

Les maladies vénériennes et les tréponématoses

Les maladies vénériennes furent inscrites à l'ordre du jour de la Commission intérimaire de l'Organisation mondiale de la Santé en 1947, comme l'un des problèmes nécessitant une intervention. Un comité d'experts fut créé et chargé de donner des avis sur la question; une enquête fut effectuée et un programme proposé pour l'Organisation mondiale de la Santé.

Dès le début, la syphilis vénérienne fut considérée comme la plus importante des maladies vénériennes, les autres entraînant des suites relativement peu graves. Plus tard, l'OMS étendit son action aux tréponématoses endémiques aussi bien qu'aux maladies vénériennes.

L'instabilité des conditions sociales pendant et après la deuxième guerre mondiale, à la suite de divers mouvements de population, provoqua une très forte augmentation des maladies vénériennes non seulement chez les anciens belligérants mais aussi dans les pays neutres. Le nombre des cas de syphilis et la mortalité infantile due à cette maladie s'accrurent considérablement dans tous les pays d'Europe et aux États-Unis d'Amérique; en Asie et en Afrique, la fréquence des maladies vénériennes augmenta. On a estimé qu'il y avait probablement au moins quarante millions de cas de syphilis dans le monde à cette époque.

Les tréponématoses endémiques (syphilis non vénérienne ou endémique, pian et pinta) se rencontrent en de nombreuses régions du monde. On ne connaît pas exactement leur fréquence globale, mais on se rend maintenant compte de leur importance. D'après les observations faites au cours d'enquêtes et de campagnes d'éradication, on estime que, sur les quatre cents millions d'individus vivant dans les régions rurales de la zone tropicale, la moitié environ sont exposés à ces maladies, en particulier au pian, dont il existait, il y a une dizaine d'années, quelque cinquante millions de cas.

Dans certains pays, la syphilis est une maladie transmissible non vénérienne des enfants et des adolescents. Sa propagation tient en grande partie à des conditions d'hygiène primitives. La syphilis endémique était très répandue en Bosnie jusqu'au moment où la campagne de masse qui sera décrite plus loin dans ce chapitre réussit

virtuellement à l'éliminer. Les enquêtes sérologiques ont montré que dans de nombreuses régions de ce pays, le quart de la population ou davantage était infecté. On rencontre aussi cette maladie dans beaucoup de pays semi-arides d'Asie et d'Afrique, où le nombre des personnes exposées à l'infection s'élève probablement à plusieurs millions.

Le pian se manifeste surtout dans la zone humide comprise entre les tropiques du Cancer et du Capricorne, où il semble bien que l'importance du facteur climatique soit aggravée par des conditions sanitaires, économiques et sociales médiocres. Il ressort d'enquêtes sérologiques que dans de nombreux pays l'infection pianique atteint 30 à 70 % de la population, la fréquence des cas évolutifs dans ces régions semblant toutefois se maintenir entre 10 et 25 %.

La pinta est causée par un micro-organisme très proche des agents pathogènes de la syphilis et du pian, mais elle n'affecte que la peau. Cette maladie ne sévit qu'au Mexique, en Colombie, au Brésil et dans des pays avoisinants.

La syphilis vénérienne s'attaque directement au groupe d'âge économiquement productif et entraîne une incapacité de travail immédiate ; les manifestations tardives qui surviennent chez les cas non traités peuvent diminuer encore l'effectif de main-d'œuvre utilisable. De son côté, le pian, bien qu'il se déclare pour la première fois dans l'enfance, peut déterminer une forte invalidité parmi les jeunes adultes et peut diminuer leur capacité de travail dans l'agriculture. Ces deux tréponématoses réduisent donc la productivité du pays et deviennent pour lui une charge financière. Le traitement de masse appliqué aux cas de pian à Haïti a réintégré 100 000 individus dans la vie économique, ce qui a eu pour résultat d'augmenter la production nationale.

