

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

VINGTIEME ASSEMBLEE MONDIALE
DE LA SANTE



ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

A20/P&B/SR/5 Corr.1
23 mai 1967

ORIGINAL : ANGLAIS ET
FRANCAIS

COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA CINQUIEME SEANCE

CORRIGENDA

Page 3, première à sixième ligne :

au lieu de Aucun cas de variole avec énergie.

lire La Turquie a connu une légère poussée de variole en 1943 et il n'y a pas eu de cas jusqu'en 1957, date à laquelle il s'est produit une poussée localisée qui, comme l'enquête l'a établi, était due à un cas importé; aucun cas de variole n'a été enregistré depuis. La vaccination est obligatoire, elle est appliquée systématiquement et se montre très efficace. Les médecins diplômés même depuis plus de vingt ans ne connaissent plus la variole; ils apprennent et savent seulement appliquer la vaccination systématique.

La Turquie, bien qu'elle ne souffre pas de la maladie, appuie le programme d'éradication de la variole et souhaite qu'il soit mis en oeuvre avec plus d'énergie.

Page 17, cinquième ligne à partir du bas :

au lieu de 1966

lire 1956

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

VINGTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE
DE LA SANTÉ



A20/P&B/SR/5
16 mai 1967

ORIGINAL : ANGLAIS

COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA CINQUIÈME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Mardi 16 mai 1967, à 14 h.30

PRESIDENT : Dr A. H. THOMAS (Sierra Leone)

Table des matières

	<u>Page</u>
1. Projet de premier rapport de la Commission	2
2. Etat d'avancement du programme d'éradication de la variole (suite de la discussion)	2

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent être adressées par écrit au Chef du Service des Comptes Rendus, Bureau A.843, dans les 48 heures qui suivent la distribution de ce document.

1. PROJET DE PREMIER RAPPORT DE LA COMMISSION (document A20/P&B/13)

Le Dr MAYUGA (Philippines), Rapporteur, donne lecture du projet de premier rapport de la Commission (document A20/P&B/13).

Décision : Le rapport est adopté.

2. ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME D'ERADICATION DE LA VARIOLE : Point 2.5 de l'ordre du jour (résolutions WHA19.16, paragraphe 5 du dispositif, et EB39.R20; document A20/P&B/7) (suite de la discussion)

Le Dr BADD00 (Ghana) félicite le Directeur général du rapport qu'il a présenté (document A20/P&B/7). Le Ghana a lancé en février 1967, avec l'assistance des Etats-Unis d'Amérique, une campagne visant à réaliser en cinq ans l'éradication de la variole. La campagne a bien démarré, mais des problèmes d'éducation sanitaire se sont posés et l'on forme actuellement le personnel nécessaire pour les résoudre. On aura constamment besoin, pour mener à bien le programme, de vaccin lyophilisé et de matériel; il est encourageant de pouvoir compter à cet égard sur l'assistance offerte par l'OMS et des institutions d'aide bilatérale.

Le délégué du Ghana est heureux d'appuyer le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif.

Le Dr ALAN (Turquie) estime regrettable que la variole existe encore alors qu'on dispose d'une arme efficace. Il comprend, néanmoins, parfaitement les difficultés auxquelles se heurtent les zones d'endémicité.

Aucun cas de variole n'a été enregistré en Turquie de 1943 à 1957. Il s'est produit alors une poussée localisée qui, comme l'enquête l'a établi, était due à un cas importé; il n'y a plus eu de cas de variole depuis. La vaccination se montrant si efficace, les médecins ont cessé de considérer la variole comme une maladie dangereuse. C'est pourquoi la Turquie appuie le programme d'éradication et espère qu'il sera mis en oeuvre avec énergie. L'Institut central d'Hygiène d'Ankara a envoyé à l'OMS des échantillons du vaccin qu'il produit; si ce vaccin est acceptable, la Turquie en offrira 50 000 doses chaque année.

Le Dr Alan appuie le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif ainsi que l'amendement proposé par la délégation du Koweït à la séance précédente.

Le Dr FELKAI (Hongrie) note qu'à la suite de la première phase du programme d'éradication de la variole lancé par l'OMS en 1958, on a enregistré une diminution satisfaisante du nombre des cas déclarés. Cependant, les chiffres actuels - 50 000 à 80 000 cas par an, dont 20 000 à 25 000 cas mortels - montrent combien la campagne d'éradication est nécessaire; elle exige une importante augmentation de la production de vaccin lyophilisé.

A Budapest, 400 000 revaccinations ont été pratiquées lorsqu'un cas de variole a été notifié. Près d'un tiers des personnes possédant un certificat international de vaccination ont été revaccinées avec succès. Il y a eu cinq cas d'encéphalomyélite. Afin de prévenir l'importation de la variole, on a organisé un contrôle sanitaire permanent à l'aéroport de Budapest et des contrôles réguliers pour

la navigation danubienne; en ce qui concerne les voyageurs arrivant en Hongrie par chemin de fer, un contrôle sanitaire n'intervient que s'il existe un danger d'introduction de la maladie à partir d'un pays voisin.

L'Union soviétique a aidé la Hongrie à mettre sur pied un laboratoire moderne de diagnostic en fournissant les services d'un consultant. Tout un dispositif est prévu pour faire face aux conséquences de l'importation éventuelle d'un cas : des spécialistes des services épidémiologiques ont été formés et une équipe se tient prête à l'hôpital des maladies infectieuses. Il serait peut-être bon que l'OMS constitue une équipe de spécialistes qu'elle mettrait à la disposition de tout pays normalement exempt de variole où un cas importé provoquerait une épidémie. Le vaccin utilisé en Hongrie depuis quarante ans, et qui a été aussi éprouvé récemment en République Arabe Unie et en Pologne, où il a servi à effectuer un million de vaccinations, confère une protection parfaite et donne très peu de réactions secondaires. Toutefois, si ce vaccin devait être employé dans un autre pays, il serait souhaitable qu'une mission hongroise se rende sur place pour déterminer s'il répond bien aux besoins locaux.

Le Dr Felkai appuie le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif.

Selon le Dr ZAARI (Maroc), le rapport du Directeur général fait un tour d'horizon complet des problèmes que pose l'éradication de la variole, tant à la phase d'attaque qu'à celle d'entretien, et présente un vif intérêt pour tous les pays. Le Maroc en est à la phase d'entretien : la population est vaccinée tous les quatre ans

et aucun cas de variole n'a été enregistré depuis 1947. Le Dr Zaari tient à exprimer sa gratitude au FISE, qui a offert un appareil à lyophiliser à l'Institut Pasteur de Casablanca.

Il ressort du rapport que, pour toute campagne d'éradication, les problèmes les plus difficiles à résoudre sont l'approvisionnement en vaccin et la formation du personnel. De l'avis du Dr Zaari, il ne serait pas judicieux de multiplier les centres de fabrication de vaccin, encore qu'il soit souhaitable qu'un pays au moins de chaque Région en possède un. En ce qui concerne la formation, il importe au plus haut point que chaque pays intègre le personnel compétent dans les services de santé généraux.

