

La Campagne de Vaccination contre la Tuberculose en Tunisie

La Tunisie, pays dans lequel la recrudescence de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses avait été particulièrement nette au lendemain de la guerre, devait profiter de la vaccination B.C.G.

La prophylaxie par la vaccination de masse apparaît, en effet, à l'heure actuelle, comme un moyen efficace de lutte contre l'extension de la Tuberculose dans ce pays. C'est la seule façon de réaliser, en peu de temps, la protection effective de l'ensemble de la population, et par suite d'opposer un barrage à l'endémie tuberculeuse.

LA CAMPAGNE INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le B.C.G., étudié par Calmette depuis 1908, a été appliqué pour la première fois chez l'homme en 1921, à Paris.

Depuis cette date, l'emploi du vaccin a été constamment développé et particulièrement étudié par les Scandinaves qui les premiers ont tendu à généraliser la vaccination dans leur pays.

C'est au printemps 1947 que fut entreprise pour la première fois sur une grande échelle une campagne de masse par le B. C. G. — Initiative de la Croix-Rouge Danoise, elle a débuté en Hongrie, en Pologne et en Tchécoslovaquie et bientôt, avec la participation de la Croix Rouge Suédoise et de l'Aide Norvégienne à l'Europe a pu s'étendre à d'autres pays d'Europe.

En mars 1948, le Fonds International de Secours à l'Enfance (F. I. S. E.), se joignant aux organismes scandinaves, sous le nom d'Œuvre Commune, décida d'apporter son aide financière à cette campagne dès lors, Campagne Internationale contre la Tuberculose (C. I. T.) à laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé (O. M. S.) apportait sa participation technique.

Grâce à l'activité de l'Œuvre Commune, la Campagne a pu être considérablement intensifiée et, en février 1949, un bureau de recherches a été créé par l'O.M.S. à Copenhague pour étudier les problèmes que pose la tuberculose dans le monde et en particulier celui de la vaccination en série par le B.C.G.

Enfin, depuis septembre 1950, la station pilote B.C.G. créée à Paris en 1948 et rattachée au Centre International de l'Enfance depuis la formation de ce dernier, travaille en étroite liaison avec le bureau de recherches de Copenhague à l'examen périodique de la qualité des vaccins B.C.G., d'origines diverses, utilisées dans la C. I. T.

NOMBRE DE PERSONNES TESTEES ET VACCINEES
par la C. I. T. au cours des campagnes scandinaves
antérieures au 1^{er} avril 1951

PAYS	Nombre examiné	Nombre de positifs	Nombre de vaccinés
Autriche	748.164	149.131	513.241
Tchécoslovaquie	3.421.875	1.036.656	2.088.446
Finlande	1.322.000	—	592.523
Grèce	1.505.379	319.896	1.032.912
Hongrie	3.095.145	1.903.412	1.081.391
Italie	50.401	14.902	28.636
Malte	54.968	9.962	33.770
Pologne	5.514.036	2.512.321	2.535.026
Yougoslavie	3.010.238	1.036.091	1.554.862
Réfugiés Arabes	211.323	25.751	148.137
Egypte	1.505.668	472.512	456.250
Israël	365.298	98.204	208.851
Lyban	42.463	5.354	28.311
Syrie	265.295	60.210	115.582
Algérie	1.464.871	458.348	587.542
Maroc	2.120.839	706.561	960.991
Tanger	21.089	8.771	7.493
Tunisie	581.888	170.217	258.985
Ceylan	109.218	89.196	79.151
Indes	3.426.184	1.656.499	1.185.474
Pakistan	649.923	278.533	208.870
Équateur	482.848	160.832	254.131
Mexique	179.975	50.575	83.880
Allemagne D. R. C.	1.658.868	540.715	511.663
Allemagne S. R. C.	3.678.737	1.233.323	1.367.999
Total au 1 ^{er} avril 1951	35.587.675	12.997.963	15.929.117

Une première étude sur la Campagne de vaccination contre la Tuberculose en Tunisie a déjà passé dans ce même « Bulletin Economique et Social de la Tunisie », en juin 1950; elle faisait le point de la question au 6^e mois des opérations. Nous rappellerons rapidement l'organisation générale de cette campagne de vaccination -- terminée officiellement le 15 avril 1951 --- et nous en tirerons des conclusions.

