



La Lettre des AAA-APHP

Cette association regroupe des praticiens, administrateurs et cadres ayant exercé ou exerçant dans les hôpitaux, des alumni et amis de l'APHP.

Le logo de l'association est le projet de Daniel W. Drummond, à l'origine de l'actuel logo de l'APHP utilisé depuis 1970.

Association des Anciens, Alumni et Amis de l'APHP (AAA)

Adresse postale : AAA-APHP, Bureau FSM 316, Siège APHP, 3 avenue Victoria,
75184 Paris Cedex 04

Assistante administrative : Mme Manuela Goncalves (manuela.goncalves@opas.fr)

Locaux de l'association : 10 rue des Fossés St-Marcel, 3^{ème} étage, 75005 Paris

Tél : 01 40 27 38 01/02 - Fax : 01 40 27 42 56 - Courriel : aaa.aphp.sap@aphp.fr

Musée or not Musée ?

par Henri Nahum



Tous les radiologistes sont cultivés parce que, de par leur situation au centre de l'imagerie de l'hôpital, ils doivent avoir des clartés de tout.

Mais il se trouve que **Henri Nahum**, radiologiste de l'hôpital Beaujon a une culture si exceptionnelle que même ses collègues la reconnaissent.

Il a créé et présidé, il y a dix ans, l'Association des Amis du Musée de l'AP, l'ADAMAP au moment crucial de son existence lorsque l'AP se défaisait de l'hôtel de Miramon et du Musée.

Depuis il essaie de maintenir l'idée muséale qui porte en germe le futur musée de l'AP, peut être à l'Hôtel Dieu, ou d'un futur musée général de la médecine qui pourrait se situer au Val de Grâce qui maintenant soigne peu de malade et où se situe déjà un très intelligent musée de la médecine.

AL

Sommaire

. Henri Nahum	
Musée or not Musée ?	4
. Catherine Weil Olivier, Robert Cohen	
Stratégies vaccinales : facteurs du succès, et défis	7
. Distinctions honorifiques - Ils nous ont quittés	21
. Prochaine rencontre - Cotisations 2017	23

Le Billet de l'ADAMAP

(Association des Amis du Musée de l'APHP)

Certains d'entre vous ont pu découvrir l'exposition à la Conciergerie qui présentait les recommandations de **la mission sur l'île de la Cité**, toujours accessibles sur son site : www.missioniledelacite.paris

J'avais pu échanger avec Philippe Bélaval, président du Centre des monuments nationaux qui a conduit, avec l'architecte Dominique Perrault, cette mission. Tout le monde comprend que la période électorale en cours n'est pas favorable à de nouvelles annonces politiques sur ce dossier. Un comité de suivi, présidé par Jean-Pierre Weiss, qui fut dans les années 80 responsable des investissements immobiliers de l'APHP, a été mis en place officiellement le 18 avril pour assurer un avenir aux réflexions engagées et aux opérations projetées. Il faut lui souhaiter de gagner un véritable statut de mission de préfiguration et d'obtenir la collaboration des grandes institutions implantées sur l'île, Ministères de la Justice et de l'Intérieur, APHP et bien sûr la Ville de Paris, qui toutes disposent certainement des compétences pour instruire les propositions du rapport.

C'est auprès de cette mission qu'il faudra nous attacher à défendre la proposition qui nous concerne particulièrement : « un cadre à trouver, un pôle d'exposition... pour que, parmi les espaces dégagés à l'Hôtel-Dieu, une place soit faite pour au moins une partie des **collections des musées de médecine de Paris**, inaccessibles au public depuis de longues années et qui trouveraient dans le plus ancien établissement hospitalier de la capitale (même s'il n'est plus situé à son emplacement initial) un cadre en rapport avec leur intérêt » (page 25 du rapport).

Signalons que le dimanche 30 avril dernier a été testé une proposition du rapport de la mission : le parcours piétonnier de la rive gauche de l'île (du Pont Neuf jusqu'aux squares de l'amont) en interdisant la circulation automobile.

Une invitation : grâce à Camille Pérez – la nouvelle conservatrice du Musée - nous pouvons découvrir une partie des collections conservées dans les réserves situées dans les sous-sols du bâtiment Broca du CHU Bicêtre.

Notre visite se poursuivra par les descentes dans les cachots et dans le Grand réservoir de l'ancien Bicêtre. Nous devons limiter la taille du groupe à 15 personnes. Mais s'il le faut nous envisagerons d'autres dates : faites nous connaître votre intérêt.

Une première visite aura lieu **le 15 juin 2017 à 15 h.**

Rendez-vous à l'entrée « Portail des champs » - 78 rue du Général Leclerc – la plus proche du métro, Ligne 7 station **Le Kremlin-Bicêtre**.

Inscriptions :

Au téléphone au 01 40 27 50 49 ou par email : amis.du-musee.sap@aphp.fr

Enfin nous vous recommandons de vous rendre sur les sites rénovés et considérablement enrichis du département des patrimoines culturels :

www.aphp.fr/musee pour le **Musée**

www.aphp.fr/archives-de-lap-hp pour les **Archives**

Bien sûr notre association a besoin de se renforcer, si vous voulez nous rejoindre : un chèque de 25€ à adresser avec vos coordonnées à :

ADAMAP
Bureau 406 AP-HP/FSM
10, rue des Fossés Saint-Marcel, 75005 Paris

Et pour nous suivre : www.adamap.org

Amitiés.

Jacques Deschamps
Président de l'ADAMAP
Membre du CA des AAA-APHP

Des spectacles à prix très réduits pour les adhérents des AAA-APHP

Les AAA-APHP ont adhéré à l'ACE, association de comités d'entreprises et d'associations.

Ainsi, nous vous proposons chaque semaine plusieurs spectacles, concerts et manifestations sportives à des prix exceptionnels. Par téléphone ou mail avec le code proposé, il vous est possible de réserver très rapidement vos places. Si vous êtes cotisant aux AAA, ce service est gratuit.

Merci de nous dire ce que vous pensez de cette proposition, mise en place depuis janvier 2017.

Au cas où vous le souhaiteriez, bien sûr, nous cesserons immédiatement nos envois de mails à ce sujet.

Musée or not Musée ?

Henri Nahum

Le 14 avril 2016 s'est tenu à l'Hôtel Scipion un colloque organisé conjointement par l'ADAMAP (Association des Amis du Musée de l'Assistance Publique) et par le Musée lui-même. Il avait pour thème : « L'explosion technologique : un défi pour la sauvegarde du patrimoine hospitalier. Comment les collections muséales témoignent-elles des avancées technologiques médicales ? ». Les exposés nous ont transportés à Nantes, à Bruxelles, à Paris, à Lille, à Grenoble, à Marseille.

On m'a demandé d'écrire mes impressions à propos de ce colloque. Elles se résument en deux mots : admiration et amertume.

- Admiration devant le travail considérable accompli par les animateurs des musées présentés ainsi que par la perfection des travaux de restauration réalisés par l'équipe du Musée de l'APHP.
- Amertume devant l'impuissance à convaincre les pouvoirs publics de l'importance et de la nécessité de musées médicaux.

