

ORGANISATION ET DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE INTERNATIONALE DE VACCINATION CONTRE LA TUBERCULOSE AU MAROC DE 1949 A 1951

En 1948, s'est constituée une œuvre d'entraide et de solidarité humaine groupant plusieurs organisations décidées à conjuguer leurs efforts pour lutter contre la tuberculose dans les pays ayant souffert de la guerre. Ces organismes, réunis sous le nom d' « œuvre commune », comprenaient : le fonds international de secours à l'enfance, la croix rouge danoise, la croix rouge suédoise, l'aide norvégienne à l'Europe, le ministère de la santé publique de chaque pays assisté, l'O.M.S. (1).

Quelle arme l' « œuvre commune » allait-elle employer pour lutter, efficacement et rapidement, contre la tuberculose à une échelle presque mondiale ? Il n'était pas possible de s'attaquer à tous les facteurs qui favorisent la tuberculose. Dans de nombreux pays, la guerre provoqua la destruction des hôpitaux et dispensaires spécialisés. Elle désorganisa les services de la santé publique et entraîna un manque de personnel médical. On ne pouvait attendre le remplacement et la réorganisation de tous ces moyens. Mais il était possible d'aider à protéger les enfants contre la tuberculose en leur donnant une résistance spécifique à la maladie au moyen de la vaccination par le B.C.G. L'expérience a prouvé, en effet, que la vaccination par le B.C.G. peut réduire des quatre cinquièmes les nouveaux cas de tuberculose.

L' « œuvre commune » décida d'entreprendre une campagne d'immunisation massive par le B.C.G., intéressant tous les enfants et les adolescents dans les pays ravagés, ou très éprouvés par la guerre. Cette campagne s'intitula : « *campagne internationale contre la tuberculose* ». L'effort de chaque organisme se répartit de la façon suivante :

- Le F.I.S.E. (2) procure la majeure partie des fournitures et de l'équipement.
- La croix rouge danoise, la croix rouge suédoise et l'aide norvégienne à l'Europe prêtent des médecins et des infirmières, particulièrement qualifiés, et donnent certaines fournitures.
- Le ministère de la santé publique de chaque pays où se fait la campagne, offre ses équipes médicales nationales,

des fournitures locales et toutes les facilités nécessaires.

- L'organisation mondiale de la santé établit les normes, donne une assistance et des conseils techniques, et vérifie les résultats.

A la fin de l'année 1950, la « campagne internationale contre la tuberculose » avait réalisé, plus ou moins complètement, la vaccination par le B.C.G. des enfants et des adolescents des pays suivants : Autriche — Finlande — Grèce — Hongrie — Malte — Pologne — Tchécoslovaquie — Yougoslavie — Egypte — Liban — Syrie — Israël — Ceylan — les Indes et le Pakistan — Equateur et Mexique.

A cette date, 15 millions de personnes avaient été ainsi vaccinées dans le monde.

En 1948, l' « œuvre commune » décida d'étendre la « campagne internationale contre la tuberculose » à l'Afrique du Nord, et proposa de vacciner les enfants et les adolescents des trois pays. Le Maroc donna son accord immédiatement. Quelles raisons justifiaient cette intervention ?

APERÇU EPIDEMIOLOGIQUE

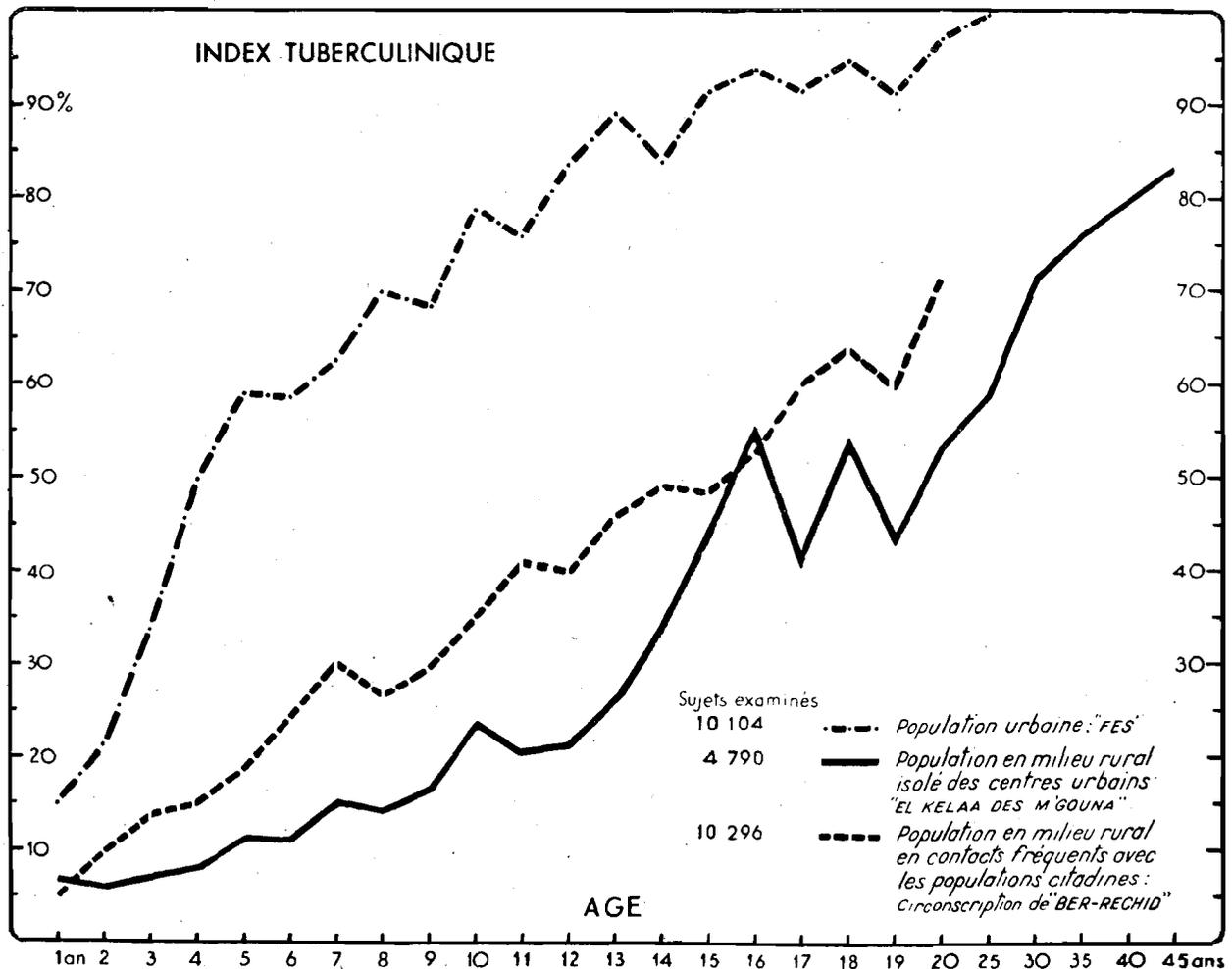
Malgré la difficulté de procéder à des investigations précises, il est certain que la fréquence de l'infection tuberculeuse en milieu musulman marocain est très élevée. Les renseignements que nous avons recueillis, au cours de la campagne du B.C.G., ont confirmé les observations antérieures selon lesquelles les conditions sociales déterminent la fréquence de l'infection plus que les facteurs géographiques. Les facteurs les plus importants sont la promiscuité de l'habitat, le rôle du contact massif et prolongé, le paupérisme, les migrations humaines aboutissant à l'afflux des populations rurales dans les villes et à des échanges entre les villes infectées et des zones rurales indemnes.

