

La Campagne de Vaccination contre la Tuberculose en Tunisie

La recrudescence du péril tuberculeux, consécutif à la guerre, n'a pas épargné la Tunisie, pays où la tuberculose frappe avec une grande sévérité la population jeune. Les statistiques de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse présentent ces constatations.

D'une part, pour Tunis, on peut opposer les chiffres de 33 décès pour 10.000 habitants en 1939, à 40 pour 10.000 en 1946. D'autre part, la moyenne générale de tuberculisation est élevée.

Tous les jeunes infectés ne deviennent pas des malades; mais l'infection tuberculeuse précoce est particulièrement grave, car plus le sujet est jeune, plus elle a tendance à se développer pouvant entraîner la mort ou préparant la « tuberculose maladie » des sujets plus âgés.

Dans le cadre général de la lutte antituberculeuse, le problème de la tuberculose chez l'enfant et sa prophylaxie sont au premier plan des préoccupations du Ministère de la Santé Publique de Tunisie. Hygiénistes et cliniciens, tous sont convaincus que la prophylaxie réussit, mieux que le traitement, à limiter les ravages du fléau.

Nous laisserons volontairement de côté, dans cette étude, parmi les principes de base de prophylaxie, qui sont multiples :

— l'isolement du malade, du fait du caractère contagieux de cette maladie, isolement rigoureux du reste difficile, presque impossible pour une maladie dont la carrière peut se poursuivre pendant de longues années;

— le dépistage précoce par les examens radioscopiques systématiques, pratiqués soit aux dispensaires soit par éléments mobiles;

— l'amélioration des conditions d'existence des populations : nourrir, habiller, loger les gens constituent, en effet, un des côtés les plus importants de la défense contre la tuberculose, maladie sociale;

— le développement des cantines scolaires et l'institution d'un goûter pour les élèves déficients.

Nous ne voulons parler ici que du moyen de protection qu'est la vaccination antituberculeuse par le B.C.G. Malgré les tempêtes, les critiques et les calomnies, le vaccin français de Calmette a résisté pendant 25 ans et il se trouve maintenant reconnu comme une méthode solide et inoffensive. Des améliorations considérables, tant dans la préparation du vaccin que dans sa technique d'administration, ont été réalisées.

Son innocuité et son efficacité sont les conclusions formelles des conférences tenues à Washington le 7 septembre 1946 et à Paris et Lille en juin 1948. L'approbation et la diffusion de cette méthode de prévention par les pays étrangers ont incité la Tunisie à accepter, en octobre 1948, l'offre généreuse qui lui a été faite, en particulier sur l'initiative du Professeur Debré, au nom du Fonds International de Secours à l'Enfance, par le Docteur Johannès Holm, Direc-

teur de l'Institut d'Etat du Sérum à Copenhague, Président du Comité des Experts pour la Tuberculose à l'Organisation Mondiale de la Santé, et le Professeur Henry Bonnet, Directeur des Etudes Techniques du F.I.S.E., de participer à la Campagne Internationale de Vaccination contre la tuberculose, campagne qui a débuté en Europe Centrale fin 1946.

Consécutif à un séjour fait en Tchécoslovaquie par quatre médecins de Tunisie, destiné à leur permettre de suivre l'organisation d'une vaccination générale par le B.C.G., un plan de campagne de vaccination de masse en Tunisie fut établi par les services du Ministère de la Santé Publique et approuvé par une commission médicale composée de phthisiologues et de pédiatres de Tunisie.

Un accord, signé le 31 mars 1949 entre l'Œuvre Commune (organisation qui assure la coopération entre le F. I. S. E. et les sociétés scandinaves de la Croix-Rouge) et le Ministère des Affaires Etrangères du Gouvernement de la République Française, prévoit que tous les sujets de 1 à 18 ans, au plus, seront d'abord soumis à l'action de la tuberculine et vaccinés ensuite, lorsque cela est possible. Ultérieurement, la limite d'âge supérieure a été portée à 24 ans. Les vaccinations sont réalisées par injection intradermique du vaccin B.C.G., préparé par l'Institut Pasteur de Paris.

Pour le déroulement des opérations de vaccination, on utilise l'architecture administrative et médicale du pays (Contrôles Civils, Bureaux des Affaires Indigènes, Caïdats, Cheikhats, d'une part; Circonscriptions médicales, d'autre part)

Cette campagne antituberculeuse a commencé le 17 octobre 1949 par la Circonscription administrative du Kef. Au début de décembre, en raison des mauvaises conditions atmosphériques (froid et pluie) des régions du Nord de la Tunisie, les équipes médicales ont opéré dans les Territoires Militaires du Sud Tunisien, et la vaccination s'étend progressivement du Sud au Nord de la Régence.