Au début, c'est un passionné qui collecte quelques objets. Il rassemble autour de lui quelques amis, leur transmet sa passion. Ensemble, ils fouillent les caves de leurs hôpitaux, courent les vide-greniers, constituent une véritable collection, identifient les objets découverts, les replacent dans leur contexte historique et médical, les restaurent. Pourquoi, dès lors, ne pas créer un véritable musée ? Ils contactent l'administrateur responsable, essayent de lui transmettre leur enthousiasme, y arrivent parfois. On attribue à ce musée une salle désaffectée de l'hôpital. Patatras, voilà l'administrateur « ami » muté ! (la durée des fonctions d'un directeur général ou d'un directeur d'hôpital est, à un poste donné, de 3 ou 4 ans). Le successeur est réticent. « Musée, vous avez dit musée ? Je dois tout de même vous annoncer que le local actuel ne répond pas aux normes de sécurité. Il vous faut donc le libérer et en chercher un autre. Vous avez pensé, m'avez-vous dit, à la Chapelle Saint Léonard à l'entrée de l'hôpital de la Commisération. C'est en effet un lieu prestigieux. Il faut évidemment le restaurer et l'adapter à la fonction de musée. Avez-vous réfléchi au budget d'investissement ? A combien estimez-vous le nombre nécessaire de membres du personnel, en dehors même d'un indispensable conservateur ?... Hmm... Avez-vous calculé le budget de fonctionnement ?... vous connaissez bien sûr, nos difficultés actuelles... Ce que je vous propose, cher ami -et j'en profite pour vous féliciter de votre initiative- c'est d'établir un dossier. Je

l'examinerai, vous vous en doutez, attentivement et favorablement- et je le soumettrai à la commission compétente ». En quelques jours, un dossier détaillé est constitué, dactylographié en plusieurs exemplaires, remis en bonnes mains. Et puis, on attend, on attend, on attend.... 2 ans.... 5 ans.... 10 ans...

A Paris, il faut bien le reconnaître, la situation est catastrophique. L'article récent de J. Deleuze dans le Revue du Praticien que nous reproduisons ci-après dresse un sombre bilan¹.

Le Musée Dupuytren, fondé en 1835, contient des pièces exceptionnelles d'anatomie pathologique, d'embryologie et de tératologie. Deleuze s'élève contre la menace de fermeture. Vaine protestation. Malgré une pétition ayant recueilli plus de 10 000 signatures, la fermeture est aujourd'hui effective. Le Musée Delmas-Orfila-Rouvière, classé monument historique, contenait une magnifique collection anatomique de six mille pièces. Expulsé de la Faculté de Médecine des Saints Pères, il a heureusement été accueilli par la Faculté de Médecine de Montpellier. Qu'est devenue la belle collection obstétricale sise à l'Hôpital Baudelocque ? J'ai trouvé aux Puces de Bicêtre un objet qui en faisait partie... Le Centre Antoine Béchère a été fondé par les enfants du « père de la radiologie française ». Il contient les manuscrits d'Antoine Béchère, les notes détaillées qu'il a prises lors des congrès auxquels il a participé pendant quarante ans, des instruments médicaux qu'il a utilisés, une collection de cires, une précieuse collection de maquettes d'appareils radiologiques anciens. Il a lui aussi été expulsé de la Faculté de Médecine des Saints Pères. Ses collections sont en caisses.

Quant au Musée de l'Assistance Publique, sa création, demandée par le Conseil Municipal de Paris, a été décidée en 1934, lorsqu'a été démolie l'hôpital de la Charité, pour abriter les nombreuses œuvres d'art qui y étaient conservées. Depuis cette date, le Musée occupe l'Hôtel de Miramion, magnifique construction de la première moitié du XVII^{ème} siècle, remarquablement restaurée. Mais, là aussi, un passionné a transformé le Musée. Il s'agit de M. César qui dirigeait le centre médico-technique de l'Assistance Publique et qui recueillait le matériel défalqué. Il en a constitué une collection qu'il a d'abord abritée dans un hangar personnel avant de la joindre au Musée non sans difficultés administratives. La conception même du Musée a, dès lors, considérablement évolué. Ce n'est plus seulement une collection d'œuvres d'arts, choisies pour leur valeur esthétique, tableaux, sculptures, pots à pharmacie. Le Musée reflète l'évolution des techniques médicales, grâce à des objets relativement récents, devenus obsolètes, placés dans leur contexte historique et médical. L'évolution s'est poursuivie grâce à l'action de la conservatrice, Anne Nardin, restée en poste pendant vingt ans, grâce en particulier aux expositions

¹ J. Deleuze. Le lent abandon des musées parisiens d'histoire de la médecine. La Revue du Praticien, 2016, 66 :342-346.

thématiques qu'elle a organisées. Non seulement le Musée montre l'histoire de la médecine mais la place de l'homme malade dans la société, la place de l'hôpital dans la ville, celle des personnes âgées, celle des enfants. Il s'y ajoute un patrimoine immatériel grâce à l'enregistrement des souvenirs des membres du personnel médical et non médical. Hélas, il a été décidé en haut lieu de vendre l'Hôtel de Miramion, ce joyau, donc d'en expulser préalablement le Musée. Le personnel du Musée a été réduit de manière drastique. La conservatrice a été rendue à son administration d'origine. Des rendez-vous avec le Directeur Général ont été annulés au dernier moment. Le Ministre de la Culture qui avait annoncé sa visite, a dû y renoncer, au dernier moment lui aussi. Malgré de nombreux entretiens avec des membres de l'Administration aux échelons les plus élevés, malgré les milliers de signatures recueillies par une pétition lancée par le Président de l'ADAMAP, le Professeur Jean François Moreau, l'hôtel de Miramion a été vendu. Ses collections sont en caisses. Il y a toujours rue des Fossés Saint Marcel un bureau intitulé « Musée de l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris » Le personnel est réduit à deux personnes. Elles ne sont pas inactives. Elles s'occupent avec talent et avec succès de la restauration de certaines œuvres de la collection. Des expositions itinérantes avaient été envisagées. Le projet a dû être abandonné. L'ADAMAP, devenue hélas Association des Amis d'un Musée qui, en pratique, n'existe plus, n'est pas non plus inactive, grâce à l'énergie et la persévérance de son président actuel, Jacques Deschamps qui, dans ses fonctions administratives précédentes, a beaucoup aidé le Musée. Il est périodiquement question de réinstaller le Musée dans un Hôtel Dieu réorganisé. A vrai dire, il en est question depuis plusieurs décennies. L'un des participants à la réunion du 14 avril a évoqué le Val-de-Grâce. Il suffit de mettre d'accord cinq ministères....

Pourquoi la prise de conscience des pouvoirs publics est-elle si différente à l'étranger ? A Londres, le Wellcome Museum, inauguré par la Reine, reçoit chaque jour des centaines de visiteurs, le Gordon Museum of Pathology est, lui aussi, très fréquenté. Dans toutes les grandes villes américaines, les musées médicaux sont entretenus, régulièrement enrichis, fréquentés par une public nombreux.

Il peut tout de même être utile d'espérer pour continuer à entreprendre et de commencer à réussir pour persévérer.

*Henri Nahum
Président d'Honneur, fondateur de l'ADAMAP*

Stratégies vaccinales : facteurs du succès, et défis

Catherine Weil Olivier, Robert Cohen

Avec un recul de plusieurs décennies, les programmes nationaux de vaccination mis en place après la deuxième guerre mondiale dans l'hémisphère Nord et certains autres continents ont rapidement fait la preuve de leur succès qui se maintient dans les faits mais a tendance à être oublié de nos jours dans le public.