Les graphiques joints à ce texte expriment l'index tuberculinique (3) en fonction du sexe, de l'âge et de l'origine ethnique.

(1) Organisation mondiale de la santé.
(2) Fonds international de secours à l'enfance.

(3) Index tuberculinique =

$$\frac{\text{nombre de sujets réagissant au test tuberculinique}}{\text{nombre de sujets examinés}} \times 100$$



A titre d'exemple, voici quelques valeurs d'index chez les enfants marocains non scolarisés :

— Centre urbain de Fès .	}	à 12 ans..	83 %
		à 20 ans..	97 %
— Milieu rural isolé (région de Ouarzazate).	}	à 12 ans..	23 %
		à 20 ans..	54 %
— Milieu rural passager (circonscription de Ber-réchid)	}	à 12 ans..	40 %
		à 20 ans..	54 %

Ils montrent combien la primo-infection est précoce, surtout dans les villes où elle est souvent pathologique et sévère. D'après Gaud et Mage (4), le chiffre des primo-infections pathologiques en milieu marocain urbain atteindrait 10 %. Ces primo-infections pathologiques entraînent certainement une mortalité élevée, quoique difficile à évaluer par suite du manque d'état-civil au Maroc (5).

Pour freiner le développement de la tuberculose pulmonaire au Maroc, il faudrait mettre

en œuvre des moyens très onéreux, dont l'effet se révélerait à longue échéance. Ces moyens devraient être précédés par une évolution économique qui permettrait à la longue une amélioration des conditions de vie des masses et l'accroissement de l'équipement anti-tuberculeux en moyens de dépistage, d'isolement et de cure. Mais c'est là, pour le Maroc, une solution de patience, inconciliable avec la gravité de la situation qui exige une intervention rapide.

La vaccination par le B.C.G. s'offrait comme une solution d'urgence. La proposition faite au Maroc de coopérer à la campagne internationale contre la tuberculose par le B.C.G. venait fort à propos.

PROGRAMME DE VACCINATION

A la suite de cette sollicitation, le Maroc proposa à l'« œuvre commune » l'exécution du programme suivant.

La campagne de vaccination devait porter :

- 1° Sur les populations du sud marocain, dont les adultes constituent la main-d'œuvre flottante marocaine qui vient

(4) Cf. Gaud et Mage. — Epidémiologie de la tuberculose pulmonaire au Maroc, dans le *Maroc médical*, octobre 1948.

(5) Sur l'état-civil au Maroc, cf. *bulletin économique et social du Maroc*, vol. XIV, n° 49, 1^{er} trimestre 1951, p. 307.

grossir, les années de disette, la population suburbaine des grandes villes néoformées.

Dans ces régions, la totalité des populations, adultes et enfants, devait être soumise à la vaccination. Il a paru nécessaire de procéder à la vaccination de toutes ces populations qui présentent, avec une très grande fréquence à leur arrivée dans les villes marocaines où elles vivent dans des conditions précaires, des formes graves de primo-infection tuberculeuse.

- 2° Sur les enfants et adolescents de 0 à 20 ans des grandes agglomérations urbaines et des centres ruraux importants.
- 3° Sur les enfants des zones péri-urbaines et des zones minières ou industrielles, dans lesquelles la population dense est exposée aux dangers de contamination.
- 4° Sur les enfants des zones rurales des grandes plaines côtières constituant un interland très fréquenté ayant des échanges constants avec les villes et les gros centres ruraux du Maroc.

Au total, ce programme prévoyait l'examen de 2.800.000 individus en vue de la vaccination.

L'agrément de ce programme et les modalités de la participation du « fonds international de secours à l'enfance » et du Gouvernement chérifien à l'« œuvre commune » furent précisées dans l'accord signé le 11 mars 1949 (6).