ORGANISATION DE LA CAMPAGNE EN TUNISIE

En juin 1948, la Tunisie a accepté l'offre généreuse qui lui a été faite, en particulier sur l'initiative du Professeur Débré, au nom du Fonds International de l'Enfance, de participer à la Campagne de Vaccination contre la Tuberculose.

En octobre 1948, le Docteur Joannès Holm, Directeur de la Campagne Internationale contre la Tuberculose et le Professeur Bonnet, directeur du Bureau C. I. T. pour l'Afrique du Nord examinèrent sur place, avec les autorités tunisiennes, les détails de la campagne,

En janvier 1949, à la suite d'un séjour d'information de quatre médecins tunisiens en Tchécoslovaquie où se déroulait la campagne B. C. G., un programme de vaccination de masse en Tunisie fut établi par les services du Ministère de la Santé Publique et soumis à la C. I. T.

Enfin, le 31 mars 1949 fut signé, entre l'Œuvre Commune et le Ministère des Affaires Etrangères, un accord prévoyant la vaccination en 18 mois de tous les sujets non allergiques, de 1 à 24 ans.

La C. I. T. fournissait un médecin-chef de mission, un administrateur et deux équipes de vaccination comprenant chacune un médecin et quatre infirmières.

Le Gouvernement Tunisien recrutait sur place deux équipes locales constituées des mêmes éléments, ceci destiné à permettre aux médecins et infirmières tunisiens d'acquérir la pratique de la vaccination et de perpétuer celle-ci après la fin de la campagne. Il recrutait aussi le personnel de secrétariat et de la statistique et assurait l'entretien des véhicules et du matériel fourni par la C.I.T.

Tuberculine et vaccin, provenant de l'Institut Pasteur de Paris, étaient à la charge de la C.I.T.

PLAN GENERAL DE LA CAMPAGNE

Pour le déroulement des opérations, le Ministère de la Santé Publique a utilisé l'architecture administrative et médicale du pays.

La campagne débuta le 17 octobre 1949 par un secteur d'essai, le Contrôle Civil du Kef où trois équipes travaillèrent simultanément afin de mettre au point les particularités techniques propres à la Tunisie.

Puis la Campagne de vaccination a procédé par secteurs confiés chacun à l'une des trois équipes (la quatrième équipe fut formée seulement en février 1950) qui, dès le mois de décembre 1949, ont opéré dans les territoires militaires du Sud tunisien et, progressivement, sont remontées vers le Nord en adoptant le programme suivant :

1949. — Octobre-Novembre : Secteur d'essai : Contrôle Civil du Kef.

Décembre-Janvier : Territoires Militaires; Contrôle Civil de Djerba.

1950. — Janvier-Février-Mars : Contrôles Civils de Tozeur, Gabès, Gafsa.

Mars-Avril-Mai-Juin : Contrôles Civils de Sfax, Kasserine, Maktar, Kairouan.

Arrêté pendant le Ramadan (15 juin) et la période de grosse chaleur Juillet-Août.

Septembre : Contrôles Civils de Tabarka, Béja.

Octobre : Contrôles Civils de Souk-el-Arba, Téboursouk, Medjez-el-Bab.

Novembre-Décembre : Contrôles Civils de Zaghouan, Sous-se, Mâdhia.

Décembre-Janvier : Contrôles Civils du Cap-Bon, Bizerte.

1951. — Février-Mars : Tunis banlieue, Tunis ville.

La campagne s'est terminée le 15 avril 1951.