FACTEURS DU SUCCES

Parmi les succès, citons en premier bien sûr l'éradication (c'est à dire l'absence de circulation de l'agent infectieux) mondiale de la **variole** en 1980 avec l'appui majeur entre autres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'éradication de la **poliomyélite** est acquise dans cinq des six régions OMS : Europe, Amériques, Asie, Pacifique, Moyen Orient. La Région Europe de l'OMS est « polio-free » depuis 2002 et aucun cas de poliomyélite à poliovirus sauvage ou à type vaccinal n'a été rapporté en EU/EEA en 2012. Néanmoins, la menace d'un cas importé à poliovirus sauvage ou à type vaccinal persiste dans les populations européennes non vaccinées. Il reste indispensable de maintenir une forte couverture vaccinale dans tous les groupes de population et de maintenir la surveillance clinique – notamment des paralysies aiguës flasques – et environnementale (analyse des eaux usées). Les bonnes nouvelles de 2015 sont l'éradication mondiale officielle du virus sauvage Polio de type 2 – le type 3 ayant déjà été éradiqué -, en Afrique une année complète sans cas de poliovirus sauvage pour la première fois dans l'histoire. Deux pays restent endémiques : le Pakistan et l'Afghanistan. Le programme d'éradication globale de la poliomyélite annonce la notification de 66 cas de poliomyélite à virus sauvage de type 1 pendant l'année 2015 (versus 332 en 2014), quelques cas de poliomyélite à virus vaccinal-dérivé de type 1 et 2. Il existe un lien inverse fort entre la qualité de la couverture vaccinale obtenue et la diminution du nombre de cas recensés.

Dans les pays de l'hémisphère Nord, **toute stratégie vaccinale nécessite une vision globale du programme envisagé**. Il ne s'agit pas uniquement de la mise à disposition d'un vaccin après son enregistrement. Un processus de réflexion de quelques mois sous-tend la recommandation – ou non – de celui-ci par le Comité Technique des Vaccinations (CTV) dépendant pour l'instant du Haut Conseil de Santé Public. Sur la base de ces recommandations, la commission de transparence statue sur le service médical rendu (SMR) et son amélioration (ASMR) éventuelle sur

la base desquels le comité médico-économique décidera le prix public. La mise en place d'un programme vaccinal après obtention de recommandations officielles comporte des maillons forts ultérieurs que sont la surveillance de la couverture vaccinale et la surveillance clinique et microbiologique des maladies dues à l'agent infectieux ciblé ; en revanche on peut déplorer l'insuffisance dans notre pays de plusieurs étapes indispensables à la réussite d'un programme vaccinal : peu ou pas de campagnes officielles de vaccination et quand elles existent, elles sont rarement sous-tendues par une communication pertinente pro-active (et non réactionnelle) orientée vers le public et les professionnels de santé. Ces derniers se sentent rarement soutenus clairement par les autorités de santé ; carence de structuration de l'éducation, de la formation des professionnels de santé autour de la « vaccinologie » ou d'un programme de vaccination. De ces éléments dépend la qualité du taux de la couverture vaccinale, du respect du calendrier vaccinal (âge à la première dose, nombre de doses et intervalle entre les doses), tous deux nécessaires aux succès du programme.

Quelques informations sur les vaccins.

Les vaccins sont des **produits biologiques issus du vivant**, sans générique. Leur fabrication et leur production comportent de nombreuses étapes. Chacune de ces étapes est soumise à de très nombreux contrôles de qualité qui perdurent tout au long de leur commercialisation, faisant des vaccins des produits hautement contrôlés. Le contrôle clinique et épidémiologique de plusieurs maladies infectieuses a été facilité par l'utilisation de vaccins combinés contenant plusieurs valences antigéniques et / ou la co-administration de plusieurs vaccins dans le respect de quelques règles simples.

Le public est particulièrement sensible à la **notion d'événements indésirables**. Il est de fait indispensable de s'assurer de la bonne tolérance du geste vaccinal et des vaccins dans le respect des recommandations d'une stratégie. La position réaliste des agences nationales et internationales chargées de cette vigilance est d'anticiper sur l'hypothèse du risque et de minimiser le risque autant que faire se peut. Anticiper ce risque repose sur le constat qu'un événement inattendu peut toujours survenir. Une réaction rapide basée sur des méthodes sensibles et spécifiques de pharmacovigilance facilite grandement la communication adaptée des autorités de santé. Elle permet de faire la part entre le lien temporel constaté et un lien causal supposé en se souvenant que le lien temporel ne suffit pas à établir le lien causal (« sequence is not consequence »). Une période vulnérable en matière de sécurité vaccinale d'un nouveau vaccin se situe dans les premiers mois de son utilisation en population. La raison en est simple : avant l'autorisation de mise sur le marché, au cours du processus d'enregistrement, l'analyse du bénéfice /risque du vaccin repose

sur quelques dizaines de milliers de patients suivis pendant une période de 06 mois. Les événements les plus fréquents sont repérables. Lors de leur utilisation en population, à terme, plusieurs millions de personnes vaccinées permettront le repérage d'événements plus rares, non identifiables auparavant et parmi eux, éventuellement, de quelques effets sévères et/ou inattendus. A l'aide de la surveillance « post-marketing » (des « PSUR » des industriels notamment) et du plan de gestion du risque, une vaccino-vigilance permanente et durable pourra soit identifier un risque dès sa survenue, soit rassurer. On conçoit que dans la période initiale d'implantation du programme vaccinal toute rumeur basée sur un lien temporel observé entre le geste vaccinal et un événement constaté puisse être amplifiée tant que des preuves solides établies sur de larges nombres de sujets vaccinés avec des méthodes scientifiques n'ont pu être apportées. Le plan de gestion de risque obligatoirement établi lors de la mise sur le marché en accord entre l'industriel et les autorités européennes d'enregistrement (European Medicine Agency à Londres) est un outil précieux, pré-requis indispensable au suivi strict du vaccin pendant plusieurs années. Il a des composantes multiples : surveillance clinique, microbiologique et épidémiologique, vastes études de suivi en pharmacovigilance. Si ajoute en cas de signal éventuel la possibilité de « monter » en temps réel les études prospectives ad'hoc permettant à court terme un positionnement clair sur l'existence ou non d'un lien causal sous-tendant le lien temporel observé.

Les facteurs de réussite d'un programme vaccinal reposent sur des objectifs précis et les moyens mis à disposition pour les atteindre. Le **niveau de contrôle recherché** dépend de l'agent infectieux notamment de sa contagiosité, de l'efficacité vaccinale en population (effectiveness) et d'éléments économiques tels le ratio « cout/efficacité »: la détermination précise de qui paie pour le programme vaccinal (l'état et alors quelle fraction du prix sera remboursée? le public ce qui implique le paiement intégral par les patients?). Pour quelques maladies infectieuses (tétanos, rage, tuberculose, hépatite B...) seule la protection individuelle peut être envisagée. Dans bien des cas (*Haemophilus influenzae* de type b, pneumocoque, méningocoque de séro groupe C, HPV...) la protection collective est au moins aussi importante et un contrôle de la maladie infectieuse est recherché en termes de santé publique destiné à réduire de manière satisfaisante la mortalité et la morbidité. L'élimination – absence de cas cliniques dans une zone géographique – est l'objectif pour la poliomyélite et la rougeole. Enfin l'éradication est l'objectif ultime, obtenu pour la variole uniquement à ce jour.

