INTERNATIONALISATION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

par

M. Baltazard, M. Ghodssi et A. Sabeti
(Institut Pasteur de l'Iran)

L'un de nous écrivait en 1941: "Sous le nom de vaccination, sont, à l'heure actuelle, confondus deux modes de protection humaine de principe bien différent.

1) D'une part, la protection de l'individu en milieu endémique ou épidémique, protection limitée aux seuls volontaires (c'est à dire à une partie toujours très restreinte de la population, quel que soit le danger de contagion) et qui ne pourra être rendue obligatoire que par certaines autorités responsables de leurs ressortissants (écoles, armée, etc...).

Cette vaccination pourra ne conférer qu'une protection transitoire, limitée à la durée d'une épidémie, ou du séjour du vacciné en milieu endémique, elle pourra être faite tout à loisir, en prévision d'une épidémie, ou avant l'arrivée du sujet en milieu endémique, et ainsi comporter plusieurs inoculations à intervalles de temps plus ou moins éloignés.

Elle pourra également, portant sur un petit nombre d'individus, être recommencée ou entretenue aussi souvent qu'il sera nécessaire. Le type de cette sorte de vaccination est la vaccination antityphoïdique.
2) D’autre part, la lutte contre une maladie endémique à tendance épidémique, par la vaccination massive, répétée, obligatoire, de tous les individus. Procédé qui vise non plus tant à protéger chaque individu qu’à créer devant l’infection une véritable barrière de non-réceptifs, capable d’empêcher la maladie de prendre le tour épidémique et même d’obtenir peu à peu l’éradication de l’endémie. Ce mode de lutte ne peut évidemment être appliqué qu’aux maladies strictement propres à l’homme, ne comportant point de réservoir de virus animal ou de vie libre dans la nature, mais seulement une forme de résistance, de conservation plus ou moins longue.

Une telle méthode ne peut être basée que sur l’emploi d’un vaccin d’application facile et donnant une immunité suffisamment longue pour permettre d’éviter d’avoir à recommencer sans cesse l’œuvre considérable qu’est une vaccination générale. Le type de cette vaccination est la vaccination antivariolique.

*

Ce phrases étaient écrites à propos de la vaccination contre le typhus, appliquée à l’époque de façon massive dans toute l’Afrique du Nord et qui correspondait précisément à la deuxième définition: lutte antiépidémique.

Depuis cette date, la question a singulièrement évolué. D’une part, la découverte des sulfamides, des insecticides à effet rémanent, puis des antibiotiques, a totalement bouleversé la prophylaxie de certaines maladies, dont quelques-unes ont totalement disparu, d’autres sont devenues de second plan ou même d’arrière plan.
Les plus jeunes d'entre nous par exemple ne savent déjà plus qu'il a existé un vaccin antitétanique et n'ont que vaguement entendu parler d'une maladie à haute mortalité, terreur des écoles et des casernes: la méningite cérébrospina-le épidémique, traitée maintenant en moins de 48 heures par ingestion de n'importe quel sulfamidé et qui n'a même plus le temps de s'épidémiser tant la guérison des malades est rapide. Le voudrait-elle qu'elle ne le pourrait pas: l'ingestion de petites quantités de sulfamides pendant un temps court par tous ceux qui ont été en contact avec des malades, interdit l'épidémisation. La "vaccination chimique" ou chimio prophylaxie, méthode de protection individuelle et collective à efficacité 100%, a fait disparaître certains vaccins.

Quant à la vaccination au premier sans du terme que nous définissons en commençant, c'est à dire d'importer dans sa valise les deux flacons de chlorure de sodium et de vaccin, ou bien plus simplement lui recommandons-nous d'emporter dans sa valise les deux flacons de chlorure de sodium et de vaccin.

Parmi les cinq grandes maladies épidémiques, objets des conventions internationales, deux au moins: le typhus et la peste, ont perdu leur place de vedettes. Les vaccins, de valeur insuffisante il faut bien le dire, préparés jadis contre ces fléaux et qui représentaient la seule arme défensive, ont perdu tout intérêt.

