pratiquaient de la gymnastique dans la cour de l'école sous la direction de maîtres d'armes. Il était évidemment plus intéressant d'avoir une activité sportive à l'extérieur, ne serait-ce que pour "s'aérer" ! Chaque promotion pratiquait en outre une demi-heure de culture physique deux matins par semaine, au lever.

J'ai parlé des stages hospitaliers et des cours à la Faculté (ou tout au moins de la présence à l'hôpital et à la Fac), il reste à décrire le moyen de s'y rendre : à pied pour la Fac, l'hôpital Saint-André ou l'hôpital des enfants, assez proches de l'école ; en tramway pour les hôpitaux de banlieue. Il n'était pas question de choisir son itinéraire, sauf le jeudi après-midi, qui comportait "itinéraire libre" pour se rendre à la Fac : c'est-à-dire qu'on pouvait partir ce jour-là plus tôt de l'école pour faire des emplettes, de même à la sortie de la Fac. Le matin et les autres après-midi l'itinéraire était "surveillé", c'est-à-dire qu'il était défini par les règlements et que tout élève rencontré par l'officier-marinier de ronde en dehors de cet itinéraire, était passible de punition : il fallait se rendre à l'hôpital ou à la Fac

dans un temps limité, et par un chemin fixé à l'avance, de même pour le retour. Des voies grouillaient donc de navalais à certaines heures, comme le Cours de la Marne ou le Cours de l'Argonne, alors que sur d'autres l'on n'en rencontrait point du tout.

La semaine ne se terminait pas sans l'inspection du SOus-Directeur qui se déroulait tous les samedis à 13 h. et rassemblait la totalité de l'effectif de l'école, les élèves externés comme les autres : appel et pointage des compagnies, formées en carré, inspection préliminaire de chacune par son Capitaine de Compagnie, puis inspection de chaque compagnie, rangs par rangs, par le Sous-Directeur, médecin-chef de 1ère ou de 2ème classe de la Marine. L'inspection terminée, chacun reprenait le chemin de la Fac, ou bien de sa "carrée", ou de la bibliothèque s'il n'avait pas de cours à 14 heures. Il y avait 6 compagnies : 5 de médecins, 1 de pharmaciens-chimistes (les "fouilles", dans l'argot de l'école)

Le calcul des soldes était fort simple : soldat dans la durée légale du service pour les 24 premiers mois, ensuite soldat au-delà de la durée légale, jusqu'à la thèse. Ne pouvaient prétendre à une solde de médecin-auxiliaire, analogue à celle d'aspirant, que les élèves qui avaient déjà acquis un grade dans le Service de Santé avant l'entrée, comme ceux qui avaient déjà fait la guerre. Pour les autres, en francs 1982, cela devait représenter 120 F. par mois pour les deux premières années (plus savon de Marseille, 16 paquets de cigarettes et 12 timbres franchise militaire), environ 850 F. pour les années suivantes. Après trois ans internés, les élèves pouvaient demander à être externés ; ils touchaient alors une indemnité modeste de logement, fournie par la Mairie de Bordeaux, propriétaire des murs de l'école et, s'ils le désiraient, une indemnité pour les repas (vivres payés) ou pour un repas sur deux (demi-vivres payés). Ce n'est qu'à partir de

1950 que les élèves de dernière année reçurent une solde de médecin-auxiliaire, tout au moins pour ceux d'entre-eux qui effectuaient leur dernière année dans un hôpital militaire.

Le régime des soldes était donc tout à fait différent de celui des élèves de Saint-Cyr, de Navale ou de l'Air, qui obtenaient assez rapidement le grade d'aspirant.

Jusqu'en 1947, les élèves obtenaient leur premier galon après la thèse et le deuxième après la sortie de l'Ecole d'application. A partir de 1948, le deuxième galon fut obtenu dès la thèse. Le troisième galon arrivait généralement à la fin de la première "campagne", soit environ trois à quatre ans plus tard.

Les conditions pécuniaires modestes des élèves constituaient un précieux stimulant pour les préparations des concours : externat après 4 inscriptions, donc après validation de la première année d'étude de médecine qui succédait elle-même au PCB, internat pour ceux qui avaient effectué un minimum de 2 ans d'externat. Pour cette promotion 1945, de 50 élèves, 22 furent externes des hôpitaux de Bordeaux et 5 parmi eux, internes. Les externes étaient peu rémunérés, de 300 à 500 F. actuels selon l'ancienneté dans l'externat, les internes débutaient alentour de 2500 F. L'internat avait l'avantage de procurer l'externement d'office, des avantages en nature, celui par exemple de pouvoir être logé à l'hôpital, et beaucoup de liberté vis à vis de l'école. C'est dire que le soir après le dîner, les "écuries" d'externat et d'internat ne chômaient pas à la "boîte".

D'autres élèves, moins orientés vers la clinique, passaient les concours d'adjuvat ou de prosecteur d'anatomie, ou recherchaient des postes d'aides de laboratoire dans les diverses branches fondamentales des Facultés de médecine, ou de pharmacie, ou de sciences.

Les navalais étaient-ils malheureux ? Certainement pas, malgré la chanson "...mais qu'on foute le camp de cet ignoble, de cet ignoble, mais qu'on foute le camp de cet ignoble établissement..." Le logement paraissait austère en chambres à 4 lits assez mal chauffées, avec juste 2 lavabos et des douches au fond de la cour, ouvertes seulement deux fois par semaine. Lits de fer (facile à mettre en "cathédrale" par les anciens), deux tables au centre, quatre chaises ; la bibliothèque étant fermée après 21 heures, les élèves potassaient dans leur chambre, l'hiver avec une couverture sur le dos. La nourriture paraissait excellente, surtout après les années de guerre ; il semble qu'elle ait toujours été correcte à Bordeaux, avec des repas très améliorés le dimanche matin. La purée de pois cassés mono ou bi-hebdomadaire (la merde verte) était acceptée sans trop rechigner, flanquée d'une saucisse ou d'une tranche de rôti de porc.

Le service des chambres et du réfectoire (il n'y avait pas encore de libre-service) était assuré par les "boums", ainsi étaient appelés les employés civils, peu stylés mais braves, qui assuraient cet office.

A l'intérieur des Promos l'on s'entendait remarquablement bien, avec un excellent esprit d'entraide, y compris dans la préparation des concours. D'une promo à l'autre, les "pères" anciens qui avaient le même matricule dans la centaine au-dessus assuraient les liens, qui s'extériorisaient en particulier lors du "repas des pères" où des groupes d'anciens invitaient ensemble leur "descendance" à un repas généralement très arrosé et suivi d'un "dégagement" en ville ou d'un retour difficile à l'école. Les équipes sportives créaient aussi des traits d'union d'une promo à l'autre. Mais prises dans leur ensemble, les promos gardaient leur individualité, et même de nettes différences de caractère.

Trois manifestations marquaient l'année : le baptême de la nouvelle promotion suivi du bal dans les foyers du Grand Théâtre avec, entre les deux, un spectacle de gala pour ceux qui souhaitaient s'y rendre, les foetus assurant de toute façon la garde d'honneur et la réception ; la soirée de l'Aiglon, organisée par les amis du "bouï", en fait par tous ceux qui avaient envie de monter un spectacle où la chorale, élargie de voix de filles pour la circonstance, tenait une place importante, et qui se déroulait en ville dans la salle de fête de "Aiglon" ; enfin, la promotion du milieu, la 3^e année, celle qui était au sommet de l'échelle montante et descendante, créait un soir à l'école même un spectacle intitulé la Revue de l'Echelle, qui se voulait une satire spirituelle de la vie de l'école et de ses cadres qui y figuraient avec des sobriquets choisis, sur lesquels chacun finissait par se reconnaître car toute l'école y assistait, le personnel d'encadrement comme le Directeur et l'ensemble des élèves.

Mais quels étaient donc ces cadres de l'école ? Le Directeur et le Sous-Directeur, toujours des marins ; les Capitaines de compagnie, trois marins et deux colos pour les médecins, un marin et un colo pour les pharmaciens-chimistes ; un médecin-major marin. Il n'y avait pas de médecin de l'Armée de l'Air bien que les élèves puissent choisir cette arme. Une promotion de 50 fournissait en gros 34 "coloniaux", 12 marins et 4 aéros. Le choix se faisait d'après le classement de sortie mais le clivage se faisait généralement entre colos et marins dès la première année, "et vive la colo, nom de Dieu" entendait-ton fuser des trois-quart des bouches quand quelque chose n'allait pas au réfectoire, tandis que le reste entonnait "Ciel, ciel, conservez-nous Toulon, La Seyne et La Valette.." C'était de bonne guerre, et se terminait dans l'hilarité générale.

C'était l'Ecole d'application qui dispersait les élèves : au Pharo, les coloniaux dont la plupart étaient appelés ensuite à servir hors cadre en brousse ou dans les hôpitaux, à Toulon les marins, à Versailles les aéros. Mais le conflit vietnamien qui a éclaté à la fin de 1946 les rapprocha tous, de Langson jusqu'au Golfe du Siam ; la fusion existait même avant l'heure pour dix médecins de marine "prêtés" en permanence à l'Armée. A chaque occasion dans les ports, les bases ou sur le fleuve, les navalais cherchaient à se retrouver et à évoquer la "boîte". Dans leur dénuement apparent, ces cinq années inoubliables avaient forgé des gars acceptant volontiers d'oeuvrer partout, sous l'Equateur comme en mer du Nord, et qu'aucune situation ne prenait au dépourvu, à CaoBang comme sur le pont d'un bâtiment ou dans une salle d'opération non climatisée. Sic transit.

De son côté, le président a exhumé un fax de notre grand Ancien Guy Charmot qu'il a reçu le 30 octobre 2003, quand il s'occupait de trypanosomiase humaine africaine. Comme l'encre du fax s'est considérablement effacée, il a retapé ce texte qui rend compte de ce qu'était une affectation en brousse.

Cher collègue,

Vous me témoignez beaucoup de confiance en m'interrogeant sur mes vieux souvenirs du Tchad. Je suis arrivé à Abéché début octobre 1945 et j'en suis reparti fin juin 48.

Ce chef-lieu du Ouaddaï était alors isolé, relié une fois par semaine avec Fort-Lamy par un camion, sauf pendant les 3 mois de pluies.

La formation sanitaire que je dirigeais était une « ambulance », c.à.d. intermédiaire entre un hôpital (i.e. à Fort-Lamy) et un poste médical. Construite en 1943 ou 44, elle comprenait :

- un pavillon de consultation, avec plusieurs salles et bureaux
- deux pavillons d'hospitalisation (hommes et femmes)
- un pavillon de chirurgie avec une salle d'opérations et une salle de pansements
- un pavillon pour Européens (2 chambres),

Soit au total une quarantaine de lits.

Je disposais d'une douzaine d'infirmiers, dont 2 microscopistes.

J'étais seul médecin pendant ma 1^{ère} année de séjour, puis j'ai eu l'aide précieuse d'un médecin africain (Abba Sidick, qui a eu ensuite un rôle politique), et d'un sous-officier comptable, ce qui m'a permis de pouvoir faire des tournées. En effet, chacune des 5 subdivisions du Ouaddaï disposait d'une infirmerie avec un infirmier.

Consultations et hospitalisations étaient gratuites en ces temps d'« assistance médicale indigène », et je disposais en quantité suffisante des médicaments nécessaires. Il faut dire qu'à l'époque les médicaments doués d'une réelle efficacité étaient de l'ordre de 2 douzaines (étude de N. Fiessinger vers 1935), et que leurs prix n'avaient rien à voir avec les coûts actuels.

Je voyais de 60 à 120 consultants chaque jour (selon les saisons) et 30 à 40 hospitalisés.

La pathologie était dominée avant tout par la syphilis endémique. À côté, je voyais la pathologie que vous pouvez imaginer : du paludisme saisonnier, des amibiases (j'ai opéré une douzaine d'abcès du foie), des pneumocoques avec toutes les localisations possibles et imaginables (j'ai été appelé une fois par un chef de village

pour une épidémie de pneumonies), des lèpres, des f° récurrentes et, bien sûr, tout un lot d'abcès, phlegmons et suppurations diverses, de fractures.

Pour d'évidentes raisons de biotope, il n'y avait pas de trypano dans le Ouaddaï, y compris dans le sud.

Les examens microscopiques étaient des examens directs de sang, de selles et urines. Je n'ai ni vu ni même soupçonné de tuberculose.

À mon arrivée, seul l'autoclave de la salle d'opération était en état de marche (vu le nombre d'injections dues au béjel, le VHC a dû se régaler ...). J'en ai reçu un neuf au cours de mon séjour.

Je me suis beaucoup plu à Abéché, que j'avais découvert début 41 en allant de Douala au Caire. Curieusement, pendant la campagne d'Italie, ma jeep avait été baptisée Abéché et c'est ce mot que j'ai pris comme username pour mon ordinateur ...

