

# TROPIQUES EN MARCHÉ

## NOS PARTENAIRES



## POUR EN SAVOIR PLUS

ASSOCIATION DOCTEUR EUGENE JAMOT

12 ROUTE DE BANIZE

23480 SAINT SULPICE LES CHAMPS

05.55.67.63.57 ou [espace-jamot@orange.fr](mailto:espace-jamot@orange.fr)

[www.espace-jamot.fr](http://www.espace-jamot.fr)

ASSOCIATION CEUX DU PHARO

RESIDENCE PLEIN SUD 1 - B3

13380 PLAN DE CUQUES

06.88.27.02.45 ou [louis13380@gmail.com](mailto:louis13380@gmail.com)



## 2 et 3 mai 2014

## AUBUSSON - ST SULPICE LES CHAMPS



# Ferme de la Clairière



- fromages de chèvre fermier au lait cru •
- viande caprine • savons •

Le Combaro 23250 CHAVANAT  
laclairiere@live.fr, 06 48 70 87 86

"La Clairière", GAEC au capital de 144.000 €,  
N° TVA intracomm. : FR09 799367008

Ventes à la ferme, tous les jours (10-12 h et 15-19h).

Marchés hebdomadaires : Bourganeuf (Mercredi matin), Saint Sulpice les Champs (Jeudi matin), Pontarion (Vendredi après-midi, avec "Produits d'ici"), et Aubusson (Samedi matin).

Jean-Yves Montjoffre

Fleuriste - Cadeaux  
Pompes Funèbres



18, Grande Rue 23200 **AUBUSSON**

Tél. 05 55 66 16 30 - 06 80 43 09 97 - Fax : 05 55 66 36 38

18, rue Notre Dame - 23190 **BELLEGARDE EN MARCHÉ**

Tél. 05 55 67 60 52

5, rue Paul Doumer - 23700 **AUZANCES** - Tél. 05 55 67 15 45

Email. monjoffre@wanadoo.fr

## SOMMAIRE

- ♦ Programme des journées TROPIQUES EN MARCHÉ ..... 4, 6
- ♦ Avant-propos ..... 7, 8
- ♦ Hommage à Pierre AMBROISE-THOMAS ..... 9, 10
- ♦ 1ère plénière :
  - Dr Michel Trabuc - Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Creuse ..... 12
  - Pr Bernard Bouteille - CHU Limoges ..... 13, 14
  - Dr Olivier Patey - CHI Villeneuve Saint Georges ..... 15, 16
  - Dr Jean-Jacques Morand - HIA Sainte-Anne Toulon ..... 17, 18
- ♦ 2nde plénière :
  - Pr Jean Delmont - Faculté de Médecine Marseille ..... 21, 22
  - Dr Bruno Marchou - CHU Toulouse ..... 23, 24, 25
  - Pr Marie-Cécile Ploy - CHU Limoges ..... 26, 27
  - Dr Jean-Marie Milleliri - Dakar ..... 28
- ♦ Commémorations à la mémoire du Docteur Eugène Jamot :
  - M. Jean-Jacques Lozach - Sénateur ..... 29
  - Dr Francis J. Louis - Président Association Ceux du Pharo ..... 30, 31
  - Dr Yves Pirame ..... 32, 33, 34, 35
  - M. Alex Saintrapt - Maire de Saint Sulpice les Champs ..... 36
  - Mme Georgette Michaud - Présidente Association Dr Eugène Jamot ..... 37, 38



# CEUX DU PHARO

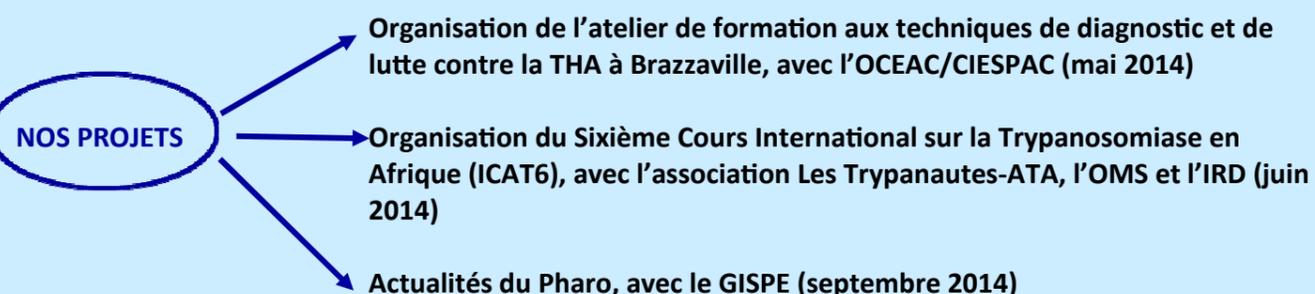
ASSOCIATION DES ANCIENS ET AMIS DU PHARO

Association loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et décret du 16 août 1901  
publiée au J.O.R.F. n°32 du 10 août 2013, page 3710 (n°177).



Le 14 juin 2013, l'Institut de Médecine Tropicale du Service de santé des Armées, « le Pharo » à Marseille, était fermé dans une quasi indifférence, effaçant sans gloire plus d'un siècle d'une histoire de la médecine tropicale qui a fait la renommée de la France *mari transve mare*. Plus de 8 000 médecins et pharmaciens sont passés au Pharo et ont contribué à disséminer une médecine de qualité au plus profond de la brousse intertropicale. Quelques-uns ont laissé leur nom et leur mémoire restera à jamais : Jamot, Simond, Laigret, Calmette, Richet, Labusquière, Girard, Robic ....

Le 15 juin, deux médecins et un pharmacien, anciens du Pharo, ont décidé que le Pharo ne pouvait pas, ne devait pas tomber dans les oubliettes de la mémoire, mais qu'ils n'avaient pas l'exclusivité du devoir de mémoire. Ainsi est née «Ceux du Pharo», Association des Anciens et Amis du Pharo, ouverte à tous, civils ou militaires, ayant travaillé au Pharo ou non, tous désireux de maintenir vivace l'esprit du Pharo. Si les murs sont tombés, l'esprit de l'établissement reste toujours vivace. Aujourd'hui, Ceux du Pharo sont 150 et nous espérons que ce nombre va croître de mois en mois.



RENSEIGNEMENTS : Francis LOUIS, Résidence Plein-Sud 1/B3, 13380 Plan-de-Cuques  
Tél : 06 88 27 02 45. Mail : louis13380@gmail.com



solidarité  
**VOUS** services publics  
democratie  
vos idées - fraternité  
**paix**  
votre communication

un imprimeur au service de vos projets

PREPRESSED - IMPRESSION FEUILLES ET ROTATIVE - FAÇONNAGE - ROUTAGE - GESTION DE FICHIERS - CROSSMEDIA

24, rue Claude-Henri-Gorceix | BP 1577 | 87022 LIMOGES CEDEX 9

Téléphone : 05 55 04 49 50 | Télécopie : 05 55 04 49 61 | e-mail : accueil@rivet-pe.com

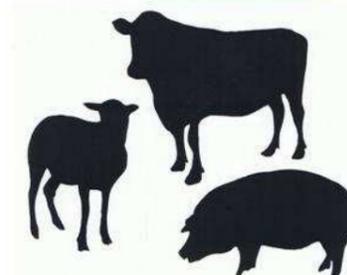


## LA LICORNE

LIBRAIRIE – PAPETERIE

42, Grande Rue 23200 Aubusson  
tél. 05 55 66 13 64 - fax. 05 55 66 35 70  
librairielaicorne@sfr.fr

### LA FERME BIO DE PIGEROLLES



**Produits du Plateau de Millevaches**

GAEC Chatoux - Jeanblanc - Pichon  
&  
SARL La Ferme des Nautas

23340 Pigerolles  
05.55.67.93.12

[lafermebiodepigerolles@gmail.com](mailto:lafermebiodepigerolles@gmail.com)

Livraison possible partout en France,  
Prospectus envoyé sur demande





## Une marque de territoire

### POUR LE LIMOUSIN

La marque LIMOUSIN, c'est avant tout des valeurs communes, une volonté de faire ensemble et surtout l'ambition de promouvoir notre région. Construite sur nos forces, elle renouvelle notre regard et celui des autres sur l'excellence de notre territoire.

À travers la création de cette marque, le Limousin veut relever 4 défis :

- Rassembler les habitants autour d'une même identité,
- Faire connaître le Limousin,
- Séduire les touristes pour développer ce secteur d'activité,
- Faire venir des créateurs d'entreprises, source d'emplois.

#### DEVENEZ PARTENAIRE DE LA MARQUE LIMOUSIN

Vous aussi, contribuez à renforcer l'image et l'attractivité de notre territoire. Entreprise, association, acteur public ou parapublic, nous partageons cette ambition commune de développer le Limousin et de faire connaître nos savoir-faire.

Affirmez votre appartenance à ce territoire ambitieux en rejoignant la dynamique portée par la marque LIMOUSIN.

RENSEIGNEMENTS ET ADHÉSION

[www.marque-limousin.fr](http://www.marque-limousin.fr)

# Décor et Pub

Pascale et Philippe Dutertre  
Peintres en Lettres

23500 Sainte Feyre la Montagne

05.55.66.87.49  
[decoretpub@wanadoo.fr](mailto:decoretpub@wanadoo.fr)

## TROPIQUES EN MARCHÉ

Sous la présidence d'honneur de Monsieur André CHANDERNAGOR  
ancien ministre

**VENDREDI 2 MAI 2014**

### RENCONTRES MÉDICALES DU LIMOUSIN SALLE DES CONFÉRENCES - AUBUSSON

Présidées par le Pr Marc GENTILINI, Président honoraire de l'Académie Nationale de Médecine et de la Croix Rouge Française  
et par le Pr Pierre SALIOU, Président en exercice de l'Académie des Sciences d'Outre-Mer.

#### **10H00-13H00 : accueil des congressistes, inscriptions et retrait des documents**

#### **13H00-13H30 : ouverture**

M. Michel MOINE, Maire d'Aubusson

Pr Marc GENTILINI : mot d'ouverture.

Dr Michel TRABUC, Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Creuse

#### **13H30-15H00 : 1ère plénière**

Dr Francis LOUIS (Marseille) – Hommage à Pierre AMBROISE-THOMAS

Pr Bernard BOUTEILLE (Limoges) – Epidémiologie de la cysticercose et de la neuro-cysticercose.

Dr Olivier PATEY (Villeneuve Saint-Georges) – Actualités sur les coxielloses et les rickettsioses.

Dr Jean-Jacques MORAND (Toulon) – Infection à *Mycobacterium ulcerans*: actualité d'une maladie émergente.

#### **15H00-15H30 : pause-café et visite des stands**

#### **15H30-17h00 : 2nde plénière**

Pr Jean DELMONT (Marseille) – Le paludisme de la mère et de l'enfant en Afrique tropicale.

Dr Bruno MARCHOU (Toulouse) – Pathologie tropicale d'actualité en France.

Pr Marie-Cécile PLOY (Limoges) – Bactéries multi-résistantes : quels enjeux en santé publique ?

#### **17H00-17H30 : clôture**

Dr Jean-Marie MILLELIRI – Alexandre YERSIN (1863-1943), explorateur et pasteurien.

M. André CHANDERNAGOR, Ancien Ministre

Pr Pierre SALIOU : mot de clôture.

### SOIRÉE CULTURELLE ET GASTRONOMIQUE

18H00-19H30 : visite guidée de la Cité Internationale de la Tapisserie d'Aubusson

19H30-21H00 : repas gastronomique

22H00-23H30 : projection du film « La Nuit Africaine », réalisé par Gérard GUILLAUME

Visite  
commentée par  
de véritables  
passionnés

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNEE

Exposition  
temporaire  
estivale

SAINT  
SULPICE  
LES  
CHAMPS

ESPACE  
Eugène  
JAMOT

En 2014, l'association vit toujours, et plutôt mal, dans les 100 m<sup>2</sup> aménagés, et dans l'attente de pouvoir disposer des 200 m<sup>2</sup> contigus, porteurs d'avenir !

Cette situation, si elle perdure, menace l'existence de l'association. La « MAISON JAMOT » tellement souhaité par le Médecin Général LAPEYSSONIE verra-t-elle vraiment le jour ?

Mais il y a, néanmoins, dans la vie de l'Association Dr Eugène Jamot des éléments positifs et encourageants.

C'est l'accueil, depuis l'ouverture de l'espace muséographique, de plus de 5 000 visiteurs.

C'est plus de 150 adhérents fidélisés dans la France entière et au-delà.

