

COMPTE-RENDUS DE SÉANCES

Séance commune de l'Académie des sciences d'outre-mer et de la Société de pathologie exotique, Paris, 17 mars 2006.

Cette séance s'est déroulée au siège de l'Académie des sciences d'outre-mer, 15 rue Lapérouse, à Paris, en présence d'une cinquantaine de membres de la SPE et de nombreux académiciens.

Allocution introductive du P^r Saliou, Président de la SPE, membre de l'ASOM

C'est pour moi un grand plaisir d'introduire cette séance commune de notre Académie avec la SPE que j'ai actuellement l'honneur de présider. C'est à l'instigation de notre confrère le Professeur Guy CHARMOT que j'ai proposé à M. le Secrétaire perpétuel le principe de cette réunion commune, principe qu'il a tout de suite accepté, et je l'en remercie.

M. CHARMOT a fait le déplacement de Marseille et nous honore de sa présence. Vous savez, Monsieur, toute l'admiration, le respect et la sympathie que nous vous témoignons.

La SPE est bientôt centenaire, créée à la fin de l'année 1907 par Alphonse LAVERAN, prix Nobel de médecine, découvreur du parasite responsable du paludisme. Depuis, la société a son siège à l'Institut Pasteur, à Paris, avec lequel elle entretient une étroite collaboration.

Rassemblant près de 600 membres, dont plus du quart à l'étranger, essentiellement dans les pays francophones d'Afrique, son objectif principal est l'étude des maladies tropicales de l'homme et des animaux et des mesures sanitaires pour juguler épidémies et épizooties. C'est donc bien l'outre-mer qui fédère notre académie et notre société. Nous avons voulu cette séance éclectique pour intéresser au maximum l'auditoire issu de diverses spécialités.

L'idée du Programme élargi de vaccination (PEV).

P. Saliou

Président de la Société de pathologie exotique.
Membre de l'Académie des sciences d'outre-mer.

Indéniablement, la vaccination a représenté le plus beau succès de la santé publique du XX^e siècle, non seulement dans les pays développés, mais également dans les pays en développement, et ce depuis la mise en place du Programme élargi de vaccination (PEV) contre six maladies cibles meurtrières pendant les premières années de vie.

Cette idée du PEV trouve son origine dans la suite de la mise en œuvre par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du programme d'éradication de la variole à partir de 1967. Jusqu'au milieu des années 1960, la priorité de l'OMS dans

les pays en développement était un programme d'éradication du paludisme auquel fut affecté pendant 15 ans plus d'un tiers des dépenses de l'organisation. Pour diverses raisons, ce fut un échec. L'OMS se lança alors dans une aventure dans laquelle elle mettait beaucoup d'espoir : l'éradication de la variole, maladie strictement humaine, sans réservoir animal ni vecteur (dont les formes totalement inapparentes sont rares) et qui bénéficie d'un vaccin particulièrement efficace : la vaccine de JENNER.

Malgré des débuts difficiles, il fut démontré qu'il était possible de vacciner l'ensemble de la population mondiale. Après des efforts considérables et une surveillance épidémiologique draconienne, le dernier cas de variole fut enregistré en Somalie en 1977 et l'éradication de la maladie fut certifiée au cours de l'Assemblée mondiale de la santé à Genève en 1980.

À la fin des années 1970, la vaccination fut alors hissée au niveau des priorités de l'OMS et de l'UNICEF.

Dès 1974, lors de la conférence d'Alma-Ata (aujourd'hui Almaty), il fut préconisé d'élargir la vaccination contre la variole à six maladies meurtrières dans l'enfance : la tuberculose en vaccinant par le BCG dès la naissance, la poliomyélite, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et la rougeole. Les femmes en âge de procréer devraient aussi être vaccinées contre le tétanos dans le cadre de la prévention du tétanos néonatal. Il est important de noter qu'à cette époque la couverture vaccinale (CV) globale dans les pays en développement était inférieure à 5 %.