Techniques et méthodes

Après la découverte du salvarsan par Ehrlich en 1910, des millions d'individus bénéficièrent de l'introduction des composés arsenicaux pour le traitement des tréponématoses. En 1935, l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations proposa un traitement standard de la syphilis, d'une durée de quarante à soixante-cinq semaines. La longueur du traitement et la toxicité des médicaments employés empêchèrent d'utiliser avec succès cette thérapeutique comme mesure de santé publique, sauf dans les pays avancés où l'on pouvait compter sur le concours de la population. Ces inconvénients étaient particulièrement évidents dans les régions insuffisamment développées où la syphilis et le pian n'étaient généralement pas traités de façon adéquate. Toutes les formes de traitement utilisant l'arsenic et le bismuth exigeaient, pour réussir, que chaque cas fût surveillé et suivi pendant une longue période. S'il est incontestable que ces techniques, appliquées par l'intermédiaire d'un réseau de dispensaires, ont contribué jusqu'au début de la deuxième guerre mondiale à

réduire la fréquence de la syphilis récente, il n'en reste pas moins que, dans les régions sous-développées, la plupart d'entre elles ne purent être employées avec succès contre les tréponématoses endémiques.

En 1910, Ehrlich envisageait l'éventualité d'un traitement de la syphilis par voie d'injection unique. Son espoir fut presque réalisé en 1948 grâce à l'utilisation de préparations de pénicilline-retard. C'est dans la période 1943-1944 que la pénicilline, découverte en 1940, se révéla efficace contre la syphilis, et sa valeur pour le traitement des autres tréponématoses fut confirmée peu de temps après. L'emploi de pénicilline-retard, telle que la pénicilline G procainée additionnée de monostéarate d'aluminium (PAM) ou les préparations plus récentes, réduit considérablement la durée du traitement ainsi que sa toxicité, de sorte qu'il est devenu possible d'entreprendre des campagnes de masse contre les tréponématoses.

On a constaté que, pour tuer les tréponèmes chez un sujet atteint de syphilis secondaire, il fallait maintenir la pénicillinémie à un taux minimum continu pendant au moins deux semaines, mais qu'un taux supérieur ou la présence de pénicilline pendant une plus longue durée n'accroissaient pas l'efficacité du traitement. Parmi les antibiotiques plus récents, certains sont également efficaces contre les tréponématoses, mais leur coût empêche pour le moment d'en généraliser l'emploi.

Dès que l'on se mit à utiliser la PAM, on observa que, après l'injection d'une même dose de PAM provenant de différents fabricants, il se produisait dans la durée de la pénicillinémie des écarts très sensibles qui ne laissaient pas de nuire à l'efficacité de la thérapeutique. L'OMS coordonna une série d'études, à la suite desquelles furent recommandées des normes internationales minimums pour la PAM et des méthodes d'essai uniformes.

Comme le coût des médicaments et leur mode d'administration jouent un rôle important dans les campagnes de masse, on emploie la dose la plus faible qui soit compatible avec une efficacité thérapeutique satisfaisante: il faut donc disposer de préparations de pénicilline offrant une garantie suffisante. Étant donné qu'une dose unique de PAM produit une pénicillinémie tréponémicide de plusieurs jours, le traitement par voie d'injection unique s'est révélé pratique pour les campagnes contre les tréponématoses endémiques. Les études entreprises pour déterminer l'efficacité de la pénicilline contre les tréponématoses avaient commencé par la syphilis. Depuis lors, il n'a pas été observé de différences essentielles de sensibilité à la pénicilline entre les tréponèmes de la syphilis vénérienne et ceux des autres tréponématoses.

Depuis qu'on a passé du traitement individuel des cas à celui de communautés entières par le moyen des campagnes de masse, les idées ont beaucoup évolué. Dans de nombreuses campagnes de masse, la PAM est administrée aussi bien aux contacts et aux cas latents qu'aux malades présentant des symptômes cliniques. L'OMS, en facilitant les échanges d'informations scientifiques, en organisant des études collectives, des symposiums internationaux, ainsi que des démonstrations,

etc., a contribué à faire évoluer les conceptions thérapeutiques classiques des médecins praticiens.

En 1949, une commission de l'OMS pour l'étude de la syphilis s'est rendue aux États-Unis d'Amérique pour étudier les méthodes utilisées par ce pays dans la lutte antivénérienne et apprécier leur importance pour les programmes nationaux et internationaux. La commission a confirmé l'efficacité de la pénicilline-retard et souligné le fait que l'organisation administrative des campagnes de masse devait retenir toute l'attention.