C'est la constitution d'un fonds documentaire riche de documents originaux et uniques provenant de dons de médecins, descendants de médecins, descendants du Dr JAMOT, de nombreux anonymes, de documents : livre et exposition réalisés par les lycées JAMOT d'Aubusson et Delphine GAY de Bourgneuf que l'association utilise et valorise.

C'est le don fait par le Pr SALIOU en tant que Président de l'Association GISPE, d'une valeur de 10 000 €, correspondant à l'achat d'archives privés du Dr JAMOT, remis en 2009 à l'Association Dr Eugène Jamot lors de l'ouverture de l'espace muséographique. Au cours de l'Assemblée Générale du 23 mai 2013, les membres du GISPE ont décidé d'effacer la dette de 7 000 € encore due par l'association.

Au nom de celle-ci, sa Présidente renouvelle tous ses remerciements au Pr SALIOU et aux membres du GISPE pour cet apport qui enrichit le fonds propre de l'association, participe à la valorisation de la mémoire du Dr JAMOT et à travers lui, celle des personnels médicaux qui ont contribué à la même œuvre humanitaire française d'Outre-Mer durant un siècle.

C'est la toute dernière initiative d'adhérents fidèles et actifs : un groupe de médecins solidaires de l'association et fermement décidés à la soutenir en manifestant leur attachement à leur grand ancien JAMOT ; à cet effet :

- ils lancent un appel à l'aide en faveur de l'Espace Eugène Jamot, en difficulté,
- ils décident de donner une autre dimension à la cérémonie annuelle d'hommage au Dr JAMOT avec l'organisation les 2 et 3 mai, à Aubusson et à Saint Sulpice les Champs des journées « TROPICQUES EN MARCHÉ », un événement scientifique et culturel.

Cette manifestation, portée par les association « Docteur Eugène Jamot » et « Ceux du Pharo », sera, nous l'espérons, la première d'une longue série...

Comment ne pas puiser dans l'expression de cette volonté l'énergie et la capacité de rebondir, de projeter l'Espace Eugène Jamot dans le XXI<sup>ème</sup> siècle en prenant appui sur l'héritage légué par le Dr JAMOT, lui qui incarne la pensée républicaine et humaniste, la confiance dans le progrès, la science et le dévouement pour autrui.

# L'ASSOCIATION DOCTEUR EUGENE JAMOT : 34 ANS ET APRES ?

Georgette Michaud, Association Dr Eugène Jamot



*Georgette Michaud est la Présidente de l'Association Dr Eugène Jamot depuis plus de vingt ans. Ardent défenseur de la mémoire du Docteur Eugène Jamot, cette passionnée est parente avec le Docteur Eugène Jamot. Sa brillante carrière dans l'enseignement agricole lui a permis de rester proche de ses racines creusoises, et de sa commune natale Saint Sulpice les Champs.*

En 1980, sous la présidence de M. le Ministre André CHANDERNAGOR, Saint Sulpice les Champs commémorait le centenaire de la naissance de son illustre compatriote le Médecin Colonel Eugène JAMOT.

Dans le même temps naissait l'Association Dr Eugène Jamot qui, d'une certaine manière, allait prendre le relais, dans leur démarche de mémoire, des collaborateurs et amis de JAMOT qui, chaque année à la date anniversaire de sa disparition, se retrouvaient à Saint Sulpice les Champs pour témoigner de leur fidélité, de leur reconnaissance au cours d'une journée du souvenir et d'évocation empreinte de gravité et de joie.

En 2014, l'association a 34 ans et 20 ans d'activité soutenue. Le temps est venu de réaliser un bilan, bilan que souhaite également la Présidente en responsabilité depuis 1990, bilan qu'elle revendique et qu'elle assume.

« Faire vivre la mémoire de JAMOT », c'est l'objectif de l'association. Premier but à atteindre et atteint : permettre aux creusois de s'appropriier ou de se réappropriier cette mémoire, tâche d'apparence aisée, d'apparence seulement. Pourtant le monument, inauguré en 1954 par Gaston Monnerville, Président du Conseil de la République, est là présent au centre du bourg de Saint Sulpice les Champs pour la maintenir ; un monument attendu de la population qui avait soutenu le projet, et contribué financièrement par la voie des conseils municipaux des communes et des écoles de la Creuse, un monument, devant lequel, s'étaient recueillies plus de 2 000 personnes, le jour de son inauguration.

La mémoire résiste mal au temps, tout comme les repères et les valeurs qui fondent nos sociétés. L'association en subit les conséquences. Elle s'est heurtée à une forme de passivité, de désintérêt, parfois même de franche opposition qu'elle a du combattre. Cela s'est traduit aussi par un soutien peu enthousiaste et un soutien financier très parcimonieux et réduit le plus souvent à des aides ponctuelles dans le cadre « d'événementiels ».

Pour l'année 2014, c'est le refus de toute participation à son fonctionnement malgré une situation financière extrêmement fragilisée, alors que, dans le même temps, paradoxalement, elle est encouragée à persévérer dans son activité !

C'est dans ces mêmes conditions défavorables qu'a été créé en 2009 le musée Jamot et ses annexes, 1ère tranche d'un projet global dédié à ce grand homme, élaboré en 2002, pour lequel le Conseil régional du Limousin, et le Conseil Général de la Creuse avaient apporté leur part de financement.

## TROPIQUES EN MARCHÉ

Sous la présidence d'honneur de Monsieur André CHANDERNAGOR  
ancien ministre

**SAMEDI 3 MAI 2014**

### **COMMÉMORATIONS ET HOMMAGES À LA MÉMOIRE DU DOCTEUR EUGENE JAMOT** SAINT SULPICE LES CHAMPS

Présidées par M. Jean-Jacques LOZACH, Sénateur et Président du Conseil général de la Creuse.

**09H00 : accueil et allocutions devant la Mairie de Saint Sulpice les Champs**

M. Alex SAINTRAPT, Maire de Saint Sulpice les Champs

**09H30 : dépôt d'une gerbe sur la tombe du docteur JAMOT**

**10H00 : cérémonie d'hommage à la stèle JAMOT**

Dépôt de gerbe

MCS Charles PUEL, Directeur Régional du Service de Santé des Armées

Dr Yves PIRAME

**10H30 : conférence - Mairie**

Dr Francis LOUIS (Marseille) – « Que sont les grandes endémies devenues ? »

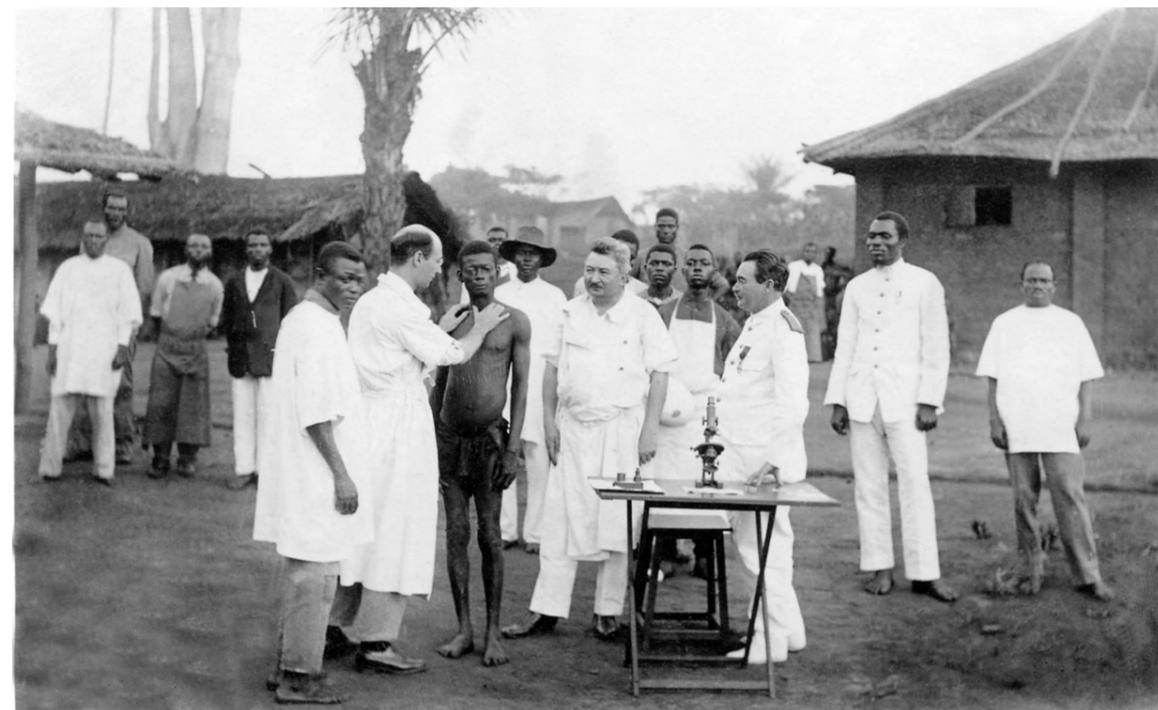
**11H45 : visite commentée de l'Espace Eugène JAMOT**

**13H00 : allocution - Salle polyvalente**

Vin d'honneur

Mme Georgette MICHAUD, Présidente de l'Association Dr Eugène JAMOT

**13H30 : déjeuner gastronomique de clôture**



Crédit photo : Association Dr Eugène Jamot

# AVANT-PROPOS

Le Docteur Eugène JAMOT (1879-1937) est né à Saint Sulpice les Champs. C'est donc un Creusois, et c'est peut-être le plus grand des fils de la Marche. Sorti de la promotion 1910 du Pharo, l'Africaine, il a exercé presque toute sa carrière en Afrique centrale puis de l'Ouest et il a laissé son nom dans la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine et, de manière plus large, la lutte contre les grandes endémies. Nominé pour le Prix Nobel de médecine en 1931, il n'a malheureusement pas obtenu cette glorieuse distinction mais il figure quand même au panthéon des grands médecins militaires coloniaux, au même titre qu'Alphonse LAVERAN, Prix Nobel de médecine 1908. Au Cameroun, l'œuvre de JAMOT est enseignée dans toutes les écoles et son effigie illustre plusieurs timbres-poste. C'est un des rares Blancs à être honoré comme un véritable Africain.

La commémoration de sa mémoire n'est que justice. Plus encore, c'est un devoir national. Et par sa présence, M. André CHANDERNAGOR nous montre, s'il en était besoin, qu'Eugène JAMOT n'a pas sombré dans les oubliettes de la mémoire collective.

L'Association Dr Eugène JAMOT à Saint Sulpice les Champs se bat depuis plus de trente ans pour entretenir la mémoire de ce grand homme et il faut lui rendre hommage pour son dévouement, son dynamisme. Aujourd'hui existe un espace muséographique très riche, qui mérite une visite approfondie.

Pour 2014, nous avons voulu innover en organisant « Tropiques en Marche » autour de JAMOT. Cet évènement se décompose en trois temps :

- ♦ Le temps scientifique, sous la co-présidence des professeurs Marc GENTILINI, Président honoraire de l'Académie française de Médecine et de la Croix Rouge Française et Pierre SALIOU, Président en exercice de l'Académie des Sciences d'Outremer. Un point sera fait par les meilleurs experts sur les cysticercoses et les neurocysticercoses, les rickettsioses et les coxielloses, l'ulcère de Buruli, le paludisme de la mère et de l'enfant, la pathologie tropicale d'importation et le difficile problème de la résistance aux antibiotiques. Ces thèmes touchent bien entendu à la médecine tropicale mais il faut insister sur le fait qu'ils entrent dans le cadre des pathologies émergentes en France et que les praticiens nationaux pourront y être confrontés dans un proche avenir.
- ♦ Le temps culturel : une visite de la Cité Internationale de la Tapisserie d'Aubusson, tapisseries classées au patrimoine mondial immatériel de l'UNESCO, sera organisée, suivie de la projection du film « La Nuit Africaine », avec le regretté Bernard FRESSON dans le rôle du Dr JAMOT.
- ♦ Ce film fera la transition avec le temps mémoriel. Sont prévus un exposé sur la vie et la carrière d'Alexandre YERSIN, un point sur les grandes endémies et des cérémonies commémoratives de la mémoire d'Eugène JAMOT.

« Tropiques en Marche » est organisée par les associations « Docteur Eugène JAMOT » et « Ceux du Pharo ». Mais rien n'aurait pu se faire sans l'appui du Conseil Régional du Limousin, Conseil Général de la Creuse, de la Communauté de Communes Creuse Grand Sud, des Municipalités d'Aubusson et de Saint Sulpice les Champs, qui ont assuré la partie logistique de cette manifestation. Le docteur TRABUC, président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Creuse, a été l'un des premiers à nous assurer de son soutien et de celui du Conseil.

