

Bilan sanitaire global du rapatriement *

par Pierre BOURGEOIS **, Lucien BRUMPT,
Henri LAFFITTE et Claude PROCHE

Le rapatriement s'est trouvé face à un problème sanitaire d'une extrême difficulté. Le typhus exanthématique sévissait en Allemagne. Au seul camp de Dachau on comptait plus de 100 décès par jour par typhus. La France indemne, donc réceptive, ne possédait que 300 000 doses de vaccin. Il fallait faire confiance à la séro-agglutination pour éviter le gaspillage du vaccin. C'est ce qui fut fait avec succès. Par ailleurs, il a été pratiqué, pour la première fois à une telle échelle, un radiodiagnostic de la tuberculose par radiophotographie qui a comporté la prise et la lecture de 833 410 clichés. Ce dépistage et les examens de contrôle qui ont suivi ont évité l'attribution de pensions abusives.

Le bilan sanitaire global du rapatriement met en évidence une grave erreur initiale d'appréciation et un bilan final très favorable.

L'erreur initiale est d'avoir considéré l'ensemble des rapatriés comme un milieu relativement homogène quant à l'état de santé, alors que s'opposaient deux groupes bien délimités : la grande masse des rapatriés à petit risque avec au premier rang les anciens prisonniers de guerre des stalags, et les petits groupes de rapatriés à très haut risque où figuraient à égalité les rescapés des camps juifs, ceux de la Résistance et les survivants de Tambov. Ces trois groupes étaient composés de malades déclarés ou de malades en puissance et devaient être considérés comme tels.

**

* Communication présentée à la séance du 26 octobre 1985 de la Société française d'histoire de la médecine.

** Le Clos Saint-Nicolas, Rennemoulin, 78450 Villepreux.

L'état physique et moral des prisonniers de guerre libérés prête à quelques réflexions.

Leur nombre global avait diminué de près de 500 000 au cours des quatre années d'occupation. En particulier, avaient été rapatriés les plus âgés, anciens combattants 14/18, et les malades ou supposés tels, particulièrement les suspects de tuberculose. Les plus jeunes et les mieux portants étaient restés.

Le régime alimentaire, qui était presque de famine pendant les premiers mois, s'était amélioré avec l'arrivée de colis. Ce régime avait aussi un aspect positif avec la suppression de l'alcoolisme et la réduction du tabagisme.

L'organisation des kommandos agricoles avait creusé un fossé entre oflags et stalags.

Les hommes de troupe des stalags travaillaient par roulement dans les fermes. Ils étaient habituellement bien traités. Tous, à tour de rôle, bénéficiaient de ces avantages. Après des mois et des mois, ils s'étaient adaptés à cette situation. Leurs seules préoccupations étaient la nourriture, les bombardements et l'espérance d'une prochaine libération. Psychologiquement on retrouve en eux, dans cette foule bon enfant, un peu débraillée, ce qu'était l'armée française au cours de l'hiver 39/40. Eux n'ont guère changé, mais les filles et les garçons qui les accueillent avec des uniformes stricts représentent une nouvelle génération formée sous l'Occupation, amicale certes, mais différente.

Le cas des officiers était autre. Eux n'ont pas travaillé, leurs rations étaient plus faibles et, de ce fait, ils ont plus souffert de la faim. Leur oisiveté a facilité la propagande politique, la création des cercles Pétain, des actions collectives de résistance et aussi de nombreuses activités culturelles. Ils sont en moins bon état physique que les hommes de troupe, mais mieux préparés à s'adapter à l'après-guerre.

Les civils du S.T.O. ont vécu moins longtemps en Allemagne et dans des conditions si différentes qu'ils retrouvent facilement leur ancien environnement français. Leur retour passe presque inaperçu.

Mais le fait majeur reste que l'état de santé de la masse de ces rapatriés est identique ou légèrement supérieur à celui de la population française.

Aussi les lits d'hôpitaux qui avaient été préparés pour les rapatriés malades, en particulier à Paris, à Bichat, BeauJon et Lariboisière, resteront en partie vides, même après y avoir hospitalisé les déportés venant de l'hôtel Lutétia.