Deux conférences internationales sur la lutte contre le pian ont eu lieu, en collaboration avec les gouvernements, à Bangkok en 1952 et à Enugu (région orientale de la Nigeria) en 1955. Les participants, qui venaient de plusieurs points du globe, ont confirmé la valeur thérapeutique des injections uniques de PAM et insisté sur la nécessité d'étendre le traitement de masse à la totalité de la population dans les régions où sévissait fortement le pian, d'examiner tous les habitants et de renouveler ces examens, d'exercer une surveillance quand la campagne touche à sa fin et de créer des services de santé ruraux pour exécuter ce programme.

Des conférences de coordination ont eu lieu en 1956 et en 1957 en Afrique occidentale et un séminaire sur l'éradication des tréponématoses a été organisé à Haïti en 1956, à l'intention des pays des Amériques.

Dans le cadre des activités de l'OMS visant à encourager l'emploi des nouvelles thérapeutiques, des experts ont été envoyés dans de nombreux pays pour y étudier les tréponématoses et donner des avis sur les moyens de les combattre; en outre, des bourses d'études ont été attribuées, notamment à des médecins, des techniciens de laboratoire, des infirmières. Au cours des dix premières années d'existence de l'OMS, trente-deux consultants ont accompli des missions dans toutes les parties du monde et plus de 260 bourses ont été accordées pour des études sur les maladies vénériennes et les tréponématoses.

L'Organisation a également envoyé, à la demande de gouvernements, des équipes de démonstration pour faire connaître les nouvelles thérapeutiques antivénériennes, dont les gouvernements ont pu ensuite étendre l'application à la totalité de la zone endémique. Plusieurs pays — entre autres Ceylan et l'Égypte — ont entrepris des programmes de lutte antivénérienne où ils ont appliqué les méthodes de dépistage et le traitement à la pénicilline des cas et des contacts qui avaient fait l'objet de démonstrations pratiques dans des projets de formation bénéficiant d'une aide de l'OMS. Dans l'Inde, deux projets de démonstration de portée restreinte organisés par l'OMS, l'un à Simla de 1949 à 1951, l'autre plus tard à l'Université de Madras, ont été suivis d'un programme antivénérien de longue haleine, s'étendant à la nation entière et s'insérant dans le cadre du programme général de santé publique. Ce programme comporte l'organisation à Madras d'un cours de formation post-universitaire à l'intention des agents sanitaires affectés à la lutte antivénérienne, la préparation à Calcutta d'antigènes modernes pour le

sérodiagnostic, et la production de pénicilline-retard par la nouvelle fabrique indienne de pénicilline créée près de Bombay.

Dans les projets de cette catégorie, la première mesure consiste à établir un centre antivénérien bien équipé, qui sert ensuite de modèle aux administrations sanitaires locales de différentes régions et de centre de formation pour le personnel médical et auxiliaire. Il est généralement dirigé par un personnel national, qui reçoit les avis d'une équipe internationale normalement composée d'un médecin, d'un sérologiste, d'une infirmière de la santé publique et, parfois, d'un spécialiste de l'éducation sanitaire. Le centre assure le diagnostic et le traitement et se charge aussi des mesures épidémiologiques, notamment du dépistage des cas au cours de visites à domicile. Les services sérologiques sont utilisés pour le diagnostic et la surveillance ultérieure des cas traités au centre, ainsi que pour les enquêtes par sondage effectuées parmi différents groupes de population et qui prennent de plus en plus d'extension à mesure que le projet se développe. Les centres de démonstration et de formation de ce genre sont généralement situés dans les zones urbaines et participent aux campagnes de masse entreprises dans les régions rurales pour le traitement des tréponématoses endémiques.

Dans certains pays, comme l'Afghanistan, la Birmanie et Taïwan, où la lutte contre la syphilis posait des problèmes spéciaux, on a eu recours aux services d'hygiène de la maternité et de l'enfance pour le dépistage des cas et le traitement des enfants, des adolescents, des femmes enceintes et des mères allaitantes. Les projets de cette nature qui, pour la plupart, comprenaient aussi des démonstrations et des cours de formation, ont été exécutés en collaboration par les gouvernements, le FISE et l'OMS.

Cette méthode avait été préconisée en 1949 par le Comité d'experts de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance et le Comité d'experts des Maladies vénériennes. Ils estimaient que, dans certaines régions, le dépistage des cas de syphilis vénérienne pourrait se faire en prenant le groupe familial pour point de départ; ce système permettrait, à leur avis, d'obtenir un tableau plus complet de l'état de santé et constituerait une forme d'éducation sanitaire susceptible d'être bien accueillie par la population. Cette méthode de lutte antisiphilitique peut être utile comme technique de santé publique, à la condition que le contrôle s'étende au père aussi bien qu'à la femme enceinte et aux enfants: on évite ainsi d'obtenir des renseignements épidémiologiques incomplets et d'appliquer des mesures uniquement palliatives.