# TROPIQUES EN MARCHÉ

Alex SAINTRAPT, Maire de Saint Sulpice les Champs



*Alex Saintrapt est Maire de Saint Sulpice les Champs, mais aussi Directeur du Centre Hospitalier d'Aubusson où il gère de nombreux établissements.*

La commune de Saint Sulpice les Champs est particulièrement honorée d'accueillir cette année, en collaboration avec la ville d'Aubusson et le département de la Creuse : TROPIQUES EN MARCHÉ.

Cette manifestation, de portée nationale, va aider à mettre en exergue, si besoin était, la vie exceptionnelle de ce médecin de la France profonde, qui devint le spécialiste mondial de la maladie du sommeil : EUGENE JAMOT.

L'Association Dr Eugène Jamot est particulièrement à féliciter, dans l'organisation d'un tel évènement, qui bien évidemment contribue et participe à la reconnaissance de Saint Sulpice les Champs, commune natale du Dr Eugène Jamot.

Je souhaite un vif succès à ces journées du 2 et 3 mai 2014 et vous adresse tous mes encouragements pour ce symposium.



Crédit photo : Association Dr Eugène Jamot

C'est le coup d'envoi au déploiement du Services des Grandes Endémies.

Toutes les grandes figures qui s'y consacreront désormais ne manqueront jamais de se réclamer de Jamot, leur vénéré patron.

A l'heure des indépendances, les nouveaux états qui accèdent à la souveraineté disposent d'un outil performant. Que de choses se sont ainsi passées en à peine un quart de siècle ! Peut-on imaginer existence mieux remplie, au service d'un idéal, d'une vocation dont le jeune Jamot avait peut-être entendu l'appel lorsque, en son adolescence, il se prenait à rêver devant la carte de l'Afrique héritée de son oncle, clerk de notaire à Pontarion ?

Cette destinée, édifiante, doit sortir de la geste médicale, militaire, et coloniale, pour être proposée à l'enthousiasme, à la générosité, des jeunes générations. C'est ce que fait avec bonheur l'Association Docteur Eugène Jamot, tout particulièrement au travers de l'Espace Eugène Jamot à Saint Sulpice.

Comment l'Association « Ceux du Pharo » ne s'y investirait-elle pas à fond ?



Monument JAMOT à Yaoundé (Cameroun)

Grâce à lui, l'information sur cette manifestation a pu être diffusée à l'ensemble de la profession médicale en Creuse.

Il faut remercier également la Société de Pathologie Exotique, la Société de Pathologie Infectieuse de langue française, l'ASNOM, les Trypanautes-ATA, GISPE et le SAMA qui nous ont apporté leur soutien d'une manière ou d'une autre.

Enfin, les médias départementaux et régionaux assurent la couverture médiatique indispensable à ce type d'évènement et nous les en remercions vivement.

Il y a quelques jours, Pierre AMBROISE-THOMAS nous a quittés. C'était un grand ami et un très grand nom de la médecine tropicale. En 2010, il était venu à Saint Sulpice les Champs commémorer la mémoire de JAMOT. Il nous a semblé tout naturel de lui dédier cette première édition de « Tropiques en Marche ».



**LES ORGANISATEURS**  
**Association Dr Eugène JAMOT**  
**Association Ceux du Pharo**



Crédit photo : Association Dr Eugène Jamot

# HOMMAGE À PIERRE AMBROISE-THOMAS

Francis J. Louis, Ceux du Pharo



C'est avec une grande émotion et un profond regret que nous apprenons le décès du Professeur Pierre Ambroise-Thomas survenu le 15 mars 2014, à l'âge de 77 ans. Pierre Ambroise-Thomas aimait à dire qu'il était le premier et le dernier Pied-Noir président de l'Académie nationale de médecine, mais aussi le premier et le dernier parasitologue à cette illustre fonction.

Le Professeur Ambroise-Thomas fut Président de l'Académie Nationale de Médecine (France), Membre associé de l'Académie Nationale de Pharmacie (France), Membre de l'Académie Pontificale pour la vie (Rome) et Membre de l'Académie de Médecine du Brésil. Depuis 1974, le Professeur Ambroise-Thomas a activement collaboré avec l'Organisation Mondiale de la Santé où il fut expert (médecine tropicale et parasitologie), membre du Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les maladies tropicales négligées (STAG) et membre de la Commission Internationale de Certification de l'Eradication du ver de Guinée, depuis sa création en 1995 jusqu'en 2013, où il participa à de nombreuses missions de la commission dans les pays d'endémie.

Le Professeur Ambroise-Thomas fut également Directeur du Centre collaborateur de l'OMS sur l'immunologie du paludisme à Grenoble, de 1976 à 2001, et du Centre national de référence sur le paludisme. Il a occupé d'éminentes fonctions administratives, principalement en tant que Directeur du Médicament au ministère français de la santé de 1987 à 1989. Il a présidé de nombreuses instances médicales, à la fois nationales et internationales telles que la Fédération Internationale de Médecine Tropicale, la Société de Pathologie Exotique, depuis 1965. Il fut également membre de la Fédération Européenne des Sociétés de Médecine Tropicale.

Dans le domaine de la recherche, il a contribué à la connaissance de l'immunologie du paludisme, de la toxoplasmose et de nombreuses autres maladies tropicales. Il joua un rôle important dans le développement des traitements combinés à l'artémisinine (ACT) pour le paludisme.

Il obtint son doctorat en médecine à Lyon en 1963 et son doctorat d'Etat ès-Sciences en 1969. Il fut professeur de parasitologie et de médecine tropicale à la Faculté de Médecine de Grenoble de 1974 à 2004. Il obtint le titre de Docteur *Honoris Causa* de l'Université Médicale de Shanghai en 2009, où il enseigna pendant plus de 30 ans. Il était récipiendaire de nombreuses décorations : Officier de la Légion d'honneur, Officier des Palmes académiques, Commandeur de l'ordre du Mérite de Côte d'Ivoire.

Le Professeur Ambroise-Thomas a écrit plus de 14 livres comme auteur ou co-auteur et publié plus de 350 articles scientifiques référencés. Ce grand médecin et grand scientifique fut un exemple tant par sa compétence que par son dévouement.

Arrière petit neveu du compositeur Charles Louis Ambroise Thomas, Pierre était naturellement passionné de musique. Grand érudit, féru d'histoire, il était un grand spécialiste des cathédrales gothiques. Il avait une passion toute particulière pour la cathédrale Notre Dame de Paris. Père de sept enfants et grand-père de 16 petits enfants, il voua une affection et une attention permanente à sa famille malgré ses multiples occupations. Un grand homme et un grand ami nous a quitté.

L'administration des médicaments spécifiques, efficaces mais toxiques, devra être renouvelée au cours de tournées périodiques. Jusqu'à guérison de tous les malades dépistés. Jusqu'à l'extinction du foyer de transmission. Cela dans des conditions climatiques et matérielles éprouvantes. Il invente les équipes mobiles. Il impose la médecine mobile. Un concept précurseur. Qui va révolutionner la lutte contre toutes les autres grandes endémies. Et pas seulement en Afrique !

A cette grande œuvre, il faut un chef. Il sera celui-là. Qui livre bataille sans cesse. Pour plus de crédits, pour plus de personnels du service de santé. De ceux qui lui sont affectés, il exige disponibilité et rigueur. Mais il se les attachera par les plus bienveillantes attentions. Des auxiliaires africains sont formés pour le dépistage : examen clinique, palpation, ponction veineuse, ganglionnaire, lombaire, recherche du trypanosome au microscope, dans le sang, les ganglions, le liquide céphalo-rachidien ... Et pour couronner le tout, une autonomie administrative qui sera une conquête chèrement acquise.

En quinze ans d'un labeur acharné, le fléau est en bonne voie d'extinction. Le nom de Jamot fait le tour du monde. L'Exposition coloniale de Vincennes en 1931 le consacre comme le vainqueur de la maladie du sommeil. Il est question de Prix Nobel.

Mais au sommet de sa gloire, il est rattrapé par l'épilogue du drame de Bafia : en 1928, le jeune médecin capitaine chef de l'équipe mobile en charge de cette région du Cameroun, s'était affranchi des protocoles en vigueur en augmentant les doses de tryparsamide, ce médicament particulièrement efficace mais dont la toxicité faisait l'objet de débats toujours en cours. Il en était résulté des troubles oculaires qui avaient entraîné des centaines de cas de cécité. Cette scandaleuse bavure avait provoqué la création d'une commission d'enquête, qui devait remonter jusqu'au plus haut niveau de l'Etat.

Les succès, inouïs, de Jamot avaient fait bien des envieux. Et pour mener à terme ce qui était devenu pour lui une véritable croisade contre la maladie du sommeil, il ne s'était pas fait que des amis. Y compris dans son corps d'origine, le service de santé. Attentif à ne pas accabler son jeune camarade, mais mal conseillé dans la conduite à tenir, il s'était laissé convaincre de ne pas se présenter le 29 septembre 1931 devant la commission d'enquête. Il se trouvait en instance de retour au Cameroun pour y prendre la Direction du service de santé. Huit jours après son départ de Bordeaux, le médecin-lieutenant-colonel Jamot est débarqué à Dakar pour se voir notifier un blâme officiel. Sa mission au Cameroun est annulée. Ce n'est que sept mois plus tard, d'une attente insupportable, qu'il va être remis en route. Pour établir, à partir de la Haute-Volta, le bilan de la maladie du sommeil en Afrique Occidentale Française. Mais il n'a ni les moyens, ni l'autonomie administrative qu'il avait conquise de haute lutte au Cameroun. Alors qu'il parcourt la brousse, le 19 novembre 1934, une conférence sanitaire réunie à Bobo-Dioulasso conteste ses méthodes et rejette toutes ses propositions.

Promu médecin colonel le 25 décembre 1934, Jamot rentre alors en France en avril 1935.

Et c'est le 7 novembre de cette même année que l'Académie des sciences coloniales préconise la création d'urgence d'un service spécialisé de la maladie du sommeil en A.O.F.

Le 1<sup>er</sup> février 1936, l'enfant de Saint Sulpice les Champs prend sa retraite du service de santé des colonies. Il retourne à l'humble pratique du médecin de famille penché sur sa terre. Il meurt, à la tâche, le 24 avril 1937, des suites d'une attaque cérébrale qui l'avait frappée trois semaines auparavant, alors qu'il effectuait une visite chez un malade.

Le 20 janvier 1939, Georges Mandel, ministre des colonies, signe le décret portant création du Service autonome de la maladie du sommeil en A.O.F. et au Togo.

La toute jeune association «Ceux du Pharo» et l'«Association Docteur Eugène Jamot», elle déjà bien installée, vont s'y atteler d'arrache-pied. Ce sera *Tropiques en Marche*. Parce que la Marche est la région d'origine de Jamot. Et parce que ce titre souligne la volonté de conférer un nouveau souffle à la démarche de mémoire entretenue localement depuis soixante ans..

Léon Clovis Eugène Jamot voit le jour le 14 novembre 1879, premier né chez un modeste maçon de la Creuse, à La Borie, hameau de Saint-Sulpice les Champs. C'est l'époque où l'Ecole est la voie royale en France de la méritocratie. Il se trouve toujours un instituteur, ou un curé, à la ville ou à la campagne, pour remarquer l'élève méritant. Ainsi, pas un talent ne sera perdu. Dans quelque domaine que ce soit. Les élites s'en trouvent constamment vivifiées par l'arrivée d'un sang neuf. C'est sans doute là le secret du rayonnement de notre pays, qu'il faudrait bien retrouver au plus vite. A l'école primaire de Saint Sulpice les Champs, le maître c'est Monsieur Georges Glaumet, originaire lui-même de la Creuse, nommé à ce poste en septembre 1888. Il incite les parents du jeune Eugène, brillamment reçu au certificat d'études, à demander une bourse pour entrer en sixième au collège d'Aubusson. Il y préparera le baccalauréat et en juillet 1900 obtiendra la licence de sciences naturelles à Poitiers.

Après le service militaire comme soldat au 138<sup>ème</sup> RI de Limoges, Jamot part en Algérie, dans un emploi de répétiteur. D'abord à Blida. Puis à Alger en 1902, ce qui lui permet de s'inscrire à l'Ecole préparatoire de médecine créée en 1857 dans cette ville.

En octobre 1905, il va à Montpellier, poursuivre ses études de médecine, qu'il mène bon train malgré son travail d'enseignant. Il y sera professeur adjoint au Lycée, ce qui ne l'empêche pas en 1906 de réussir le concours de l'externat des hôpitaux, alors qu'il est marié et déjà père.