Au VIème Congrès international de Microbiologie à Rome en septembre 1953, le Président de la Section des Rickettsioses, l'homme dont le nom est lié à l'histoire des recherches modernes sur le typhus, Hermann Koosser, demandait à trois congressistes qui désiraient présenter des travaux sur la vaccination contre le typhus, de retirer leurs communications. Dans un exposé d'une longueur de vues et d'une audace verbale remarquables, il montrait que l'unique prophylaxie actuelle de cette infection était le D.D.T. et qu'au reste, attraper le typhus au temps des anti-biotiques était nettement moins ennuyeux que de contracter un fort rhume de cerveau... et celui d'entre nous dont le nom est, avec celui de son maître Georges Blanc, attaché à une méthode de vaccination contre le typhus, interpellé par
l'orateur, ne pouvait qu'acquiescer et reconnaître avec H. Moosser que la vaccination avait fait son temps.

Pour la peste, c'est la chimioprophylaxie par les sulfamides qui remplace maintenant la vaccination et les équipes de l'Institut Pasteur de l'Iran et du Ministère de l'Hygiène ont pu, depuis plusieurs années, faire la preuve de l'efficacité de cette méthode dans les trois foyers où elle a été employée, au Kurdistan.

Quant à la vaccination au premier sens du terme que nous définissions en commençant, c'est à dire à la protection individuelle, il faut bien reconnaître qu'elle bat de l'aile, elle aussi. Conseillerons nous à un voyageur qui se rend dans un pays où le typhus est endémique ou même où sévit une épidémie de typhus, de se vacciner, sachant très bien quelle protection illusoire et en tous cas fort brève peut lui assurer ce vaccin, ou bien plus simplement lui recommanderons nous d'emporter dans sa valise les deux flacons de chloromycétine ou d'auréomycine nécessaires au cas qu'il contracterait l'infection; sûrement en tous cas la boîte de poudre DDT 5% qui le mettra à l'abri des poux infesteurs.

De même devons nous en conscience garder pendant quelque vingt jours à Téhéran le voyageur pressé de visiter l'Iran, pour lui faire les trois inoculations successives à une semaine d'intervalle de vaccin antityphoparatyphoïdique, qui vont la plupart du temps le secourir fort désagréablement pour ne lui assurer qu'une protection relative, alors que quelques précautions élémentaires pendant son voyage (comme celles qui consistent à ne consommer que le thé ou le dough nationaux, l'un parfaitement stérilisé par le
samovar, l'autre par les ferments lactiques) écartèrent de lui le maximum de risques et qu'une petite provision de chloromycétine lui assure en cas de contamination, la bénignité de l'infection.

**

Est-ce à dire que l'ère des vaccinations est close et que les maisons comme les nôtres dont la raison d'être est avant tout la production des vaccins, vont après une rude confession comme celle que nous venons de faire, reconnaître leur inutilité et se mettre en chômage?

Bien au contraire.

Si les vaccinations ont perdu du terrain sur le plan de la défense individuelle, si certaines d'entre elles ont déjà disparu et d'autres sont pratiquement abandonnées sur le plan de la prophylaxie collective, si les derniers vaccins à base de corps microbien tué (vaccin antitypho-paratyphoidique, vaccin anticholérique) ne doivent plus être employés qu'en temps depidémie, tant l'immunité qu'ils confèrent a été reconnue de brève et insuffisante, par contre les conceptions nouvelles de l'hygiène et de la médecine sociale ont poussé au premier plan ceux des vaccins dont l'efficacité est sûre et l'effet prolongé et qu'aucun produit chimique ou antibiotique n'est encore venu remplacer.

S'il est sans doute regrettable à bien des points de vue que les tendances de la vie moderne sacrifient de plus en plus l'individu à la collectivité, il faut bien reconnaître qu'en matière d'hygiène et de lutte contre les maladies, ces tendances représentent un énorme progrès. De plus en plus dans les dernières années
la prophylaxie individuelle a cédé pas à la pro-
phylaxie collective, nationale, qui doit elle-
-même tenir compte des nécessités de la prophylaxie
internationale.