Le délégué du Maroc espère que la campagne d'éradication sera couronnée de succès; il appuiera toute mesure favorable à cette campagne.

Le Dr SIDERIUS (Pays-Bas) voit dans la campagne mondiale d'éradication de la variole une des activités de santé publique les plus importantes qui soient. Le succès du programme exige avant tout des moyens financiers suffisants et la mobilisation de ressources techniques et de connaissances spécialisées. Le rapport du Directeur général offre un fondement solide pour l'action à entreprendre et les résultats décevants obtenus dans certaines régions devraient inciter à pousser les recherches et à conjuguer les efforts en vue de réaliser l'éradication totale en cinq à dix ans. Au sujet de la durée de la campagne, le Dr Siderius rappelle la question posée par sa délégation à la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (Actes officiels No 152, page 293) : le Secrétariat pourrait-il préparer des estimations comparatives des coûts approximatifs de programmes de longue et de brève durée ?

Le rapport du Directeur général (document A20/P&B/7) indique en termes généraux que les vaccinations doivent se poursuivre dans les pays où la variole a été éliminée depuis de longues années. Le Dr Siderius se demande si c'est vraiment nécessaire lorsqu'il existe un dispositif bien au point de surveillance et qu'un personnel compétent est prêt à intervenir en cas de poussée locale. Peut-être les risques et le coût des vaccinations répétées sont-ils disproportionnés par rapport à l'intérêt qu'elles présentent. S'il en va bien ainsi, les pays convenablement préparés à faire face aux épidémies pourraient fournir du vaccin aux pays d'endémicité.

Le délégué des Pays-Bas appuie le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif et assure la Commission que son pays continuera à prêter une assistance technique pour la campagne et fournir, si possible, du vaccin lyophilisé.

Le Dr BUDJAV (Mongolie) considère que l'OMS a fait oeuvre utile en lançant le programme d'éradication de la variole. La délégation mongole est disposée à approuver le programme proposé à ce titre dans le document budgétaire pour 1968, tout en exprimant l'espoir que les crédits ouverts seront utilisés au mieux.

L'éradication de la variole en Mongolie remonte à 1940. Avant cette date, la maladie était répandue dans le pays, où elle touchait près de la moitié de la population et provoquait un grand nombre de décès. L'éradication a été obtenue grâce à la vaccination de l'ensemble de la population et le pays est débarrassé de la maladie depuis près de trente ans. Il est intéressant de souligner que l'éradication a été réalisée à une époque où les services de santé étaient moins bien développés qu'aujourd'hui. La Mongolie a reçu une importante assistance de l'URSS.

L'expérience mongole montre que, moyennant un effort suffisant de la part des services de santé nationaux et une aide extérieure, l'éradication de la variole est possible, même dans les pays en voie de développement où le réseau sanitaire est encore peu étoffé, pourvu que toute la population soit vaccinée.

Il importe de poursuivre les efforts sans relâche et d'étendre au monde entier le programme d'éradication de la variole. Il est regrettable que la morbidité due à cette maladie soit encore élevée dans la Région de l'Asie du Sud-Est. En Mongolie, on pratique la revaccination afin d'accroître le degré d'immunité de la population, et l'on prend des dispositions pour prévenir l'introduction de la maladie dans le pays.

Le Dr ELOM NTOUZO (Cameroun) estime que le rapport du Directeur général couvre l'ensemble du problème et qu'il est encourageant. Le manuel sur les principes et techniques du programme d'éradication sera très utile, de même que les séminaires et les bourses d'études pour la formation du personnel. La participation de l'administration du Programme alimentaire mondial apparaît comme une heureuse initiative; on éprouve, en effet, de grandes difficultés à ravitailler convenablement en vivres les équipes de vaccination qui travaillent dans la brousse.

L'un des principaux problèmes du Cameroun est l'éducation sanitaire de la population qu'il faut persuader d'accepter la vaccination, puisque celle-ci n'est pas obligatoire. Une coopération étroite et l'échange de renseignements avec des pays voisins permettent de trouver plus facilement des solutions à ce problème et à d'autres, et constituent donc un facteur important de la réussite d'une campagne d'éradication.

Le Dr MERRILL (Etats-Unis d'Amérique) dit que les progrès accomplis par la campagne d'éradication sont encourageants. Il constate avec satisfaction que l'on prévoit son expansion en 1968 et que le rapport met l'accent sur la nécessité de redoubler d'efforts pour qu'elle réussisse. Au fur et à mesure de cette expansion, il faudra bien que l'OMS continue à jouer le rôle principal, mais il serait peut-être bon d'examiner les incidences financières. A la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, le coût du programme pour 1967 avait été estimé à US \$ 22 millions, dont 6,6 millions provenant de l'assistance internationale; pour 1968, le coût du programme est estimé à US \$ 31 millions, dont 7,7 millions fournis par l'assistance internationale. Etant donné que le programme d'éradication de la variole ne figure que pour US \$ 2,8 millions dans les prévisions budgétaires de l'OMS pour 1968, ce sont près de US \$ 5 millions qu'il faudra obtenir d'autres sources.

Les Etats-Unis sont fiers de soutenir l'éradication de la variole par leurs programmes d'aide bilatérale, et notent avec satisfaction que d'autres pays font aussi des efforts spéciaux. Il faut, toutefois, qu'un nombre beaucoup plus grand d'Etats se joignent à cette action si l'on veut disposer de fonds suffisants, comme le souligne le paragraphe 2 du dispositif du projet de résolution proposé par le Conseil exécutif.

Le rapport du Directeur général montre qu'au cours de l'année écoulée le nombre des cas déclarés de variole a augmenté dans certains pays. La leçon est claire : le programme doit se poursuivre sans ralentir jusqu'à l'éradication complète.

Le Dr Merrill espère que l'OMS procédera à une évaluation réaliste des besoins à satisfaire dans son budget de 1969 pour que la campagne puisse continuer sur sa lancée.

Le délégué des Etats-Unis appuie le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif; il serait disposé à accepter l'amendement suggéré par la délégation du Koweït, à condition que deux modifications mineures y soient apportées : dans le paragraphe 2 b), il faudrait remplacer "de donner la préférence au" par "d'utiliser le"; dans le paragraphe 2 d), il faudrait remplacer "s'efforcent d'organiser" par "organisent".

Le Dr NICHOLSON (Guyane) a été très frappé d'apprendre par l'intéressant rapport du Directeur général qu'il y a eu 71 cas de variole en 1966 dans le Royaume-Uni, patrie de Jenner, l'inventeur de la vaccination. Voilà qui démontre sans équivoque la nécessité de continuer à vacciner toutes les populations jusqu'à ce que le danger d'importation de l'infection ait finalement disparu.

Il n'y a pas eu de variole en Guyane depuis le début du siècle, ce qui incite la population à un optimisme peut-être excessif, mais tous les nouveau-nés et les petits enfants sont vaccinés dans les centres de santé et les dispensaires. Le délégué de la Guyane saisit cette occasion pour remercier le Gouvernement du Venezuela du vaccin qu'il a fourni à son pays.

