

M É M O I R E S

DE LA SOCIÉTÉ D'HISTOIRE ET D'ARCHÉOLOGIE DE

BRETAGNE

TOME XCIX • 2021

ÉPIDÉMIES EN BRETAGNE DU MOYEN ÂGE AU XX^e SIÈCLE



LE PATRIMOINE CULTUREL IMMATÉRIEL EN BRETAGNE
LE QUILLIO. ÉGLISE NOTRE-DAME-DE-DÉLIVRANCE
COMPTES RENDUS BIBLIOGRAPHIQUES
CHRONIQUE DES SOCIÉTÉS HISTORIQUES

L'épidémie de variole à Vannes et à Brest en 1954-1955

Afin de faciliter leur lecture de notre article, les personnes non familières avec le langage médico-technique parcoureront, avec profit, une introduction à la variole, aisément accessible sur de nombreuses sources en ligne. En résumant à gros traits, la variole est une maladie infectieuse virale. Elle est ancienne, probablement préhistorique, en tout cas présente dans le croissant fertile dès la haute Antiquité et d'extension mondiale après la colonisation du continent américain. La lutte contre ce fléau, potentiellement mortel et laissant chez les survivants des cicatrices inesthétiques, est passée par trois époques : la variolisation (inoculation volontaire des sujets indemnes afin de créer une maladie dont on remarque progressivement qu'elle est moins intense, elle est connue dès le Moyen Âge en Asie, puis au Moyen Orient, enfin, à partir de la Grande-Bretagne, elle se répand dans toute l'Europe au début du XVIII^e siècle), puis la vaccination (Edward Jenner, médecin britannique, inocule en 1796 la vaccine de la vache au lieu du pus d'un malade de la variole, augmentant et l'efficacité et la sécurité de la procédure), qui est rapidement diffusée dans le monde occidental. Après des améliorations continues de la vaccination, la variole devient une maladie d'importation en Europe et en Amérique du nord. Enfin, l'Organisation Mondiale de la Santé parvient à obtenir, durant les années 1970, l'éradication de cette maladie. L'épidémie de 1954-1955 à Vannes et à Brest correspond à la dernière importation en France de la maladie. Après une brève mise en situation, nous décrivons l'extension de la variole dans le Morbihan puis le Finistère et les moyens mis en œuvre pour la circoncrire. Nous concluons cet article par une mise en perspective de l'épidémie bretonne à l'aune du contexte pandémique actuel.

Vannes en 1954, le contexte

En 1954, la France sort de huit années de conflit en Indochine par une sévère défaite à Dien Bien Phu le 7 mai. Le président du conseil Pierre Mendès-France met fin au conflit par les accords de Genève, signés le 21 juin. En novembre commence la guerre d'Algérie. André Monteil¹ est ministre de la Santé. François Mitterrand est

1. Né en 1915 en Corrèze, mort en 1998 à Paris, André Monteil est normalien, professeur agrégé de grammaire en 1939. Il s'engage dans la Résistance en Bretagne, commande les Forces françaises de l'Intérieur (FFI) à

ministre de l'Intérieur. En Bretagne, l'heure est encore à la reconstruction pour Saint-Malo, Brest, Lorient et Saint-Nazaire. La population est toujours majoritairement rurale. L'activité de l'Église catholique est encore marquée. Vannes en 1954 compte 28 000 habitants dont 57 % de femmes et 43 % d'hommes. La population est jeune : 33 % moins de 20 ans, 56 % de 21 à 64 ans, 11 % plus de 65 ans. En raison des nombreuses administrations présentes à Vannes, deux tiers des Vannetais travaillent dans le secteur tertiaire. La population appartient surtout à la classe moyenne, ce qui concourt à l'activité des commerces et des services. Vannes est alors une importante ville de garnison (deux régiments d'infanterie, un régiment d'artillerie et la 1^{re} demi-brigade de commandos parachutistes, installée à l'aérodrome de Meucon). Plusieurs communautés religieuses catholiques y sont installées. Francis Decker, de centre-droit, est maire de Vannes depuis 1945.

L'hôpital général devient l'hôpital Prosper Chubert

Au début du xx^e siècle, l'hôpital général ressemble à un cloître avec ses bâtiments regroupés autour d'une chapelle, près de l'Étang-au-Duc². Dans cet établissement se trouvent des enfants assistés, des indigents, des vieillards, des « petits mentaux » et « arriérés » du département. En fait, il s'agit plus d'un hospice, les autres malades étant à l'hôpital mixte du Petit-Couvent où il subsiste une salle d'incurables et de cancéreux. À partir de 1932, on construit un nouvel hôpital sur les prairies de l'Étang-au-Duc, entre le cimetière et la gare. Il se compose de huit pavillons latéraux, quatre pavillons au nord (numérotés de 5 à 11), quatre au sud (numérotés de 4 à 10) et trois pavillons centraux (numérotés de 1 à 3). Ces pavillons ont tous deux niveaux (rez-de-chaussée haut sur cave, plus un étage, puis des combles non utilisés) sauf le pavillon n° 1, qui en a trois (R + 2). Les chambres individuelles sont alors rares, seulement équipées d'un lavabo. Il y a des monte-charges à l'intérieur des cages d'escalier, mais on ne peut pas y faire rentrer un lit ni un brancard de patient adulte. Les toilettes et la douche sont le plus souvent communes (une par étage). Tous les pavillons sont reliés par des couloirs couverts, souvent en pente douce, en raison du dénivelé du terrain (fig. 1). L'inauguration a lieu en 1934. Presque au même moment, on construit à Clichy l'hôpital Beaujon, immeuble monobloc de treize étages, véritable innovation de l'architecture hospitalière, inspiré par ce qui a déjà cours dans les métropoles d'Amérique du nord. Plus classiquement à Vannes, l'architecte Robert Lamourec a construit un hôpital pavillonnaire « pastorien », sur le modèle du siècle précédent.

Quimper. En 1945, il est élu député du Mouvement républicain populaire (MRP) puis maire de Quimper. Deux fois secrétaire d'État à la Marine, il est ministre de la Santé publique et de la Population de septembre 1954 à février 1955. Il est ensuite longtemps député (jusqu'en 1958) puis sénateur (jusqu'en 1971) du Finistère.

2. GUILLAUME, Albert, *Contribution à l'histoire de deux hôpitaux de Vannes, l'hôpital Saint-Nicolas et l'hôpital Chubert*, dactyl., thèse pour le doctorat en médecine, Rennes, 1969.



Figure 1 – Vannes, l'hôpital en 1957, carte postale (Arch. mun. Vannes, 7 Fi 72)

En 1954, l'hôpital général héberge toujours des vieillards et des malades chroniques. Une école d'infirmières occupe un pavillon à gauche de la chapelle. La grille d'entrée du centre hospitalier est encadrée par deux bâtiments : à gauche la conciergerie et le logement de l'aumônier et à droite celui de l'économe. Une maison face au cimetière sert de logement pour les deux internes. Enfin, l'hôpital possède une ferme avec une porcherie tenue par un couple de fermiers. L'équipe soignante est constituée par les sœurs de la Sagesse. L'équipe médicale comporte sept médecins à mi-temps, venant le matin « consulter » les patients hospitalisés, rejoignant leur cabinet pour leur exercice libéral l'après-midi³. Ils sont assistés par deux internes. Jusqu'en 1936, les employés de l'hôpital sont « des gens de maison » et à ce titre dorment en dortoir sur place. Ils sont présents par roulements à l'hôpital,

3. L'organisation des hôpitaux connaît un grand bouleversement après le retour au pouvoir du général de Gaulle. Le professeur Robert Debré, en décembre 1958, est à l'origine de la création par ordonnance des Centres hospitaliers universitaires (CHU) et des Centres hospitaliers généraux (CHG). Les médecins sont invités à y travailler désormais à temps plein. À Vannes, les deux premiers médecins à franchir le pas seront le D^r Lobrichon, médecin-chef du service de médecine interne, et le D^r Duhamel, médecin-chef du service de pneumologie. Progressivement, la majorité des médecins hospitaliers se rallieront à ce nouveau statut, renonçant à leur cabinet en ville.

24 heures sur 24, « sous les ordres » des sœurs et des médecins chefs de services. En 1946, le conseil d'administration présidé par le maire Francis Decker décide de donner à l'hôpital le nom de Prosper Chubert (1884-1944), avoué à Vannes, ancien vice-président de la commission des hospices, bienfaiteur de l'hôpital auquel il avait légué ses biens, résistant, mort en déportation en novembre 1944⁴.

L'épidémie commence

L'équipe médicale, lors de cette épidémie, a attribué un numéro à chacun des patients reconnus comme « varioleux ». C'est ce numéro que nous utilisons dans la suite de cet exposé. Les cas sont classés dans l'ordre d'apparition de la phase d'invasion (fièvre aiguë, précisément douze jours après le contage⁵) puis de l'éruption (en règle générale quatre jours après la fièvre). Comme le suggère Anna-Vari Cadoret dans sa thèse⁶, nous classons les cas cliniques des patients présentant une variole par cas primaire (par définition unique), secondaire (en l'occurrence également unique), puis tertiaire, etc., selon les recommandations faites en 1962 dans la monographie n° 25 de l'Institut national d'hygiène⁷. Dans leur article collectif publié dans la *Presse médicale* d'avril 1955 (à une période où l'hôpital reprend progressivement ses activités usuelles), les dix auteurs (sept médecins et trois internes) choisissent le terme de « génération ». Ils ne comptent pas le cas du sergent Roger D. Il existe donc un décalage, le cas secondaire de Daniel D. étant alors considéré comme la première génération⁸.

*Le cas primaire, le sergent Roger D.*⁹

On croit savoir beaucoup de choses concernant ce « patient zéro », en fait le cas n° 1 de l'épidémie vannetaise (bien qu'il n'ait jamais été pris en charge ou traité à l'hôpital Chubert). Les médecins ayant eu à faire face à l'épidémie n'en

4. Sur l'histoire de l'hôpital de Vannes, on pourra consulter le dossier IA56003331 « Hôpital général Saint-Louis, actuellement centre hospitalier Chubert, place Grosse ; 20 boulevard Général Maurice Guillaudot ; rue des Quatre frères Créac'h (Vannes) », réalisé en 2000 par Claudie Herbaut et Catherine Toscer (Ville de Vannes, Inventaire général). <http://patrimoine.bzh/gertrude-diffusion/dossier/hopital-general-saint-louis-actuellement-hopital-chubert/a3d644fc-5ab3-4d4e-b076-4c25d138bbb8>

5. Le contage est le contact infectant entre le malade contaminant et le patient secondairement infecté, puis par extension, la date présumée de celui-ci.

6. CADORET, Anna-Vari, *Les dernières épidémies de variole en France*, dactyl., thèse pour le doctorat en médecine, Rennes 2005.

7. BOYER, Jean-Louis, ROUSSEL, André, *Épidémiologie et prophylaxie de la variole, étude des incursions de la variole à Paris au cours des vingt dernières années, déductions épidémiologiques et prophylactiques*, Paris, Institut national d'hygiène, coll. « Monographie de l'Institut national d'hygiène », n° 25, 1962.

8. LEROUX, Marie-André, AMPHOUX, André, BILLAUD *et al.*, « Épidémie de variole à Vannes de décembre 1954 à mars 1955 », *Presse médicale*, 63 (31), 1955, p. 639-642.

9. CADORET, Georges, « Épidémie de variole de Vannes 1954-1955, conférence donnée au Club médical Chubert le 21 mai 1996 », *Bulletin des amis de Vannes*, n° 22, 1997, p. 59-66.

savaient rien ou presque, en tout cas au début des événements. Mais beaucoup de ces informations demeurent incertaines. Les différentes sources nous permettent de réunir les éléments suivants.

Le sergent Roger D. a servi comme parachutiste en Indochine, les documents de l'époque ne précisent pas son âge (25 à 30 ans environ). *A priori*, Roger D. n'a pas participé aux combats à Dien Bien Phu, ni connu la longue et épuisante captivité à l'issue de la reddition du camp retranché. Il est hospitalisé en novembre 1954 pour suspicion de tuberculose pulmonaire, à l'hôpital Grall de Saïgon, dans le service de médecine. Le personnel de ce service intervenait également dans le service des « contagieux » qui aurait compté des patients atteints de variole. En effet, dans sa thèse soutenue en 1975, Philippe Pierre¹⁰ rapporte qu'une épidémie de variole aurait sévi autour de Saïgon de juillet-août à octobre-novembre 1954, qui aurait compté 377 cas et 36 décès. Roger D. serait à l'occasion revacciné pour une sixième fois contre la variole (il a dû l'être à 1 et 11 ans, puis à son incorporation, puis tous les cinq ans, selon la pratique en vigueur dans l'armée). Mais on ne sait pas si l'on distingue sur ses épaules les cicatrices témoignant de l'efficacité vaccinale. Cette multiplication des tentatives de vaccination ne plaide-t-elle pas pour une inefficacité de celles-ci ? Roger D. quitte Saïgon le 11 novembre 1954, rapatrié « sanitaire » par avion. Il est hospitalisé dès le 13 novembre à l'hôpital Percy, à Clamart. Une éruption fugace est alors attribuée à l'ultime revaccination administrée à Saïgon. Malgré ce qui aurait été considéré comme une tuberculose pulmonaire évolutive, il est autorisé à rejoindre sa famille lors d'une permission du 18 au 24 novembre 1954. Serait-on parvenu à écarter le caractère contagieux de la tuberculose en cinq jours ? Ou bien le traitement de la tuberculose avait-il été commencé à Saïgon dès avant le retour en métropole ? Le sergent dispose à Vannes d'une petite maison où il retrouve son épouse et ses trois fils dont le dernier, Daniel, n'a que 18 mois. Lors de son séjour, le sergent D. fait un épisode fébrile associé à une asthénie, mais il doit déjà regagner Paris. Pourtant, classiquement, la fièvre précède l'éruption lors d'une variole.