* * *

Oui, les choses ont, dans les cinquante
dernières années, singulièrement changé. Les
premiers accords internationaux, au début de ce
siècle, n'étaient guère que la confirmation, à
l'échelle des frontières nationales, du vieux
réflexe moyenâgeux qui, aux temps de paix, en-
fermait le seigneur dans son château et les ci-
tadins à l'auré de leur rempart garni d'archers
qui perçaient impitoyablement de leurs flèches
quiconque tentait d'approcher. Les premiers ac-
cords internationaux consistaient en vérité à
faire accepter par les pays où restaient ancrées
les vieilles infections à tendance pandémique la
cruelle nécessité de se dénoncer eux-mêmes pour
permettre aux pays plus favorisés de leur fermer
aussitôt leurs frontières et d'appliquer un en-
semble de moyens de défense guère plus tendres
que les flèches des archers médiévaux.

Dans les dernières années et surtout
depuis l'après guerre et la création des grands
organismes internationaux, et spécialement, dans
le domaine de l'hygiène, de l'OMS (Organisation
Mondiale de la Santé, WHO: World Health Organi-
sation) un principe bien différent à triomphé.

Les pays les plus favorisés ont enfin
compris que leur devoir et leur intérêt consis-
taient, non plus à essayer, par des méthodes qui
étaient de lourdes entraves aux relations inter-
nationales, au commerce, aux échanges, aux alli-
ces, d'empêcher l'entrée des maladies sur leur
territoire, mais bien au contraire d'aider les
pays, réservoirs des grandes infections épidémiques, à lutter contre ces infections, à les empêcher de s'épidémiser quelque part que ce soit et même à les détruire sous leur forme endémique à leur lieu même de persistance, à les étouffer en quelque sorte dans l'œuf.

Pour permettre une telle œuvre, de puissants systèmes de financement ont été créés au sein de l'ONU (Organisation des Nations unies), tel ce Fonds international de Secours à l'Enfance plus connu sous son nom d'UNICEF (United Nations Infancy Emergency Found), héritier du reliquat des énormes fonds rassemblés pendant la guerre par un autre organisme de l'ONU, supprimé après la fin de la guerre: l'UNRAA, dont le but était d'apporter une aide immédiate en nourriture, médicaments, etc. aux populations libérées par l'avance des troupes alliées et d'y empêcher la famine et l'écllosion des épidémies.

Telle encore cette " Assistance technique" (Technical Assistance) organisme de financement de nombreux projets de l'ONU et dont une partie des fonds est consacrée aux questions d'hygiène.

UNICEF, Assistance technique, financent donc les programmes qui leur sont proposés par l'OMS, après accord avec les Gouvernements des pays intéressés.

* * *

Or, c'est précisément à d'énormes programmes de vaccination collective que ces organisations ont consacré le plus fort de leur activité et de leurs fonds. Vaccinations gigantesques, développées sous la forme de campagnes, rapides, intensives, cherchant à toucher sinon
toute la population au moins sa plus grande partie, connues sous le nom de "campagnes de masse", en anglais "mass campaign".

C'est contre l'infection la plus grave-ment épidémique de l'après guerre: la tuberculo-se, et avec un vaccin qui n'avait encore, dans aucun pays, même sa patrie d'origine: la France, dépassé l'échelle de la vaccination individuelle, le vaccin B.C.G., qu'était inaugurée la technique nouvelle des campagnes de masse, bouleversante nouveauté, effort sans précédent dans l'histoire de l'humanité.

Pourquoi ce choix? C'est que le phénomène d'épidémisation de la tuberculose, déjà amorcé avant la guerre, s'était terriblement aggravé dans tous les pays et spécialement les pays sous-alimentés par suite du pillage systématique de leurs ressources et des ravages des armées. Or les épidémiologistes de tous les pays savaient parfaitement que les énormes moyens mis en œuvre avant la guerre, ou plutôt ce qui leur en restait après les destructions terribles causées à l'Europe, ne pourraient en aucun cas leur permettre de faire face, la paix révenue, à une infection devenue épidémique. Le budget de la lutte contre la tuberculose, dans ces pays bien organisés, était déjà énorme avant la guerre, les sanatoriums sans cesse multipliés toujours insuffisants et pour certains d'entre eux le problème du recasement des tuberculeux guéris ou stabilisés, infirmes sociaux aptes seulement à des besognes spéciales, était devenu d'une gravité financière très grande.