Il n'y **pas de succès d'un programme vaccinal sans un suivi** qui porte sur les quatre points essentiels suivants :

1) l'application du programme est-elle correcte (respect du calendrier vaccinal et mesure du taux de couverture vaccinale) ;
2) le vaccin utilisé protège-t-il les sujets vaccinés - et les non vaccinés - (mesure de l'efficacité vaccinale sur le terrain) ; 3) le vaccin est-il bien toléré (vaccino-vigilance : suivi rigoureux des événements indésirables rapportés) ; 4) le vaccin rend-il service à la population avec réduction de l'incidence des maladies, de leur mortalité et de leur morbidité (surveillance épidémiologique clinique, microbiologique et études séro-épidémiologiques). La France dispose d'un réseau de surveillance solide et efficace, travaillant en collaboration et concertation aux niveaux national, européen (ECDC à Stockholm) voire mondial (via l'OMS).

Le calendrier vaccinal est réactualisé chaque année, maintenant publié sur le site du ministère de la santé (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1175.pdf>). Il incite à respecter l'âge à la première dose de primo-vaccination, le nombre de doses prévues et les intervalles entre celles-ci. Les faits marquants sont le contrôle possible de douze maladies avant l'âge de deux ans à l'aide de cinq vaccins et la nécessité de continuer le programme de protection pendant la vie entière (l'immuno-sénescence étant un phénomène progressif, marqué chez les seniors).

Les exemples qui vont suivre illustrent **l'importance des taux de couverture vaccinale** à l'échelle de la population ciblée par le programme pour le contrôle efficace des maladies.

Maladies évitables par la vaccination avec fort taux de couverture vaccinale.

Le **tétanos** est devenu une maladie virtuelle, ainsi que le tétanos néo-natal dans notre pays. Récemment un enfant a été hospitalisé plusieurs semaines en réanimation pour tétanos alors que ses parents ne l'avaient jamais fait vacciner. C'est un cas d'espèce. L'OMS poursuit son programme d'élimination mondiale du tétanos néonatal avec succès : 90% de réduction ont été obtenus ces 25 dernières années en facilitant la vaccination des femmes enceintes et les soins d'hygiène entourant l'accouchement.

La **diphthérie** a un très faible taux de notification en Europe (0.01 / 100 000 population soit 27 cas rapportés en 2012). Les cas observés touchent essentiellement la tranche d'âge 45-65 ans ; *Corynebacterium ulcerans* domine chez les 65 ans et plus ; le rôle des animaux de compagnie a été évoqué.

La France a réussi l'élimination du **syndrome de rubéole congénitale** selon les critères OMS.

En matière de **coqueluche**, notre pays a rempli comme la majorité des pays européens ses objectifs de santé publique avec un excellent contrôle de la maladie dans la population vaccinée et une diminution considérable de l'incidence dans cette tranche d'âge (les enfants âgés de moins de 5 ans). Ceci a été obtenu avec des vaccins combinés contenant une valence coqueluche acellulaire nettement mieux tolérée que la valence à germes entiers. Néanmoins persiste la protection insuffisante des enfants trop jeunes pour être vaccinés (enfants âgés de moins de 3 mois) : plus de 75% des décès rapportés dus à la coqueluche sont dans cette tranche d'âge. Certains pays (Royaume Uni, USA...) recommandent avec succès la vaccination des femmes enceintes pendant le 2^e ou le 3^e trimestre. Par ailleurs, des bouffées épidémiques limitées surviennent. Les professionnels de santé au contact des prématurés, de la petite enfance devraient être vaccinés (la vaccination est recommandée). Enfin le constat actuel est que les vaccins combinés acellulaires permettent une durée de protection plus courte que l'on ne le pensait (mais la coqueluche elle même n'immunise que pour une quinzaine d'années).

La vaccination contre la coqueluche est un excellent exemple de la relation inverse existant entre le taux de couverture vaccinal obtenu et la diminution de cas confirmés de coqueluche rapportés : l'OMS décrit une réduction de 90% des cas entre 1980 et 2012 pour un taux de couverture vaccinale passant (pour 3 doses reçues) de 20% à 83% dans le monde. *A contrario*, la chute de la couverture vaccinale (passant de 90% à 30-40%) observée au Royaume Uni dans les années 70 à la suite de rumeur portant sur le risque d'encéphalopathie post-vaccination s'est accompagnée d'une reprise de pics épidémiques jusqu'à un retour à un taux de couverture satisfaisant (ce qui a pris une dizaine d'années...).

Tous les pays, dont la France, ayant introduit en routine la vaccination contre ***l'Haemophilus influenzae de type b*** ont vu se réduire à l'état virtuel l'ensemble des maladies (méningites, épiglottites, pleuropneumopathies...) liées à cette bactérie.

Le contrôle des **infections invasives et muqueuses pneumococciques** a été obtenu grâce à un taux de couverture vaccinale supérieur à 80% avec les vaccins conjugués 7 puis 13-valent. Ces vaccins ont été très efficaces vis à vis des sérotypes inclus dans les vaccins. Toutes tranches d'âge confondues, une réduction de l'ordre de 40% de toutes les maladies invasives est maintenant observée en France traduisant l'impact obtenu aussi dans la population non vaccinée. L'impact positif sur l'incidence des pneumopathies, des empyèmes à pneumocoque et des otites moyennes aiguës à pneumocoque est marqué dans la tranche d'âge ciblée par la vaccination.

En conclusion, il est possible en France d'obtenir de forts taux de couverture vaccinale permettant l'éradication, l'élimination ou un excellent contrôle des maladies ciblées.

Pour quelques maladies évitables par vaccination, ce degré de succès n'est pas atteint. La raison essentielle en est un **taux de couverture vaccinale insuffisant dans la population ciblée** dont quelques exemples français suivent.

La rougeole en est un exemple frappant. Maladie très contagieuse (taux de reproduction R_0 entre 17 et 20), elle requière pour son élimination (avec disparition des bouffées épidémiques) un taux de couverture vaccinal supérieur à 95% qui n'est pas atteint en France. En 2015, la France restait un pays à forte incidence parmi les pays du monde (données OMS d'octobre 2015). L'OMS alertait entre 2005 et 2010 sur les bouffées épidémiques en Europe qui contribuaient à l'augmentation du nombre global de cas rapportés (N=7499 en 2009, N= 30 625 en 2010 dont la moitié en France). Dans la majorité des cas rapportés il s'agissait soit de non vaccination (80%) soit de vaccination incomplète à une seule dose (14,5%). La plupart des cas et bouffées épidémiques sont survenues dans les pays d'Europe de l'Ouest. En France pendant cette période, une dizaine de décès et une trentaine d'encéphalites dues à la rougeole ont été rapportées. On peut craindre quelques cas de pan encéphalite sclérosante subaiguë (PESS) dans les prochaines années.