Avant d'entrer dans le détail des opérations, précisons qu'en six mois, du 17 octobre 1949 au 17 avril 1950, 137.356 sujets ont été testés et contrôlés, sur lesquels 84.479 ont été vaccinés par le B.C.G. (Planche N° 1).

I. — PROPAGANDE ET PLAN DE TRAVAIL

Le Médecin de la Santé Publique, responsable de la campagne B.C.G. sur le plan tunisien, fait une première conférence d'information au Contrôle Civil ou au Caïdat, ou au Bureau des Affaires Indigènes.

A cette réunion, assistent le Contrôleur Civil ou le Chef du Bureau des Affaires Indigènes, le Caïd, le Médecin de la Santé Publique, chef de circonscription médicale, les Cheikhs accompagnés des notables les plus influents de la circonscription.

A l'issue de cette causerie, le plan de travail est mis sur pied. Les lieux de rassemblement sont précisés pour chacun des cheikhats, sur une carte détaillée de la région, mentionnant les divisions administratives, l'état des routes, les distances kilométriques et le chiffre approximatif de la population de 1 à 24 ans, susceptible d'être présente aux rassemblements.

Le médecin de la Santé Publique et le Cheikh local indiquent les lieux de rassemblement. Ceux-ci sont en général au nombre de 3 pour une journée, mais selon l'étendue de la région, ils peuvent être portés au nombre de 5 ou de 6. Le succès du deuxième rassemblement est, en effet, fonction du minimum de déplacement imposé à la population.

Les jours de « souk » sont bien entendu écartés, aussi bien pour le premier que pour le deuxième rassemblement. L'élaboration du programme devient ainsi difficile dans les régions où les marchés sont nombreux au cours de la même semaine.

A l'issue de cette réunion, qui a lieu environ une ou deux semaines avant les

TUNISIE

CAMPAGNE B.C.G.