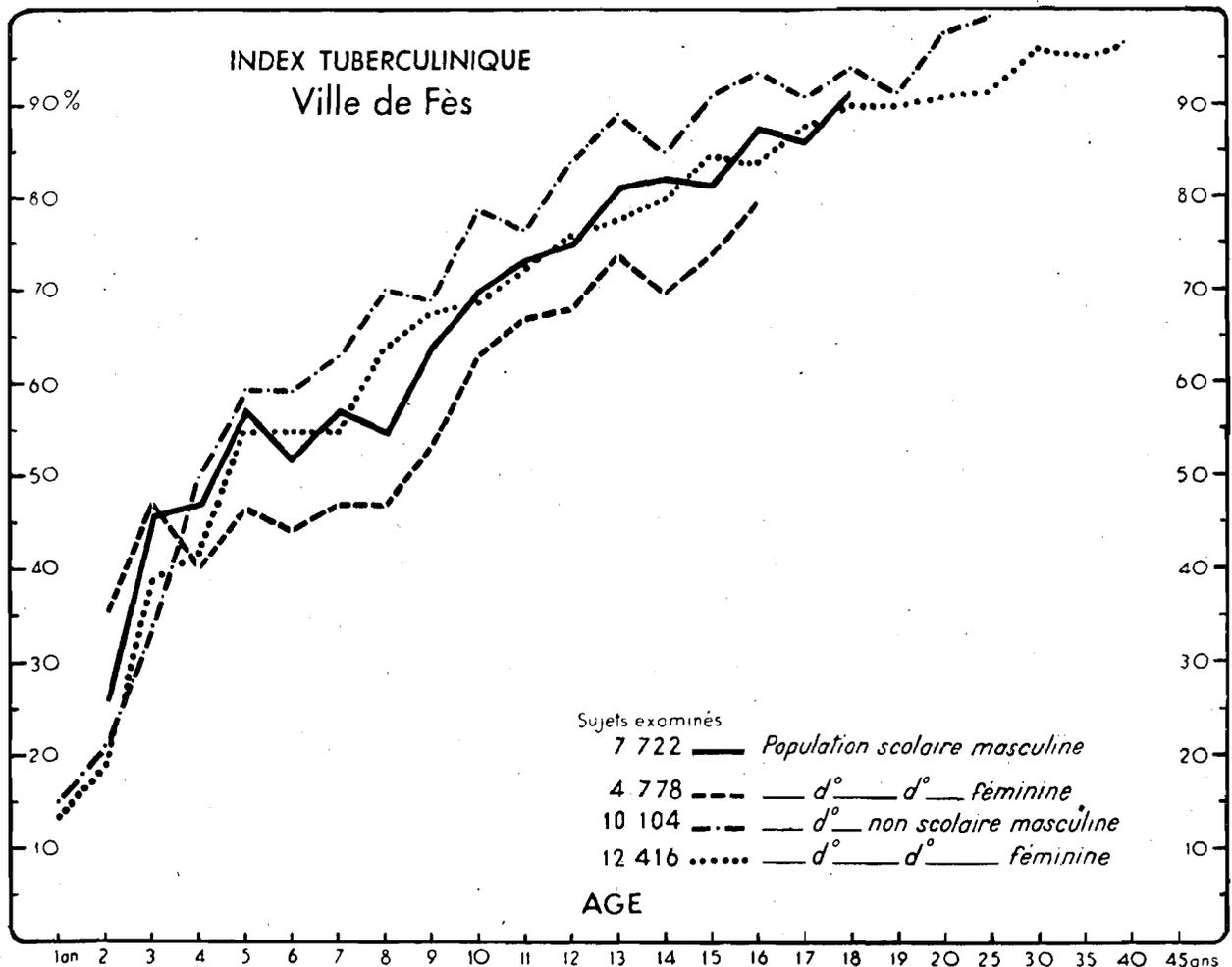
LES MODALITES TECHNIQUES

La technique de vaccination, appliquée au Maroc, était conforme aux normes standardisées employées dans les campagnes d'Europe. Il fallut cependant adapter ces normes aux conditions géographiques, ethniques, sociales et psychologiques particulières au Maroc (7).

Seuls sont justiciables de la vaccination par le B.C.G. les sujets n'ayant pas encore fait leur primo-infection tuberculeuse. Pour réaliser cette sélection, tous les sujets à examiner sont réunis au cours d'une première séance où ils subissent l'application d'un test cutané à la tuberculine. La réaction au test n'apparaissant que dans un délai minimum de trois jours, les sujets testés sont vus trois jours après. Ceux qui réagissent

(6) Voir le texte de l'accord ci-après en annexe.

(7) Cf. à ce sujet l'étude des docteurs Houel et Sureau, dans *bulletin de l'Institut d'hygiène*, t. X, nos 1-2, 1950.

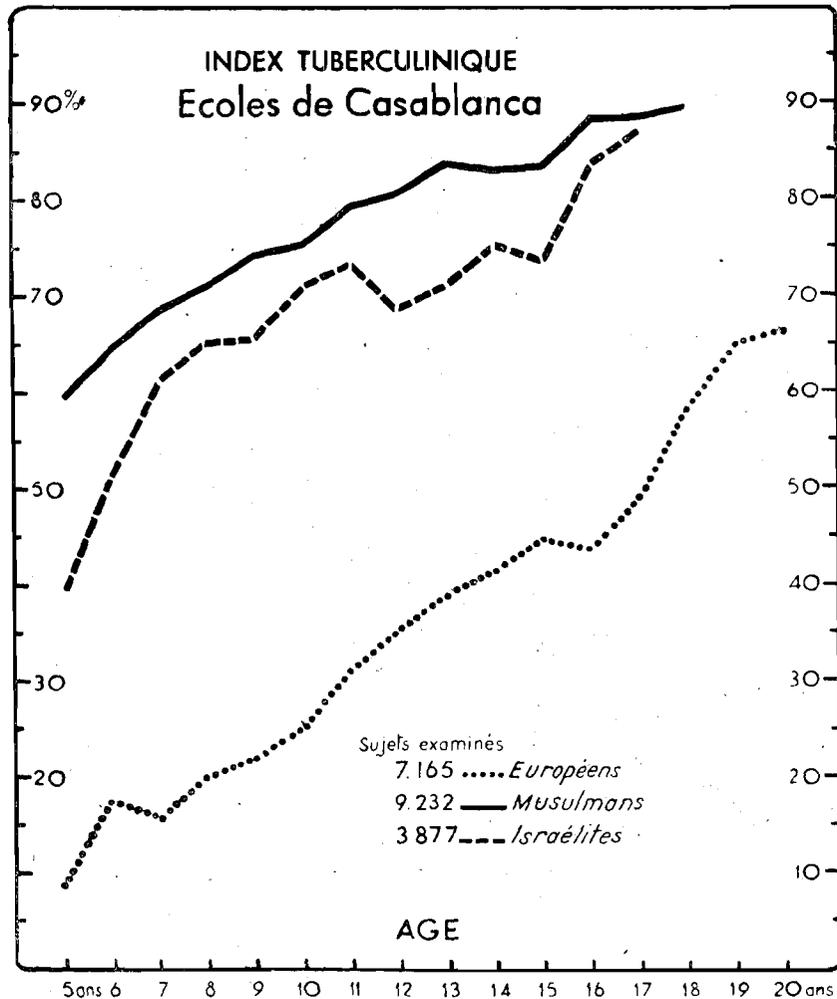


à la tuberculine sont dits « positifs ». Ils sont renvoyés sans être vaccinés. Les sujets « négatifs », ne réagissant pas à la tuberculine, sont vaccinés par l'injection intradermique de 1/10 cc. de vaccin.

Tous les sujets testés reçoivent une fiche individuelle lors de la deuxième séance. Sur cette fiche sont portées toutes les indications nominatives afférentes à l'état-civil et à l'adresse du sujet, sont également mentionnés tous les renseignements se rapportant au test et à la vaccination du sujet. A la fin de la séance de

vaccination, les fiches sont rassemblées pour être expédiées au centre d'exploitation statistique, à l'institut d'hygiène à Rabat.

Afin de vérifier la technique des vaccinations et la qualité du vaccin, certains groupes de sujets vaccinés sont contrôlés par l'application de tests tuberculiniques. Ces contrôles sont exécutés 8 semaines après la vaccination, puis de 6 mois en 6 mois. Le fait qu'un pourcentage élevé de sujets vaccinés réagit à la tuberculine est une indication du pouvoir immunisant du vaccin et d'une bonne technique de vaccination.



ORGANISATION ET MOYENS

L'organisation de la campagne fut le résultat d'une collaboration entre les représentants du « fonds international de secours à l'enfance » et la santé publique du Maroc. Celle-ci délègue les fonds afférents à la campagne, sous forme de subvention, à la « ligue marocaine contre la tuberculose ». L'organisation de la campagne comprenait deux échelons :

1° *Echelon central*. Installé à l'institut d'hygiène de Rabat, il comptait :

- *Un médecin* de la santé publique, responsable de la campagne vis-à-vis du directeur de la santé publique et du fonds international. C'est lui qui établit le plan général de la vaccination et qui contrôle son exécution. Il est en outre chargé d'organiser l'action d'information du public et du corps médical.
- *Deux agents administratifs*, chargés, l'un, des questions matérielles et de l'administration du personnel du F.I.S.E. (8),

(8) Fonds international de secours à l'enfance.

l'autre, du personnel et du matériel de la ligue marocaine contre la tuberculose.

— *Un statisticien*, recruté par le fonds international, et aidé de six secrétaires. Il est chargé d'exploiter les fiches des sujets vaccinés à des fins statistiques.

2° *Echelon régional*. En zone rurale, le rôle essentiel est joué par un médecin de la santé publique, qui est le médecin chef du S.R.M.P. (9). Ce médecin est responsable, pour sa région, de l'établissement du programme détaillé et de son exécution. Il a la charge du ravitaillement et de la vie des équipes. Il dirige l'information dans sa région. Il est assisté d'un agent administratif régional qui est une sorte de gestionnaire des équipes.