Campagnes de masse

Nous avons donné dans les pages qui précèdent un aperçu des caractéristiques générales de l'aide prêtée par l'OMS aux gouvernements dans la lutte contre les tréponématoses. Il est peut-être intéressant d'examiner maintenant certains projets particuliers: ceux contre la syphilis endémique en Bosnie et contre le pian à Haïti,

dans la Nigeria et en Indonésie, qui donneront une idée du travail accompli et de la somme d'expérience acquise.

Des enquêtes menées en Bosnie au cours de la période 1905-1911 avaient révélé, pour les cas de lésions syphilitiques, une fréquence de 8,3 %; une autre enquête faite entre 1926 et 1933 aboutit au chiffre de 11,8 %. On essaya de combattre la syphilis endémique au moyen de composés arsenicaux, mais ces tentatives restèrent sans résultat. En 1948, l'administration sanitaire yougoslave inaugura un programme national de lutte antisiphilitique, dans lequel une attention spéciale était donnée à la syphilis endémique en Bosnie, et sollicita pour ce programme l'aide du FISE et de l'OMS. On se rendit compte que la campagne serait facilitée si l'on entreprenait en même temps d'améliorer les conditions d'hygiène et de vie et l'éducation sanitaire. On procéda à une enquête sérologique systématique, au cours de laquelle 438 000 individus, soit environ 95 % de la population recensée dans les zones endémiques, furent examinés. Il y eut en tout plus de deux millions d'examen et de réexamen. Une injection unique de 1,8 million d'unités (6 ml) de PAM se montra très active et c'est cette dose que l'on employa ultérieurement dans la campagne.

On pensait au début que les rechutes constitueraient l'obstacle le plus sérieux à la réussite des opérations, mais l'on s'aperçut bientôt qu'elles étaient négligeables, comparées aux réinfections et à la réactivation des foyers endémiques par les cas qui, lors de la première enquête, avaient échappé à l'examen, étaient absents ou se trouvaient à la phase d'incubation. La nécessité de procéder à de nouvelles enquêtes pour réexaminer l'ensemble de la population devint évidente. Les meilleurs résultats furent obtenus dans les districts où toute la population avait été examinée lors de la première enquête et lorsque le traitement avait été appliqué non seulement aux malades présentant des signes cliniques ou sérologiques de l'infection, mais encore à toutes les personnes vivant sous le même toit que les malades et à tous les contacts familiaux. On avait administré aux contacts une injection unique de 1,2 million d'unités (4 ml) de PAM. Dans les ménages infectés, on constata une recrudescence de la maladie lorsque les contacts n'avaient pas été traités, mais non lorsque le traitement avait été appliqué à tous les membres du ménage. Tout programme à longue échéance doit prévoir un contrôle permanent des zones précédemment endémiques. En Bosnie, ce contrôle est assuré par un ou plusieurs agents sanitaires, choisis parmi les membres des équipes opérant sur le terrain. Ces agents agissent en collaboration avec les centres de santé locaux, auxquels il incombe de tenir la maladie en échec par les moyens qu'ils emploient normalement contre les affections transmissibles.

Le programme yougoslave a permis de faire les constatations suivantes: le traitement de masse à la pénicilline, s'il est administré aux contacts aussi bien qu'aux malades, peut juguler une tréponématose; une action dirigée contre la syphilis endémique peut favoriser le progrès social qui, de son côté, rend le milieu moins favorable au retour de la maladie; un programme de lutte contre une tréponématose peut servir de point de départ au développement des services de santé publique. La

campagne de Bosnie a permis d'acquérir une expérience qui a été utile pour d'autres campagnes de masse. Véritable étude pilote, qui a comporté des recherches cliniques, thérapeutiques et épidémiologiques, elle constitue un prototype pour les activités de ce genre. Les épreuves sérologiques de masse pratiquées au cours de cette première expérience ont fourni de précieux renseignements.