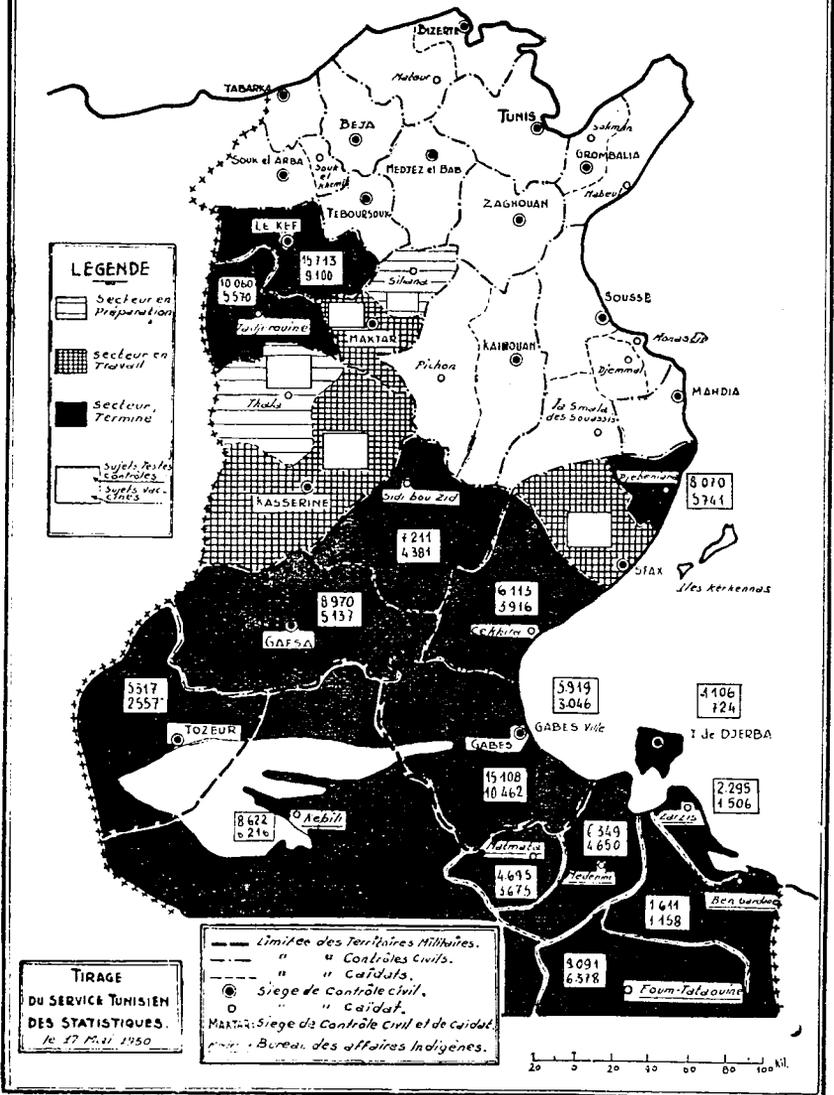


PLANCHE N° 1

opérations de vaccination, chaque cheikh reçoit, à titre de propagande, des affiches de grand format de la Campagne Internationale contre la Tuberculose et des tracts.

Dans les villes plus importantes (Gabès, Gafsa, Tozeur) dans les centres miniers (Metlaoui, Redeyef, Moularès), le public a été invité à une conférence d'information sur la campagne B.C.G. au cours de laquelle ont été projetés trois films, l'un réalisé en Tchécoslovaquie intitulé « Notre ennemie, la tuberculose », le second relatant les débuts de la vaccination au Maroc, le troisième intitulé « La Bataille pour la santé », court métrage des Actualités Françaises de Tunisie. Ce dernier film montre le départ officiel de la caravane B.C.G. à Tunis le 17 octobre 1949, donné par le Résident Général, en présence du Ministre de la Santé Publique et du Professeur Bonnet, ainsi que l'exécution des premiers tests tuberculitiques le 18 octobre dans la région du Kef, en présence de Madame Jean Mons.

Dans les villes de Gabès, Gafsa, Sfax, et dans les centres miniers des visites individuelles ont été faites à tous les médecins libres afin de leur demander leur appui. Au cours de ces visites, ces médecins ont reçu toutes les brochures et la documentation fournie par la Campagne Internationale contre la Tuberculose et des précisions leur furent données sur les réactions vaccinales possibles.

Informé par une circulaire du Directeur de l'Instruction Publique, l'ensemble du personnel enseignant de chacune des villes comme Gafsa, Gabès, Sfax, a été d'autre part convié à une conférence B.C.G., avec projection de films.

Un appareil de projection sonore de 16 m/m. du Ministère de la Santé Publique a permis d'informer le personnel des Formations Sanitaires (infirmières et infirmiers, assistantes sociales, sages-femmes) aux lieux mêmes de leurs occupations. Dans les régions rurales, dans les Territoires Militaires du Sud, le camion cinématographique de la Résidence a permis la projection de films en langue arabe, dans les coins les plus reculés : Tatahouine, Ghoumrassen, Ben Gardane, Médenine, Oudref, etc...

Des causeries radiophoniques ont été faites dans l'île de Djerba, à Gabès, avec distribution de tracts. Tous les mois, une conférence sur le B.C.G. est faite en langue arabe sur les antennes de Radio-Tunis par un médecin de Tunis. Des articles émanant d'autorités médicales ont paru dans les journaux tunisiens. Un radio-reportage a eu lieu en janvier 1950, sur les lieux mêmes du travail, dans l'Oasis d'Oudref. Ajoutons que très prochainement, courant mai 1950, un film « Guerre à la Tuberculose », réalisé en Tunisie, permettra d'étendre encore la propagande.

II. — TECHNIQUE DU TRAVAIL

En Tunisie, comme nous l'avons déjà signalé, la vaccination par le B.C.G. est exclusivement réservée aux enfants et adolescents de 1 à 24 ans, reconnus anergiques après un seul test (jusqu'à 12 ans, réaction de Moro, au-dessus de 12 ans, réaction de Mantoux). Au-dessous de 1 an, la vaccination des nourrissons est différée, pour éviter les rassemblements massifs de ces derniers.

Quatre équipes médicales concourent à la réalisation de la vaccination. Deux d'entre elles sont des équipes internationales composées de médecins et d'infirmières de la Métropole, équipées et rémunérées par l'Œuvre Commune (une infirmière danoise a été récemment incorporée). Deux sont des équipes locales, recrutées en Tunisie et rétribuées par le Gouvernement Tunisien. L'une de ces équipes locales est dirigée par un médecin tunisien musulman, assisté de quatre infirmières tunisiennes musulmanes. Elle a commencé à travailler le 15 février 1950. Chaque équipe médicale comprend 10 personnes : 1 médecin, 4 infirmières, 3 secrétaires et 2 conducteurs de véhicules automobiles.