Dès son retour à l'hôpital Percy, il développe un syndrome de Guillain-Barré (paralysie flasque débutant aux membres inférieurs, d'évolution ascendante, pouvant survenir de façon réactionnelle à une infection virale). Le 29 novembre, il est transféré au Val-de-Grâce, puis le 30 novembre à l'hôpital Claude Bernard pour détresse respiratoire (complication classique du syndrome de Guillain-Barré). Il y est trachéotomisé. Une fois stabilisé, il retourne au Val-de-Grâce du 13 au 18 décembre. Après une rapide amélioration, il peut poursuivre sa convalescence à l'hôpital Percy, d'où il sortira guéri (date non connue). Il y est examiné le 3 janvier 1955 par le P^r Le Bourdellès, qui ne retrouve *a posteriori* aucune trace d'éruption

10. PIERRE, Philippe, *Étude de l'épidémie de variole survenue à Vannes et Brest en 1954-1955*, dactyl., thèse pour le doctorat en médecine, Rennes 1975, 70 p.

(mais l'épisode fébrile à Vannes date d'il y a sept semaines et l'éruption fugace à l'admission à l'hôpital Percy, de neuf semaines). Lors d'une séance à l'Académie de médecine le 11 janvier 2000, consacrée au vingtième anniversaire de l'éradication de la variole, le P^r Maurice Goulon se présente comme le médecin ayant pris en charge l'adjudant chef D. à l'hôpital Claude Bernard ; il évoque son observation et l'origine de l'épidémie vannetaise de façon imprécise¹¹. En 2005, lors des recherches liées à la commémoration à Vannes de l'épidémie de 1955, nous n'avons pas pu accéder aux dossiers médicaux du sergent D., probablement détruits depuis 20 ou 30 ans, pour réétudier les conclusions de l'époque. Nous avons omis d'interroger son fils sur ce qu'il savait du récit de ces événements par son père, dont nous ne connaissons pas la date de décès. Il est donc plausible que le sergent D. fit une forme anéruptive de la variole à Vannes lorsqu'il était fébrile, vers le 20 novembre 1955. Malgré la probable absence d'éruption typique, il fit tout de même une complication grave, rare, mais classiquement décrite, de la variole, le syndrome de Guillain-Barré. Roger D. a contaminé son fils Daniel, âgé de 18 mois, par lequel l'épidémie de Vannes commença.

Ses deux frères aînés étaient vaccinés, mais pas Daniel (la recommandation était de procéder à la vaccination entre 1 et 2 ans). Fort heureusement, que ce soit à Vannes, dans le train, à Paris, notamment pendant ses hospitalisations successives, le sergent D. ne fut responsable d'aucune contamination directe ou indirecte autre que celle de son plus jeune fils. Le sergent, lors de ses transferts hospitaliers, a surtout côtoyé des militaires et des soignants, *a priori* tous efficacement vaccinés. Les signes respiratoires (cliniques et probablement radiologiques) présentés par Roger D. étaient-ils attribuables à une authentique tuberculose ? Le sergent parachutiste avait-il eu successivement une tuberculose (dont on connaît le potentiel effet immunodépresseur) puis la variole, malgré les vaccinations ? Ce qui avait amené à évoquer une tuberculose n'était-il pas l'expression pulmonaire d'une variole ? Comment une personne si régulièrement revaccinée a-t-elle pu contracter et transmettre cette maladie ? *Last but not least*, quel a pu être le mode de transmission virale ? Avec son linge personnel de l'hôpital Grall, Roger D. avait rapporté pour Daniel un pyjama acheté aux marchés de Cholon, le grand quartier chinois jouxtant Saïgon. Celui-ci portait-il des croûtes d'anciens varioleux ? Ce mode de contamination indirecte par des vêtements a été décrit lors d'épidémies de variole antérieures. On sait que des croûtes de varioleux pouvaient rester actives et donc être faiblement contagieuses pendant plusieurs semaines ou mois. Ou bien s'agissait-il d'une contamination classique par voie aérienne ? Faute d'avoir eu accès aux dossiers médicaux du patient, il est difficile de former une hypothèse solide, si longtemps après les faits.

11. BAZIN, Hervé, « L'éradication de la variole, vingt ans déjà », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 184, n° 1, 2000, p. 89-104.

Une varicelle qui tourne mal, Daniel D. (cas n° 2)¹²

C'est donc le seul cas secondaire de l'épidémie bretonne. Il est rapidement appelé en 1955 le « petit Daniel ». Le D^r Morat, médecin généraliste à Vannes, voit en consultation le 7 décembre 1954 l'enfant Daniel, 18 mois. Il est fébrile depuis une semaine (soit le 30 novembre ou le 1^{er} décembre, pour un contage probable douze jours plus tôt, soit le 19 ou le 20 novembre). Il présente une éruption vésiculaire. Le 9 décembre, devant l'aggravation des symptômes, le D^r Morat se présente au domicile de la famille de Daniel, accompagné du D^r Georges Cadoret, chef du service de pédiatrie. L'éruption se présente maintenant sous forme de « bulles », disséminées sur tout le corps, d'aspect purulent. L'état général de l'enfant s'est altéré en quarante-huit heures. La famille vit dans une seule pièce. Les deux frères aînés sont asymptomatiques. Les deux médecins décident d'hospitaliser Daniel pour des soins locaux, une antibiothérapie et l'isolement. « Tous » les diagnostics sont évoqués : pemphigus microbien généralisé, varicelle surinfectée, staphylococcie, dermatose allergique et même la variole. Mais l'hypothèse de la variole est écartée, le père de Daniel ayant été très régulièrement revacciné. Le D^r Cadoret prend Daniel dans ses bras, le D^r Morat les conduit à l'hôpital Chubert où Daniel est hospitalisé dans le service de pédiatrie au premier étage du pavillon 2 (couramment appelé P2), et non pas aux « contagieux » (au P10), comme cela aurait dû être le cas si l'hypothèse d'une varicelle avait été privilégiée. L'équipe du service de pédiatrie de l'hôpital Chubert se compose, outre le docteur Cadoret, d'un interne, d'une infirmière, Sœur Emmanuelle, et de « filles de salles », les aides soignantes d'aujourd'hui. Sœur Emmanuelle vivait dans l'enceinte de l'établissement (1^{er} étage du P3) et organisait la bonne marche du service.

Daniel est aussitôt isolé, seul dans une chambre au milieu du service, confié à une auxiliaire, Valentine O., 28 ans, qui ne s'occupe à partir de cet instant que de lui. Le diagnostic provisoire de pemphigus infectieux est porté. Valentine le décrit « couvert de petites vésicules de la taille d'un pois, réparties sur tout le corps, y compris sur le visage ». Daniel est traité par pénicilline et terramycine et il est baigné quotidiennement dans des bains de bleu de méthylène. Après quatre jours de traitement, les vésicules commencent à s'affaïsser, à s'ombiliquer. L'état général de Daniel s'améliore, il redevient apyrétique. Des prélèvements de quelques bulles sont portés au laboratoire du D^r Bouillaud, le biologiste de l'hôpital. L'examen bactériologique reste négatif. Le 28 décembre, après dix-neuf jours d'hospitalisation en pédiatrie, isolé des autres enfants, Daniel sort guéri. L'hospitalisation s'est prolongée un peu, car sa mère a été à deux reprises appelée au chevet de son mari, toujours hospitalisé à Paris. Ni ses grands frères, ni les enfants avec lesquels Daniel avait été en contact avant son hospitalisation ne firent d'éruption ou de fébricule. Ils étaient tous vaccinés contre la variole.

12. GOURSOLAS, François, « Épidémie de variole en Bretagne 1954-1955 », *Histoire des sciences médicales*, 38, n° 1, 2004, p. 99-108.

*Une étonnante accumulation de cas de prétendues « varicelles »
à l'hôpital, la série des dix cas tertiaires*

Enfant Roger P. (cas n° 3), 2 ans et demi

Le 19 décembre, l'enfant Roger P., de Saint-Jean-Brévelay, est de nouveau hospitalisé en pédiatrie pour hyperthermie alors qu'il venait de quitter le service le 11 décembre (soit deux jours après l'arrivée de Daniel D.), après y avoir guéri d'une otite. On pense alors à une récurrence de son otite, mais le 21 décembre une éruption cutanée vésiculeuse apparaît. Le D^r Cadoret conclut alors à une varicelle surinfectée. Vraisemblablement, Roger P. a été contaminé par l'enfant Daniel D. désormais en phase de guérison, donc considéré comme n'étant plus contagieux. L'enfant Roger P. n'a jamais été vacciné contre la variole (soit six mois de retard vis à vis de l'obligation vaccinale, mais on le verra ensuite, la très nette diminution du nombre de cas en métropole a déjà entraîné une application beaucoup moins stricte du calendrier vaccinal théoriquement encore obligatoire). Il est dès lors transféré chez les contagieux pour varicelle au pavillon P10, où il guérit sans séquelles. L'extension de l'épidémie hospitalière est désormais inéluctable : l'enfant Roger P. fut à l'origine de la contamination des patients qui séjournent au pavillon P10, comme des médecins, les D^{rs} Billaud et Amphoux, et de l'interne Jean Audoui, qui y exercent. Le pavillon P10 a, en effet, deux niveaux, reliés par une cage d'escalier. Au rez-de-chaussée, côté sud, on accueille les « contagieux », qui sont répartis en quatre chambres, avec chacune un lit superposé (on considère que les contagieux peuvent y être regroupés, s'ils ont la même infection), soit au total huit lits. De l'autre côté de la cage d'escalier, le service de médecine interne occupe la moitié nord du rez-de-chaussée et l'ensemble du premier étage. Les deux services ne sont séparés que par la cage d'escalier et une porte, qui peut être franchie lorsque les visiteurs vont au premier étage en traversant l'unité des contagieux pour rejoindre le service de médecine au premier niveau. Le pavillon des contagieux ne permet qu'un isolement très relatif, étant en quelque sorte l'une des deux entrées du service de médecine adulte. Deux médecins s'occupent du service de médecine, les D^{rs} Lobrichon et Amphoux. Un seul médecin s'occupe des contagieux, le D^r Billaud. Le personnel paramédical des deux services est néanmoins commun.

Valentine O. (cas n° 4), 28 ans, l'auxilière de Daniel D.

Depuis son arrivée dans le service de pédiatrie, Valentine ne s'occupe que de l'enfant Daniel D., considéré comme « contagieux », même si un doute sur le diagnostic persiste. Le 22 décembre, Valentine sollicite la visite à son domicile du D^r Vicat, son médecin généraliste, parce qu'elle est très fatiguée et présente une éruption vésiculeuse (début de fièvre le 19, éruption à partir 21 décembre, soit J + 12 après avoir pris en charge Daniel en pédiatrie). Le D^r Vicat pense à une varicelle infectée comme celle du petit Daniel, même si Valentine avait déjà fait une varicelle

dans sa première enfance. Le D^r Vicat lui demande de rester au repos à son domicile. Valentine n'est hospitalisée que le 8 janvier 1955 chez les contagieux, pour variole, alors que son éruption est en voie de guérison. Elle sort après vingt-cinq jours d'isolement. Fort heureusement, Valentine ne contamine qu'une seule personne, sa grand-mère hospitalisée au P10 chez les contagieux dans la même chambre que sa petite-fille. La mère et la sœur de Valentine, celle-ci ayant peut-être eu une forme pauci-éruptive, ne sont pas hospitalisées et ne sont pas comptabilisées dans la série. Valentine et sa famille vivaient dans une petite maison à Vannes. Sa grand-mère s'inquiétait pour Valentine lorsqu'elle la voyait pleine de « boutons », l'évitait et restait toujours à distance mais cela ne fut pas suffisant. D'autres ne prirent pas autant de précautions. Des voisins, ayant appris que Valentine faisait ce que l'on croyait être une varicelle, la visitèrent avec leurs enfants pour que ceux-ci puissent contracter la varicelle dans l'enfance, celle-ci étant considérée moins agressive qu'à l'âge adulte. Tous ses contacts directs ou indirects furent surveillés, une fois la variole affirmée début janvier. Aucun d'eux ne développa la variole. Valentine était vaccinée contre la variole (primo-vaccination à 2 ans en 1928, premier rappel à 10 ans en 1936, n'avait pas eu de rappel en 1947 ni à son embauche à l'hôpital), ce qui ne l'empêcha pas de faire une variole mais lui permit probablement d'en guérir.

Enfant Roger M. (cas n° 5), 3 ans, de Molac

Non vacciné contre la variole, traité pour méningite tuberculeuse, il quitte le service le 15 décembre (soit six jours après l'admission de Daniel D.) pour rejoindre son domicile. Le 20 décembre, il présente une fièvre élevée (J+12 du contag), puis le 24 décembre, l'apparition d'une éruption. Il reste à domicile. Il ne fait qu'une forme modérée bien qu'il n'ait jamais été vacciné et qu'il vienne d'être traité pour une forme grave de tuberculose, ce qui *a posteriori* paraît pour le moins inattendu. Il n'est à l'origine d'aucune transmission. Le diagnostic de variole n'est ici que probable.

D^r Georges Cadoret, 35 ans, chef de service de pédiatrie

Le 21 décembre (J+12 après avoir accompagné Daniel à l'hôpital), le D^r Cadoret présente un syndrome grippal marqué avec hyperthermie à 40 °C, céphalées et myalgies intenses. Il n'est pas hospitalisé mais reste alité quatre jours, jusqu'au 25 décembre. Il reprend son service le lundi 27 décembre. S'agissait-il d'une simple grippe hivernale, comme il le pensait initialement ou bien d'une variole frustrée anéruptive ? Les patients ayant présenté des formes sans éruption dans l'environnement des cas n'ont pas été recensés au sens strict, *a fortiori* s'ils étaient médecins. Ils ne se sont donc pas vu attribuer de numéro. Les vaccinations antivarioliques du D^r Cadoret sont à jour (1, 11 et 21 ans, puis, si le rappel a bien été fait au bout de dix ans, le dernier rappel pourrait donc dater de 1950). À l'évidence, le tableau clinique présenté par le D^r Cadoret est une forme anéruptive de variole, chez un sujet partiellement protégé par sa vaccination, le premier des cas tertiaires parmi les soignants.

