

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION

VINGTIEME ASSEMBLEE MONDIALE  
DE LA SANTE



ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ

A20/P&E/SR/3 Corr.1  
26 mai 1967

ORIGINAL : ANGLAIS

COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISoire DE LA TROISIEME SEANCE

CORRIGENDUM

Page 31, supprimer toute l'intervention du Dr González et la remplacer par le texte suivant :

Le Dr GONZÁLEZ (Venezuela) a beaucoup apprécié la clarté et l'objectivité du rapport du Directeur général. Il n'y a pas eu de cas indigène de variole au Venezuela depuis de nombreuses années, mais l'importance de la maladie sur le plan mondial n'y est pas méconnue, car on sait quel est son potentiel de propagation de pays à pays. Il est coûteux d'entretenir un service de surveillance permanente, mais c'est là une condition indispensable pour maintenir un pays à l'abri de la maladie.

Le délégué du Venezuela se félicite de la partie du rapport où il est dit que l'on doit faire un effort tout particulier pour obtenir la participation active des services de santé généraux dès les premières phases d'un programme d'éradication. C'est là une condition essentielle à remplir si l'on veut éviter que le programme ne soit rien plus qu'une campagne de vaccination pouvant encore être suivie d'une recrudescence épidémique de la maladie parce que des cas auront été importés dans une population sensible et que les services de santé n'auront pas su maintenir un niveau d'immunité satisfaisant ni assurer la vigilance épidémiologique voulue. Il est certainement possible de réaliser l'éradication de la variole dans les zones d'endémicité, mais il ne faut pas croire que cela sera facile. Indépendamment des ressources financières, administratives et techniques, des efforts énergiques sont nécessaires pour espérer toucher au but,

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION

VINGTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE  
DE LA SANTÉ



ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ

A20/P&B/SR/3  
15 mai 1967

ORIGINAL : ANGLAIS

COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA TROISIÈME SEANCE

Palais des Nations, Genève  
Lundi 15 mai 1967, à 14 h.30

PRESIDENT : Dr C. L. GONZÁLEZ (Venezuela)  
Puis : Dr A. H. THOMAS (Sierra Leone)

Table des matières

	<u>Page</u>
1. Etat d'avancement du programme d'éradication du paludisme (suite de la discussion) .....	2
2. Etat d'avancement du programme d'éradication de la variole .....	27

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. ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME D'ERADICATION DU PALUDISME : Point 2,4 de l'ordre du jour (résolutions WHA19.13 et EB39.R27; document A20/P&B/1) (suite de la discussion)

Le PRESIDENT invite le représentant du FISE à prendre la parole.

Sir Herbert BROADLEY (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) remercie les membres de la Commission des paroles aimables qu'ils ont prononcées à l'adresse du FISE pour sa participation à la campagne d'éradication du paludisme et il les assure que leurs observations et suggestions seront transmises au Secrétariat du Fonds.

L'ampleur de l'assistance accordée par le FISE pour le programme d'éradication du paludisme - elle intéresse cinq campagnes menées pour la plupart en Amérique latine et dans la Région de la Méditerranée orientale - a légèrement diminué et représente en moyenne aujourd'hui \$5 000 000 par an. L'une des propositions qu'examinera le Conseil d'administration du FISE à sa prochaine session, en juin 1967, tend à allouer en 1968 un montant supplémentaire de \$2 500 000 à des campagnes d'éradication de 17 pays d'Amérique latine. Les Etats intéressés prendront à leur charge les dépenses locales, qui totalisent environ \$20 000 000.