J'y étais en concurrence avec les [illisible], comme l'instituteur. C'était avec les écoles coraniques.

Merci de m'avoir permis d'évoquer de si vieux souvenirs, avec un peu de nostalgie pour cette époque de ma vie : j'y croyais.

Bien confraternellement,

Signature

Lorsque j'étais à Brazzaville (56-69), je m'étais intéressé avec les camarades de Pasteur, aux g-globulines et nous avons pour la 1^{ère} fois montré l'existence d'une « macroglobulinémie » dans le sérum des trypanosomés, sans penser à la rechercher dans le LCR.



Joueur de trompette à la cour du sultan d'Abéché (Coll. F. Louis)

Notre vice-président a également exhumé une allocution de Radio Soudan en 1959, très éclairante sur la lutte contre la maladie du sommeil (auteur non précisé).

POURQUOI ON EXIGE LA PRESENCE DES POPULATIONS
AUX SEANCES DE PROSPECTIONS

==:==:==:==:==:==:==

Depuis de nombreuses années, les villageois du Soudan - et aussi les citadins - ont l'habitude de voir arriver chez eux un groupe d'infirmiers qu'ils connaissent bien, car ceux-ci se présentent à intervalles réguliers, tous les ans ou tous les deux ans. Ces infirmiers arrivent soit en camion, soit à bicyclette, avec des porteurs qui déposent sur la petite place du marché tout un matériel compliqué. Bientôt des tables sont dépliées et installées un peu partout, supportant l'une des cahiers et des registres, une autre des microscopes, d'autres enfin des tubes et divers instruments de laboratoire. C'est alors que le chef de ces infirmiers, aidé du chef de village et d'un garde, rassemble toute la population présente, et que chacun des habitants est soumis à un mystérieux examen à la suite duquel il est généralement libéré ; mais de temps en temps il s'en trouve un qui attire plus spécialement l'attention d'un infirmier et qui est dirigé vers les tables-laboratoires pour des examens plus approfondis...

Vous avez tout de suite reconnu ce dont il s'agit : c'est la prospection du Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie, que l'on nomme volontiers et familièrement le Service de la Trypano-
plus

Or, si cette prospection est, le plus souvent, acceptée avec sympathie par les populations qui voient avec plaisir revenir parmi elles des figures de connaissance et qui comprennent où se trouve leur véritable intérêt, il est malheureusement des cas où les infirmiers se heurtent à de l'indifférence, à de la mauvaise volonté, voire à de l'hostilité.

Ce comportement, heureusement peu fréquent, est tellement anormal, témoigne d'une telle ignorance des faits, d'un tel égoïsme individuel, d'une telle méconnaissance de l'intérêt le plus élémentaire et d'un tel manque de conscience civique que mon but d'aujourd'hui, en m'adressant à vous, est de vous faire comprendre l'absolue nécessité de ces prospections, et de vous faire admettre le devoir et l'obligation, pour chaque citoyen digne de ce nom, de s'y soumettre.

C'est à Eugène JAMOT, un médecin dont le nom est connu de tous en Afrique, que revient le mérite d'avoir défini la prospection comme élément de base de la médecine préventive en milieu tropical. Il n'est pas exagéré de dire que JAMOT a, ce faisant, sauvé l'Afrique Noire ; c'est en effet grâce à lui, à la méthode qu'il a préconisée et au personnel qu'il a éduqué tout d'abord et qui, par la suite, a continué son action, que, de 1939 à 1957, dans les territoires d'Afrique Occidentale, ont été dépistés et traités 254 000 sommeilleux. Au Soudan, de 1939 à 1958, plus de 22 000 malades ont, grâce au traitement, été mis hors d'état de nuire à la société, et, pour la plupart d'entre eux, guéris. Vous-êtes-vous demandés ce qui se serait passé, si tous ces sommeilleux étaient restés sans soins au fond de leur brousse ? Eh bien, pour commencer, ils seraient tous morts, inéluctablement, car la maladie du sommeil, non soignée, aboutit à la mort dans tous les cas. Mais de plus, ces malades auraient traîné pendant ce laps de temps, ils auraient disséminé autour d'eux leur maladie par l'intermédiaire des mouches. Ainsi, le pouvoir de dissémination de la maladie augmentant au fur et à mesure de l'augmentation du nombre des malades, il se serait fatalement trouvé un moment où toute la population d'un village, toute la population d'une région auraient été atteintes et décimées.

.... /

Une telle chose n'a pas eu le temps de se produire au Soudan, car le Service de la Trypano est intervenu avant que les dégâts ne soient trop grands. Mais cela s'est produit en Afrique Equatoriale, où la maladie avait commencé de sévir plus tôt, cela s'est produit surtout au Cameroun où des villages entiers ont été assassinés par la mouche, où des régions entières ont été dépeuplées, les quelques rescapés de la maladie ayant fini par fuir ces contrées maudites.

C'est ce tableau épouvantable qui s'est offert aux yeux horrifiés de JAMOT lorsque celui-ci arriva au Cameroun, et qui a inspiré à son génie les règles qui sont le fondement même de la médecine préventive. Ces règles, je ne puis faire autrement que vous les citer intégralement ; les voici :

- 1. Dans les Territoires où la densité médicale est faible, les distances considérables, la population dispersée, et où règnent des endémies meurtrières, on ne peut attendre aucun résultat appréciable d'une médecine statique.
- 2. Au sans aucun renseignement précis sur le taux d'endémicité ne peut être escompté de l'examen, pratiqué dans les formations fixes, de malades qui se présentent spontanément. Seules les enquêtes portant sur des tranches entières de population sont susceptibles d'apporter à cet égard des renseignements exploitables.
- 3. Une condition nécessaire du succès de ces enquêtes est un recensement complet et la possibilité d'obtenir par persuasion ou à la rigueur par la contrainte, un pourcentage de présence élevé aux tournées de prospection.
- 4. L'instrument de lutte sera un service spécialisé permettant de réaliser en milieu rural, à l'aide d'équipes mobiles, une prophylaxie de masse, portant sur des endémies majeures.

Tels sont les principes de base élaborés par JAMOT. Un minimum de réflexion permet de comprendre facilement les raisons qui les ont dictés.

Considérons une grande endémie; telle que la maladie du sommeil ou la lèpre. La grande caractéristique d'une endémie, c'est qu'il s'agit d'une maladie transmissible, c'est-à-dire une maladie que celui qui en est atteint peut communiquer à des personnes saines ; cette transmission peut s'opérer soit par contact direct, comme dans la lèpre, soit par l'intermédiaire d'un animal : ainsi la mouche tsé-tsé, dans le cas de la maladie du sommeil. Quoi qu'il en soit, chaque individu atteint d'une endémie constitue un danger pour la société, du fait qu'il est susceptible de nuire à son prochain. S'il était isolé, il aurait parfaitement le droit de renoncer à se soigner, car il ne porterait ainsi préjudice à personne ; mais parce qu'il vit dans une société, celle-ci est absolument fondée à exiger de lui des comptes et de l'empêcher de nuire à son entourage. De même qu'un voleur dérobe la bien d'autrui, de même le porteur d'une maladie endémique dérobe la santé de ses voisins, et il n'est donc plus libre d'agir à sa guise. Je sais bien que ce n'est pas de sa faute s'il est malade, mais la société n'en a pas moins le droit de se protéger de lui et de son contact malfaisant. Il en est ainsi dans tous les pays du monde : ainsi en France, pays pourtant libéral entre tous, où un syphilitique a l'obligation légale de se faire traiter ; s'il refuse, le médecin qui a reconnu sa maladie est tenu, sous peine d'être puni lui-même, de dénoncer à l'autorité sanitaire qui le fait hospitaliser de force jusqu'à ce qu'il cesse d'être contagieux.

..../....

Supposons maintenant que le Gouvernement ait décidé de s'attaquer à une endémie, afin d'essayer de la supprimer. La première chose qu'il fera, sera de rechercher les sources des contaminations et de détecter les malades ; le but à atteindre sera en effet de traiter ces malades de manière à tarir ces sources. Dans ces conditions l'action des formations D'Assistance Médicale est notoirement insuffisante. Ne se présentent à elles que les malades qui le veulent bien et qui ont tout le temps de disséminer largement leur maladie avant que les symptômes n'en soient assez sérieux pour les convaincre de la nécessité de se faire traiter. Il est évident qu'il faut aller sur place, dans les villages, afin de pouvoir se faire une idée de la répartition de la maladie et de pouvoir dépister la plus grande partie des sujets atteints ; et pour cela, il faut aussi que la majorité de la population soit présente et se prête aux examens ; sinon, si une fraction importante des habitants échappe à ce contrôle, une grande proportion des malades échappera par le fait même au dépistage et, dans ce cas, le travail de l'équipe n'aura servi à rien, car l'endémie continuera d'évoluer de plus belle.

C'est exactement pour cette raison que, depuis deux ans, la maladie du sommeil s'est remise à sévir avec violence dans la région même de Bamako. Un certain degré de réaction contre l'autorité, une conception excessive de leurs droits de citoyens libres - autant d'idées malfaisantes introduites chez les habitants des campagnes par des éléments troubles - ont amené une désaffection croissante, vis-à-vis des prospections, de populations persuadées, bien à tort - faut-il le répéter -, de leur bon droit. Dans de trop nombreuses localités, les équipes de prospection ne peuvent visiter que le tiers, ou même le quart de la population, ce qui est proprement inadmissible. Le résultat est que, du fait de ces abstentions, le nombre des nouveaux sommeilleux dépistés monte en flèche. En un mois et demi, les infirmiers chargés du contrôle du bac de Bamako ont détecté 119 malades, presque trois par jour... alors que l'ensemble du secteur trypano en avait dépisté 720 dans toute l'année 1958.

Un autre exemple vous fera mieux comprendre la nécessité de faire effectuer la prospection par des équipes mobiles. En 1955 les secteurs trypano du Soudan ne couvraient qu'une partie relativement restreinte du territoire : les cercles de Bamako, Brugouni, Sikasso, San, Koutiala et Ségou ; dans ces cercles, à ce moment là, plus de 32 000 lépreux avaient été recensés, grâce à la prospection systématique. Dans le reste du territoire, couvert seulement par l'A.M.A. et où il n'y avait jamais eu de prospections, le nombre des lépreux connus s'élevait à 4 000 seulement, car le dépistage ne s'y faisait qu'à titre occasionnel.

Ces diverses considérations, pour qui sait réfléchir tant soit peu et considérer les choses en toute bonne foi, suffisent à démontrer l'intérêt des prospections tant pour l'individu, dont elles permettent souvent de dépister la maladie de façon très précoce, à un stade où elle est bien plus facile à soigner et à guérir, que pour la société, car elles sont le seul moyen de la débarrasser des endémies qui la ravagent.

A l'intention de ceux qui ne comprennent pas, ou ne veulent pas comprendre, la société a dû prendre des dispositions particulières pour se défendre et sauvegarder la santé publique, qui est certainement son patrimoine le plus précieux. C'est ainsi que l'Assemblée Législative de la République Soudanaise, réunie le 13 Décembre 1958, a adopté une loi aux termes de laquelle les populations ont l'obligation de se rassembler aux lieux et dates qui seront fixés pour l'application des mesures de prophylaxie et de traitement des ma-

ladies endémiques : variole, fièvre jaune, trypanosomiase, lèpre, onchocercose et trachôme". Ceci pour l'article 4. Par ailleurs, la même loi, dans son article 5, prescrit d'effectuer la chimioprophylaxie de la trypanosomiase, c'est-à-dire l'injection de lomidine préventive, aux populations des zones où l'on rencontre plus d'un sommeilleux pour 100 personnes examinées. Il s'agit là pourtant, d'une mesure qui a soulevé et soulève encore bien des protestations. C'est cependant un merveilleux moyen de préserver les gens bien portants contre la maladie du sommeil et de liquider ainsi un foyer épidémique même si, de temps à autre se produit un accès douloureux et désagréable qui fait mauvais effet et indispose les gens. Vous ne devez pas tenir compte d'un tel incident, rare et sans gravité, mais bien de l'efficacité remarquable du produit pour la sauvegarde de la santé publique. Il y a cinq ans, le Service de la Trypano a mis sur pied et réalisé une opération de chimioprophylaxie de grande envergure dans trois cantons du nord-ouest du cercle de Bougouni qui étaient ravagés par la maladie du sommeil. Sur le moment, quelques menus incidents avaient provoqué le mécontentement d'une partie de la population. Mais depuis lors, la maladie a presque entièrement disparu de la région, et l'on ne dépiste plus qu'exceptionnellement de nouveaux sommeilleux. Pourquoi ? Parce que, en 1954 et 1955, nous avons pu visiter la quasi-totalité de la population ; tous les malades qui existaient alors ont pratiquement été dépistés et traités ; en même temps, tous les autres habitants ont reçu une piqûre destinée à les empêcher de contracter la maladie du sommeil pendant un certain temps. Durant cette période, les mouches dangereuses ont disparu et ont été remplacées par de nouvelles générations de mouches qui, n'ayant plus de malades à piquer, ne pouvaient plus s'infecter et étaient donc incapables de transmettre la maladie. De sorte que, lorsque l'effet du médicament s'est dissipé chez les personnes qui avaient été protégées, celles-ci n'ont plus eu à se soucier des mouches, qui étaient devenues complètement inoffensives.

