

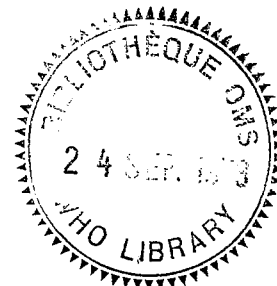


LES MORTS NE PARLENT PAS

(Compte rendu d'une récente poussée épidémique de variole en Afghanistan)

par le

Dr A. G. Rangaraj  
Conseiller OMS en matière de variole,  
Afghanistan



Introduction

Depuis plus d'un an, toutes les épidémies enregistrées en Afghanistan ont été dues directement ou indirectement à des cas importés des zones d'endémicité du Pakistan. Au 30 juin 1973, 14 cas seulement avaient été identifiés : en mars une poussée de 13 cas imputable à une importation et en avril un cas importé sans cas secondaire.

Le succès évident du programme d'éradication et la rareté des importations avaient inspiré au personnel du programme une confiance excessive, nombre d'agents estimant qu'on était parvenu à une incidence zéro qui pouvait autoriser un certain relâchement des efforts. Les vues optimistes se trouvèrent brutalement remises en question le 8 juillet lorsque fut signalée une poussée épidémique dans le sous-district de Nes, province de Kandahar.

L'équipe du Centre partit immédiatement pour Kandahar afin de participer à l'enquête et le 9 juillet ses membres y furent mis au courant de la situation par le Directeur régional du Programme antivariolique.

La poussée épidémique

Le Directeur régional précisa que l'Administrateur médical de la province l'avait informée de l'épidémie le 3 juillet. Le 28 juin, le commandant de gendarmerie de Nes, ayant eu vent de décès inhabituels survenus dans un camp de koutchis (nomades) des environs, en avait avisé par téléphone le quartier général de Kandahar. Ce dernier avait immédiatement prévenu l'Administrateur médical de la province qui avait le même jour envoyé sur place un technicien de laboratoire chargé d'enquêter. Le technicien était rentré le 30 juin, annonçant qu'une épidémie de variole s'était déclarée chez les koutchis. Cependant, au lieu de téléphoner au Centre régional antivariolique, l'Administrateur médical de la province avait écrit le 2 juillet au Directeur régional, sa lettre parvenant le 3 juillet.

Le Directeur régional avait fait partir immédiatement l'équipe de surveillance pour qu'elle procède aux investigations voulues et prenne des mesures d'endiguement si le diagnostic était confirmé. Lui-même s'était rendu sur place le 4 juillet en compagnie du technicien principal de l'assainissement. Le diagnostic avait été confirmé; les enquêteurs avaient observé quatre cas actifs et des renseignements avaient été obtenus concernant cinq cas antérieurs, tous mortels. On avait appris qu'un agent local de la surveillance du paludisme était venu dans le camp quelques jours auparavant, avait vacciné quelques personnes, puis était reparti sans signaler l'épidémie à quiconque. D'autre part, un variolisateur habitant dans la partie centrale du sous-district avait été appelé aux environs du 2 juillet et avait variolisé 10 personnes dont des enfants avec du matériel prélevé sur l'un des malades.

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

(Le Directeur régional était entré par la suite en rapport avec l'Administrateur du sous-district pour retrouver le variolisateur, passé depuis dans une autre province.)

L'équipe de surveillance avait vacciné les contacts dans le camp ainsi que la population de sept villages voisins et plusieurs autres groupes de nomades qui se trouvaient dans la région. Au total, 2300 vaccinations avaient été pratiquées. L'équipe s'était ensuite rendue dans tous les autres villages du sous-district pour alerter les habitants et dépister les cas possibles.

Au cours de ce séjour, des renseignements contradictoires avaient été donnés par divers informateurs quant aux dates d'apparition des différents cas et aux déplacements du premier malade. On ne pouvait en tirer aucune indication épidémiologique précise. Le 10 juillet, l'équipe du Centre et le personnel régional se sont rendus dans le camp infecté pour y entreprendre des recherches plus approfondies.