Jusqu'au milieu des années 80, les pays mirent en place progressivement leur PEV et les infrastructures permettant sa réalisation.

En 1988, la vaccination contre la fièvre jaune fut ajoutée au PEV dans les zones d'endémie amarile, puis en 1991, celle contre l'hépatite B. Actuellement, la vaccination contre la bactérie *Haemophilus influenzae* b, principale responsable dans de méningites dans les deux premières années de vie, est en cours d'adjonction.

La CV, en particulier contre les six premières maladies cibles, augmenta rapidement pour atteindre son apogée au début des années 1990 (75 % pour la CV diphtérie-tétanos-coqueluche par exemple). Puis dans certains pays, elle commença à décroître à la fin des années 1990 du fait de problèmes socio-politiques mais aussi de difficultés d'approvisionnement en vaccins et de financement. En fait, il existe une grande disparité entre les pays. Si la CV dépasse 90 % dans les pays développés, elle

oscille entre 70 et 80 % dans les pays émergents, mais elle n'est que de 30 à 55 % dans les pays les moins avancés.

Aujourd'hui, les problèmes d'approvisionnements sont en partie résolus du fait des grands progrès réalisés dans le cadre de l'industrie des vaccins dans les pays émergents d'Amérique latine et d'Asie. Ces pays fournissent actuellement la moitié du nombre total de doses de vaccins requis dans le monde par le PEV.

Quant au financement, il bénéficie depuis 2000 de l'Alliance globale pour les vaccins et la vaccination, plus connue son acronyme anglo-saxon GAVI, fruit d'une collaboration entre des fondations privées dont la fondation Gates, le secteur public international et les producteurs de vaccins. Dans les pays où la CV est inférieure à 75 %, GAVI aide à l'amélioration des infrastructures et à la formation des personnels de santé en particulier à la gestion du programme avant de mettre les vaccins à disposition.

La baisse des CV est aujourd'hui enrayée et devrait s'améliorer à condition d'une part de relever le défi que constitue l'adaptation des capacités de production en vaccins aux besoins et d'autre part que l'aide financière se poursuive.

Le rôle des insectes dans la transmission des maladies : historique.

F. Rodhain

Membre de la Société de pathologie exotique.

Membre de l'Académie des sciences d'outre-mer.

La transmission d'agents infectieux par des insectes vecteurs constitue un mode original de dissémination et un phénomène biologique très complexe. Il n'est pas sans intérêt de se pencher sur la manière dont nos connaissances dans ce domaine ont été acquises.

Deux dates-clés peuvent être retenues : 1877, l'année où, en Chine, Patrick MANSON décrit le rôle d'un moustique dans le cycle biologique de la filaire de Bancroft, et 1939, lorsque Paul Hermann MÜLLER découvre les propriétés insecticides du DDT. Dès lors, trois périodes peuvent être distinguées.

Avant 1877 : le temps des hypothèses

Nos connaissances de certains aspects des liens existant entre les insectes et la santé remontent à des temps immémoriaux; néanmoins, même si certains, comme SUÇRUTA, DE BÉNARÈS, ont peut-être soupçonné l'implication des moustiques dans la dissémination du paludisme, force est de reconnaître que, dans l'esprit des médecins de l'Antiquité et de la Renaissance, notamment dans le monde méditerranéen, c'est avec les marais, et non avec les moustiques, que le paludisme se trouvait relié. Il faut attendre les écrits de LANCISI publiés en 1717 pour que les moustiques soient clairement suspectés dans la transmission de cette endémie dont l'importance était alors majeure en Europe. La théorie du moustique prenait corps.