Il soutient sa thèse de doctorat le 16 juin 1908, ce qui lui permet de s'installer dans sa région natale, à Sardent. Pour peu de temps. Car, dès l'année suivante, il est reçu au concours de recrutement latéral du Corps de santé des Troupes coloniales. Nommé aide-major de deuxième classe (sous-lieutenant) le 15 janvier 1910, il suit le stage de spécialisation de l'Ecole d'Application du Pharo. Au sortir de cette période d'initiation intense à la pathologie exotique, il est promu aide-major de première classe (lieutenant) et désigné pour le Tchad. Il y est employé à la pacification du Ouaddaï. Sa conduite en opérations lui vaut une première citation.

Après son congé de fin de campagne, il est admis en 1913 au grand cours de l'Institut Pasteur à Paris. Nommé sous-directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville le 15 juillet 1914, lorsqu'il arrive au Congo, la guerre est déclarée. La situation entraîne son retour sous les armes, comme médecin chef de la colonne franco-belge qui va chasser les Allemands de Yaoundé, au Cameroun en janvier 1916. Il méritera pendant cette période deux nouvelles citations, à l'ordre de l'armée.

Finis cet intermède, c'est comme Directeur qu'il prend son service à l'Institut Pasteur de Brazzaville. Il y fait bientôt ses débuts dans la lutte contre la maladie du sommeil en présentant un rapport spécial sur cette affection au Conseil d'Hygiène de l'A.E.F. le 29 novembre 1916. Le voilà entré en Trypanosomiase ! De ce moment, il se consacrera entièrement, d'abord en Oubangui, puis au Cameroun où il est affecté en mars 1922, à créer les bases de ce qui deviendra par décret ministériel du 8 juillet 1926 la Mission permanente de Prophylaxie de la maladie du sommeil, qui est placée sous son autorité.

Partant du constat que les malades sont le réservoir du trypanosome, le parasite responsable de la maladie, il veut les traiter, tous, pour interrompre la transmission. La plupart sont dans les villages de brousse. Souvent trop faibles pour se présenter sur les lieux de traitement, ils connaissent sur place une fin misérable. Jamot décide qu'il faut aller au-devant d'eux. Partout. Il imagine un dépistage systématique, pour un traitement immédiat, sur place, des malades.

Mais au-delà de tous ces titres, diplômes et récompenses, ce sont les qualités humaines de Pierre qui impressionnaient. Doué d'une empathie peu commune, il n'avait pas son pareil pour briser les distances entre ses amis et lui. Car tous étaient ses amis. Jamais il n'a refusé d'écrire un article scientifique ou un éditorial, même quand on le lui demandait au dernier moment. Jamais il n'a refusé de venir rehausser de son prestige une manifestation scientifique, en toute simplicité. Nous l'avons ainsi retrouvé avec bonheur à Yaoundé en 2005 et il nous a suivi dans un pèlerinage à Ayos sur les pas de Jamot. Il était présent aussi en 2009 à Libreville, quand un problème de santé brutal a failli l'emporter. Il était encore ici à Saint Sulpice les Champs en 2010 pour la commémoration de la mémoire de Jamot.

D'une grande humanité et d'une grande humilité le Professeur Pierre Ambroise-Thomas restera un exemple pour les médecins tropicalistes français, civils ou militaires.

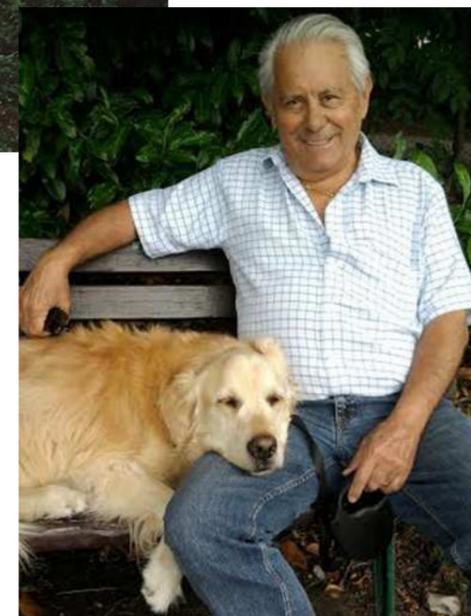
C'est un phare qui vient de s'éteindre dans la nuit ou, comme on dit en Afrique, un baobab qui est tombé.

Il avait l'habitude de terminer ses lettres par un *tibi* chaleureux.

Oui, Pierre, *tibi* !



Pierre Ambroise-Thomas chez Jamot à Ayos en 2005 (source : Jean-Marie Milléli)



Pierre Ambroise-Thomas, sa dernière photo (Source : Madame Ambroise-Thomas)



**ASSOCIATION CONTRE LA TRYPANOSOMIASE EN AFRIQUE**

**ASSOCIATION AGAINST TRYPANOSOMIASIS IN AFRICA**

*Les trypanautes – ATA*

Château de Brives, 39170 Lavans Saint-Lupicin, France

Association loi 1901, déclaration n°0393006232, sous-préfecture de Saint-Claude

J.O.R.F. n°39, septembre 2000, page 4204

## CINQ OBJECTIFS

**1. PROMOTION DES ACTIONS  
DE SURVEILLANCE ET DE LUTTE  
CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL  
PAR LA FORMATION**



**Cours International sur la Trypanosomiase  
en Afrique (ICAT)**

ICAT1 : Marseille 2000

ICAT2 : Lyon 2001

ICAT3 : Lisbonne 2003

ICAT4 : Tunis 2005

ICAT5 : Nairobi 2009

ICAT6 : Kinshasa 2014



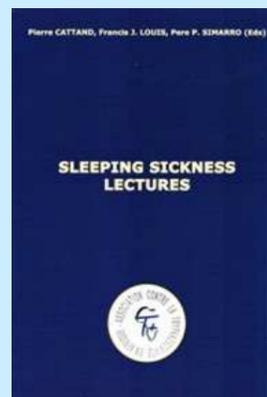
**2. CONSERVATION DES DOCUMENTS  
HISTORIQUES**



**3. PUBLICATION D'OUVRAGES DIDACTIQUES  
SUR LA TRYPANOSOMIASE**

**4. DEVELOPPEMENT DES ECHANGES NORD-SUD**

**5. RENFORCEMENT DES ECHANGES  
SCIENTIFIQUES ET TECHNIQUES**



## RENSEIGNEMENTS

Francis J. LOUIS, Résidence Plein-Sud 1/B3

13380 Plan-de-Cuques

Tél : 06 88 27 02 45

Mél : louis13380@gmail.com



# HOMMAGE AU DOCTEUR JAMOT

Yves Pirame



*Yves Pirame, né le 11 mars 1929 à Tananarive, est médecin en chef (cr) du Service de santé des Armées, ancien médecin des hôpitaux. Il est entré à l'Ecole du Service de Santé Militaire en section coloniale en 1948 et a été élève du Pharo en 1955. Il a été secrétaire général du Syndicat des Anciens Médecins des Armées (SAMA) de 1978 à 1993 et membre fondateur en 1978 du Comité d'informations médicales (Cimed) auprès du Ministère des Affaires Etrangères.*

Le 14 juin 2013 à Marseille, l'Institut de Médecine Tropicale du service de santé des armées, fermait ses portes. Il était l'héritier de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Troupes Coloniales du Pharo. Ainsi disparaissait dans l'indifférence générale le dernier témoin de l'action humanitaire de la France, un siècle durant, outre-mer.

Désormais, le seul lieu de mémoire d'une épopée, que l'air du temps voudrait faire oublier, voire décrier, serait à Saint Sulpice les Champs, berceau d'Eugène Jamot. A l'heure où l'institution militaire a été amenée à faire table rase du passé, c'est dans un petit village de la Creuse que réside le dernier espoir de sauver quelques bribes d'une épopée médicale sans pareille. Comment cela se fait-il ? Par quel miracle ? Tout simplement parce que, à Saint-Sulpice les Champs la ferveur populaire n'a pas cessé d'honorer l'enfant du pays, devenu un des grands médecins de son temps.

En 1907 s'ouvrait dans un quartier de Marseille qui devait lui donner son nom, le Pharo, l'Ecole d'application du service de Santé des Troupes Coloniales. Cette formation recevait pour mission de préparer les médecins et pharmaciens, généralement issus de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies créée en 1890 à Bordeaux, aux conditions d'exercice périlleuses dans des contrées où sévissaient des fléaux meurtriers. Afin de compléter les effectifs, un concours dit «latéral» permettait chaque année à quelques docteurs en médecine civils, ayant effectué leur service militaire, d'être intégrés aux promotions. Dans celle de 1910, la troisième, baptisée «l'Africaine», un élève improbable, plus âgé puisqu'il avait passé la trentaine, le Docteur Eugène Jamot, en provenance de la Creuse, où il était médecin de campagne.

Un quart de siècle plus tard, le médecin colonel Jamot, qu'une indigne cabale a contraint à quitter le service de santé des troupes coloniales pour une retraite prématurée, est de retour au pays natal. Il renoue avec la pratique de médecin de famille, celle d'avant son engagement pour l'aventure africaine. Mais le deuil est trop lourd. Le 24 avril 1937, il quitte un monde où il a le sentiment d'être devenu un réprouvé. Cependant, son œuvre ne va pas tomber dans l'oubli. Saint Sulpice les Champs, son village natal, devient rapidement le haut lieu où va se perpétuer sa mémoire. Chaque année depuis 1954, il lui rend hommage, avec plus ou moins d'éclat suivant les époques.

C'est ainsi que le 6 juillet 2013, à Saint Sulpice les Champs, la place de l'Eglise, où se trouvait une stèle inaugurée le 12 septembre 1954 par Gaston Monnerville, Président du Conseil de la République, a été baptisée Place du Docteur Eugène Jamot. En marge de cette cérémonie était créée l'Association «Ceux du Pharo», autour d'un petit noyau de derniers fidèles rameutés in extremis par Francis Louis, trypanaute invétéré, s'il en fût ! Et pour marquer solennellement leur entrée en scène, quoi de mieux que d'élargir l'hommage annuel rendu à leur prestigieux ancien en en faisant un événement, scientifique et culturel, à prétention régionale ? voire nationale ?

En 1979, Lapeyssonnie avait donné des grandes endémies africaines la définition suivante : « maladies sociales qui règnent sous les tropiques et contre lesquelles des services spéciaux ont été créés ». Ce qui est important ici, c'est qu'au concept d'endémie est associée la notion de capacité de lutte.

Il n'y a pas de liste des grandes endémies africaines. On peut cependant citer des maladies virales (variolo, fièvre jaune, dengue, autres arboviroses dont le Chikungunya, fièvres hémorragiques virales, poliomyélite, rougeole, hépatites B et C, VIH Sida), des infections bactériennes (méningite à méningocoque, lèpre, tuberculose, ulcère de Buruli, choléra, tétanos) et des parasitoses (paludisme, schistosomoses, trypanosomiase humaine africaine, onchocercose, parasitoses digestives, dracunculose, filarioses lymphatiques) et cette liste n'est pas exhaustive.

La lutte contre les grandes endémies peut être curative ou préventive (vaccination). S'y ajoute une action contre les facteurs d'enracinement : lutte antivectorielle, amélioration de l'accès à l'eau, progrès dans l'hygiène, etc. Selon la vulnérabilité des affections, l'objectif de la lutte vise à atteindre un des trois niveaux définis par l'Organisation Mondiale de la Santé : la maîtrise, l'élimination comme problème de santé publique et l'éradication.

Sur le plan historique, la lutte contre les grandes endémies n'a pas été un long fleuve tranquille. Tout a semblé-t-il commencé avec l'Assistance Médicale Indigène (AMI) qui a rapidement montré les limites de la médecine curative individuelle. C'est la lutte contre la maladie du sommeil qui jettera les bases d'une médecine de masse mobile. En 1917, Jamot conduit la première équipe mobile en Oubangui-Chari, dans le premier secteur de prophylaxie de la maladie du sommeil créé par le Gouverneur Martial Merlin. Les excellents résultats obtenus par Jamot et sa petite équipe conduisent à développer ce concept de secteur de prophylaxie de la maladie du sommeil, ancêtre des secteurs de lutte contre les grandes endémies. Puis, c'est la création en 1926 de la Mission permanente de la maladie du sommeil au Cameroun et du Service autonome fédéral de la maladie du sommeil en 1936 en AOF. En 1940, le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie remplace toutes les anciennes structures, avec pour missions la lutte contre la trypanosomiase, le pian, la lèpre, le paludisme et les vaccinations associées anti-variolo-amariles. Les secteurs de lutte contre les grandes endémies sont mis en place au début des années soixante, supervisés par l'OCEAC et l'OCCGE, avec un médecin dans chaque secteur. Enfin les programmes nationaux de lutte (contre le paludisme, la trypanosomiase, la lèpre, l'onchocercose, etc) font leur apparition dans les années quatre-vingt, signant la prise en charge par les Etats de la lutte contre les grandes endémies, avec l'appui d'organisations internationales, de coopérations bilatérales et la mise en place de grands projets internationaux.

