

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1978-1979

Annexe au procès-verbal de la séance du 4 mai 1979.

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi
relatif à la vaccination antivariolique.*

Par M. Victor ROBINI,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; René Touzet, Jacques Henriet, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabineau, secrétaires ; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Michel Darras, Jean Desmarests, Guy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Jean Gravier, André Jouany, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, Serge Mathieu, Marcel Mathy, André Méric, Henri Moreau, Michel Moreigne, Jean Natali, Mme Rolande Perlican, MM. Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgue, Marcel Souquet, Bernard Talon, Georges Treille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.*

Voir le numéro :

Séant : 244 (1978-1979).

Vaccinations. — *Vaccination antivariolique - Code de la santé publique.*

SOMMAIRE

	Page
Introduction	5
I. — La vaccination antivariolique a-t-elle encore une raison d'être ?	7
A. — Les positions retenues dans les pays industrialisés	7
1. la suppression de l'obligation vaccinale	7
2. les réserves exprimées par les pouvoirs publics français	7
a) en dépit d'une éradication subtotale	7
b) les positions exprimées	8
B. — La constatation par l'O.M.S. de l'éradication dans le monde	8
1. la campagne menée	8
2. les résultats obtenus	9
3. les recommandations formulées aux Etats membres	9
II. — Les principes posés par le projet de loi	11
A. — La suspension de la primo-vaccination au cours des deux premières années	11
1. le maintien de la politique générale de vaccination	11
2. l'évaluation des accidents post-vaccinaux	11
a) les indications fournies par l'I.N.S.E.R.M.	11
b) l'application de la loi du 26 mai 1975	12
c) les statistiques étrangères	12
3. les primo-vaccinations tardives	12
B. — Le maintien d'un taux d'immunité global	13
1. le maintien des rappels	13
2. les professions de santé	14
3. les obligations vaccinales maintenues par les Etats étrangers	14
III. — Les précautions maintenues	15
A. — Au plan national	15
1. les réserves de vaccins	15
2. les centres	15
3. la surveillance des maladies proches de la variole	15
B. — Au plan mondial	16
1. les réserves de vaccins	16
2. la limitation du nombre des laboratoires opérant sur le virus de la variole	16

	Pages
IV. — Le maintien d'une politique générale de vaccination	17
A. — Sur le territoire national	17
1. la régression spectaculaire des maladies infectieuses du fait des vaccinations	17
a) la poliomyélite	17
b) la tuberculose	18
c) la diphtérie	18
d) le tétanos	18
2. la nécessité d'une action spécifique : le tétanos	18
B. — Les campagnes de l'O.M.S. contre les autres maladies infectieuses	19
1. la situation dans les pays du Tiers-Monde	19
2. les nouvelles actions envisagées par l'O.M.S.	19
Conclusion	20
Projet de loi	21
Annexes	22

MESDAMES, MESSIEURS,

En 1765, Diderot décrivait ainsi la variole dans son *Encyclopédie* : « Cette étrange maladie est aujourd'hui répandue dans tout le monde connu, elle saisit tôt ou tard toutes sortes de personnes sans avoir égard au climat, à l'âge, au sexe ni au tempérament du malade, elle ne cède point à la peste par les désastres qu'elle cause et elle est ordinaire en France et en Angleterre. »

Il faut rappeler que cette maladie redoutable tuait près de la moitié de ceux qu'elle atteignait et si elle touchait les grands et les rois (Louis XV, Mirabeau, Elizabeth I^{re} d'Angleterre, Guillaume II d'Orange...) l'ensemble de la population n'était pas épargné puisqu'on attribuait à la variole environ 10 % de la mortalité générale.

Au milieu du XVIII^e siècle, une première tentative thérapeutique apparut avec la variolisation expérimentée par Lady Montagu, qui consistait à inoculer une forme bénigne de la maladie à un sujet pour le préserver de la variole dans l'avenir.