Le début de la propagation dans le service de pédiatrie

Fin décembre, le service de pédiatrie compte sept enfants ayant une éruption varicelliforme douteuse, dont les six derniers parfaitement synchrones. De façon stéréotypée, les symptômes débutent toujours à J+12 du contage le plus probablement en cause. L'ensemble des cas détaillés ci-dessous font donc aussi tous partie des cas tertiaires.

Enfant Armelle D. (cas n° 6), 6 mois,
crèche du foyer des pupilles, Vannes

Non vaccinée contre la variole, Armelle avait été hospitalisée pour rhinopharyngite le 9 décembre, le même jour que Daniel D.. Elle quitte le service le 24 décembre, considérée comme guérie, mais dès le lendemain (contage probable le 13 décembre), elle présente une hyperthermie à 40-41 °C. motivant son retour au P2. Elle développe, le 28 décembre, une éruption maculaire. Elle est transférée le 31 décembre, au P10. Elle y décède le 3 janvier, dans un tableau de forme sévère de variole. Elle est la première victime de l'épidémie. Armelle vivait à la crèche du foyer des pupilles. Elle a transmis la variole à deux enfants qui n'ont partagé sa chambre que pendant la nuit de son bref retour au foyer du 25 au 26 décembre (Christian L. n° 13 et Henri L. n° 14, qui font partie des cas quaternaires).

Enfant Marie-Thérèse L. (cas n° 7), 2 ans et demi, de Pluvigner

Non vaccinée, elle est hospitalisée en pédiatrie pour primo-infection tuberculeuse. Marie-Thérèse développe une éruption le 29 décembre. Elle est transférée le 31 décembre au P10. C'est sur cette jeune patiente que le Dr Amphoux pratique le premier prélèvement pour confirmer l'épidémie de variole, le 1^{er} janvier 1955. Le 3 janvier, le résultat revient, positif (*cf. infra*). Marie-Thérèse guérit de sa variole mais, fin février, elle présente de nouveau une éruption vésiculeuse, l'inquiétude est grande et un nouveau prélèvement est adressé à l'Institut Pasteur. Il conclut cette fois-ci à une varicelle, dont elle guérit rapidement.

Enfant Michèle L. (cas n° 8), 1 an, de Pluvigner

Michèle, petite sœur de Marie-Thérèse, est hospitalisée en pédiatrie pour méningite tuberculeuse. Elle n'est pas vaccinée. Elle présente une éruption semblable à celle de sa sœur ; aucun prélèvement n'est pratiqué. On diagnostique une variole. Tout comme sa sœur, Michèle fait, fin février, une nouvelle éruption varicelliforme. On effectue cette fois un prélèvement qui confirme alors, au microscope électronique et à l'inoculation au singe, une variole. Avait-elle réellement fait une variole fin décembre ? N'est-il pas plus plausible d'imaginer qu'elle aurait présenté à l'inverse de sa sœur, une varicelle en janvier puis une variole en février ?

Enfant Marie-Thérèse V. (cas n° 9), âgée d'un an, d'Ambon

Non vaccinée, elle est hospitalisée dans le service de pédiatrie depuis deux mois pour cardiopathie congénitale. Elle fait une forme modérée de variole.

Enfant Michel D. (cas n° 10), âgé de 8 ans, Vannes

Vacciné à l'âge d'un an, Michel est pupille de la Nation, porteur d'une hémophilie, il est traité le jour en pédiatrie mais rejoint le foyer des pupilles pour les repas et y dormir. Il fait une forme clinique modérée. Il est aussi transféré au pavillon des contagieux. Il n'y aura pas d'autres contaminations au foyer des pupilles que les cas 13 et 14, contaminés par la petite Armelle D (*cf. supra* cas n° 6).

Enfant Jean-Claude G. (cas n° 11), âgé de 5 ans, de Caro

Non vacciné, il est hospitalisé en pédiatrie pour des séquelles de poliomyélite. Il fait une forme modérée de la variole.

Enfant Jacques B. (cas n° 12), âgé de 15 mois, d'Étel

Non vacciné, il est traité en pédiatrie pour une gastro-entérite grave. Lorsqu'il présente une variole le 29 décembre, comme d'autres enfants, il ne peut lutter contre cette nouvelle maladie et décède le 4 janvier chez les contagieux. Il est la deuxième victime de l'épidémie.

*De l'arrêt de travail du D^r Cadoret aux doutes,
puis finalement, au diagnostic*

Le vendredi 31 décembre 1955, dans le service de pédiatrie au P2, on compte sept enfants qui ont une éruption vésiculeuse avec un syndrome fébrile (cas n° 6 à 12). À domicile, Daniel D. (cas n° 2) est guéri, l'enfant Roger M. (cas n° 5) va bien et Valentine O, l'auxiliaire de pédiatrie, récupère de sa « varicelle ». Chez les contagieux du P10, l'enfant Roger P. (cas n° 3) a été transféré pour « varicelle ». Il y évolue alors favorablement, ce diagnostic n'étant pas encore remis en cause. Le D^r Cadoret est revenu depuis le lundi 27 décembre dans son service. Absent six jours pour son épisode « grippal », il s'interroge, ne comprend pas ces cas de varicelle de présentation atypique. Il interroge son collègue le D^r Billaud qui, lui, retient le diagnostic de varicelle pour les enfants Roger P. et Armelle D. Les médecins de cette génération avaient rarement vu eux-mêmes des cas de variole et n'avaient qu'une connaissance limitée de la maladie. Le D^r Cadoret ne trouve que des réponses approximatives dans les livres de sa bibliothèque. Mais il se persuade progressivement qu'il pourrait s'agir d'une épidémie de variole.

Le vendredi 31 décembre à midi, il rend visite au D^r Morat et lui annonce : « Mon cher Morat, nous avons la variole à Vannes ! ». Le D^r Morat ne semble pas convaincu. Ils demandent alors aux D^{rs} Chrétien (ancien médecin militaire ayant exercé en Afrique) et Marie-Andrée Leroux¹³ du service de pneumologie (qui a séjourné en Indochine), d'examiner les enfants hospitalisés. Ceux-ci les considèrent potentiellement suspects

13. Dans les documents de l'époque, il est précisé « Mademoiselle » le D^r M-A Leroux.

de variole, mais ne concluent pas formellement. *A contrario*, le D^r Cadoret remet en cause l'hypothétique diagnostic de varicelle et considère que les enfants hospitalisés ont probablement la variole. Il prend dès lors les mesures qui lui semblent s'imposer. Il décide le 31 décembre de transférer les sept enfants fébriles présentant une éruption synchrone, du service de pédiatrie chez les contagieux, où sont déjà huit autres enfants « suspects de varicelle ». Il décide de consigner les services de pédiatrie, des contagieux et le foyer des pupilles, dans lesquels il n'y aura plus aucune entrée ni sortie. Il prescrit la vaccination ou re-vaccination des patients et du personnel soignant. Seules quelques doses du vaccin étant disponibles dans les officines vannetaises, des vaccins sont commandés à Nantes. Il alerte le directeur de l'hôpital et l'interroge sur une éventuelle fermeture de tout l'établissement. Il se rend au domicile du D^r Guy Grosse. Médecin inspecteur départemental de la santé¹⁴ pour le Morbihan, celui-ci est alors à Nantes dans sa famille, à l'occasion du réveillon. Par l'intermédiaire du D^r Berger, médecin inspecteur régional de la santé à Nantes, le D^r Cadoret réussit à faire passer le message au D^r Grosse : la variole est à Vannes... Le D^r Grosse rappelle le D^r Cadoret dans la journée du 1^{er} et lui assure qu'il rentre à Vannes au plus vite. Il arrive le soir même du 1^{er} janvier et retrouve le D^r Cadoret à son domicile. Le samedi 1^{er} janvier 1955, un prélèvement est effectué chez Marie-Thérèse L. (cas n° 7). Celui-ci a-t-il été suggéré par le D^r Grosse au D^r Cadoret ? On ne dispose pas de renseignement sur le conditionnement du prélèvement, qui est envoyé à l'Institut Pasteur de Paris. Il y parvient, le soir même, transporté par le train.

Les méthodes diagnostiques virologiques de l'Institut Pasteur en 1955 sont les suivantes :

- la plus rapide, environ deux heures, au microscope électronique, permet de différencier une variole ou une vaccine d'une varicelle ou d'un herpès mais ne permet pas de différencier la variole d'une vaccine¹⁵ ;
- l'inoculation intra-testiculaire au singe entraîne une induration en regard du site de l'injection s'il s'agit d'une variole, qu'on ne retrouve pas pour la vaccine, non pathogène pour le singe ;
- l'inoculation au lapin (inoculation intra-testiculaire ou cornéenne) ou sur membrane chorioallantoïque de cellules d'embryon de poulet¹⁶.

Le dimanche 2 janvier, les D^{rs} Grosse, Cadoret, Morat, Vicat et Le Rouzic (médecin colonial) se retrouvent à l'hôpital pour revoir les patients. C'est probablement à cette occasion que le D^r Grosse est contaminé lors de sa visite au P10. Le même jour, il joint, par téléphone, la préfecture du Morbihan et le ministère de la Santé.

14. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ne seront créées qu'en 1964.

15. LÉPINE, Pierre, CROISSANT, O., « Application de la microscopie électronique au diagnostic de la variole », *Presse Médicale*, 60 (67), 1952, p. 1427-8.

16. AUDOUI, Jean, *Étude théorique et pratique de la variole à la lumière de 1955 à Vannes*, dactyl., thèse pour le doctorat en médecine, Nantes, 1958.

Il est décidé localement de consigner la pouponnière du foyer des pupilles et d'interrompre les stages des élèves infirmières qui doivent s'isoler à leur domicile. Le ministère de la Santé décide d'envoyer, en mission à Vannes, le P^r Bernard Le Bourdellès, référent expérimenté dans ce domaine¹⁷. Il fait un crochet, avant son départ pour Vannes, par l'hôpital Percy à Clamart le 3 janvier pour y interroger et examiner le sergent D. (*cf. supra*).

L'épidémie déclarée, la santé publique en action

Le D^r Grosse joint l'Institut Pasteur, par téléphone, le 3 janvier. On confirme définitivement le diagnostic de variole sur les prélèvements effectués le 1^{er} janvier¹⁸. Une épidémie de variole a bel et bien débuté à Vannes. Nous sommes exactement un mois après l'hospitalisation de Daniel D. (cas n° 2). Ce diagnostic n'a pu être retenu qu'après la survenue des cas primaire, secondaire et tertiaires. Ce long délai pour établir le diagnostic fut à l'origine de l'importante épidémie hospitalière. Le P^r Le Bourdellès arrive à Vannes le 4 janvier et confirme au ministère de la Santé le caractère épidémique de la variole¹⁹. Dès son arrivée, il met en place les listes de sujets contacts à isoler et surveiller. Avec le D^r Grosse, il se rend chez le secrétaire général de la préfecture. Les premiers arrêtés préfectoraux sont pris le lendemain. On rappelle la déclaration obligatoire des cas (Do, n° 3)²⁰. On institue la mise en place prochaine de la vaccination et/ou revaccination. La loi du 15 février 1902 imposait des vaccinations durant la 1^{re} et la 11^e année, avec une revaccination des garçons²¹ dans la 21^e année (ou à l'incorporation dans l'armée). En outre, la loi du 27 août 1948 rendait obligatoire la revaccination des médecins et des infirmières tous les dix ans. L'arrêté préfectoral du 5 janvier 1955 déclare obligatoire la vaccination pour toutes les personnes ne pouvant justifier d'une vaccination ou d'un rappel efficace datant de moins de cinq ans (des critères qui sont presque ceux du service de santé des Armées). L'information est publiée dans la presse locale. *Ouest-France* l'évoque le 6 janvier 1955, d'abord en pages intérieures. Même si les premières mesures d'isolement et de vaccination ont été prises, notamment pour les services de pédiatrie et de médecine, il faut aller beaucoup plus vite et beaucoup plus énergiquement pour contenir l'épidémie. Le 7 janvier, on décide la ré-hospitalisation de tous les cas survenus à domicile.

17. (1888-1964). Il est professeur agrégé de l'école de médecine du Val-de-Grâce, en épidémiologie et bactériologie.

18. LE BOURDELLÈS, Bernard, BERGER, M., RODALLEC M. *et al.*, « La variole en France 1955 : épidémiologie et prophylaxie », *Presse médicale*, 63 (62), 1955, p. 1247-8.

19. Arch. dép. Morbihan, 917 W 68, rapports envoyés au ministre de la Santé publique.

20. ANTONIOTTI, S, *et al.* « Déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Des maladies « pestilentiellles » aux maladies « émergentes » », *Santé Publique*, vol. 14, n° 2, 2002, pp. 165-178.

21. La vaccination des femmes enceinte est formellement contre-indiquée (risque de variole gravissime chez la mère ou l'enfant à naître).