PLAN DE TRAVAIL

Au cours des négociations qui précédèrent l'établissement du plan de campagne les autorités locales avaient insisté sur la difficulté d'atteindre les populations et de leur faire accepter les séances de test et de vaccination qui ont lieu à trois jours d'intervalle.

L'idée de vaccination n'était pas une innovation pour les populations rurales habituées aux mesures prophylactiques, antivarioliques et antityphiques dont elles apprécient l'efficacité, mais il fallait parvenir à les intéresser à cette nouvelle vaccination, s'assurer surtout la collaboration des autorités, sans lesquelles la campagne était vouée à l'échec, et l'aide des médecins praticiens : c'est dire toute l'importance du travail de préparation et de propagande dans chaque secteur.

C'est au cours d'une conférence d'information au Contrôle Civil, ou au Caïdat, ou au Bureau des Affaires Indigènes, faite par le Médecin de la Santé Publique responsable de la campagne B.C.G. sur le plan tunisien, que le plan de travail était mis sur pied.

PROPAGANDE

En milieu rural la propagande est simple, entièrement livrée à la bonne volonté des cheiks et des notables. Si leur collaboration à la campagne est acquise, si leur autorité est solidement établie, il suffit d'affirmer la réalité des consignes données par quelques affiches et quelques tracts, et les habitants, prévenus du passage des équipes et de la nécessité de la vaccination, se présentent, sans discussion, aux rassemblements.

Dans les villes, au contraire, une véritable campagne de propagande fut nécessaire :

- articles de presse, allant du simple communiqué à des articles détaillés, signés des diverses personnalités du monde médical;

- émissions radiodiffusées, interviews et radio-reportages des séances de vaccination;

- conférences avec projection de films (tournés lors des campagnes C. I. T. dans différents pays — dont un : « Guerre à la Tuberculose », tournée en Tunisie même) s'adressant tantôt au personnel paramédical, tantôt aux parents des élèves des écoles;

- conférences médicales s'adressant particulièrement aux médecins précisant les techniques utilisées. Certaines d'entre elles faites lors de leurs visites en Tunisie par le Professeur Debré et le Docteur Mande eurent un retentissement considérable sur l'opinion.

TECHNIQUE EMPLOYEE

Vacciner le plus grand nombre de sujets, de 1 à 24 ans, reconnus non allergiques à la tuberculine, tel était le but de la campagne.

Prévoyant la difficulté de contraindre les populations à des rassemblements successifs, les responsables de la campagne ont renoncé au principe idéal du double test et ont décidé de résumer les opérations en deux séances :

- une première séance de test de tous les sujets présents;
- trois jours après, une deuxième séance de contrôle des sujets testés et de vaccination des sujets non allergiques.

Chaque jour, l'équipe médicale était donc divisée en deux parties, chaque demi-équipe travaillant simultanément en deux points différents, l'une au test, l'autre à la vaccination.

Pour les tests, la technique utilisée fut différente selon l'âge : le Moro-Patch, de 1 à 6 ans, et l'intradermoréaction de Mantoux, au-dessus de 6 ans.

La technique employée pour la vaccination a été celle qui le fut au cours des premières opérations de masse : la méthode intradermique. Cette technique facilement réalisable sur une grande échelle entraîne chez les vaccinés un taux maximum d'allergie à la tuberculine et une allergie durable. La vaccination consiste en l'injection intradermique de 1/10 de cc. de vaccin au milieu de la région deltoïdienne de l'épaule.

La question du ravitaillement en vaccin a été, au cours de cette campagne B. C. G. en Tunisie, un souci constant.

En effet, le vaccin B. C. G. doit être utilisé dans les quinze jours qui suivent sa préparation et maintenu, jusqu'au moment même de l'injection, à une température de 0° à +5° C'est dire la complexité qu'a posé en Tunisie le problème des transports et de la conservation du vaccin.