Le Dr Nicholson appuie le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif, avec les amendements des délégations du Koweït et des Etats-Unis.

Le Dr JOSHI (Népal) signale que le programme d'éradication de la variole entrepris dans son pays au cours de l'année souffre de sérieuses difficultés de transport dues à la topographie, ainsi que d'une pénurie de personnel qualifié. Les tentatives faites pour protéger la population par la vaccination, devenue maintenant obligatoire, se heurtent souvent à des objections d'ordre religieux. L'assistance de l'OMS et du FISE est très appréciée, mais le Népal aurait besoin d'une aide financière pour mener la campagne à bonne fin. Il serait possible de pallier la pénurie de personnel en faisant pratiquer la vaccination antivariolique par les techniciens déjà formés à la vaccination par le BCG; cette méthode réduirait les frais opérationnels, mais sa mise en application prendrait du temps.

Le Dr HAFEZI (Iran) déclare qu'en Iran l'éradication de la variole est réalisée depuis quelque temps, grâce en partie à l'amélioration de l'état de santé général de la population, mais surtout à la vaccination et à la revaccination. On applique un programme systématique de prophylaxie, accompagné de mesures de vigilance et de la mise en quarantaine immédiate de tout cas importé. L'Iran fera volontiers part de l'expérience et des connaissances techniques qu'il a acquises en matière de lutte contre la variole à tout pays qui le souhaitera.

Le Dr Hafezi appuie le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif ainsi que les amendements proposés.

Le Dr NABULSI (Jordanie) indique que son pays est exempt de variole depuis 1957 mais que, se trouvant dans une situation géographique particulière qui fait que

des milliers de pèlerins le traversent chaque année, il fait procéder tous les trois ans à la vaccination de masse de toute la population, en plus de la vaccination de tous les nourrissons à trois mois. Le vaccin liquide produit par les laboratoires jordaniens est de bonne qualité, mais la production de vaccin lyophilisé va bientôt commencer. La Jordanie sera ainsi en mesure d'offrir chaque année trois millions de doses aux pays qui pourraient en avoir besoin. Le Dr Nabulsi relève que l'OMS a créé une réserve de vaccins pour faire face aux demandes d'urgence, mais il estime que cette réserve est insuffisante et devrait donc être augmentée.

Il appuie le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif tel que proposent de l'amender les délégations de Koweït et des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr HAQUE (Pakistan) estime que l'OMS mérite d'être félicitée des efforts qu'elle déploie à travers le monde pour l'éradication de la variole. Il a cependant entendu exprimer quelques préoccupations au sujet de la situation qui règne dans l'Asie du Sud-Est et il croit donc utile de souligner que la variole a tendance à persister dans de grands pays dont la population dépasse 50 millions d'habitants et ne disposent que d'un très faible revenu par habitant. Cela dit, le rapport du nombre de cas au chiffre de la population dans les pays de cette catégorie traduit une réduction notable de l'incidence de la maladie, non seulement dans l'Asie du Sud-Est mais encore dans d'autres régions où la variole est endémique.

Le Pakistan, dont les frontières s'étendent sur des milliers et des milliers de kilomètres, connaît une situation spéciale puisque le Pakistan oriental, où la densité de la population est supérieure à 1000 habitants au mille carré, est situé dans l'Asie du Sud-Est, tandis que la plus grande partie du Pakistan occidental, où la densité de la population est comprise entre 200 et 300 habitants au mille carré, se trouve dans le Moyen-Orient. Après la mise en route d'une campagne antivariolique en 1962, le nombre des cas est tombé de 80 000 en 1958 à 43 000 en 1964.

En 1965 et en 1966, toutefois, le nombre des cas a augmenté, sans doute en raison d'une surveillance défectueuse. On a donc décidé de combiner les activités d'éradication de la variole avec celles des services d'éradication du paludisme, qui possèdent de bons moyens de surveillance, et les agents antipaludiques ont été chargés de pratiquer la vaccination antivariolique à l'occasion des visites mensuelles qu'ils font dans les petits villages pour prélever des lames de sang. Même ainsi, on n'a réussi à couvrir que 80 % de la population car certains villageois se sont dérobés. On estime d'autre part que, dans les régions où la variole a en principe été éradiquée, 25 000 personnes sur un million ont échappé à la vaccination. Une couverture totale ainsi que de bons services d'entretien et de surveillance sont indispensables pour que le monde puisse se débarrasser définitivement de la variole. Il est également important, quoique difficile, d'assurer la coordination des divers services, tant à l'échelon provincial qu'à l'échelon fédéral. Néanmoins, malgré toutes ces difficultés, l'écart entre le taux des naissances et le taux des vaccinations s'amenuise au Pakistan.

On utilise du vaccin lyophilisé dans la partie orientale du pays et du vaccin liquide dans la partie occidentale. Le nombre de cas n'a pratiquement pas évolué depuis quelques années, ce qui tient sans doute parfois à la médiocrité du vaccin et à une recrudescence de la maladie. Un autre facteur tient aux nombreux déplacements non autorisés à travers les très longues frontières pakistanaïses, problème dont on voit mal comment on pourrait s'y attaquer efficacement. La vaccination en tache d'huile a été suggérée, mais cette solution est irréalisable au Pakistan où deux millions d'enfants naissent chaque année.

Le Pakistan est très reconnaissant à l'OMS et au FISE de l'aide qu'ils lui ont fournie, mais celle-ci est bien modeste par rapport aux besoins. Les pays à incidence élevée de variole ont un faible revenu par habitant et ne peuvent, sans aide extérieure, combler le fossé entre le taux des naissances et le taux des vaccinations. Il est donc encourageant d'apprendre que les Etats-Unis d'Amérique ont déjà fourni à certains pays une assistance à cet égard.

Le Dr Haque pense qu'il est préférable d'administrer la vaccination avant que l'enfant ne commence à marcher. Des expériences qui se poursuivent au Pakistan ont montré que la majorité des enfants vaccinés peu après la naissance puis une deuxième fois à l'âge d'un an font une réaction dans les deux cas. Il est donc difficile de savoir laquelle des deux vaccinations confère la meilleure protection : celle qui a été administrée trois ou quatre jours après la naissance ou celle qui a été pratiquée un an plus tard.

L'expérience du Pakistan en matière d'éradication de la variole a permis de faire un certain nombre d'autres constatations. Tout d'abord, les conditions régnant dans les hôpitaux de contagieux demandent à être améliorées. Deuxièmement, l'OMS devrait aider à créer des laboratoires de diagnostic dans les zones d'endémie. En troisième lieu, la priorité devrait être donnée aux régions où la population est dense et où la maladie est la plus répandue.

Les autorités sanitaires du Pakistan vont lancer un programme d'éradication de la variole - dans le Pakistan oriental à la fin de 1967 et dans le Pakistan occidental en 1968.