A Haïti fut entreprise en 1950, avec l'aide du FISE, de l'OMS et du Bureau sanitaire panaméricain, une campagne d'éradication du pian qui donnait effet à la recommandation du Comité d'experts des Maladies vénériennes demandant la mise en œuvre d'un projet pilote d'éradication du pian dans une région isolée où la maladie sévissait fortement. Pour des raisons pratiques, on décida de considérer toutes les personnes présentant des lésions, de quelque nature que ce fût, comme des « cas de pian » et le reste de la population comme des « contacts ». Les enquêtes faites pendant la première phase de la campagne montrèrent que la proportion des cas représentait 36,5 % de la population et celle des contacts 63,5 %, au total 3 501 450 sujets. Bien qu'aucun examen sérologique n'ait été pratiqué, on estimait qu'une telle proportion de manifestations cliniques indiquait, pour la collectivité, un taux d'infection probable de 80 % ou davantage. L'organisation des opérations, la formation du personnel, la surveillance, la qualité du travail sur le terrain et dans les bureaux furent telles qu'après les premiers essais plus de 95 % de la population rurale avaient été examinés et traités. Une injection de PAM fut administrée à tous les habitants des zones rurales, malades ou contacts. La dose était de 0,6 million d'unités (2 ml) pour les malades et de 0,3 million d'unités (1 ml) pour les contacts, sans considération d'âge. Il ressort d'études faites au cours de campagnes ultérieures que les « contacts » comprenaient des contacts probables de cas infectieux ou de cas latents, dont beaucoup auraient fait plus tard des rechutes. Des enquêtes par sondage confirmèrent les observations de la population elle-même ainsi que des administrations sanitaires et autres, à savoir que la fréquence du pian évolutif avait subi une diminution rapide et considérable. Deux ans après le début de la campagne, ces enquêtes firent ressortir une fréquence moyenne des cas évolutifs (infectieux et non infectieux) de 0,57 %.

On a tiré de la campagne d'Haïti deux enseignements utiles à savoir, d'une part, qu'il est important de traiter la totalité de la population (traitement de masse total) lorsque la fréquence du pian cliniquement évolutif est élevée et, par conséquent, qu'il est indispensable de tenir compte des cas latents et des contacts, et, d'autre part, qu'une dose relativement faible de PAM — 0,6 million d'unités (2 ml) pour les cas évolutifs — s'est révélée efficace à Haïti. La plupart des autres spécialistes du pian, de même que la deuxième conférence internationale sur la lutte contre le pian, tenue à Enugu en 1955, recommandent le double de cette dose, c'est-à-dire 1,2 million d'unités (4 ml) de PAM pour les cas cliniques adultes, 0,6 million d'unités (2 ml) pour les cas latents et contacts adultes, et la moitié de ces doses pour les enfants de moins de 15 ans. La campagne d'Haïti a amplement confirmé la possibilité d'éliminer

le pian car, dans certaines régions, il n'a plus été trouvé de cas évolutifs lors des examens de contrôle. Elle a également prouvé que toutes les opérations sur le terrain peuvent être confiées à des jeunes gens sachant lire et écrire et ayant reçu une formation simple, à la condition que la surveillance soit suffisante et — comme c'était le cas — que les jeunes gens s'intéressent vivement à leur travail.

Dans la Fédération de la Nigeria, les administrations mènent en ce moment, avec l'aide du FISE et de l'OMS, des campagnes contre le pian qui donnent de bons résultats. Un rapport sur les opérations de la Région orientale de la Nigeria a été soumis à la deuxième conférence internationale sur la lutte contre le pian, tenue à Enugu en 1955. Cette campagne, qui a commencé en février 1954, présente quelques aspects particuliers. Les travaux sur place ont été confiés à des équipes composées de dix à quatorze auxiliaires, formés à cet effet, dont beaucoup possédaient déjà une grande expérience des opérations sur le terrain. Grâce à la bonne volonté de la population, on a pu former des groupes de 1000 à 1500 personnes et les traiter en quatre ou cinq heures. Parallèlement se déroulent une enquête pour le dépistage des cas de lèpre et une campagne de vaccination de masse contre la variole et la fièvre jaune. Les dossiers sont réduits au minimum nécessaire pour permettre l'évaluation des progrès. Les doses ont été fixées à 1,2 million d'unités (4 ml) pour les adultes et à la moitié de cette quantité pour les enfants ainsi que pour les cas latents et les contacts. C'est en général le traitement de masse total qui a été appliqué. Les examens de contrôle sont opérés par des jeunes gens du village qui ont reçu une formation simple et qui sont affectés chacun à une région dont ils sont responsables et où ils visitent chaque maison pour dépister les cas de pian et les contacts des cas infectieux. Un fonctionnaire supérieur contrôle ensuite ces cas et contacts et administre le traitement.