Le camp se composait de 7 tentes dans lesquelles 45 koutchis, tous parents vivaient en contact étroit. Au total, 11 personnes, de 5 tentes, avaient été atteintes de la variole. Le tableau ci-après indique la répartition des cas par âge et par sexe ainsi que le nombre de malades précédemment vaccinés ou variolisés :

Age	Sexe masculin	Sexe féminin	Total des cas	Précédemment variolisés	Précédemment vaccinés	Décédés
1	1	0	1	0	0	0
1-4	0	0	0	0	0	0
5-14	0	1	1	0	0	0
15+	4	5	9	1 (dans son enfance)	0	5
Total	5	6	11	1	0	5

Sur les 11 malades, 9 avaient plus de 15 ans et un seul avait été précédemment immunisé (un adulte, variolisé dans son enfance, qui a présenté la forme modifiée de la maladie). Ce qui paraît le plus étrange, c'est la distribution inhabituelle des cas par âge et le fait qu'il y ait eu autant de personnes sensibles alors que trois mois auparavant une équipe avait vacciné toute la population du sous-district de Nes. Toutefois, les enquêtes ont révélé qu'à l'époque de la campagne de vaccination, les koutchis en question étaient en train de changer de camp. Les adultes étaient partis les premiers à la recherche d'un nouvel emplacement, laissant derrière eux quelques femmes et tous les enfants qui avaient été vaccinés. En revanche, de nombreux adultes n'avaient pu l'être. D'autre part, les vaccinateurs rencontrent fréquemment des koutchis adultes qui refusent de se laisser vacciner sous prétexte qu'ils ont été variolisés dans leur enfance ou qu'ils sont trop vieux pour contracter la variole.

On a estimé que le taux de létalité anormalement élevé (5 décès pour 11 cas) était dû en partie à la chaleur intense contre laquelle les malades étaient peu protégés ainsi qu'à une infection bactérienne secondaire résultant d'une contamination environnementale.

#### Source de l'infection

C'est pour déterminer la source de l'infection que l'on a éprouvé le plus de difficultés. D'après les déclarations du chef du camp, son frère, Mohd Ghani, âgé de 35 ans, avait été le premier atteint; deux mois auparavant, il avait passé six jours environ à Kandahar

et trois jours après son retour, avait eu de la fièvre et une éruption et était mort une semaine plus tard. Après un certain laps de temps que le chef ne pouvait préciser, cinq autres adultes étaient tombés malades, dont quatre avaient succombé. En interrogeant d'autres hommes du camp et en évaluant le stade d'évolution des maladies en cours, on put déterminer la chronologie des cas et leur date approximative d'apparition.

Cependant, le cas initial posait un problème. Il n'existait en effet aucun foyer connu d'infection dans la région avoisinante, pas plus qu'à Kandahar. Or d'autres koutchis de la région signalèrent qu'un grand nombre de nomades appartenant à la tribu infectée avaient gagné le Baloutchistan vers la fin de 1972 pour échapper à la sécheresse qui sévissait en Afghanistan, et que certains membres de la tribu rendaient fréquemment visite à leurs parents fixés là-bas. On interrogea de nouveau le chef qui reconnut qu'un jeune homme de 19 ans, Aziz Khan, était allé faire soigner une affection cardiaque à Quetta (Baloutchistan); selon le chef, toutefois, Mohd Ghani n'avait pas accompagné Aziz Khan et était mort avant le retour de celui-ci.