De 1877 à 1939 : le temps des preuves

Même si MANSON n'a pas décrit le mécanisme de l'infection de l'homme, la découverte, en 1877, du développement de larves filariennes dans l'organisme des moustiques marque, quelque peu arbitrairement, la naissance de l'entomologie médicale. Cette découverte entraîne, en effet, l'irruption de la science entomologique dans le champ des médecins et des vétérinaires. Grâce à une évolution décisive des idées à la suite des travaux de PASTEUR et de ses élèves, de ceux des écoles de KOCH, de ROSS, de GRASSI, survient une véritable explo-

sion de découvertes faisant émerger un domaine nouveau, celui de la microbiologie et de l'épidémiologie des maladies infectieuses, notamment tropicales. En l'espace d'une cinquantaine d'années, la plupart des bactéries et des parasites pathogènes pour l'homme et les animaux sont décrits, leurs rôles respectifs sont précisés en même temps que leurs hôtes intermédiaires et leurs vecteurs éventuels sont reconnus dans le monde entier ou presque. L'existence des virus est admise, même si, pour des raisons purement techniques, il demeure impossible de les mettre en évidence. Parmi bien d'autres, quelques dates marquantes peuvent être rappelées.

1881 : Carlos FINLAY montre, à Cuba, le rôle d'*Aedes aegypti* dans la transmission du virus amaril, ce qu'avait déjà affirmé L.D. BEAUPERTHUY en 1854. Ce fait sera confirmé par la Commission américaine, dirigée par Walter REED, envoyée à Cuba en 1900 et par la Commission française à Rio de Janeiro (E. MARCHOUX, A. SALIMBENI, P.L. SIMOND).

1895-1896 : David BRUCE démontre la transmission de l'agent du Nagana par la glossine, confirmant ce qu'avait pressenti Livingstone un demi-siècle plus tôt. En 1903, BRUCE montre le rôle du même insecte en ce qui concerne la trypanosomose humaine africaine.

1897 : Ronald ROSS observe, chez l'anophèle, certains stades de développement du parasite responsable du paludisme que LAVERAN avait décrit en 1880. C'est Giovanni Battista GRASSI et ses collaborateurs qui arrivèrent à démontrer, en 1898, le développement complet des plasmodies humaines chez le moustique. Il en résulta, entre chercheurs italiens et britanniques, une certaine polémique qui ne prit fin qu'en 1900, à la suite d'une expérience commune consistant à infecter des volontaires n'ayant jamais quitté l'Angleterre à l'aide d'anophèles préalablement gorgés en Italie sur des sujets paludéens.

1898 : à Bombay, Paul-Louis SIMOND réussit à démontrer, par des expériences très simples, que la puce est le vecteur habituel du bacille de la peste que YERSIN avait mis en évidence quatre ans plus tôt à Hong Kong.

1909 : le rôle du pou dans la transmission de l'agent du typhus exanthématique est démontré à Tunis par Charles NICOLLE.

1909 : le brésilien Carlos CHAGAS prouva que des punaises du genre *Triatoma* pouvaient disséminer, par leurs déjections, l'agent de la trypanosomose américaine.

Beaucoup d'autres exemples suivront, le dernier en date étant la démonstration de la transmission du spirochète responsable de la maladie de Lyme par des tiques, due à W. BURGDORFER et qui ne date que de 1981.

Il convient d'insister ici sur plusieurs points d'importance. En premier lieu, il ne faudrait pas croire que cette somme de découvertes essentielles fut acquise facilement; le plus souvent, seules sont rapportées les observations ayant abouti aux résultats que l'on sait aujourd'hui être les bons. Un second point mérite attention : le risque de contamination représenté, pour les chercheurs, par certaines expériences. Le jeu était souvent dangereux et la liste est longue de ceux qui ont payé de leur vie la recherche de la vérité. Enfin, il demeure essentiel, pour en bien comprendre la portée, de réinsérer l'ensemble des travaux sur la transmission vectorielle dans le contexte de l'époque, de la révolution scientifique et industrielle, celle des empires coloniaux bâtis par les puissances occidentales et, sur le plan médical, celle de l'essor de la microbiologie, de la médecine tropicale, de la création des Instituts Pasteur.