Certains pays donnent des signes encourageants de leur volonté de mener leur campagne à bonne fin, mais tous ne sont pas dans ce cas. Aussi plusieurs membres du Conseil d'administration du FISE ont-ils considéré, comme il ressort du rapport de la réunion tenue à Addis-Abéba en 1966, que le moment était venu de procéder à une révision sérieuse de la campagne d'éradication du paludisme et de la part qu'y prend

le FISE (opinion qui, de l'avis de Sir Herbert, est parfaitement compatible avec les recommandations formulées dans la résolution EB39.R27) et il a été décidé que la question de la ligne de conduite à adopter par le Fonds en la matière serait examinée à la session suivante du Conseil d'administration. Il va sans dire que le FISE est entièrement disposé à collaborer, dans la limite de ses responsabilités, à toute nouvelle étude qui pourrait être entreprise en vue de réexaminer la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme.

Le FISE partage beaucoup des réserves qui ont été exprimées au cours des débats de la Commission au sujet des défauts que présente la campagne : planification insuffisante, absence de services administratifs et techniques, restrictions financières, préférence accordée à d'autres aspects du développement et, peut-être, tendance à s'interrompre et à ne pas aller jusqu'au bout lorsque les premiers progrès ont été réalisés.

A sa réunion de février 1967, le Comité mixte FISE/OMS des directives sanitaires a noté avec inquiétude que l'enthousiasme de certains gouvernements pour le programme d'éradication du paludisme paraissait décliner. En conséquence, le Comité mixte, dont les observations seront étudiées à la prochaine session du Conseil d'administration du FISE, a recommandé aux deux Organisations d'offrir leurs bons services pour obtenir que les gouvernements continuent à s'intéresser à leurs programmes antipaludiques jusqu'à ce que soient atteints les objectifs fixés : les organisations internationales n'auraient pas de raison de maintenir leur assistance si les pays bénéficiaires ne fournissaient pas la contrepartie requise.

La politique actuellement suivie par le FISE en matière d'éradication du paludisme a été définie en 1964 par le Conseil d'administration dans une résolution prévoyant que l'assistance serait maintenue pour les projets en cours lorsque le pays intéressé faisait honneur à ses engagements. Une aide n'est envisagée pour de nouveaux projets que si le paludisme menace gravement la santé des enfants, si l'éradication occupe un rang élevé de priorité dans les plans du gouvernement, et dans la mesure où le permettent les ressources du Fonds. Dans l'ensemble le FISE pourrait apporter une contribution particulièrement efficace en aidant à développer les services de santé de base, surtout dans les zones rurales. Il est possible que, conformément à la politique arrêtée, le FISE diminue son assistance au programme d'éradication du paludisme au cours des années à venir. La décision finale appartient au Conseil d'administration du FISE mais, quoi qu'il en soit, il faudra tenir compte de l'assistance accrue du Fonds au développement des services de santé. Le Directeur général du FISE attache une grande importance au développement de services de santé ruraux dans les régions où les campagnes d'éradication du paludisme ont atteint la phase de consolidation ou celle d'entretien et où la mise sur pied de ces services est nécessaire, d'urgence, dans les collectivités négligées. Il a promis que le FISE continuerait à apporter une contribution considérable au développement des services de santé en Afrique.

La recherche n'est pas du ressort du FISE, organisme essentiellement opérationnel, et le Fonds s'en remet à l'OMS pour les directives dans ce domaine.

Le représentant du FISE comprend très bien le point de vue des délégués qui ont demandé une assistance financière directe en vue de faire face aux coûts qu'entraîne l'organisation de campagnes d'éradication du paludisme, mais le FISE ne peut se permettre d'accorder une assistance de l'ampleur demandée et il est d'ailleurs vraisemblable qu'aucune organisation internationale ne pourrait le faire. En 1967, le FISE a avancé plus de \$1 000 000 pour des campagnes d'éradication dans deux pays du Moyen-Orient, mais la contribution des pays eux-mêmes représente dix fois ce montant.

Ce n'est pas parce que le représentant du FISE a mentionné ainsi certains problèmes rencontrés par l'exécution du programme d'éradication du paludisme qu'il voit l'avenir sous des couleurs sombres. Bien des raisons incitent à l'espoir et un réexamen du programme fera apparaître les moyens de déployer de nouveaux efforts en vue d'éliminer définitivement la menace que le paludisme fait peser depuis des siècles sur la santé et le bien-être des populations.