Les équipes ont toujours leur base au siège d'une circonscription médicale. Chaque membre de l'équipe a reçu du matériel pour le logement et la nourriture,

ce qui a beaucoup facilité et amélioré le problème du logement puisqu'il suffisait de trouver des locaux vides.

Nous avons occupé le plus souvent possible nos formations sanitaires (infirmerie-dispensaire, hôpitaux, internats d'hôpitaux), des villas mises à notre disposition par les Bureaux des Affaires Indigènes, des locaux scolaires, des locaux militaires, etc... A deux reprises (Kébili et Djerba), notre personnel a dû être logé dans les hôtels. Mais le campement n'a jamais été nécessaire.

L'organisation, quelquefois malaisée, des rassemblements des populations, les grandes distances parcourues sur des pistes souvent difficilement praticables pendant la saison des pluies, prolongent parfois involontairement les opérations tard dans la soirée. Il est arrivé que certains rassemblements n'aient pu être atteints; pour d'autres, il a fallu faire de très longs détours.

Une ou deux journées supplémentaires de travail sont ajoutées dans chaque secteur en fonction de ces facteurs imprévisibles (état des pistes, révision du matériel automobile).

Les équipes se dédoublent asymétriquement pour répondre aux exigences en personnel très différentes des deux opérations. Lors du premier rassemblement, deux infirmières seulement, en effet, sont nécessaires pour l'exécution des tests.

Tous les enfants de 1 à 12 ans reçoivent une percuti-réaction ou réaction de Moro ou Patch. Pour les adolescents au-dessus de 12 ans, une intradermoréaction de Mantoux de 10 unités de tuberculine P. P. D. est pratiquée au niveau de l'avant-bras. Notons que les médecins-chefs d'équipe sont satisfaits des réactions de Moro et de Mantoux. La réaction de Moro est appréciée, d'une part, des jeunes patients pour sa rapidité d'exécution et, d'autre part, des médecins pour sa lecture facile, même sur des peaux bronzées. Dans la plupart des cas, cette réaction n'entraîne aucun phénomène inflammatoire; cependant, il a été constaté parfois de grosses réactions phlycténulaires. Par ailleurs, dans les Territoires Militaires du Sud, en raison de la température élevée, il a été, dans certains cas, nécessaire d'utiliser, du côté droit, un sparadrap témoin afin d'écarter toute cause d'erreur, due à la macération de la peau (sudamina, etc...).

L'intradermoréaction de Mantoux est pratiquée avec 10 unités, et elle a donné quelques réactions.

Aucune identité n'est prise ce jour-là. Le chauffeur de l'équipe se borne à compter le nombre des réactions de Moro et des réactions de Mantoux exécutées.

Trois jours plus tard, le deuxième rassemblement a lieu à la même heure et au même endroit. Cette deuxième séance de travail plus importante est réalisée, avec le concours du médecin, de deux infirmières et de trois secrétaires, suivant le schéma classique des trois tables, plus ou moins espacées les unes des autres, selon l'importance du rassemblement :

— première table : établissement des fiches d'identité;

— deuxième table : lecture des tests et remise aux allergiques d'un certificat bleu bilingue de « non vaccination »;

— troisième table : vaccination par voie intradermique de 1/10 cm³ représentant 1/10 de milligramme de vaccin B.C.G. de l'Institut Pasteur de Paris et remise d'un certificat gris bilingue de vaccination.

Dans les débuts de la campagne, les sujets allergiques, ne recevant pas de piqûres et, par conséquent, pas de certificat, étaient désappointés. C'est pour remédier à cette situation que nous leur donnons, et cela depuis plusieurs mois, un certificat bleu bilingue de « non vaccination » rédigé très simplement. Tout certificat est, en effet, soigneusement gardé par la population musulmane, fait qui a été constaté fréquemment lors des contrôles.

Malgré cette amélioration, un pourcentage assez élevé de sujets ne se présentent pas à la deuxième séance.

Voici, du reste, les chiffres arrêtés au 6^e mois de la campagne :

Présents au premier rassemblement.....	182.981
Présents au deuxième rassemblement.....	137.356
	<hr/>
Déchets.....	45.625

Le pourcentage des absents est donc, en moyenne de 25 %, allant de 18,5 % dans le contrôle civil de Gabès (chiffre le plus bas) à 33,79 % dans le contrôle du Kef (chiffre le plus élevé). (Planche II).

