

tion à vacciner, accompagnée par des occasions manquées de la part des médecins d'encourager la vaccination, et par les activités d'un groupe de pression efficace contre la vaccination, expliquait, en 2010, le Dr Sabine Reit, directrice adjointe de la Division de la vaccination préventive à l'Institut Robert Koch de Berlin. Nous avons besoin d'une action concertée tant au niveau local qu'au niveau fédéral, ainsi que d'un engagement politique ferme en vue de renforcer la vaccination.»

Le bureau régional pour l'Europe de l'OMS annonçait, il y a cinq ans, que des comités nationaux de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole seraient instaurés afin de compiler les informations nécessaires et de les présenter tous les ans à une commission régionale. «Ils continueront à fournir des données pendant au moins trois ans après que la commission régionale aura signalé l'interruption de la transmission endémique de la rougeole et de la rubéole, ajoutait-on alors. Ce n'est qu'à ce moment que l'élimination pourra être déclarée sur le plan régional.» Cette perspective est toujours aussi lointaine. Une situation qui contraste donc désormais officiellement avec celle observée de l'autre côté de l'Atlantique.

«Notre région avait déjà été la première dans le monde à éradiquer la varicelle (en 1971) et la polio (1994), des succès qui montrent l'efficacité de la vaccination et l'importance qu'il y a à rendre les vaccins accessibles même dans les zones les plus isolées de notre continent, vient de souligner la directrice de l'OPS. Désormais, il est temps de nous attaquer à la rougeole.» Cette autre infection virale, plus contagieuse et potentiellement plus dangereuse, est réapparue sur le continent américain en 2010 (notamment en Argentine, sous la forme de cas importés, lorsque des spectateurs de la Coupe du monde de football sont revenus d'Afrique du Sud).

Les Etats-Unis, déclarés exempts de rougeole en 2000, ont vu l'infection réapparaître en 2008 du fait d'une couverture vaccinale insuffisante. Une nouvelle bouffée épidémique est apparue fin 2014, en Californie, dans un «Parc Disney». Plus de cent cinquante cas de rougeole ont été recensés depuis le début de l'année 2015 dans une vingtaine d'Etats américains où la problématique de la vaccination a, du fait du poids des mouvements antivaccinaux, pris une dimension politique.

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

carte blanche



Dr Anne Hügli
Rue de Candolle 18
1205 Genève
annehugli@bluewin.ch

Une coupe de champagne !

Il arrive malheureusement que l'oncologue soit porteur de mauvaises nouvelles. Les délivrer constitue chaque fois une épreuve. On se prépare, on tente d'anticiper l'émotion que va générer notre discours, on prévoit la suite du parcours... mais parfois, l'entretien se déroule autrement. On imagine un scénario... et la réaction du patient diffère, nous entraîne sur un autre chemin.

Je connais Madame G. depuis plusieurs mois. Sa maladie s'est présentée et a évolué d'une manière surprenante : en quelques semaines, une affection annoncée comme bénigne s'avère une maladie métastatique, inaccessible à un traitement curatif. De plus, chez Madame G, la plupart des médicaments introduits engendrent des toxicités majeures ; non seulement le comportement de sa maladie se révèle très agressif mais nos moyens thérapeutiques sont restreints par le métabolisme particulier de la patiente. Le parcours est difficile.

Il y a peu, nous faisons le point de la situation : le cancer progresse. Nos possibilités s'amenuisent voire sont inexistantes. Une molécule d'un nouveau type constitue la seule petite lueur possible. Elle pourrait, si elle est efficace, retarder de quelques semaines ou mois l'échéance, sans changer l'issue. Vu les échecs successifs des traitements précédents, l'espoir est mince.

Madame G. m'écoute, me regarde avec sérieux. Elle ne semble pas ébranlée. Elle n'avait pas besoin d'un scanner pour connaître sa situation. L'annonce de ce programme noir ne la déstabilise pas. Sa décision est déjà prise : elle m'annonce qu'elle ne baisse pas les bras. Elle a des projets. S'il reste un espoir, une possibilité, elle veut la tenter. Elle ne renonce à rien. Elle souhaite deux semaines de

répit, ce qui me donne le temps d'obtenir l'accord de l'assurance pour ce nouveau médicament, puis elle sera prête. Ce soir-là, elle me le confiera plus tard, elle s'offre une coupe de champagne !

Son calme, sa détermination me frappent. Elle ne manifeste pas du tout l'inquiétude, l'abattement, l'angoisse que la situation pourrait engendrer. Elle ne nie pas l'évidence, elle ne tente pas de gommer la réalité. Elle sait qu'elle va mourir mais elle tentera toutes les solutions pour repousser cette issue. Elle ne se courbe pas, elle reste debout.

Son attitude transforme complètement l'atmosphère de notre entretien : ce qui me semblait pesant, difficile, s'allège. L'empathie la touche, mais Madame G. désire autre chose : elle veut poursuivre le combat, elle ne désarme pas et sollicite toutes mes ressources pour faire face aux événements.

D'où lui vient cette force, cette énergie qui dynamisent mes efforts dans un combat que j'étais peut-être prête à abandonner ? Cela ne ressemble pas à une fuite en avant. Je crois que cela découle d'une cohérence intérieure extrêmement forte, d'un courage profond, de liens étroits et sereins avec ses proches. Cette acceptation de la mort est assortie d'une formidable mobilisation pour rester vivant jusqu'au bout.

Je ne pensais pas que mon métier dans ses aspects les plus difficiles m'offrirait tant de richesse. Si notre rôle consiste à soutenir nombre de nos patients, le courage de certains nous transporte et nous permet de poursuivre la route.