Le Dr Haque informe enfin la Commission que des mesures rigoureuses sont appliquées au Pakistan aux personnes qui quittent le pays. Une ordonnance récente prévoit la revaccination immédiate au port de départ si l'autorité sanitaire le juge nécessaire. A ce jour, aucun cas de variole n'a été exporté du Pakistan ou, sur une population de 103 millions de personnes, l'incidence est de 6000 cas. Le Pakistan continuera de faire tout son possible pour aboutir à l'éradication totale.

Le Professeur SENAULT (France) bornera son intervention, au présent stade du débat, à certains points évoqués dans le document soumis à l'examen de la Commission.

La délégation française a noté avec satisfaction que le Siège de l'OMS a préparé un certain nombre de documents techniques pour aider les bureaux régionaux à organiser leurs programmes d'éradication de la variole, ce qui paraît d'autant plus intéressant qu'aucun pays n'est à l'heure actuelle à l'abri d'une réintroduction de la maladie. D'autre part, il est important de donner des informations précises sur la variole aux jeunes générations médicales, qui la connaissent très mal, surtout en Europe.

Le Professeur Senault appuie le programme de recherches exposé dans le document A20/P&B/7, en particulier la déclaration de la section 8 (page 14) indiquant que, dans le cadre des programmes organisés par les centres OMS de référence, l'attention se portera sur la mise au point de méthodes plus commodes pour le diagnostic de laboratoire. Comme de nombreux pays n'ont pas les moyens de mettre en place leurs propres services de laboratoire, il serait très utile que des organismes internationaux leur fassent connaître des méthodes qui sont d'application facile, qui sont fidèles dans leurs résultats et qui sont économiques dans leur utilisation.

A la suite de l'intervention du délégué du Pakistan, le Professeur Senault exprime l'avis qu'une vaste campagne de vaccination de masse devrait être déployée pendant la phase d'entretien des programmes d'éradication de la variole. Comme le souligne avec justesse le document A20/P&B/7, ce sont les nouveau-nés et les migrants qui posent le problème le plus délicat.

A propos de la vaccination des nouveau-nés, le Professeur Senault fait observer que, dans un certain nombre de pays, le programme de vaccination couvre les jeunes mères qui, bien entendu, transmettent certains anticorps à l'enfant. Comme on ne possède pas de renseignements précis sur la durée de l'activité de ces anticorps, les experts de l'Organisation devraient chercher à déterminer la durée de l'immunisation transmise par voie placentaire.

L'éducation sanitaire est une nécessité incontestable dans tous les pays, même dans ceux où la variole a été éradiquée, s'ils veulent rester à l'abri de la maladie. Il suffit de se souvenir de la grande peur provoquée par l'épidémie qui a éclaté il y a quelques années en France pour se rendre compte de la nécessité du développement intensif d'une action éducative.

En concluant, le Professeur Senault déclare que sa délégation appuie le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif.

Le Dr AL-HURAIABI (Yémen) souligne que, d'après les données fournies au sujet de l'incidence de la variole dans le document A20/P&B/7, le nombre des cas a considérablement augmenté de 1964 à 1966 et de nombreuses parties du monde ne sont pas à l'abri du fléau. De toute évidence, les programmes entrepris n'ont pas été suffisamment efficaces et seules des mesures rigoureuses empêcheront une évolution critique de la situation. Les programmes d'éradication de la variole doivent être adaptés aux conditions et besoins des pays intéressés, ce qui suppose l'exécution d'études détaillées dans chaque zone d'endémie.

Au Yémen, la variole est sporadique, la majorité des cas étant importés de pays voisins ou d'autres parties du monde. Les régions généralement frappées sont les parties est, ouest et nord du pays, qui sont considérées comme continuellement exposées au risque. Aussi y a-t-on entrepris avec l'aide de l'OMS un programme d'éradication exécuté par des équipes mobiles. Bien que plus d'un demi-million d'habitants, principalement d'âge scolaire, aient été vaccinés, la variole continue de faire peser une menace sérieuse sur le pays.

Les difficultés auxquelles on se heurte dans la planification d'un programme d'éradication de la variole sont essentiellement d'ordre financier et administratif : manque de véhicules et de matériel, insuffisance des dispositions prises en matière de surveillance, d'action inter-pays, de notification systématique des cas dépistés, etc.

Avant de terminer, le Dr Al-Huraibi déclare qu'il appuie le projet de résolution soumis par le Conseil exécutif tel que propose de l'amender la délégation de Koweït, notamment en ce qui concerne la qualité du vaccin (alinéa b) du paragraphe 2).

Le Dr HAMDI (Irak) a été heureux d'apprendre qu'en 1967 vingt-quatre pays africains ont reçu tant de l'OMS que d'organismes d'aide bilatérale une assistance pour leurs programmes d'éradication de la variole. Il est à espérer que ce soutien pourra être étendu à d'autres pays. Le FISE mérite aussi des remerciements pour sa participation.

Rappelant que, pendant la séance plénière, sa délégation avait demandé que l'OMS fournisse un appui aux protectorats et aux émirats de l'Arabie du Sud et étudie leurs problèmes sanitaires, le Dr Hamdi indique que le Gouvernement de l'Irak est disposé à consentir une aide technique, des fournitures médicales et du personnel sanitaire. En fait, l'OMS a déjà livré du vaccin antivariolique à ces Etats et a chargé un médecin de les aider de ses conseils. Les modalités de renforcement de cette aide sont à l'étude.

La dernière épidémie de variole en Irak s'est produite au cours de l'hiver 1966; il y a eu 2000 cas. On a introduit la vaccination obligatoire de tous les nouveau-nés ainsi qu'un plan de vaccination de masse de la population tous les quatre ou cinq ans. Depuis lors, aucun cas de variole n'a été décelé. En 1961, la première campagne de masse a touché environ 70 % de la population. En 1967, une autre campagne a visé principalement les nouveau-nés, les enfants d'âge préscolaire

et les élèves de l'enseignement primaire. Dans certains secteurs ruraux, ainsi que dans quelques zones urbaines fortement peuplées, on a entrepris et l'on poursuit la vaccination porte à porte. On espère toucher 70 à 80 % environ de la population. On emploie aussi bien du vaccin liquide que du vaccin lyophilisé, produits l'un et l'autre par l'Institut séro-vaccinal de Bagdad.

La délégation de l'Irak appuiera le projet de résolution du Conseil exécutif modifié comme l'a suggéré la délégation de Koweït.

Le Dr FERREIRA DA SILVA (Portugal) déclare que son pays a réalisé des progrès considérables dans l'éradication de la variole. Au Portugal européen, la maladie a cessé de poser un problème, mais les autorités sanitaires restent cependant en état d'alerte et la vaccination reste obligatoire.