Les collectivités scolaires sont examinées dans leurs locaux respectifs. Les rassemblements des garçons et jeune gens ont lieu presque toujours en plein air; devant l'école, le dispensaire, la maison du Cheikh, etc... Pour maintenir l'ordre et obtenir la discipline, l'équipe emmène avec elle tous les jours un ou deux spahis de l'Oudjak, prêtés soit par le Contrôle Civil, soit par le Caïdat. Les séances de travail ont lieu le plus souvent possible en présence du Cheikh local. Les Contrôleurs Civils et les Caïds assistent en général aux premiers rassemblements de leurs secteurs.

Les jeunes filles et les jeunes femmes sont examinées à part et nous leur demandons de se grouper dans les maisons des notables ou des cheikhs; à noter que la présence d'une femme-médecin à la tête d'une de nos équipes semble faciliter beaucoup ce travail.

Le travail a pu être organisé et réalisé dans les meilleures conditions grâce aux véhicules automobiles et au matériel médical fourni par l'œuvre commune. Nos équipes sont dotées de neuf station-cars (deux par équipe, plus une voiture de secours). Un camion lourd assure le déménagement des équipes. Ces voitures donnent satisfaction au point de vue mécanique, malgré l'effort important qui leur est demandé.

La qualité du matériel médical (seringues, aiguilles) est appréciée du personnel médical. Les chefs d'équipe préfèrent les seringues courtes et les aiguilles en acier. Nous en possédons une réserve importante.

Les réfrigérateurs sont au nombre de quatre. Sur ces quatre réfrigérateurs, deux sont des réfrigérateurs à pétrole, deux sont électriques (modifications apportées à Tunis aux deux frigidaires à moteur à essence, fournis par Copenhague). Ils suivent les équipes dans leurs bases successives et contribuent à l'organisation parfaite de la chaîne du froid.

III. — RESULTAT DU TRAVAIL

STATISTIQUES

C'est à l'Hôpital de la Libération de Tunis que se trouve la base centrale de la Campagne Internationale de Vaccination contre la Tuberculose.

Dans cet immeuble très moderne, nous disposons d'une vaste pièce, très bien aérée, de 17 mètres sur 7 mètres. Les murs de cette pièce sont recouverts de tableaux permettant de suivre la marche et les résultats du travail :

— cartes détaillées de chaque secteur où la vaccination est en cours, avec, au-dessous, le programme de travail et le nom des membres de l'équipe;

— carte de la Tunisie, représentant par des hachures différentes les secteurs où la vaccination est terminée, ceux où elle est en cours et ceux où elle est en voie de préparation;

— différentes cartes de la Tunisie — divisions administratives (Contrôles, Caïdats, Cheikhats) — voies de communication et distances kilométriques — carte de l'Office Postal — cartes sanitaires de la densité de la population;

— tableau représentant par des courbes les résultats des statistiques, mois après mois.

Toutes les semaines, chacune des équipes envoie au Bureau Central toutes indications nécessaires et notamment les fiches individuelles des sujets examinés. Les rapports mensuels, groupant la totalité des renseignements, parviennent au bureau au début de chaque mois.