La forte réduction des cas évolutifs de pian qui a suivi ces campagnes a été remarquable. Non moins importante a été la création d'un certain nombre de centres de santé ruraux, qui sont financés par des conseils élus par la population locale. Ces centres, dotés d'un personnel judicieusement choisi, sont installés dans des locaux bien conçus et leur emplacement est calculé de manière à permettre le développement de tout un réseau, dans le cadre du service de santé rural. C'est de ces centres — qui assurent également des activités plus étendues dans le domaine de la santé publique en général, de l'hygiène de la maternité et de l'action curative — que dépend la surveillance de la population pour le dépistage des rares cas de pian qui peuvent encore se produire.

Le projet de lutte contre les tréponématoses mis en œuvre en 1950 en Indonésie avec l'aide du FISE et de l'OMS est la plus vaste campagne nationale qui ait jamais été entreprise. A la fin de 1956, plus de vingt-trois millions de personnes avaient été examinées et trois millions et quart traitées lors des campagnes de traitement initiales, et plus de trente et un millions examinées et un million et demi traitées lors des campagnes suivantes de réexamen. Ce que l'on savait déjà de l'Indonésie,

soit par expérience, soit grâce à des études antérieures, a largement contribué au déroulement satisfaisant de cette campagne. Les opérations sur le terrain sont dirigées par des dispensaires qui desservent chacun une circonscription d'environ 30 000 habitants. Le travail proprement dit est accompli dans chaque circonscription par deux agents: un auxiliaire spécialement formé à cet effet (« éclaireur du pian ») qui, en quatre jours, avec la collaboration des habitants et du chef du village, examine tous les villageois par groupes, et l'infirmière placée à la tête du dispensaire qui, le cinquième jour, vérifie le travail de l'éclaireur et administre le traitement aux cas de pian décelés. Dès que les opérations ont couvert toute la circonscription, les examens de contrôle commencent automatiquement. Seules les personnes atteintes de pian évolutif sont traitées, mais, comme le montrent des observations attentives, ces opérations permettent de réduire le pian dans des proportions considérables, peut-être en un peu plus de temps qu'il n'en faut avec le traitement de masse total.

La campagne indonésienne est un exemple de parfaite adaptation des méthodes et des techniques recommandées aux conditions locales. Comme le dispensaire se transforme en un centre de santé rural, la campagne antipianique est d'emblée intégrée dans le service sanitaire. Le traitement de masse total est pratiqué là où il n'est pas possible d'appliquer les méthodes indiquées ci-dessus.

De nombreuses autres campagnes sont en cours qui, pour la plupart, nous apportent quelque enseignement nouveau. Les techniques et les méthodes sont continuellement reconsidérées et elles sont révisées lorsque l'étude des opérations sur le terrain en fait apparaître la nécessité.

Les premières campagnes de masse se sont heurtées à de nombreux obstacles, tels que la pénurie de personnel national compétent et le manque de facilités de tout ordre pour le recrutement et la formation de personnel, de même que pour son transport. Un autre problème s'est posé: comment assurer une surveillance convenable des opérations sur le terrain. Bien que la situation se soit maintenant améliorée, il est probable que certaines de ces difficultés subsisteront longtemps encore. Il importe donc d'évaluer les résultats des campagnes pour pouvoir en orienter le développement et d'effectuer les réexamens périodiques et la surveillance dont la nécessité est maintenant généralement admise.

Il est reconnu que la lutte contre les tréponématoses contribue au progrès social et économique de nombreuses régions; ces dernières années, les campagnes nationales de lutte contre les tréponématoses endémiques bénéficiant de l'aide de l'OMS ont pu être intégrées dans le programme élargi d'assistance technique. De son côté, le FISE a collaboré à ces campagnes.

Le coût total de la lutte contre les tréponématoses et les maladies vénériennes est beaucoup moins élevé depuis qu'a été introduit le traitement par la pénicilline. Comme le traitement prend moins de temps, les dispensaires et les praticiens ont affaire à beaucoup moins de malades et les méthodes employées sont plus simples. Les frais de personnel et les dépenses administratives ont diminué, mais le coût de

la pénicilline elle-même, bien que de beaucoup inférieur à celui de la métallothérapie, représente encore la moitié environ du coût total par malade. On évalue maintenant dans certaines régions le coût total moyen des campagnes de masse à 0,40 dollar par personne examinée et à moins de un dollar par personne traitée, toutes dépenses nationales et internationales comprises.