Si la variole a pratiquement disparu de l'Angola, comme il ressort du tableau 4 du document A20/P&B/7 (page 34), il subsiste quelques cas au Mozambique, mais leur nombre est trop faible pour être préoccupant. Les statistiques relatives à la Guinée portugaise (tableau 3) ne font pas état de cas de variole. Toutefois, on poursuit les campagnes de vaccination de masse dans ces régions pour assurer à la population un niveau d'immunité aussi élevé que possible. Fidèle aux principes de l'OMS, le Portugal poursuivra cette politique dans l'intérêt de l'éradication de la variole à l'échelle mondiale. Il est toutefois évident qu'en raison de la situation qui a été faite au Portugal au sein de l'Organisation, la coordination des programmes ne peut être réalisée comme il serait souhaitable. Il faudrait pour cela des accords bilatéraux ainsi qu'une collaboration entre pays voisins, sans quoi il sera impossible de

réduire le risque de réintroduction de l'infection. Néanmoins, en attendant qu'une action dans ce sens redevienne possible, le Portugal ne relâchera pas son effort.

Le Dr BADAROU (Dahomey) indique que le Dahomey, où la variole est encore endémique, compte parmi les 19 Etats africains qui mènent une campagne d'éradication sous l'égide de l'USAID et avec l'aide de l'OMS. La campagne, qui a commencé en avril 1967, et qui est menée conjointement avec la lutte antirougeoleuse, a donné jusqu'ici des résultats encourageants. Elle durera deux à trois ans, mais il faut d'ores et déjà, dans l'intérêt d'une bonne planification, songer à la phase d'entretien. Si l'exécution de la campagne proprement dite est déjà difficile - en raison des besoins en hommes et en matériel et de la nécessité de vacciner la quasi-totalité de la population - la phase d'entretien ou de consolidation est encore plus difficile, surtout pour des pays en voie de développement comme le Dahomey.

La raison des difficultés est bien connue : c'est l'insuffisance des services sanitaires de base. Il faut donc songer, dès à présent, à développer un réseau sanitaire adéquat pour faciliter la phase d'entretien du programme d'éradication de la variole, comme aussi celle du programme d'éradication du paludisme. L'OMS, les diverses organisations socio-économiques et les nations développées pourraient apporter une contribution inappréciable aux campagnes d'éradication des maladies endémo-épidémiques entreprises dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique. Aucun effort ne doit être épargné pour que le programme d'éradication de la variole soit couronné de succès, afin que l'Afrique n'ait pas, une fois de plus, à être considérée comme une "zone difficile".

La délégation du Dahomey votera en faveur de la résolution proposée par le Conseil exécutif et de toute autre résolution qui soulignerait que le développement des services de santé de base est un élément essentiel du programme d'éradication de la variole.

Le Dr CRAWFORD (Canada) déclare qu'il est encourageant de constater, à la lecture des tableaux 3 à 7 du document A20/P&B/7, que sur un total de 1 342 000 000 d'habitants que comptent les pays d'endémicité et les pays limitrophes, 805 000 000 ont été vaccinés. Mais, pour paradoxal que cela puisse paraître, ces tableaux provoquent aussi un certain sentiment de découragement, car il en ressort que 537 000 000 de personnes n'ont pas été vaccinées. Bien qu'incomplètes, ces statistiques revêtent une importance particulière du fait qu'elles se rapportent aux zones du globe où la lutte contre la variole se révèle difficile. La Commission souhaitera donc sans doute prier le Directeur général d'inciter les directeurs régionaux et les représentants des divers pays intéressés à fournir une estimation aussi exacte que possible du nombre de personnes qui n'ont pas été vaccinées. Il est évident qu'au début, les estimations seront très éloignées de la réalité, mais à mesure que le temps passera, le système de notification s'améliorera et les chiffres deviendront plus valables. Les renseignements ainsi obtenus rendraient les plus grands services à la Commission en lui permettant d'évaluer les progrès réalisés dans la lutte contre la variole.

Le Dr CONOMBO (Haute-Volta) déclare que la montée en flèche du nombre des cas de variole signalés en Haute-Volta en 1966, telle qu'elle ressort du tableau 3

du document A20/P&B/7, s'explique par le fait que, faute de ressources, on a dû interrompre en 1965 la campagne de vaccination entreprise en 1963. Il lui paraît donc indispensable d'instituer au Siège de l'OMS un fonds de réserve collectif pour aider les Etats Membres qui le demanderaient à parer à ce genre d'éventualités.

Les services sanitaires voltaïques disposent d'un personnel qualifié en nombre suffisant pour vacciner la population, mais ils n'ont ni les fonds pour se procurer les quantités de vaccin nécessaires, ni les installations et le matériel voulus pour le conserver, ni les moyens de transport indispensables. C'est pourquoi personne, ou presque, n'a été vacciné en 1966. En 1967, grâce au concours de l'USAID, qui fournira à la Haute-Volta du vaccin et des véhicules, et à celui de l'OMS qui lui fera obtenir de l'essence détaxée, on a pu lancer une campagne de vaccination à l'échelle du pays tout entier. Le Dr Conombo exprime sa gratitude à ces deux organisations.

Enfin, au sujet de l'alinéa 4 a) du dispositif de la résolution WHA19.16, il est heureux de noter les dispositions adoptées pour couvrir les dépenses afférentes aux fournitures et au matériel indispensables pour la bonne exécution du programme d'éradication de la variole dans les divers pays.

Le Professeur PENSO (Italie) rappelle qu'au cours de la séance du matin, il a déjà parlé de l'importance de certaines recherches fondamentales relatives à l'éradication de la variole. Si, dans le document A20/P&B/7, un paragraphe entier est consacré au programme de recherche envisagé par l'OMS, on constate cependant qu'il n'est pas question de recherche fondamentale dans le projet de résolution présenté par le Conseil exécutif. La délégation italienne propose donc d'insérer dans le

dispositif du projet de résolution EB39.R20 un nouvel alinéa 3 b) libellé comme suit : "d'intensifier le programme de recherche fondamentale". L'alinéa 3 b) actuel deviendrait alors l'alinéa 3 c).

M. GOKANA (Congo, Brazzaville) déclare qu'après les épidémies de variole des années 1962 à 1965, les autorités sanitaires de son pays ont réussi à réduire l'incidence de la maladie et même à la juguler : en 1966, on n'a diagnostiqué que deux cas de variole et encore espère-t-on qu'il s'agissait de cas importés. Outre les campagnes entreprises par des équipes mobiles, on pratique des vaccinations dans les centres de protection maternelle et infantile et dans les écoles.

Le pays étant petit, la population peu nombreuse et les routes assez bonnes, la variole ne devrait pas poser de véritable problème. Il n'en reste pas moins que dans un pays limitrophe, où il n'est pas possible d'exercer un contrôle sanitaire, une épidémie de variole sévit depuis plusieurs années, ce qui fait peser une menace constante.

La délégation congolaise appuiera le projet de résolution présenté par le Conseil exécutif et les propositions d'amendement des délégations du Koweït et de l'Italie.

Le Dr VASQUEZ (Equateur) félicite le Directeur général de l'excellente présentation du document A20/P&B/7, duquel il ressort qu'aucun cas de variole n'a été signalé en Equateur depuis 1965. A l'heure actuelle, la phase d'entretien est supervisée par les centres sanitaires des zones urbaines, assistés d'équipes mobiles dans les zones rurales, dans le cadre d'un programme général d'immunisation portant non seulement sur la variole, mais encore sur la coqueluche et la diphtérie.