Dans les villes érigées en municipalités, c'est le médecin chef du bureau municipal d'hygiène qui a toutes les attributions du médecin du S.R.M.P. Le médecin de l'hygiène scolaire le décharge cependant de l'organisation et du contrôle de l'exécution des vaccinations en milieu scolaire.

A l'échelon de l'exécution se trouvent les équipes. Celles-ci étaient au nombre de seize, groupées, en réalité, en 8 équipes doubles. Le personnel des équipes avait une double origine et comprenait :

— Du personnel, recruté en France, fourni et rétribué par le « fonds international ». Il comptait 4 médecins et 16 infirmières, tous français, sauf une infirmière danoise.

— Du personnel, recruté au Maroc, et rétribué par la « ligue marocaine contre la tuberculose », comprenant 4 médecins et 16 infirmiers, tous français, 16 secrétaires marocains, 16 chauffeurs.

Ce personnel était groupé en 4 équipes doubles du F.I.S.E., et 4 équipes doubles de la ligue marocaine contre la tuberculose.

Les équipes du F.I.S.E., dont le personnel infirmier était féminin, étaient destinées à travailler dans des régions de plaine à population relativement dense et à réseau routier riche. Leur composition, pour chaque équipe double, était la suivante :

— 1 médecin, chef d'équipe,	} deux véhicules automobiles
— 4 infirmières,	
— 4 secrétaires marocains,	
— 2 chauffeurs européens.	

Chaque équipe double se scinde en deux demi-équipes comprenant, chacune, 2 infirmières et 1 chauffeur. Les demi-équipes testent et vaccinent, pour leur propre compte, sous la surveillance du médecin, chef d'équipe. Elles utilisent en commun les 4 secrétaires qu'elles échangent tous les trois jours.

Les équipes marocaines, au personnel essentiellement masculin, étaient destinées à travailler dans les régions montagneuses ou désertiques, à population clairsemée et à réseau de pistes insuffisant. Leur composition était identique à celles du F.I.S.E. avec deux secrétaires en moins pour les alléger.

ORGANISATION MATERIELLE

Pour faire vivre et travailler ce nombreux personnel dans des conditions aussi exceptionnelles de mobilité et d'isolement, il a fallu prévoir tout un système de bases d'opérations.

1° BASES D'OPÉRATIONS.

a) *Bases principales*. Dans chaque région en cours de vaccination, groupant plusieurs équipes, est installée une base, dite « principale ». Cette base sert de lieu d'hébergement aux équipes en transit ou au repos. Elle constitue un dépôt de matériel destiné aux équipes. Elle réceptionne le vaccin et la tuberculine qu'elle redistribue aux équipes. Enfin, elle est pourvue d'un garage pour l'entretien et les réparations des véhicules des équipes.

b) *Bases mobiles*. Elles constituent les bases avancées où sont cantonnées les équipes en opération.

2° *LE MATÉRIEL*. Chaque équipe était dotée d'un matériel standard pour le camping leur permettant de vivre n'importe où, et d'un matériel technique pour la vaccination. Le déplacement des équipes était assuré par des camionnettes d'un type spécial, auxquelles était adjoint un camion pour les déménagements des bases.

3° *VACCIN ET TUBERCULINE*. Le vaccin B.C.G. est constitué par une suspension de bacilles vivants, très sensibles aux vieillissements et aux variations de température. Le vaccin utilisé par les équipes ne devait pas être âgé de plus de 8 jours et devait être conservé à une température inférieure à 8°. Ces deux impératifs compliquèrent sérieusement le travail des organisateurs. Ils furent cependant respectés, grâce à la rapidité des transports et à l'avion, en particulier, qui fut très souvent employé. La bonne conservation du vaccin fut assurée par une véritable chaîne de froid. Celle-ci était constituée, au départ de l'institut Pasteur de Paris, par des emballages isothermes spéciaux pour l'envoi du vaccin jusqu'aux bases régionales, puis, par un système de relais frigorifiques, représentés par des caisses à glace et des frigidaires dont les équipes étaient munies.

(9) S.R.M.P. : Service régional de médecine préventive. Il en existe un par région, soit 7 en tout au Maroc.

PREPARATION DU TRAVAIL

Une campagne de vaccination collective ne peut réussir que si elle est soigneusement préparée. Cette préparation implique :

- a) la participation directe et active des responsables des services d'hygiène locaux ;
- b) l'aide, ou, au moins, l'absence d'hostilité des médecins praticiens ;
- c) la collaboration active de toutes les autorités locales, civiles, militaires, religieuses et du corps enseignant.

Par conséquent, toutes ces personnes doivent faire l'objet d'une campagne d'information avant le début du travail.

L'appui des autorités locales et des services de la santé publique fut facilement acquis, grâce à des circulaires précises du Résident général et du directeur de la santé publique, enjoignant aux autorités civiles et militaires et aux médecins d'Etat, d'aider, dans la mesure du possible, à l'élaboration et à l'exécution du programme de vaccination. La collaboration du corps enseignant à tous les échelons fut également obtenue. Malgré toutes ces facilités, il fallut informer, par de nombreuses visites et conversations directes, toutes les autorités administratives appelées à collaborer à la vaccination.

La plus grande difficulté à vaincre, lorsqu'elle se présenta, fut l'hostilité du corps médical. Certains médecins praticiens, malgré les résultats connus de la vaccination par le B.C.G. et l'absence d'incidents sérieux, sont opposés ou indifférents à cette méthode de protection, le plus souvent par suite d'un manque d'information. Il importait donc d'instruire et de rassurer complètement ces médecins. Il était nécessaire de les mettre au courant des résultats des techniques modernes de la vaccination, et, surtout, de l'évolution normale de la lésion vaccinale. Celle-ci offre, en effet, des caractères normaux qui inquiètent les médecins peu habitués à cette vaccination, et, « a fortiori », les familles. Il est très important de prévenir les uns et les autres. Pour cela, dès le début de la campagne, des personnalités médicales métropolitaines et marocaines ont fait, dans les principales villes du Maroc, des conférences d'information, destinées aux médecins et aux personnes particulièrement intéressées par la campagne de vaccination. Des brochures techniques, éditées par la santé publique du Maroc et le F.I.S.E., ont été largement distribuées à tous les médecins et à toutes les personnes ayant un rôle à jouer dans la campagne.

L'information du grand public, tant européen que marocain, a surtout été nécessaire dans les villes. Plusieurs causeries à la radio, en arabe et en français, ont été faites par des médecins. Des véhicules, équipés d'un haut-parleur, ont diffusé des causeries, enregistrées sur disque en langue arabe, dans les principaux lieux publics. Des tracts ont été distribués. Des

articles sur le B.C.G. et la campagne ont été publiés dans la grande presse française et arabe. Enfin, un film sur la campagne du B.C.G. a été projeté dans toutes les villes, accompagné de commentaires dans les deux langues.