La réorganisation de l'hôpital et des soins

Depuis le 1^{er} janvier 1955, tout l'hôpital de Vannes est consigné : ni entrées ni sorties ne sont plus autorisées, que ce soit pour les malades et leurs familles, mais aussi pour les soignants, « filles de salles » et religieuses qui doivent rester vivre dans l'enceinte de l'hôpital. Un « passe-droit » est pourtant accordé aux médecins. Ceux-ci doivent respecter un protocole rigoureux : « avoir quitté dans une pièce attenante leur pardessus et leur veste, enfiler une première blouse puis dans une autre pièce enfiler une deuxième blouse, calot, masques et bottes ». Curieusement, le lavage antiseptique des mains ou le port des gants n'est pas mentionné. À cette époque, la friction des mains avec une solution hydro-alcoolique n'existait pas encore, mais une rapide friction à l'alcool à 90° devait être usuelle. Toutes les mesures préventives sont prises en accord avec la direction de l'hôpital, les médecins des services et l'avis du P^r Le Bourdellès. Fin janvier, les sœurs pourront tout de même avoir quelques autorisations de sorties pour des cérémonies, après avoir changé de robe, de coiffe, de bas et avoir fait un lavage antiseptique de la figure et des mains. La vaccination avait débuté au sein de l'hôpital fin décembre, elle s'étend début janvier à l'ensemble de l'établissement. L'hôpital de Vannes étant consigné, l'activité courante est redistribuée vers les quatre cliniques de Vannes, mais surtout vers l'hôpital de Lorient, vite engorgé, puis vers l'hôpital de Pontivy. Les patients déjà hospitalisés à Chubert ne peuvent sortir avant une « quarantaine » de vingt-huit jours à compter de la vaccination ou revaccination.

Mi-janvier, les pavillons sont réaffectés comme suit :

- suspects au P8, sous la responsabilité de Sœur Marguerite de Saint André ;
- varioleux au P10, enfants côté « contagieux », adultes côté médecine, dirigé par Sœur Marie-Agnès, à qui son dévouement vaut de nombreux éloges ;
- convalescents au P6, dirigé par Sœur Georges de Marie. La réaffectation de ce pavillon (habituellement consacré à la « chirurgie femme ») était indispensable, vu l'éviction pour une durée de quarante jours des malades initialement au P10 pour variole, jusqu'à la fin de la « décrustation ».

Aucun mouvement de malades entre les services et pavillons ne peut se faire sans l'accord du P^r Le Bourdellès, des médecins-chefs et du directeur de l'hôpital.

En dehors de l'hôpital, l'école Sainte-Anne de Vannes compte environ 150 élèves pour dix à douze sœurs. Elle est également consignée dès la contamination de Sœur Marie-Josèphe qui, après une visite à l'hôpital fin décembre auprès d'un malade que l'on ne savait pas encore varioleux, contracte l'infection et décède en quelques jours. Une ancienne religieuse se rappelle encore que les pompiers ne voulaient pas venir. « C'est un cas, demandaient-ils ? ». Ils ne voulaient pas la toucher. Ils ne voulaient pas qu'elle traverse le dortoir²². Les élèves se rappellent bien de leur mise en quarantaine :

22. Témoignage recueilli par Vanessa Guilbaud, documentaliste du Centre hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA), lors de la commémoration de l'épidémie à Vannes en 2005.

« l'établissement était consigné pendant un mois, il était impossible d'envoyer du courrier, tous les soirs les sœurs nous faisaient nous déshabiller et nous observaient à la pile électrique à la recherche de boutons... Le dortoir était désinfecté au crésyl, y compris les casiers avec les vêtements, cinquante ans après j'ai encore l'odeur en mémoire. »²³

La prise en charge thérapeutique des patients

Les patients varioleux sont traités par antibiotiques et bains d'antiseptiques pour éviter les complications infectieuses de l'éruption varioleuse. Les sujets contacts des malades sont mis sous surveillance médicale rapprochée. Les médecins visitent régulièrement ces personnes pour les examiner et s'assurer qu'elles ne développent pas une variole. En 1955, les médecins savent qu'ils sont impuissants face à la maladie elle-même. Malgré tout, des « tentatives thérapeutiques » sont entreprises :

- vaccino-prophylaxie (revacciner ou vacciner un sujet le plus rapidement possible après le diagnostic en espérant un rebond des anticorps) ;
- transfusion de sang prélevé chez des convalescents ou des patients récemment vaccinés ayant bien répondu à la vaccination ;
- injection de gammaglobulines polyvalentes, plus ou moins purifiées ou concentrées.

Aucune de ces thérapeutiques n'a vraiment fait la preuve de son efficacité lors de cette épidémie.

Les examens complémentaires alors disponibles pour étayer le diagnostic

De nombreux prélèvements biologiques sont faits. Seulement quatorze prélèvements cutanés permettant le diagnostic de certitude de variole sont adressés par les médecins vannetais à l'Institut Pasteur (sur les 223 prélèvements adressés à l'Institut pour examens au microscope électronique en 1955). Le diagnostic est fondé sur la clinique et la biologie. Dans la première thèse de médecine consacrée à l'épidémie, dès mars 1958, le D^r Jean Audoui, ancien interne à l'hôpital Chubert, effectue un compte rendu extrêmement complet du point de vue médical, clinique, biologique et radiologique. Il détaille les résultats des examens couramment pratiqués chez les malades²⁴ :

- hématologie : thrombopénie, plasmocytose, hyperéosinophilie et syndrome mononucléosique à la numération formule sanguine (NFS), assez classique lors d'une primo-infection virale ;
- biochimie : essentiellement insuffisance rénale plus ou moins sévère, albuminurie quasi constante, les anomalies des tests hépatiques sont celles rencontrées dans les

23. *Id.*

24. BOUILLAUD, R., « Quelques résultats d'examens biologiques au cours de la variole », *Annales de biologie clinique*, 13 (7-9), 1955, p. 388-393.

affections chroniques des patients (cirrhose semble-t-il relativement fréquente), électrophorèse des protéines banalement inflammatoire.

Un chapitre de 12 pages est consacré aux aspects radiologiques. Les épidémies précédentes n'avaient peut-être pas encore été l'objet de radioscopies et ou de radiographies aussi systématiques. Le D^r Duhamel, pneumologue, a proposé un contrôle régulier des clichés. Des opacités de petite taille, fugaces, sont décrites sous le terme de « zonites » (plus du tout utilisé de nos jours) ou d'infiltrats labiles, siégeant souvent aux sommets ou de miliaires (d'où un développement décrivant la comparaison tuberculose/variole), contemporains des anomalies hématologiques, parfois des syndromes interstitiels, plus classiques dans le contexte d'une virémie. Le D^r Audoui propose le terme de « syndrome de Loëffler », classiquement utilisé pour décrire un syndrome interstitiel lors des invasions par une infection parasitaire. Enfin, sont discutées les anomalies séquellaires, infiltrat limité ou calcification.

Dans sa thèse, le D^r Audoui fait justement remarquer : « après avoir péché par défaut, on péchait maintenant par excès ». Toute fièvre éruptive amenait à suspecter une variole. Lors de l'épidémie de varicelle sévissant essentiellement à Séné en janvier 1955, beaucoup d'enfants sinagots furent hospitalisés au P8, risquant fort d'y contracter la variole...

Isolement des malades

Les contacts entre personnes sont limités au maximum par la consigne de l'établissement. Les visites sont strictement interdites. Au sein de l'hôpital, les repas et les journaux sont déposés à la porte des pavillons sur des chariots, le personnel des cuisines ne rentre plus dans les pavillons. Les rares lettres pour l'extérieur passent préalablement à l'étuve, devenant souvent illisibles. Mais il y eut quelques entorses à ce règlement strict :

« on lance par la fenêtre du courrier pour les proches ; on s'échange de main en main quelques friandises, des biftecks de cheval. »²⁵

Transport et désinfection

Les malades suspects sont transportés jusqu'à l'hôpital Chubert par les pompiers qui disposent d'une ambulance réservée à cet effet, qu'ils désinfectent soigneusement au formol entre chaque transport de patient. Le domicile du patient, lorsqu'il s'agit d'un patient non hospitalisé au préalable, est de même désinfecté au formol. Un ancien agent de désinfection au service sanitaire de la préfecture se rappelle²⁶ que lui et ses collègues allaient chez les malades désinfecter literies et vêtements à l'aide d'une « voiture étuve », une fourgonnette dans laquelle ils pouvaient faire entrer la literie

25. Témoignage recueilli par Vanessa Guilbaud.

26. *Id.*

et les vêtements, le tout était chauffé à 90° avec du propane. Ils ajoutaient du formol qui s'évaporait dans l'étuve. Après quoi, ils brûlaient de l'aldéhyde formique dans les maisons après avoir bouché les ouvertures avec du papier trempé dans de l'eau. Les patients décédés sont placés sans délai dans des cercueils hermétiques (abusivement appelés « plombés », puisqu'il s'agit en fait d'une enveloppe de zinc).

Organisation des mesures préventives de lutte contre l'épidémie

La vaccination

Le 5 janvier, Gilbert Philipson, préfet du Morbihan²⁷, prend un arrêté²⁸ (cf. *supra*) qui impose la vaccination immédiate ou revaccination à toute personne qui ne peut justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès dans les cinq ans, dans les cantons dont sont issus les premiers malades. Il s'agit des cantons de Vannes, Saint-Jean-Brévelay, Locminé et Quiberon. Cette obligation s'applique également à l'ensemble du personnel médical et paramédical du Morbihan. Les médecins des cantons « touchés » reçoivent tous une circulaire de la préfecture leur ordonnant de se rendre disponibles pour vacciner la population. La mobilisation des médecins libéraux a été soutenue par l'Ordre des médecins et leurs syndicats. Il est précisé que les chirurgiens aussi doivent participer à la vaccination. Les sages-femmes peuvent vacciner les enfants. Les médecins militaires proposent leur concours. Chacun des vacinateurs est responsable de la vérification de l'absence de contre-indication à la vaccination. Au rythme soutenu de cette campagne de vaccination de masse, il est probable qu'il ne s'agit que d'un bref interrogatoire. On remet alors soit un certificat de contre-indication, soit une carte de vaccination, en vue d'éventuels contrôles ultérieurs. Les maires sont quant à eux chargés d'installer les locaux et de faire la « publicité » par campagne d'affichage, même si l'information se fait surtout par le « bouche à oreille ». Seulement quelques milliers de doses sont disponibles dans le Morbihan. On part donc s'approvisionner avec des camions préfectoraux à Tours et à Paris où l'on se procure près de 700 000 doses²⁹. Arrivées le 5 janvier 1955 au soir, elles sont distribuées dans l'ensemble des centres de vaccination, grâce à l'aide de la gendarmerie, pour commencer les injections dès le 6 janvier au matin. La vaccination est bien entendu gratuite. Les centres de vaccination sont ouverts de 10 à 18 h, six jours sur sept, sans rendez-vous ; on fait patiemment la queue. La vaccination se fait pour l'essentiel les 6, 7 et 8 janvier. La population se plie avec beaucoup de discipline à cette campagne, peut-être avec plus d'engouement en ville que dans les communes rurales. On vaccine pendant ces trois journées 230 000 personnes dans le Morbihan pour une population totale des cantons concernés de 521 000 personnes. Le soir du 7 janvier, 60 % des habitants de Vannes sont vaccinés ou revaccinés. Finalement, l'ensemble des cantons

27. Du 31 octobre 1951 au 24 avril 1957.

28. Arch. dép. Morbihan. 917 W 68, circulaires et arrêtés préfectoraux.

29. Nous ne disposons pas d'information précise sur l'éventuel recours à des réfrigérateurs.

de l'arrondissement de Vannes sont ensuite revaccinés, y compris celui d'Auray. C'est parfaitement justifié puisque le canton d'Auray est « enclavé » entre plusieurs cantons déjà concernés par la vaccination. On vaccine aussi dans les écoles et les lycées comme dans certaines administrations. La stratégie définie est proche du « modèle anglais » : isolement et prise en charge symptomatique des malades, prévention de la transmission, recherche active des contacts, confirmation biologique des cas, inhumation respectueuse mais sans risque de transmission des victimes, vaccination en anneaux des collectivités dans une large zone autour des localités d'où provenaient les cas et les contacts. C'est la stratégie utilisée dans les années 1960 et 1970 jusqu'à l'éradication de la variole. C'est la stratégie actuelle appliquée à chaque résurgence de la fièvre hémorragique Ebola. Ce devrait être, à terme, la stratégie à appliquer vis-à-vis de la Covid-19.

L'épisode lorientais

Danielle L. (cas n° 24), âgée de 4 ans, hospitalisée aux contagieux pour méningite cérébrospinale, quitte l'hôpital de Vannes le 30 décembre (la veille de la consigne du service de pédiatrie), censément guérie. Elle développe la variole à son domicile à Saint-Philibert, le 6 janvier. Elle est dirigée par erreur à l'hôpital Bodélio à Lorient, l'hôpital de Vannes n'accueillant plus de nouveaux malades, où elle ne passe que vingt-quatre heures. La très forte suspicion de variole provoque son transfert au P10 de Vannes dès le 7 janvier. Elle y décède le 14 janvier. Du 31 décembre au 5 janvier, elle aura transmis à son domicile la variole à sa grand-mère de 57 ans (cas n° 48) et à son oncle de 28 ans (cas n° 49). Tous deux guériront. Cette brève hospitalisation de Danielle L., manifestement contagieuse, à l'hôpital Bodélio motivera l'extension de la vaccination obligatoire à Lorient et dans ses environs, soit la totalité du Morbihan dorénavant. Fin janvier, M. Noury, interne en médecine à l'hôpital Bodélio de Lorient, est hospitalisé à Vannes comme cas douteux de variole, il s'ensuivit une consignation totale de l'hôpital de Lorient jusqu'au 15 février. Celui de Vannes étant toujours consigné, les nouveaux malades, autres que « varioleux », seront hospitalisés en attendant à l'hôpital militaire de Lorient. M. Noury avait été en contact avec la jeune enfant Danielle L. Il n'a finalement pas été considéré comme un cas avéré. *Ouest-France* du 31 janvier titre en une : « La variole à Lorient, un interne de l'hôpital a été transporté à Vannes. Les malades seront traités à l'hôpital maritime ». Il n'y aura en fait pas d'extension de l'épidémie à l'hôpital de Lorient. De même, des cas suspects furent déclarés dans deux des départements limitrophes du Morbihan, hospitalisés à l'hôpital Saint-Jacques de Nantes, et à Pontchaillou à Rennes, mais aucun autre diagnostic de variole ne fut confirmé. Après l'extension de la campagne de vaccination à tout le Morbihan, soit 350 000 vaccinations en tout, on ne déplore que quatre vaccins généralisées (éruptions post-vaccinales sévères) et 1 décès, aucun effet secondaire grave chez les enfants de moins de 5 ans³⁰.

