

# Wir haben für Sie gelesen Nous avons lu pour vous

## L'éradication de la variole acquise d'ici 1975

Il semble raisonnable de penser que l'éradication de la variole pourra être réalisée d'ici 1975 si les efforts actuels sont poursuivis au même rythme. C'est ce que signale un rapport soumis au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Le programme d'éradication de la variole, lancé par l'OMS en 1967, est maintenant pleinement opérationnel dans tous les pays d'endémie et dans toutes les régions voisines en danger d'être infectées.

Les progrès sont très encourageants, a constaté le Conseil de l'OMS, bien que le nombre de cas recensés ait atteint 65 000 en 1972 (23 % de plus qu'en 1971). Cette augmentation est en fait due à un diagnostic plus précis et à une déclaration plus complète des cas de cette maladie.

Dans les Amériques, aucun cas de variole n'a été découvert en 20 mois de recherches actives.

En Afrique, sept pays seulement ont signalé des cas et dans quatre d'entre eux, il s'agissait d'importations. Dans les trois pays d'Afrique où la maladie était endémique au début de l'année, les progrès ont été excellents. Au Botswana, aucun cas n'a été dépisté depuis octobre et la transmission semble interrompue. Au Soudan, les foyers d'endémie sont peu étendus et se situent exclusivement dans deux provinces du sud; la transmission devrait être interrompue prochainement. En Ethiopie, l'incidence de la variole a diminué fortement depuis le mois de mars et, à l'heure actuelle, huit des quatorze provinces du pays semblent presque totalement indemnes d'infection.

En Asie, l'action menée en Afghanistan, en Indonésie et au Népal progresse de façon satisfaisante. En Indonésie aucun cas n'a été dépisté depuis plus de douze mois; tous les cas observés en Afghanistan et au Népal provenaient d'importations. Au Bangladesh, en Inde et au Pakistan, les programmes d'éradication ont été intensifiés mais il reste beaucoup à faire. Au Bangladesh, le retour des réfugiés continue de provoquer de nombreux cas. Au Pakistan, de grandes épidémies se produisent encore dans la majeure partie de la province du Sindet menaçant le reste du pays. Enfin en Inde, de fortes épidémies éclatent encore dans cinq états du nord.

«C'est dans ces trois pays que l'avenir du pro-

gramme d'éradication est le plus incertain... Mais les ressources y sont beaucoup plus considérables que dans la plupart des autres pays. Moyennant un bon encadrement et une ferme volonté de parvenir au but, on pourrait y obtenir l'interruption de la transmission plus rapidement que dans d'autres régions», déclare le rapport soumis au Conseil exécutif. Le rapport souligne également que les équipes de surveillance et de vaccination doivent continuer leurs activités pendant deux ans au moins après l'élimination de la variole dans une zone d'endémie.

Dans de nombreux pays, débarrassés maintenant de la variole, le programme, y compris la surveillance et la vaccination, a été étendu à d'autres maladies présentant une importance nationale. Cette évolution s'inscrit de façon parfaitement logique dans le plan de développement des services de santé et contribue à renforcer les structures, conclut le rapport.

OMS-Presse

## Objectif: Zéro. Aperçu sur la variole en 25 points

*Des équipes de surveillance composées d'agents sanitaires nationaux, de médecins de l'OMS et de volontaires internationaux s'emploient actuellement à dépister les cas de variole dans les zones d'endémicité qui subsistent. Au cours des quelques années à venir, si la campagne se poursuit avec la même énergie, l'une de ces équipes découvrira le dernier cas de variole au monde et l'éradication sera réalisée.*

1. En 1973, d'après les données disponibles, la variole n'est plus présente que dans six pays, mais elle est assez bien installée dans quelques-uns d'entre eux pour continuer à représenter une menace pour la santé de toute l'humanité. Plus de 60 000 personnes contracteront la variole dans ces pays et un tiers d'entre elles mourront de cette maladie aussi ancienne que l'homme et contre laquelle, si elle ne sait pas la guérir, la médecine a mis au point des mesures préventives qui approchent de la perfection.

### Historique

2. Des épidémies massives de variole sont rapportées dans les plus anciennes chroniques de toutes les régions du monde. Elles ont exercé

une influence considérable sur la démographie et sur l'évolution politique.