Faut-il ajouter qu'après un tel succès les populations sont complètement revenues sur leur première impression et se félicitent d'avoir été ainsi débarrassées de la maladie du sommeil ?

Je vous ai cité cet exemple pour vous montrer qu'avec de la compréhension et de la bonne volonté, l'on peut faire beaucoup de choses. Rien n'empêche de renouveler dans la région de Bamako ce qui a été fait à Bougouni. C'est uniquement une question de confiance et de collaboration entre le personnel des équipes de dépistage et la population, afin que tous les malades soient détectés et tous les habitants examinés ; il suffit en effet qu'un seul malade passe à travers les mailles du filet pour que le succès de l'opération se trouve compromis, puisque une source de maladie continue d'exister.

Ceux qui, envers et contre tous, se refusaient à comprendre et à nous aider, la Loi a les moyens de les contraindre à céder. Mais nous, du Corps Médical, nous répugnons les méthodes coercitives : un médecin doit être un ami et un bienfaiteur ; il ne devrait jamais être un gendarme. Néanmoins, si la situation l'exigeait, nous n'hésiterions pas, pour sauvegarder la santé publique, à demander l'intervention des autorités et à faire prendre les mesures qui s'imposeraient./.

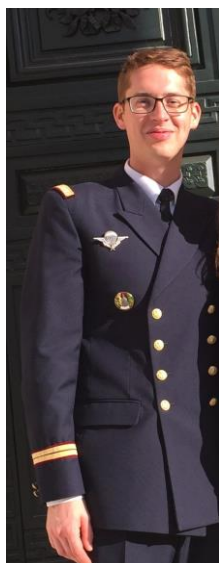
Allocution prononcée sur les antennes
de RADIO-SOUDAN
le 30 Décembre 1959

BIOGRAPHIES

Marc LAYCURAS (1989-2019)

Mort pour la France

Dossier rassemblé par Michel DESRENTES (#007)



Marc Laycuras est né le 12 janvier 1989 à Cholet (Maine-et-Loire), fils de Philippe Laycuras, sous-préfet à Brive (Corrèze) après avoir été commissaire délégué de la République en Province-Sud de Nouvelle-Calédonie et de Marie-Josée Hervé.

Marc fait ses études secondaires en Lozère puis à Tulle en Corrèze au collège Clémenceau puis au lycée Edmond-Perrier de 2004 à 2007 où il obtient le baccalauréat série S avec mention Bien.

Il est admis sur concours à l'École du Service de santé des armées de Bordeaux (Santé Navale) qu'il intègre le 01 août 2007. Il reçoit le matricule 0718 de la promotion 2007, baptisée en 2008 : *Promotion Compagnons de la Libération*.

Il débute ses études à la faculté de médecine et de pharmacie à Bordeaux puis l'École de Santé Navale fermant le 30 juin 2011, la promotion est transférée à l'École de Santé des Armées de Bron. Il s'inscrit alors en faculté de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon. Reçu à l'examen classant national (ECN) en 2014, il intègre l'École du Val de Grâce à Paris et il effectue son internat en médecine générale à l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy à Clamart avec le grade d'Interne des hôpitaux des armées.

Il s'investit beaucoup auprès des malades et des militaires blessés en opérations extérieures. Il complète sa formation par un stage au sein de l'unité d'élite du GIGN à Satory. Il s'inscrit par ailleurs à l'université de Paris XI, faculté de médecine de Paris-Sud et il soutient sa thèse de médecine à l'École du Val de Grâce le 13 octobre 2017 sur : *Étude de la sensibilité et spécificité des signes cliniques et biologiques dans le diagnostic d'appendicite aiguë chez l'adulte*.

Il est promu médecin des armées à compter du 01 janvier 2018 (médecin-capitaine). Le 2 janvier 2018, il est affecté à la 120^{ème} antenne médicale du Mans rattachée au 14^{ème} centre médical des armées au profit des marsouins du 2^{ème} RIMa. En octobre 2018, Marc Laycuras s'inscrit en Capacité de Médecine d'Urgence à la faculté de médecine Paris Descartes.

Le 7 juillet 2018, il épouse à Sainte-Fortunade en Corrèze, Marion Coudert, jeune médecin comme lui, qu'il a connu au lycée à Tulle et qui exerce en gériatrie au centre hospitalier du Mans.

Il rejoint le Mali le 12 février 2019 pour sa première opération extérieure et participe au soutien comme médecin du poste médical du 2^{ème} RIMa à Tombouctou.

Ensuite, il est désigné pour soutenir le groupe tactique interarmes (GDT Richelieu) dans le cadre de l'opération Barkhane menée dans la bande sahélo-saharienne contre les groupes armés terroristes.

Le 2 avril 2019, il a 30 ans, il est mortellement blessé à la suite du déclenchement d'un engin explosif improvisé au passage de son véhicule blindé (VAB SAN) lors d'une opération dans la Gourma à l'ouest de Gao. Il est évacué en hélicoptère et décède à l'antenne chirurgicale de Gossi. Les djihadistes du Groupe de Soutien à l'Islam et aux musulmans (GSIM) revendiquent l'attaque dans un communiqué sur les réseaux sociaux.

L'émotion est très vive à travers toute la France et le Président de la République adresse ses sincères condoléances à son épouse, sa famille, ses amis et au Service de Santé des Armées en soulignant le travail de soutien indéfectible aux Forces.

Un hommage national lui est rendu le 8 avril à Paris. Une haie d'honneur est mise en place sur le pont Alexandre III, composée d'associations d'anciens combattants, de quelques pensionnaires des Invalides,

de militaires de tout corps, de civils et surtout de médecins des armées en activité et en retraite venus en très grand nombre pour rendre un dernier hommage à leur jeune camarade. Au cours des honneurs funèbres militaires rendus aux Invalides, il est promu médecin principal et reçoit la croix de chevalier de la Légion d'honneur à titre posthume. Ses obsèques ont eu lieu en la cathédrale Notre-Dame de Tulle. L'inhumation a eu lieu dans le caveau familial de Sainte-Fortunade.

Marc Laycuras est titulaire de la Médaille de la Défense nationale, puis à titre posthume il reçoit le grade de Chevalier de la Légion d'honneur, la Croix de guerre des TOE, la médaille du Combattant et la médaille d'Outre-mer. De nombreux hommages lui ont été rendus À l'Assemblée nationale, au Sénat et au cours de la cérémonie aux Invalides.



Alban GERVAISE (1981-2022)

Brillant radiologue, assassiné.

Dossier fourni par Madame Christelle Gervaise



© Coll. particulière

Alban Gervaise est né le 14 août 1981 à Sarreguemines (Moselle). Il est le fils du docteur Michel Gervaise, médecin militaire. Ancien élève de l'École du Service de Santé des Armées de Lyon (promotion Lacassagne 1999), puis interne en imagerie médicale à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Legouest, il soutient sa thèse de médecine le 21 mai 2010 sur la « Réduction de dose dans l'exploration du rachis lombaire grâce au scanner 320-détecteurs : étude initiale ».

Parallèlement à son internat, il est diplômé d'un master 2 en sciences dont le mémoire porte sur « L'IRM hépatique en respiration libre avec GRICS ». Il soutient ensuite sa thèse de Sciences au sein de l'Université de Lorraine, mention Sciences de la vie et de la santé, le 3 octobre 2016.

Ses travaux portent alors sur l' « Optimisation et réduction de la dose d'irradiation au scanner : aspects techniques et impact en pratique clinique courante ».

Après avoir été assistant chef de clinique dans le service de radiologie adulte du professeur Régent au CHU de Nancy (2010-2011), il est affecté au service d'Imagerie médicale de l'HIA Legouest (2011-2016) puis au service d'Imagerie médicale du l'HIA Bégin (2016-2021) dont il devient chef de service en 2017. En 2020, il est nommé Professeur agrégé du Val de Grâce.

En août 2021, il rejoint l'HIA Laveran à Marseille.

Soucieux de toujours améliorer ses compétences de radiologie, il est titulaire de nombreux DIU. La radioprotection est un des sujets de recherche sur lesquels il a particulièrement travaillé. En 2012, il obtient le « *Most cited paper award* » de l'European Radiology. En 2017, il est lauréat de l'Académie nationale de médecine. En 2019, la Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées lui est attribuée. Le 28 avril 2022, il est fait chevalier de l'Ordre National du Mérite. Il est mortellement agressé à 40 ans, le 10 mai 2022, à Marseille. Il était marié et le père dévoué de 3 enfants.

Alain BUGUET (1944)

Le sommeil sous toutes ses formes et toutes les latitudes

Dossier fourni par Alain Buguet



Alain, Georges, Christian Buguet naît à Dijon (Côte d'Or) le 11 octobre 1944, un mois après la libération de la ville. À cinq ans, il rejoint son père, sous-officier de l'Armée de l'air à Madagascar, après six jours à bord d'un Halifax de la Seconde guerre mondiale. À Ivato, sa mère est sa maîtresse d'école. Il termine l'école primaire à Dijon. En 1958, il rejoint son père à Alger. Il passe le premier baccalauréat. La seconde partie est acquise à Toulon, son père ayant été muté fin 1961 à Atar (Mauritanie).

Entré à la Faculté de médecine de Dakar (Sénégal), il satisfait au concours d'entrée en deuxième année de médecine à l'École de santé militaire de Lyon en septembre 1963. Fin 1965, il est aide-moniteur de travaux pratiques au laboratoire du Professeur Michel Jouvot, découvreur du sommeil paradoxal, à la Faculté de médecine de Lyon. En 1969, il y présente une thèse de doctorat en médecine sur les mécanismes du sommeil du chat. Il est « entré en sommeil » et ne quittera plus cette discipline.

En décembre 1970, il rejoint sa première affectation de médecin de la base Dumont d'Urville en Terre Adélie. Pendant 13 mois, il étudie le sommeil des hivernants. Rentré en France, l'affectation au Centre de sélection n° 8 de Lyon lui permet de présenter le concours d'assistantat de recherches en physiologie. Il rejoint le Centre de recherche du service de santé des armées (CRSSA) en septembre 1973.

En octobre 1975, il rejoint le *Defence and Civil Institute of Environmental Medicine* de Toronto (Canada). Il étudie le sommeil de l'homme exposé au froid nocturne de l'hiver arctique. Revenu au CRSSA de Lyon en octobre 1976, il prépare le concours de spécialiste de recherches tout en étudiant le sommeil et les échanges thermiques de l'homme exposé à la chaleur.

En novembre 1981, il est affecté à la Faculté des sciences de la santé de Niamey (Niger). Nommé Maître de conférences agrégé en 1983, il crée le laboratoire de physiologie et étudie le sommeil humain et l'adaptation au climat sahélien. Il passe alors le doctorat d'état en biologie humaine (neurophysiologie) à l'Université de Lyon en juillet 1984. Fin 1985, il présente le concours de Maître de recherches du service de santé des armées (professeur agrégé du Val-de-Grâce). À Niamey, il débute les analyses du sommeil de la trypanosomose humaine africaine ou maladie du sommeil.

En septembre 1989, il rejoint le CRSSA. Il crée l'Unité de physiologie de la vigilance, puis devient chef du Département des facteurs humains en 1997. Il présente parallèlement l'Habilitation à diriger des recherches auprès de l'Université Claude-Bernard Lyon I (octobre 1990). Il poursuit sa collaboration avec Toronto et l'étude du sommeil de la maladie du sommeil en missions en Côte d'Ivoire et au Congo.

En janvier 2001, il rejoint sa dernière affectation militaire comme Directeur-adjoint de l'École du Pharo à Marseille. Il réalise une investigation sur le sommeil de la maladie du sommeil en Angola.

Admis à la retraite de Médecin chef des services hors classe le 1^{er} novembre 2004, il entre le lendemain comme Chercheur invité à l'Université Lyon I. Il y poursuit les études sur le sommeil dans la maladie du sommeil chez l'homme et le rat pris comme modèle de la maladie. Ces études démontrent la prééminence des troubles du sommeil dans un concert de perturbations majeures des rythmes circadiens du cycle veille-sommeil et des sécrétions endocrines.

