

LES DERNIÈRES ÉPIDÉMIES DE VARIOLE EN FRANCEB. MAFART^{1,2}, J.L. LE CAMUS²,
F. MIROUZE², Th. MATTON²

MAFART B., LE CAMUS J.L., MIROUZE F., MATTON Th. –
Les dernières épidémies de variole en France.
Sem Hôp Paris 1999 ; 75 : n° 33-34, 1265-1268.

MAFART B., LE CAMUS J.L., MIROUZE F., MATTON Th. –
The last outbreaks of smallpox in France. (*In French*).
Sem Hôp Paris 1999 ; 75 : n° 33-34, 1265-1268.

RÉSUMÉ : Les derniers cas de variole sont survenus en France entre 1942 et 1955 au cours de 6 résurgences épidémiques atteignant 295 malades avec 29 décès. Les cas primaires venaient du Magreb, d'Indochine et du Cambodge. La couverture vaccinale insuffisante dans la population civile explique la rapide extension de ces épidémies qui ont en commun un retard au diagnostic des cas primaires et donc à la mise en place des mesures prophylactiques. La contamination secondaire était essentiellement hospitalière et familiale. La prise en charge moderne de ces épidémies en limita la gravité. Si l'élimination mondiale de la variole la fait appartenir au passé, ces résurgences montrent la gravité qu'aurait une épidémie d'orthopox virus dans des populations non immunisées.

SUMMARY : The last cases of smallpox in France occurred between 1942 and 1955 during six outbreaks responsible for a total of 295 cases and 29 deaths. The primary cases were patients from the Maghreb, Indochina, and Cambodia. The outbreaks spread rapidly as a result of inadequate immunization of the civilian population and of delayed diagnosis of the primary cases resulting in delays in instituting prophylactic measures. Secondary cases occurred mainly within hospitals and families. Modern treatment methods limited the severity of the outbreaks. Although smallpox has now been eradicated worldwide, history shows that grave consequences would result from an outbreak of an orthopoxvirus infection in a nonimmunized population.

MOTS-CLÉS : Variole. – Histoire médecine. – Épidémie. – Vaccination.

KEY-WORDS : Smallpox. – History of medicine. – Disease outbreaks. – Vaccination.

La variole cessa d'être endémo-épidémique en France grâce à la loi de 1902 qui rendit obligatoire la vaccination des nouveaux-nés par la vaccine avec rappel à 3 ans et 20 ans pour les civils, tous les trois ans pour les militaires [1]. Au cours de la guerre de 1870, la variole atteignit 175 000

militaires français causant 23 740 morts (2 divisions) alors qu'il n'y eut que 297 morts dans l'armée allemande, bien vaccinée. La leçon porta et un seul décès fut déclaré au cours de la guerre de 1914-1918 dans le camp français grâce à cette vaccination.

Antenne de l'Institut de Paléontologie humaine UMR5198

1. Laboratoire d'Anthropologie, Faculté de Médecine Nord de Marseille, Université de la Méditerranée, UMR 6569, boulevard Pierre Dramard, 13916 MARSEILLE Cedex 20.

2. Hôpital d'Instruction des Armées A. Laveran, BP 50, 13998 MARSEILLE ARMÉES.

A partir de 1930, la variole était devenue une maladie exotique, sévissant à l'état endémique en Afrique et en Asie [2]. La rareté des cas, le risque d'encéphalopathie post-vaccinale, de vaccine généralisée et les cicatrices cutanées disgracieuses, en faisaient cependant une vaccination peu populaire en France. Ceci favorisa un relâchement de la discipline vaccinale en dehors des armées.

Des voyageurs venant du Maghreb et des militaires du corps expéditionnaire français en Indochine et au Cambodge, furent à l'origine de neuf résurgences épidémiques dont les plus graves surviendront à Marseille en 1952 et en Bretagne en 1954-1955. Le déroulement et la gestion médico-administrative de ces épidémies sont démonstratifs des difficultés rencontrées face à une maladie résurgente à forte létalité.