Mexique – 16e siècle: Environ trois millions et demi de morts après l'introduction de la variole par les Européens.

Europe: 18e siècle: 20 % des enfants venus au monde mouraient de la variole.

Islande – 18e siècle: 18 000 morts sur une population de 57 000 âmes.

3. Il y a plus de 2500 ans, en Asie, on savait déjà lutter contre la variole en infectant des biens-portants au moyen de matériel prélevé sur les croûtes ou les pustules de varioleux. On provoquait ainsi une forme bénigne de la maladie qui immunisait contre les atteintes futures. Cette pratique, connue sous le nom de variolisation, a été introduite en Europe au 17e siècle et reste en usage dans certaines contrées reculées. Avant la découverte de la vaccination c'était la seule protection contre la maladie.

4. En 1796, un médecin anglais, Edward Jenner, a découvert la vaccination lorsqu'il a immunisé un enfant de huit ans contre la variole en lui injectant un inoculum provenant d'une fille de ferme atteinte de variole.

5. Grâce à l'efficacité de la vaccination et aux dispositions légales qui l'ont rendue obligatoire, l'incidence de la variole a énormément décrue au 19e siècle et durant la première moitié du 20e siècle. Cependant, en 1930 encore, l'Angleterre a signalé 12 000 cas et les Etats-Unis 48 000. En 1945, la plus grande partie de l'humanité vivait dans des zones d'endémicité variolique et d'importantes épidémies continuaient à frapper l'Amérique du Sud, l'Asie et l'Afrique.

6. En 1967, la variole existait à l'état endémique au Brésil, en Afrique au sud du Sahara, dans tout le sous-continent indien et en Indonésie. De plus, des cas importés étaient fréquemment enregistrés ailleurs en raison de la facilité et de la rapidité croissantes des déplacements internationaux. On estime qu'en 1967, il s'est produit plus de 2 500 000 cas de variole.

#### La maladie

7. La variole est une maladie infectieuse provoquée par un virus. Les premiers symptômes sont de la fièvre et des douleurs musculaires, suivies d'une éruption qui commence par couvrir le visage

et le tronc pour s'étendre ensuite aux extrémités. Les lésions prennent successivement la forme de papules, de vésicules, de pustules et enfin de croûtes; celles-ci, en tombant, laissent sur la peau des marques décolorées qui lui donnent un aspect grêlé.

8. La variole est propagée par les sécrétions de la bouche et du nez du malade, ainsi que par les sérosités des lésions ou les croûtes. Elle se transmet directement d'une personne à l'autre. La maladie se déclare de 7 à 17 jours après un contact rapproché avec un varioleux.

9. Sur dix personnes contractant la variole, trois mourront de cette maladie pour laquelle on ne connaît pas de traitement.

10. Le malade est extrêmement contagieux pendant la semaine qui subit le début de l'éruption; il le reste jusqu'à la disparition de toutes les croûtes, environ trois semaines plus tard.

11. Une vaccination efficace avant l'exposition prévient la maladie. L'immunité décroît peu à peu, mais la revaccination tous les trois ou cinq ans au moyen d'un vaccin actif assure une protection pratiquement totale.

12. On confond fréquemment la variole avec la varicelle dont les premières manifestations cliniques sont souvent assez semblables. Cependant, à la différence de l'éruption variolique qui en est toujours au même stade de développement dans toutes les régions du corps, celle de la varicelle peut présenter simultanément des lésions à des stades différents. La varicelle n'est que très rarement mortelle.

#### La situation actuelle dans le monde

13. En 1972, 65 000 cas de variole ont été notifiés dans le monde, mais on estime qu'il y en a eu en réalité au moins trois fois autant.

14. Actuellement, le nombre annuel des cas de variole dans le monde est comparable à celui des décès causés chaque année aux Etats-Unis par des accidents de la route.

15. La variole n'existe aujourd'hui que dans six pays: l'Ethiopie et le Soudan en Afrique, le Bangladesh, l'Inde, le Népal et le Pakistan en Asie.

16. On s'attende à ce que la transmission de la variole soit interrompue au Soudan en 1973. L'Ethiopie qui, en janvier 1972 encore, notifiait 40 % du

total mondial des cas, en notifie maintenant moins de 6 %.

17. En 1973, les cas enregistrés en Inde représentent plus de la moitié du total mondial, 90 % d'entre eux étant notifiés dans six Etats du centre du pays.