Il fallait trouver le moyen de barrer la route à l'épidémie. Or ces mêmes spécialistes savaient également que, quelle que soit la vio-lence d'une épidémie, il suffit d'un "barrage", même médiocre, d'immunisés, pour que l'infection
baisse et disparaissa, à la condition que cette immunité soit forte et durable. On savait que dès que le pourcentage des immunités atteignait 60% au cours d'une épidémie, celle-ci perdait de sa violence et s'éteignait rapidement et c'était là l'explication du déclin d'épidémies comme celles causées par le typhus par exemple et de la disparition de la forme épidémique pour un temps très long, même lorsque l'infection persistait sous la forme endémique.

Le vaccin découvert, ou plutôt mis au point après des années de labeur à l'Institut Pasteur de Paris par Calmette et Guérin, auquel de nouvelles méthodes d'inoculation intracutanée ou percutanée venaient de donner une activité beaucoup plus sûre, offrait le moyen de réaliser ce "barrage" d'immunisés. Il ne s'agissait plus comme pour les vaccins contre la typhoïde, le typhus, le choléra, d'un antigène tué conférant une protection peu sûre, transitoire, perpétuellement à recommencer, mais bien d'un "virus" vivant, capable de s'installer pour longtemps chez l'individu inoculé et d'y interdire l'entrée du virus à combattre, celui de la tuberculose.

C'était, contre cette terrifiant épidémie, la réalisation du vieux rêve de tous les grands esprits, Pasteur, Charles Nicolle et bien d'autres ; le barrage devant une infection dangereuse par une infection de même famille, inoffensive, immunisant contre la première ; la vaccination dite par virus vivant, réalisée pour la première fois par Jenner lorsqu'il inoculait à l'homme la variole de la vache dite vaccinée, inoffensive et localisée au point d'inoculation, pour le protéger contre sa propre variole, mortelle.

C'était ce qu'avait fait Pasteur avec le
choléra des poules et que tant de chercheurs avaient tenté de réaliser pour toutes les infections, tous sachant bien que seul l’envahissement de l’organisme par un virus ou un germe peut donner l’immunité solide, durable, contre un autre virus ou germe de même famille.

* * *

C'est au Danemark et à son admirable Croix-rouge que reviennent l'honneur de la première campagne de masse de vaccination B.C.G. Très touché par la tuberculose pendant l'occupation allemande, le Danemark prenait la décision, dans l'immédiate après-guerre, de vacciner toute sa population jeune par le B.C.G, besogne que la Croix-rouge danoise, couvrant le pays d'équipes spécialisées, devait mener à bien en un temps record.

La vaccination une fois terminée dans son pays, la Croix-rouge danoise, avec un magnifique esprit humanitaire, envoyait ses équipes spécialisées avec leur excellent matériel au secours de pays encore plus gravement touchés: dès le printemps de 1947, les équipes de la Croix-rouge danoise commençaient leur campagne de masse en Hongrie, Pologne et Allemagne.

Mais d'autres pays européens appelaient à leur tour au secours; la Croix-rouge danoise demandait l'aide d'autres associations volontaires et la Croix-rouge suédoise et le Secours norvégien à l'Europe se joignaient à elle. Au début de 1948, l'UNICEF prenait la décision d'aider cette campagne et le 12 mars 1948 le Comité exécutif de l'UNICEF créait l'organisme connu dans la suite sous le nom de "Joint Enterprise" avec les Organisations scandinaves, organisme auquel l'UNICEF affectait pour commencer
un fonds de 4 millions de dollars.