En intermède, il accepte la direction de la Polyclinique Marie-Louis Poto Djembo de Pointe-Noire au Congo (2011-2014). De retour en France en 2015, au sein de l'*Environmental Neurology Specialty Group* de la Fédération mondiale de neurologie, il participe à plusieurs articles sur la neurologie et les origines de la COVID-19. Ses analyses portent aussi sur le sommeil du changement climatique et des vagues de chaleur, complétant ainsi les connaissances sur le sommeil dans les environnements et situations extrêmes au fil de 985 publications et conférences nationales et internationales.

André DUJARRIC la RIVIÈRE (1885-1969)

Pastorien de haut vol

Dossier rassemblé par Francis LOUIS (#001)

André Dujarric la Rivière n'appartenait pas au SSA, mais les services qu'il a rendus pendant les deux guerres mondiales justifient sa présence dans cette rubrique.



René Dujarric naît au château de La Rivière, domaine encore visible aujourd'hui sur l'actuelle commune de Saint-Sulpice-d'Excideuil (Dordogne). Après des études secondaires au lycée de Cahors puis à celui de Perpignan, René Dujarric poursuit des études de médecine à Bordeaux, puis à Lyon où il se lie d'amitié avec Alexandre Lacassagne.

En 1911, après son externat, commencé à Paris en 1905, durant lequel il rencontre André Chantemesse, il suit en tant qu'interne de l'Hôpital Pasteur le cours de microbiologie de l'Institut Pasteur. Durant les années 1912 et 1913, il passe à la pratique en participant, en tant qu'attaché au laboratoire de Louis Martin à l'Institut Pasteur, aux travaux de parasitologie que Raphaël Blanchard mène à la faculté de Médecine de Paris et soutient cette dernière année sa thèse de doctorat en médecine sur la méningite.

La guerre de 1914-1918 l'affecte comme médecin d'ambulance au 45^e régiment d'infanterie de ligne puis comme médecin-chef de laboratoires cliniques aux Armées et enfin au laboratoire central de l'Armée de la place de Calais. Son rôle est de procéder aux diagnostics biologiques et de conduire, dans un but de prévention et d'hygiène, des enquêtes épidémiologiques au sein des régiments. Il sera décoré de la Croix de Guerre.

L'épidémie de grippe espagnole, plus meurtrière que la guerre elle-même, lui donne l'occasion d'approfondir son travail de recherche et de prévention au cours duquel, en 1918, il réussit à filtrer le virus de la grippe, confirmant par ces manipulations de microbiologie l'étiologie virale de la grippe.

De 1923 à 1929, de nouvelles recherches sur l'amanite phalloïde au sein du laboratoire de Louis Laticque à la Sorbonne l'amène à mettre au point un antidote aux empoisonnements par les champignons. Devenu en 1928 membre titulaire de la Société de biologie, il soutient l'année suivante, une thèse de doctorat ès sciences sur l'amanite phalloïde.

En 1930, il fonde, avec Jules Bordet, la Société Internationale de Microbiologie. Ensemble, ils organisent, à l'Institut Pasteur de Paris, le premier congrès international de microbiologie.

Il sera jusqu'en 1945 au Service des recherches scientifiques et techniques de l'Armée l'adjoint d'Alexis Carrel, prix Nobel de médecine nommé en 1941. Parallèlement, il est nommé Secrétaire général de l'Institut Pasteur. À la Libération, en 1945, il est promu sous-directeur de l'Institut Pasteur, poste qu'il occupera jusqu'en 1958. En 1958, il abandonne son poste de sous-directeur de l'Institut Pasteur pour devenir sous-directeur honoraire et se consacrer à ses missions d'expertise auprès de l'OMS en qualité de délégué de la France.

En 1968, il devient vice-président de l'Académie des sciences et l'année suivante, l'année de sa mort, président. Il décède le 28 novembre 1969 à l'hôpital de Neuilly-sur-Seine (Hauts-de-Seine).

Les principaux travaux scientifiques de René Dujarric de la Rivière portent sur les virus de la grippe, les toxines des champignons, les groupes sanguins et l'hygiène de l'eau.

DU CÔTÉ DES COLLECTIONNEURS

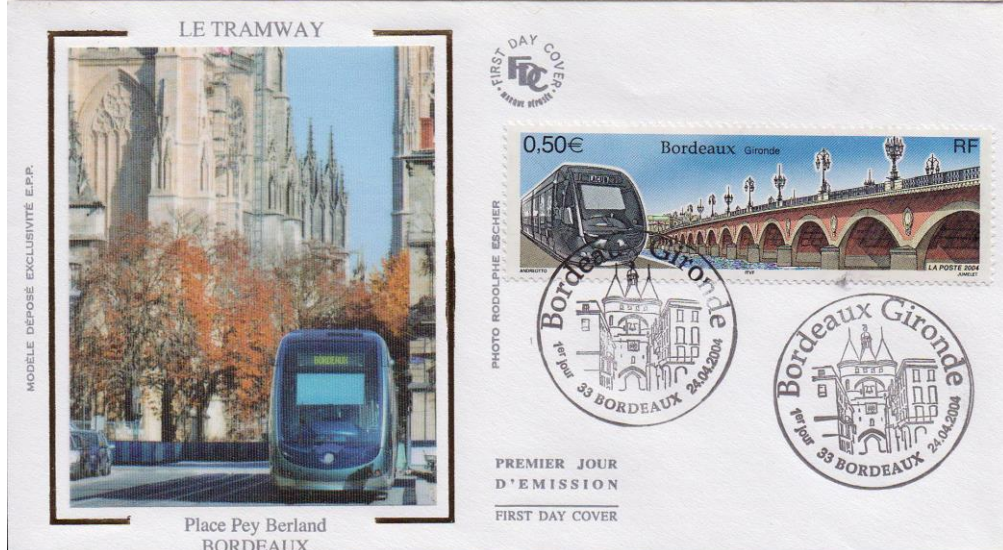
MASQUE AFRICAIN

Masque Punu, Gabon (Coll. F. Louis)



Ce masque, daté du XXème siècle, est composé de bois, de tissu, de perles, de coquillages, de clous et de métal.
Il mesure 34 cm de haut.

ENVELOPPES PREMIER JOUR D'ÉMISSION BORDEAUX





Ceux du Pharo



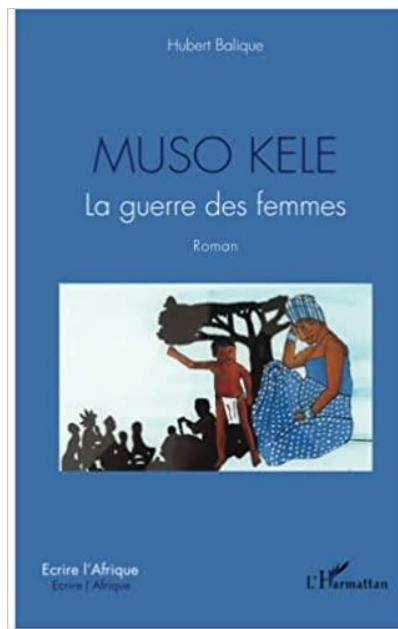
PRIX DE L'ÉCOLE DU PHARO 2023

Le prix de l'École du Pharo 2023 sera décerné le 6 octobre 2023.
Vous pouvez d'ores et déjà y postuler (règlement sur le site de l'association).

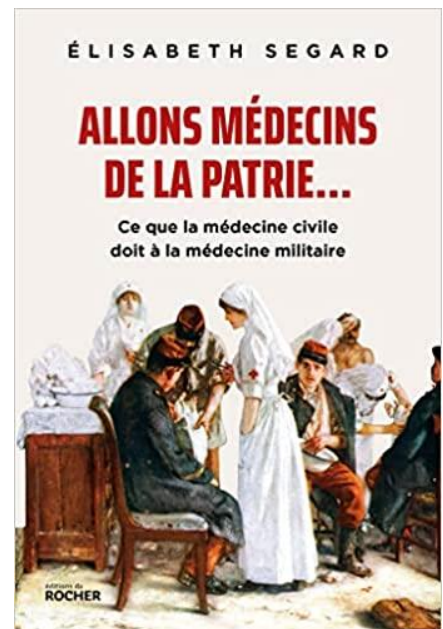
TROIS CANDIDATURES REÇUES



Choléra
Renaud Piarroux





Musso Kele : la guerre des femmes
Hubert Balique



Allons médecins de la patrie ...
Elisabeth Segard

PALMARÈS DU PRIX DE L'ÉCOLE DU PHARO

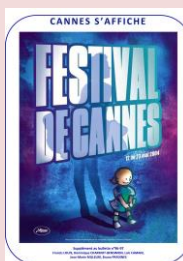
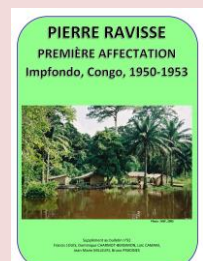
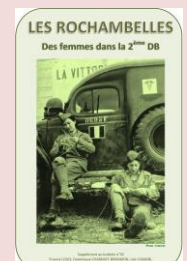
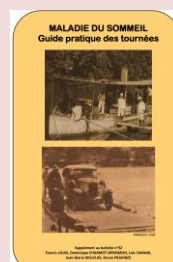
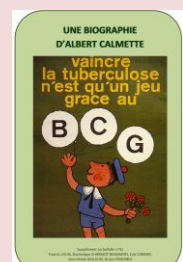
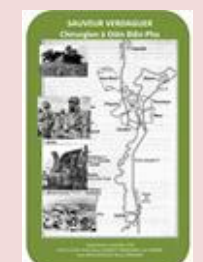
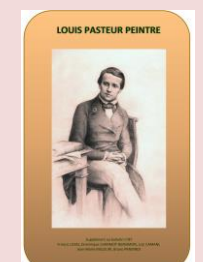
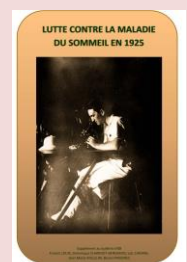
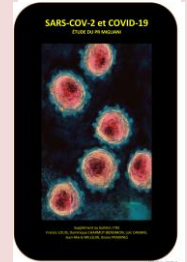
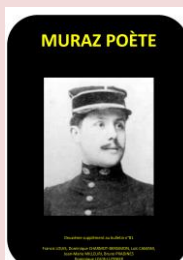
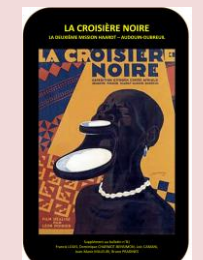
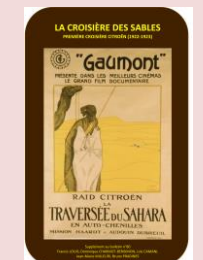
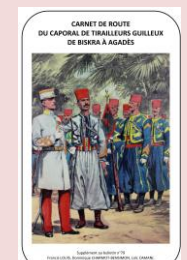
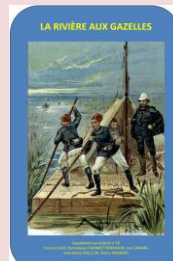
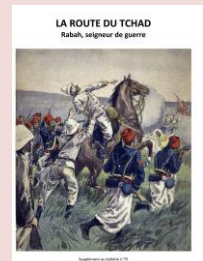
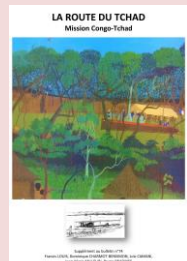
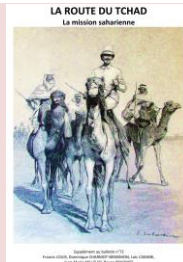
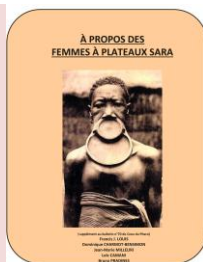
2021		Christian Duriez <i>Dans la montagne des Kapsiki</i>
2022		Isabelle Dion <i>Lettres du bagnard Arthur Roques. Guyane 1902-1918. Écrire pour survivre</i>