Après 1939: le temps de l'efficacité dans la lutte contre les vecteurs

Aussitôt que P.H. MÜLLER eut remarqué les propriétés insecticides du DDT, ce composé, produit à grande échelle à partir de 1942, est utilisé pour lutter contre les poux (en particulier à Naples en 1944 où une épidémie de typhus menaçait) et contre les vecteurs du paludisme dans plusieurs pays avec des résultats spectaculaires. On estime que le DDT a permis d'éviter la mort de quelque 100 millions de personnes. Cette efficacité du DDT et des organo-chlorés, composés stables et peu coûteux, incita finalement l'OMS à lancer le projet d'une éradication mondiale du paludisme. On sait ce qu'il en advint.

Les chercheurs français, ainsi que des savants étrangers formés en France, ont joué un rôle important dans cet ensemble de découvertes. Parmi eux, beaucoup étaient des pasteuriens. Tous, ou presque, étaient membres de l'Académie des sciences d'outre-mer.

Changements climatiques et risques sanitaires.

J.-M. Amat-Roze

Membre de la Société de pathologie exotique.
Membre de l'Académie des sciences d'outre-mer.

Les modèles construits à partir des systèmes d'observation de la Terre conduisent une majorité de scientifiques à penser qu'un changement du climat global est en cours. Un forçage anthropique s'ajoute à une tendance naturelle de même sens observée depuis la fin du petit âge glaciaire (1850). Depuis un siècle, l'utilisation massive des énergies fossiles a rompu l'équilibre entre les émissions anthropiques de gaz à effet de serre et les capacités d'absorption naturelle. N'est-ce pas notre façon d'habiter la Terre qui est en cause ? Or, de la bonne santé de la planète dépend la qualité de vie des hommes. La santé environnementale, définie comme « l'élément central de la connaissance qui se préoccupe de la prévention des maladies par le contrôle des agents biologiques, chimiques, ou physiques dans l'air, l'eau et la nourriture, et le contrôle du facteur environnemental qui pourrait avoir un impact sur le bien-être de la population » s'affirme. Les évolutions climatiques porteuses de risques sanitaires en font logiquement partie.

Deux constats :

- Le réchauffement planétaire est enclenché. Depuis 1860 (mesures normées des températures), huit des dix années les plus chaudes appartiennent à la dernière décennie; à l'horizon 2100, les modèles actuels prévoient une augmentation de la température moyenne globale comprise entre +1,4 et 5,8 °C (base 1990).
- Depuis une quinzaine d'années, des événements météorologiques hors normes sont plus fréquents et surtout plus intenses.

Quatre conséquences en découlent :

- des terres plus chaudes; à l'échelle de la planète, les minimales nocturnes et les hivers sont les premiers bénéficiaires du réchauffement;
- des circulations cycloniques perturbées dans l'espace et le temps, avec une multiplication des événements extrêmes;
- des eaux océaniques plus chaudes, des niveaux qui s'élèvent (scénario pour 2100 : élévation moyenne comprise entre 11 et 90 cm);
- des écosystèmes migrants en latitude et altitude.

Les conséquences sanitaires de ces processus sont à replacer dans le contexte du début du XXI^e siècle.

Quatre traits doivent être posés en toile de fond des raisonnements :

- le poids des hommes, le grand choc du XX^e siècle (1800 : premier milliard, 1925 : le deuxième, 1999 : le sixième);
- la concentration des hommes selon deux dynamiques, la littoralisation (plus de 20 % de la population mondiale vit à moins de 3 mètres d'altitude et sept des dix premières agglomérations du monde sont littorales) et l'urbanisation (près de 5 milliards de personnes vivront en zone urbaine d'ici à 2030 contre 2,8 milliards en 2000);
- la pauvreté d'une partie de l'humanité (en 2030, les nouveaux pauvres seront majoritairement urbains); même si la pauvreté a reculé au cours du XX^e siècle, jamais autant de personnes vulnérables ne se sont rassemblées sur des espaces eux-mêmes vulnérables (les plus exposés aux phénomènes météorologiques d'origine océanique, cyclones et tempêtes);
- l'accroissement de toutes les mobilités (la solidarité des régions du monde est renforcée).