En exécution de ce programme, 80 % des enfants au-dessous d'un an et 20 % des enfants appartenant à d'autres groupes d'âge sont vaccinés, ce qui permet d'éviter l'importation de la variole à partir des pays limitrophes où elle est encore endémique. Cette couverture n'a pu être assurée que grâce à un effort considérable d'exécution sanitaire, destiné à obtenir de la population un maximum de coopération et à vaincre l'opposition classique des habitants des zones rurales. Les médecins des services de santé publique sont constamment invités à signaler les cas suspects, mais il faut améliorer les méthodes de diagnostic de laboratoire, car on a tendance à confondre la variole avec la varicelle. L'Equateur fait appel à la coopération de l'OMS et d'autres organisations internationales dans ce domaine.

La délégation de l'Equateur appuie le projet de résolution présenté par le Conseil exécutif et les propositions d'amendement des délégations du Koweït et des Etats-Unis.

Le Dr BANA (Niger) signale que la vaccination antivariolique a commencé de façon intensive au Niger en 1967. Du 2 février au 30 avril, des équipes mobiles se sont rendues dans quelque 805 villages et ont vacciné 689 902 personnes. Cet effort a été possible grâce à l'aide de l'Agency for International Development des Etats-Unis et de l'OMS, dont le Niger a reçu jusqu'à de l'essence et des pièces détachées d'automobiles. Le Dr Bana saisit cette occasion pour exprimer la reconnaissance de son pays à ces deux organisations.

Le paragraphe 2 a) de l'amendement proposé par la délégation du Koweït tend à inviter instamment les gouvernements des pays dont les programmes d'éradication progressent lentement à "placer le plus haut possible dans l'échelle des urgences

la mobilisation des fonds, du personnel et des fournitures nécessaires pour mener cette action à bonne fin". Les auteurs du projet ont-ils pensé que c'est précisément par manque de moyens que les pays en question se trouvent dans cette situation ? Le délégué de la Haute-Volta vient de parler des pénuries dont souffrent les pays en voie de développement. Le Dr Bana demande donc à la délégation du Koweït si elle ne pourrait supprimer cette partie de son amendement.

Au paragraphe 2 b), il est recommandé aux gouvernements de veiller à ce que le vaccin antivariolique soit fabriqué en conformité avec les normes de pureté et d'activité fixées par l'OMS. Le Dr Bana aimerait que cette phrase soit modifiée et s'adresse aux gouvernements des pays producteurs de vaccins antivarioliques. Les pays qui reçoivent ces vaccins ne sont que trop heureux d'accepter ce qu'on leur donne.

Le Dr Bana voudrait dire quelques mots de la coordination entre pays frontaliers, problème qui s'est également posé lors du débat sur le paludisme. Dans la pratique, cette coordination est souvent difficile et l'on doit passer par les voies officielles, ce qui demande forcément du temps. En outre, les aléas de la politique peuvent arrêter les négociations durant des mois. Le Dr Bana se demande donc si une organisation internationale telle que l'OMS ne pourrait étudier les moyens pratiques par lesquels arriver à cette coordination. La tâche ne serait certainement pas aisée pour l'OMS, mais au niveau des pays il y aura toujours des difficultés et sans coordination aucun programme ne peut réussir.

Enfin, en ce qui concerne la recherche, le Dr Bana pense qu'on accorde trop d'importance à la recherche fondamentale, qui est coûteuse. La plupart des délégations des pays en voie de développement partageront sans doute son avis : la recherche fondamentale devrait être laissée aux pays riches, qui pourraient communiquer leurs résultats à l'OMS, tandis que les pays pauvres concentreraient leurs efforts sur la recherche opérationnelle. En tant que médecin, le Dr Bana regrette d'avoir à exprimer cette opinion, mais la situation des pays en voie de développement est telle qu'il leur faut tirer parti au mieux des budgets dont ils disposent.

Le Dr BAHRI (Tunisie) déclare que depuis un quart de siècle la variole ne pose plus de problèmes dans son pays, cela grâce à deux facteurs.

Tout d'abord, la vaccination antivariolique est pratiquée systématiquement. Tous les nouveau-nés sont vaccinés dans les centres de protection maternelle et infantile et dans les formations rurales. Il en va de même pour les enfants à leur entrée dans les écoles primaires ou à leur passage à l'enseignement secondaire. De plus, un cinquième de la population est soumis chaque année à la vaccination. Les seuls vaccins utilisés sont le vaccin lyophilisé et le vaccin glycérimé. Dans les primo-vaccinations, le vaccin lyophilisé donne un taux de prise de 6 à 7 % supérieur, mais provoque des réactions générales et locales plus accusées. La vaccination générale, qui intéresse plus de 1 200 000 personnes chaque année, se fait en un mois à 45 jours; elle se déroule en principe durant la saison froide.

En second lieu, la vaccination des nouveau-nés est devenue presque un acte rituel. La vaccination est obligatoire à la naissance, à l'entrée à l'école primaire et tous les cinq ans. Les autorités tunisiennes estiment que les chances d'efficacité de la vaccination résident dans son caractère de routine, dans la couverture totale périodiquement assurée et dans la rapidité d'exécution.

Le Dr Bahri est favorable à la résolution recommandée par le Conseil exécutif telle qu'ont proposé de l'amender les délégations du Koweït, des Etats-Unis d'Amérique et du Niger.

M. ABRAR (Somalie) dit que son pays est exempt de variole, mais que le risque de réintroduction de la maladie impose une vigilance constante. Des équipes de vaccination parcourent périodiquement les régions voisines des frontières de l'Ethiopie, du Kenya et de la Côte française des Somalis. La Somalie se réjouit des efforts d'éradication entrepris à l'échelle mondiale et appuie sans réserve le programme.

La délégation de la Somalie est favorable à la résolution du Conseil exécutif amendée par les délégations du Koweït et des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr KONE (Côte d'Ivoire) souligne que le programme d'éradication de la variole a été le premier programme mis en oeuvre au lendemain de l'indépendance de la Côte d'Ivoire. La maladie sévissait à l'état endémique dans tout le pays et 4000 cas avaient été enregistrés en 1960. Aujourd'hui, après 6 ans d'efforts, les résultats sont satisfaisants; en effet, si trois cas ont été diagnostiqués en 1965, aucun n'a été constaté en 1966. C'est l'Institut national d'Hygiène qui est responsable de l'éradication de la variole. Il emploie deux groupes distincts de cinq équipes mobiles

spécialisées qui parcourent le pays tout entier et ne quittent jamais un village sans avoir vacciné au moins 80 % de la population. Leur tâche est d'ailleurs grandement facilitée par la collaboration des autorités administratives et politiques des localités visitées, ainsi que par l'action des équipes d'éducation sanitaire (la population a parfaitement compris l'intérêt de la vaccination et se présente en masse chaque fois que les équipes arrivent). Depuis 6 ans, on emploie le vaccin sec de Paris qui a donné entière satisfaction. Au 31 décembre 1966, 8 248 525 vaccinations avaient été pratiquées.