Aujourd'hui, le bilan de la situation des grandes endémies est contrasté.

Seule la variolo a été éradiquée.

De grandes endémies sont dites « persistantes » car on n'observe pas de réels progrès en termes de morbidité et de mortalité : paludisme, hépatite virale B, tréponématoses non vénériennes, tuberculose. Certaines sont en recrudescence ou en extension : fièvre jaune, choléra, schistosomoses, méningite à méningocoques. D'autres sont heureusement en régression, et parfois même sur la voie de l'élimination : rougeole, poliomyélite, tétanos, filarioses lymphatiques, dracunculose, onchocercose, lèpre, trypanosomiase. Enfin, certaines ont « émergé » : dengue, chikungunya et autres arboviroses, fièvres hémorragiques virales, pandémie du VIH, infections à VHC et Buruli.

# TROPIQUES EN MARCHÉ

Michel TRABUC, Conseil Départementale de l'Ordre des Médecins de la Creuse



*Le Dr Michel Trabuc est le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Creuse. Il est également médecin généraliste à Guéret.*

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Le Dr JAMOT présente le paradoxe d'être très peu connu des Creusois et d'être honoré en Afrique. Et pourtant, ce Confrère a été un précurseur dans le dépistage de la maladie du sommeil, un porteur de valeurs humanistes, un amoureux de son prochain.

Ce Confrère a eu l'audace, à l'époque, de faire participer activement, en les formant, les africains au dépistage de la maladie qui les décimait et c'est, sans doute, là sa plus grande gloire.

Le second mérite du Dr JAMOT, c'est d'avoir appliqué, militairement, une méthode de dépistage quadrillée ce qui amélioré son efficacité.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Creuse a, à l'appel de l'Association Dr Eugène JAMOT, aussitôt accepté de contribuer à cette commémoration des Journées Scientifiques des 2 et 3 Mai 2014.

Je vous souhaite les meilleures Journées Tropicales en Creuse.

# ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CYSTICERCOSE ET DE LA NEUROCYSTICERCOSE

Bernard BOUTEILLE, CHU Limoges



Bernard Bouteille, né le 30 mars 1952, est Docteur d'Etat ès sciences pharmaceutiques, biologiste des hôpitaux, ancien élève de l'Institut Pasteur de Paris. Spécialisé en parasitologie et en mycologie médicale, il est Maître de conférences des Universités à la Faculté de médecine de l'Université de Limoges. Auteur ou coauteur de 150 articles scientifiques de portée nationale ou internationale et de 250 communications orales ou affichées, il a coédité plusieurs ouvrages sur la maladie du sommeil et écrit de nombreux chapitres de livres. Il travaille depuis plus de 30 ans sur les maladies parasitaires tropicales, principalement la trypanosomose et la cysticercose, tant au laboratoire que sur le terrain.

Au sein du genre *Tænia*, trois espèces sont des parasites de l'homme : *Tænia solium*, *T. saginata* et une nouvelle espèce peu répandue, *T. asiatica*, récemment décrite en Asie. *Tænia saginata* et *T. solium* vivent à l'état de ver adulte dans l'intestin de l'homme (« vers solitaires ») ; ils sont responsables de téniose chez l'homme. *Tænia saginata* est largement présent dans le monde, dans toutes les régions d'élevage bovin. *Tænia solium* est endémique dans de nombreux pays où l'élevage et la consommation de porcs sont courants. Bovins et porcs s'infectent en ingérant les œufs émis par l'homme dans le milieu extérieur ; ils sont les hôtes intermédiaires respectifs de ces deux helminthes et hébergent les formes larvaires, ou métacestodes ou encore cysticerques. Les cysticerques se développeront en ver adulte dans l'intestin de l'homme après un repas contaminant constitué de viande crue ou mal cuite.

Dans le cas du cycle de développement de *T. solium*, les œufs sont également contaminants pour l'homme. L'homme, comme le porc, peut développer une cysticercose après ingestion d'œufs avec de l'eau ou des aliments souillés, ou encore par les mains sales. Les manifestations cliniques de la cysticercose sont très variables tant en type qu'en sévérité. La période entre l'infection initiale et l'apparition des symptômes peut également varier. L'expression clinique de la cysticercose n'est pas spécifique et dépend généralement du nombre, de la taille et de la localisation des kystes ainsi que de la réponse immunitaire de l'hôte au parasite. Les localisations préférentielles sont les muscles, les tissus sous-cutanés, le système nerveux central (SNC) et les yeux. Les formes sous-cutanées et musculaires sont souvent asymptomatiques. La gravité de la cysticercose est due à la localisation des larves dans le SNC de l'homme ou neurocysticercose. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a listé la neurocysticercose parmi les maladies négligées. Selon l'OMS, environ 50 millions de personnes seraient atteintes de neurocysticercose dans le monde et la neurocysticercose serait responsable d'environ 50 000 décès par an. Les manifestations cliniques les plus fréquentes de la neurocysticercose sont les crises d'épilepsie, une hypertension intracrânienne, des déficits neurologiques et parfois des manifestations psychiatriques. La neurocysticercose serait responsable de plus de 50% des crises d'épilepsie à début tardif dans les pays en développement.

# QUE SONT LES GRANDES ENDEMIES DEVENUES ?

Francis J. Louis, Ceux du Pharo



Le Dr Francis Louis est médecin spécialiste du Service de santé des Armées, option biologie et médecin de santé publique. Il a exercé toute sa carrière dans le Pacifique et en Afrique, en se spécialisant dans la lutte contre les endémies, notamment le paludisme et la trypanosomiase humaine africaine. Aujourd'hui, il est président de l'Association « Ceux du Pharo » et trésorier de l'Association « Les trypanautes-ATA ».

Du grec « endémon nosêma », une maladie endémique est une maladie enracinée dans un écosystème particulier. C'est le réservoir de virus (entendu au sens de l'ensemble des agents pathogènes), source de contamination pour le sujet sain, qui enracine l'agent pathogène en une zone donnée. L'homme représente souvent le réservoir principal de virus, l'animal plus rarement.

La transmission peut être aérienne interhumaine, à l'origine de pandémies (grippe). Elle peut faire intervenir un agent vecteur : anophèle et paludisme, aèdes et fièvre jaune ou dengue, simule et onchocercose, glossine et trypanosomiase humaine africaine, réduve et trypanosomiase humaine américaine. Parfois aussi, l'agent pathogène effectue une évolution biologique chez un hôte intermédiaire comme un mollusque (bilharzioses) ou un crustacé d'eau douce (dracunculose). C'est alors le couple homme-vecteur ou homme-hôte intermédiaire qui peut être considéré dans sa globalité comme le réservoir de virus.

L'endémie se définit fondamentalement à travers son écosystème (population, environnement, agents pathogènes). Les facteurs géoclimatiques et environnementaux, le sous-développement, les comportements des populations peuvent intervenir à des degrés variables, isolés ou associés entre eux, comme facteurs d'enracinement de l'agent pathogène dans une zone donnée, d'un petit foyer géographique à la terre entière.

En Afrique subsaharienne, entre les tropiques du Cancer au Nord et du Capricorne au Sud, les facteurs géoclimatiques (chaleur, humidité, hygrométrie) sont prépondérants pour l'enracinement des endémies. C'est le cas pour le paludisme, la fièvre jaune, la trypanosomiase humaine africaine, l'onchocercose, la dracunculose, les schistosomoses. La méningite à méningocoque s'enracine dans une zone soudano-sahélienne, la ceinture de Lapeyssonnie, entre les isohyètes 300 mm au Nord et 1 100 mm au Sud.

Le sous-développement associé aux comportements humains est également facteur d'enracinement. L'homme est ici le seul réservoir de virus, avec une transmission interhumaine directe. Le manque d'hygiène, la concentration des populations, la promiscuité, les difficultés d'accès à l'eau potable, la malnutrition, le sous-développement économique sont des facteurs favorisant le développement de ces endémies. Il s'agit ici de maladies liées au péril fécal (choléra, shigelloses), de maladies à transmission aérienne (tuberculose, méningite à méningocoque) et de maladies à transmission cutanéomuqueuse (lèpre, tréponématoses endémiques non vénériennes).

Le concept de « grande endémie » est assez intuitif. Pour être qualifiée de « grande », une endémie doit être un problème de santé publique, avec un impact important actuel ou potentiel en termes de mortalité, de morbidité et d'invalidité. Une grande endémie représente un coût socioéconomique élevé lié aux stratégies de lutte et de prévention mises en place, englobant donc une dimension économique, à savoir les coûts directs et indirects qui peuvent en dépendre.

# TROPIQUES EN MARCHÉ

Jean-Jacques LOZACH, Sénateur



Jean-Jacques Lozach est Sénateur de la Creuse, et membre de la commission Culture, Education et Communication et de la commission Affaires Européennes au Sénat. Il est également Président du Conseil Général de la Creuse.

C'est avec beaucoup de plaisir que la Creuse accueille « TROPIQUES EN MARCHÉ », manifestation inédite et de très grande qualité, qui voit la participation de personnalités médicales de premier plan.

Si c'est un honneur que notre département ait été choisi pour abriter ce congrès consacré à la médecine tropicale, cette initiative n'est pas tout à fait le fruit du hasard. En effet, l'organisation de cette manifestation repose, en grande partie, sur l'implication de l'Association Docteur Eugène JAMOT, soutenue par le Conseil Général et qui, depuis plus de trente ans, entretient la mémoire de ce natif de Saint-Sulpice les Champs, vainqueur de la maladie du sommeil.

« TROPIQUES EN MARCHÉ » rend hommage lors d'une grande journée de commémorations, à ce médecin militaire qui consacra la plus grande partie de sa vie à la lutte contre la trypanosomiase humaine, notamment au Cameroun avant de se retirer comme simple médecin de campagne à Sardent, dans notre département.

La Creuse n'a pas oublié le Docteur JAMOT et a d'ailleurs donné son nom, entre autres, au lycée-collège d'Aubusson.

J'associe aussi à cet hommage, d'autres personnalités médicales illustres de notre département comme le Professeur médecin et pédiatre, Jacques GRANCHER, la famille JUDET, grands chirurgiens orthopédiques, Gabriel ARVIS ou bien encore Léon BINET, qui par leurs recherches, découvertes ou actions, ont considérablement fait progresser la médecine au service l'humanité toute entière.

Par ailleurs, cette manifestation alliera rencontres médicales et découverte culturelle. Je pense que vous prendrez beaucoup de plaisir à découvrir la Cité Internationale de la Tapisserie et de l'art tissé qui est l'une des grandes richesses du patrimoine creusois.

Je remercie et je félicite tous les organisateurs pour cette première édition de « TROPIQUES EN MARCHÉ » et je souhaite la bienvenue à tous ses participants.

Bon travaux à toutes et à tous.

Le complexe téniose/cysticerose à *T. solium* est endémique dans de nombreux pays en développement d'Afrique subsaharienne, en Amérique latine et en Asie. *Tænia solium* avait pratiquement disparu des pays développés du fait de l'industrialisation, de l'amélioration des méthodes d'élevage et des contrôles sanitaires. Mais, en raison de l'augmentation de l'immigration en provenance de régions endémiques, la cysticerose et la neurocysticerose sont à nouveau diagnostiquées en Amérique du Nord, Europe et Australie.

La cysticerose est considérée comme une maladie éradicable. Quoique théoriquement réalisable, cette notion a été remplacée par une volonté de contrôle et de réduction (traitement de masse, contrôle vétérinaire des porcs, amélioration des techniques d'élevage, éducation sanitaire).

Si le SAMA  
n'existait pas...



SAMA  
79, rue de Tocqueville - 75017 Paris  
Tél. : 01 44 29 01 24 - Fax : 01 40 54 00 66  
Email : gomedclp@club-internet.fr

Qui peut  
défendre les intérêts  
des anciens médecins militaires  
mieux que  
des anciens médecins militaires ?