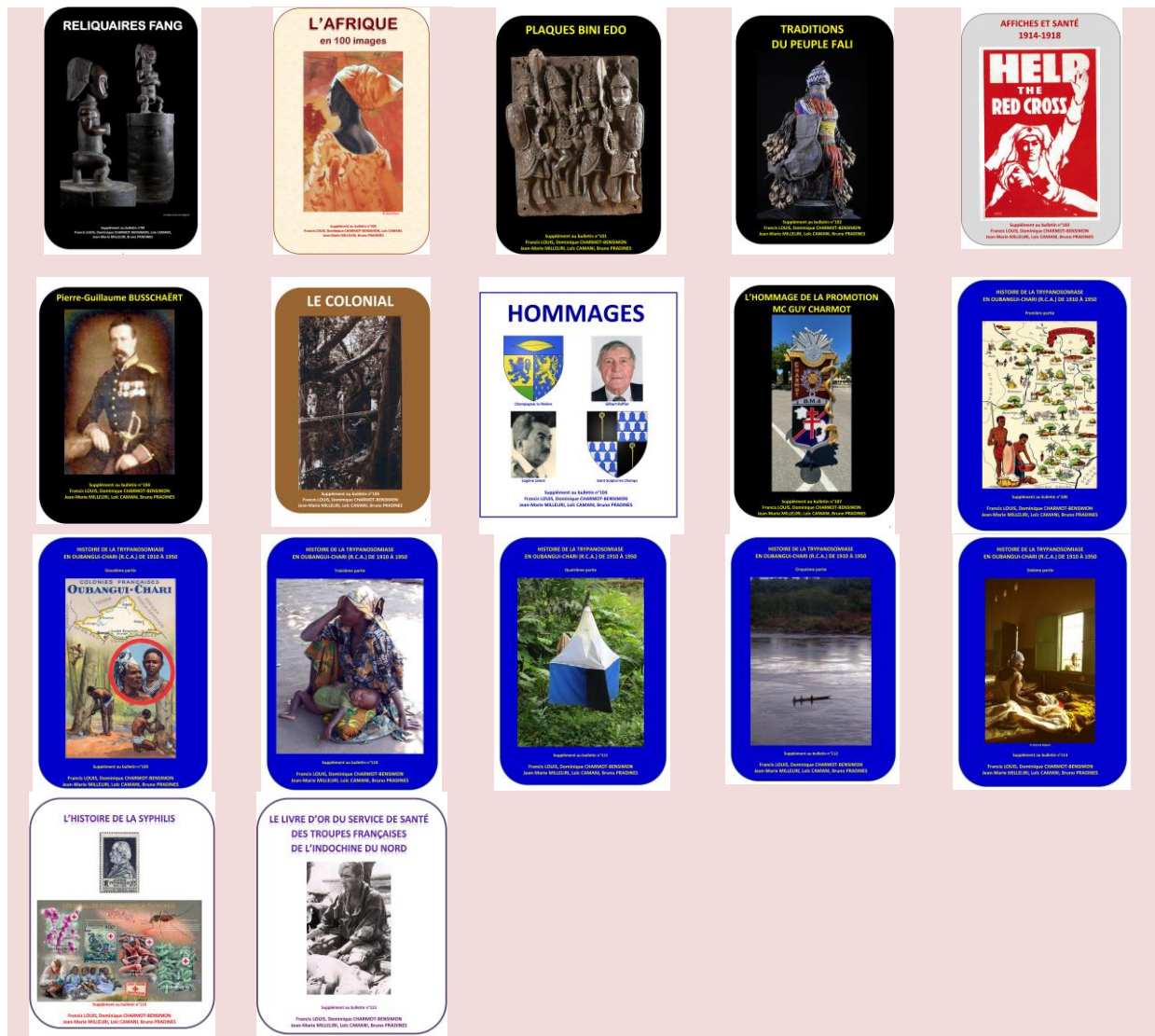
LES SUPPLÉMENTS GRATUITS

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-Audoïn Dubreuil.
81s2	Muraz poète
82s	La croisière jaune. La troisième mission Haardt-Audoïn 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.
93s	Les Rochambelles. Des femmes dans la 2 ^{ème} DB.
94s	Pierre Ravisse. Première affectation. Impfondo, Congo, 1950-1953.
95s	Conidae, genre <i>Cylinder</i> .
96-97s	Cannes s'affiche.
98s	IX° art & philatélie
99s	Reliquaires Fang
100s	L'Afrique en 100 images
101s	Plaques Bini Edo

102s	Traditions du peuple fali
103s	Affiches et santé. 1914-1918
104s	Pierre-Guillaume Busschaert
105s	Le colonial
106s	Hommages
107s	L'hommage de la promotion MC Guy Charmot
108s	Histoire de la trypanosomiase en Oubangui-Chari (R.C.A.) de 1910 à 1950. Première partie
109s	Histoire de la trypanosomiase en Oubangui-Chari (R.C.A.) de 1910 à 1950. Deuxième partie
110s	Histoire de la trypanosomiase en Oubangui-Chari (R.C.A.) de 1910 à 1950. Troisième partie
111s	Histoire de la trypanosomiase en Oubangui-Chari (R.C.A.) de 1910 à 1950. Quatrième partie
112s	Histoire de la trypanosomiase en Oubangui-Chari (R.C.A.) de 1910 à 1950. Cinquième partie
113s	Histoire de la trypanosomiase en Oubangui-Chari (R.C.A.) de 1910 à 1950. Sixième et dernière partie
114s	Histoire de la syphilis
115s	Le livre d'or du Service de santé des troupes françaises de l'Indochine du Nord



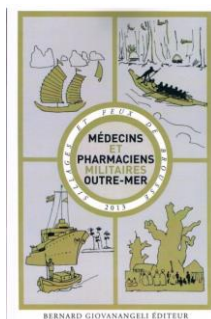




Dans le prochain bulletin



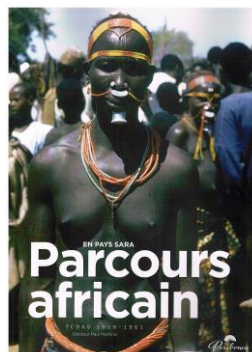
LA LIBRAIRIE DE « CEUX DU PHARO »



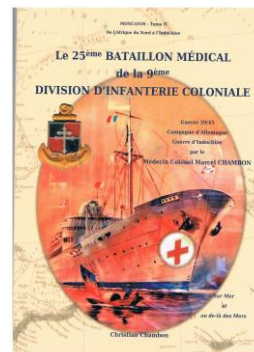
CDP01



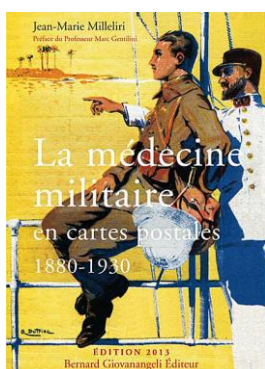
CDP02



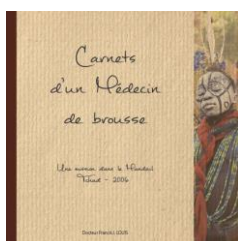
CDP03



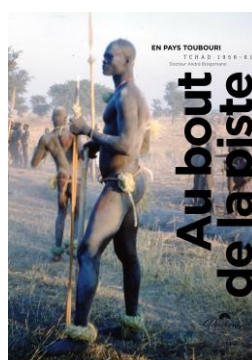
CDP04



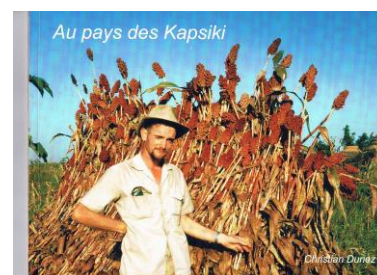
CDP05



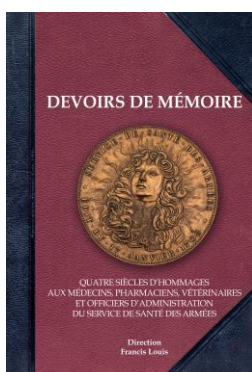
CDP06



CDP07



CDP08



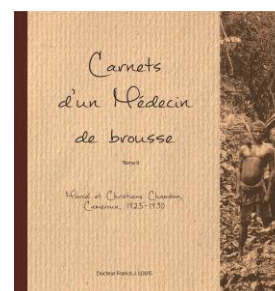
CDP09



CDP10



CDP11



CDP12

- 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-MONCAJOS, 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. **ÉPUISÉ.**
CDP08-AU PAYS DES KAPSIKI. 25 euros franco de port.
CDP09-DEVOIRS DE MEMOIRE. 36 euros + 14 euros de port. **ÉPUISÉ.**
CDP10-DANS LA MONTAGNE DES KAPSIKI. 40 euros franco de port. **PRIX DE L'ÉCOLE DU PHARO 2021.**
CDP11-LE SOMMEIL RACONTÉ PAR UN MÉDECIN ITINÉRANT.
CDP12-CARNETS D'UN MÉDECIN DE BROUSSE T2. Marcel et Christiane Chambon, Cameroun 1925-1930. 25 euros franco de port

BON DE COMMANDE

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

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

OÙ TROUVER CEUX DU PHARO ?

INTERNET : <http://www.ceuxdupharo.fr>

FACEBOOK : [facebook.com/groups/ceuxdupharo](https://www.facebook.com/groups/ceuxdupharo)

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

LE DOSSIER DU MOIS

FÉVRIER 2023

L'ALBINISME OCULOCUTANÉ EN AFRIQUE (Robert AQUARON)



Nous présentons ici la communication du 8 février 2023 du Pr AQUARON au Séminaire d'Histoire de la médecine et des maladies qui s'est déroulée en distanciel sous la supervision de l'Université Paris Cité, site Necker, à Paris. Il s'agit bien entendu des diapositives, forcément schématiques, qui ont servi de trame à la communication proprement dite.



Professeur Robert Aquaron

L'albinisme oculocutané (AOC) en Afrique

Pr. Robert Aquaron
Mercredi 8 février 2023
Séminaire Histoire de la médecine et des
maladies

- Pourquoi l'albinisme en Afrique?
 - Séjour au Cameroun 1972-1977
 - Professeur de biochimie à la faculté de Médecine de Yaoundé.
 - Observation dans la rue de nombreux albinos.
 - Début de l'étude.
- Pr. Laburthe-Tolra 1972 Traduction du livre de Curt von Morgen *À travers le Cameroun du sud au nord 1889-1891*. 1^{er} albinos Cameroun à Ngilla, p.130. École d'anthropologie, Société des africanistes.
- Dr. A. Froment spécialiste du Cameroun: nutrition et pygmées. Albinos et pygmées



Pygmées albinos dans l'est Cameroun, OCA1



L'albinisme oculocutané (AOC)

C'est une anomalie génétique:

A. caractérisée par une absence ou une diminution de mélanine dans des cellules spécialisées, les mélanocytes de deux organes principaux:

- la peau et ses annexes, poils et cheveux
- l'œil en particulier l'iris et l'épithélium pigmentaire de la rétine.

B. qui se transmet suivant le mode autosomique récessif

1) L'albinisme oculocutané de type 1 Sujets de peau blanche, jaune, rouge

- peau blanche du corps et rouge sur les parties exposées au soleil (coup de soleil permanent) et apparition de cancers cutanés en l'absence de photoprotection
- cheveux, poils, cils, sourcils blancs
- iris bleu
- photophobie: crainte de la lumière
- acuité visuelle faible
- nystagmus



Pak S. Chow
Mathématicien chinois (albinos)
(Aberdeen)

2) l'albinisme oculocutané de type 2 Sujets de peau noire +++

- peau crème du corps et rouge sur les parties exposées au soleil (coup de soleil permanent) +++
- apparition de cancers cutanés en l'absence de photoprotection +++
- cheveux, poils, cils, sourcils blonds
- iris noisette brun
- photophobie: crainte de la lumière
- Acuité visuelle faible
- nystagmus



Deux grandes périodes

- **1^{ère} période : de Noé (2470 Av JC) à Broca (1879), soit environ 45 siècles**
 - Observation, description et tentatives d'explication de cette anomalie
- **2^{ème} période : de Broca à nos jours**
 - 2.1 Période clinique
 - 2.2 Période biologique : biochimie, histochimie et microscopie électronique.
 - 2.3 Période génétique

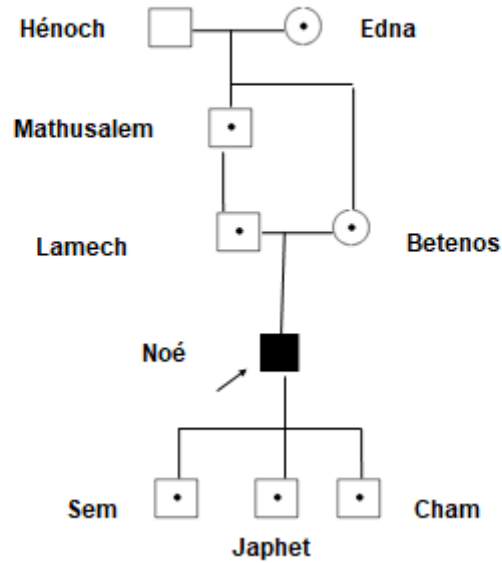
1^{ère} période

1a) 2470 av. JC : Noé, le père d'une nouvelle humanité

- Noé, notre ancêtre commun serait le premier albinos selon la description du livre d'Hénoch
- *« Quand l'enfant naquit, son corps était blanc comme la neige et rouge comme une rose; toute sa chevelure était blanche comme de blancs flocons de laine. Quand il ouvrit les yeux, il illumina toute la maison comme le soleil» Ce n'est pas un humain, il ressemble à un enfant d'anges. Il possède des yeux brillants et un aspect glorieux.*



La généalogie de Noé, Noah en hébreu



1b) Claudius Ptolemaeus dit Ptolémée 90-168 Après JC, Alexandrie, astronome grec, l'Almageste et le géocentrisme