Depuis le début de 1967, l'Agency for International Development des Etats-Unis fournit du vaccin lyophilisé. Cette assistance est d'autant plus appréciée qu'elle a permis d'exécuter des campagnes d'éradication dans des régions limitrophes qui jusqu'à présent n'avaient pas été couvertes. Au cours de la phase d'entretien, des vaccinations de routine sont pratiquées dans les centres sanitaires et dans les centres de protection maternelle et infantile. La vaccination a été rendue obligatoire en 1961; des certificats sont exigés pour l'inscription dans les écoles et les employeurs sont responsables de la vaccination ou de la revaccination de leurs employés. D'autre part, un contrôle rigoureux du certificat international de vaccination est exercé dans les aéroports et les ports. Malheureusement, le contrôle des frontières reste difficile; toutefois, les résultats obtenus jusqu'à présent et la mise en route de campagnes d'éradication dans des régions limitrophes laissent augurer le succès.

La délégation de la Côte d'Ivoire appuie pleinement le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif.

Le Dr HAQUE (Pakistan) appuie la résolution du Conseil exécutif amendée par les délégations du Koweït et des Etats-Unis d'Amérique.

On a souligné l'importance des activités d'entretien, sans lesquelles aucun programme d'éradication ne peut réussir. C'est pourquoi le Dr Haque propose d'insérer au paragraphe 2 d) de l'amendement du Koweït, après le mot "éliminée" les mots "ou dans lesquels un programme d'éradication est en cours".

Le Dr SCORZELLI (Brésil) appuie le projet de résolution du Conseil exécutif, compte tenu des amendements présentés par les délégations de Koweït et des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr PAYNE, Sous-Directeur général, déclare qu'avec la permission du Président, il présentera quelques observations sur certains aspects généraux du débat, puis demandera au Dr Henderson, du Service de l'Eradication de la Variole, de traiter certains problèmes techniques qui ont été évoqués.

Il tient à souligner que, du point de vue du Secrétariat, le débat qui vient d'avoir lieu a été extrêmement fructueux par le nombre d'excellentes suggestions qui ont été faites et de précieux renseignements qui ont été apportés sur la situation des divers pays. Le Directeur général en étudiera le compte rendu de très près. Tous les délégués présents sont manifestement convaincus de la gravité et de la difficulté des problèmes auxquels il faut faire face, mais on possède déjà suffisamment de données pour se rendre compte qu'un effort bien dirigé doit permettre de toucher au but.

Le délégué de l'URSS a fait une remarque importante : il s'agit de la nécessité de préciser 1) ce que l'on entend par "éradication", 2) quelle stratégie l'Organisation entend adopter pour y parvenir, et 3) de quelles ressources elle a besoin pour cela. La définition en fonction de laquelle l'Organisation oriente actuellement son effort d'éradication est celle qu'a arrêtée le premier Comité d'experts de la variole : elle est citée dans les actes de la trente-neuvième session du Conseil exécutif. Pour ce qui est de la stratégie, elle a fait l'objet d'une étude détaillée : un manuel d'éradication de la variole est en cours de rédaction et sera étudié par un groupe scientifique qui se réunira en octobre 1967.

Comme en peuvent juger toutes les délégations, la réussite de la présente entreprise dépend essentiellement de l'assistance internationale qui pourra être mobilisée. Deux gouvernements - l'URSS et les Etats-Unis d'Amérique - ont déjà prêté à un bon nombre de pays une aide substantielle. D'autres pays ont offert leur concours pour fournir, soit du vaccin, soit, dans certains cas, des moyens de transport; en outre, au cours de la présente séance, d'autres pays encore se sont déclarés disposés à donner leur soutien. Ainsi que l'a toutefois souligné la délégation des Etats-Unis, la marge entre ce que l'OMS peut faire et ce qu'il faudrait obtenir au total comme aide internationale reste considérable. Tous les pays qui sont en mesure de participer à l'effort sont donc instamment invités à le faire.

Le plus urgent est d'obtenir du vaccin lyophilisé de forte activité; il n'est que trop fréquemment arrivé que l'on ait enregistré des échecs du fait de la lymphe glycérolisée, qui peut rester parfaitement active lorsqu'elle est conservée dans

des conditions optimales, mais qu'on n'avait pas convenablement entreposée. L'OMS est disposée à fournir des moyens de contrôle aux pays qui ont entrepris de fabriquer du vaccin lyophilisé, afin qu'ils puissent s'assurer que ce dernier est conforme aux normes. Il ne faut pas oublier que, dans les campagnes d'éradication, l'emploi de l'injecteur à pression est extrêmement commode, mais exige un vaccin de très bonne qualité, exempt de toute bactérie pathogène et, autant que possible, de toutes autres bactéries. On ne saurait trop insister pour que les quelques laboratoires, qui, dans le monde, sont en mesure de produire des vaccins de cette qualité développent leur production de façon qu'on puisse généraliser l'emploi des injecteurs à pression.

Il ressort des observations de plusieurs délégués que l'un des grands problèmes à résoudre au cours des campagnes d'éradication consiste à toucher certains groupes de population particulièrement difficiles à atteindre (enfants d'âge pré-scolaire et migrants surtout) et à obtenir une couverture complète dans les zones fortement peuplées - car plus la population est dense, plus la couverture doit être totale si l'on veut obtenir l'arrêt de la transmission.

Nombre de délégués ont évoqué le problème de la coordination des programmes, dans chaque pays comme entre les pays. L'OMS prévoit en 1967 et 1968 un certain nombre de réunions régionales sur la question. Mais la coordination exige aussi l'exactitude et la rapidité dans la déclaration des cas et l'existence d'un système d'échange de renseignements, surtout entre les pays limitrophes. En publiant des relevés d'incidence de la variole et des rapports sur l'état d'avancement du programme dans différentes régions, l'OMS espère faciliter la coordination du programme dans le monde et au niveau régional.

On a souligné également qu'il est important de faire intervenir les services sanitaires de base dès le début du programme, intervention qui, au surplus, est évidemment essentielle au stade de la phase d'entretien. Au moment des opérations d'attaque, par contre, il faudra envoyer dans de nombreuses régions des équipes spéciales, qui devront être créées et formées dans des conditions permettant de les incorporer ensuite aux services sanitaires de base.

L'évaluation, la surveillance et l'entretien ont une importance qui n'échappe à personne. On trouve dans le document A20/P&B/7 un certain nombre de considérations à ce sujet. Il ne faudrait néanmoins pas oublier que le simple dénombrement des vaccinations pratiquées ne constitue pas une technique d'évaluation suffisante : certaines délégations ont fait état de leurs constatations sur ce point. Les méthodes à employer doivent être soigneusement mises au point.