A la fin du XVIII^e siècle, Jenner constatait que les sujets atteints de vaccine (ou « cow-pox ») étaient réfractaires à la variole et, depuis la fin du siècle dernier, la vaccination jennérienne est pratiquée dans le monde entier ; elle est obligatoire en France depuis 1902 (1) et constitue sans doute le seul cas connu d'immunité croisée.

Charles Nicolle, de l'Institut Pasteur de Tunis, affirmait que les maladies infectieuses avaient une vie propre : elles naissent, elles vivent et elles meurent.

Sa thèse peut être illustrée par l'exemple souvent cité des effets spectaculaires de la vaccination massive au cours de deux conflits qui se sont déroulés avant et après qu'eut été rendue obligatoire la vaccination antivariolique : pendant la guerre de 1870-1871, sur une armée française de 600.000 hommes, 115.000 cas de variole étaient déclarés, provoquant 24.000 morts, alors que l'armée allemande, vaccinée, était épargnée par la maladie ; au cours du premier conflit mondial, sur 8 millions de soldats théoriquement vaccinés, on ne dénombre pas 56 cas de variole et 4 morts.

Ces chiffres éloquentes permettent d'apprécier les effets spectaculaires des vaccinations massives obligatoires ; néanmoins le ris-

(1) La variole ne se transmet que par le contact direct de l'homme à l'homme et les experts affirment qu'il n'existe aucun réservoir animal de cette maladie. L'existence chez le singe d'un virus voisin de la variole, le « monkey-pox » a bien été établie mais il ne se transmet qu'exceptionnellement à l'homme.

que d'importation de la variole se posait jusqu'à ces dernières années et la France attendait donc la réduction des foyers persistant encore dans certains pays, pour proposer la suspension de l'obligation de vaccination.

Constatant que depuis octobre 1977 aucun cas de variole n'avait été enregistré, l'Organisation mondiale de la santé devrait donc certifier que cette maladie a bien été éliminée de la planète.

Cette éradication constatée par l'O.M.S. a ainsi permis au Gouvernement de déposer ce projet de loi suspendant la vaccination antivariolique.

I. — LA VACCINATION ANTIVARIOLIQUE A-T-ELLE ENCORE UNE RAISON D'ÊTRE ?

A. — LES POSITIONS RETENUES DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS

Dans ces pays, une éradication subtotale est constatée depuis plusieurs années, à l'exception de quelques cas importés rapidement endigués. En cette matière, la France a néanmoins maintenu une position originale comparée à celle de ses voisins, en raison notamment des relations qu'elle continue d'entretenir avec certaines régions du Tiers-Monde qui constituaient encore des foyers de la maladie.

1. La suppression de l'obligation vaccinale.

Au cours des huit dernières années, l'O.M.S. a pu constater que 46 Etats avaient modifié leur législation antivariolique systématique. (Voir annexe n° 2.)

Outre les pays anglo-saxons traditionnellement opposés à une vaccination massive, l'Autriche, la République fédérale d'Allemagne, l'Italie, les pays du Benelux et les pays scandinaves ont suspendu l'obligation de la vaccination obligatoire (1).

En outre, de nombreux pays européens, à l'exception de la R.F.A., n'ont jamais prévu de rappels obligatoires tandis que la Belgique, le Danemark et les Pays-Bas ont supprimé ces dernières années toute obligation.

2. Les réserves exprimées par les pouvoirs publics français.

a) ... en dépit d'une éradication subtotale.

Sur ce plan, la France ne se distingue pas de ses voisins et la dernière alerte en matière de variole s'est manifestée en 1955 à Vannes où 90 cas avaient été enregistrés.