Le SAMA peut vous aider  
Aidez le SAMA  
en devenant un de ses membres

[www.sama-syndicat.com](http://www.sama-syndicat.com)

# ACTUALITÉS SUR LES COXIELLOSES ET LES RICKETTSIOSES

Olivier PATEY, CH Lucie et Raymond Aubrac, Villeneuve Saint-Georges



*Le Dr Olivier Patey est chef du service des maladies infectieuses et tropicales (unité Eugène Jamot) du Centre Hospitalier Lucie et Raymond Aubrac à Villeneuve Saint-Georges. Il est Président du GEEP (groupe d'études épidémiologiques et prophylactiques) et de ses groupes de travail GEEP CEMI (colloques annuels sur le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses) et GEEPhage (activités de phagothérapie) : le GEEP a beaucoup travaillé en Afrique, particulièrement au Burkina Faso. Il est membre du groupe santé du jumelage Limousin/Guéret et région des Hauts-Plateaux/Ziniare au Burkina Faso : activités principalement dans le domaine de l'hygiène hospitalière en collaboration avec le Gip Esther et l'OMS.*

*Diplômé de microbiologie (bactériologie, virologie et hygiène) à l'Institut Pasteur, DEA de santé Publique dans les pays en développement (infection à HTLV1 au Burkina Faso), il est Creusois depuis plus de 5 siècles.*

Coxielloses et rickettsioses sont des zoonoses ubiquitaires liées à de nombreux agents bactériens. Dans ce contexte de Tropiques en Marche et de commémoration du médecin colonel Eugène Jamot, nous suivons leurs pas africains.

Ces deux infections liées à des bactéries à développement intracellulaire ont en commun leur caractère zoonotique, leur diagnostic sérologique, parfois clinique pour certaines rickettsioses, la mise en évidence de la bactérie restant difficile en dehors de laboratoires spécialisés et leur traitement reposant sur des antibiotiques à diffusion intracellulaire, principalement la doxycycline.

Nous avons réalisé une enquête sur les coxielloses et rickettsioses au Burkina Faso suite à la découverte d'une fièvre Q avec méningoencéphalite contractée à Bobo Dioulasso. Cette étude a fait suite à une enquête de séroprévalence dans plusieurs pays africains (H. Tissot Dupont) (3 % à 25 % pour *Coxiella burnetii* et 9 % à 48 % pour les rickettsioses). Depuis, plusieurs enquêtes épidémiologiques se sont intéressées à la place des coxielloses et des rickettsioses chez les patients fébriles, notamment en dehors du paludisme. Les pays concernés ont été la Tunisie, la Tanzanie, le Mali (9.5 %), la Zambie, le Kenya et le Ghana. Dans tous ces pays, la séroprévalence est importante, en raison du caractère agricole de ces régions avec une prévalence importante des infections aiguës.

La présentation habituelle de la fièvre Q associe de manière inconstante syndrome pseudogrippal, fièvre prolongée, pneumopathie et hépatite. Cela impose une radiographie thoracique et la réalisation d'une biologie hépatique complète, l'hépatite étant de type choléstatique.

Les données sur les infections chroniques sont quasi inexistantes malgré la prévalence élevée de ces infections. En effet, près de la moitié des infections à *Coxiella burnetii* sont inapparentes et le diagnostic des formes aiguës, en dehors d'enquêtes spécifiques, n'est jamais faite car les sérologies ne sont habituellement pas disponibles et les cultures cellulaires jamais effectuées, réservées à quelques laboratoires de référence.

# ALEXANDRE YERSIN (1863 – 1943) EXPLORATEUR ET PASTORIEN

Jean-Marie MILLELIRI, DAKAR



*Jean-Marie Milleliri est médecin spécialiste en santé publique et en épidémiologie tropicale et titulaire d'un DEA de géographie de la santé. Après une carrière militaire où il a occupé plusieurs postes en Afrique comme responsable de projet (Tchad, Rwanda, Gabon) et dirigé le centre de documentation scientifique de l'IMTSSA (Le Pharo) à Marseille, il travaille actuellement pour l'ONUSIDA à l'équipe régionale basée à Dakar après 4 ans passés au sein de l'OMS à Libreville pour l'équipe inter-pays de l'Afrique centrale. Auteur de plusieurs articles sur l'histoire des médecins militaires en Afrique, il est vice-président de l'Association du Docteur Eugène Jamot.*

Oui, 2013 fut l'année Yersin : cent cinquantième anniversaire de sa naissance et soixante-dixième anniversaire de sa disparition. Au-delà des images imposées par le souvenir de ce médecin découvreur du bacille de la peste à Hong-Kong en 1894, l'auteur s'attache à faire connaître l'homme-Yersin plus comme un explorateur curieux de son environnement que comme un scientifique avide d'honneurs et de reconnaissance.

En effet, Alexandre Yersin est un personnage atypique dans l'univers pasteurien. S'il commence sa carrière comme collaborateur de Louis Pasteur dans la suite de la mise au point du vaccin contre la rage en 1885, 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, à Saïgon, rencontre Albert Calmette 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 et le début d'un réseau de laboratoires de recherches. Lors de l'épidémie de peste qui sévit à Hong-Kong, Yersin parvient à isoler l'agent causal de la peste, s'étonnant même de la facilité mis à le faire. Ce qui pourrait être à 30 ans le commencement d'une prestigieuse carrière d'honneurs ne sera que le prétexte de servir les populations locales.

En effet, c'est dans son exploration du pays Moïs que Yersin se révèle d'un prodigieux éclectisme et d'un profond humanisme. Il mènera trois explorations dans des régions inconnues de l'Annam et contribuera à développer ce pays par une approche socio-éducative, médicale et économique toute tournée vers l'intérêt des populations autochtones.

Yersin ne quittera plus le Vietnam. Très proche des populations, 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.

La prescription inadéquate des antibiotiques risque non seulement d'entraîner la résistance de la bactérie responsable de l'infection pour laquelle le traitement a été donné mais a également un impact sur les bactéries commensales, c'est-à-dire les bactéries présentes normalement dans notre organisme (gorge, tube digestif, peau, ...). Le tube digestif est le lieu privilégié de la rencontre entre de grandes quantités d'antibiotiques et des populations bactériennes nombreuses ( $10^{11}$  bactéries par gramme de selles) et diversifiées (plusieurs centaines d'espèces). Les bactéries du tube digestif sont très importantes car elles ont un effet barrière, empêchant l'implantation durable de nouvelles espèces, assurant ainsi un équilibre physiologique. Les antibiotiques peuvent rompre cet équilibre en détruisant les bactéries sensibles du tube digestif et sélectionner les bactéries résistantes.

À côté de l'aspect clinique, il est également important d'étudier le phénomène de la résistance en analysant tous les écosystèmes, homme, animal et environnement, qui sont liés, car les échanges bactériens sont nombreux.

La prescription raisonnée des antibiotiques, le renforcement des mesures d'hygiène, la formation et l'information auprès du personnel médical et paramédical, et la surveillance de l'évolution de la résistance sont autant de facteurs permettant, non pas un retour à la sensibilité des bactéries, mais une diminution de la transmission des bactéries résistantes.

Le développement de nouveaux vaccins est aussi un espoir dans la réduction de pathologies dues à des bactéries actuellement très résistantes aux antibiotiques. Enfin, la découverte de nouveaux antibiotiques apparaît comme un besoin urgent. Les recherches s'orientent dans deux voies : la découverte de nouvelles familles d'antibiotiques agissant sur de nouvelles cibles afin de pouvoir contrer les mécanismes de résistance existants ou le blocage chez les bactéries de ces mécanismes.

La prévention est difficile. Il existe un vaccin à base de bactéries entières tuées (Qvax), disponible en Australie et proposé depuis 2010 aux personnes à risque de contracter la fièvre Q. Ce vaccin est efficace sur l'immunité humorale et cellulaire chez le sujet jeune, mais apparaît peu efficace chez le sujet âgé.

Le traitement de la forme aiguë repose toujours sur la prise de cyclines durant 15 à 21 jours, en dehors du jeune enfant et de la femme enceinte.

L'importance de cette zoonose a conduit à réaliser une mise au point par le Haut Conseil de Santé Publique français en 2013.

Les rickettsioses sont également fréquentes comme le montrent les études de séroprévalence et les études cliniques. Elles sont dominées par *Rickettsia conorii* responsable de la fièvre boutonneuse méditerranéenne touchant le pourtour méditerranéen dont l'ensemble du Maghreb. La transmission se fait par l'intermédiaire d'un vecteur, la tique du chien, *Rhipicephalus sanguineus*. Sa piqûre est responsable de la classique escharre noirâtre unique qu'il faut parfois rechercher par un examen minutieux complet du corps. Cette escharre est souvent accompagnée d'une éruption diffuse maculopapuleuse. L'infection suit l'évolution saisonnière de la tique avec une prédominance estivo-automnale. Les études récentes algériennes montrent des modifications des aspects cliniques avec l'augmentation de fréquence des formes graves. L'épidémie d'Oran de 2007-2008 s'est accompagnée de 7 % de formes malignes avec défaillance multiviscérale et une mortalité de 3 %. Près de la moitié de ces patients ont été hospitalisés pour une forme sévère. On retrouvait également des escarres multiples, ce qui était l'apanage des infections à *Rickettsia africae*. Des atteintes oculaires à type de chorioretinites ont également été observées. Les formes asymptomatiques ne sont pas exceptionnelles et représenteraient près de la moitié des infections.

La forme africaine liée à *Rickettsia africae* présente des spécificités cliniques liées à l'agressivité du vecteur, la tique *Amblyomma* qui attaque l'homme. On observe ainsi fréquemment des escarres noirâtres multiples apparaissant dans un contexte fébrile avec algies diffuses, notamment des céphalées. Sur le plan épidémiologique, il existe souvent des cas groupés, contactés sur un même site géographique (grands parcs sud-africains).

Ces infections sont de diagnostic clinique, imposant un examen attentif du tégument pour traquer la ou les escarres caractéristiques. En effet, à ce stade, la sérologie peut être négative, n'éliminant pas le diagnostic. Les tests sérologiques difficiles (immunofluorescence) et coûteux ne sont que rarement réalisés, la recherche de la bactérie exceptionnelle. La biologie est de peu d'apport retrouvant une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une thrombopénie modérée et une discrète élévation des transaminases.

De nombreuses espèces de *Rickettsia* sont décrites et de nouvelles espèces sont régulièrement identifiées.

À côté de *Rickettsia conorii* et de *Rickettsia africae*, deux autres espèces sont observées en Afrique : *Rickettsia typhi*, agent du typhus murin transmise par la puce du rat et *Rickettsia prowazekii*, agent du typhus épidémique transmis par les poux du corps. Ils sont liés aux situations où l'hygiène est déficiente (conflits, catastrophes naturelles...). Ces maladies fébriles et algiques ne s'accompagnent pas d'escarre d'inoculation mais d'une éruption maculopapuleuse. Les complications neurologiques et cardiaques sont fréquentes.

Le traitement de toutes ces rickettsioses repose sur la doxycycline.

La situation mondiale de la production de certains médicaments dont la doxycycline par l'industrie pharmaceutique ne fera qu'accentuer les difficultés de traitement.

# INFECTION À *MYCOBACTERIUM ULCERANS* : ACTUALITÉ D'UNE MALADIE EMERGENTE

Jean-Jacques MORAND, HIA Sainte Anne Toulon



Le Dr Jean-Jacques Morand a été formé à l'IMTSSA (Pharo). Professeur agrégé du Val de Grâce, il a été chef du service de dermatologie à l'HIA Laveran (Marseille) puis désormais à l'HIA Ste Anne (Toulon). Il est rédacteur en chef de la revue *Médecine et Santé Tropicales* (issue de la fusion de *Médecine tropicale* et des *Cahiers Santé*). C'est à l'occasion de l'opération Licorne en république de Côte d'Ivoire qu'il a été confronté à cette infection émergente qu'est l'ulcère de Buruli.

L'infection à *Mycobacterium ulcerans* qui se traduit essentiellement par une hypodermite nécrosante d'évolution lente et à terme une ostéite chronique, connaît actuellement un développement important dans certains foyers, principalement en milieu tropico-équatorial. Sa physiopathologie et son traitement ont bénéficié récemment d'avancées conséquentes.

Identifiée en Australie dès 1937, l'infection a ensuite été décrite en Afrique dès 1942, mais publiée seulement en 1962 sous l'intitulé ulcère de Buruli (province d'Ouganda). La géographie de cette endémie est particulière car elle sévit en foyers: principalement dans l'ouest africain où on estime le nombre de malades à 20 000 nouveaux cas durant la dernière décennie. En Guyane, 200 cas ont été identifiés en 35 ans. Plus récemment, quelques malades autochtones ont été décrits en Malaisie, en Chine et au Japon.

L'affection sévit dans des foyers à proximité de points d'eau (lacs naturels ou artificiels, marécages, rizières). La mycobactérie est présente dans la terre et vit en symbiose avec les racines de certaines plantes. On suppose que la contamination humaine se fait à partir du milieu extérieur par effraction cutanée. *Mycobacterium ulcerans* a été mis en évidence par PCR dans les glandes salivaires de punaises d'eau du genre *Naucoris* et *Diplonychus*.