M. LAGHDAF (Mauritanie) soumet, au nom de sa délégation, le projet de résolution suivant (A20/P&B/Conf.Doc. No 1) :

La Vingtième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'état d'avancement du programme d'éradication du paludisme;

Pleinement persuadée des immenses avantages économiques et sociaux qu'a procurés l'éradication du paludisme dans tous les pays où elle a été réalisée;

Prenant acte du bilan très encourageant dressé par le Comité d'experts du Paludisme concernant le programme mondial d'éradication;

Considérant que les résultats déjà acquis dans le domaine de l'éradication représentent, en effet, l'une des plus grandes victoires remportées au profit de la santé et justifient la confiance mise par l'OMS et ses comités d'experts dans le résultat final de cette lutte entreprise à l'échelle du monde;

Notant, néanmoins, la persistance de "zones difficiles" dans lesquelles la transmission persiste en dépit de tous les moyens mis en oeuvre;

Considérant la nécessité du développement des services sanitaires de base;

Soulignant, en particulier, que le continent africain est mentionné par le dernier comité d'experts comme la seule zone où aucun progrès n'ait été enregistré, ce qui constitue une situation intolérable à laquelle l'OMS ne saurait se résigner,

1. CONSIDERE que l'élimination de cette infection doit être poursuivie avec acharnement tout autant pour assurer la protection des populations africaines que pour écarter la menace que représente un si vaste réservoir d'infestation;
2. DEMANDE en conséquence que les institutions internationales apportent un appui massif et total aux divers pays intéressés afin d'accélérer le développement des services sanitaires de base;
3. RECOMMANDE que la diversification nécessaire des modalités de l'éradication selon la situation particulière de chaque pays puisse marcher de pair avec la coordination du développement de services sanitaires de base, entre pays frontaliers, voire avec le recours à des organismes inter-états;
4. SOULIGNE l'importance primordiale des recherches opérationnelles, dont les résultats conditionnent l'orientation des programmes et l'efficacité des moyens;
5. PRIE le Directeur général d'obtenir des organes intéressés des Nations Unies qu'ils acceptent de considérer l'éradication du paludisme comme une condition sine qua non des programmes de développement et qu'ils acceptent en conséquence d'apporter aux pays encore atteints toute l'aide nécessaire pour les délivrer de ce fléau; et
6. INVITE le Directeur général à attirer l'attention avec précision des gouvernements des Etats Membres sur les répercussions économiques et sociales du paludisme et sur les exigences de l'éradication.

Le projet de résolution - qui vise à compléter et non à remplacer la résolution EB39.R27 - se fonde sur la nécessité d'améliorer en Afrique la coordination des activités menées par des pays voisins, ou même de les intégrer, ainsi que d'adopter une nouvelle stratégie dans la lutte contre le paludisme. Le groupe des pays d'Afrique a certaines modifications de forme à proposer à ce texte. La délégation mauritanienne est prête à les accepter.

Le Dr KRAUS (Yougoslavie) souligne combien il est indispensable de rester vigilant dans les zones libérées du paludisme. Il conviendrait de maintenir les services antipaludiques en place même après le succès de la campagne d'éradication, afin d'empêcher que la maladie ne se propage à partir de cas importés ou qu'elle ne soit réintroduite une fois le réservoir de parasites complètement éliminé par la campagne; cette dernière considération s'applique tout particulièrement aux infections à Plasmodium malariae.

Dans un certain nombre de zones d'endémicité et d'hyperendémicité, les travaux de construction - centrales électriques, usines, ports, etc. - attirent une main d'oeuvre abondante venant de régions d'où le paludisme a disparu. Si ces travailleurs sont infectés, ils peuvent facilement ramener la maladie dans leur région d'origine. Aussi les services de santé des pays d'origine de ces travailleurs et ceux des pays où ils trouvent un emploi doivent-ils collaborer en vue d'assurer l'adoption de mesures prophylactiques propres à prévenir la réintroduction de la maladie.