18. Le Bangladesh, qui avait réussi à interrompre la transmission de la variole en 1970, a été réinfecté à la fin de 1971. Ce pays, qui a signalé plus de 10 000 cas en 1972, lutte contre des épidémies affectant la plus grande partie de son territoire.

19. La variole endémique a été éliminée de l'Afghanistan et du Népal. Cependant, ces deux pays demeureront sous la menace constante d'importations de cas en provenance des pays d'endémicité voisins.

20. Tout en continuant à exiger la vaccination antivariolique pour les personnes qui se rendent dans des zones d'endémicité et pour tous les personnels de santé, les Gouvernements du Royaume-Uni et des Etats-Unis ont supprimé l'obligation vaccinale pour le reste de la population. Ils estiment en effet qu'étant donné le petit nombre de pays où la maladie est encore endémique, le risque d'importation est désormais très réduit et qu'une éventuelle poussée épidémique pourrait être rapidement endiguée par les services de santé.

Le programme mondial d'éradication de la variole

21. En 1966, la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution renforçant le soutien accordé au programme d'éradication de la variole et déclarant que l'éradication de cette maladie dans le monde est l'un des objectifs majeurs de l'OMS.

22. En 1967, 131 000 cas de variole ont été signalés dans 42 pays, dont 30 considérés comme pays d'endémicité. Le nombre réel des cas a été estimé à 2,5 millions.

23. Au cours des six années qui ont suivi le début du programme mondial intensifié d'éradication, le nombre des pays d'endémicité a été ramené à six. En 1972, toutefois, des poussées épidémiques ont été enregistrées dans dix pays à la suite d'importations de cas dans des zones exemptes de variole. Cela s'est produit notamment en Yougoslavie, ainsi que dans plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale, mais toutes ces poussées ont été endiguées.

24. Le succès du programme d'éradication est dû pour une très large part à l'emploi d'un vaccin lyophilisé actif et stable. Outre l'aide bilatérale, principalement fournie par l'URSS et les Etats-Unis, l'Organisation mondiale de la Santé a reçu d'Etats Membres plus de 200 millions de doses de vaccin antivariolique qu'elle a distribuées aux fins de programmes d'éradication ou de vaccination d'entretien.

25. Des équipes de surveillance composées d'agents sanitaires nationaux, de médecins de l'OMS et de volontaires internationaux s'emploient actuellement à dépister les cas de variole dans les zones d'endémicité qui subsistent. Au cours des quelques années à venir, si la campagne se poursuit avec la même énergie, l'une de ces équipes découvrira le dernier cas de variole au monde et l'éradication sera réalisée.

OMS-Presse

#### **La cécité évitable. Aperçu sur le trachome en 25 points**

*Le degré d'endémicité et la sévérité du trachome sont inversement proportionnels au niveau de développement socio-économique des populations. Cette cause de cécité évitable atteint encore de nos jours 500 millions de personnes, surtout dans les pays en voie de développement.*

1. Le trachome et ses complications sont encore aujourd'hui la principale cause de cécité et de perte de vision évitables dans le monde.
2. D'après les estimations, il y aurait environ 500 millions de cas, la plupart dans les pays en voie de développement.
3. Le trachome est responsable de quelque 2 millions de cas de cécité et d'un nombre beaucoup plus grand de pertes partielles de vision.
4. Le trachome fait peser sur la société un lourd fardeau: souffrances humaines réclamant soins et assistance; et grave handicap pour l'éducation et la vie active.
5. Les manifestations cliniques du trachome vont de l'atteinte grave entraînant la cécité à des formes relativement bénignes pouvant évoluer vers la guérison spontanée.
6. Le trachome est une affection chronique causée par des micro-organismes du genre Chlamydia, très proches des bactéries, mais qui, comme les virus, sont des parasites intracellulaires.