**

Les milieux à haut risque et ceux à petit risque avaient en commun deux problèmes importants :

— dans l'immédiat, celui posé par le risque d'une épidémie de typhus exanthématique ;

— à échéance un peu différée, celui du développement d'une tuberculose pulmonaire.

Seul le milieu à haut risque posait aussi la question du traitement des états de profonde dénutrition et des infections intestinales ou cutanées qui en étaient la conséquence.

*

**

Le typhus exanthématique

Le danger du développement d'une grave épidémie était évident. Il l'aurait été au maximum si l'effondrement allemand s'était produit au cours de la saison froide.

En effet, une grave épidémie de typhus exanthématique sévissait en Allemagne pendant l'hiver de 1944-1945, alors qu'il fallait prévoir le rapatriement de près de deux millions de personnes vers la France dont la population était indemne, donc entièrement réceptive. La date du rapatriement, dépendant des opérations militaires, était donc incertaine ; la seule certitude était la pauvreté des moyens mis à notre disposition pour une prophylaxie efficace. Celle-ci se résume en quelques mesures : épouillage (ou désinsectisation), vaccination, isolement et dépistage.

L'épouillage était assuré par la découverte de l'action des hexachloro-cyclo-hexanes, insecticide aux effets rémanents. Si le DDT était largement dispensé en Allemagne par les alliés américains, nous n'avions à notre disposition en France que l'Aphtiria, efficace, mais d'odeur désagréable. L'étuvage des vêtements était réalisable par des procédés divers ; peut-être eût-il été plus simple de fournir des vêtements neufs ?

Le stock de vaccin disponible en France n'était que de 300 000 doses, c'est-à-dire qu'il était insignifiant. Il n'était pas question de recourir aux vaccins vivants, dont l'usage comporte des inconvénients.

L'isolement légal de 12 jours pour le typhus exanthématique appliqué à des centaines de mille, voire à des millions d'individus, posait des problèmes d'hébergement insolubles.

Aussi avons-nous porté tous nos efforts sur *le dépistage au moyen de l'hémodiagnostic*, fondé sur la séro-agglutination de Weil-Félix, réalisable en une minute avec une seule goutte de sang prélevée au bout du doigt ; le résultat immédiat permet au clinicien une décision rapide d'hospitalisation, d'isolement, de vaccination ou d'abstention. Il permet de voir clair et de maîtriser à tout moment une épidémie, assure la sécurité et permet la souplesse dans l'application des autres mesures prophylactiques.

Ainsi avons-nous pu constater que cette masse de rapatriés était très hétérogène quant à son potentiel épidémiologique.

Les civils du S.T.O. n'ont présenté que quelques cas de contamination dus à la promiscuité dans les abris anti-aériens.

Parmi les prisonniers de guerre, il y eut quelques cas parmi ceux qui, au cours de l'hiver 1941/1942 avaient été en contact avec des prisonniers russes. Les petits groupes venant des stalags et travaillant dans des usines ou des fermes bénéficiaient de bonnes conditions d'hygiène.

Pourtant, une alerte mérite d'être contée.

Une nuit d'avril 1945, nous sommes avertis que 1 500 soldats sont arrivés par train en gare de Longuyon. Le chef du convoi est porteur d'une note du commandant américain indiquant que ces rapatriés viennent d'une région allemande contaminée par le typhus.

Rendez-vous est pris à mi-chemin, en gare de Reims. Nous y trouvons une équipe de médecins américains qui, procédant par sondage, cherchent vainement un soldat porteur de poux. Pendant ce temps, en une heure, également par sondage, nous pratiquons 100 hémodiagnosics qui se révèlent négatifs. Après une heure d'arrêt, le train fut remis en marche vers Paris.

Nous ne citons cette anecdote que pour en tirer des conclusions. Il faut songer d'abord aux conséquences pratiques de l'arrêt du convoi, et de l'hébergement sur place de 1 500 soldats en pleine santé pour une quarantaine de 12 jours. Que d'évasions fussent survenues !

Par ailleurs, il était capital de montrer au commandement allié que nous maîtrisions la situation et que de vagues soupçons épidémiologiques ne provoquaient chez nous aucune panique.