CAMPAGNE B.C.G. TUNISIE

Nombre de Testes Contrôlés et de Vaccinations

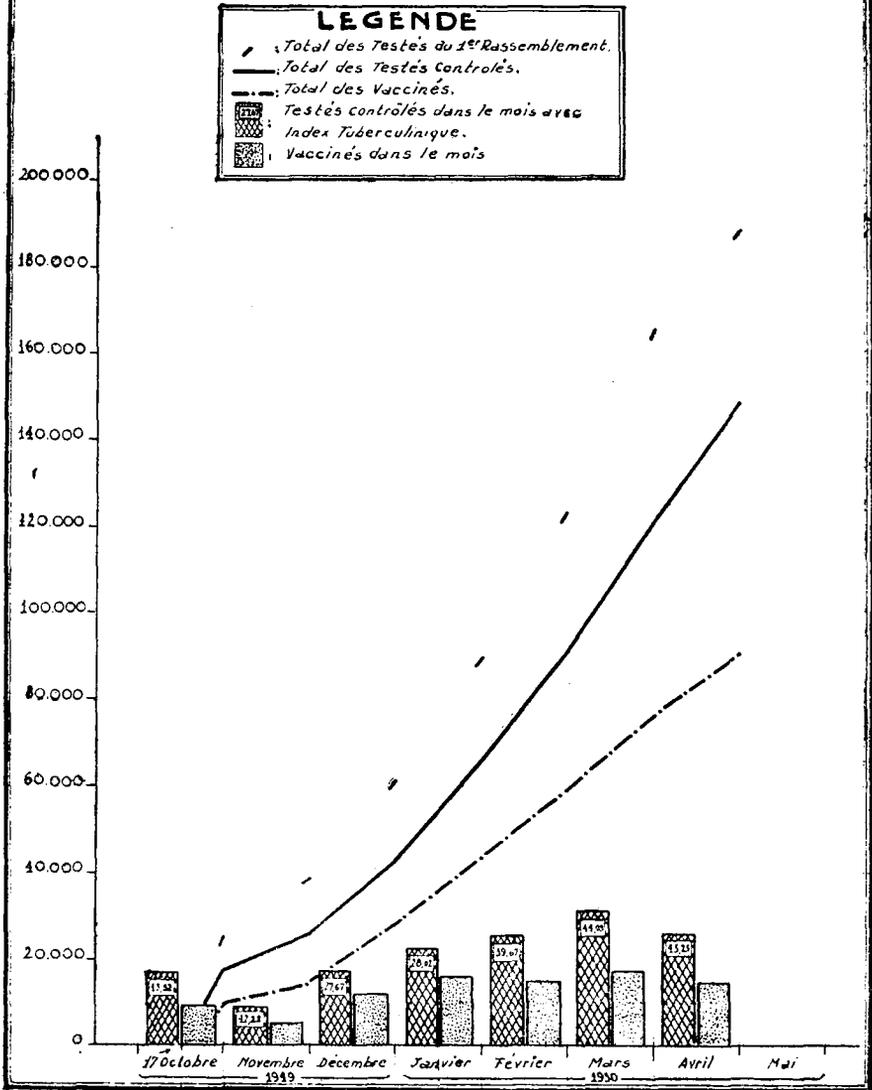


PLANCHE II

Le statisticien établit alors pour chaque Caïdat des bilans généraux, par année d'âge, un pour le sexe masculin et un pour le sexe féminin. Les statistiques ainsi obtenues sont transmises périodiquement à un bureau central de statistique pour les trois campagnes d'Afrique du Nord, qui est installé à Rabat. Il est lui-même en rapport avec Copenhague, où les renseignements de tous les pays adhérant à la C. I. T. sont centralisés.

Voici, par Contrôles Civils et par Caïdats, les testés, contrôlés et vaccinés, depuis le début de la campagne :

Contrôles Civils	Caïdats	1er Rassbl'	Deuxième Rassemblement			
			Contrô- lés	Positifs	Néga- tifs	Vacci- nés
Le Kef Oct.-Nov. 1949	Le Kef	22.895	15.713	6.455	9.258	9.099
	Tadjérouine . . .	16.030	10.060	4.506	5.554	5.568
		38.925	25.773	10.961	14.812	14.667
Territoires Militaires du Sud Déc. 1949 Janvier 1950	Tatahouine . . .	11.826	9.091	2.659	6.432	6.378
	Ouerghemma . . .	13.966	10.378	2.922	7.456	7.459
	Matmatas	6.422	4.695	1.049	3.646	3.675
	Nefzaoua	11.007	8.622	2.468	6.154	6.216
		43.221	32.786	9.098	23.688	23.728
Djerba Janvier 1950	Djerba	1.302	1.106	383	723	724
Tozeur Février 1950	Djérid	7.170	5.317	2.777	2.540	2.557
Gabès Janv.-Fév. 1950	Gabès	25.773	21.027	7.515	13.512	13.508
Gafsa Fév.-Mars 1950	Gafsa	12.696	8.970	3.829	5.141	5.137
	Hammania Dc- hara	9.240	7.211	2.996	4.215	4.381
		21.936	16.181	6.356	9.356	9.518
Sfax Fév.-Mars Avril-Mai	Skira	8.345	6.113	2.256	3.857	3.976
	Djébéniana . . .	11.510	8.070	3.071	4.999	5.017
	Sfax		(EN COURS)			
Kasserine Avril-Mai	Kasserine		(EN COURS)			
	Thala		(EN COURS)			
Maktar Avril-Mai	Ouled Ayar . . .		(EN COURS)			
	Ouled Aoun . . .		(EN COURS)			