En ce qui concerne le diagnostic de la variole, l'Organisation étudie actuellement les méthodes les plus sûres à utiliser dans diverses conditions et elle envisage de créer un réseau de centres nationaux ou régionaux offrant les moyens nécessaires à cette fin.

Plusieurs délégations ont posé la question de l'aide d'urgence. L'OMS s'efforce de renouveler et d'accroître les stocks de vaccin qu'elle tient en réserve pour expédition immédiate en cas d'urgence et elle achète d'importantes quantités d'injecteurs à pression pour les programmes de vaccination d'urgence. C'est ainsi qu'elle a pu par exemple, dans un délai de 36 heures après la réception d'une demande de secours venant d'un pays de la Région de la Méditerranée orientale, envoyer sur place un médecin porteur du vaccin nécessaire.

En ce qui concerne le budget à long terme du programme, il est impossible de donner une estimation plus détaillée que celle qui figure dans le document A20/P&B/7 tant que les pays d'endémicité n'auront pas fourni de plus amples renseignements, mais l'OMS s'emploie activement à réunir les données voulues.

Dans le domaine des recherches, il est impossible d'établir une distinction nette entre les travaux qui relèvent de la recherche "fondamentale" et ceux qui sont du ressort de la recherche "appliquée", car ils représentent toute une série de degrés intermédiaires entre l'investigation théorique et les applications proprement dites. S'agissant de variole, les recherches viseront nécessairement à résoudre les problèmes dont on a constaté l'existence et l'urgence au cours de l'exécution même du programme.

Le Dr HENDERSON (Service de l'Eradication de la Variole) aborde la question des complications post-vaccinales et des programmes continus de vaccination dans les pays où la maladie n'est pas endémique. Le problème n'est pas simple. Comme le savent tous les délégués, des complications post-vaccinales se produisent; mais leur fréquence est difficile à préciser si l'on n'en fait pas une étude systématique. Différentes souches de vaccin sont en usage et l'on ne dispose que de données très limitées sur un petit nombre d'entre eux. Il apparaît toutefois que certaines souches donnent plus de complications que d'autres. Or, au danger des complications il faut opposer le danger d'importation de la maladie. Les problèmes qui se posent pour un pays situé au voisinage immédiat des zones d'endémicité n'ont rien de commun avec ceux auxquels doit faire face un pays qui en est très éloigné. On constate très souvent que les cas identifiés ne sont pas des cas primaires, mais de la troisième ou la quatrième génération

En pareille circonstance, une population bien vaccinée permet de circonscrire la propagation de l'infection. Il faut aussi tenir compte des risques plus grands auxquels la vaccination expose les adultes (primo-vaccination) par opposition aux enfants, ainsi que d'autres considérations liées à la lutte contre les épidémies. Les risques sont très divers dans chacun des pays où la maladie n'est pas endémique, mais il est capital de mieux connaître la fréquence des complications.

Un délégué a posé la question des programmes de vaccinations associées. Certaines études ont montré que le BCG et le vaccin antivariolique peuvent être administrés simultanément sans danger et sans perte d'efficacité. Il en est de même des vaccins antivariolique et antirougeoleux et des vaccins antivariolique et antipolio-myélique. Dans un programme de vaccination, le plus gros des dépenses est lié aux moyens employés pour toucher l'ensemble de la population, c'est-à-dire qu'il est essentiellement constitué par des dépenses de personnel et de transport. Si l'on pouvait administrer plus d'un vaccin à la fois, l'opération serait certainement avantageuse.

Un délégué a préconisé le système de la revaccination annuelle. Or, à la suite de plusieurs investigations dont a parlé le délégué du Pakistan et qui ont été faites dernièrement au cours des épidémies qui ont frappé certains pays d'Asie, on a constaté que l'incidence était plus élevée chez les enfants et que dans 80 % des cas le sujet n'avait jamais été vacciné; sur les 20 % restants, la vaccination remontait à trois, quatre ou même cinq ans. Il ressort de là, ainsi que d'autres travaux, que le vaccin antivariolique confère une immunité assez durable. Il faut donc admettre que le problème fondamental consiste non pas à instituer des vaccinations annuelles ou fréquentes,

mais à prévoir : a) l'utilisation de vaccin lyophilisé pleinement actif, 2) la vaccination des personnes qui n'ont jamais été vaccinées et 3) la vaccination systématique dans les secteurs à forte densité de population. Le délégué d'Israël a soulevé le problème de l'âge de la vaccination en indiquant que, dans son pays, elle n'était jamais pratiquée avant un an révolu; comme il l'a fait remarquer lui-même, c'est une procédure satisfaisante dans un pays où la maladie n'est pas endémique. Il n'en reste pas moins que, dans les pays d'endémicité, le problème de la variole chez les enfants de moins d'un an est grave; diverses enquêtes faites à Singapour, en Chine (Taiwan), dans l'Inde et dans certaines autres régions, ont montré que la vaccination à la naissance était un système sûr et efficace pourvu que l'on utilise un vaccin ayant l'activité voulue.

La nécessité de la recherche a également été mentionnée. Le vaccin anti-variologique est le plus ancien des agents immunisants utilisés, mais on en sait beaucoup moins sur lui que sur bien d'autres vaccins plus récemment découverts. Il y a relativement peu de laboratoires qui l'étudient. Les études les plus approfondies et les plus complètes qui lui aient été consacrées sont probablement celles qui ont été faites en URSS et on ne pouvait mieux choisir que le laboratoire de Moscou comme premier centre régional de référence pour la variole. D'importants travaux se font également en Italie, aux Pays-Bas et dans quelques autres pays. En 1967, on s'efforcera surtout d'encourager et de mettre en oeuvre d'autres recherches dans ces laboratoires et dans certains autres. Le montant des sommes consacrées à la recherche n'est pas élevé et, dans de nombreux cas, c'est le gouvernement intéressé qui supportera le plus gros des frais. La tâche de l'OMS consistera à coordonner et à encourager les recherches. Elle convoquera au début de 1968 un groupe spécialement chargé de ce travail.

Le Dr Henderson tient à signaler, par parenthèse, qu'une "souche de référence" vient d'être mise au point. Il ne s'agit pas d'une souche étalon de vaccin, mais d'une souche de référence pour les épreuves d'activité. Il est indispensable - et l'OMS s'y emploiera - de procéder à une évaluation des souches de façon à pouvoir recommander la ou les souches de virus se prêtant le mieux à la préparation du vaccin.

Enfin, il est indispensable de créer de meilleurs centres nationaux et régionaux de diagnostic, ainsi que l'ont souligné de nombreux délégués. Cette nécessité est d'autant plus urgente que l'incidence de la variole décline. L'OMS s'apprête au début de 1968 à orienter son effort dans ce sens et elle espère pouvoir déterminer les diverses catégories de méthodes de diagnostic pouvant être pratiquées dans les pays qui ne disposent que de services restreints de laboratoires virologiques, comme dans ceux qui ont la possibilité de recourir à des techniques plus élaborées : microscopie électronique ou immunofluorescence par exemple.

La séance est levée à 17 h.30.