(1) L'obligation de vaccination antivariolique a été supprimée en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis en 1971, aux Pays-Bas en 1975, en Suède et au Danemark en 1976 et l'Italie a pris la même décision à titre expérimental pour deux ans en 1977.

b) *Les positions exprimées.*

Un groupe de travail a été constitué en 1971 à l'Académie nationale de médecine pour examiner l'opportunité du maintien de l'obligation de cette vaccination ; ce groupe a recommandé, compte tenu de la situation épidémiologique au plan international, « de suivre les progrès de la campagne d'éradication de la variole de l'O.M.S. avant de suspendre l'obligation légale de la vaccination ». La section d'épidémiologie du Conseil supérieur d'hygiène publique de France a, en 1972, approuvé ce point de vue et ces conclusions.

Enfin, en réponse à une question écrite formulée en août 1977, le ministre chargé de la Santé indiquait que le texte suspendant la primo-vaccination ne serait présenté au Parlement que « lorsque l'O.M.S. aura fait connaître l'évolution des derniers foyers africains actuels ».

Ces positions s'expliquaient notamment du fait des relations privilégiées de la France avec Djibouti, territoire qui se trouve lui-même au cœur de la dernière zone d'endémie de la variole, et qui justifiaient que des précautions soient maintenues.

B. — LA CONSTATATION PAR L'O.M.S. DE L'ÉRADICATION DE LA VARIOLE DANS LE MONDE

Cette éradication mondiale qui commandait la décision de suspension en France s'est réalisée à l'aide de moyens considérables qui ont permis d'atteindre l'objectif fixé et de formuler un certain nombre de recommandations aux Etats membres.

1. La campagne menée par l'O.M.S.

Grâce au vaccin antivariolique, la variole est la première grande maladie infectieuse à disparaître.

Cette victoire de l'humanité et de la médecine menée à bien sous la direction de l'O.M.S. depuis 1967 a permis d'éradiquer complètement la variole, notamment en Inde, au Pakistan, en Afghanistan et en Indonésie, qui en étaient les grands réservoirs.

En 1967, quarante-deux pays endémiques étaient dénombrés et une douzaine d'autres signalaient des cas importés. Aucun vaccin fabriqué dans les pays d'endémie ne correspondait aux normes de l'O.M.S. ; les dons effectués par l'U.R.S.S. et les Etats-Unis, consistant en 140 millions et 40 millions de doses de vaccin, permirent d'enclencher le programme prévu, après que deux laboratoires eurent servi

de centres internationaux de référence pour les vaccins. Dès 1970, tous les vaccins utilisés, même ceux produits par les pays en voie de développement, répondaient aux normes internationales d'activité et de stabilité.

Il faut par ailleurs noter que, pour ce programme, a été préférée à la vaccination de masse, l'approche dite de « surveillance-endiguement ».

Enfin, le coût de ce programme a été des plus réduits, puisque seulement 300 millions de dollars ont été nécessaires pour faire disparaître la maladie de la planète : l'aide internationale s'est élevée à 100 millions de dollars dont 35 provenant du budget de l'O.M.S., 26 millions de dollars provenant des Etats-Unis, 16 millions de la Suède, 13 millions de l'U.R.S.S., et 200 millions des pays endémiques eux-mêmes.

2. Les résultats obtenus.

Cette campagne massive de vaccination a été réalisée à l'aide de moyens considérables : hélicoptères, déploiement de personnels et même prime à la délation, procédé peu plaisant mais qui s'est révélé efficace.

Il restait un foyer dans des régions montagneuses de l'Ethiopie dont les accès n'étaient pas aisés et où des actions armées étaient menées depuis plusieurs années.

En décembre 1978, l'O.M.S., après avoir recensé en octobre 1977 le dernier cas de variole en Somalie, avait conclu à son éradication dans le monde ; pour des raisons de sécurité, des membres de l'Organisation sont encore présents dans la corne de l'Afrique, et l'O.M.S. offre une prime de 1.000 dollars à toute personne qui signalerait un cas, afin de vaincre notamment les résistances de ces populations où il était de tradition de cacher les cas de variole.