Nous ne ferons que signaler le cas des camps d'étrangers, Polonais et Russes, dont la situation sanitaire incombait aussi au ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés.

Deux cas de typhus furent signalés au camp de la Courtine, chez des Russes. Il s'agissait, en fait, de la maladie de Brill, c'est-à-dire de typhus résurgent à longue échéance ; des mesures hygiéniques furent prises et il n'y eut aucun cas secondaire.

A l'opposé, le groupe des déportés était la victime d'une véritable épidémie qui durait depuis plusieurs années, s'était aggravée au cours des derniers mois et entraînait une importante mortalité. Au seul camp de Dachau, la mortalité était de 100 décès par jour, provoqués par le seul typhus !

Tous nos efforts ont porté sur cette population.

Notre prophylaxie s'exerçait à trois échelons : dans les camps en Allemagne, à la frontière et dans les centres d'accueil en France. Un de nous fut détaché à la Commission américaine du typhus et put réaliser à Dachau même le triage de tous les déportés du camp (environ 35 000 de toutes nationalités).

Les équipes américaines de désinsectisation réussirent à poudrer au moyen de DDT tous les déportés et les baraquements en un temps record de 24 heures ; mais l'épidémie de typhus continuait sur sa lancée.

L'hémodiagnostic fut appliqué d'abord aux 3 500 déportés français ; parmi eux, il y avait encore des médecins survivants qui furent initiés rapidement à la technique ; il y avait aussi beaucoup de prêtres qui assuraient le secrétariat.

Le rythme des examens de masse était de 100 à l'heure et par équipe formée d'un médecin et d'un aide.

Dès le premier jour, il fut possible d'évaluer à 40 % la proportion des sujets qui avaient le typhus ou l'avaient eu, et de découvrir les baraquements les plus contaminés.

L'hémodiagnostic est réalisable post-mortem et il fut possible de préciser que les 13 000 morts de ce camp, pendant les quatre premiers mois de l'année, étaient pratiquement toutes dues au typhus.

Le plan du triage qui fut annoncé et suivi, malgré de petits incidents, était le suivant :

— tous les malades et fiévreux étaient hospitalisés, certains avec un diagnostic sérologique confirmé, d'autres avec un hémodiagnostic négatif (typhus au premier septennaire) ;

— les sujets non fébriles avec hémodiagnostic positif étaient des convalescents ; après désinsectisation, ils n'étaient pas contagieux ; il était inutile de les vacciner, ce qui permettait d'économiser le stock limité que nous possédions ; il était possible de les rapatrier immédiatement en leur épargnant une quarantaine inutile dans les sanatoriums de la Forêt Noire. Chaque jour gagné avait pour les déportés une importance considérable ;

— en fin de triage restaient les sujets valides ayant un hémodiagnostic négatif ; ceux-là recevaient leurs premières doses de vaccin contre le typhus et se soumettaient à une quarantaine que nous nous engageons à limiter à 12 jours.

De petits incidents intervinrent.

L'ensemble du camp était vacciné contre le typhus avec le vaccin de Cox, par une centaine d'infirmiers américains ; mais le vaccin vint à manquer ; en attendant le réapprovisionnement et « pour occuper les infirmiers », on se mit à injecter du TAB. En attendant la suspension de ce geste inutile, nous avons engagé les déportés français à refuser la vaccination TAB ; entre temps, nous avons expliqué au commandement américain que le TAB était justement employé par Paul Giroud pour induire l'anergie chez les animaux de laboratoire !

Autre incident : la mission de rapatriement belge (Van Zeeland) se présenta un jour, richement équipée d'ambulances et de camions pour rapatrier immédiatement les déportés belges ; ce que le commandement américain refusa à cause de la quarantaine.

Nous avons proposé d'appliquer notre plan de triage, afin de donner satisfaction aux médecins belges et de désencombrer le camp ; malheureu-

sement, au lieu d'appliquer la règle du jeu basée sur un argument médical, l'embarquement des déportés fut soumis à un critère politique.