Et voici, mois par mois, les chiffres des contrôlés et vaccinés depuis le début de la campagne :

	Contrôlés	Vaccinés	TOTAUX à la fin de chaque mois	
			Contrôlés	Vaccinés
			17 Octobre 1949....	16.977
Novembre	8.893	5.138	25.870	14.815
Décembre	17.059	12.337	42.929	27.152
Janvier	22.707	16.344	65.636	43.496
Février	25.487	15.376	91.123	58.872
Mars	31.307	17.500	122.430	76.372
17 Avril 1950.....	14.926	8.107	137.256	84.479

MARCHE GENERALE DE LA CAMPAGNE

En Tunisie, la vaccination s'arrêtera le 15 juin du fait du Ramadan et vraisemblablement, à cette date, les opérations seront terminées dans les Contrôles Civils de Kasserine, de Maktar, de Sfax et de Kairouan. Elle reprendra le 1er septembre dans les Contrôles Civils de Tabarka et de Béja : pendant le mois d'octobre, les équipes opéreront dans les Contrôles Civils de Souk-el-Arba, Tébourouk et Medjez-el-Bab; les Contrôles de Zaghouan, Sousse et Mahdia seront vaccinés en novembre et décembre; ceux du Cap-Bon et de Bizerte en décembre et janvier. Les opérations se termineront par le Contrôle Civil de Tunis en janvier, février et mars 1951.

Le programme complet sera donc très probablement exécuté le 1er avril 1951. La « démobilisation » des équipes se fera progressivement au cours du mois de mars.

Les résultats énoncés ci-dessus vont nous permettre de réaliser pour l'ensemble de la Régence une carte précise de l'endémicité tuberculeuse.

Nous avons pu déjà l'établir pour tous les secteurs examinés (voir carte de l'index tuberculinique (Planche III).

De la lecture de cette carte nous tirerons les conclusions suivantes :

— l'index tuberculinique le plus faible est celui des Territoires Militaires du Sud et tout particulièrement celui de la région des Matmatas, région montagneuse au climat sec où la population, exclusivement rurale, est sédentaire et très clairsemée;

— l'index tuberculinique le plus élevé se trouve dans les Oasis de Tozeur, Gafsa et Gabès, probablement du fait de la densité élevée de la population.

Le tableau de la planche IV montre les variations de l'index tuberculinique selon le sexe. Si l'on excepte le Caïdat de Fom-Tatahouine, l'index tuberculinique du sexe féminin est toujours inférieur à celui du sexe masculin, tout en conservant la même progression.

La recherche de l'allergie chez les sujets vaccinés est pratiquée deux mois après les opérations de vaccination par le médecin, chef de mission, délégué de l'Œuvre Commune. Les tests utilisés sont les Moros jusqu'à 12 ans et les Mantoux 10 unités au-dessus de 12 ans. Les résultats obtenus sont consignés.

Comme tous ceux qui utilisent le vaccin B.C.G. sur une large échelle, nous avons observé quelques rares incidents.

Disons tout d'abord que nous n'avons constaté aucune réaction générale importante. Il est à remarquer que les familles et parfois les médecins ont tendance à mettre à l'actif du B.C.G. tous les incidents qui peuvent survenir postérieurement à l'inoculation, alors que dans la plupart des cas ils n'ont aucun rapport avec elle.

TUNISIE - CAMPAGNE B.C.G.

**INDEX TUBERCULINIQUE
VARIATIONS SUIVANT LE SEXE**

GARÇONS
 FILLES

Moyenne.

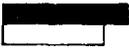
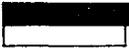
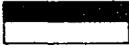
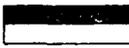
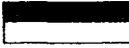
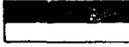
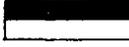
<i>Matmata</i>		22.33 18.04	20.38
<i>Kébili</i>		23.55 21.90	22.85
<i>Médenine</i>		25.77 21.41	23.97
<i>Foum-Tatahouine</i>		23.32 25.05	24.15
<i>Caïdat de Gabès</i>		27.29 22.59	25.11
<i>Sidi Bou Zid</i>		32.51 31.98	32.25
<i>Le kef</i>		35.69 30.07	33.15
<i>Maharès</i>		35.97 30.95	33.81
<i>Tadjerouine</i>		36.72 34.34	35.71
<i>Gafsa</i>		42.18 33.12	38.81
<i>Djebeniana</i>		43.80 30.61	38.95
<i>Gabès (ville)</i>		50.23 38.16	45.55
<i>Tozeur</i>		50.40 37.86	45.70

PLANCHE IV

Nous avons observé cependant quelques adénites qui se résorbent en général à plus ou moins longue échéance ainsi que les réactions vaccinales locales souvent entretenues par grattage.