Dans les zones rurales, les populations sont habituées aux disciplines de la prophylaxie anti-variolique et anti-typhique, dont elles apprécient l'efficacité ; aussi n'ont-elles manifesté aucune surprise devant la vaccination anti-tuberculeuse. Cependant, quoique ces populations soient très familiarisées avec les autres vaccinations, telles que les vaccinations anti-varioliques et anti-typhiques, avant de commencer la vaccination, on leur montrait, grâce à un cinéma ambulancier installé en plein air, comment cela s'était passé ailleurs. On les rassurait ainsi sur les gestes très simple de la vaccination.

ELABORATION DU PROGRAMME

Le médecin chef de la campagne fixe les grandes lignes du programme et répartit les équipes dans chaque région.

A l'échelon régional, le médecin du S.R.M.P. établit le programme détaillé. Il désigne les points de rassemblement pour chaque tribu. Le programme doit tenir compte des circonstances particulières locales : travaux agricoles, saisonniers, jours de marché, fêtes locales, etc..., toutes périodes durant lesquelles il est difficile d'obtenir une assiduité élevée aux rassemblements.

LES REALISATIONS

La campagne débuta le 11 avril 1949, dans la région d'Agadir, choisie comme secteur de début.

Le déroulement général s'effectua selon la chronologie et la filiation administrative suivantes :

1^{re} étape — du 11 avril au 30 juin 1949 :

- Région d'Agadir : Cercle d'Inezgane — Cercle de Goulimine — Cercle de Tiznit.
- Région de Marrakech : Marrakech banlieue.

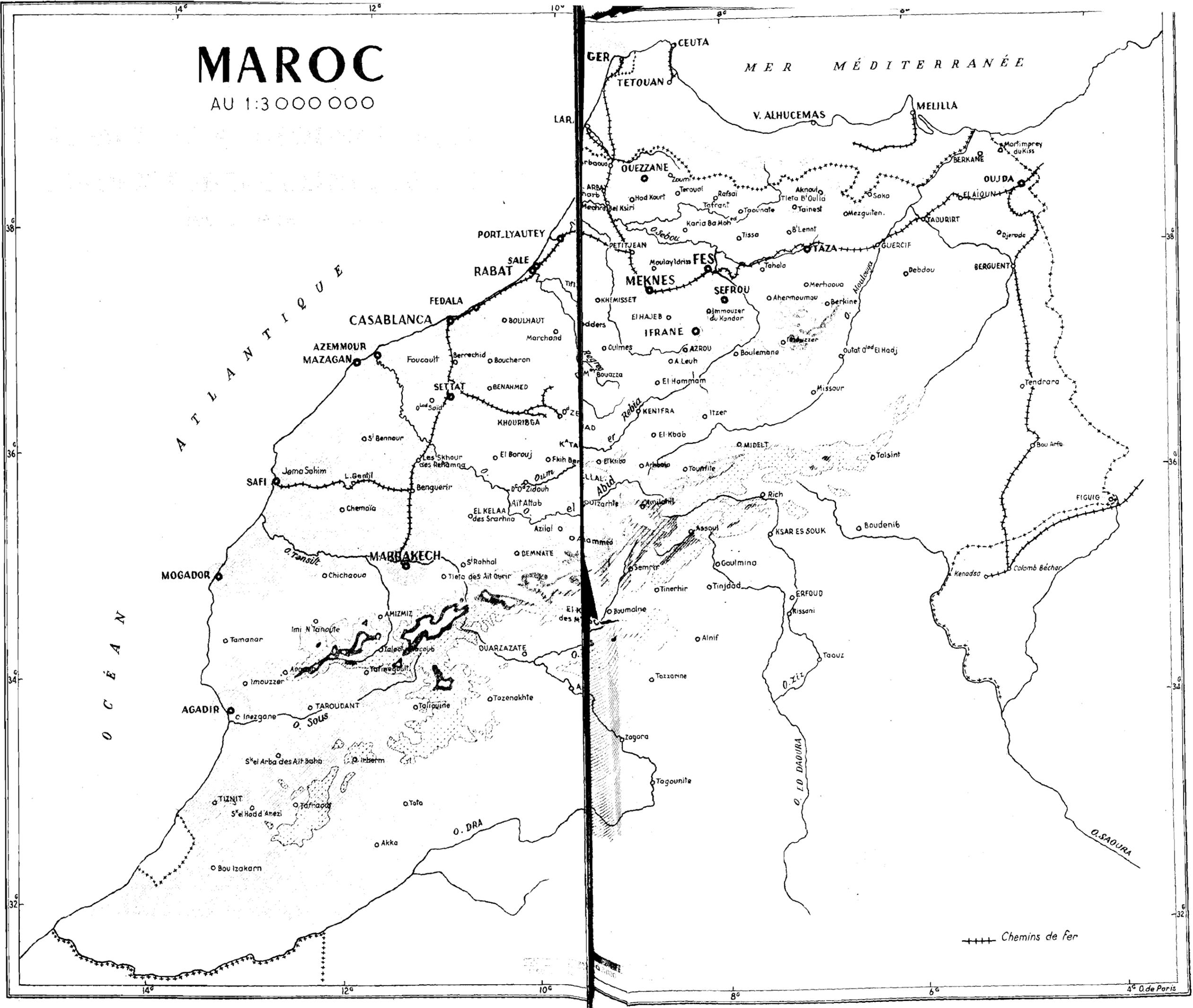
En juillet 1949, le travail est interrompu pendant un mois, à cause du Ramadan. Les équipes sont mises au repos. Un contrôle des vaccinations est effectué, pendant ce temps, dans la région du Bani (Cercle de Goulimine).

2^{me} étape — d'août 1949 à juin 1950 :

- Région d'Agadir : Cercle de Taroudant — annexes des Aït Baha et des Ida Outanane.
- Région de Marrakech : Villes de Safi, Mogador, Marrakech, centre minier de Louis-Gentil.

MAROC

AU 1:3 000 000



++++ Chemins de fer

- Région de Casablanca : Villes de Casablanca et Mazagan, Casablanca banlieue et principaux centres ruraux de la région.
- Région de Rabat : Rabat-ville et banlieue, Salé, Port-Lyautey-ville et principaux centres ruraux de la région.
- Région de Fès : Fès ville et banlieue, principaux centres ruraux de la région.
- Région de Meknès : Meknès-ville et banlieue, principaux centres ruraux de la région.
- Région d'Oujda : Oujda ville.
- Zone internationale de Tanger : Tanger ville et population rurale de la zone.

Contrôle des vaccinations dans les régions d'Agadir, Marrakech, Casablanca et Rabat.

Du 15 juin à la fin de juillet 1950, le travail fut interrompu par la période du Ramadan.

3^{me} étape — août 1950 à mai 1951 :

- Région de Marrakech : Territoire de Ouarzazate, contrôle civil des Rehamna, circonscription des Srahna - Zemrane, territoire de Safi, bureau du cercle de Mogador.
- Région de Casablanca : Territoire de Mazagan, des Chaouïa et du Tadla.

- Région de Rabat : Cercle des Zemmour.
- Région de Meknès : Territoire du Tafilalet.
- Région d'Oujda : Cercle d'Oujda, cercle de Berkane, cercle de Figuig, circonscription de Taourirt.