Tout taux stagnant de couverture vaccinale, inférieure aux taux requis pour deux doses vaccinales contre la rougeole s'accompagne progressivement en quelques années d'une augmentation de volume de la population susceptible, source de bouffées épidémiques aux conséquences sérieuses. La vaccination contre la rougeole est aussi un très bon exemple de relation inverse entre la qualité de la couverture vaccinale et la régression durable du nombre de cas observés.

L'élimination de la rougeole reste un objectif de la région OMS Europe. A ce jour, seule la Finlande a rempli cet objectif. Par ailleurs, dans une vision mondiale, l'OMS a établi un plan 2012-2020 d'élimination de la rougeole et du syndrome de rubéole congénitale. En 15 ans (2000-2014) le taux de décès par rougeole a décru de 79% dans le monde. La vaccination anti-rougeoleuse a évité ainsi 17,1 millions de décès, faisant de ce vaccin le meilleur investissement en santé publique.

Un autre exemple porte sur les **vaccins méningococciques conjugués** vis à vis du sérotype C (MenCC). Alors qu'un succès spectaculaire a été possible au Royaume Uni (RU), aux Pays-Bas (PB) avec une stratégie de vaccination du nourrisson en routine associée la première année à une vaste campagne de rattrapage chez les enfants jusqu'à l'âge de 19 ans voire 24 ans, ce résultat n'est pas atteint en France après cinq années de recommandation nationale avec des vaccins identiques à ceux du RU et des PB pour des raisons d'insuffisance notoire du taux de couverture vaccinale : à peine 60% chez les enfants de un an et seulement environ 10% chez les adolescents (versus plus de 90% obtenus en quelques mois dans toutes les tranches d'âge au RU et aux PB). La conséquence en est la

persistance inchangée du nombre de cas et une discrète augmentation de l'incidence chez les enfants les plus jeunes. L'effet marqué dans les populations non vaccinées par impact indirect n'est pas non plus observé : la bactérie continue de circuler dans la population.

La vaccination contre **le papillomavirus humain** (HPV) réalisée avec succès dans certains pays européens et l'Australie est à ce jour mal implantée en France avec des taux de couverture nettement insuffisants alors que son bénéfice sur le risque d'infection par le HPV est maintenant bien démontré ainsi que sur la régression de l'incidence des lésions du col cervical. Pour observer un effet positif sur le cancer du col, compte tenu de sa pathogénèse, il faudra attendre quelques années. Ceci est la porte ouverte à certaines réticences vaccinales.

Enfin, la **vaccination contre la grippe**, apanage actuel des personnes âgées de 65 ans et plus et de toute personne, âgée de 6 mois et plus, ayant des facteurs de risque médical n'atteint pas le taux de couverture vaccinal de 75% requis par l'OMS. Ceci est d'ailleurs le cas pour tout vaccin recommandé dans une population très restreinte. En matière de grippe saisonnière, une stratégie différente devrait prendre en considération la tranche d'âge qui a le plus fort taux d'attaque en période épidémique : les enfants d'âge scolaire et/ ou en collectivité (crèches...) ; ce sont eux les transmetteurs du virus grippal dans les maisonnettes et la collectivité. Hormis les USA, le Canada, le Royaume Uni et la Finlande qui recommandent maintenant une vaccination en routine de ces tranches d'âge là, la majorité des pays européens est restée à ce jour à une stratégie de protection individuelle.

En matière de stratégie vaccinale, rien n'est jamais acquis (hormis pour la variole). Dès les années 90, Chen décrivait un schéma décrivant combien les craintes d'une maladie aux conséquences sévères potentielles facilitaient la montée en puissance de la couverture vaccinale. Le contrôle de la maladie obtenue, ne restait que les (quelques) événements indésirables parfois observés après vaccination. La moindre rumeur entraînant une perte de confiance de la population, le risque de diminution de la couverture vaccinale est fort, rapidement suivie d'une reprise de bouffées épidémiques....suscitant elles mêmes un retour à l'intérêt vis à vis de la vaccination. On voit ainsi le glissement possible d'un ratio bénéfice / risque de la vaccination par rapport à celui de la maladie (en faveur de la vaccination) à celui du risque vaccinal (événements indésirables) par rapport à son bénéfice (contrôle de la maladie) qui est oublié du public.

En définitive, le succès d'un programme vaccinal repose sur **l'acceptation convergente d'un programme** par les maisonnettes et la population (communication et information officielles sont indispensables), par les professionnels de santé (action

de formation permanente et éducation), par les autorités de santé publique et les politiques (support clair des actions menées).

Il est essentiel de **transmettre à la population la valeur sociale / sociétale des vaccins pour un coût global très modéré** si on le compare à la masse monétaire constituée par l'ensemble des autres médicaments curatifs. Il reste important de raviver le constat que les vaccinations et l'eau potable sont les deux innovations durables les plus importantes pour l'humanité....avant les antibiotiques.

Pourtant en France, les derniers résultats publiés en janvier 2016 par l'InVS annoncent entre les premiers semestres 2014 et 2015 une **baisse de l'activité de vaccination du nourrisson proche de 5 % soulevant l'hypothèse des premières conséquences négatives de l'hésitation vaccinale croissante dans la population.**

LES DEFIS

L'avenir de la vaccination en France dans les prochaines années relève **d'un certain nombre de défis pour répondre aux controverses** qui sous-tendent cette hésitation.

Rappelons en premier lieu que **les polémiques** d'une part **ne sont pas l'apanage de la France** (chaque pays « porte sa croix » avec une fixation portant sur un événement supposé être rattaché à un vaccin donné, spécifique du pays concerné mais non retrouvé dans les autres) et d'autre part sont **aussi vieilles que la vaccination** : dès 1796, certains soulignaient les effets pervers du vaccin contre la variole qui menaçaient de transformer les sujets vaccinés en bêtes monstrueuses : tête d'animal sur corps humain. Depuis, les polémiques n'ont pas cessé.....

Quelques exemples : l'incidence croissante des morts subites du nourrisson en France et la vaccination contre la coqueluche par Tetracoq® jusqu'à ce que l'on s'aperçoive que le facteur préventif majeur et suffisant était de coucher les nourrissons sur le dos (le sommeil sur le ventre favorisant les morts subites) ; au Royaume Uni (RU), la polémique non fondée sur le risque d'encéphalopathies supposées provoquées par la vaccination coqueluche à germes entiers a entraîné une chute dramatique de la couverture vaccinale dans les années 70, suivie de reprises épidémiques multiples aux conséquences graves ; toujours au RU, dans les années 90, après l'accusation lancée par un « médecin-chercheur » (dont on a appris dix ans plus tard qu'il avait été « acheté » par un cabinet d'avocats) de risque accru d'autisme après vaccination par le vaccin triple rougeole-rubéole-oreillons (RRO), la couverture vaccinale a chuté de manière spectaculaire au détriment des individus et de la population. Il a fallu dix ans d'études multiples – cette fois sérieuses

– pour infirmer ce risque et rétablir à un niveau satisfaisant la couverture vaccinale vis à vis de ces trois maladies. En France, tout le monde se souvient de la polémique portant sur la vaccination contre l'Hépatite B et du lien non établi – mais non formellement réfuté (de la difficulté des données statistiques....) – avec les affections démyélinisantes dont la sclérose en plaques (SEP); dix huit ans plus tard, le débat vient d'être clos en faveur de cette vaccination : une longue période pendant laquelle des générations d'enfants et d'adolescents n'auront pas été vaccinés du fait d'un « risque supposé » et qui sont maintenant confrontés à des risques devenus bien réels de faire dans leur vie une hépatite B aux conséquences potentielles graves.