C'est donc deux ans après le recensement du dernier cas, c'est-à-dire en octobre 1979, que l'éradication mondiale devrait être officiellement constatée.

3. Les recommandations formulées par l'O.M.S.

Ces recommandations adoptées à la soixante-troisième session du Conseil exécutif de l'O.M.S. peuvent être ainsi analysées :

a) la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la variole estime que la vaccination systématique est devenue sans objet à l'exception des pays qui se trouvent dans la corne de

l'Afrique ou dans les pays voisins et dans ceux qui sont en attente de certification par une commission internationale : jusqu'à la certification finale, chaque gouvernement devra fixer sa politique de vaccination systématique en appréciant les risques et les avantages en cause. A l'heure actuelle, la vaccination antivariolique systématique a cessé d'être obligatoire dans 46 pays ;

b) les certificats de vaccination antivariolique ne devraient plus être exigés pour les *voyages internationaux*.

D'après les informations officielles reçues par l'O.M.S. pour l'année 1979, 45 pays (ou zones) sur 199 exigent un certificat de vaccination en cours de validité de tous les voyageurs et 141 l'exigent des voyageurs qui, au cours des 14 jours précédents, se sont rendus dans des zones infectées ;

c) même dans les pays où des cas humains de « monkey-pox » ont été détectés, la vaccination à l'échelle nationale ne se justifie plus en raison des complications et des décès qu'elle pourrait entraîner qui dépasseraient probablement ceux qui résulteraient d'infections ;

d) toutes les personnes en contact avec des laboratoires détenteurs de stocks de virus variolique devront se faire vacciner chaque année.

II. — LES PRINCIPES POSÉS PAR LE PROJET DE LOI

Ils tiennent largement compte des recommandations formulées par l'O.M.S. et s'appuient notamment sur la constatation que le maintien de la vaccination antivariolique obligatoire risquerait d'entraîner pour la santé publique plus d'inconvénients que d'avantages en raison des sujétions supportées par la population et de la possibilité exceptionnelle d'accidents postvaccinaux.

A. — LA SUSPENSION DE LA PRIMO-VACCINATION VARIO- LIQUE OBLIGATOIRE AU COURS DES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE LA VIE

1. Le maintien de la politique générale de vaccination.

Il convient tout d'abord de préciser que cette suppression ne concerne que la vaccination antivariolique et ne constitue pas une remise en cause de la politique générale de vaccination pour les autres maladies infectieuses qui a très largement révélé ses bienfaits en France comme il sera vu plus loin.

En outre, concernant la vaccination antivariolique, la formule retenue de la suspension permet en tant que de besoin, de remettre en vigueur dans les meilleurs délais l'obligation vaccinale prévue à l'article L. 5 du Code de la santé publique.

2. L'évaluation des accidents postvaccinaux.

Plusieurs sources statistiques peuvent être utilisées pour tenter d'évaluer la fréquence de ces accidents qui restent heureusement excessivement rares, mais dont les conséquences sur le plan individuel sont dramatiques (1).

a) *les indications fournies par l'I.N.S.E.R.M.*

En 1975, l'I.N.S.E.R.M., selon une méthodologie générale appliquée à l'ensemble des causes de décès, faisait apparaître le nombre de deux décès imputables à la vaccination antivariolique, pour 400.000 primo-vaccinations effectuées au cours de l'année.

(1) Ces indications résultent de la réponse fournie par le ministère de la Santé, à la question écrite n° 22822 de M. Tinant, le 26 mai 1977.

Ces chiffres observés sur une seule année ne pouvant être considérés comme représentatifs, on constate sur cinq années que le nombre d'accidents mortels rapporté aux deux millions de vaccinations primaires pratiquées ne représente qu'un cas sur 500.000 vaccinations.

b) les indications tirées de l'application de l'article L. 10-1 du Code de la santé publique.