SERVICE STATISTIQUE — RESULTATS OBTENUS

Parallèle au travail d'organisation et de réalisation pratique de la vaccination un important travail statistique fut effectué au Bureau Central de la Campagne situé à l'Hôpital de la Libération, et cela en liaison avec la base de Rabat groupant tous les renseignements relatifs à l'Afrique du Nord. Le bureau de Rabat était lui-même en liaison avec le Bureau Central des Statistiques à Copenhague.

Dès la création de la C. I. T., il est apparu que celle-ci fournirait une occasion unique d'aborder sur le plan mondial l'étude de plusieurs problèmes relatifs à la tuberculose. Pour la première fois dans l'histoire, plusieurs millions d'individus sous des latitudes les plus diverses allaient être testés et vaccinés avec, pratiquement, le même matériel, la même technique et un personnel ayant reçu à peu près la même formation.

Au cours de ces 18 mois, 601.502 sujets, de 1 à 24 ans, ont pu être testés. Parmi eux 466.243 sujets ont été contrôlés, soit 77,5%, dont

176.553 positifs (37,85%) et 289.690 négatifs (62,15%). Le nombre total de sujets négatifs vaccinés par le B.C.G. s'est élevé à 264.604, soit 91,3% des sujets qui auraient pu être vaccinés.

Le tableau ci-joint indique par Contrôle Civil les détails des opérations de vaccination et les résultats obtenus.

Contrôles Civils	Premier Rassemblement	Deuxième Rassemblement			
		Positifs	Négatifs	Contrôlés	Vaccinés
Le Kef	38.925	10.961	14.812	25.773	14.667
Djerba	1.302	383	723	1.106	724
Tozeur	7.170	2.777	2.540	5.317	2.557
Gabès	25.773	7.515	13.512	21.027	13.508
Gafsa	21.936	6.825	9.356	16.181	9.518
Sfax	50.500	18.750	22.180	40.930	21.033
Maktar	4.743	3.930	8.155	12.085	8.053
Kasserine	23.210	6.718	9.127	15.845	9.086
Mahdia	14.431	3.224	7.763	10.987	7.704
Kairouan	45.013	14.392	19.478	33.870	18.708
Tabarka	6.048	3.200	10.117	13.317	10.012
Souk-el-Arba	26.506	6.180	15.052	21.232	14.837
Téboursouk	10.062	2.199	4.603	6.802	4.490
Sousse	58.782	16.339	29.938	46.268	27.746
Béja	22.123	6.470	9.622	16.092	9.403
Cap-Bon	29.788	8.395	15.483	23.878	15.278
Zaghouan	10.665	2.169	5.200	7.369	5.150
Medjez-el-Bab	12.062	3.078	5.351	8.429	5.054
Bizerte	36.175	9.670	19.599	29.269	16.456
Tunis Banlieue	31.094	9.108	15.959	25.067	11.997
Tunis (populat.)	19.195	6.936	7.135	14.071	7.063
Tunis écoles	45.258	20.746	17.544	38.290	7.610
Territoires Militaires du Sud	40.741	9.098	23.920	33.018	23.950
	601.502	179.054	287.169	466.223	264.604

Les résultats furent extrêmement variables d'une région à l'autre, tant au point de vue du nombre de sujets atteints qu'au point de vue des résultats des séances de test et de vaccination.