Contrôle des vaccinations dans les régions : d'Agadir, de Casablanca, de Fès et de Marrakech.

RESULTATS D'ENSEMBLE

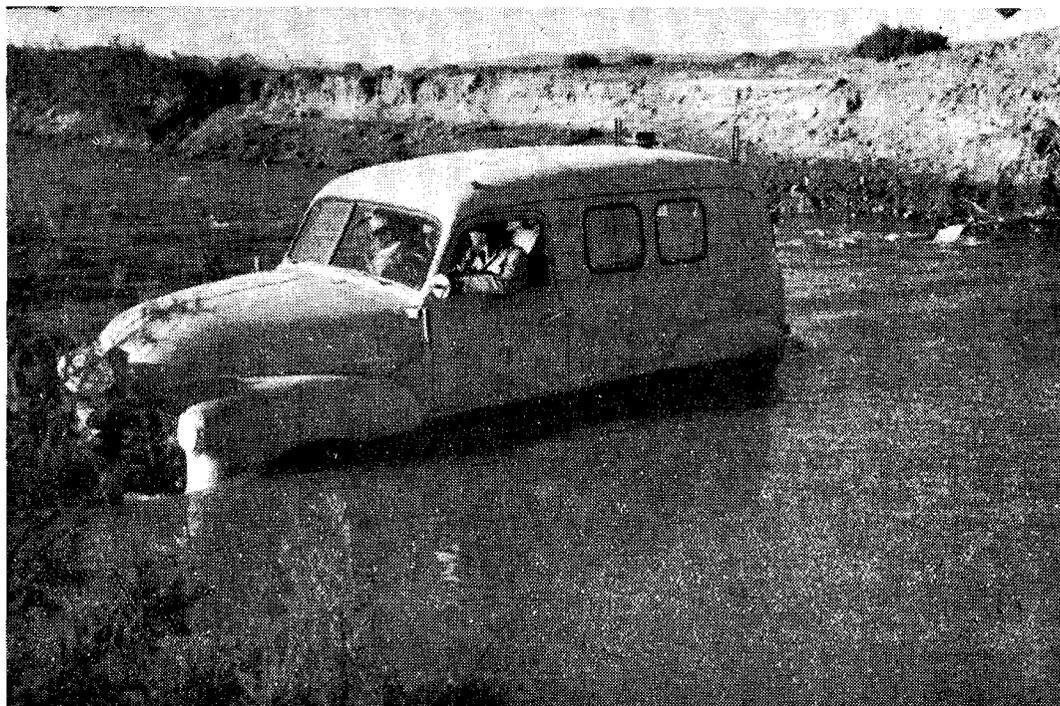
1^{re} Régions.

Le nombre des sujets examinés et vaccinés dans chaque région se répartit comme suit :

R E G I O N S	Examinés	Vaccinés
Agadir	534.744	253.742
Marrakech	610.903	264.775
Casablanca	443.543	199.309
Rabat	218.036	117.329
Meknès	217.715	102.356
Fès	99.835	38.742
Oujda	53.612	23.741
Tanger	21.089	7.493
Total général ...	2.198.347	1.007.487



Vaccination en plein air dans le bled



Voiture de la mission en difficulté dans un oued

2° Villes.

Dans les principales villes du Maroc, la répartition des sujets examinés et vaccinés est la suivante :

VILLES	Sujets examinés	Sujets vaccinés
Agadir	10.097	3.791
Marrakech	44.129	17.050
Mogador	4.975	1.186
Mazagan	7.299	3.725
Casablanca	128.631	36.410
Rabat	22.858	9.867
Salé	9.006	2.820
Port-Lyautey	8.402	3.177
Meknès	24.879	8.636
Fès	47.327	9.524
Oujda	18.882	7.526
Tanger	15.713	4.458
Total général ...	342.198	108.170

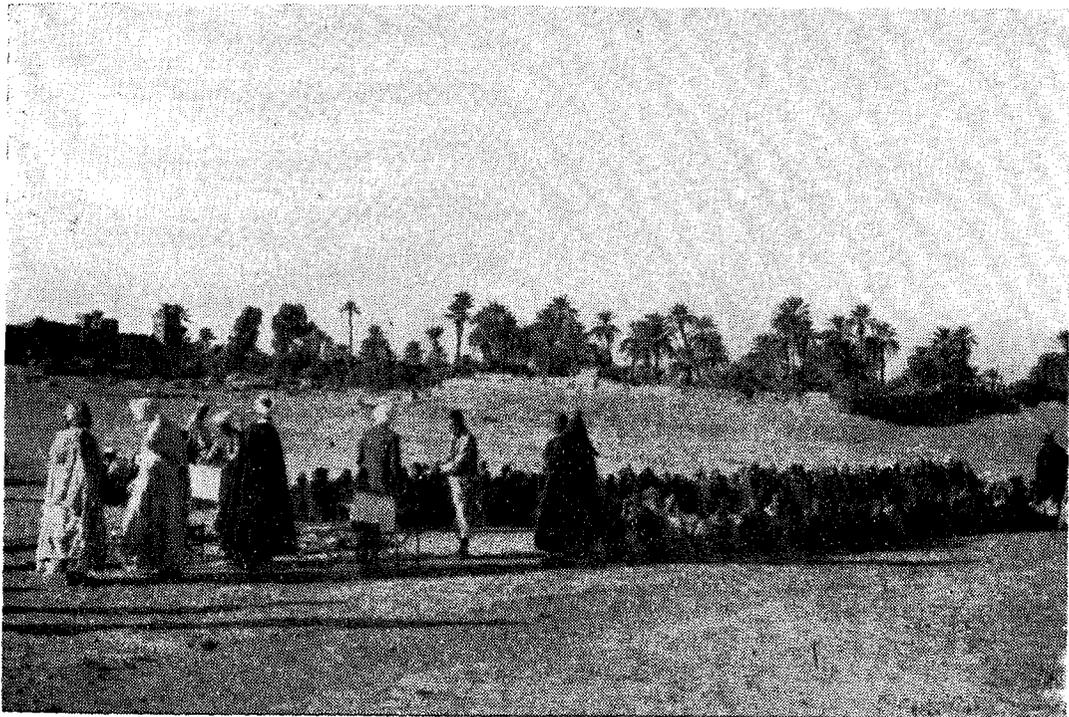
COLLECTIVITES DE TRAVAILLEURS

On s'est efforcé d'atteindre, au cours de la campagne, toutes les collectivités de travailleurs participant à des entreprises industrielles et minières, ou affectées à de grands chantiers, les barrages en particulier. Le tableau suivant indique dans chaque région, le nombre de sujets examinés et vaccinés dans ces collectivités :