Ce texte tend à faire supporter par l'Etat la réparation de tout dommage directement imputable à une vaccination obligatoire : les demandes d'indemnisation formulées au titre de cette loi révèlent par exemple pour l'année 1975 trois syndromes encéphaliques, dont deux étaient vraisemblablement des encéphalites vaccinales authentiques, et un syndrome de West dont la relation avec la vaccination n'a pu être établie, soit une encéphalite liée directement à la vaccination, pour 200.000 primo-vaccinations.

c) les statistiques étrangères.

Compte tenu des critères d'observation différents retenus par les différents Etats de la C.E.E., il est difficile d'établir des comparaisons internationales significatives.

Néanmoins, une étude américaine établie en 1968 qui a porté sur 5,4 millions de vaccinations primaires et 8,5 millions de vaccinations secondaires a révélé une mortalité sensiblement identique à celle observée en France, c'est-à-dire 1 ou 2 cas par million de vaccinations primaires dont 5 cas par million de vaccinations effectuées avant un an contre 0,5 cas par million de vaccination effectuées de un à dix-neuf ans. Cette étude révèle en outre que pour les encéphalites graves pouvant entraîner la mort ou laisser des séquelles neurologiques importantes, la fréquence est de 2,9 cas par million de vaccinations primaires.

Ainsi, l'ensemble de ces statistiques fourni-il des indications relativement concordantes quant à la fréquence des accidents qui restent malgré tout exceptionnels. La suspension de la primo-vaccination antivariolique pour les très jeunes enfants devrait complètement les supprimer.

3. Les primo-vaccinations tardives.

Ce type de vaccination constituerait, selon certains, un risque plus important d'accidents postvaccinaux.

Nous ne disposons à cet égard que de données insuffisantes pour dégager une tendance : néanmoins l'expérience de vaccination massive réalisée sur un million de jeunes recrues américaines s'est déroulée sans complications ultérieures significatives. Ceci est particulièrement important puisque le présent projet de loi ne vise que les primo-vaccinations en bas âge et que notamment, du fait des certificats de vaccination encore exigés par de nombreux Etats, de nombreux adultes ou enfants seront encore amenés à subir des vaccinations tardives.

B. — LE MAINTIEN D'UN TAUX DE COUVERTURE IMMUNITAIRE GLOBAL DE LA POPULATION

Cette couverture devrait résulter, d'une part des personnes qui ont déjà reçu une primo-vaccination et dont l'état d'immunité devra être entretenu, d'autre part de l'obligation vaccinale qui serait maintenue pour certaines catégories professionnelles liées à la Santé publique.

1. Le maintien des rappels.

L'expérience révèle que les dangers des vaccinations de rappel sont quasi inexistantes.

Cette obligation qui serait maintenue par le projet de loi à onze ans et vingt et un ans permettrait en outre, pendant environ une dizaine d'années, d'observer l'évolution et la recrudescence éventuelle de la maladie, alors qu'une part non négligeable de la population continuerait à bénéficier d'une protection immunitaire.

Il faut par ailleurs noter que les rappels ne faisaient peut-être plus l'objet de contrôles suffisants au cours de ces dernières années, et qu'en raison de la durée d'immunisation limitée du vaccin, la partie de la population française efficacement vaccinée n'était déjà plus ce qu'elle devait être du fait de l'obligation légale.

Au cours d'un colloque sur ce point qui s'est tenu en mai 1978 à Clermont-Ferrand, l'I.N.S.E.R.M. reconnaissait que 55 % des enfants de moins de cinq ans n'étaient plus vaccinés contre la variole.

2. Le maintien de l'obligation vaccinale pour certaines professions liées à la Santé publique.

Il s'agit des personnes visées à l'article L. 10 du Code de la santé publique, qui exercent une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination et qui, outre la variole, doivent être immunisées contre la typhoïde, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Cette obligation, outre son effet immunitaire général, permettrait d'éviter des accidents du type de celui qui était intervenu en 1978 dans un laboratoire de l'université de Birmingham, où, en plus de négligences générales, une personne non vaccinée depuis 1966 fréquentait ce laboratoire et a trouvé la mort du fait d'une contamination par des particules du virus de la variole.