Standardisation internationale des réactifs et des méthodes sérologiques

Au cours de la période considérée, la standardisation internationale des réactifs et méthodes sérologiques a fait de sérieux progrès. En 1949, l'OMS a convoqué un Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire du Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses et, en 1950, elle a constitué un tableau d'experts de ces questions. La même année, il a été créé au Statens Serum-institut de Copenhague un Laboratoire sérologique international de référence de l'OMS qui, avec le concours de certaines des personnes inscrites au Tableau d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses, a procédé à une série d'études coordonnées dont le résultat a facilité la standardisation des réactifs et des méthodes employés dans les tests sérologiques non tréponémiques pour le diagnostic de la syphilis. A la suite des travaux de Mary C. Pangborn et de ses collaborateurs, l'OMS a établi en 1951 des préparations étalons internationales de référence de cardioline et de lécithine que l'on peut se procurer au Laboratoire sérologique international de référence de l'OMS à Copenhague. L'OMS a publié une monographie sur la question.¹

Afin d'assurer la comparabilité internationale desdits tests sérologiques employés pour le diagnostic de la syphilis, il a fallu entreprendre des études sur la préparation de sérums internationaux de référence, desséchés sous congélation et à réactivité uniformisée, devant servir à normaliser les antigènes et les techniques.

Depuis 1952, le Laboratoire de référence de Copenhague a collaboré à une série d'études coordonnées sur le nouveau test d'immobilisation du tréponème (TIT) et à des travaux relatifs à la constance du titre et aux conditions optimums de survie de *Treponema pallidum* pathogène; il a en outre entrepris la préparation de sérums étalons desséchés sous congélation pour le test en question.

C'est grâce à la collaboration de laboratoires spécialisés travaillant dans de nombreuses régions du monde qu'il a été possible d'effectuer les études relatives aux deux groupes de tests.

¹ PANGBORN, Mary C., ALMEIDA, J. O., MALTANER, F., SILVERSTEIN, A. M., & THOMPSON, W. R. (1955) *Cardiolipin antigens*, 2nd ed., Genève (*World Health Organization: Monograph Series No. 6*) — Édition anglaise seulement

En 1954, un deuxième Laboratoire sérologique international de référence de l'OMS a été créé, de concert avec le Service de Santé publique des États-Unis, au Laboratoire de Recherches sur les Maladies vénériennes de Chamblee, en Georgie. Ce laboratoire a joué un rôle important dans les études susmentionnées.

Étude des tréponèmes

Le Laboratoire international des Tréponématoses a été créé en 1950 au Département de Microbiologie de l'Université Johns Hopkins sous les auspices de l'École d'Hygiène et de Santé publique de cette université et de l'OMS. Dans ce laboratoire, les études sur les tréponèmes de la syphilis et du pian, commencées par Turner à la Jamaïque en 1932-1934, ont été étendues aux tréponèmes de la syphilis endémique. Le cadre de ces études a été élargi; il comprend maintenant d'importants travaux pratiques portant sur des tréponèmes de sources différentes nouvellement isolés et visant à déterminer les caractéristiques de ces tréponèmes, leur sensibilité à la pénicilline et leurs rapports les uns avec les autres, ainsi que des recherches sur la biologie générale des tréponématoses. Ces études ont montré clairement que l'infection par les tréponèmes de la syphilis endémique donne des réponses analogues à celles d'autres infections tréponémiques. Les résultats des études menées dans ce domaine jusqu'alors inexploré ont été récemment publiés par l'OMS.¹

Autres recherches

Bien que l'on ait acquis beaucoup de connaissances et réalisé de grands progrès dans la lutte contre les tréponématoses, il reste encore bien des questions dont il est urgent de poursuivre l'étude.

On devra pousser les recherches sur les détails de la transmission des tréponématoses endémiques afin d'obtenir de meilleurs résultats encore du traitement de masse et peut-être de trouver un autre mode de traitement, notamment s'il se manifeste une résistance au médicament ou si, dans les collectivités rurales, les réactions à ce médicament deviennent un danger sérieux. De nouvelles études sont nécessaires également pour déterminer la fréquence du pian dans une collectivité où, le traitement de masse étant terminé, la responsabilité de la surveillance nécessaire a été transférée aux services sanitaires réguliers de la région.