Dans le domaine des vaccins et des politiques vaccinales on est ainsi en permanence confronté au risque de la maladie qui suscite une action de prévention, puis quand elle est contrôlée à celui éventuel du vaccin qui apparaît alors comme prédominant dans la population. Le **ratio bénéfice / risque** est constamment présent dans les décisions de santé publique prises en matière de politique vaccinale. Ce ratio doit toujours faire la preuve que le bénéfice attendu et démontré est supérieur au risque en tenant compte du fait qu'aucun vaccin n'a une efficacité de 100% et qu'aucun vaccin n'est dénué de quelques effets indésirables dans leur grande majorité bénins ou modérés et sans conséquences pour le sujet.

Depuis le début des années 2000, on assiste à une **acutisation « virémique » des polémiques**. Elle est **en relation directe avec l'internet, le web.2 et les réseaux sociaux**. Concernant les sujets portant sur la vaccination, la première page de Google fait la part belle aux sites anti-vaccins. Pour Robert Cohen, « Internet et Tweeter sont la PCR de la rumeur. » Le Web est un amplificateur incomparable.... Notamment des informations à portée négative. Il suffit de comparer l'ampleur en vagues successives de la plainte contre le vaccin Gardasil® et simultanément le pic étroit suscité par le plan cancer gouvernemental.

Un sens critique développé est nécessaire pour séparer le grain de l'ivraie face à cette **surinformation généralisée**. Le risque majeur étant l'information erronée, l'information mal comprise et l'incompréhension Ou la porte ouverte à la crédulité (voire la croyance) fondée sur les **peurs créées** ainsi.

Les peurs rencontrées vis à vis des vaccins font oublier leurs effets positifs individuels et collectifs au bénéfice des quelques événements indésirables qui peuvent survenir. Il est toujours tentant – et le plus souvent inexact – d'établir un **lien entre deux événements** qui surviennent en **étroite association temporelle**. La tentation est grande d'en faire un **lien causal** alors qu'il s'agit dans la très grande majorité des cas d'un lien temporel seulement. Cette tentation est d'autant plus grande que l'événement qui survient est inattendu, grave ou invalidant, de

physiopathologie mal comprise, affecte des personnes auparavant en bonne santé que nous aimons ou auxquelles nous tenons.

Qu'appelle-t-on **événement indésirable post vaccinal** ? Par définition, il s'agit de tout événement ayant lieu au décours d'une vaccination ce qui englobe aussi bien les événements intercurrents (et ils sont nombreux), simples coïncidences indépendantes du vaccin, que les mésusages (erreur de manipulation, d'injection, du geste vaccinal) et enfin ceux liés au vaccin lui-même. Ainsi, tout événement survenant pourrait être – ou non – en relation avec la vaccination et / ou le vaccin administré. Il est important de garder à l'esprit que dans une population recevant un programme vaccinal recommandé en routine, un certain nombre de maladies – c'est inévitable – seront constatées qui seraient de toutes façons survenues.

La **démarche scientifique essentielle** des autorités de santé est de démêler le faux (simple coïncidence) du vrai (lien de causalité). Des critères précis ont été établis de façon internationale par toutes les agences de vaccino-vigilance : incidence augmentée chez les sujets vaccinés par rapport à la population des non vaccinés (ou par rapport à l'incidence de base attendue) ; notion de regroupement des cas sur une période donnée sans augmentation de l'incidence globale et plus rarement démonstration biologique concernant les cas rapportés. Quelques années sont parfois nécessaires pour valider les résultats de cette démarche stricte expliquant le créneau temporel parfois long pendant lequel les rumeurs et polémiques se développent.

A ce jour, il est ainsi possible d'affirmer que les liens de causalité supposés entre coqueluche et mort subite, aluminium et myo-fasciite à macrophages, vaccin HPV (et en fait tous les vaccins) et maladies auto-immunes, hépatite B et SEP ne sont étayés ni par une augmentation de fréquence (comparée aux populations pré-citées), ni par un regroupement des cas, ni par une plausibilité biologique.

Les **systèmes mondiaux de pharmacovigilance** sont capables à l'heure actuelle de détecter un signal d'une fréquence de l'ordre de 1/100 000 ce que ne peut pas faire un plan de gestion de risque, aussi rigoureux soit-il, au moment de l'enregistrement d'un nouveau vaccin. Par exemple, la mise en évidence d'un sur-risque de l'ordre de 2 à 6/100 000 d'invaginations intestinales aiguës après vaccin rotavirus (après la première dose essentiellement dans un délai de 7 jours après celle-ci) n'était pas possible lors de l'enregistrement de ce vaccin malgré les quelques 200 000 nourrissons vaccinés au cours des essais thérapeutiques. La narcolepsie dont l'augmentation de fréquence des cas a été constatée dans certains pays après la vaccination par Pandemrix® dans le contexte de la pandémie A/H1N1pdm 2009, est un problème particulièrement difficile soulevant l'hypothèse d'une origine génétique chez certains sujets révélée par la vaccination.

On admet à l'heure actuelle que les vaccins ne déclenchent aucune maladie nouvelle (ou presque) mais qu'ils sont susceptibles de déclencher une maladie déjà connue en médecine même si elle était jusqu'alors ignorée par le sujet lui-même.

En revanche, les événements post-vaccinaux d'allure bénigne ou modérée sont clairement recensés dans la notice qui accompagne chaque dose vaccinale et réactualisés d'année en année le cas échéant. Il en est de même pour quelques événements plus sérieux (convulsions, purpura thrombopénique....). Aucun de ces événements ne remet en question la validité d'un programme national vaccinal.

L'année 2015 a été riche en actualité critique des vaccins en France.

- Le conseil d'état en juillet 2015, concernant la **myofasciite à macrophages** (MMF) a donné raison à deux professionnels de santé avec le libellé suivant : « si le lien de causalité entre vaccination et symptômes fait débat, l'existence d'un lien de causalité n'est pas exclue et revêt une probabilité suffisante pour que ce lien puisse, sous certaines conditions, être regardé comme établi. » Ceci renvoie à l'absence de démonstration du lien de causalité associée à l'impossibilité actuelle de l'infirmier clairement (c'était la problématique du lien supposé entre hépatite B et SEP !). Rappelons que la myofasciite à macrophages est une entité histologique, traduisant ce que l'on peut appeler le « tatouage vaccinal » autour de laquelle une équipe française cherche à regrouper des symptômes polymorphes. La conséquence en est la demande, par des groupes suivis par un nombre croissant de personnes dans la population, de la suppression de l'aluminium de tous les vaccins qui en ont besoin pour renforcer l'immunogénicité de l'antigène ou diminuer autant que faire se peut la quantité d'antigène utile par dose. Plusieurs milliards de ces vaccins contenant l'adjuvant aluminium ont été administrés dans le monde, sans effet notable rapporté. De plus il faudrait de l'ordre de dix ans pour développer ces vaccins sans aluminium.