Système de Ptolémée

« utilisé par »



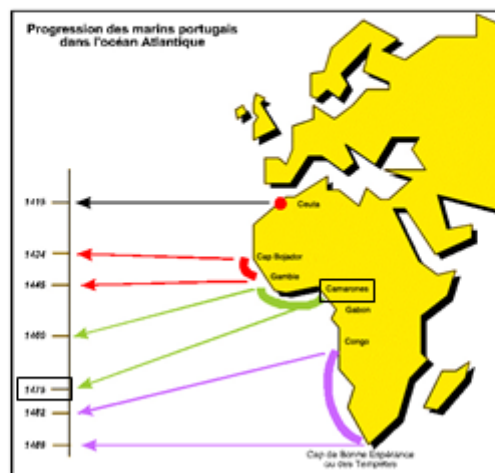
Ptolémée géographe

- Dans sa carte de la Lybie, il place les Éthiopiens blancs qu'il appelle dans son langage « λευκαίπίπτες » près du Mont Ryssadius . Il n'est pas sûr que ce soient des albinos . En fait ce mont se situe près de l'équateur
- Il fait mention également dans ces contrées d'éléphants blancs



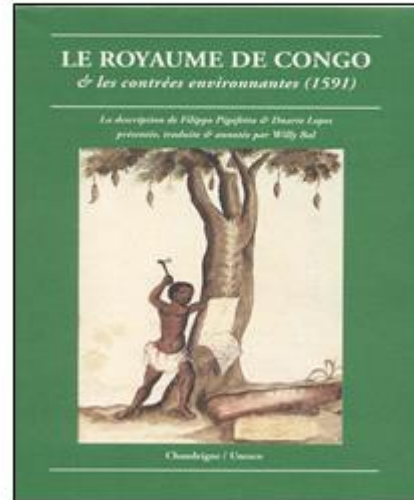
Carte de Ptolémée imprimée au XVème siècle à Bologne

1c) L'épopée portugaise le long des côtes d'Afrique au XVème siècle et la découverte des albinos africains



1660 : Le Père Balthazar Tellez, jésuite
utilise le terme albinos

- Albinos, du latin *albus* blanc à propos d'Africains blancs de la cour du roi de Loango (*Historia general de Ethiopia*).
- Considérés par leurs congénères noirs comme des monstres et rejetés de la société. **Déjà!**



1d) Les albinos africains pendant le
siècle des lumières

A. Voltaire 1734 et 1756



Dans *Les Lettres philosophiques* (1734) il écrit:

« On m'assure que la race de ces petits nègres blancs est fort fière, qu'elle se croit privilégiée du ciel... Ils disent que tout l'univers a été créé pour les nègres blancs »

(Voltaire – suite)

- Dans son introduction de *l'Essai sur les mœurs et l'esprit des nations* 1756 il dépeint les albinos comme « *formant au milieu de l'Afrique une nation peu nombreuse, réfugiée dans les cavernes* ».
- Ils pourraient appartenir à une espèce intermédiaire entre les hommes et les animaux

B. Pierre Louis de Maupertuis

(1741 Musée de St.Malo)



1) Frontispice de l'édition originale de **1744**, Leyde

- **Dissertation physique à l'occasion du NEGRE BLANC**
- Texte sur la reproduction des espèces

2) **La Vénus physique 1745**

La Vénus physique

« J'aimerais bien mieux m'occuper du réveil d'Iris que de parler du petit monstre dont il faut que je vous conte l'histoire. Cet enfant de 4 ou 5 ans , qui a tous les traits d'un nègre, possède une peau très blanche. Il fut apporté à Paris en 1744. Sa tête est couverte de laine blanche tirant sur le roux. Il est né d'une mère et d'un père africains très noirs »

C. L'encyclopédie de Diderot et d'Alembert 1751-1772

- A l'article « nègre » on peut lire:
On soupçonne les albinos d'être des animaux métissés d'une femme et d'un orang outang .
- L'albinos est classé entre le singe et l'homme

D. Linné 1766

- Il fait des albinos une espèce particulière du genre humain.
- Il leur donne le nom d'*Homo nocturnus*, car ils se cachent le jour et sortent la nuit pour chercher leur nourriture.
- Il les classe avec les troglodytes et les ourang-outang, *Homo sylvestris* de Bontius car ce sont des animaux intermédiaires entre le singe et l'homme



E) Georges Louis Leclerc comte de Buffon, 1707- 1788

- Mathématicien
- Naturaliste
- Biologiste
- Ecrivain



Buffon, 1777



- Dans son « *histoire naturelle* » il relate la présence d'un enfant noir et blanc ou enfant « pie », actuellement Piebaldisme
- Maria Sabina, née en 1736 né de parents noirs, à Matuna dans une plantation des Jésuites de Carthagène en Colombie,

F. Le Cat, chirurgien à Rouen, 1765

« pas un visage, pas une seule couleur »



TRAITÉ
DE LA COULEUR
DE LA PEAU HUMAINE
EN GÉNÉRAL,
DE CELLE DES NEGRES
EN PARTICULIER,
ET DE LA MÉTAMORPHOSE
D'UNE DE CES COULEURS EN L'AUTRE,
SOIT DE NAISSANCE, SOIT ACCIDENTELLEMENT,
Ouvrage divisé en trois Parties.
PAR M. LE CAT,

Docteur en Médecine, Chirurgien en Chef de l'Hôtel Dieu de Rouen, Lieutenant Professeur de la même Faculté, Préfesseur Distingué pour Royal en Anatomie de Chirurgie, Correspondant de l'Académie Royale des Sciences de Paris, de la Société Royale de Médecine de celle de Chirurgie, Membre des Académies Royales de Londres, de Paris, Berlin, Lyon, des Académies Impériales des Sciences de la Mecque, de S. Pétersbourg, de l'Empire de Russie, de l'Université impériale de l'Académie des Sciences de Rome.



A AMSTERDAM.

M DCC LXXV.

Quelle est la couleur originelle de l'homme?

- **Le blanc**

- Enfants blancs de parents noirs. Retour à la couleur initiale
- Enfants noirs de parents blancs: jamais
- Le blanc: variété arrivée en Europe

- **Le noir**

- - variété arrivée par accident ou sous l'action du soleil

- *Débat toujours d'actualité*



G. Geoffroy de Saint Hilaire 1832

- *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux*
- l'albinisme complet avec
 - peau, cheveux, poils, blancs ou jaunes et un iris rouge, chez la race blanche
- l'albinisme partiel, enfant noir et blanc ou enfant « Pie »
- l'albinisme incomplet avec
 - une coloration de peau, cheveux, poils de nuance intermédiaire, chez la race noire



2^{ème} période

de Broca à nos jours

2.1 Période clinique



Paul Broca 1824-1880 Médecin, Anatomiste et Anthropologue

- 1859 - Société d'anthropologie de Paris
- 1861 – Centre moteur de la parole « aire de Broca »
- 1872 – Revue d'anthropologie
- 1876 – École d'anthropologie

BROCA 1879

- *Instructions générales pour les recherches anthropologiques à faire sur le vivant*
- L'albinisme, général ou partiel, est-il rare ou commun?
- Que donnent les unions contractées entre deux individus albinos?
- Les albinos qui s'unissent à des individus non albinos transmettent-ils quelquefois leur anomalie à leurs enfants?
- Les albinos paraissent-ils inférieurs aux autres individus de même race: vitalité, intelligence, fécondité, longévité ?
- État de la vision: grand jour, demi-jour, obscurité

1912: *Monographie de l'albinisme chez l'homme*



2.2 Période biologique

Gabriel Bertrand (1867-1962)

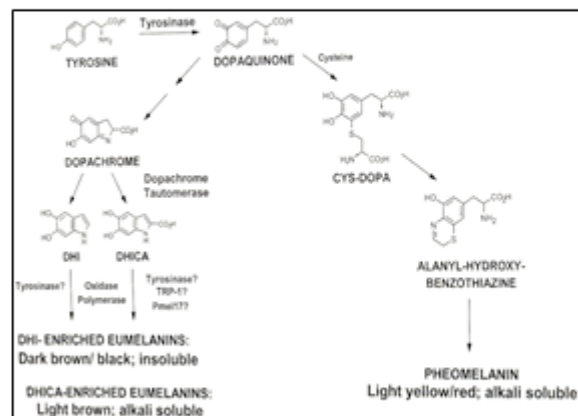
- Chef du service de chimie biologique à l'Institut Pasteur 1900-1936
- Réactions d'oxydation, enzymes à Cu, oligoéléments
- **1895 Tyrosinase oxyde la L.tyrosine en mélanine**
- **1935-1960** Étapes biosynthèse des mélanines
- **1970** Biosynthèse de la tyrosinase dans les mélanocytes: dans le réticulum endoplasmique puis passe par l'appareil de Golgi et transférée dans le mélanosome.
- **1980** Structure étudiée par le groupe espagnol de Garcia Borrón à Murcie: Glycoprotéine transmembranaire, 529 acides aminés, possède 2 atomes de Cu dans le site catalytique à l'intérieur du mélanosome



1935-1960 différentes étapes de la biosynthèse des mélanines

Trois enzymes:

- Tyrosinase
- DCT (TRP2),
- DHICA oxydase (TRP1) (*Tyrosinase Related Protein*)



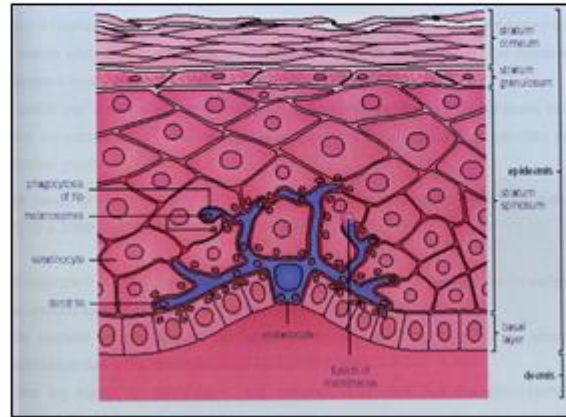
a) Mélanocytes de l'épiderme

dérivent de la crête neurale et migrent durant le développement

1930 Coloration de Fontana-Masson

Mise en évidence de la mélanine et des mélanocytes dans la couche basale de l'épiderme

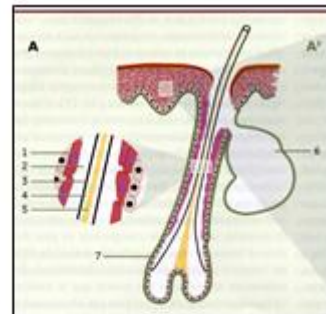
- Une solution ammoniacale de nitrate d'argent sera réduite par la mélanine et aboutit à la précipitation d'argent métallique noir.
- Unité de mélanisation: 1 mélanocyte et 30 kératinocytes



b) Mélanocytes des cheveux

1958 T. Fitzpatrick, Boston

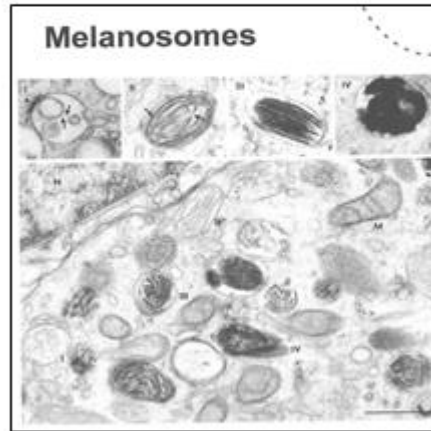
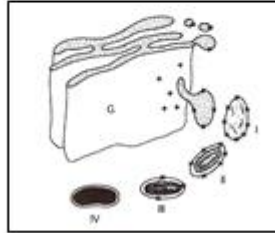
- **Tyrosinase**: Dopa (DiOxy PhenylAlanine), réaction de Bloch
- Follicules pileux de la souris et de l'homme albinos contiennent des mélanocytes sans activité tyrosinase et absence de mélanine (Tyr-neg)



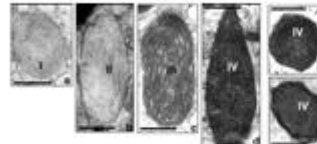
Mélanosomes

Microscope électronique: 1963 Seiji, Sendai

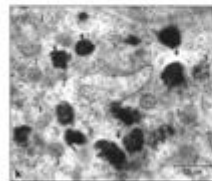
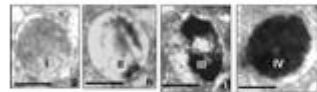
Schématisation de la maturation des mélanosomes: Réticulum endoplasmique puis bourgeonnement à partir de l'appareil de Golgi et maturation en IV stades