D'autre part, il est indispensable, pour obtenir des résultats permanents dans une campagne anti-pianique, de savoir comment intéresser une collectivité aux mesures envisagées pour lui venir en aide et comment s'assurer sa coopération

¹ TURNER, T. B. et HOLLANDER, D. H. (1957) *Biology of the treponematoses*, Genève (World Health Organization: Monograph Series N° 35).

continue. C'est là une question d'éducation sanitaire et d'aménagement des collectivités au sens le plus large du terme.

Il conviendrait aussi de mettre au point pour les tréponématoses des tests simples n'exigeant qu'une faible quantité de sang et un matériel peu compliqué et qui, une fois faite la prise de sang, donneraient des résultats en quelques minutes. De tels tests simplifieraient les enquêtes sérologiques effectuées par sondage ou dans des zones restreintes et aideraient à déterminer beaucoup plus facilement la fréquence et l'intensité du pian dans une collectivité.

Lutte contre les maladies vénériennes dans les ports

L'un des aspects particuliers de l'action entreprise par l'OMS pour combattre les maladies vénériennes est la lutte contre ces maladies dans les ports et le traitement des gens de mer. En 1924, l'Arrangement international de Bruxelles — le premier accord sanitaire international instituant dans les principaux ports la gratuité du traitement et des soins médicaux en faveur des gens de mer de toutes nationalités — a été élaboré de concert par l'Office international d'Hygiène publique, la Société des Nations, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, l'Union internationale contre le Péril vénérien et les Tréponématoses et le Gouvernement belge. Son application, qui relevait à l'origine de l'Office international d'Hygiène publique, incombe maintenant à l'OMS en vertu du Protocole relatif à l'OIHP signé à New York en 1946. Soixante-sept pays sont aujourd'hui parties à cet accord. C'est maintenant l'OMS qui publie de temps à autre la Liste internationale des centres de traitement des maladies vénériennes dans les ports.

La diminution de la syphilis et l'amélioration des conditions générales pour les gens de mer ont fait apparaître l'opportunité d'une révision éventuelle de l'Arrangement. L'OMS convoqua en 1956 un groupe d'étude qui examina de quelle manière il convenait de définir à nouveau les incidences techniques de l'instrument, d'en élargir la portée et, le cas échéant, de les adapter aux conditions actuelles.

L'OMS a contribué à la création de la Commission internationale antivénérienne du Rhin, organisme intergouvernemental où sont représentés les cinq pays tributaires du bassin du Rhin. Sur la proposition de l'Union internationale contre le Péril vénérien et les Tréponématoses, le Gouvernement néerlandais institua, avec l'aide de l'OMS, le centre de démonstration du port de Rotterdam. Le centre est chargé, entre autres fonctions, d'étudier sous certains aspects la lutte maritime contre les maladies vénériennes et le fonctionnement de l'Arrangement international de Bruxelles. Ces questions ont également figuré à l'ordre du jour du Comité mixte OIT/OMS de l'Hygiène des Gens de Mer, qui s'est réuni deux fois, en 1949 et en 1954.

Collaboration avec d'autres institutions

Les fréquentes mentions faites dans ce chapitre de l'œuvre entreprise en commun par l'OMS et le FISE permettent d'éviter d'exposer plus en détail, au stade actuel, les relations étroites qui existent entre les deux organisations. En dehors de sa collaboration avec l'OIT dans le domaine particulier de la lutte contre les maladies vénériennes décrite dans la section précédente, et avec l'Union internationale contre le Péril vénérien et les Tréponématoses, avec laquelle elle entretient des relations officielles, l'OMS a aidé à organiser diverses réunions convoquées par des organismes internationaux s'intéressant aux maladies vénériennes et aux tréponématoses en général et a participé à ces réunions. On peut citer parmi celles-ci les dixième et onzième congrès internationaux de dermatologie, tenus respectivement en 1952 et en 1957, et le premier symposium international sur les maladies vénériennes et les tréponématoses qui a eu lieu à Washington en 1956. Les participants à ce symposium ont souligné le caractère international du problème des maladies vénériennes et la nécessité d'une action coordonnée de la part de tous les pays.