Les effets du changement climatique sur la santé sont polymorphes, modulés à l'infini par les contextes où ils se produisent.

Les manifestations climatiques extrêmes telles que les vagues de chaleur ou de froid sont facteurs de mortalités directe et indirecte, comme les cyclones et ouragans pour lesquels il faut ajouter les traumatismes physiques et psychiques.

La montée des eaux marines et la fonte des glaces arctiques sont à l'origine d'une nouvelle catégorie de populations réfugiées, dites réfugiées de l'environnement.

Les effets des bouleversements écologiques auront d'innombrables répercussions possibles :

- menaces sur les ressources alimentaires par des dégâts directs sur des terres agricoles (des récoltes plus incertaines dans les régions plus sèches); mais des aspects positifs sont possibles, en lien avec l'augmentation des températures, par la disponibilité de nouvelles terres arables;
- des disponibilités en eau plus contrastées;
- de nouvelles géographies des risques infectieux, dans le champ des maladies à transmission vectorielle (les plus inféodées à des biotopes déterminés), comme dans le champ du non vectoriel ou des maladies allergiques.

Mais si la présence de biotopes répondant aux exigences de systèmes vectoriels (ou non) est une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante. Le degré de vulnérabilité des sociétés exposées est déterminant pour moduler les répercussions de tout aléa.

La mise en place des mécanismes correcteurs exige des choix politiques : stratégies de réduction des gaz à effet de serre, stratégies d'adaptation à la vulnérabilité des systèmes naturels et socio-économiques. Mais les difficultés naissent du décalage entre la nécessité d'articulation mondiale et l'enfermement de la décision politique à l'échelle nationale. De la capacité des populations et des pouvoirs d'encadrement à gérer leur espace, dépend donc leur état de santé, sinon leur bien-être.

Quelques figures de médecins militaires français outre-mer.

J.-M. Milleliri

Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Le Pharo - Marseille.

Si l'Histoire a retenu les noms des BRAZZA, LENFANT, LAMY, ARCHINARD et autres GALLIÉNI, dirigeant en Afrique des

missions d'exploration et de conquête, qui se souvient des BALLAY, BAYOL, TAUTAIN, CUREAU ou COLLOMB. La France construit son Empire et des médecins, illustres inconnus de l'Histoire, l'accompagnent.

Mais d'autres médecins ont laissé leurs noms à la postérité. Ils étaient explorateurs, comme ÉMILY, scientifiques et chercheurs tels LAVERAN ou YERSIN, hommes de terrain comme JAMOT ou MURAZ, ou un peu de tout cela à la fois, écrivain aussi, comme le fut plus près de nous LAPEYSSONNIE.

Ce sont leurs histoires que nous allons évoquer ensemble aujourd'hui.

Jules ÉMILY (1866-1944)

Lorsqu'il participe à la mission Marchand qui doit relier la côte atlantique de l'Afrique à la côte orientale, Jules ÉMILY, médecin de la marine, a déjà une forte expérience des campagnes africaines, ayant suivi ARCHINARD au Soudan. Ce n'est donc pas par hasard si MARCHAND le choisit en 1896 pour la mission Congo-Nil. La campagne s'annonce longue et périlleuse. Sept officiers, dont les lieutenants LARGEAU et MANGIN, deux sous-officiers ainsi que 150 tirailleurs et auxiliaires accompagnent la colonne. L'objectif est de devancer les forces anglo-égyptiennes du général Lord KITCHENER à Fachoda.