L'ÉPIDÉMIE DE MARSEILLE (janvier-avril 1952)

Les cas primaires

Le 31 décembre 1951, deux militaires passagers du transport de troupe « Pasteur » de retour d'Indochine présentèrent une variole et furent débarqués à la base de Mers-El-Kébir. Tous les passagers du navire avaient été vaccinés depuis moins de trois ans et les 82 contacts du premier malade furent revaccinés. Un autre cas de variole, débarqué en même temps avec le diagnostic initial de varicelle, ne fut diagnostiqué que trois jours plus tard et les 4 contacts de ce passager furent isolés à bord et revaccinés [3, 4]. Le navire arriva à Marseille en « libre pratique » et débarqua ses passagers le 8 janvier 1952.

Le 11 janvier un tirailleur africain débarqué du « Pasteur », fut reconnu atteint de variole et évacué de l'Hôpital Michel-Lévy sur l'Hôpital Labadie ainsi que ces trois compagnons de chambrée. Le personnel médical et les malades du service des contagieux furent revaccinés. Bien qu'aucun contact n'ait pu être prouvé entre ce varioleux et les malades du « Pasteur », on revaccina tous les passagers encore présents à Marseille.

Extension de l'épidémie

Le 27 janvier, un médecin civil conventionné pour travailler à l'hôpital militaire Labadie et non vacciné, présenta une éruption mais continua à visiter des patients en ville pendant deux jours avant d'être isolé à son tour le 1^{er} février à l'Hôpital Labadie pour une durée de 14 jours.

Le 10 février un ouvrier civil sénégalais, sans lien connu avec les cas précédents, fut hospitalisé à l'Hôpital de la Conception. Le diagnostic ne fut porté que le 12 et il mourut le 15 février. Or une épi-

démie de rougeole étant survenue en même temps, des rougeoleux avaient été hospitalisés dans la même salle des contagieux que ce malade sans mesure d'isolement. La revaccination du personnel de l'hôpital et de tous les malades hospitalisés n'empêcha pas la survenue de neuf cas parmi les patients et quinze parmi le personnel hospitalier.

Mesures médico-administratives et évolution de l'épidémie

Le 1^{er} mars les salles des contagieux de l'hôpital de la Conception furent évacuées. Les varioleux, 40 contacts et le personnel soignant furent transférés dans les locaux de la Clinique Moderne avec mise en route de mesures d'isolement et désinfection. L'isolement confina à la quarantaine la plus stricte avec l'aide de forces de polices zélées.

L'hôpital de la Conception fut consigné. Les visites étaient interdites, les consultations externes fermées et les étudiants exclus. Les 1 400 patients hospitalisés et sortis pendant le mois de février furent systématiquement recherchés et 14 cas secondaires diagnostiqués.

Dès 15 février, l'inspection de la Santé avait recommandé la vaccination de l'ensemble de la population. Elle fut rendue obligatoire le 1^{er} mars et étendue au département le 13 mars (près du Vieux-Port de Marseille, des équipes allèrent vacciner dans des bars pour aller au devant de toutes les couches sociales!). Le 6 mars était institué un contrôle sanitaire au départ de Marseille et la durée de l'isolement des varioleux était portée à quarante jours.

Le 20 mars, il fut décidé de ne maintenir à la Clinique Moderne que les malades en phase aiguë. Les sujets contacts sont transférés dans les locaux de la Ferme de Salvator, future Clinique Cantini. Le 28 mars, les convalescents furent accueillis dans une propriété réquisitionnée : le château de la Parade. Ce dispositif, avec trois locaux spécifiques séparés, fut conservé jusqu'à la fin de l'épidémie.

Le dernier diagnostic de variole fut porté le 1^{er} avril. Le 10 avril, la consigne de l'hôpital de la Conception était levée. Le 25 avril, les mesures sanitaires portuaires qui avaient concerné 75 000 personnes au total furent levées. Les autorités sanitaires fermèrent le 21 avril, la Clinique Moderne, le 1^{er} juin « La Ferme » de Salvator et le 13 mai le château de la Parade. Quand les vaccinations furent interrompues le 6 mai, 570 000 doses avaient été distribuées.