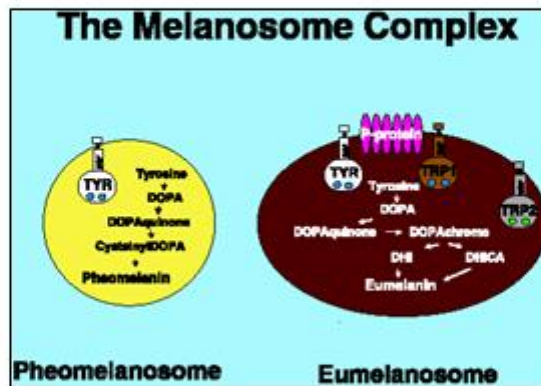


Eumélanosomes

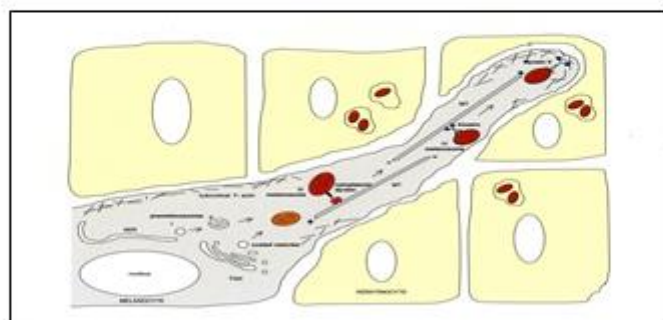


Phéomélanosomes

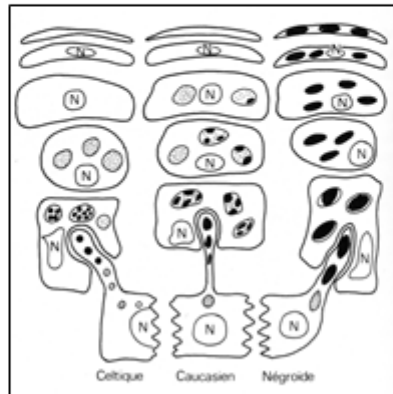




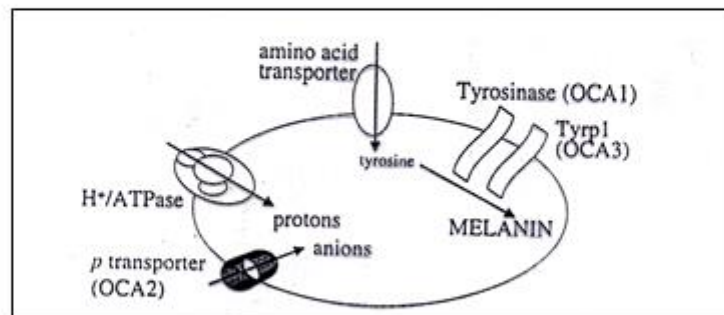
Progression des mélanosomes dans les dendrites
du mélanocyte
et transfert dans les kératinocytes adjacents



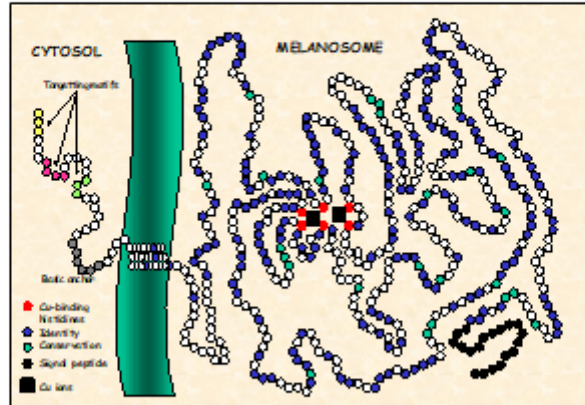
Transfert des mélanosomes dans les
kératinocytes de la peau chez les sujets
blancs, celtiques et noirs
1969: Szabo et Fitzpatrick, Boston



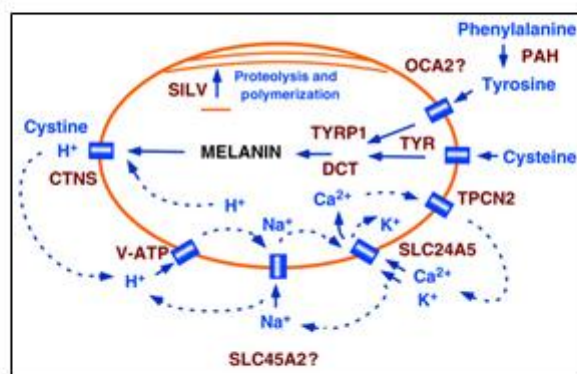
Schématisation de la synthèse des
mélanines dans un mélanosome



Schématisation de la tyrosinase dans le mélanosome



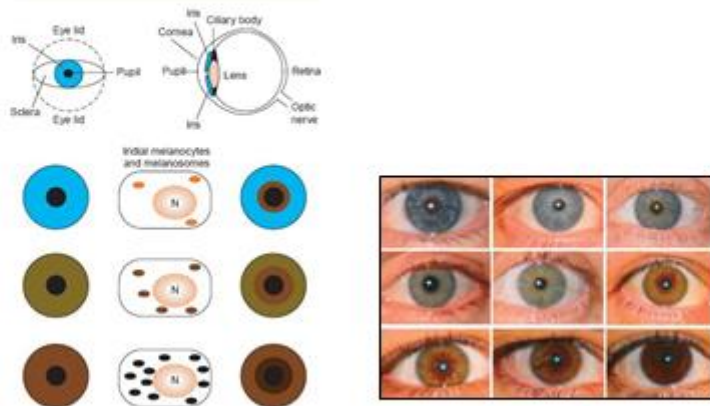
Schématisation des diverses protéines transporteurs dans le mélanosome



SLC : Solute Carrier

c) Mélanocytes de l'œil

C1) Mélanocytes de l'iris : dérivent de la crête neurale et migrent durant le développement



**Epithélium
Mélanocytaire de
l'iris: nombreux eu-et
phéo-mélanosomes**

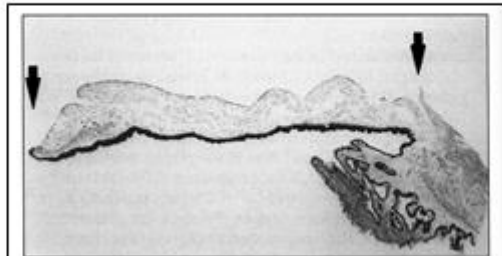
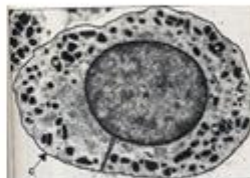
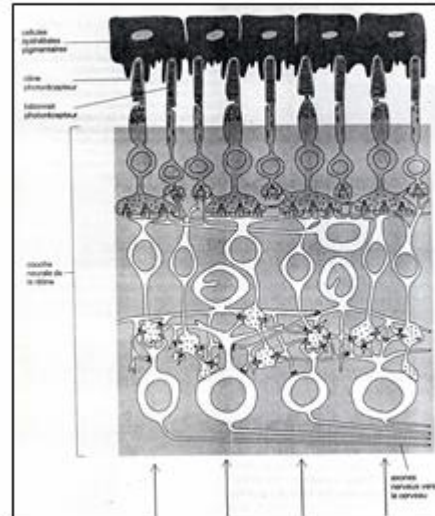


Figure 3. Photomicrograph of uniform-hazel iris in cross section. The anterior border layer of the stroma is noticeably hyperpigmented. Arrows indicate the region of the iris traced for area calculation (hematoxylin-eosin, $\times 40$).



C2) épithélium pigmentaire rétinien

- Dérive directement du neuroépithélium optique par invagination
- Formation précoce de la mélanine au cours du développement fœtal et terminée à la naissance
- La mélanine protège les bâtonnets et les cônes de la lumière incidente
Mélanosomes nombreux et pigmentés



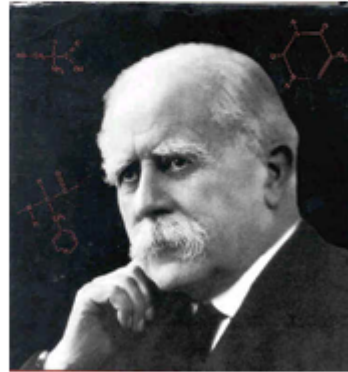
Classification clinico-biologique 1970 Carl Witkop, Minneapolis, USA

- Classification de l'albinisme oculo cutané en 2 groupes
 - AOC tyrosinase négatif, Tyr-neg
 - AOC tyrosinase positif, Tyr-pos
- Critères biochimiques (Dopa réaction sur les follicules pileux), cliniques et histologiques

2.3 Période génétique

1908 Sir Archibald Garrod (1857-1936), Londres

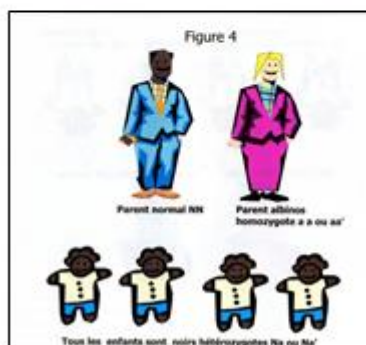
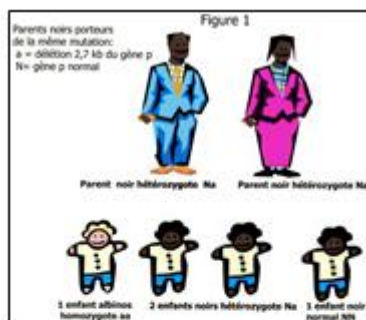
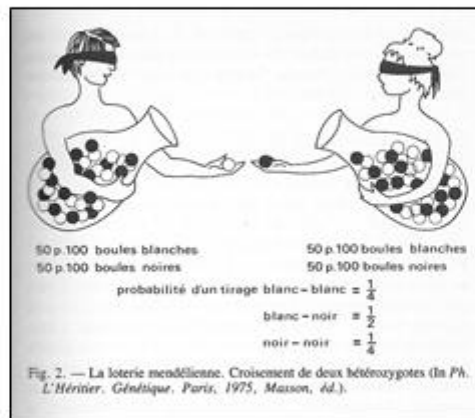
- *Croonian lectures* sur les erreurs innées du métabolisme (Alcaptonurie, Albinisme, Cystinurie, Pentosurie)
- L'albinisme est probablement due à l'absence d'une enzyme nécessaire à la formation des pigments mélaniques
- Hogben 1930 : l'albinisme est plus fréquent chez les familles apparentés: consanguinité « f »



2.3.1 Génétique clinique

- Maladie autosomique: atteinte égale hommes-femmes
- récessive 2 gènes Anormaux AA (homozygotes) ou AA1 (double hétérozygotes)
- Sujets de coloration Normale N peuvent être NN ou NA (porteur sain hétérozygote qui peut transmettre le gène anormal A)

La loterie Mendélienne



Cameroun





À Bamako, au Mali

Albinos H + albinos F = enfants albinos

2.3.2 La génétique moléculaire des albinismes oculocutané, 1988

- 1988 structure et localisation du gène de la tyrosinase(Tyr) sur le chromosome 11q14. Il contient 5 exons et 4 introns
- 1989 1^{ère} mutation du gène Tyr chez un albinos japonais, Tomita, Nagoya
- 1990 Classification moléculaire, King, Minneapolis
- AOC1 mutations du gène de la tyrosinase ancien Tyr-neg
- AOC2 mutations du gène p (AOC2) ancien tyr-pos,Chr15q12
- AOC3 mutations du gène *TRP1*,Chr 9p23
- AOC4 mutations du gène *SLC45A2*, Chr 5p13
- AOC5 mutations du gène *DCT* ou *TRP2*,Chr
- AOC6 mutations du gène *SLC24A5*,Chr 15q21

AOC1 et AOC2 sont les plus fréquents
AOC1 en Afrique du nord
AOC2 en Afrique subsaharienne

- Actuellement on ne parle plus de mutations mais de **variants**:

- Variant normal: codons ALA: GCA et GCC
- Variant pathologique faux sens: GCA code ALA, ACA code THR sans arrêter la synthèse de la protéine
- Variant pathologique non sens: UAC code TYR, UAG code Stop et arrêt de la synthèse de la protéine. On la signale par un X.