7. Le trachome peut se transmettre par contact direct ou indirect. Le surpeuplement, le manque d'eau salubre une hygiène défectiveuse, voilà autant de facteurs qui favorisent sa propagation. L'exposition répétée à l'infection, les réinfections et les rechutes contribuent en outre à l'aggravation du mal.
8. Des surinfections bactériennes peuvent compliquer et aggraver le tableau clinique ainsi que le pronostic du trachome.
9. Le trachome est l'une des maladies les plus anciennes que l'on connaisse. Il était vraisemblablement déjà présent aux troisième et deuxième millénaires av. J.-C. dans l'ancienne Egypte, en Mésopotamie et en Chine.
10. Autrefois mal universel, observé sur tous les continents et à peu près sous tous les climats, le trachome ne pose pratiquement plus de problème de santé publique dans les pays les plus développés, mais reste très répandu dans beaucoup de pays peu développés.
11. Le degré d'endémicité et la sévérité du trachome sont inversement proportionnels au niveau de développement socio-économique des populations.
12. Théoriquement, la meilleure façon de maîtriser le trachome, comme d'autres maladies transmissibles, est d'améliorer les conditions de vie des populations.
13. Pour le traitement à grande échelle la méthode de choix est l'application topique de préparations ophtalmiques à base d'antibiotiques. Les sulfamides peuvent être utilisés sous contrôle médical.
14. Le traitement doit être poursuivi pendant plusieurs mois. Une formule de soins intermittents consistant à traiter les malades quelques jours par mois pendant plusieurs mois a été mise au point dans le cadre des projets soutenus par l'OMS et le FISE (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance). Elle permet de traiter un plus grand nombre de cas sans perte d'efficacité.
15. Jusqu'à présent, l'OMS a fourni une assistance technique directe à 21 pays pour la mise en place de programmes de lutte contre le trachome, le plus souvent en collaboration avec le FISE. En outre elle a fourni des conseils techniques et procuré des moyens de formation à plusieurs autres pays.
16. La méthodologie et les critères recommandés par l'OMS pour les campagnes contre le trachome figurent dans un guide technique intitulé «Méthodologie de la lutte contre le trachome» (VIR/70.3).
17. Le taux de guérison n'est pas le seul critère d'évaluation des résultats obtenus; il faut aussi tenir compte de la mesure dans laquelle la sévérité de la maladie est atténuée, ce qui se traduit par un moindre risque pour l'individu et pour la collectivité.
18. Etant donné la longueur du traitement antitrachomateux, il est difficile et coûteux de mener des campagnes de lutte spécialisées. Mais, il est désormais possible d'intégrer la lutte contre le trachome dans l'activité normale des services de santé généraux – à condition qu'ils soient adéquats – ce qui permet de réduire les dépenses tout en assurant une meilleure couverture de la population.
19. Il est possible de cultiver l'agent du trachome en laboratoire, mais jusqu'ici les tentatives faites pour préparer un vaccin efficace n'ont guère été fructueuses, la protection conférée restant très partielle et temporaire.
20. Le traitement médical peut arrêter le processus infectieux mais pour les tissus déjà traités ou lésés, une intervention chirurgicale est parfois nécessaire. En opérant le trichiasis, on arrive à empêcher l'apparition de complications graves conduisant à la perte de vision.
21. Dans toute campagne de lutte contre le trachome, l'éducation sanitaire est un élément essentiel. Il se pourrait même qu'à long terme ce soit le type d'activité qui donne les meilleurs résultats.
22. Dans certains pays et certaines régions, la lutte contre le trachome n'est pas prioritaire à cause de l'existence d'autres problèmes de santé. C'est souvent un manque d'information qui fait qu'on ne se rend pas toujours compte qu'il est possible d'obtenir des résultats satisfaisants pour une dépense modérée. L'OMS et le FISE peuvent, dans certaines limites, fournir sur demande aux pays une assistance à cet égard.
23. Formation de personnel national, utilisation des auxiliaires de santé et mobilisation d'autres ressources humaines, notamment les enseignants, les travailleurs sociaux et les chefs ou animateurs de collectivités, sont des éléments essentiels des activités de lutte contre le trachome soutenues par l'OMS.

24. Les recherches en cours – en partie subventionnées par l'OMS – visent à déterminer les caractéristiques de l'agent du trachome et sa sensibilité aux antibiotiques ainsi qu'à élucider l'histoire naturelle de la maladie dans les zones d'endémicité, ce qui devrait aider à mettre au point de meilleures méthodes de lutte.

25. La question des rapports entre le trachome et la conjonctivite à inclusions – affection similaire plus bénigne – doit encore être élucidée. Des recherches sont également nécessaires sur le problème des localisations extra-oculaires de l'agent du trachome, dont diverses communications ont fait état.