RÉGIONS	Sujets examinés	Sujets vaccinés
<i>Région d'Agadir :</i>		
Usines de sardines ...	2.839	1.146
<i>Région de Casablanca :</i>		
Usines de Casablanca..	760	120
Khoutribga (Office des Phosphates)	9.484	3.242
Barrage de Bin-el-Ouidane	980	348
Barrage de Daourat ..	781	496
Chantiers d'Alfourer ..	961	274
Chantiers d'Aïl-Ouarda	525	104
Total	13.491	4.284
<i>Région de Marrakech :</i>		
Louis-Gentil (Office des Phosphates)	2.700	380
Saft (usines de conserves)	7.200	1.201
Mogador (usines de conserves)	197	15
Mines de Tioumine ...	757	119
Mines de l'Imini	1.005	319
Total	14.859	2.034
<i>Région de Meknès :</i>		
Mines d'Aouli	1.243	372
Mines de Mibladen ...	1.485	679
Total	2.728	1.051
<i>Région d'Oujda :</i>		
Mines de Djérada	9.088	2.507
Total général ...	40.005	11.022



Rassemblement en milieu urbain — Casablanca



Rassemblement en milieu rural

ECOLES

VILLES	Sujets examinés	Sujets vaccinés
<i>Meknès :</i>		
Ecoles européennes ...	3.854	1.813
» musulmanes ...	2.868	761
» israélites	2.809	1.344
<i>Oujda :</i>		
Ecoles européennes ...	2.842	1.382
» musulmanes ...	5.487	2.209
» israélites	556	250
<i>Fès :</i>		
Ecoles européennes ...	1.486	666
» musulmanes ...	7.862	1.787
» israélites	1.871	685
<i>Marrakech :</i>		
Ecoles européennes ...	2.562	1.528
» musulmanes ...	4.178	1.395
» israélites	2.609	1.094
<i>Rabat :</i>		
Ecoles européennes ...	5.007	2.892
» musulmanes ...	5.167	1.721
» israélites	2.001	1.006
<i>Agadir :</i>		
Ecoles européennes ...	555	555
» musulmanes ...	4.313	2.404
» israélites	783	408
<i>Casablanca :</i>		
Ecoles européennes ...	13.999	8.689
» musulmanes ...	12.842	2.955
» israélites	7.603	2.327
<i>Total général ...</i>	<i>87.780</i>	<i>37.871</i>
Soit :		
Ecoles européennes ...	29.342	17.525
» musulmanes ...	41.107	13.232
» israélites	17.331	7.114

ASSIDUITE

Le nombre total des sujets examinés s'est avéré inférieur aux prévisions du programme initial.

En effet, 75 % du nombre des sujets prévus ont été testés en zone rurale, et 55 % en zone urbaine. La différence en moins s'explique surtout par une surestimation initiale des chiffres de population, imputable à l'absence d'un recensement précis de la population marocaine. Le dernier recensement a été effectué en 1947, à l'occasion de l'institution des cartes de ravitaillement établies sur des déclarations souvent très majorées et fantaisistes.

En milieu rural bien, qu'elle ait été l'objet de mesures administratives, la vaccination a été très bien accueillie par les populations. Elle a été, surtout, gênée par des circonstances météorologiques malheureuses qui ont souvent influencé défavorablement l'assiduité aux rassemblements.

En milieu urbain, le rendement de l'assiduité a été médiocre, sauf dans les milieux scolarisés. Il a été très difficile d'atteindre le prolétariat des grandes villes, en dehors des

collectivités de travailleurs organisées. Ce fait tient surtout au dérangement sérieux, et au manque à gagner, que représente le temps consacré à la vaccination, plutôt qu'à une hostilité réelle.

CONCLUSIONS

Les résultats à longue échéance de la campagne de vaccination sur la morbidité et la mortalité par tuberculose, seront difficiles à mesurer avec précision. D'une part, le manque d'état-civil et d'informations démographiques valables empêcheront d'apprécier l'incidence réelle de la vaccination sur la mortalité par tuberculose.

Par ailleurs, les migrations incessantes des populations rurales vers les villes, l'amélioration des conditions économiques, les progrès dans le domaine du dépistage et de l'équipement anti-tuberculeux, transforment d'une façon continue les données du problème.

La direction de la santé publique a tenu cependant à vérifier ces résultats à longue échéance, en organisant, à la cité Yacoub El Mansour, près de Rabat, une station-pilote pour suivre les effets à long terme de la vaccination par le B.C.G. dans des conditions connues.

En attendant ces résultats éloignés, des contrôles ont été faits, tout au long de la campagne, pour vérifier le pouvoir immunisant du vaccin. Plus de 20.000 sujets vaccinés ont été contrôlés. On a pu ainsi constater que, un an après la vaccination, 90 % des sujets étaient encore « positifs », donc allergiques. C'est là un résultat très encourageant qui est une bonne indication d'efficacité de la méthode.

Cette campagne aura eu des résultats immédiats très intéressants. Elle a permis, par les tests innombrables pratiqués dans le Maroc entier, d'étudier et de connaître parfaitement le taux de l'infection tuberculeuse du pays, ce qui permettra dans l'avenir une lutte précise.

La très grande expérience de la méthode de vaccination, acquise au long de la campagne, a donné lieu à des spéculations scientifiques fructueuses. Celles-ci ont amené des perfectionnements appréciables du vaccin et de la tuberculine, ainsi que de leurs différentes méthodes d'application.

Grâce à l'excellente collaboration franco-marocaine, le succès de cette campagne permet d'envisager sa reconduction dans l'avenir, sans quoi elle perdrait toute efficacité.

La campagne du B.C.G. au Maroc aura été un événement important dans l'histoire médicale du pays en éduquant les populations avec une nouvelle discipline médicale qui leur paraîtra, demain, aussi banale que la vaccination anti-variolique.

D^r GUY HOUEL,
Médecin chef des services
de prophylaxie du Maroc.
Institut d'hygiène - Rabat.

A N N E X E
FONDS INTERNATIONAL DE SECOURS A L'ENFANCE
DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

**Accord entre le Fonds International de Secours à l'Enfance,
la Croix-Rouge Danoise et le Gouvernement Chérifien**

Considérant que, par sa résolution n° 57, adoptée le 11 novembre 1946, l'assemblée générale des Nations Unies a créé le fonds international de secours à l'enfance (désigné ci-après sous le nom de fonds) ;

Considérant que le fonds dispose maintenant de ressources et s'attend à recevoir des crédits et des ressources supplémentaires que le conseil d'administration du fonds a décidé de réserver en partie aux enfants, aux adolescents, aux femmes enceintes et aux mères qui nourrissent ;

Considérant que le Gouvernement danois a offert de participer à une œuvre commune (joint enterprise), sous les auspices du fonds, pour lutter contre la propagation de la tuberculose dans les pays qui bénéficient de l'assistance du fonds et que le conseil d'administration, le 12 mars 1948 a décidé de participer à cette œuvre ;

Considérant que le Gouvernement chérifien (désigné ci-après sous le nom de Gouvernement) désire recevoir l'aide de l'œuvre commune afin de pouvoir utiliser le vaccin B.C.G. dans la plus large mesure possible, en faveur des enfants et adolescents qui se trouvent sur son territoire ;

Considérant que le fonds, agissant par l'intermédiaire de ses représentants, l'œuvre commune, y compris les autres associées scandinaves et le Gouvernement ont estimé que cette assistance était nécessaire au Maroc ;

En conséquence, le Gouvernement, le fonds et l'œuvre commune ont convenu de ce qui suit :

ARTICLE PREMIER

**FOURNITURE D'APPROVISIONNEMENTS
ET DE SERVICES**

A. — Le fonds et l'œuvre commune agissant en son nom et au nom des autres pays scandinaves associés, (désignés ci-après par l'expression « œuvre commune ») fourniront les approvisionnements et les services qui pourront être nécessaires pour lutter contre la propagation de la tuberculose parmi les enfants et les adolescents qui se trouvent sur le territoire du Maroc. Sous réserve des dispositions du § 1 de l'article II, les services comporteront la rétribution, les frais de transports et de rapatriement d'une partie du personnel technique destiné à la vaccination et que ces approvisionnements comprendront la tuberculine, le vaccin B.C.G., les instruments médicaux, les voitures automobiles, le matériel de campement et autres articles qui devront être importés pour soumettre à la réaction de la tuberculine et pour vacciner, lorsque cela est possible, tous les enfants de 18 ans au plus. La direction de la santé publique, en accord avec l'œuvre commune, assurera l'établissement et l'exécution de ce programme.