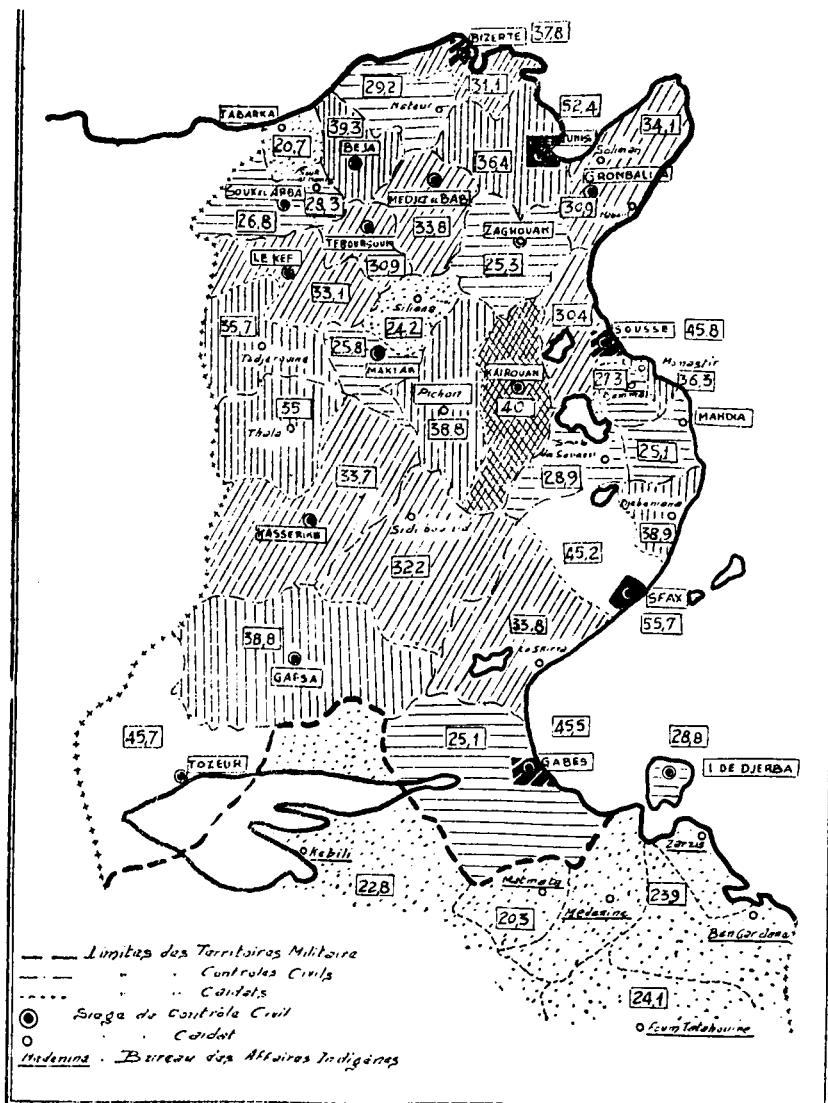
Cette variabilité est due à plusieurs facteurs :

-- les opérations de vaccination, bien qu'interrompues pendant les mois de grosses chaleurs ont été parfois compromises par les conditions climatiques et de ce fait, certaines régions furent défavorisées par la période où se déroulait la vaccination;

-- dans presque tous les secteurs, le succès de la vaccination a été fonction de l'appui des diverses autorités administratives et médicales, inégalement informées en faveur du B.C.G., fonction également de leur don de persuasion.

A ces deux raisons sont venues, parfois, s'ajouter, dans l'intérieur, le manque d'information des populations ignorant, malgré leur bonne volonté évidente, le but différent des deux rassemblements, et, dans les villes, surtout en milieu européen, le désir de certains sujets, instruits des critères de contrôle, de profiter uniquement de la séance de test.

INDEX TUBERCULIQUE MOYEN



INDEX TUBERCULINIQUE

La campagne C. I. T. a permis de récliser, au cours d'une période de 18 mois, avec la même technique et les mêmes critères de contrôle, l'examen de la sensibilité à la tuberculine de 601.502 sujets dont 426.243 ont pu être contrôlés par les équipes de vaccination. Et s'il n'est pas possible de superposer exactement index tuberculinique et endémie tuberculeuse les résultats de cette enquête ont donné cependant une indication précieuse sur l'intensité et la répartition de la tuberculose dans les différentes régions et dans les différentes fractions de la population.