*Mycobacterium ulcerans* produit une exotoxine lipidique nécrosante, la mycolactone.

La physiopathogénie de la maladie est très complexe et comme toute infection à mycobactérie, elle dépend avant tout de l'immunité de l'hôte génétiquement programmée et acquise et de la pathogénicité de l'agent infectieux, les formes africaines sécrétant la mycolactone A/B semblent les plus agressives pour les tissus.

L'incubation de la maladie serait lente, de l'ordre de plusieurs mois. Le tableau clinique évolue, sans fièvre et avec conservation de l'état général, en trois phases caractéristiques. Par fréquence décroissante, l'infection concerne les membres inférieurs, les membres supérieurs, le tronc et, de façon exceptionnelle, la tête.

La phase pré-ulcéreuse est caractérisée par une tuméfaction sous-cutanée ferme, le plus souvent indolore et non adhérente au plan profond. Cette tuméfaction peut se limiter à un nodule typiquement non inflammatoire et volontiers prurigineux, entouré d'un halo œdémateux, ou s'étendre en une plaque ou un placard d'évolution fistulisée, voire diffuser à l'ensemble d'un membre. Au plan physiopathologique cette phase correspond à la constitution de la nécrose hypodermique consécutive de la diffusion de *Mycobacterium ulcerans* et de sa toxine le long des travées conjonctivo-vasculaires interlobulaires.

# LES BACTERIES MULTI-RESISTANTES : QUELS ENJEUX EN SANTE PUBLIQUE ?

Marie-Cécile PLOY, CHU Limoges



Marie-Cécile Ploy est pharmacienne, PhD et professeur de microbiologie à l'université de Limoges. Elle dirige le laboratoire de microbiologie et une unité de recherche au CHU de Limoges. Ses travaux se concentrent sur la résistance aux antibiotiques et plus particulièrement sur les intégrons, éléments génétiques impliqués sur la diffusion de la résistance. Ses principaux thèmes de recherche portent sur la régulation de l'expression du gène dans le modèle intégron et sur l'emploi des intégrons comme bio-marqueurs de la résistance aux antibiotiques en pathologie clinique et dans l'environnement.

Dans la lutte incessante qui oppose l'homme aux infections, la découverte des premiers antibiotiques fut considérée comme un miracle. Ce succès fulgurant a fait considérer un peu hâtivement le problème des maladies infectieuses comme définitivement réglé. Mais, rapidement, l'enthousiasme a décliné avec l'apparition des premières résistances des bactéries aux antibiotiques. Peu à peu, ce phénomène s'est étendu pour aboutir à une situation très préoccupante que l'on ne pouvait imaginer dans l'euphorie du milieu du vingtième siècle. À chaque nouvel antibiotique introduit en thérapeutique, les bactéries ont su s'adapter et résister plus ou moins vite. Apparaissent aujourd'hui de véritables « monstres » bactériens résistant à tous les antibiotiques potentiellement actifs et on se retrouve presque autant démunis qu'avant la découverte des antibiotiques. Des événements récents nous ont montré les risques liés à ces émergences : *Escherichia coli* O104H4 multirésistant aux antibiotiques retrouvé dans les germes de soja, bactéries porteuses de l'enzyme de résistance NDM-1 isolées en Inde initialement et largement répandues depuis, etc.

Ainsi, au cours du temps, les bactéries ont développé d'ingénieux mécanismes de résistance souvent liés à l'acquisition de gènes étrangers. Ces gènes peuvent provenir du chromosome d'espèces différentes ou être véhiculés par des éléments génétiques mobiles pouvant transférer très efficacement d'une bactérie à l'autre.

À côté du transfert des gènes de résistance entre les bactéries, il faut aussi considérer la dissémination des bactéries résistantes aux antibiotiques. En établissements de soins, de nombreux facteurs liés à l'hospitalisation sont propices à la transmission des bactéries de patient à patient. Le respect des règles d'hygiène et l'information du personnel sur la résistance aux antibiotiques doivent être continus pour limiter ce processus.

Il existe un lien indéniable entre consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques. À l'heure actuelle, de nombreux antibiotiques sont encore en vente libre dans plusieurs pays d'Amérique centrale ou du Sud et d'Asie. La notion de « médicament miracle » est encore très présente dans les esprits et la prescription d'antibiotiques est aux yeux de beaucoup de gens nécessaire pour toute pathologie infectieuse, exerçant ainsi une pression auprès des médecins pour la prescription d'un antibiotique. Par exemple, 95 % des angines ne nécessitent pas d'antibiothérapie alors que la pression des patients auprès des médecins pour une prescription d'antibiotique est très importante dans cette pathologie. Les bactéries ont donc appris à se protéger de cet usage massif d'antibiotiques et on constate désormais des résistantes chez des bactéries responsables d'infections communautaires, autrefois sensibles aux antibiotiques telles que *Escherichia coli*, les pneumocoques ou les gonocoques.

Enfin, nombre de maladies infectieuses émergentes ont une transmission vectorielle. Le paludisme reste la première maladie tropicale d'importation en France. En 2012, le nombre de cas estimé était de 3500, dont 88 % dû à *Plasmodium falciparum* et 96 % des cas venant d'Afrique subsaharienne. Les migrants en visite dans leur pays d'origine représentaient 78 % des cas observés en France. A l'instar de ce qui fut rapporté en Grèce en 2011, on pourrait observer à l'avenir la ré-introduction de *Plasmodium vivax* en Europe. Beaucoup moins probable est l'importation du nouveau *Plasmodium knowlesi* dont le réservoir est simien, même si des cas sporadiques peuvent être observés en France.

Parmi les arboviroses, la dengue est présente sur l'ensemble des continents en zones tropicales ; le virus Chikungunya qui était localisé à l'Ancien Monde est retrouvé depuis les derniers mois dans la zone Caraïbes et notamment les départements français d'Outre-mer. Dans la mesure où le vecteur *Aedes albopictus* est présent dans le midi de la France, notamment dans la région Sud-Est, on peut redouter l'émergence de ces arboviroses dans notre pays. Enfin, le virus zika a fait son apparition dans des territoires ultramarins français comme la Polynésie et la Nouvelle-Calédonie. Les mouvements de populations entre ces territoires et la métropole font également craindre l'apparition de ce virus qui reconnaît le même vecteur *Aedes*.

Pour être complet, certaines maladies infectieuses, bien que fort heureusement anecdotiques peuvent être observées chez des patients transplantés comme cela a été décrit pour la maladie de Chagas ou la coccidioïdomycose.

Je laisserai le mot de la fin à Charles NICOLLE qui dans le Destin des Maladies Infectieuses écrivait : *Si l'homme civilisé doit fatalement poursuivre son rôle de propagateur des agents pathogènes, les progrès de la science humaine armeront de mieux en mieux nos descendants contre toutes les maladies infectieuses. Au total, l'homme et les animaux domestiques ne seront pas plus souvent malades, sans doute moins, et ils mourront moins souvent (de maladies infectieuses) ....*

Dans un délai très variable de quelques jours à quelques mois ou même plusieurs années, on voit apparaître à la surface de cette infiltration une zone phlycténulaire, pustuleuse ou nécrotique ou bien les tissus se désagrègent en une fonte purulente souvent impressionnante.

La phase ulcéreuse est annoncée par l'élimination du sphacèle cutané qui laisse place à un ulcère profond atteignant l'aponévrose, plus ou moins étendu. La caractéristique de cet ulcère réside dans l'aspect décollé des bords.

Les arthrites ou ostéomyélites peuvent correspondre à une surinfection par exposition ostéo-articulaire, ou à une atteinte spécifique par *Mycobacterium ulcerans*.

Les diagnostics différentiels de l'infection à *Mycobacterium ulcerans* sont très nombreux et sans l'aide de la biologie, la présomption de la maladie n'est possible que tardivement devant l'évolution extensive avec nécrose hypodermique.

La recherche de *Mycobacterium ulcerans* doit se faire par prélèvements *in situ*, au niveau de la lésion et doit être répétée car les germes sont souvent peu nombreux. La mise en évidence de BAAR extra-cellulaires à l'examen direct d'un prélèvement au niveau de l'ulcère est positive dans un à deux tiers des cas selon les séries. L'histologie est caractéristique par l'importance de l'inflammation avec nécrose de l'hypoderme. Les bacilles sont bien colorés par la méthode de Zielh-Nielsen ou l'auramine et sont objectivés dans le collagène du fascia ou au sein des lobules graisseux, en extracellulaire dans la zone nécrotique et en intra-macrophagique à la lisière de l'ulcération. L'obtention de colonies sur milieu de Löwenstein-Jensen ou Coletsos est difficile et longue. L'identification par technique de PCR avec amplification du gène IS 2404 permet un diagnostic rapide.

Les protocoles thérapeutiques sont variées, comportant uniquement une antibiothérapie (streptomycine-rifampicine initialement, désormais amikacine-rifampicine) dans les formes débutantes non ulcérées de petite taille (< 5 cm) ; elle se combine à la chirurgie (excision greffe des tissus infectés et nécrosés) dans les formes évoluées, après 4 semaines d'antibiothérapie en deçà de 15 cm de diamètre, après 1 à 2 semaines au-delà, avec un total de 8 semaines de traitement minimum. Le protocole rifampicine (10 mg/kg/j) ofloxacine (environ 7 mg/kg/j) durant 2 à 6 mois a également été utilisé avec succès. Les associations rifadine-clarithromycine ou rifapentine-moxifloxacine semblent prometteuses.

Dans les formes graves et les ostéomyélites, l'amputation est parfois nécessaire. La kinésithérapie doit être précoce pour éviter les complications invalidantes. La prévention des infirmités repose sur une sensibilisation des acteurs de santé au diagnostic et à la prise en charge précoces des formes débutantes notamment nodulaires. L'éducation sanitaire doit mettre en garde les populations rurales du risque de contamination par le milieu hydro-tellurique lors de la fréquentation des points d'eau. La limitation de l'extension de l'endémie passe par une réflexion sur les conséquences des aménagements hydrauliques. Devant le problème de santé publique que représente cette maladie émergente, l'OMS a créé en 1998 un groupe d'experts pour coordonner les recherches et les mesures de contrôle (*Global Buruli Ulcer Initiative*).



Les facteurs humains déterminant l'émergence de nouvelles maladies infectieuses sont bien connus : augmentation exponentielle de la population mondiale, de l'ordre de 2 milliards au début du 20<sup>ème</sup> siècle passant à 7 milliards le 31 octobre 2011 !

Cette augmentation de la population mondiale prédomine dans les régions en développement, Asie et à moindre degré Afrique, alors que dans les régions « développées », les prévisions démographiques sont à la baisse. L'exode rural est un autre fait marquant : si en 1900 la population urbaine représentait 15 % de la population mondiale, en 2000 elle en représente 45 % et elle devrait atteindre 65 % à l'horizon 2030. La conséquence en est l'apparition des ghettos des grandes villes qui, par le fait de la promiscuité, de la précarité, de la pauvreté, sont le berceau de très nombreuses maladies infectieuses. A cela, il faut ajouter les migrations de population qui furent un élément déterminant l'écllosion de la pandémie VIH. Là encore, Charles NICOLLE était prophète : *les maladies infectieuses augmenteront en nombre dans toutes les régions du globe ; les échanges, les migrations importeront dans tous pays les maladies humaines et animales de chaque région. L'œuvre est déjà très avancée, elle est assurée d'avenir.* Les voyages intercontinentaux connaissent une croissance annuelle de près de 5 % qui, en raison de leur rapidité, sont à même de pouvoir disséminer des agents infectieux sur toute la planète comme ce fut le cas du coronavirus responsable du SARS en 2003.

Sans prétendre à l'exhaustivité nous envisagerons les principales maladies infectieuses émergentes d'origine tropicale en fonction de leur mode de transmission, par voie respiratoire, liée au péril fécal, sexuelle ou vectorielle.

Parmi les agents infectieux à transmission respiratoire, *Mycobacterium tuberculosis* occupe toujours le devant de la scène avec l'émergence des souches MDR/XDR. L'OMS estimait en 2011 le nombre de cas nouveaux de tuberculose à 8,7 millions dont 500 000 cas de tuberculose MDR (60 % en Inde, Chine et Fédération de Russie) parmi lesquels 50 000 cas XDR. En France, le nombre de tuberculoses MDR a augmenté de façon importante dans les années 2011-2012, respectivement de 50 % et 30 %, en totalisant 92 cas en 2012. Le fait marquant est la très forte augmentation du nombre de cas nés dans les pays d'ex-URSS et d'Europe de l'Est. Quand l'on connaît les difficultés de traitement et d'isolement des patients dans les pays tropicaux, on peut craindre que de nouveaux cas de tuberculose MDR/XDR nous arrivent de ces contrées dans un proche avenir. Un autre agent infectieux à transmission respiratoire a fait la une de l'actualité courant 2013 : le MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome coronavirus) a fait son apparition en septembre 2012 en Arabie Saoudite. Au mois de mars 2014, l'OMS était informée d'un total de 184 cas confirmés dont 80 décès. A ce jour, il n'y a pas de cas importé en France, pas plus que de cas de virus grippal H5N1, H7N9...