- Le variant pathologique peut annuler complètement l'activité de la protéine (**AOC1A**) ou seulement la réduire (**AOC1B**) comme dans le cas de la tyrosinase

AOC en Afrique
1) Afrique du Nord :
a) Maroc



Casablanca AOC1A

- Phénotype: Peau et cheveux blancs
- Génotype: mutation faux sens homozygote du gène Tyr
- Nom entier p.Tyrosine327Cysteine
- Code 3 lettres p.Tyr327Cys
- Code 1 lettre pour les AA p.Y327C exon 2 c.UAC UGC
- Consanguinité f.1/32

- p : protéine
- c : codon

Le même sujet



Marrakech AOC1A

- Phénotype: peau et cheveux blancs
- Génotype: mutation faux sens homozygote
- p.G47D, exon 1 GGC
GAC
- p.Gly47Asp



Marrakech AOC1A

- mutation faux sens
- homozygote
- p.G47D
- Famille juive sépharade



Marseille AOC1B

- Franco-marocain : cheveux blonds
- Deux mutations faux-sens
- V275F/R403S exons 2/4
 - Mère, France, V275F
 - Père, Maroc, R403S



Tanger AOC2

- mutation homozygote
- faux sens
- p.L232P (Leu232Pro)
- cheveux et barbe blondes



: b) Algérie



AOC1A

- Sujet d'une grande famille avec de nombreux albinos
- Vu à Marseille dans le service de dermatologie du Pr. Bonnerandi, Hôpital de la Timone
- Mutation non sens p.E250X (GLU250X) à l'état homozygote, exon 1
- Nouvelle mutation publiée dans *Ann Dermatol* 2009, **136**: 57-59A

AOC1B



- juive sépharade originaire de Tiemcen (mère) et de Mascara (père)
- p.G47D/IVS2-7 T>A
 - mère IVS2-7T>A
 - père G47D

c) Égypte AOC1A?



GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF ALBINISM 47

For the rest of Asia Minor as for European Turkey we have no details.
(xvii) *Egypt*. Among the Arab population of Egypt and North Africa we might expect much racial mixture and possibilities for observing numerous skin peculiarities'. Our plates show (see Plates E and D) that leucoderma is well known in Egypt. Ledyard in his "Remarks on the inhabitants" in 1788 writes of Alexandria:
"I saw to-day an Arab woman white, like the white Indians in the South Sea Islands, Isthmus of Darien, etc. These kind of people all look alike!"

AOC en Afrique

2) Afrique subsaharienne: AOC2

- Gène OCA2: Chr.15q12
- 24 exons codant
- Protéine transmembranaire 110KDa avec 12 domaines TM
- Régule le pH intraluminal du mélanosome

Génotypes OCA2

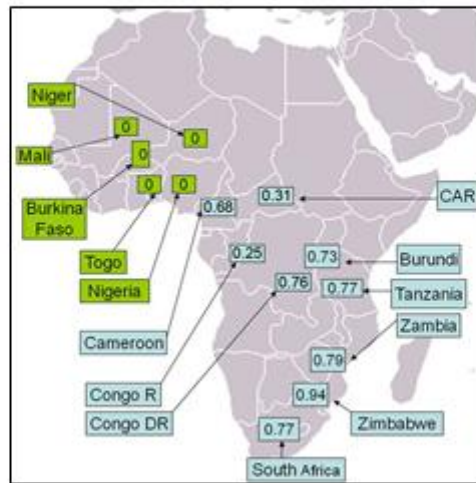
African origin of an intragenic deletion of the human P gene in tyrosinase positive oculocutaneous albinism

D. Durham-Pierre¹, J. M. Gardner¹, Y. Nakatsu¹, R. A. King¹, U. Franke¹, A. Qing¹, E. Aqarouf¹, V. del Marmol² & M. H. Brilliant¹

1er groupe : une délétion de 2.7 kb (exon 7)

- 1^{ère} description par Durham-Pierre et al. 1994 dans *Nature Genetics* chez
- 8 sujets albinos: 5 Africains-Américains non apparentés, 1 Haïtien et 2 Africains (Cameroun, RD Congo).
- Cette mutation n'a jamais été retrouvé chez des albinos caucasiens avec un phénotype OCA2, indiquant une origine africaine de cet allèle.
- Depuis quelques équipes dont la notre ont étudié la fréquence de cet allèle dans différents pays d'Afrique de l'ouest, de l'est, du centre et du sud mais aussi aux USA.

Fréquence de la délétion 2.7kb en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, Est et Sud



Origine de la population bantou: fleuve Bénoué à la frontière Cameroun-Nigeria
Expansion et migration suivant 2 vagues: sud et est-sud-est



Génotypes OCA2

2ème groupe: les mutations sont

- distribuées le long des 24 exons du gène OCA2
- décrites dans diverses populations: asiatiques, caucasiens, africains, africains- américains et américains blancs
 - mutations non sens: p.Arg165X
 - mutations faux sens: p.F385I, p.K614N,....
 - double mutation faux sens: p.NW273KV
 - autres délétions: 127kb Navajo, USA

- La double mutation faux sens: p.NW273KV AsnTrp273CysVal située dans l'exon 8 abolit un site de N-glycosylation .
- It was found in two African Americans at heterozygous state (Lee et al.1994; King et al.2003).
- We have identified this mutation:
 - at heterozygous state in 4 albino patients from Mali/X, from Morocco/X father, from La Martinique/X father
 - at homozygous state in one patient from Burkina Faso

Maroc



Mali



Anomalies de coloration chez l'albinos en Afrique subsaharienne

- Absence de synthèse des pigments eumélaniques mais synthèse des phéomélanines dans:
 - la peau: blanc-crème
 - les cheveux: blonds foncés
 - l'iris: bleu-gris, noisette, marron

A) La peau des albinos

- Albinos avec et sans macules pigmentées



- Cancers de la peau: affectent les kératinocytes (carcinomes spinocellulaires et/ou basocellulaires) et non les mélanocytes (mélanomes).



- Photoprotection:
 - chapeaux
 - habits longs
 - crèmes





36 | AFRIQUE SUBSAHARIENNE

SOCIÉTÉ

Le soleil les tue, les hommes aussi

Naître albinos en Afrique noire est le pire des cauchemars. Quand elles ne sont pas tuées à la naissance, les personnes souffrant de dépigmentation de la peau sont mises à l'écart. Pis, les crimes rituels se multiplient, notamment en Tanzanie et au Burundi.

- 2008-2009 : Meurtres rituels des albinos en Tanzanie et au Burundi



Siège de l'UNESCO, Paris, 13 juin 2016

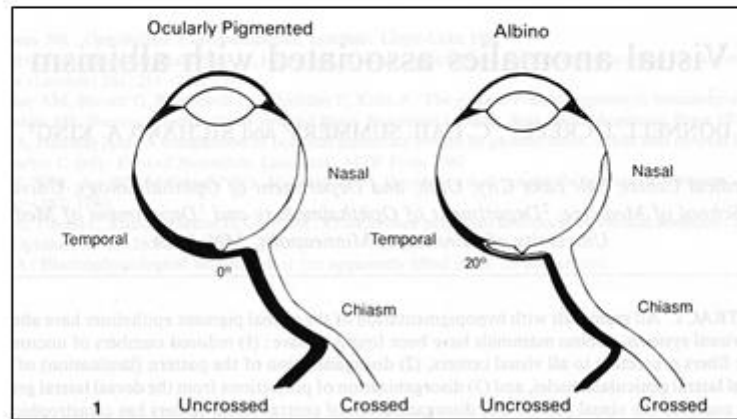


Miss albinos 2010 yaoundé



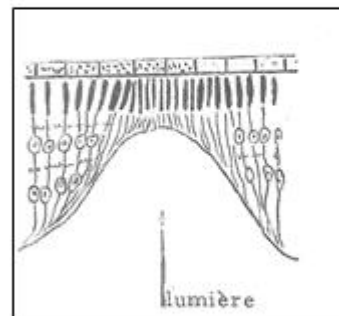
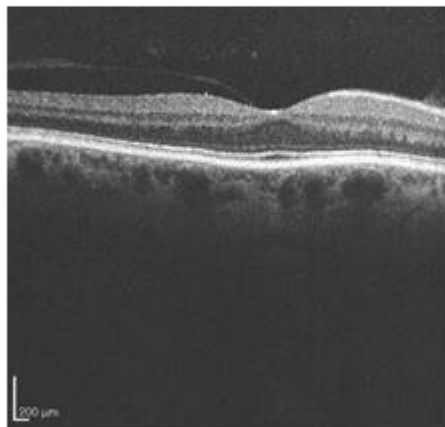
B) Anomalies oculaires chez l'albinos

1) Nystagmus: anomalie de décussation des fibres temporales du nerf optique

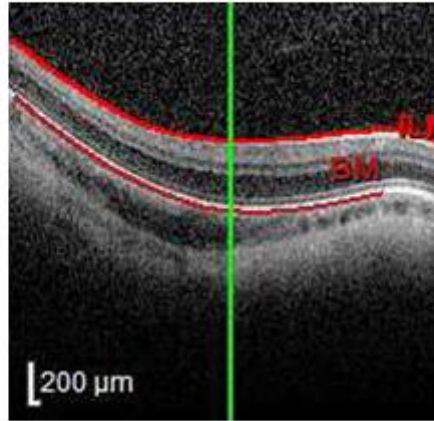


2) Faible acuité visuelle: hypoplasie fovéolaire.

À l'état normal, la macula est déprimée en sa partie centrale, la fovéa (cônes) visible par OCT, *Optical Coherence Tomography*

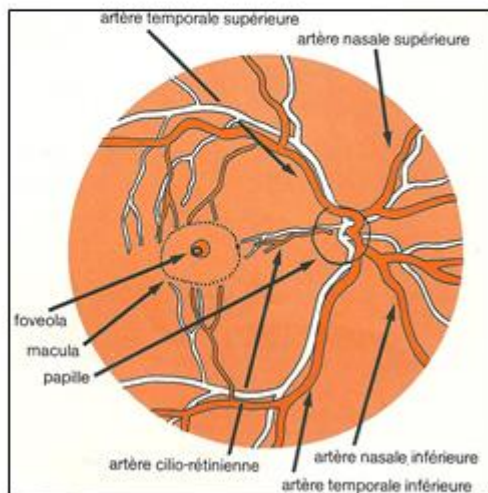


Hypoplasie de la fovéa et absence de dépression
chez les albinos

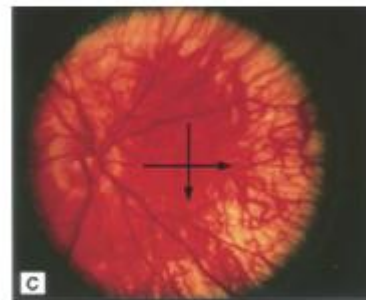


3) Photophobie: absence de mélanine

Fond d'œil normal



Fond d'œil albinos



Les associations d'albinos

- 1994 Salif Keita Mali
- SOS Albinos
- 2009 - Victoire de la musique « La différence »
- C'est la 1^{ère} fois qu'il parle de son albinisme
- « *Je suis noir, ma peau est blanche* »

ALBINOS

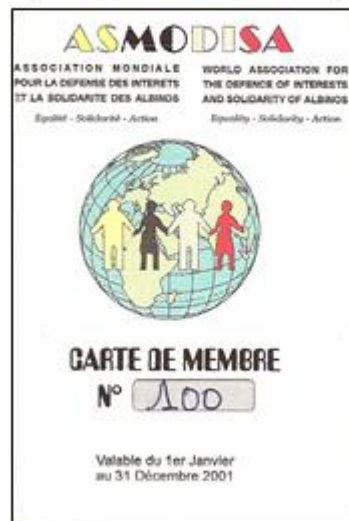


« Je n'ai pas voulu
que le monde s'écroule
à cause de ma souffrance »
Salif Keita

1995-France



1998-Cameroun



Réunion de l'ASMODISA, Yaoundé 2005

Felix E., Secrétaire,
Jean-Jacques N., Président,
et Robert A., Président d'honneur



NOAH·NEWS

National Organization for Albinism and Hypopigmentation

Volume 1, Number 1

Winter 1993

NOAH WAS AN ALBINO; AN HISTORICAL PERSPECTIVE

Carl J. Witkop, Jr.

The name of our society, the National Organization for Albinism and Hypopigmentation, was chosen because the first letters of this title produce the acronym NOAH.

There is evidence that Noah of the Book of Genesis was an albino; that Methusala, Noah's grandfather, was the first identifiable carrier of the albinism gene; that Enoch the Prophet, Noah's great-grandfather was the first genetic counselor; and that albinism is the oldest recorded genetic disorder.

The Book of Enoch describes Noah's appearance at birth: "his flesh was white as snow, and red as a rose: the hair of whose head was white like wool—and whose eyes were beautiful. When he opened them, he illuminated all the house, like the sun; the



Albinism in Africa: a medical and social emergency

Murray H. Brilliant*

Center for Human Genetics, Marshfield Clinic Research Foundation, Marshfield, Wisconsin, USA

*Corresponding author: Tel: +1 715 221 6460; E-mail: brilliant.murray@marshfieldclinic.edu

Received 1 June 2015; revised 4 June 2015; accepted 4 June 2015

Keywords: Albinism, East Africa, Oculocutaneous albinism, Witchcraft

Albinism in Africa

Historical, Geographic, Medical, Genetic, and Psychosocial Aspects



Edited by
Jennifer Kromberg and Prashiela Manga