Ce fait provoqua la révolte des déportés français ; il fallut toute l'autorité du chef du camp, Edmond Michelet, pour récupérer leur confiance. Nos promesses furent tenues et la quarantaine limitée.

Le même système de triage fut étendu à l'ensemble des 35 000 déportés de toutes nationalités ; en moins d'un mois après sa libération, le camp de Dachau était évacué ; il en fut de même d'autres zones d'occupation, grâce au Dr J. Snyder, de la Commission américaine du typhus ; mais pas partout ; ainsi dans le camp de Bergen-Belsen, le typhus continua à sévir pendant deux mois.

Le deuxième échelon de notre plan de rapatriement se situait à la frontière, en particulier aux ponts du Rhin que l'on ne pouvait franchir sans être abondamment poudré de DDT.

Le troisième échelon du triage était représenté par les centres de rapatriement et d'accueil dispersés en France ; nous en citerons deux : l'école d'Ivry et l'hôtel Lutétia.

A l'école d'Ivry, une équipe médicale de dépistage du typhus fonctionna pendant plusieurs mois et fit 15 000 hémodiagnostic du 8 juin au 27 juillet 1945. L'interrogatoire indiquait le camp d'où arrivaient les déportés.

Ainsi, sans quitter Paris, avions-nous quotidiennement un reflet de la situation épidémiologique en Allemagne. Le degré d'infestation de chaque camp était connu, par exemple Dachau 40 %, Bergen-Belsen 65 %.

Cette équipe médicale de dépistage enregistra un jour plus de 600 hémodiagnostic négatifs à la suite ; la qualité du réactif et de l'émulsion de Proreus OX 19 fut mise en cause ; il s'agissait en réalité du passage de plusieurs centaines d'Alsaciens-Lorrains qui venaient d'un camp indemne de typhus. Une telle expérience confirma la fiabilité du test diagnostique.

Le centre d'accueil de l'hôtel Lutétia avait un intérêt particulier puisqu'il offrait des possibilités d'hébergement et d'hospitalisation.

Au-delà de l'accueil et de la réinsertion des déportés, il fallait penser dans un avenir proche à la possibilité de typhus à incubation prolongée et, dans un avenir lointain, à l'éventualité de rechutes ultra-tardives, connues sous le nom de maladie de Brill. C'est pourquoi un petit certificat était remis à chaque rapatrié pour l'inciter à consulter un médecin en cas de poussée fébrile.

Il n'y eut à déplorer que très peu de cas de typhus secondaire : une femme de chambre à l'hôtel Lutétia, un infirmier de Bichat, un secouriste du centre d'accueil de Bordeaux.

Fait important, aucune contamination ne fut enregistrée parmi le personnel recruté pour le rapatriement ; ceci grâce à d'innombrables circulaires,

télégrammes, avertissements, inspections prévues ou imprévues pour contrôler les vaccinations. Bien des médecins se sont fait vacciner, de façon superflue, pour montrer à leur personnel l'innocuité et l'absence de contre-indications du vaccin de Giroud.

*

**

Le radio-dépistage de la tuberculose

Si nous avons apporté un réel acharnement à organiser un dépistage radiologique efficace de la tuberculose, ce n'est pas parce que l'un de nous était phtisiologue, mais bien parce que, expert auprès des tribunaux, il connaissait les dossiers qui, après la première guerre, ont abouti à l'attribution d'un nombre incroyable de pensions de guerre injustifiées ou abusives.

Les contrôles répétés, organisés au cours du rapatriement et dans les mois qui l'ont suivi, ont eu le double mérite d'établir le bien-fondé de certaines demandes et aussi de faire faire à l'Etat français des économies difficiles à chiffrer, mais très importantes.

Sur une telle masse humaine, aucun contrôle bactériologique n'était possible, seul le dépistage radiologique s'adaptait à la rapidité nécessaire des opérations de rapatriement.

Encore fallait-il choisir entre deux procédés : radiophotographie ou radioscopie. Radiophotographie ? en ce cas il fallait trouver en temps voulu un matériel rare et de fabrication difficile. Radioscopie ? alors il était nécessaire de mobiliser en nombre important des phtisiologues capables d'exercer ce contrôle avec rapidité et sécurité.