Au total il y eut 42 cas de variole déclarés et 4 décès, dont trois chez des non-vaccinés et un chez un patient dont la vaccination ancienne n'avait pas été renouvelée. Plus de la moitié des cas étaient dus à une contamination hospitalière secondaire ou tertiaire. L'extension géographique fut minime. Trente neuf cas étaient survenus à Marseille, 1 cas dans le Var et 2 dans le Vaucluse [5].

TABLEAU I. – Épidémiologie des dernières épidémies de variole en France.

TABLE I. – Epidemiology of the last smallpox outbreaks in France.

Ville	Année	Origine	Nombre total	Décès	Secondaires	Tertiaires	Quaternaires
Paris	1942	?	60	3	–	–	–
Perpignan	1945	Maroc	2	0	1	–	–
Arras	1946	Maroc	8	0	2	5	–
Paris	1947	?	33	0	12	19	–
Calais	1947	Algérie	13	1	12	–	–
Paris	1948	Algérie	3	1	1	1	–
Marseille	1952	Indochine	42	4	15	22	–
Brunehomel	1952	Cambodge	30	0	6	16	7
Vannes et Brest	1954-1955	Indochine	95	20	21	–	–

L'ÉPIDÉMIE DE BRETAGNE (1954-1955)

Le cas primaire

Le premier cas fut diagnostiqué à l'hôpital de Vannes chez l'enfant d'un militaire revenu par voie aérienne d'Indochine. Ce dernier avait probablement été contaminé lors d'une hospitalisation dans un hôpital à Saïgon et avait fait une forme frustre de variole, classique chez les sujets vaccinés. Ce mode de contagion est plus probable que l'hypothèse souvent citée d'une contamination indirecte par des vêtements de confection artisanale ramenés par ce militaire [6].

Extension de l'épidémie

Le retard au diagnostic fut à l'origine d'une épidémie hospitalière à Vannes qui toucha 74 patients, dont 18 membres du personnel de l'hôpital, et entraîna 16 décès. L'épidémie s'éteignit à Vannes en mars 1955.

Dès avril 1955, d'autres cas furent observés à Brest. Il fut établi que le contaminant avait été un patient hospitalisé précédemment à Vannes. Cette deuxième vague épidémique fut moins meurtrière (21 cas, 4 décès).

Mesures médico-administratives et évolution de l'épidémie

La létalité fut très élevée 21 % mais aucun cas mortel ne fut observé chez les malades vaccinés depuis moins de cinq ans. Plus de 5 millions de personnes furent revaccinées en Bretagne. Les complications vaccinales tant redoutées furent rares puisque le nombre « d'encéphalite infectieuse » toutes causes confondues fut le plus faible depuis 5 ans en 1955.

ÉPIDÉMIOLOGIE DE CES ULTIMES RÉSURGENCES DE LA VARIOLE EN FRANCE

Les cas primaires ont toujours été diagnostiqués avec retard car confondus initialement avec des rougeoles (Marseille) ou des varicelles (Perpignan, 1945, Arras, 1945, Paris, 1947 et 1948). La difficulté diagnostique était réelle et aggravée par le manque d'expérience personnelle de la maladie de cette génération de médecin (un médecin militaire connaissant la maladie outre-mer vint de Paris pour confirmer le diagnostic de variole à Vannes) et parfois l'incrédulité face à une maladie considérée comme disparue.

La fréquence des cas secondaires résultait de ce retard, favorisant la contamination d'autres malades, du personnel et des familles mais aussi de l'extrême contagiosité de la variole. Des contaminations directes (squames, sécrétions) et indirectes (linges, instruments médicaux, systèmes de chauffage) ont été observés. A Paris en 1947, le cas primaire, un vieillard de 88 ans contamina ainsi 12 personnes dont 5 médecins et membres du personnel de l'hôpital Claude-Bernard. Les cas tertiaires et quaternaires ont été observés dans 7 épidémies et témoignent du retard pris à la mise en place des mesures prophylactiques.

La létalité globale est 9,8 % mais varie de 0 à 21 % selon les épidémies. Il n'existe pas de décompte précis par tranche d'âge mais les rapports médicaux insistent sur le risque majoré en l'absence de vaccination récente, aux deux extrêmes de la vie et en cas de pathologie associée (méningite tuberculeuse à Paris en 1947).