Après avoir remonté le Congo, la troupe est obligée de démonter pièce par pièce le vapeur *Le Faidherbe*, et transporte le bateau ainsi démonté sur une piste de 200 kilomètres ouverte par les hommes. Parti de Loango en juillet 1896, la mission va rejoindre le bassin du Nil pour atteindre Fachoda le 10 juillet 1898. Entre ces deux dates, des milliers de kilomètres et de multiples dangers. ÉMILY est tour à tour géographe, chasseur, soldat-médecin. Il soigne MARCHAND atteint de fièvres palustres, assure l'hygiène des troupes, panse les blessés après les attaques et les combats. Il inaugure l'assistance médicale indigène en assurant les soins aux tribus autochtones ou en vaccinant contre la variole les Oubanguiens. Abandonnant Fachoda, pour répondre aux ordres de Paris désireuse de lier avec l'Angleterre une alliance politique, prémices de l'Entente cordiale, la mission MARCHAND rejoindra Djibouti, non sans avoir été reçue en grandes pompes par le Négus d'Abyssinie. L'exploration se termine et tous les acteurs garderont longtemps en eux le souvenir de cette expédition au parfum d'aventure.

Alphonse LAVERAN (1845-1922)

Même s'il n'a connu des territoires outre-mer que la bande de l'Afrique du Nord, Alphonse LAVERAN figure parmi les personnalités qui ont marqué le monde de la médecine tropicale. Agrégé du Val-de-Grâce à 29 ans, il est nommé en 1878 en Algérie où il se lance dans l'étude du paludisme. En 1880, il découvre à Constantine le parasite responsable du paludisme, l'hématozoaire *Plasmodium*. La note qu'il envoie aussitôt à l'Académie de médecine est reçue avec scepticisme et l'un des membres de la commission écrit sur la page de garde de cette note : « il n'y a pas lieu de faire un rapport... ». Il faudra attendre 1889 pour que la communauté scientifique reconnaisse que les parasites décrits par LAVERAN sont les véritables agents du paludisme. LAVERAN obtiendra en 1907 le Prix Nobel de physiologie et de médecine, et créera la même année la Société de pathologie exotique, dont il sera le premier président. Ces travaux conduiront à la mise en place des programmes de prophylaxie contre le paludisme, notamment pour les troupes françaises engagées sur des territoires où sévit cette parasitose tropicale.

Alexandre YERSIN (1863-1943)

Personnage atypique, YERSIN commence sa carrière de médecin comme collaborateur de Louis PASTEUR qui a mis au point un vaccin contre la rage en 1885. Mais l'appel du large lui fait quitter le laboratoire de la rue d'Ulm pour, dit-il, « explorer de nouvelles terres ». Il travaille pour les Messageries maritimes et rencontre à Saïgon Albert CALMETTE (le futur inventeur du BCG) qui le convainc de s'engager dans le service de santé des troupes coloniales nouvellement créé. À Nha-Trang, en 1892, Yersin installe un laboratoire de bactériologie dans une paillote qui deviendra ensuite le premier Institut Pasteur d'Indochine. Lors de l'épidémie de peste qui sévit à Hong-Kong, YERSIN parvient à isoler l'agent causal de la peste, mettant fin à des siècles d'hypothèse sur l'origine de ce mal « qui répand la terreur ». Dans une lettre qu'il écrit à sa mère le 28 juin 1894, YERSIN décrit le bacille qui portera désormais son nom (*Yersinia pestis*) : « c'est un petit bâtonnet un peu plus long que large et qui se colore difficilement », prudent il termine « chère maman, lave-toi les mains après avoir lu ma lettre pour ne pas gagner la peste ». YERSIN ne quittera plus le Vietnam. Très proche des populations Moïs, il sera jusqu'à la fin de sa vie astronome, agronome introduisant la culture du quinquina et de l'hévéa dans le pays. Enterré à Nha-Trang, sa mémoire est honorée avec ferveur par le Vietnamiens.