30. ZYLBERMAN, Patrick, *La guerre des vaccins*, Paris, Odile Jacob, 2020, p. 52-72.

Extension de la vaccination en Bretagne

La vaccination s'étend géographiquement et dans ses indications. Elle devient obligatoire pour tous les militaires et marins du Morbihan. Le personnel hospitalier et les médecins sont également soumis à cette obligation dans les départements limitrophes, dès le 11 janvier : Finistère, Côtes-du-Nord, Ille-et-Vilaine et Loire-Inférieure. On demande activement dans ces départements de vacciner en avance tous les enfants se trouvant dans leur première et onzième année, ainsi que les jeunes adultes de 21 ans (en tenant compte de la contre indication formelle de ce vaccin chez les femmes enceintes ou susceptibles de l'être). La vaccination devient obligatoire également dans les établissements scolaires, d'abord dans le Morbihan, puis dans les départements limitrophes. Le contrôle sanitaire dans les ports et aéroports est renforcé. Il est finalement recommandé en février à tous les Morbihannais de se faire vacciner. La vaccination est rendue obligatoire pour les nomades et les forains. Il est exigé pour tout voyageur de posséder un carnet de vaccination à jour. *Ouest-France* du 12 janvier 1955 signale qu'« il est rappelé à tous que le certificat de vaccination avec succès peut être exigé en diverses circonstances. Cette exigence peut être assortie de sanctions pénales, d'autant plus en période épidémique ».

Peu d'associations anti-vaccinales se manifestent semble-t-il. Le P^r Patrick Zylberman signale néanmoins le cas de Philémon Gachet, bourrelier de 38 ans demeurant à Questembert, adepte de Georges Roux, dit « le Christ de Montfavet », qui refuse la vaccination de ses deux filles de 6 et 11 ans. Il est poursuivi en justice au titre de l'article 45 du code de la Santé publique³¹. Le contrôle de l'efficacité des vaccinations, effectif dès le 6 janvier, s'organise progressivement à partir du 14 janvier, soit J + 8 après la vaccination. Il convient dès lors d'être ré-examiné par un médecin pour vérifier que le vaccin a « pris », avec formation d'une pustule puis d'une croûte, là où l'inoculation a été pratiquée. Le résultat de ce contrôle devait être mentionné sur le carnet de vaccination³². *In fine*, en France en 1955, 25 millions de vaccins antivarioliques furent administrés. On aurait recensé en 1956, au sein des 80 départements concernés (c'est-à-dire très au-delà de la Bretagne), 29 cas d'encéphalite post-vaccinales (dont 9 décès) et 10 cas de vaccines généralisées (3 décès)³³.

31. *Id.*, *Diaporama cours DESC Maladies Infectieuses*, 15 avril 2014, Rennes, EHESP. Sur la résistance aux vaccins, SALVADORI, Françoise et VIGNAUD, Laurent-Henri, *Antivax. La résistance aux vaccins du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Vendémiaire, 2019.

32. Très bel exemple, avec un texte en breton, dans OGÈS, Louis, « Les épidémies de variole en Bretagne : l'inoculation et la vaccination antivarioliques », *Nouvelle revue de Bretagne*, n° 4, 1947, p. 249-255, ici p. 253.

33. PIERRE, Philippe, *Etude de l'épidémie...*, *op. cit.*

Extension intra-hospitalière de l'épidémie

Situation critique au P10

Nous abordons maintenant les cinquante-cinq cas quaternaires (n° 13 à 68) apparus entre le 31 décembre et le 20 janvier. Dès le 3 janvier, le P10 doit faire face à une deuxième vague de varioleux. Les patients hospitalisés contractent la variole par l'intermédiaire de l'enfant Roger P. hospitalisé dans leur pavillon depuis le 21 décembre (là encore, les douze jours d'incubation impriment leur marque « mathématique » comme le souligne D^r Audoui). Le P10 est le plus touché : trente des trente-huit patients hospitalisés y contractent la maladie, ainsi que trois employés, trois médecins et trois visiteurs. On considère que la propagation du virus s'est faite par voie aérienne très certainement, mais également de façon manuportée par le personnel soignant.

Le cas du D^r Guy Grosse (1911-1955)

L'épidémie touche dix médecins, dont le D^r Guy Grosse. Âgé de 43 ans, celui-ci avait sans doute été vacciné à 1 an (1912), 11 ans (1922) puis au début de ses études de médecine ou pendant son service militaire (vers 1933 ?). Il l'avait été pour la dernière fois en 1942 et est revacciné, par le D^r Amphoux, le 3 janvier 1955 (soit un retard de 48 heures sur ce qu'il aurait été possible de faire, dès son retour à Vannes). Il s'investit sans compter dans la campagne de vaccination de l'arrondissement de Vannes pendant les dix jours suivant son retour à Vannes. Le mercredi 12 janvier, soit onze jours après son retour à Vannes, neuf jours après sa revaccination, il présente un syndrome méningé avec une période d'invasion classique. Le 16 janvier, des macules disséminées apparaissent, prédominant sur le visage. Il est hospitalisé le 17 janvier au P10. Le 18 janvier, les symptômes s'améliorent mais l'urée sanguine s'élève et l'éruption continue à s'étendre. Le 19 janvier, le syndrome méningé disparaît mais les vésicules prennent un aspect ecchymotique. Le 20 janvier, il reçoit la visite du P^r Antoine Laporte, infectiologue de l'hôpital Claude Bernard à Paris, venu en mission d'évaluation à Vannes. Le 22 janvier, le malade devient confus, à nouveau fébrile, les éléments ecchymotiques deviennent confluents, l'urée continue d'augmenter. Le D^r Grosse décède le matin du 24 janvier après une courte phase comateuse (fig. 2).

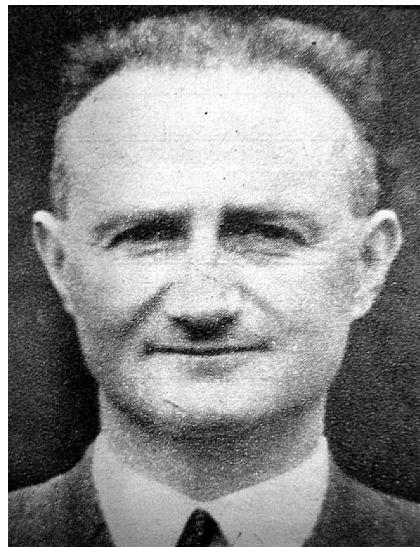


Figure 2 – D^r Guy Grosse
(*Paris-Match* n° 306, 5 février 1955)

On suppose que le D^r Grosse s'est contaminé lors d'un prélèvement qu'il effectua le 2 janvier 1955. Il aurait confié qu'il avait des doutes sur le masque qu'il avait utilisé lors de son geste et que peut-être celui-ci avait déjà servi lors de précédents prélèvements. Le P^r Le Bourdellès aurait indiqué que le D^r Grosse se serait servi d'une tenue souillée et que la contamination aurait été massive par le masque, probablement via les conjonctives. Le D^r Grosse était né le 10 juillet 1911. Licencié en droit en 1934, il avait soutenu sa thèse de médecine en 1940. Mobilisé puis fait prisonnier, il avait pu regagner la France en 1943. Après divers postes dans le domaine de l'administration de la santé publique, il avait été nommé à Vannes comme directeur départemental de la santé en 1953. À titre posthume, lors de ses obsèques à proximité de Nantes le 28 janvier 1955, en présence de M. Bellec, directeur de cabinet du ministre de la Santé, qui prononce son éloge funèbre, il est fait chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur, cité à l'Ordre de la nation par Pierre Mendès-France, président du Conseil, et médaille d'or des épidémies³⁴. Il lui avait déjà été décerné une médaille vermeil des épidémies en 1949.

En effet, suite à l'épidémie de choléra survenue en France en 1884, un décret du 31 mars 1885 dispose que :

« des médailles d'honneur peuvent être décernées par le ministre du Commerce³⁵ aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leur dévouement pendant des maladies épidémiques, en s'exposant à des dangers de contamination, en donnant des soins à des malades atteints d'affections contagieuses, en préservant, par une intervention personnelle et digne d'être signalée, un territoire ou une localité de l'invasion d'une maladie épidémique, en contribuant à répandre les pratiques de la désinfection ou de la vaccination, ou en y participant³⁶. »

Les autres médecins

Comme les D^{rs} Cadoret et Grosse, la plupart des médecins ayant présenté une variole n'ont pas reçu de numéros lorsqu'ils ont été malades. Atteints entre le 4 et le 18 janvier 1955, ils faisaient pour l'essentiel partie des cas quaternaires. Ce sont tous des médecins de l'hôpital sauf le premier :

- D^r Tregouet, médecin de ville après avoir été médecin colonial, se sait mal vacciné (dernier rappel 1930), il s'est dépensé sans compter pour vacciner la population. Il est hospitalisé le 18 janvier au P10 pour variole. Il guérit sans séquelles ;
- D^r Lobrichon, chef de service de médecine interne au P10, fait une forme anéruptive à domicile et après avis du P^r Le Bourdellès, il est « interdit » dans son service et consigné à domicile du 2 au 17 janvier ;
- D^r Billaud, chef de service des contagieux, est « arrêté » le 1^{er} janvier pour un mois à la demande du D^r Grosse. Il est soigné à domicile et fait une forme éruptive.

34. *Journal officiel*, n° 24, 27 janvier 1955, p. 1008.

35. Le ministère de la Santé n'a été créé qu'en 1920.

36. Texte du décret aimablement transmis par le D^r Anne Forrer.

- D^r Amphoux, chef de service de médecine à orientation dermato-vénérologie, prend le pavillon P10 sous sa direction début janvier, suite à l'éviction des D^{rs} Lobrichon et Billaud. Il développe une variole le 15 janvier. Il est hospitalisé au P10 où il poursuit autant que possible ses activités.

- D^r Delord, chef du pavillon des vieillards, fait une forme anéruptive. Il déclare la maladie à son retour d'un colloque de gastro-entérologie à Paris, où l'angoisse fut grande lorsque l'on apprit qu'il venait de la « ville maudite » : l'hôtel où il était descendu fut fermé ainsi que le salon de coiffure où il s'était arrêté³⁷. Il fait lui partie de la sixième génération des malades. Les internes Noury, Baldrich et Audoui font des formes anéruptives. Le D^r M.-A. Leroux, pneumologue, dirige l'unité des varioleux jusqu'au retour de ses collègues. Elle n'y fut pas infectée.

Les soignantes, filles de salle et sœurs

On comptera officiellement parmi elles sept varioles. Mais là encore plusieurs formes anéruptives n'auront pas été comptabilisées. En effet, une religieuse écrit : « Parmi les sœurs, il y a quelques cas de grippe assez caractéristiques... ». On peut supposer que la plupart de ces grippes étaient en fait des varioles anéruptives, chez des soignantes vaccinées, dont certains rappels manquaient, donc partiellement – mais incomplètement – protégées.

Le pavillon des vieillards : l'hospice

Le premier patient fut contaminé par l'intermédiaire de journaux apportés par son voisin de dortoir. Comme le service des contagieux ne possédait pas de service d'élimination autonome des ordures, les journaux sont portés au four pour y être brûlés par un employé du pavillon P10 qui est également pensionnaire de l'hospice, aidé, les jeudis, par un deuxième pensionnaire. Ce dernier, Jean-Marie L. (cas n° 29), malgré les consignes, récupère les vieux journaux qu'il rapporte à l'hospice et ainsi contamine son voisin de chambre Mathurin M. (cas n° 30). Il y eut au total sept cas chez les « vieillards », plus le médecin chef de service, le D^r Delord. Les cinq premiers cas font partie de la cinquième génération de malades (qui comportait aussi trois autres personnes contaminées tout début janvier lors de visite à des patients au P10, devenus symptomatiques courant janvier à leurs domiciles) ; le sixième patient et le médecin font partie de la sixième génération. Ces six premiers cas guérissent tandis que le septième patient (le seul de la septième génération) décède. Le huitième patient sera le seul de la huitième et ultime génération de l'épidémie vannetaise. Diagnostiqué le 20 mars, il se rétablit début avril.

37. PRESLE, Cédric, *Oser diagnostiquer une variole : Vannes 1955*, dactyl., thèse de médecine, Rennes 1, 2009, n° 44, 72-XII p.