Les différents contrôles exécutés n'ont, bien entendu, permis de revoir jusqu'ici qu'un nombre limité de vaccinés. Les recherches d'allergie ont donné les résultats suivants :

Pour la région du Kef, la moyenne d'allergie obtenue a été de 73,66 %. La technique se perfectionnant au fur et à mesure du déroulement de la campagne, le pourcentage d'allergie obtenue après vaccination est allé en augmentant.

C'est ainsi que pour la région de Médenine et Foum-Tatahouine (décembre 1949), il a été de 88,3 %. Pour la région de Kébili (janvier 1950), il a été de 95,1 % et enfin pour la région de Gabès (février 1950), il a été de 100 %.

A ce sujet, nous devons signaler que depuis le 3 janvier 1950, en attendant que l'Institut Pasteur de Tunis qui s'y prépare soit à même de le faire, l'Institut Pasteur de Paris fait une expédition de vaccin B.C.G. bi-hebdomadaire, alors qu'au début de la campagne le vaccin n'était adressé qu'une fois par semaine; ainsi, les équipes n'emploient jamais un vaccin vieux de plus de cinq jours.

En effet, le vaccin B.C.G., préparé spécialement à Paris, pour la vaccination en Tunisie, le matin même de son expédition, est confié à Air France l'après-midi, voyageant dans un emballage spécial conçu pour maintenir une température ne dépassant pas plus de 3°. Il est reçu à Tunis dans la soirée, immédiatement entreposé en réfrigérateur; puis de là, placé dans d'autres caisses isothermiques, il est acheminé dans la nuit ou aux premières heures de la matinée aux points de stationnement des diverses équipes, où il est à nouveau déposé dans d'autres réfrigérateurs, en général à pétrole.

Les 24 heures nécessaires à son acheminement permettent à l'Institut Pasteur de Paris de vérifier si ce vaccin n'a pas été souillé lors de sa préparation. C'est alors qu'est envoyée télégraphiquement l'autorisation d'utilisation. Dès ce moment, les ampoules de vaccin de l'arrivage précédent sont détruites. Les nouvelles ampoules, placées dans des bouteilles thermos, sont alors expédiées de la base de l'équipe au lieu de travail proprement dit.

Tout ceci concourt à former ainsi une « chaîne du froid » parfaite, puisque jamais à aucun moment, le vaccin n'a été exposé à la chaleur ambiante.

Le Ministère de la Santé Publique a complété cette lutte prophylactique en organisant deux ou trois mois après la vaccination, les examens radioscopiques systématiques dans les collectivités scolaires. Mais les moyens dont le Ministère dispose ne permettent d'examiner à la radioscopie que les enfants ayant réagi positivement à la tuberculine.

Grâce à un appareil de radioscopie portatif et démontable, un médecin phthisiologue radiologue de la Santé Publique examine, école par école, tous les sujets positifs. Les cas douteux décelés sont confiés aux médecins inspecteurs scolaires ou aux médecins de la Santé Publique; cette disposition récente complète heureusement la lutte prophylactique entreprise.

Dans certains secteurs, la radioscopie systématique a été également pratiquée chez les sujets vaccinés.

C'est ainsi qu'en conjuguant les deux opérations de vaccination de tous les anergiques et de dépistage de tous les allergiques, si possible au même moment, nous pourrions espérer, dans un avenir très proche, constater une régression importante de l'endémicité tuberculeuse en Tunisie.

Cependant, il est à regretter que certains éléments de la population, mal in-

formés ou de mauvaise foi, aient cru bon, non seulement de s'abstenir de répondre aux convocations précises mais encore de répandre autour d'eux des bruits propres à nuire à la bonne marche de la campagne. Mais, d'un autre côté, il convient de souligner que les autorités françaises et tunisiennes ont apporté leur plus entier concours à la réussite de ces opérations. Elles montrent ainsi à la fois le souci permanent qu'elles ont de la santé des populations et la reconnaissance qu'elles portent au Fonds International de Secours à l'Enfance pour sa belle initiative.

Docteur Jean GOUJOU,
du Ministère de la Santé Publique.