Aziz Khan fut alors interrogé séparément. Il dit que Mohd Ghani avait voyagé avec lui, mais seulement jusqu'à Kandahar, et ajouta que lui-même, trois jours après être revenu de Quetta, avait assisté à la mort de Mohd Ghani. Il montra un bulletin d'admission et de sortie de l'hôpital de Quetta indiquant qu'il avait séjourné dans cet hôpital du 14 au 24 mai. Ce document permit de fixer au 11 mai la date à laquelle Mohd Ghani avait quitté le camp. Mais était-il allé à Quetta? Questionné de nouveau, le chef maintint que Mohd Ghani n'était allé que jusqu'à Kandahar où il avait passé cinq à six jours chez son oncle Abdul Mohamed, professeur de musique employé à la mairie.

Après avoir contrôlé les mesures d'endiguement, l'équipe du Centre retourna à Kandahar et le lendemain interrogea Abdul Mohamed qui fit un récit détaillé. Son neveu Mohd Ghani avait accompagné Aziz Khan jusqu'à Quetta pour s'occuper de lui. Il lui avait rendu visite tous les jours à l'hôpital de Quetta et avait couché chez des parents à Khel-e-nau, camp de koutchis afghans situé dans le cantonnement de Quetta. Lorsque Aziz Khan avait quitté l'hôpital, le 24 mai, Mohd Ghani l'avait précédé sur le chemin du retour et trois jours après était tombé malade et était mort. A l'aller comme au retour, Mohd Ghani avait rendu visite à son oncle à Kandahar mais n'avait pas séjourné chez lui. Il semble donc à peu près certain que Mohd Ghani a contracté l'infection soit à l'hôpital de Quetta, soit à Khel-e-nau près de Quetta, puisqu'il y a passé plus de quinze jours et que la maladie s'est manifestée trois jours après son retour.

On savait par le rapport sur la surveillance de la variole que 24 cas avaient été notifiés à Quetta du 18 au 22 mai; toutefois, on a envoyé un télégramme pour demander confirmation. La figure ci-jointe indique la chronologie des événements.

Ainsi donc, la patience et la ténacité des enquêteurs et une vérification systématique des informations ont permis de déterminer la source de l'infection. Si les koutchis étaient peu disposés au début à fournir les renseignements nécessaires, c'est probablement parce qu'ils craignaient de faire soupçonner l'un des leurs de contrebande en admettant qu'il était allé au Pakistan pour une raison indéterminée.

L'équipe du Centre se rendra encore plusieurs fois dans la région infectée pour s'assurer de l'efficacité des activités d'endiguement et pour déceler toute extension éventuelle de l'épidémie.

### Conclusions

Ce qui s'est passé incite à formuler les observations suivantes :

- 1) Il existe toujours un risque d'importation de la variole en Afghanistan; ce risque persistera aussi longtemps que le Pakistan ne sera pas parvenu à une incidence zéro. Les nomades peuvent contribuer dans une large mesure à introduire l'infection.

- 2) Il convient de renforcer et de rationaliser la notification des cas.
- 3) La variolisation continue à représenter une menace. Tant que même un seul variolisateur sera en possession de matériel variolique actif, la maladie pourra réapparaître.
- 4) Au stade actuel du programme, on doit enquêter avec le plus grand soin sur chaque poussée épidémique et déterminer la source de l'infection. La vaccination d'endiguement doit couvrir à 100 % la population en cause.

Les pays comme l'Afghanistan où la variole n'est plus endémique n'en doivent pas moins demeurer vigilants et maintenir les activités du programme jusqu'à ce que l'éradication mondiale ait été réalisée.

Quand on cherche, lors d'une poussée épidémique, à déterminer la source de l'infection, il peut arriver que, pour une raison ou pour une autre, les personnes interrogées déforment les faits. L'épidémiologiste doit, comme un détective, être capable de filtrer les témoignages et de découvrir la vérité en s'adressant à de nombreuses sources différentes. Selon un dicton connu, les morts ne parlent pas, mais il ne faut pas oublier que les vivants, eux, racontent parfois des histoires.

FIGURE 1. POUSSEE EPIDEMIQUE DE VARIOLE - SOUS-DISTRICT DE NES - AFGHANISTAN  
CAS ET DECES (INTERVALLES DE DEUX JOURS)