La vie quotidienne : l'ambiance à Vannes

La ville de Vannes ne sombre pas dans la panique. Elle était, d'après les témoignages, comme une ville assiégée, disciplinée, lorsqu'il s'agissait d'aller se faire vacciner avec des files d'attente de plusieurs heures en plein mois de janvier. Une circulaire du préfet aux maires préconise « d'interdire les réunions de toute nature, lorsque celles-ci présentent un caractère exceptionnel ou qu'elles se trouvent soumises à l'agrément préalable d'une autorité administrative ». Il n'y a, en fait, pas de confinement strict. La ville est calme, les églises, les cinémas ou les cafés restent ouverts, les messes continuent d'être célébrées, même s'il est conseillé d'éviter tout rassemblement, surtout pour les jeunes enfants. Quelques manifestations sont tout de même annulées pour éviter les mouvements de populations, comme les mariages ou le congrès des chirurgiens dentistes. Les matchs de football sont reportés. Le Pr Le Bourdellès ne préconise pas de restrictions pour des voyages à distance ou des déplacements au sein du département. Seul le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, déjà important à Vannes et sur le littoral, déplore une diminution d'activité et de chiffre d'affaires de plus de 75 % au premier trimestre. Le jour même où l'épidémie était identifiée, le 31 décembre 1954, on pouvait lire dans *Ouest-France* ce compte rendu de l'assemblée générale annuelle du syndicat d'initiative :

« Une large discussion s'est instaurée sur les moyens de développer encore davantage cette importante industrie que constitue le tourisme pour notre région. Il ne faut négliger aucun détail pour attirer le visiteur et lui donner une excellente impression du golfe et de notre ville qui, selon l'expression de F. Decker, est le centre du tourisme morbihannais. »

Mais, si la population reste calme, cela ne l'empêche pas de craindre les familles de varioleux. Plusieurs témoignages vont dans ce sens : M^{me} Grosse se souvenait que les gens changeaient de trottoir lorsque son employée de maison allait faire les courses, ou encore la mère et la sœur de Valentine O. ne faisaient plus la queue à l'épicerie, les gens leur laissant bien volontiers leur tour. Le salon de coiffure de la sœur de Valentine était déserté. Lorsque le D^r Amphoux fut hospitalisé pour variole, un de ses amis médecins, souhaitant les soutenir lui et sa famille, proposa de reprendre son activité le temps de sa convalescence : « au bout de 10 jours il n'avait pas vu un seul client ». De même, lorsque les élèves du collège Sainte-Anne, après un mois d'isolement suite au décès pour variole d'une sœur enseignante, purent enfin sortir, elles se cachaient bien d'appartenir au collège sous peine d'être exclues des commerces :

« À la première sortie avec quatre à cinq copines, on va dans une pâtisserie. On nous demande si l'on vient de Sainte-Anne. On dit que non, et là on nous dit que, heureusement, sinon on nous aurait priées de sortir. »³⁸

38. Témoignage recueilli par Vanessa Guilbaud.

La population vannetaise était inquiète devant ce fléau d'un autre temps. La presse locale essayait d'être rassurante. Elle reprenait les communiqués officiels de la préfecture et de la mairie. Ces informations étaient rarement en première page. Dans *Ouest-France* du 12 janvier 1955, on apprend, par exemple, que « le contrôle sanitaire des ports et aérodromes est renforcé », un appel est fait à « la revaccination à onze et vingt et un ans dans le Finistère et l'Ille-et-Vilaine » ainsi que pour « la vaccination de toutes les écoles dans le Morbihan ». Les décès sont annoncés, particulièrement celui du D^r Grosse. *Ouest-France* du 26 janvier 1955 titre en une : « Victime du devoir professionnel, le docteur Grosse, Directeur départemental de la Santé du Morbihan, est mort lundi soir à l'hôpital de Vannes ». Il était « un des premiers à se pencher sur les varioleux avant même que la maladie n'ait été diagnostiquée avec certitude ». Puis, plus tard, la vie reprend son cours, *Ouest-France* du 14 février 1955 : « La braderie de Vannes a connu samedi et dimanche un grand succès ». Certains journaux de la presse nationale étaient plus avides de sensationnel. *Le Radar* décrit une situation cauchemardesque dans son n° 314 (13 février 1955) : « La grande peur séculaire des épidémies cloue les malades dans leur lit, les médecins, rivés à leur chevet, sont désespérés ». L'hôpital Chubert devient une sorte de cité interdite où de « mourantes lumières veillent sur des malades foudroyés par la fièvre ». Un article de *Paris-Match*, n° 306 (5 février 1955), intitulé « Le match de la vie », s'attire la réprobation générale, y compris de la presse locale, en donnant de Vannes l'image d'une ville pestiférée : « La variole, faucheuse de générations, monstre que l'on croyait mort chez nous et qui surgit soudain avec la canine aiguisée des bêtes qui ont trop jeûné ». Ou encore : « À l'aube du 5 janvier, l'inquiétude confine à l'épouvante. Sur les voies de garage de la gare, des wagons sont arrivés chargés de cercueils ». Le maire Francis Decker répond dans *Ouest-France* du 10 février : « La vie a continué à Vannes dans la sérénité la plus absolue » et conclut en déclarant au rédacteur en chef du journal : « Tout ce qu'il y a de vrai dans l'article de votre correspondant, c'est que la ville a beaucoup souffert de la publicité qui a été faite à propos de cette épidémie ».

Vers une fin de l'épidémie

La protection vaccinale est considérée comme « optimale » au douzième jour, les vaccinations obligatoires de masse ayant eu lieu du 6 au 8 janvier, la population est « protégée » dès le 20 janvier, date à partir de laquelle on peut espérer un ralentissement de l'évolution de l'épidémie. Une conférence a lieu le soir du 19 janvier à la préfecture sous la présidence du préfet Philipson, assisté de M. Broue, secrétaire général, et du D^r Berger, chargé de la direction départementale (secondé par les D^{rs} Le Guillou et Roux) depuis l'hospitalisation du D^r Grosse. Au 20 janvier, 62 cas sont recensés, 47 à l'hôpital et 15 répartis dans dix communes : Arradon, Arzon, Colpo, Malestroit, Molac, Questembert, Réminioc, Saint-Jean-Brévelay, Saint-Philibert et Vannes. Ces communes sont placées sous surveillance, qui ne cesse qu'après le quinzième jour suivant l'hospitalisation du dernier malade. À cette date, on compte déjà 9 décès, 19 convalescents et 2 guérisons, soit une létalité de 8 à 9 %.

Le même jour, le P^r Antoine Laporte fit part de sa « profonde satisfaction » :

« Je suis plein d'admiration pour ce qui a été fait à Vannes. Tout semble exemplaire. Les médecins hospitaliers se sont comportés de telle sorte que l'on n'aurait pu faire mieux à Paris et le personnel de l'hôpital est au dessus de tout éloge. » (*Ouest-France*, 21 janvier)

Le 27 janvier 1955, la déclaration du ministre de la Santé publique André Monteil est reprise en une dans le quotidien *Ouest-France*. Il rappelle l'importance de la vaccination :

« La lutte que nous avons menée est efficace, puisque depuis le samedi 22 janvier, aucun nouveau cas ne nous a été signalé. La maladie a essentiellement frappé les personnes âgées, nées avant la promulgation de la loi de 1902 instituant la vaccination antivariolique obligatoire, ou de très jeunes enfants de moins d'un an. »

Le 28 janvier, sur les dix communes initialement concernées par l'épidémie, seules quatre sont encore sous surveillance. Onze cas sont déclarés du 21 janvier au 20 mars, date du dernier cas de variole, à l'hospice (*cf. supra*). *Ouest-France* du 21 février 1955, en page régionale : « La fin de l'épidémie de variole dans le Morbihan aurait dû être proclamée hier dimanche. Le nouveau cas suspect enregistré mercredi n'aura d'autre inconvénient que de retarder de quelques jours la proclamation de cette bonne nouvelle ». La réouverture de l'hôpital est décidée au cours des réunions du 5 et 21 mars entre le P^r Le Bourdellès et les D^{rs} Berger et Domergue, médecins inspecteurs par intérim, Jupillat, inspecteur divisionnaire de la population, de Fenoy et F. Decker. La réouverture se fit progressivement à partir du 13 avril 1955.

Les pavillons sont désinfectés. On ordonne une réfection de l'ensemble des peintures et des literies. L'hospice reste fermé jusqu'à décision du nouveau ministre de la Santé, Bernard Lafay, nommé le 23 février 1955, médecin de formation. Les soignants y restèrent donc consignés, comme les patients. Le bâtiment des pupilles, futur Foyer départemental de l'enfance (actuels locaux de la direction du CHBA), a eu un sort particulier. Il était flambant neuf : il a été inauguré et béni le dimanche 6 mars 1955. Il fut ouvert le 8 mars et devait accueillir tous les malades demeurant en quarantaine aux pavillons 6, 8 et 10, soit le « secteur des varioleux ». L'ensemble des patients encore hospitalisés, essentiellement des enfants, furent transférés dans le nouveau bâtiment, destiné initialement aux « enfants trouvés ». Une infirmière fut affectée au bâtiment pour y vivre consignée avec eux. La réouverture du bâtiment ne fut décidée que le 11 mai 1955 et fut effective à la mi-juin. Après désinfection, le foyer des pupilles put commencer à revenir à sa vocation première, l'accueil des « enfants abandonnés ».

L'heure des comptes

Dix-huit enfants contractèrent la variole lors de cette épidémie ; âgés de 5 mois à 9 ans, quinze d'entre eux n'avaient jamais été vaccinés, malgré l'obligation vaccinale de 1902, alors toujours en vigueur. Cinq d'entre eux décédèrent, soit 28 %. Au total, il y aura eu 78 à 83 cas déclarés (selon les décomptes, assez imprécis d'une thèse à

l'autre), dont 16 décès. La létalité globale est donc estimée de 19,3 à 20,5 %. Ce chiffre est plus élevé que celui des épidémies comparables en France depuis 1945 (Paris 1947, 2 décès pour 33 cas, soit 6 % ; Calais 1947, 1 décès pour 13 cas, soit 7,7 % ; Paris 1948, 3 cas, 1 seul décès non attribué à la variole ; Marseille 1952, 4 décès pour 44 cas, soit 9 % ; Brunehamel, dans l'Aisne, en 1952, aucun décès pour 30 cas). Pour l'épidémie de Brest de janvier à mai 1955, on compte 4 décès pour 19 cas, soit 21 %. Cette létalité élevée est à l'origine d'une critique de Patrick Zylberman à propos du retard diagnostique initial. Peut-on incriminer le recensement non exhaustif des cas ayant fait des varicelles anéruptives, soignés à domicile, sans être comptabilisés ? Mais c'était probablement une situation courante, y compris lors de l'épidémie de Marseille en 1952. L'épidémie fut essentiellement intra-hospitalière avec 56 cas de malades, pupilles du foyer de l'enfance ou résidents de l'hospice auxquels s'ajoutent 17 « cas contacts » : médecins, internes, sœurs infirmières, filles de salle, entourage proche de personnes hospitalisées. Parmi ces personnes, trois furent contaminées à Vannes, deux à Saint-Philibert, une à Saint-Jean-Brévelay et une à Réminiac.

Quelles critiques peut-on faire de la gestion de cette épidémie ? Feraient-ils mieux aujourd'hui ? Le diagnostic de variole est difficile devant une éruption vésiculeuse suggérant une « grosse » varicelle. Le jeune Daniel D. a été hospitalisé le 9 décembre 1954 en pédiatrie et ce n'est que le 3 janvier 1955 que le diagnostic de variole a été confirmé, soit près d'un mois après. Daniel D. avait complètement récupéré de son éruption fin décembre et c'est devant l'accumulation de cas secondaires que le D^r Cadoret fut amené à remettre en cause son diagnostic initial et à envisager l'hypothèse alternative d'une variole. L'absence du D^r Cadoret, pédiatre, du 21 au 26 décembre inclus (il confiera plus tard que ce fut le seul arrêt maladie de toute sa carrière), a entraîné un retard face à l'accumulation des premiers cas. De son retour le 27 décembre jusqu'au 31, il n'a cessé de solliciter des avis plus autorisés que le sien. L'absence d'envoi de prélèvements à l'Institut Pasteur à Paris pendant la dernière semaine de décembre 1954 a certainement eu un impact notable. Mais cet examen était encore récent (décrit en 1940, mais disponible à l'Institut Pasteur seulement après guerre) et pas encore forcément bien connu en province. Aujourd'hui la difficulté diagnostique serait la même. Il faudrait, comme en 1955, attendre l'accumulation de cas secondaires pour que l'on se pose la question d'une possible épidémie de variole. Mais encore faudrait-il évoquer cette hypothèse. La maladie est éradiquée depuis plus de quarante ans et rares sont les médecins qui connaissent encore aujourd'hui la présentation clinique d'une variole.

Les principales critiques que l'on peut exprimer sont celles liées à l'absence d'une organisation rationnelle du service des contagieux. Ce service, censé prévenir la transmission nosocomiale des infections transmissibles, situé au rez-de-chaussée du P10, devait être traversé lorsque l'on devait accéder au service de médecine au premier étage. Ce problème avait, dès 1951, été relevé par le conseil d'administration

du centre hospitalier³⁹. Il avait été convenu qu'un escalier extérieur devait être construit. De plus, l'organisation des soins rendait fictive la séparation des « contagieux » avec le service de médecine interne, le personnel paramédical étant commun aux deux services. Enfin, il ne pouvait y avoir d'isolement strict puisque les patients étaient placés dans des chambres à deux ou trois lits. Ainsi la propagation de la variole put-elle se faire très rapidement au sein du bâtiment. On compta 30 patients contaminés sur les 38 hospitalisés, dont 8 décès. Ces considérations, absentes de la thèse du D^r Audouin soutenue en 1958, comme de l'article des 7 médecins et 3 internes publié en 1955, ne sont franchement abordées que dans la thèse de Philippe Pierre en 1975. Comme si le temps seul autorisait la distanciation objective et l'expression critique.

La gestion des déchets du service des contagieux, comme nous l'avons vu, n'était pas non plus sécurisée. Il existait une sorte de confusion concernant le statut exact des vieillards hébergés à l'hospice. L'un d'entre eux au moins, était en quelque sorte aussi un employé, chargé de trier les déchets. Ce flou fut à l'origine de l'extension de l'épidémie au pavillon des vieillards par l'intermédiaire de journaux, conservés au lieu d'être brûlés.

Enfin des facteurs virologiques sont éventuellement en cause. La souche virale importée de Saïgon n'était-elle pas particulièrement virulente ? *A contrario*, d'un point de vue immunologique, on souligne que parmi les 18 enfants atteints de variole, 15 n'étaient plus du tout vaccinés. Malgré l'obligation toujours en vigueur depuis 1902, la diminution progressive des épidémies d'importation depuis 1945 se traduisait par un relâchement de la pratique de la vaccination à 1 et 11 ans. Parmi les 15 enfants non vaccinés, 5 sont décédés, soit près du tiers des décès. Ceci donne une idée de ce que pourrait être la létalité d'une épidémie de variole, en cas de réintroduction du virus, quarante ou cinquante ans après l'arrêt de toute vaccination.