Les administrations ont toujours répugné initialement à promulguer des mesures collectives coercitives alors que secondairement elles les imposeront

avec une force souvent excessive, réponse politique autant que sanitaire face à une population inquiète. Les mesures prophylactiques mises en place pour limiter les épidémies étaient cependant adaptées compte tenu de la difficulté de contrôler la dissémination d'un tel virus et plus que l'isolement des patients, la vaccination en était la pierre angulaire.

La vaccination était obligatoire au cours des 1^{re}, 10^e et 20^e année alors que l'immunité acquise était relativement brève (5 ans maximum) conduisant les règlements internationaux à exiger un rappel vaccinal à 5 ans. La possibilité de réactions allergiques, confondues avec une réponse vaccinale normale, était connue et explique certains cas de variole chez des sujets correctement vaccinés. Le personnel médical était d'ailleurs très souvent insuffisamment vacciné et fut contaminé et contaminant. Le recul de cette vaccination était multifactoriel: rareté de la variole, caractère disgracieux des cicatrices vaccinales, possibilité de leuco-encéphalites surtout dans les primovaccination tardives. Ce risque a pu conduire à l'établissement de faux certificat de vaccination (Paris, 1948). Au total, au décours des épidémies de Marseille et de Bretagne, plus de 25 millions de doses furent distribuées dans toute la France.

La surveillance clinique, l'isolement et la déclaration des cas suspects, certains et des sujets contacts furent toujours organisés avec une grande rigueur. Seuls 7 cas quaternaires ont été décrits, tous à Brunehomel confirmant la limitation rapide de ces poussées.

Le nombre total de cas pour ces 9 résurgences (295) et la mortalité minimale (9,8 %) sont sans commune mesure avec les craintes initiales, souvenir d'une maladie responsable de plus de 50 000 morts par an un siècle auparavant.

CONCLUSION

La « mort rouge » a frappé en France pour la dernière fois il y a quarante quatre ans.

Ces épidémies ont en commun :

- un retard au diagnostic des cas primaires et donc à la mise en place des mesures prophylactiques à l'origine des cas de contamination secondaire essentiellement hospitalière et familiale :

- une létalité croissante avec le temps témoignant du relâchement de la discipline vaccinale, et de la gravité croissante en fonction du statut immunitaire ;

- une gestion moderne, bien que toujours tardive, de ces épidémies, avec isolement des malades et des contacts et revaccination massive des populations.

La variole appartient depuis 1978 au passé des maladies infectieuses. Si une résurgence naturelle du virus de la variole est théoriquement impossible, les effets d'un virus proche (orthopox virus) dans nos populations désormais non-immunisée aurait des conséquences épidémiques potentiellement catastrophiques [6-7].

RÉFÉRENCES

1. DARMON P. *La longue traque de la variole*. Paris, Perrin, 1986, 503 p.
2. LECRON M. *Étude des récentes épidémies de variole en France*. Thèse Médecine, Paris, 1955, n° 706, 44 pages.
3. LOUCHET E. *L'épidémie de variole à Marseille, janvier 1952-avril 1952*. Thèse Médecine, Lyon, 1955, n° 199, 182 pages.
4. LOUCHET E. Un épisode de l'histoire de la clinique Cantini : l'épidémie de variole à Marseille, janvier-mai 1952. In: *Vingt-six siècles de médecine à Marseille*, pp. 435-436, Marseille, Jeanne Laffite édit.
5. LE BOURDELLES B. Les enseignements de l'épidémie de variole de 1955. *Rev Prat (Paris)* 1956; 6, 12: 1299-1308.
6. PERIOT, ORSINI, ESPINAS, LOUCHET E. L'épidémie de variole de Marseille, (janvier-avril 1952), considérations cliniques, étiologiques et thérapeutiques. *Sem Hôp Paris* 1952; 23: 315-318.
7. CHASTEL C. L'éradication de la variole: menace persistante et développements nouveaux. *Virology* 1988; 2: 9-16.
8. MIROUZE F, MATTON T, BERTHERAT E, DALCO O. Actualité du Monkey-pox. *Med Trop* 1999; 59: 53S-54S.