Le débat n'est pas clos : la Direction générale de la santé (DGS) finance une étude pour trouver un marqueur non invasif de cette entité. L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé en 2015 « ne disposer à l'heure actuelle d'aucun élément qui justifierait de recommander la modification des pratiques vaccinatoires (choix du vaccin, calendrier de vaccination, modes d'administration ou information) dans le cas de vaccins contenant de l'aluminium. » Pour mieux saisir la nature de la MMF, le Comité de l'OMS recommande vivement d'entreprendre des recherches afin d'évaluer les aspects cliniques, épidémiologiques, immunologiques et biologiques de cette pathologie.

- La **vaccination HPV** est depuis son introduction en France, en bute à des polémiques portant sur le risque envisagé de lien avec des maladies auto-

immunes. Une étude française conduite entre janvier 2008 et décembre 2012 sur plus de 2,2 millions des jeunes filles affiliées au Régime Général de la Sécurité Sociale âgées de 13 à 16 ans, dont 840 000 vaccinées et 1,4 million non vaccinées a permis de réfuter tout lien de causalité entre les maladies auto-immunes (toutes ensemble ou individuellement) et la vaccination HPV à l'exception du syndrome de Guillain et Barré (SGB) (risque relatif de 4 avec des intervalles de confiance à 95% allant de 1.84 à 8.69). Concernant le SGB, dans l'hypothèse d'un lien de causalité – non établie formellement : il s'agit d'une seule étude française ; le risque n'a été démontré dans aucun autre pays –, le nombre de cas de SGB attribuables à la vaccination serait de l'ordre de 1 à 2 cas pour 100 000 jeunes filles françaises vaccinées.

En novembre 2015, la décision du Parquet de Paris de procéder au classement sans suite des plaintes visant la sécurité du vaccin Gardasil® est venue confirmer que la mise en cause des vaccins HPV dans ces différentes plaintes était sans fondement.

- Le retrait par précaution de certains lots de **vaccin Meningitec** (vaccin conjugué contre le méningocoque de séro groupe C, recommandé en France avec une seule dose à l'âge de un an et pour toute personne non vaccinée jusqu'à l'âge de 24 ans) du commerce le 26/09/2014 s'est transformé non en réassurance de la qualité du système de vigilance (présence de particules visibles par contrôle visuel dans un nombre limité de lots, découverte lors de contrôles systématiques et non pas sur déclaration d'effets indésirables) mais en inquiétude des familles – conduisant à une action judiciaire menée par un collectif de familles portant sur les métaux dit « lourds » – et des médecins. Le rapport de l'Agence nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) de décembre 2015 fait état de particules de rouille sur les bouchons de certains lots sans être au contact du contenu de la seringue; les métaux contenus dans ces particules étaient le fer, le chrome et le nickel avec absence de mercure, d'étain, de plomb, d'arsenic ou de cadmium... ; les quantités de métaux retrouvés sur les bouchons n'étaient pas de nature à engendrer un risque pour la santé. Ces résultats ne donnaient pas lieu à un signal de pharmacovigilance.
- La publication en avril 2015 par le « Canard Enchaîné » d'une phrase assassine sur le **vaccin contre le rotavirus** « le vaccin contre la gastro tue deux bébés et empoisonne les autorités de santé » s'est accompagnée d'une vague médiatique sur les réseaux sociaux. Il faisait suite à un compte rendu du Comité de pharmacovigilance de février 2015 faisant état d'un « taux de notification préoccupant » des effets indésirables liés à ce vaccin ainsi que « la gravité des

invaginations intestinales attribuables à la vaccination ». Les membres de ce Comité s'interrogeaient sur « le bien-fondé de recommander la généralisation de cette vaccination » et demandaient que ce dossier soit transmis rapidement à la Haute Autorité de Santé (HAS) et à la DGS. Le Comité technique des vaccinations (CTV) a alors pris, dans l'urgence, la décision grave et difficile de résilier la recommandation de cette vaccination en routine. Néanmoins, dans un courrier en date du 1^{er} juin, les Pr D. Floret (Président du CTV) et R. Salamon (Président du Haut Conseil de la Santé Publique) relevaient dans ce rapport de pharmacovigilance de nombreux points qui ne répondaient pas aux critères requis pour un travail scientifiquement irréprochable. Enfin, malgré l'abondante littérature internationale démontrant les bénéfices incontestables à titre individuel et en termes de santé publique des vaccins contre le rotavirus, la Commission de transparence avait considéré en France que le rapport bénéfice/risque de cette vaccination était défavorable privant cette vaccination du remboursement et allant ainsi à l'encontre de toutes les données accumulées dans les autres pays ayant introduit celle-ci en routine.

Il est clair que ces épisodes successifs portant sur différents vaccins, dans différents registres facilitent **les questionnements du public voire sa défiance**. Un stade de plus amène à la classique théorie du complot, dans laquelle la « conspiration » associe les autorités, l'industrie, les experts avec cette dichotomie manichéenne entre les « impurs » que ces derniers sont dénoncés représenter face aux « purs » que certains se prétendent être sous couvert de « vérités » - pseudo-scientifiques et/ou de visions simplistes du monde. Un public non ou insuffisamment averti aura du mal à décrypter ces messages. L'avancée des anti-vaccinaux en France comme dans tous les pays de l'hémisphère Nord bénéficie aussi d'un certain positionnement politique actuel alors qu'il faudrait une stratégie de santé publique solide au moins à moyen terme et non pas à très court terme, indépendante du fait politique, non influencée – ou influençable – par les médias, le risque du judiciaire, le poids du réglementaire et conservant la priorité à la valeur de la santé en tant que « bien publique » et source de richesse du pays. La médiatisation des histoires judiciaires concernant les vaccins a parfois plus de poids pour le public que la littérature scientifique internationale alors que la décision judiciaire permet une indemnisation d'après des textes légaux beaucoup plus qu'une estimation scientifique de l'imputabilité d'un vaccin.

Il ressort de ces différents constats que **l'information et la communication sont deux piliers** différents et complémentaires auxquels tout médecin vaccinateur devrait être formé. Différentes études démontrent aussi qu'un médecin convaincu est

convaincant pour ses patients, d'autant plus qu'il est comme son entourage familial proche correctement vacciné selon les recommandations.

Un message fort dans le dialogue singulier entre le médecin et les parents est qu'il ne s'agit pas de convaincre en recherchant leur attention mais en leur accordant de l'attention -les mères en particulier- qui, se sentant écoutées, peuvent ainsi exprimer leurs hésitations, leurs incertitudes, leurs doutes face à la vaccination. Cette démarche, consommatrice de temps et d'énergie, faite à un moment opportun, est très souvent suivie d'effets favorables. En revanche, la probabilité de faire évoluer la faible fraction de population réfractaire à toute vaccination est très faible voire nulle.

En conclusion, alors que les vaccins et les programmes de vaccination ont fait la preuve de leur valeur individuelle et collective -médicale, sociale, économique- démontrant qu'ils créent de la richesse, alors qu'ils sont largement soutenus par de grandes organisations internationales (OMS, UNICEF, Fondation Gates...), la crainte actuelle généralisée du risque et son miroir utopique d'un « risque zéro » dans nos populations dites avancées risque de venir éroder les bénéfices obtenus. Information, communication et éducation forment un trépied indispensable qui devrait accompagner tout programme vaccinal sur sa durée.