La figure I représente la carte de l'index tuberculinique moyen obtenu par le simple rapport $\frac{\text{total de sujets positifs}}{\text{total de sujets contrôlés}}$ dans chaque caïdat et permet immédiatement de remarquer que l'Index Tuberculinique est presque fonction de la densité de la population. On remarque en effet :

1.) Un index tuberculinique très faible dans les Territoires Militaires du Sud où la population est clairsemée.

2.) Un index tuberculinique très élevé dans les villes de Gabès, Sousse, surtout Sfax et Tunis où les conditions d'habitation sont très précaires.

3.) Un index tuberculinique relativement bas dans les régions du Centre et du Nord : Ain-Draham, Siliana, Souk-el-Arba, Zaghouan, Makta, régions montagneuses où la population est moins dense. Il peut paraître surprenant de trouver dans la région de Tozeur comparable, en un sens, aux régions voisines un index tuberculinique égal à celui de la ville de Sousse. En fait, il s'agit là d'une région pratiquement désertique où la vaccination s'est limitée à la population des quelques oasis. Notamment celle de Tozeur où l'endémie tuberculeuse est particulièrement élevée (ville surpeuplée sans cesse traversée et remaniée par des caravanes de main-d'œuvre nomade venant, soit du Nord — index tuberculinique plus élevé — soit du Sud apportant avec elles toutes les épidémies et les maladies d'une population errante échappant assez souvent au contrôle médical).

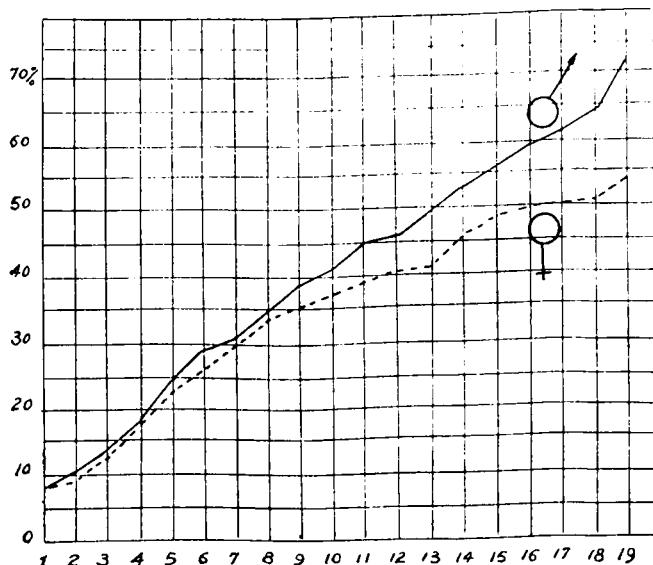
La figure II représente pour les deux sexes le pourcentage de l'index tuberculinique en fonction de l'âge — 13 ans le sexe masculin, après une ascension rapide pour les premières années de la vie, le pourcentage de sujets allergiques monte progressivement sans aucun accident ni à l'âge d'entrée à l'école ni à la puberté.

— Dans le sexe féminin le pourcentage, toujours légèrement inférieur à celui du sexe masculin, monte parallèlement à lui jusqu'à 8 ou 9 ans puis s'étale et s'en écarte sensiblement.

L'établissement des index tuberculiniques n'a pas eu qu'un intérêt documentaire. En effet, à mesure que se poursuivaient les opérations de vaccination, les résultats des tests tuberculiniques permettaient au Ministère de la Santé Publique d'orienter vers les sujets allergiques — non vaccinés — les examens radioscopiques entrepris déjà de longue date sur une grande échelle en Tunisie.