3. Les certificats de vaccination exigés encore par les Etats étrangers.

Comme il a été vu, l'O.M.S., constatant l'éradication de la variole dans le monde, a recommandé à tous les pays de supprimer l'obligation de fournir des certificats de vaccination pour les voyages internationaux. A l'heure actuelle, 45 pays réclament encore ces certificats en cours de validité et il est évident que cette obligation, même si elle doit tendre à se réduire dans l'avenir, est de nature à consolider la couverture immunitaire des Français amenés à voyager dans ces pays. (Voir annexe n° 1.)

III. — LES PRÉCAUTIONS MAINTENUES : LES MOYENS D'INTERVENTION

Pour pallier tout risque imprévu qui pourrait résulter de la suspension de l'obligation de vaccination de la variole, des précautions sérieuses sont maintenues en France, qui complètent les garanties qui sont prises au niveau mondial.

A. — LES PRÉCAUTIONS PRISES SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

Des moyens d'intervention rapides sont maintenus ou prévus en France, pour tenir compte d'une éventuelle propagation très rapide de la maladie et de l'impact psychologique de l'apparition d'un cas de variole.

1. Un stock de trois millions de *doses vaccinales* sera constitué pour parer à toute éventualité.

2. L'appareil de *production de la vaccine*, qui consiste actuellement en deux établissements, sera en partie maintenu et des lots de semence vaccinale seront conservés pour reconstituer rapidement les quantités de vaccins frais qui pourraient être nécessaires.

3. Une *surveillance* particulièrement attentive des *maladies proches de la variole*, par leurs symptômes, sera recommandée au corps médical (varicelle, herpès, rougeole, syphilis secondaire, vaccine généralisée).

En outre, n'existe pas pour la France la source d'infection qui pourrait résulter d'accidents dus à des manipulations du virus à des fins expérimentales puisque ces centres stockant du virus variolique n'existent pas sur le territoire national ; leur nombre devra être limité à l'étranger, selon les recommandations de l'O.M.S.

B. — LES GARANTIES ASSURÉES AU PLAN MONDIAL

Outre les observateurs qui restent encore en place dans la corne de l'Afrique à la recherche d'un cas de variole, l'O.M.S. va constituer un stock de vaccins, et souhaite voir réduire, pour éliminer les contagions issues des manipulations du virus, le nombre de laboratoires où l'on travaille sur le virus de la variole.

1. Les réserves de vaccins.

La Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la variole réunie en décembre 1978 à Genève a recommandé que l'O.M.S. fasse stocker, à Genève, New Delhi et Toronto, 300 millions de doses de vaccin antivariolique qui seront conservées à -20° et soumises régulièrement à des contrôles d'activité. Ces doses ne sont destinées qu'à être utilisées en cas d'urgence. D'ores et déjà a été constituée à Genève une réserve suffisante pour vacciner 90 millions de personnes et des installations analogues se mettent en place à New Delhi et Toronto. Il est évident que des nouveaux dons de vaccins devront être effectués pour atteindre les 300 millions de doses.

2. La limitation du nombre des laboratoires travaillant sur le virus de la variole.

Depuis déjà plusieurs années, l'O.M.S. formule des recommandations tendant à la destruction de tous les stocks de virus de la variole, à l'exception de trois centres installés aux Etats-Unis (Atlanta), en Grande-Bretagne (Londres) et en U.R.S.S. (Moscou), mais elle déplore que d'autres stocks existent, notamment en Afrique du Sud, en Allemagne fédérale, en Chine et aux Pays-Bas.

Sur le plan des mesures de sécurité indispensables dans ces laboratoires, l'O.M.S. avait constaté leur insuffisance à Birmingham où s'était produit un accident de manipulation en 1978.