Il semble enfin exister une réticence à déclarer l'épidémie formellement achevée. Le 20 mai, le ministre fait parvenir un courrier au préfet, lui demandant de ne pas déclarer la fin de l'épidémie. C'est probablement une conséquence de la survenue de l'épidémie brestoise. En effet, fin février, un deuxième foyer épidémique se développe à Brest, à la suite de l'aller et retour d'une patiente brestoise, brièvement transférée à Vannes.

L'épidémie de Brest en janvier 1955

Tout commence par l'hospitalisation d'une patiente, M^{me} B., 68 ans, admise le 7 janvier à l'hospice Ponchelet de Brest, pour « misère physiologique » comme on disait à cette époque. Le 20 janvier, après quelques jours de nausées, de vomissements, de fièvre, elle développe une éruption maculo-papuleuse qui est vite considérée,

39. Arch. hôpital, registre des délibérations, 1951.

étant donné le contexte, comme « suspecte » de variole. Le 23 janvier, elle est isolée en chambre « seule », salle Saint-Marc, avec d'autres suspects, dont des enfants.

Le personnel (une aide-soignante ainsi qu'une sage-femme) est consigné à demeure. Les deux soignantes ont été choisies parce qu'elles avaient déjà contracté la variole au début du siècle. Le 24 janvier, un prélèvement des vésicules est adressé à l'Institut Pasteur. Le 29 janvier, les résultats semblent être en faveur d'une variole : positifs au microscope électronique mais un simple épaissement de la membrane chorioallantoïque à l'inoculation de l'œuf. Ce résultat aura, par la suite, son importance. Le 30 janvier, elle est transférée à Vannes pour convalescence, puisqu'elle ne présente plus que quelques croûtes. On ne dispose pas d'information sur le service où elle est hébergée à Vannes (logiquement le P8 des suspects). La récupération semble un peu rapide pour une variole. On conclut à une « varioloïde chez une ancienne vaccinée ». Le 23 février, alors qu'elle ne présente plus aucune trace de son éruption, elle est réadmise à l'hospice Ponchelet de Brest, à nouveau dans une salle commune (au sein d'une « baraque » en bois, l'hôpital n'ayant pas encore été reconstruit). L'hospice Ponchelet est constitué de deux dortoirs avec quelques chambres individuelles, pour un total de quarante lits. Dans le dortoir de madame B., il y a treize pensionnaires. Il eût été certainement nécessaire d'isoler strictement la patiente à son retour à Brest. Dès le lendemain de son retour de Vannes, M^{me} B. développe un rash cutané associé à une fébricule durant vingt-quatre heures. À ce rash, on donne le nom d'« urticaire », mais il s'agit bien d'une variole. La transmission se fait alors directement à M^{me} B., 63 ans, voisine de dortoir qui n'est pas vaccinée pour raison de santé. Elle fait une éruption sévère et est hospitalisée à l'hôpital Morvan, dès le 18 mars et isolée. Un prélèvement, envoyé à l'Institut Pasteur le 20 mars, confirme la variole. Elle meurt dans ce service le 24 mars 1955. M^{me} L. 45 ans, veilleuse de nuit à l'hôpital Morvan, revaccinée le 18 janvier et le 2 février, développe une variole le 4 avril 1955, confirmée par un prélèvement de pustule. Elle fut contaminée par M^{me} B. malgré son isolement. M^{me} L. est isolée à Kérampir, établissement appartenant à la Sécurité sociale, choisi pour recevoir les varioleux, situé à Bohars⁴⁰, à 13 kilomètres de Brest. M^{me} J., 79 ans, qui était arrivée à Ponchelet le 10 mars, vivant également dans des conditions précaires, ne s'était pas rendue dans un centre de vaccination. Elle est vaccinée le 26 mars. Le 30 mars, elle présente une fébricule associée à une éruption. Un prélèvement, adressé à l'Institut Pasteur le 2 avril, confirme la variole. Elle est transférée le 16 avril au manoir de Kérampir ; elle y décède le lendemain. Ce manoir fut consigné avec une sœur infirmière, une aide-soignante, une cuisinière et un interne. M^{me} S., 74 ans, et M^{me} M., 84 ans, toutes deux également à l'hospice Ponchelet, présentent le 18 avril un pic fébrile associé à une éruption. Elles sont transférées également à Kérampir ; elles y guérissent. Toutes deux avaient été vaccinées les 31 janvier et 21 mars.

40. Le manoir de Kerampir à Bohars a été détruit dans les années 1960. En 1970, un EHPAD y a été reconstruit.

La pédiatrie

Mais l'épidémie de Brest ne resta pas limitée aux dortoirs de Ponchelet. Les enfants Raymond R., 19 mois, et Roland H., 14 mois, respectivement, hospitalisés pour laryngite morbilliforme et pneumopathie, développent tous deux le 17 avril une éruption maculo-papuleuse. Les prélèvements faits le même jour, confirment la variole et ils sont alors transférés à Kérampir. L'enfant Roland H., préalablement « en mauvaise santé », décède. L'enquête permit de comprendre qu'à Ponchelet, une laborantine avait pratiqué le 4 avril à M^{me} J., alors en tout début d'éruption varioleuse, ainsi qu'aux deux enfants, un prélèvement de la pulpe des doigts avec le même matériel mal stérilisé. À cette époque, on ne disposait pas de matériel « à usage unique ». Les procédures standard de stérilisation étaient probablement plus efficaces sur les bactéries que sur un virus résistant comme celui de la variole. L'incubation chez les deux enfants fut très courte, compte tenu de cette inoculation directement dans la circulation sanguine. Parmi les enfants de pédiatrie, il y eut huit autres cas prouvés au microscope électronique dont un décès (non vacciné). Tous les autres enfants guérirent. Il y eut trois cas douteux.

Le personnel soignant

M^{me} de B., 42 ans, aide-soignante en pédiatrie, qui avait été en contact avec l'enfant Raymond R. et M^{me} C., fonctionnaire administrative, qui faisait de nombreuses visites chez les infectés, développent une éruption le 3 mai. Sœur Marie B., 54 ans, présente une éruption après une visite à Kérampir, en dépit des consignes interdisant l'accès à l'établissement. Et deux médecins, l'un de pédiatrie et l'interne de Kérampir, feront des formes anéruptives.

L'hésitation diagnostique initiale, tant à Brest qu'à Vannes, demeure mal comprise. Un second prélèvement n'aurait-il pas pu être effectué à Vannes ? Une quarantaine stricte à Vannes ou bien au retour à Brest aurait beaucoup limité les risques, compte tenu de l'hésitation sur le diagnostic et de la chronologie douteuse des symptômes. L'épidémie brestoise aura duré trois mois, fait 19 cas certains dont 4 décès, soit une létalité, ici aussi élevée, à 21 %.

Mais 13 cas frustes (dont les deux médecins) et de nombreux cas douteux parmi le personnel soignant permettent d'estimer la létalité globale autour de 12 %.

La prévention

La vaccination débute dès le 10 janvier dans le Finistère et s'achève le 26 mai 1955. Le 30 janvier, on estime à 110 000 le nombre de personnes vaccinées ou revaccinées sur 727 000 habitants dans le département. Au début, on vaccine le personnel soignant et les enfants, mais, dès le 14 janvier 1955, un arrêté préfectoral ordonne l'ouverture de centres de vaccination dans tout le Finistère pour administrer les vaccinations qui devaient se faire dans l'année pour les enfants d'un an, 11 ans et les jeunes adultes à 21 ans. On préconise également la revaccination lorsque la

précédente injection datait de plus de cinq ans. Ainsi, les vaccinations s'étalèrent sur plusieurs mois, contrairement à Vannes, et elles furent moins massives touchant « seulement » 70 % de la population. Aucun avis de vaccination obligatoire pour l'ensemble de la population ne fut émis, même en pleine épidémie. En effet, celle-ci fut purement hospitalière et les médecins, en faisant du manoir de Kérampir un service fermé de varioleux en dehors de la ville, permirent certainement de mieux cloisonner l'épidémie qu'à Vannes, où les patients gardaient malgré tout des contacts avec l'extérieur. Les médecins brestois, contrairement aux médecins vannetais, ont pris plus de précautions pour affirmer le diagnostic de variole en envoyant systématiquement des prélèvements (trente-neuf au total) à l'Institut Pasteur, permettant d'écarter entre autres des cas de varicelle.

Le retard pris pour l'isolement des patients ne dépassait pas deux jours. Des essais thérapeutiques de gammaglobulines purifiées et concentrées, ici de sujets répondeurs à une récente vaccination, furent également pratiqués⁴¹. Mais le P^r Le Bourdellès écrivit :

« Les premiers résultats ont paru favorables, en particulier chez les enfants, ayant une action atténuant les symptômes, mais les essais ont été trop limités pour qu'il soit possible d'apprécier dès à présent sa valeur réelle et de fixer définitivement le mode d'emploi de cette méthode. Il semble qu'elle doive rester une méthode d'exception »⁴².

Actualité de la variole

L'OMS est créée en 1948. Elle multiplie les initiatives de lutte antivariolique. En 1967, elle lance la campagne internationale d'éradication de la variole, avec un budget annuel de 2,4 millions de dollars. En 1968, on dénombre 131 789 cas de variole dans quarante-quatre pays, à l'état endémique au Brésil, en Afrique sub-saharienne, en Inde et au Pakistan. En réalité, le nombre de cas annuels était estimé entre 10 et 15 millions, faisant plus de deux millions de morts chaque année. Grâce aux moyens employés entre 1967 et 1977 (confinement des cas, surveillance des contacts, vaccination en anneaux autour des foyers), la variole disparaît progressivement. Entre 1961 et 1973, de nombreuses épidémies ont encore lieu dans les pays développés, le virus voyageant par avion à partir de zones d'endémie. Les derniers cas français autochtones sont ceux de Bretagne et de Saint-Dié dans les Vosges (deux cas seulement) en 1955. La dernière épidémie d'importation en Europe est celle survenue en 1970, à Meschede, en République fédérale d'Allemagne. L'ultime foyer européen est rapporté en 1972 en Yougoslavie. La transmission de la maladie fut interrompue en Éthiopie en 1976 et le dernier cas de variole diagnostiqué, en Somalie, le 26 octobre 1977. En 1978,

41. En 1960, lors d'une épidémie en Inde, ce type de gammaglobulines donna une efficacité de 70 % dans une étude comparative chez plus de 700 sujets.

42. LE BOURDELLES, Bernard, « L'épidémie de variole de 1955 », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, t. 139, n° 25-26, séance du 4 octobre 1955, p. 417-420.

deux cas de variole sont liés à une contamination à partir de souches du laboratoire de virologie à l'université de Birmingham (le cas index étant le dernier mort connu de la variole). Le 26 octobre 1979, l'Oms déclare la variole éradiquée de la surface de la terre, premier jour sans variole. En 2020, l'OMS estime que depuis 1980, l'investissement de 300 millions de dollars consenti pour éradiquer la variole permet d'économiser chaque année bien plus qu'un milliard de dollars à l'échelle mondiale.

En France, la loi du 2 juillet 1979 suspend l'obligation de primovaccination, en vigueur depuis 1902, mais maintient encore l'obligation de revaccination. La loi du 3 mai 1984 suspend toute obligation de vaccination ainsi que de rappel. Néanmoins, le code de la Santé publique de 2001 prévoit qu'en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination antivariolique peut être rendue obligatoire par décrets ou arrêtés préfectoraux pour toute personne, quel que soit son âge.

Le 8 mai 1980, lors de la 33^e Assemblée mondiale de la santé, l'Oms proclame l'éradication de la variole : « Nous déclarons solennellement que le monde et ses peuples se sont victorieusement libérés de la variole ». Deux laboratoires de conservation du virus variolique sont créés, l'un au *Center for Disease Control and prevention* à Atlanta, Géorgie, aux États-Unis, l'autre au laboratoire de Kolstovo, dans la région de Novossibirsk, alors en Urss. Il s'agit, encore à ce jour, de la seule éradication d'une maladie infectieuse, les tentatives de l'Oms pour obtenir un résultat analogue pour le paludisme et la fièvre jaune ayant échoué, l'éradication effective de la poliomyélite et de la dracunculose étant toujours reportée⁴³.

Historiographie des épidémies de Vannes et Brest

Dès la survenue de la maladie, de nombreux spécialistes étrangers se rendent à Vannes pour y étudier l'épidémie. Des médecins étrangers, allemand, américains norvégien visitèrent l'hôpital et les malades. « Visite du Dr Karl Aarsworl, médecin chef du service des contagieux de l'hôpital d'Oslo, envoyé en mission spéciale par son gouvernement », rapporte *Ouest-France* le 24 janvier 1955. Preuve du sérieux de leur travail, Pubmed, le moteur de recherche des publications scientifiques médicales de la librairie du Congrès à Washington, nous permet, soixante-cinq ans plus tard, de retrouver certaines de leurs publications⁴⁴.

43. A l'occasion du 40^e anniversaire de l'éradication et en plein Covid, l'OMS a rappelé cette grande date. <https://www.who.int/fr/news/item/08-05-2020-commemorating-smallpox-eradication-a-legacy-of-hope-for-covid-19-and-other-diseases> (texte disponible en français)

44. EDELMAN, WG, « The Vannes smallpox epidemic ; its epidemiology », *Med Bull US Army Eur*, 12 (8), 1955, p. 198-200 ; HERLICH, A., « Report on the smallpox epidemic in France », *Munch. Med. Wochenschr.*, 97 (10), 1955, p. 303-4 ; AARSVOLD, CM. « The smallpox epidemic in Brittany », *Tidsskr Nor Laegeforen*, 75 (5), 1955, p. 161-2.