Fig. II

**POURCENTAGE DE SUJETS POSITIFS EN
FONCTION DE L'AGE DANS LE SEXE MASCULIN
ET DANS LE SEXE FEMININ**



♂	7.7	10	13.9	17.8	24.2	27.8	30.9	35	37.9	40.6	45	46.1	49.5	53.4	55.6	59.7	61.1	64.2	72.8
♀	7.6	7.6	9.7	12.6	17.4	27.3	26.5	29.7	33.9	35.1	37.1	38.8	41	42	45.3	48	50.5	55.1	54.8

CONTROLE DE VACCINATION

Environ deux ou trois mois après le passage des équipes dans une région, un contrôle de vaccination était fait par le médecin chef de mission accompagné de deux infirmières. Celles-ci procéderent à la recherche de l'allergie obtenue chez les vaccinés par des tests identiques aux tests pratiqués avant la vaccination.

Ces contrôles ont été, lorsqu'un recul suffisant était possible, renouvelés au bout de six mois ou un an, permettant de rechercher les complications tardives et de surveiller la persistance de l'allergie acquise.

Dans la règle, lors du contrôle effectué au bout de deux mois, les sujets vaccinés présentent au point d'inoculation du vaccin la lésion locale typique à son maximum d'évolution et répondant à un des deux types habituels : le nodule ou l'ulcération.

— dans 30% des cas c'est un nodule rouge violacé indolore, qui est apparu au bout de trois semaines environ pour atteindre au maximum 6 à 8 mm. et disparaître au bout de deux mois environ.

— dans 70% des cas c'est une petite ulcération, autre éventualité normale de l'évolution de la lésion locale. Il s'agit, en règle, d'une ulcération minime de 3 à 4 mm. de diamètre légèrement saignant, toujours indolore et ne gênant nullement le sujet. Cette petite ulcération a une évolution très lente ne s'accompagnant ni de fièvre, ni d'autres modifications de l'état général: elle met de 2 à 6 semaines pour se tarir et se cicatriser. Elle laisse une cicatrice arrondie, légèrement déprimée, rosée dans les premiers mois puis dépigmentée. La cicatrice est alors en tous points comparable à la cicatrice d'un élément de varicelle gratté.

COMPLICATIONS DE LA VACCINATION

En ce qui concerne les complications de la vaccination observées pendant la campagne de Tunisie, elles se résument comme partout dans le monde à quelques complications locales.

Est-ce à dire qu'il n'a jamais été signalé aucune complication générale ? En Tunisie, bien souvent, les médecins auxquels il était permis de suivre les enfants vaccinés ont signalé des réactions générales, voire des épidémies dont le nombre ne compte plus dans l'imagination des familles. Il est certain que les enfants vaccinés ont des maladies, tout comme les autres, contre lesquelles, pour son malheur, le B. C. G. est impuissant; et par un processus psychologique très compréhensible toutes les manifestations pathologiques survenues chez un enfant à la suite d'une vaccination sont attribuées, par la famille, à celle-ci.

En fait, en Tunisie, non plus que dans les 26 pays où la C. I. T. a vacciné 15 millions d'individus au cours des années 48-49-50, aucun décès et aucune complication grave n'a pu être imputé au B.C.G.

Un groupe plus important est celui des manifestations tuberculeuses survenues dans les semaines qui suivent la vaccination. Ces ac-

cidents sont inévitables lorsque la vaccination débordant le cadre individuel s'adresse à des collectivités. Il est en effet statistiquement certain que, sur un nombre élevé de sujets à vacciner, quelques-uns ont été contaminés quelques semaines ou quelques jours avant la vaccination. Or, rien ne permet, dans les méthodes dont nous disposons à l'heure actuelle, de déceler cette contamination encore latente.

Un autre groupe de sujets non encore contaminés et non allergiques lors de la vaccination seront, malgré le B. C. G., contaminés au cours des 6 à 8 semaines qui suivent celui-ci et pendant lesquelles ils ne sont pas encore protégés.

Il s'agit donc de faits inévitables, nullement influencés par la vaccination ni dans un sens ni dans l'autre, de véritables coincidences.