Eugène JAMOT (1879-1937)

Eugène JAMOT est de ces médecins qui ont épousé l'Afrique. Originaire de la Creuse, il intègre le service de santé des troupes coloniales en 1910, renonçant à une carrière de médecin généraliste entamé deux ans auparavant à Sardent. Durant 25 ans, il va consacrer toute son énergie à faire reculer l'endémie sommeilleuse sur le continent noir : au Cameroun essentiellement mais aussi en Afrique occidentale française.

JAMOT est à la fois un visionnaire, un meneur d'hommes et surtout un médecin tropicaliste précurseur de ce que sera la santé publique moderne. La maladie du sommeil, dont il découvre les ravages dans les populations d'Afrique centrale dès son premier séjour au Tchad en 1911, va lui donner l'occasion de mettre en œuvre ses talents d'organisateur.

En 1919, sillonnant la brousse de l'Oubangui-Chari, il examine 90 000 personnes avec la première équipe mobile qu'il crée, diagnostiquant plus de 5 000 malades trypanosomés. Le concept de médecine mobile destiné à une population visitée « au bout de la piste » est né. Le but : systématiser dans un protocole de masse les visites des populations de façon exhaustive, y appliquer les meilleures techniques de diagnostic et de traitement standardisé. Pour cela, JAMOT, qui a réussi à convaincre l'administration de l'époque, crée un centre de coordination, de formation des techniciens et de traitement des malades à Ayos. En 1926, il est nommé directeur de la Mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil. En 1930, 28 secteurs quadrillent le Cameroun. « La Mission » comprend 18 médecins, près de 40 assistants sanitaires et 400 infirmiers ; en 1922, il n'y avait que 3 médecins, 3 assistants et 40 infirmiers. Là où, en 1925, il avait trouvé des taux d'infection de plus de 30 %, 5 ans plus tard, grâce au travail de ses équipes, la maladie recule et le nombre de patients parasités est près de 10 fois moindre. On peut estimer à plus de 150 000 le nombre de Camerounais sauvés de la maladie du sommeil par les équipes de JAMOT.

Malheureusement, JAMOT va voir sa carrière brisée par une injuste disgrâce. L'administration coloniale, lui faisant sans doute payer sa forte personnalité, sa liberté de parole et une

réussite de ses actions que certains cercles lui jalouent, profite d'une erreur thérapeutique d'un des ses jeunes collaborateurs (500 malades deviennent aveugles en raison d'un surdosage du traitement à Bafia) pour l'empêcher de poursuivre son travail au Cameroun. Débarqué à Dakar, affecté en Haute-Volta où l'administration pense qu'il sera au calme car la maladie du sommeil n'y est que peu développée (en fait mal connue), JAMOT reprend son bâton de pèlerin et met en évidence en trois ans un foyer important de 70 000 malades entre le Sénégal, le Soudan français, le Niger et la Haute-Volta. Continuant à être désavoué, il quitte l'armée en 1935, se retire à Sardent, dans sa Creuse natale, où il meurt deux ans plus tard. Sa mémoire est honorée chaque année à Saint-Sulpice-les-Champs, où il est enterré.

Enfin, autour des équipes qu'il a fédérées, et par l'impact qu'a eu sa méthode (toujours d'actualité) sur la santé des populations africaines, son héritage scientifique lui a survécu.