En fait, partout où cela a été possible, la radiophotographie a été employée. Elle a l'avantage de laisser au dossier un microfilm qui peut être consulté ultérieurement et de permettre un débit rapide sans personnel médical important. Mais en certains endroits la précarité des locaux, l'insuffisance de l'alimentation électrique ont imposé la radioscopie. Que ce soit par l'une ou l'autre méthode, nous pouvons donner l'assurance que la quasi-totalité des rapatriés a été examinée aux rayons X.

Cet effort considérable a pu être réalisé utilement grâce à la collaboration étroite des équipes de radio-dépistage de la Croix-Rouge française qui nous ont fourni une part importante de notre matériel et la totalité de notre personnel de manipulation.

Il ne nous a malheureusement pas été possible pratiquement de dresser des statistiques des examens radioscopiques : aussi, les chiffres que nous allons donner ne concernent-ils que les examens pratiqués en radiophotographie.

Le nombre de clichés enregistrés a été de 833 410 sur 1 400 169 rapatriés ayant passé par les centres d'accueil frontaliers, soit les trois cinquièmes.

Par comparaison avec le nombre de sujets passés dans chaque centre, on note des différences importantes dues au fait que, par suite du retard dans la construction des locaux, la radiophotographie n'a pu être installée partout dès le début du rapatriement. Ceci est particulièrement net pour les centres de Moselle, de Longuyon à Saint-Avold, où les événements de guerre ont retardé les travaux.

Chaque jour, chaque centre de rapatriement équipé en radiophotographie envoyait ses clichés à l'un des trois centres de lecture de Paris, Lille ou Marseille. Ces bandes de radiophotographie étaient lues par des médecins de dispensaires antituberculeux travaillant par vacations de trois heures. Le débit était de l'ordre de 100 clichés par heure et par lecteur. Nous avons cherché à créer un environnement qui assure le maximum d'efficacité et d'attention. Le cliché devait être projeté sur petit écran, dans une demi-obscurité, et le travail se faire sur un fond sonore de musique douce sans paroles.

Ainsi avons-nous réalisé la première expérience de radio-dépistage sur grande échelle et en un temps record.

Dans ces conditions, le taux de clichés illisibles n'a pas dépassé 6 %, ce qui est relativement faible.

Chaque soir, les services d'interprétations envoyaient à chaque préfecture les noms de sujets porteurs d'une anomalie et la liste des clichés illisibles, à l'exclusion de tous les examens normaux. En fait, après interprétation, les clichés se trouvaient classés en cinq catégories : les quatre dernières seulement étaient signalées par nos services. Voici, portant sur 775 487 clichés, une statistique montrant le pourcentage de ces différentes catégories :

— Images thoraciques normales	704 216	soit 90,800 %
— Anomalies non pulmonaires	347	» 0,044 %
— Séquelles pulmonaires	8 070	» 1,118 %
— Anomalies pulmonaires	15 575	» 2,009 %
— Clichés illisibles	40 679	» 6,019 %

Ce système n'a été efficace que parce qu'il était d'une extrême simplicité. La Direction départementale des prisonniers sait que le rapatrié est passé par un de nos centres. Si le service médical n'a rien signalé à la Direction départementale de la santé, c'est que l'image thoracique est normale. Si le cliché révèle une anomalie, ou s'il est illisible, le dispensaire antituberculeux concerné convoque immédiatement l'intéressé. Naturellement, tout le monde passera ensuite de nouveaux contrôles périodiques prescrits par le ministère de la Santé.

Les résultats de ce radio-dépistage sont intéressants.

Le taux de tuberculoses découvertes chez les prisonniers de guerre et les travailleurs civils en Allemagne était de 10 %. C'était le taux de la population civile française à la même époque. Mais il faut tenir compte du

fait que les prisonniers de guerre et les travailleurs civils atteints antérieurement de tuberculose avaient déjà été rapatriés.

La situation était beaucoup plus grave dans les milieux à haut risque : déportés politiques et raciaux, Alsaciens et Mosellans.