Ainsi, la constatation de l'éradication variolique dans le monde et en France devrait désormais permettre aux autorités médicales nationales et internationales de concentrer leur efforts sur d'autres maladies infectieuses.

IV. — LE MAINTIEN ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE GÉNÉRALE DE VACCINATION

L'effort de vaccination sur les maladies autres que la variole ne devra pas se relâcher car des progrès peuvent encore être obtenus sur ce plan et cette action présente d'autant moins d'inconvénients que ces autres vaccins ne présentent aucun risque de complications.

A. — SUR LE PLAN NATIONAL

1. Les résultats déjà obtenus.

Point n'est besoin d'insister longuement sur le caractère spectaculaire de l'action de la vaccination obligatoire sur les maladies infectieuses qui causaient encore il y a quelques dizaines d'années des ravages, notamment chez les enfants : la poliomyélite a pratiquement disparu en France, alors qu'elle provoquait dans les années 1950-1955 environ 2.000 cas par an ; le B.C.G. donne maintenant une protection à 80 % contre la tuberculose et alors que la diphtérie touchait environ 20.000 malades et provoquait 3.000 décès pendant le premier quart du siècle cette maladie a également quasiment disparu.

Les bienfaits des vaccinations massives et obligatoires ne sont donc plus à démontrer, et ont ainsi transformé les finalités du passé en véritables erreurs de santé.

a) la poliomyélite.

En 1950, 1957 cas de poliomyélite ont été déclarés provoquant 296 décès ; en 1977, 10 cas seulement ont pu être recensés ne provoquant aucun décès. En parallèle, il faut noter qu'avant l'obligation vaccinale imposée en 1964, 150.513 primo-vaccinations étaient réalisées en 1963, contre 622.927 en 1977 (1). En 1976, d'après l'I.N.S.E.R.M., le rapport primo-vaccinations/naissances était de 84,3 %.

(1) Ces statistiques et celles qui suivront ne représentent pratiquement que les vaccinations effectuées en consultation « publique », les praticiens en clientèle privée ne constituant qu'une part infime du nombre total de vaccinations.

b) la tuberculose.

En 1910, pour 100.000 habitants, 215 décès étaient dus à la tuberculose, alors qu'en 1976, ce dernier taux était de 5,4.

Pour les années plus récentes, le taux de morbidité pour 100.000 habitants est tombé, de 1960 à 1975, de 76,1 à 42,8 ; pendant le même temps, le nombre des vaccinés en France métropolitaine est passé de 481.352 à 873.362.

c) la diphtérie.

De 1940 à 1977, les cas déclarés de diphtérie sont passés de 13.368 à 20 et les décès enregistrés du fait de cette maladie se sont réduits de 1.526 à 2.

d) le tétanos.

Entre 1946 et 1977, le nombre de décès du fait du tétanos a régressé de 913 à 135.

Pour ces deux dernières maladies infectieuses, le nombre de primo-vaccinations, diphtérie-tétanos, respectivement imposées par la loi en 1938 et en 1940, est passé de 262.877 en 1952 à 610.321 en 1977, et le rapport primo-vaccinations/naissances était de 79,5 % en 1976.

2. La nécessité d'une action spécifique à l'égard du tétanos.

Si les chiffres précités illustrent la réduction de cette maladie, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a relevé la prédominance du tétanos chez une population du troisième âge, retraitée et vivant le plus souvent en milieu rural, qui contracte la maladie notamment à l'occasion de travaux de jardinage. Pour la plupart, ces malades n'ont jamais été vaccinés, surtout les femmes, ou leur vaccination est ancienne et n'a pas été suivie d'injections de rappel.

Le développement d'une prophylaxie du troisième âge s'impose donc, qui pourrait être mise en œuvre au moment de la mise à la retraite et propagée par les moyens d'information. Une sensibilisation du corps médical en cette matière se révélait sans doute également nécessaire.