*Catherine Weil Olivier
Professeur de pédiatrie, Université Paris 7 Denis Diderot*

*Robert Cohen
Professeur de pédiatrie, Université de Créteil*

Distinctions honorifiques

Ordre national de la Légion d'honneur

2016

Commandeur : Mme Michèle BRESSAND ; Pr Christine ROUZIOUX

Grand officier : Pr Dominique MEYER

Officier : Dr Edgardo CAROSELLA ; Dr Christine THEMAR-NOEL ; Dr Suzanne TARTIERE ; Mr Didier TABUTEAU ; Pr Xavier CHAPUISAT

Chevalier : Dr Nadine ATTAL ; Pr Pierre BEGUE ; Pr Stéphane BLANCHE ; Pr Nathalie BODDAERT ; Pr Odile BOESPFLUG-TANGUY ; Dr Marie-Laure BRIVAL ; Dr Patrick BUI ; Pr Sophie CAILLAT-ZUCMAN ; Pr Xavier CHAPUISAT ; Mr Philippe DOMY ; Dr Alexandra DURR ; Dr Germaine GABISON ; Mme Caroline GARDETTE ; Dr Jean-Marie GOMAS ; Dr Cécile GOJJARD ; Pr Agnès HARTEMANN ; Dr Brigitte HENNEQUIN ; Pr Pascal LEPRINCE ; Mme Pascale LESAGE ; Pr Yves LEVI ; Pr Pierre LOMBRIL ; Dr Pascale PHILIPPE-CHOMETTE ; Mr Nicolas REVEL ; Mr Eric RANCE ; Pr Bruno RIOU ; Dr Anne RÖTIG ; Pr Christine ROUZIOUX ; Pr François SIGAUX ; Pr Eric THERVET ; Dr Marie-Laure WELTER

1^{er} janvier 2017

Grand' Croix : Pr Françoise BARRE-SINOUSI

Commandeur : Pr Pierre TAMBOURIN

Officier : Pr Claude GAULTIER ; Pr Laurent HANNOUN ; Pr Henri NAHUM ; Pr Christine THOMAS-CHOMIENNE ; Mme Laurence TIENNOT-HERMENT

Chevalier : Pr Fabien CALVO ; Pr Yves CATONNE ; Pr Philippe EVRARD ; Pr Marie-Claire GUBLER ; Mme Geneviève GUEYDAN ; Pr Roland JOUVENT ; Mr Michel ROSENBLATT ; Pr Florence THIBAUT ; Dr Laurence VAIVRE-DOURET ; Pr Jean-Luc VAYSSIERE

Ordre national du Mérite

2016

Grand officier : Pr Pierre CORVOL ; Pr Francine LECA

Chevalier : Mme Laurence DAUPHINOT ; Mme Bénédicte LOMBART ; Mr Emmanuel RAISON ; Mme Chrysoula ZACHAROPOULOU

1^{er} mai 2017

Grand officier : Pr Eliane GLUCKMAN

Officier : Dr Serge BLISKO ; Pr Jean-Loup SALZMANN ; Pr Sabine SARNACKI-FERAY ; Mme Françoise WEBER

Chevalier : Mme Carine CHEVRIER ; Mme Martine O'NEIL ; Dr Anne-Caroline PAPEIX ; Mme Agnès PETIT

Ils nous ont quittés

Professeur Michel HAMON, le 20 février 2016

Professeur Alain DOMONT, le 20 février 2016

Directrice Geneviève CAGAN, le 28 avril 2016

Directeur Général Benoît LECLERCQ, le 16 septembre 2016

Professeur Colette CHILAND, le 16 septembre 2016

Docteur Jacques GUEDENEY, le 10 août 2016

Professeur Georges FREYSS, le 16 octobre 2016

Jocelaine LOUSSASSA –CHIPOTEL, cadre socio-éducatif

Professeur Jean-René MICHEL, le 29 mars 2017

Directeur Dominique BENETEAU, le 22 octobre 2016

Professeur Gilbert LAGRUE, novembre 2016

Professeur Jean-Marie SERVANT, le 29 décembre 2016

Directrice Marie-France PEDOUSSAUT, le 1^{er} janvier 2017

Professeur Michel BLERY, le 31 décembre 2016

Professeur Jean MANTZ, janvier 2017

Directeur Michel BENELLI, 12 janvier 2017

Professeur Léon PERLEMUTER, 9 février 2017

Professeur Jean DUVAL, le 17 février 2017

Professeur Pierre MASSIAS, le 14 février 2017

Professeur Serge POIRAUDEAU, le 25 mars 2017

Professeur Jean-René MICHEL, le 29 mars 2017

Docteur Philippe REYNAUD, le 2 avril 2017

Docteur Odile DIAMANT-BERGER, le 13 mai 2017

Merci de nous signaler toute erreur ou omission

Vous êtes invité(e) à la prochaine réunion de notre association qui aura lieu le

Jeudi 21 septembre, de 15 h 30 à 18 h 30

sur le thème

LA RETRAITE DES PERSONNELS DE SANTE

Président et organisateur : Professeur Georges OFFENSTADT.

Programme :

- o Introduction : Pr Georges OFFENSTADT, APHP
- o Etat des lieux et perspectives des retraites en France,
Mr Pierre-Louis BRAS, Inspecteur général des affaires sociales,
Président du Conseil d'orientation des retraites (COR)
- o La retraite du médecin hospitalier, Pr Roland RYMER, APHP
- o Aspects psychologiques de la retraite, Pr Jean-Marc TALPIN
Pr de psychologie clinique et psychopathologie, Université Lumière-Lyon 2

Sur le site du Conseil d'Orientation des Retraites (<http://www.cor-retraites.fr/>), vous trouverez notamment le dernier rapport du COR, daté de juin 2017, sous la présidence d'un de nos conférenciers.

Lieu de la réunion :

Le Patronage Laïque
(partenaire de la Mairie de Paris)
72 avenue Félix Faure, 75015 Paris
(plan d'accès : <http://patronagelaique.fr/>)



Cotisations 2017

(inchangées depuis 2 ans)

- | | |
|---|-------------------------|
| ☐ Membre séjournant en région parisienne | chèque de 40 € |
| ☐ Membre séjournant hors région parisienne | chèque de 20 € |
| ☐ Cotisation de soutien | chèque de 100 € ou plus |

(un reçu et une attestation fiscale pour « don aux œuvres » vous seront envoyés)

Les cotisations sont à régler :

- Soit, par chèque, à l'ordre de AAA-APHP, et à adresser à Alain Gille, trésorier, 6 rue du Bac - 78600 Maisons-Laffitte
- soit, par virement bancaire national ou européen : adresser un RIB ou les codes BIC et IBAN de votre compte à notre trésorier (alain.jm.gille@gmail.com) qui vous adressera le RIB de notre association

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Portable : Courriel :

*Cet emplacement est réservé à l'étiquette-
adresse des destinataires en fonction à
l'APHP
et desservi par « la Case » » notre grande alliée.*

La Lettre des AAA-APHP

Directeur de la publication : Christian Paire
Rédacteur-en-chef : Alain Laugier

Imprimerie: Siège APHP - Victoria
Tirage de la Lettre n°53 : 1000 exemplaires

Maquette : veronique.richard@aphp.fr et mb.madras@free.fr