On ne peut entreprendre une vaccination destinée à toucher des centaines de milliers de personnes sans prévoir que, dans le nombre, quelques-unes, contaminées peu avant ou après la vaccination, seront peut-être atteintes d'une infection tuberculeuse évolutive que la vaccination n'aura pas eu le temps de prévenir et dont elle ne modifiera pas le cours.

En fait, les seules complications douées d'une existence réelle et susceptibles de retenir l'attention sont liées aux manifestations locales moins impressionnantes mais fort désagréables néanmoins et dont la surveillance a été un souci constant au cours de la campagne : ce sont les ulcérations et les adénites.

Ces ulcérations traînantes, 2 ou 3 mois après la vaccination provoquent une certaine inquiétude dans l'entourage de l'enfant. Un traitement local à la streptomycine apporte toujours une cicatrisation rapide en quelques jours. Il n'y a pas intérêt cependant à couper court l'évolution normale de la lésion vaccinale que l'on sait indispensable à l'acquisition d'une allergie solide.

Un certain nombre d'adénites ont été observées tardivement de la quatrième à la dixième semaine. Les contrôles exécutés dans les milieux scolaires (6 à 15 ans) ont montré que la fréquence de ces adénites évolue vers la résorption après 1 ou 2 mois de latence absolue. Dans quelques cas elles ont évolué vers la supuration. Le mode d'évolution ne s'accompagne pas de fièvre et n'affecte en rien l'état général de l'enfant.

Mais en face de ces complications qui, pour intéressantes qu'elles soient, n'ont en fait concerné qu'un nombre infime de sujets. Quels sont les résultats tangibles constatés à la suite de la vaccination ?

Il est certain qu'à l'heure où se termine la campagne, malgré l'optimisme de certaines populations qui attribuent au passage des équipes la disparition récente de tous leurs maux, il n'est pas question d'émettre sur l'avenir de la morbidité tuberculeuse en Tunisie une opinion définitive.

Le seul critère qui permette de juger de l'efficacité de la campagne est l'étude de l'allergie acquise par les sujets vaccinés.

Au cours d'une telle campagne de masse la vérification de l'allergie post-vaccinale de tous les vaccinés et la revaccination des sujets non allergiques étaient irréalisable. Aussi a-t-il été nécessaire de limiter la vérification à certains groupes témoins — près de 8.000 sujets au total. Les premières vérifications de l'allergie post-vaccinale, quelques mois après le début de la campagne, ont montré un taux de 73,66% au Kef et de 87,1% à Tatahouine. La concentration du vaccin fut augmentée en décembre 1949. Depuis cette date, le taux de l'allergie post vaccinale s'est maintenu régulièrement aux environs de 97% trois mois après la vaccination et 95,5% un an après la vaccination.

C O N C L U S I O N S

Entreprendre la prémunition par le B. C. G. de toute la population tunisienne était une entreprise audacieuse. Malgré bien des difficultés, elle a pu être menée à bien sans rien abandonner de la rigueur des méthodes recommandées. Et grâce à la parfaite collaboration de tous, la campagne de vaccination par le B.C.G. s'est déroulée en Tunisie selon le plan prévu, suivant les mêmes méthodes, sur le même rythme et avec les mêmes résultats que dans les pays d'Europe.

Une première visite totale du pays a permis de voir environ un cinquième de la population. Ce chiffre est encourageant pour l'avenir car le but principal de la Campagne Internationale contre la Tuberculose n'était pas d'obtenir un chiffre record mais bien d'implanter dans les esprits cette idée que le B.C.G. est non seulement inoffensif mais qu'il est efficace. Son inocuité a déjà été largement prouvée; quant à son efficacité, le Ministère de la Santé Publique pourra la démontrer largement dans les années à venir lorsque, continuant la vaccination B.C.G., il comparera ses taux de morbidité et de mortalité tuberculeuses.

D^r Jean GOUJOU,
Médecin Inspecteur,
Chargé de la Lutte Antituberculeuse.