Le centre de lecture de Marseille découvre un taux de 44 % de tuberculeux chez les déportés de la catégorie « valides », alors que les cas de tuberculose évidente étaient déjà isolés et envoyés à Paris au service de phtisiologie de Bichat. A l'hôtel Lutétia, qui reçoit des déportés fatigués et où une radiographie du thorax est systématiquement pratiquée, on découvre 23 % de tuberculeux.

Le cas des Alsaciens et Mosellans est assez particulier. Les premiers rapatriés, ceux qui ont été découverts dans les camps russes en Pologne, ont un taux assez modéré de tuberculose : 6 % au début, mais qui monte à 12 et 15 %. Les derniers venus sont en grand nombre atteints de tuberculose.

Globalement, on peut considérer que la tuberculose évolutive était dix fois plus fréquente chez les déportés et les Alsaciens-Lorrains que chez les prisonniers de guerre et travailleurs civils en Allemagne.

**

La pathologie particulière des déportés

Le typhus et la tuberculose ne résumaient pas toute cette pathologie dominée par la dénutrition, les avitaminoses, les syndromes de carence et les troubles intestinaux graves.

Certes, il ne nous appartient pas de faire ici un long exposé de pathologie générale, mais de noter seulement quelques faits marquants.

Ce sont les *états de dénutrition* qui étaient les plus fréquents avec des amaigrissements extrêmes, habituellement irréversibles au-dessous de 35 kg, accompagnés d'hypothermie et d'une bradycardie avec hypotension qui persistait en période d'amélioration.

Les œdèmes de carence se développaient parfois au cours des premiers jours d'hospitalisation, pour ensuite disparaître. Quant aux avitaminoses, elles n'étaient jamais isolées, mais toujours multiples.

Du point de vue thérapeutique, le fait majeur a été la découverte de l'extrême efficacité du plasma sanguin, présenté en flacons de 250 cc, à préparation extemporanée, tel qu'il était fourni par l'armée américaine. Il était alors prescrit sans contrôle par ionogramme et sur simples données cliniques. Le résultat était remarquable.

Les *troubles digestifs* prenaient habituellement la forme de diarrhées incoercibles. Leur traitement a bien mis en valeur l'efficacité des sulfaguandines. Il nous a été donné aussi de constater les dangers d'une reprise alimen-

taire surabondante et désordonnée chez des sujets en grand état de dénutrition.

Les parasitoses et dermatoses étaient l'accompagnement habituel des états de dénutrition. Nombreux étaient les gales infectées, les furonculoses, l'impétigo, les panaris et abcès de toutes sortes.

Les suppurations collectées étaient évacuées. Quant aux lésions cutanées, elles étaient, selon la plus ancienne tradition de l'hôpital Saint-Louis, traitées par la pommade à l'oxyde jaune de mercure ou la pommade noire au collargol, ou blanche à l'oxyde de zinc... Les réserves de l'Armée américaine étaient dans ce domaine inépuisables.

INTERVENTION DU Pr JEAN ANGOT

Vice-Président de la section de Paris
de la Fédération nationale des Combattants volontaires des deux guerres,
des T.O.E., de la Résistance

Un ami, le général Edmond Mahieu, invité à notre séance, nous a communiqué ce que nous résumons :

Au moment de la débâcle des armées allemandes, ses compagnons furent transportés dans les « wagons tombereaux » à travers l'Allemagne du Nord jusqu'à Ravensbrück, où l'armée russe les libéra le 30 avril 1945.

Durant 2 mois, lui et les *survivants* restèrent sur place, malades de dysenterie et dans une faiblesse extrême, recevant des soins de médecins, eux-mêmes déportés ou prisonniers. Leur rapatriement se fit dès le 25 juin, par des ambulances rudimentaires, sur des routes défoncées, à l'hôpital franco-russe Augusta. Après 24 heures, des avions militaires les amenèrent au Bourget et des autobus parisiens, équipés en porte-brancards, les conduisirent à l'Hospice de Bicêtre.

Personnellement, nous avons assisté, à Dieppe, au débarquement de prisonniers venant par bateaux du Nord de l'Allemagne, délivrés par les Russes, déplorant d'avoir été dépouillés par eux de leurs alliances en or.