B. — LES CAMPAGNES DE L'O.M.S. CONTRE LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

1. La situation dans les pays du Tiers-Monde.

Dans le monde en développement, 80 millions d'enfants naissent chaque année sans bénéficier d'une couverture vaccinale satisfaisante.

Les problèmes d'organisation, de coopération et de financement empêchent les Etats indépendants de mener sur ce plan une action préventive efficace.

Pour ces raisons le règlement de la question de la variole va amener l'O.M.S. à redéfinir son action en matière de vaccination.

2. Les nouvelles actions envisagées par l'O.M.S.

Les personnels de l'O.M.S. vont pouvoir concentrer l'action de l'organisation sur certaines maladies infectieuses. Le nouveau programme de l'O.M.S. devrait désormais viser la vaccination contre six maladies de l'enfance particulièrement meurtrières dans certains Etats du Tiers-Monde : la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose.

L'éradication du paludisme sera sans doute beaucoup plus difficile à mener à terme, comme l'a montré une précédente campagne qui s'est révélée décevante.

CONCLUSION

Ce projet de loi révèle donc que la situation sanitaire d'un pays ne peut désormais plus s'apprécier d'une manière isolée. Sur ce point, la France est interdépendante de la situation de ses voisins et du monde entier.

Le projet de loi qui vous est proposé prend acte de cette constatation, et n'institue une suspension de la vaccination antivariolique qu'assortie de précautions rigoureuses, aussi bien sur le plan national que sur le plan international.



Sous le bénéfice de ces observations, la commission des Affaires sociales vous demande donc d'adopter sans modification l'article unique du présent projet de loi.

PROJET DE LOI

(Texte présenté par le Gouvernement.)

Article unique.

Est suspendue, à compter de la date de promulgation de la présente loi, l'obligation de vaccination antivariolique prévue à l'alinéa premier de l'article L. 5 du Code de la santé publique.

Les personnes qui ont subi une vaccination antivariolique obligatoire antérieurement à la promulgation de la présente loi demeurent soumises à l'obligation de renouvellement prévue au même article.

ANNEXE N° 1

TABLEAU 1
SITUATION CONCERNANT LES CERTIFICATS DE VACCINATION
ANTIVARIOLIQUES EXIGÉS (1)

	Année			
	1976	1977	1978	1979
Pays exigeant de toute personne qui arrive un certificat de vaccination antivariolique	153	100	69	45
Pays exigeant un certificat de vaccination antivariolique de tout voyageur arrivant d'un pays (ou d'une zone) infecté(e)	42	96	128	141
Pas de certificat exigé	»	»	»	1
Pas d'information	4	3	2	12
Total	199	199	199	199

(1) Sources : O.M.S.

ANNEXE N° 2

TABLEAU 2
LISTE DES PAYS OU LA VACCINATION ANTIVARIOLIQUE
SYSTÉMATIQUE N'EST PAS OBLIGATOIRE (1)

Afghanistan.	Iles Salomon.
Allemagne (République féd. d').	Irlande.
Australie.	Italie.
Autriche.	Japon.
Bahreïn.	Kampuchéa démocratique.
Belgique.	Liban.
Canada.	Luxembourg.
Cap-Vert.	Nauru.
Chili.	Nouvelles-Hébrides.
Chypre.	Nouvelle-Zélande.
Danemark.	Nicaragua.
Emirats arabes unis.	Norvège.
Etats-Unis d'Amérique.	Papouasie - Nouvelle-Guinée.
Fidji.	Pays-Bas.
Finlande.	Philippines.
Gambie.	Portugal.
Ghana.	République démocratique populaire lao.
Guam.	Royaume-Uni.
Iles Cook.	Samoa.
Iles Gilbert.	Suède.
Ile de Man.	Tonga.
Iles de la Manche.	Yougoslavie.
Iles du Pacifique (Territoires sous tutelle des Etats-Unis d'Amérique).	

(1) Sources : O.M.S.