L'OMS fournissait à son tour assistance et conseils techniques et c'est finalement sous le nom de "Campagne internationale contre la Tuberculose" (International Tuberculosis Campaign) que cette association de bonnes volontés continuait et étendait son œuvre.

En octobre 1949, les associations scandinaves, tout en continuant leur participation au programme en cours et grâce aux puissants moyens mis en œuvre depuis l'entrée de l'UNICEF dans la CIT, pouvaient se retirer de cette campagne dont l'avenir était laissé aux organisations internationales : OMS et UNICEF. À partir de 1950, ce seront donc des équipes composées de personnel de tous les pays et non plus seulement de personnel scandinave qui accompliront ces campagnes de masse ; la CIT ayant officiellement pris fin en juin 1951.


L'OMS-UNICEF devait continuer cette œuvre dans ses différentes "régions" ; région des Amé-
rique: Salvador, Jamaïque, Paraguay, Pérou, 
Trinidad; région de la Méditerranée orientale: 
Aden, Éthiopie, Iran, Libye, Turquie; région du 
Sud Est Asiatique: Afghanistan, Birmanie, Indonésie, 
Thaïlande; région du Pacifique ouest: Formose, Hong Kong, Malaisie, Singapour, Philippines, 
Sarawak (Bornéo), Viêt Nam.

Pourquoi même (et l'idée semble toute 
naturelle) ne pas tenter de vacciner simultanément 
cette multitude de milliers de millions de 
citoyens ? Si l'on veut bien penser que dans le même 
temps, c'est à dire dans les dix dernières années, 
de nombreux pays (dont le premier a été l'URSS et 
malheureusement l'un des derniers la France, patrie 
de Calmette et Guérin) ont rendu obligatoire la 
vaccination BCG pour de nombreuses catégories de 
citoyens, on verra qu'à l'heure où nous parlons, 
c'est plus par millions, ni même par dizaines 
de millions, mais bien par centaines de millions 
qu'il faut compter dans le monde les bénéficiaires 
de cette monumentale œuvre de prophylaxie 
collective.

*   *

Le succès magnifique de ces campagnes de 
masse achève d'écraser les derniers contradicteurs. Les statistiques, faites de la façon le 
plus sévère d'après les renseignements fournis 
par des équipes spécialisées de dépisteurs (médecins, radiologistes, etc.) montrent dans des 
pays comme la Grèce par exemple, ravagée par la 
tuberculose, une régression énorme des contami-
nations et de la mortalité par tuberculose depuis 
da vaccination.

Dans ces conditions et puisqu'il est 
maintenant bien démontré que ces campagnes de 
masse, ces vaccinations collectives sont supé-
rieures à tout autre moyen, y compris la vac-
cination nationale obligatoire elle-même, pourquoi 
ne pas appliquer cette méthode à d'autres infec-
tions, aussi graves et même plus graves dans certains pays que la tuberculose, au moins à celles pour lesquelles nous possédons des vaccins aussi efficaces et d'action aussi durable que celle du B.C.G.

Pourquoi même (et l'idée semble toute naturelle) ne pas tenter de vacciner simultanément contre plusieurs maladies dans la même campagne de masse, économie énorme de temps et de moyens.

Cette idée, si simple, a pourtant mis longtemps à se faire jour et notre collaborateur, le Docteur Ali Machoua, vous expliquera comment l'Iran, qui en a pris l'initiative, a fini, après plusieurs années, par la faire triompher.

Dès le premier printemps engagé à Téhéran en mai 1950, l'Institut Pasteur étant chargé par le Ministère de l'Hygienne de préparer, avec le Docteur S.A. Thomson, délégué par le Bureau régional de l'O.M.S. d'Alexandrie, le texte du projet d'accord, nous faisions la proposition suivante :

Étant donné que les organisations internationales OMS-UNICEF aussi bien que le Gouvernement iranien souhaitent engager dans cette campagne des fonds, des véhicules, un matériel et un personnel important, ne serait-il pas légitime que cet effort en vue des saisons non saisonniers de la lutte contre la tuberculose, mais également contre d'autres maladies suivi-épidémiques,