Les effectifs du personnel et les quantités d'approvisionnements mis à la disposition du Gouvernement chérifien, seront fixés par une annexe à la présente convention.

B. — L'œuvre commune n'introduira pas de demande et ne pourra faire valoir de droits pour le paiement

des approvisionnements et services fournis en vertu du présent accord, y compris la rémunération du personnel représentant l'œuvre commune qui ne serait pas recruté sur place.

ARTICLE II

**PARTICIPATION
DU GOUVERNEMENT CHERIFIEN
A L'ŒUVRE COMMUNE**

A. — Le Gouvernement s'engage à veiller à ce que les opérations faites en accord avec l'œuvre commune soient effectuées d'une manière équitable et sans discrimination fondée sur la race, la religion, la nationalité ou les opinions politiques.

B. — Il est convenu que les dépenses de l'œuvre commune s'ajouteront et ne se substitueront pas aux crédits budgétaires que le Gouvernement a prévus pour des activités analogues (10). Suivant cet accord, seuls les vaccins fabriqués par l'institut Pasteur de Paris et de Casablanca, et seules les techniques arrêtées en accord avec l'œuvre commune, seront utilisés.

C. — Le Gouvernement convient que l'œuvre commune pourra à sa volonté affecter aux approvisionnements utilisés dans le cadre de son activité et aux services fournis par elle, toutes marques distinctives qu'elle jugera nécessaires pour indiquer qu'ils sont destinés à l'aide apportée aux enfants sous les auspices du fonds.

D. — Aucun bénéficiaire ne sera tenu de payer directement ou indirectement pour l'aide qui lui aura été apportée.

E. — Le Gouvernement fournira à l'œuvre commune tous les documents, rapports et renseignements relatifs à la mise en œuvre du programme, que l'œuvre commune et le Gouvernement pourront estimer nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions. A cet égard, le Gouvernement s'engage à aider, dans la plus grande mesure possible, l'œuvre commune en assurant un service d'information aussi large que possible.

F. — Afin de donner effet aux termes du présent accord le Gouvernement et l'œuvre commune conviennent qu'il sera nécessaire d'établir des rapports d'étroite collaboration. A cet égard, un délégué sera désigné par l'œuvre commune pour donner son accord aux plans détaillés d'opérations, approuver les mesures administratives prises par la direction de la santé publique chargée de la direction et de l'exécution de la campagne de vaccination.

Le personnel recruté en France par l'œuvre commune et lié à l'œuvre commune par un contrat de travail personnel sera à tout moment soumis au contrôle du directeur de la santé publique et du délégué de l'œuvre commune ou de leurs représentants.

G. — Le Gouvernement s'engage à faciliter le travail de l'œuvre commune sous tous les rapports, y

(10) Les crédits alloués par le Gouvernement chérifien pour la totalité de la campagne se sont élevés à 80.000.000 de frs.

compris les déplacements et l'accueil des équipes agissant au nom de l'œuvre commune. Le Gouvernement s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires en ce qui concerne les droits de transit et d'atterrissage des avions utilisés par l'œuvre commune dans le cadre de ses activités.

H. — La contribution du Gouvernement chérifien est donnée à l'œuvre commune par l'intermédiaire de la direction de la santé publique. Elle comporte le paiement des traitements du personnel recruté sur place ainsi que les frais de réception, de déchargement, d'entrepôt, de transport et de distribution des approvisionnements utilisés aux fins poursuivies.

Elle comporte également les dépenses encourues, relatives au logement et aux déplacements du personnel, aux transports fournis par l'œuvre commune aux termes du présent article, à l'installation et à l'entretien des équipes qui seront établies aux points centraux, y compris le personnel nécessaire de secrétariat ou autre personnel, et les communications postales, télégraphiques afférentes aux activités légitimement exercées par ces agents.

ARTICLE III

EXEMPTION D'IMPOTS

A. — L'œuvre commune, ses avoirs, ses biens, ses opérations et transactions de quelque nature qu'elles soient seront exempts de toutes taxes ou redevances, de tous péages ou droits imposés par le Gouvernement, par une de ses subdivisions politiques ou par toute autre autorité publique du Protectorat marocain. L'œuvre commune sera également dégagée de toute responsabilité en ce qui concerne la perception de toutes taxes ou redevances, de tous péages ou droits imposés par le Gouvernement, par une de ses subdivisions politiques ou par toute autre autorité publique.

B. — Ni le Gouvernement, ni aucune de ses subdivisions politiques, ni aucune autre autorité publique ne prélèveront de taxes, redevances, péages ou droits au titre des traitements ou rémunérations pour services personnels versés par l'œuvre commune à ses fonctionnaires, employés et tous autres membres de son personnel qui n'ont pas leur résidence permanente au Maroc.

C. — Le Gouvernement prendra les mesures nécessaires pour donner effet aux principes précités. En outre, le Gouvernement prendra toutes autres mesures

utiles pour que les approvisionnements et les services fournis par l'œuvre commune ne soient soumis à aucune taxe ou redevance, à aucun péage ou droit, d'une manière qui serait de nature à réduire les ressources de l'œuvre commune.

Les droits de douane afférents à l'importation du matériel et des approvisionnements seront acquittés par la direction de la santé publique.

ARTICLE IV

PRIVILEGES ET IMMUNITES

Le Gouvernement accordera à l'œuvre commune et à son personnel les privilèges prévus dans la convention générale sur les privilèges et immunités, adoptés par l'assemblée générale des Nations Unies le 13 février 1946 et ratifiés par la loi n° 412 1947 (Grèce).

ARTICLE V

Le présent accord prendra effet à la date de ce jour. Il restera en vigueur jusqu'au moment où la tâche des équipes sera considérée, d'un commun accord, par le Gouvernement et l'œuvre commune, comme étant achevée.

ARTICLE VI

En cas de désaccord sur le point de savoir si les dispositions du présent accord sont observées, la question sera soumise au comité du programme du conseil d'administration du fonds, qui prendra les mesures appropriées.

Rabat, le 11 mars 1949.

*Le représentant
de la croix rouge danoise.*

*Le représentant
du fonds international
de secours à l'enfance
de l'organisation des Nations Unies.*

*Le représentant
le Gouvernement chérifien.*