L'émouvant article collectif, publié dans la *Presse médicale* dès fin avril 1955, alors que l'épidémie brestoise n'est pas encore achevée, annonçait une monographie détaillée, bientôt à venir. Celle-ci n'a semble-t-il pas vu le jour. Peut-être a-t-il fallu « passer à autre chose » ? Peut-être existait-il une certaine difficulté à remuer des souvenirs encore traumatisants : pourquoi n'avoir pas sollicité un examen au microscope électronique plus tôt ? Pourquoi n'avoir pas revacciné le D^r Grosse dès son arrivée à Vannes le 1^{er} janvier 1955 ? Pourquoi avoir pris le risque de l'exposer aux malades du P10 le 2 janvier, alors que sa tâche était l'organisation de la riposte sanitaire à l'extérieur de l'hôpital ? Pourquoi cette tenue usagée était-elle à sa disposition à son arrivée chez les « contagieux » ? Il ne devait pas être aisé de « digérer » ces questions, dans les premiers mois ou années après les faits.

Quatre thèses de médecine ont été consacrées à l'épidémie bretonne. Celle du D^r Jean Audoui en 1958, trois ans après les faits, par un interne contaminé, confiné à l'hôpital de Vannes, est très médicale, descriptive, consacrée à la prise en charge pratique des patients. Elle n'aborde presque pas les questions épidémiologiques et les questions de santé publique.

La thèse du D^r Philippe Pierre, soutenue en 1975, est plus exhaustive. Elle commence par une liste des épidémies antérieures en France et interroge les défaillances de l'organisation hospitalière à l'origine des nombreuses contaminations nosocomiales. Elle fait le lien avec l'épidémie secondaire à Brest, à laquelle elle consacre un développement. Une thèse analogue consacrée à l'épidémie de Brest aurait été soutenue à la faculté de médecine de Paris fin 1955, mais nous n'avons pas encore pu la consulter. Ici aussi, l'accident iatrogène de pédiatrie a dû peser lourd. Peut-être était-il complexe d'aborder la question de la responsabilité de la transmission Vannes-Brest ? Les médecins de l'époque s'étaient-ils rencontrés pour échanger autour de cette situation ? Si non, communiquaient-ils aisément par téléphone ? Quel était le contenu des courriers ou comptes rendus de la patiente transférée de Brest à Vannes puis de Vannes à Brest ?

Quelques publications sont revenues sur le sujet, dont celle du D^r François Goursolas en 2004, souvent citée car disponible sur internet⁴⁵.

En 2005, à l'occasion du 50^e anniversaire de l'épidémie, un collectif s'était constitué à Vannes pour organiser une commémoration de l'épidémie. Il réunissait Yves Cano, biologiste, Vanessa Guilbaud, documentaliste, Hubert Journal, pédiatre, Marie-Thérèse Lodié, directrice des soins, Anne Saulais, directrice des affaires médicales et l'un des auteurs de cet article, interniste et infectiologue. Un appel à témoignages, publié dans la presse locale, avait rencontré un vif écho. Le député, président du conseil général et maire, François Goulard, s'était déplacé pour inaugurer

45. Le D^r Goursolas cite longuement le modeste article du D^r Cadoret, décédé en 2001, dans le *Bulletin des amis de Vannes* en 1997, publication pas tout à fait à l'échelle de l'événement.

une exposition dans le hall d'entrée de l'hôpital, une plaque commémorative avait été fixée sur le mur extérieur du pavillon d'entrée, place du D^r Grosse. À l'occasion de cette cérémonie, Valentine O. et Daniel D. s'étaient retrouvés. Ils avaient pu être photographiés l'un à côté de l'autre, émus par ces retrouvailles. Trois conférences successives avaient été organisées avec :

- François Ars, professeur d'histoire, alors conseiller municipal (il est depuis maire adjoint), qui avait brossé un tableau général, national et local de l'année 1954 ;
- P^r Michel Rousset, pédiatre au CHU de Rennes, qui était intervenu sur l'histoire de la vaccination et la nécessaire promotion de celle-ci ;
- P^r François Bricaire, infectiologue au CHU Pitié-Salpêtrière, avait lui traité de l'actualité de la variole sous l'angle du bioterrorisme.

Chacune de ces conférences avait été suivie par 150 à 200 personnes.

Là encore, il avait été décidé de publier l'ensemble de ces documents, ce qui n'a pas pu être fait. Finalement, notre principale découverte était d'avoir mis en évidence l'espèce de « honte collective » qui régnait autour de cet épisode, jugé comme relativement préjudiciable à la bonne réputation de la ville de Vannes. Nous avions soulevé le couvercle, donné la parole à beaucoup de témoins qui s'en étaient saisis. Mais finalement, nous n'avons pas tardé à reposer ce couvercle. Pas tout à fait, néanmoins, puisqu'en juin 2005, à quelques jours d'intervalle, deux médecins ont soutenu leur thèse sur ce sujet à Rennes.

- le directeur de thèse d'Anna-Vari Cadoret (homonyme, mais sans lien de parenté avec le pédiatre vannetais) était Thierry Fillaut, professeur d'histoire à l'Université de Bretagne Sud. L'approche privilégiait une focale large, très intéressante, plus à distance de l'événement, puisque la thèse était consacrée aux dernières épidémies de variole en France de 1942 à 1955.

- le travail de Cédric Presle⁴⁶, qui a très largement inspiré cet article, était dirigé par le P^r Alain Caubet, en charge de l'enseignement de l'histoire de la médecine à la faculté de Rennes. Cédric Presle a pu accéder aux dossiers des patients, qui en 2005 étaient archivés et classés, ce qui lui a permis une description plus précise des événements à Vannes, puis à Brest, dans une sorte de retour vers le travail initial du D^r Audoui.

- par la suite, le D^r Hubert Journal a contribué au film de Philippe Baron et Christophe Cocherie, *Pavillon 10*, produit par Vivement lundi en 2012, puis à l'émission *Vannes 1955, au cœur de l'épidémie*, diffusée par FR3 Bretagne en 2015, à l'occasion du 60^e anniversaire des événements.

- enfin, le P^r Patrick Zylberman, enseignant à l'EHESP à Rennes, a lui aussi étudié avec attention la dernière épidémie bretonne. Il a donné plusieurs cours sur ce

46. PRESLE, Cédric, *Oser diagnostiquer...*, *op. cit.*

sujet dont les diaporamas sont disponibles *via* Internet et un chapitre de son récent ouvrage *La guerre des vaccins* est consacré à l'épidémie bretonne⁴⁷.

Nous formons le vœu que ce numéro spécial des *Mémoires de la Société d'histoire et d'archéologie de Bretagne* permette à ces différents auteurs de réunir leurs travaux, de les rendre plus accessibles, et peut-être de les approfondir encore de façon substantielle, dans un effort commun. À l'évidence, la pandémie de la Covid-19 redonne une nouvelle actualité aux événements de 1955. On ne parlait pas de confinement, mais de consigne. On interdisait les visites à l'hôpital mais pas les déplacements. On suspendait les stages des élèves infirmières, tous maintenus cette fois-ci dans un contexte de forte tension des équipes soignantes. À l'issue de l'épidémie, les personnels consignés plusieurs semaines ou mois à Vannes se sont vu attribuer quinze jours de congés. Cette année, il y a eu la prime Covid, et ses différents paliers, qui a fait parler d'elle. Les questions autour de la vaccination sont fort différentes. Mais en tout cas le rythme d'administration n'est pas le même en 2021 qu'en 1955...

docteur Yves POINSIGNON

praticien hospitalier, Centre hospitalier Bretagne Atlantique, Vannes

docteur Alain CAUBET

faculté de médecine, Rennes

docteur Cédric PRESLE

médecin généraliste, Saint-Nazaire

47. ZYLBERMAN, Patrick, *La guerre des vaccins...*, *op. cit.*, p. 52-72.

RÉSUMÉ

L'ultime épidémie de variole ayant sévi en France a concerné Vannes puis Brest, de novembre 1954 à avril 1955, causant vingt décès pour une centaine de cas. L'importation du virus est due au rapatriement d'un sous-officier parachutiste de Saïgon à Paris le 11 novembre 1954. Il n'a séjourné à Vannes que brièvement, mais a transmis la maladie à son fils, Daniel D. Hospitalisé en pédiatrie à l'hôpital Chubert, celui-ci a été à l'origine d'une troisième génération de 10 cas, dans l'hôpital, à Vannes et dans quelques communes alentours. Les médecins qui avaient pris en charge ces patients ont d'abord évoqué une varicelle, considérant que le père militaire, très régulièrement vacciné contre la variole, ne pouvait avoir transmis cette infection à son fils. Ce n'est que fin décembre 1954 que ce diagnostic fut remis en cause. L'hypothèse d'une épidémie de variole a été suspectée puis confirmée par l'examen au microscope électronique d'un prélèvement adressé à l'Institut Pasteur à Paris tout début janvier 1955. Une riposte de santé publique coordonnée permet alors de contenir l'épidémie : intense campagne de vaccination de masse, en anneaux larges autour des communes concernées, confinement des cas dans quelques services de l'hôpital, « consignes » des patients comme des soignants au sein de celui-ci, identification des cas contacts, mise en observation de ceux-ci. Cette réaction dorénavant énergique permet de prévenir efficacement l'extension de l'épidémie en Loire-Inférieure, en Ille-et-Vilaine, dans les Côtes-du-Nord et dans l'ouest du Morbihan. Il survient une alerte à Lorient en février, finalement sans conséquence. Par contre, à l'hôpital de Vannes, le retard diagnostic initial entraîne une épidémie dont la cinétique ne diminue que fin janvier, après une 4^e génération de cas. Quand on pense avoir maîtrisé son extension au sein du « service des contagieux », une épidémie secondaire survient à l'hospice des vieillards qui nourrit quatre autres générations de malades. L'ultime cas de la 8^e génération ne guérira que début avril. D'une façon analogue, le malencontreux transfert d'une patiente affaiblie et âgée depuis l'hospice Ponchelet à Brest vers l'hôpital de Vannes pour une suspicion de variole suivi de son retour dans son service d'origine est à l'origine d'une épidémie brestoise de plus petite ampleur (19 cas, 4 décès), qui concernera ensuite plusieurs services, malgré un isolement strict au manoir de Kerampir, à l'extérieur de Brest. L'épidémie bretonne ne peut être considérée comme formellement terminée qu'en juin 1955, lorsque le foyer des pupilles est ré-ouvert à Vannes et le manoir de Kerampir fermé à Brest. Vingt-cinq ans plus tard, en 1980, l'Oms proclamait l'éradication mondiale de cette maladie, encore à ce jour la seule maladie infectieuse pour laquelle cet objectif a été atteint. Pourtant, on redoute encore actuellement son éventuelle réintroduction, soit par le biais du bioterrorisme, soit par celui, récemment décrit, d'un accident bio-technologique.

Bruno ISBLED – Avant-propos : un volume de *Mémoires* exceptionnel pour un centenaire contrarié

Épidémies en Bretagne du Moyen Âge au ^{XX}^e siècle

Dominique LE PAGE – Introduction

Benjamin FRANCKAËRT – Les Bretons et la peste de Justinien (VI^e-VIII^e siècles)

André-Yves BOURGÈS – Épidémies, pandémies et endémies en Bretagne au Moyen Âge : des sources hagiographiques très discrètes

Julien BACHELIER – « Contagion, pestilance et mortalité ». La peste en Bretagne du XIV^e siècle au début du XVI^e siècle

Dominique LE PAGE, Jean-Luc BLAISE, Gilles FOUQUERON, Marc JEAN

Le port de Saint-Malo face aux épidémies à l'époque moderne

Alain J. LEMAÎTRE – La lutte contre les épidémies en Bretagne au XVIII^e siècle

Guy SAUPIN – La municipalité nantaise face à la peste de Marseille : réactivité dans l'élaboration d'une politique de protection (1720-1721)

Françoise CASSIGNEUL-COHAN – De la pratique spirituelle à l'appropriation civique : la confrérie Saint-Roch,

matrice de la politique sanitaire à Dinan au XVIII^e siècle

Isabelle GUÉGAN – Malades des villes et malades des champs. Traitement différencié d'une épidémie de typhus à Brest

et dans les campagnes bretonnes (1757-1758)

Thierry FILLAUT – Indications bibliographiques et sources relatives à l'histoire contemporaine des maladies infectieuses en Bretagne

Thierry FILLAUT – Une épidémie opportune : Henri Monod et le choléra dans le Finistère (1885-1886)

Fañch BROUDIC – Choléra : l'affiche bilingue du préfet Henri Monod

Jacqueline SAINCLIVIER – La grippe infectieuse dite « espagnole » en Bretagne, 1918-1919

Yves POINSIGNON, Alain CAUBET, Cédric PRESLE – L'épidémie de variole à Vannes et à Brest en 1954-1955

Fañch POSTIC – « Voulez-vous la mettre en fuite, chantez-la. » *La Peste d'Elliant*

Nelly BLANCHARD – *Kou le corbeau* de Tanguy Malmanche (1875-1953) ou la peste autre qu'elle paraît

Varia

Julie LÉONARD et Charles QUIMBERT – Le patrimoine culturel immatériel. De l'UNESCO à la Bretagne :

itinéraire d'une catégorie patrimoniale

Christine JABLONSKI et Jean-Jacques RIOULT – Le Quillio (Côtes-d'Armor). Église Notre-Dame-de-Délivrance.

Nouvelles découvertes sur l'édifice médiéval

COMPTES RENDUS BIBLIOGRAPHIQUES

Assemblée générale ordinaire de 2020

Liste des membres

Thierry HAMON – *In Memoriam*. Marie-Yvonne Crépin (1941-2020)

Publications des sociétés historiques de Bretagne en 2020



S.H.A.B.

FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS HISTORIQUES DE
SOCIÉTÉ D'HISTOIRE ET D'ARCHÉOLOGIE DE BRETAGNE