Gaston MURAZ (1887-1955)

Tandis que JAMOT œuvrait au Cameroun, Gaston MURAZ dirigeait en Afrique équatoriale française de 1928 à 1931 le service de prophylaxie de la maladie du sommeil basé à Fort-Archambault (actuel Sarh, Tchad). Là, avec des équipes calquées sur l'organisation de celles de JAMOT, il va prendre en charge 50 000 malades. Après la seconde guerre mondiale, Muraz, poursuivant le travail mené par JAMOT en Afrique occidentale française, va faire examiner plus de 2,5 millions de personnes et traiter près de 30 000 sommeilleux. Portant une attention extrême à toute la logistique sanitaire et faisant réaliser un équipement technique adapté aux tournées de brousse, MURAZ va se révéler comme un brillant organisateur, qui va ancrer la méthode JAMOT et développer les équipes mobiles de prospection. Au-delà de l'aspect médical de son action, MURAZ laissera des écrits poétiques colorés de cette Afrique qu'il a tant aimée et publiés dans un ouvrage *Satyres illustrées de l'Afrique Noire*.

Léon LAPEYSSONNIE (1915-2001)

Héritier de la grande tradition des médecins coloniaux formés à l'école pasteurienne, LAPEYSSONNIE est de ces épidémiologistes qui ont fait progresser la lutte contre les grandes endémies tropicales. Mais il n'est pas seulement cela. Il a été tour à tour médecin militaire engagé dans le second conflit mondial et médecin de santé publique lorsqu'il part pour un poste en pays Lobi où à côté de Jules LE ROUZIC, le successeur de MURAZ, il découvre la maladie du sommeil. Après la guerre d'Indochine où il dirige la laboratoire d'Haïphong, LAPEYS-

SONNIE est enseignant à Pondichéry parvenant à convaincre le NEHRU de donner à la plus vieille école de médecine outre-mer des moyens nouveaux d'enseignement. Voyageur-né, c'est par la route qu'il rejoint l'Europe à la fin de son séjour en Inde, passant par Kaboul, Ankara et Venise. LAPEYSSONNIE mène de nombreuses missions dans la zone intertropicale et en 1963, il caractérise la bande de pluviométrie où se développe en Afrique les épidémies de méningite cérébrospinale. La « ceinture de LAPEYSSONNIE » le fait entrer de plain-pied dans les manuels de médecine tropicale. En 1974, appelé par Charles MÉRIEUX pour combattre une épidémie de méningite à Sao Paulo, il coordonne les activités de vaccination avec les autorités brésiliennes. Avec l'injecteur sans aiguille qu'il a mis au point, il parvient à faire vacciner 120 millions de personnes en quelques semaines. Retiré en Bretagne en 1975, il n'en continue pas moins son combat pour les populations en danger dans les zones tropicales. L'éveilleur d'Afrique rugit dans des interviews remarquables et dont la presse française se fait l'écho. Il prend le temps d'écrire, transmettant aux plus jeunes son goût immodéré pour l'Afrique et ses pistes de brousse; celles au bout desquelles l'attendent ces femmes et ses enfants.

Humaniste passionné, cette figure de la médecine militaire française outre-mer fait ainsi le lien entre les médecins explorateurs de la fin du XIX^e siècle, ces médecins défricheurs d'espace et découvreurs d'agents infectieux tropicaux, dont il a su garder l'engagement, et les *french doctors* modernes dont il fut le pionnier.

Un engagement humain... identique à travers les générations

Ces figures de médecins militaires ayant œuvré outre-mer nous rappellent que quelles que soient les périodes, l'engagement de l'Homme à soulager son semblable a été le moteur profond et permanent de ces praticiens, de ces scientifiques tropicaux. Le geste reste le même. Se pencher sur un blessé, l'examiner, et atténuer sa souffrance. Aller auprès des populations et combattre les maladies.

Le Pharo : une école centenaire

Nombre de ces médecins ont commencé cette aventure humaine et médicale, à Marseille, à l'École du Pharo, école d'application du Service de santé des troupes coloniales devenue Institut de médecine tropicale. Cette école vient de célébrer son centenaire. Dans ce creuset commun de savoir, de savoir-faire et de savoir-être, les 8 000 élèves qui s'y sont succédés ont aussi appris à se donner aux autres en s'oubliant eux-mêmes, certains payant de leur vie leur engagement contre les maladies.