Parmi les maladies infectieuses liées au péril fécal, le principal risque est le fait d'entérobactéries hautement résistantes par production de bêta-lactamase à spectre étendu et plus encore de carbapénémase. Si initialement l'Inde et l'Asie étaient désignées comme les principaux réservoirs, on sait que le risque s'est propagé à l'ensemble des pays notamment du bassin méditerranéen (Grèce ++). De façon plus anecdotique, la sarcocystose musculaire, maladie endémique en Asie du Sud-Est, a été responsable d'un cluster de quelques dizaines de patients ayant séjourné sur l'île de Pulau Tioman en Malaisie.

Il faut penser à ce diagnostic devant un tableau associant fièvre, myalgies et hyperéosinophilie (soit un tableau très proche de la trichinellose). La réémergence de cas de poliovirose au Moyen Orient rappelle par ailleurs la nécessité d'une protection vaccinale de façon à maintenir l'élimination de ce virus sur notre territoire.

Parmi les maladies Infectieuses à transmission sexuelle, le VIH a été l'origine d'une pandémie ayant débuté au début des années 1980. Malgré des progrès indéniables, les pays en développement restent encore très touchés, notamment l'Afrique sub-saharienne qui totalise environ 2/3 des cas.



# La Beauze

HOTEL \*\*\*

Eric & Lisette Duijmelinck

14, Avenue de la République  
23200 Aubusson - France  
tel. + 33 (0)5 55 66 46 00  
www.hotellabeauze.fr



# LA LICORNE

LIBRAIRIE – PAPETERIE

42, Grande Rue 23200 Aubusson  
tél. 05 55 66 13 64 - fax. 05 55 66 35 70  
librairielalicorne@sfr.fr

# PATHOLOGIE TROPICALE D'ACTUALITE EN FRANCE

Bruno MARCHOU, CHU Toulouse



Le Dr Bruno Marchou est professeur agrégé, chef du service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Toulouse. Il est membre de la Société de Pathologie exotique et de la Société de Médecine des voyages. Il est coordonnateur du D.U. de pathologie exotique et des voyages des facultés de médecine de Toulouse et chargé de l'enseignement de la pathologie infectieuse pour les D.E.S. de médecine interne (2004-2012) et de pneumologie (2014) au CHU de Conakry, République de Guinée.

En 2012, le nombre de voyageurs internationaux atteignait le milliard, soit une augmentation de près de 50 % depuis l'année 2000. Entre 1990 et 2010, le nombre de voyageurs à destination des pays en développement augmentait de 31 % à 47 %.

Les problèmes de santé rencontrés par les voyageurs au cours d'un séjour dans un pays en développement sont largement dominés par la *turista*, avec une incidence mensuelle de 20 % à 60 %, loin devant le paludisme et des arboviroses comme la dengue.

Selon les données fournies par le Système de Surveillance Géosentinel sur la période de 1997 à 2004, pour les voyageurs Nord-Américains, les troubles digestifs représentaient 45 % des cas (en rapport avec une infection à *Giardia* : 6,25 % ; avec une amibe : 2 %), les syndromes fébriles 14 % (dont *Plasmodium falciparum* 19 %), les dermatoses 12 % et les syndromes respiratoires 8 % des cas. Il est probable qu'en France, le paludisme à *Plasmodium falciparum* occupe une place plus importante dans la pathologie du retour, eu égard à la destination privilégiée de nos voyageurs vers le continent africain.

Plutôt qu'une énumération des pathologies tropicales classiques et bien connues, notre propos va se focaliser sur les pathologies exotiques et notamment tropicales susceptibles d'être importées dans notre pays. Les maladies infectieuses émergentes se définissent comme une entité clinique d'origine infectieuse nouvellement identifiée ou une pathologie infectieuse connue dont l'incidence a augmenté dans un endroit donné ou dans un groupe de population donné. En 2011, le Conseil de Santé Publique publiait un rapport de situation et perspective des maladies infectieuses émergentes.

Dans ce rapport apparaît une courbe d'évolution des nouvelles « espèces de virus » rencontrées chez l'homme qui croît de façon quasi-exponentielle depuis les 50 dernières années, avec l'identification de divers virus : Chikungunya, Monkeypox, Ebola et autres filovirus, VIH et autres lentivirus, virus Hendra.... En fait, comme l'écrivait fort justement Charles NICOLLE dans le destin des Maladies Infectieuses, *ce qui est nouveau ce n'est pas la survenue d'une maladie antérieurement inconnue, c'est cette survenue au sein d'un monde qui se croyait définitivement aseptisé, protégé et tranquille....* Nous étions alors en 1930, c'est dire que les esprits n'ont guère évolué depuis cette époque. Citant toujours Charles NICOLLE, *les maladies infectieuses portent les caractères de la vie et usent des moindres possibilités pour se perpétuer... il y aura donc des maladies nouvelles, c'est un fait fatal.* Tout dépend des rencontres entre l'agent infectieux et l'hôte humain, rencontre qui dépend directement des activités de l'homme.

Comme l'écrit H.H. MOLLARET, *inutile d'invoquer l'apparition de nouveaux agents infectieux pathogènes, il faut plutôt rechercher quels changements même infimes par les relations de l'homme avec son environnement peuvent entraîner un contact jusqu'alors non établi.*

LE FRANCE

HOTEL RESTAURANT

AUBUSSON



**A**ccueil charmant, décor raffiné et confort dans le cadre élégant d'un ancien hôtel particulier du XVIII<sup>e</sup> siècle.  
Un établissement de grande qualité doté d'une palette de services complets.  
Un restaurant confortable. Remarquable par sa créativité, la table du France affiche une tradition gastronomique affirmée et offre une belle parenthèse gourmande inspirée par les recettes typiques de la Creuse et les saveurs authentiques du terroir.  
21 chambres agréablement et diversement décorées. Un standing à des prix attractifs. Téléphone direct, Sèche cheveux, TV Canal+, WiFi gratuite.  
Sans oublier son espace balnéothérapie avec sauna, hammam, bain bouillonnant, luminothérapie.  
Une étape de détente au cœur d'Aubusson. Ouvert 7 j/7.

La Tapisserie d'Aubusson est inscrite au Patrimoine Culturel Immatériel de l'UNESCO



Flashez-moi avec votre smartphone pour une visite 360° de l'hôtel

Hôtel-Restaurant

6 rue des Déportés 23200 AUBUSSON

Coordonnées GPS : 45°57'21" N, 2°10'3" E - Alt. : 436 m

Tel : +33 (0)5 55 66 10 22 Fax : +33 (0)5 55 66 88 64

<http://www.aubussonlefrance.com>

[contact@aubussonlefrance.com](mailto:contact@aubussonlefrance.com)



# LE PALUDISME DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT EN AFRIQUE TROPICALE

Jean DELMONT, Faculté de Médecine de Marseille



Jean Delmont est professeur émérite de maladies infectieuses et tropicales à la faculté de Médecine de Marseille, Université d'Aix-Marseille. Il est également Président de la Société Française de Pathologie Exotique et il a travaillé une douzaine d'années au Mali et surtout en Centrafrique.

En 2012, le nombre d'épisodes cliniques de paludisme dans le monde était estimé à 200 millions. Cette charge de morbidité concernait essentiellement de jeunes enfants et des femmes enceintes et était localisée à 80 % en Afrique subsaharienne. Dans cette région tropicale, il existe à la fois des espèces anophéliennes, excellentes vectrices des parasites, et une forte prédominance de *Plasmodium falciparum*, au potentiel léthal.

Cette même année, le paludisme avait causé plus de 600 000 décès dont 90 % dans cette même région et 85 % chez des enfants âgés de moins de 5 ans.

Le bilan est lourd mais moins qu'une décennie plus tôt, grâce à des engagements politiques et financiers internationaux d'ampleur considérable. De nombreux programmes de contrôle, tel celui intitulé Roll Back Malaria (« Faire reculer le paludisme ») ont été mis en place, permettant de diminuer l'incidence du paludisme et, surtout, de réduire d'un tiers le nombre annuel de décès.

En Afrique tropicale où sévit une forte endémie palustre, le paludisme atteint chaque année le quart des 25 millions de femmes enceintes. Il est habituellement plus grave que chez les femmes non enceintes du fait que la grossesse crée une immunodépression physiologique affaiblissant les défenses de l'organisme contre l'infection. Le paludisme cause, à des degrés divers selon les faciès géoclimatiques, surtout lors de la première grossesse, des fièvres fréquentes, des anémies profondes et 10 000 décès maternels. De plus, le paludisme peut provoquer un accouchement prématuré d'un enfant mort-né. Lorsque l'accouchement se produit à terme et que le nouveau-né est vivant, il est souvent d'un faible poids de naissance, cause majeure de mortalité infantile et d'altération du développement. Par ailleurs, 10 % des femmes enceintes sont infectées par le VIH. Conséquence de l'immunodépression surajoutée qui en résulte, le paludisme est chez elles plus fréquent et la transmission du virus à leur enfant est facilitée.

La vulnérabilité des enfants vis-à-vis du paludisme est variable selon leur âge. Pendant quelques mois après sa naissance, bien qu'exposé à une infestation par les anophèles, le nourrisson est protégé de la maladie par des anticorps issus de sa mère. Mais, par la suite et surtout les premières années, le jeune enfant est particulièrement sujet à des accès graves de paludisme, voire mortels, tant que sa prémunition n'est pas suffisante. Le paludisme serait ainsi responsable de 20 % des décès des enfants de moins de 5 ans en Afrique tropicale par anémie sévère ou atteinte cérébrale. Là encore, âge de survenue et causes des décès sont dépendants des faciès épidémiologiques.

Conséquence de l'impact des mesures préventives et thérapeutiques chez les enfants âgés de moins de 5 ans, et de la diminution consécutive de leur prémunition antipaludique, on constate de plus en plus souvent des accès cliniques et des fièvres graves de paludisme chez des enfants d'âge plus avancé dans les pays où ces mesures sont efficaces.

Pour prévenir les conséquences néfastes du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants, il est préconisé depuis longtemps l'usage de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MIT) pour empêcher les piqûres d'anophèles pendant le sommeil. La nouveauté est la durabilité de plusieurs années de leur effet insecticide résultant des modalités de l'imprégnation des tissus lors de leur fabrication.

Une autre mesure de lutte, encore peu répandue, est la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) au moins une à deux fois par an.

Depuis le début des années 2000, l'OMS a recommandé chez les femmes enceintes le traitement préventif intermittent (TPI) qui consiste à la prise systématique d'un antipaludique, peu coûteux, aux cinquième et septième mois de la grossesse, lors des consultations prénatales. La sulfadoxine-pyriméthamine sous forme orale a été choisie à cet effet et reste toujours préconisée malgré la fréquence des souches de *Plasmodium falciparum* résistante à ce médicament.

En cas de survenue d'une fièvre, l'accès rapide des malades à une structure de soins est essentiel afin de diagnostiquer son origine palustre par microscopie ou test de diagnostic rapide (TRD). Un traitement présomptif ne sera réalisé que si le diagnostic parasitologique n'est pas possible. Les associations médicamenteuses à base d'artémisinine sont actuellement recommandées en traitement.

Cependant, malgré une politique de gratuité, toutes les recommandations précédentes pour prévenir ou traiter un paludisme ne sont pas appliquées partout où elles seraient nécessaires, notamment dans les zones rurales, par manque d'informations et de disponibilité de matériel et d'antipaludiques. Il est d'ores et déjà certain que les objectifs de couverture universelle des interventions programmées en Afrique tropicale par l'OMS, le Fonds Mondial et Roll Back Malaria ne seront pas atteints en 2015 malgré les importants progrès réalisés dans certains pays africains. Si aujourd'hui, des outils performants de prévention et des médicaments efficaces existent, il est à craindre que dans les toutes prochaines années, ne s'accroissent les résistances des moustiques aux insecticides et n'apparaissent, après l'Asie du Sud-Est, en Afrique tropicale, celle des parasites aux dérivés de l'artémisinine. S'évanouirait alors tout espoir de réduire la transmission jusqu'à un seuil où le paludisme cesserait d'être pour la population un problème majeur de santé publique dans cette région du monde.