Il serait également utile de mettre à la disposition des pays entreprenant des programmes de pré-éradication les services d'un personnel formé dans les pays où



un programme d'éradication a été exécuté pendant une longue période ou qui a été inscrit au registre des pays d'où le paludisme a été éliminé.

Enfin, le Dr Kraus indique que l'exécution du programme d'éradication du paludisme entrepris en Yougoslavie en 1959 avec l'assistance de l'OMS se poursuit de façon très satisfaisante. En 1968, les mesures nécessaires seront prises pour l'inscription de la Yougoslavie au registre des pays assainis.

Le Dr OSMAN (Soudan) explique que la mise en route d'une campagne de pré-éradication dans son pays en 1963 a fait prendre conscience des difficultés à surmonter. Il ne suffit pas de renforcer les services sanitaires de base et de créer des centres de santé, des postes de soins et des dispensaires, il faut aussi former tout un personnel national. En outre, l'administrateur de la santé publique d'un pays en voie de développement se heurte au problème des priorités : faut-il faire porter le gros des efforts sur le paludisme, la tuberculose ou l'élimination des effets néfastes de la malnutrition ? Il doit en outre convaincre le Ministre des Finances, qui est lui-même aux prises avec ses propres difficultés, que les projets d'action sanitaire sont rentables. Même alors, le manque de fonds demeure un problème. Dans ces conditions, la recommandation formulée dans la résolution EB39.R27 - procéder à un réexamen de la stratégie mondiale d'éradication du paludisme - revêt une importance particulière. Il faudrait également entreprendre des recherches sur l'immunologie du paludisme et les moyens de réaliser l'éradication à moindres frais.

Un centre de préparation à l'éradication du paludisme a été ouvert au Soudan en octobre 1964 et donne toute satisfaction.

Afin d'assurer que le programme d'éradication du paludisme sera intégré dans l'action des services sanitaires de base, le personnel de ce service a reçu une formation à l'éradication du paludisme avant de reprendre ses fonctions ordinaires en attendant le début des opérations antipaludiques. En janvier 1967, on a créé un Conseil du paludisme pour renforcer l'intérêt suscité par les préparatifs du programme d'éradication. Ce Conseil comprend des représentants des ministères de la santé, des finances, de l'administration locale et de l'information, ainsi que le Directeur du Centre de préparation à l'éradication du paludisme et le conseiller de l'OMS.

Une évaluation épidémiologique a été effectuée dans une zone de démonstration et de formation comptant 76 000 habitants répartis entre 134 villages; 355 cas de paludisme ont été signalés, dont 202 parmi les habitants des villages et 153 parmi les nomades et les saisonniers. Ces données sont importantes, car une bonne partie de la population du Soudan se compose de nomades.

Le Dr NABULSI (Jordanie) souligne que, dans son pays, le programme d'éradication du paludisme est le principal programme en cours d'exécution. Quelques centaines de cas sont apparus en 1964 parce qu'on avait mis fin prématurément aux mesures de la phase d'attaque. Depuis lors, des progrès remarquables ont été accomplis, et grâce à une collaboration étroite avec l'OMS, le nombre de cas est tombé de 233 en 1965 à 58 en 1966. Le programme se présente maintenant sous des auspices très favorables. L'OMS organise une réunion interrégionale en octobre 1967 et le gouvernement jordanien est disposé à y participer en vue d'étudier l'état d'avancement du programme d'éradication du paludisme, tout spécialement en Jordanie et dans la région de la Méditerranée orientale.

Pour conclure, le Dr Nabulsi indique qu'il appuiera le projet de résolution, proposé par le Conseil exécutif.

Le Dr AL-HURAIABI (Yémen) estime que le rapport du Directeur général reproduit dans le document A20/P&B/1 met nettement en relief la nécessité pour l'Organisation de revoir son programme d'éradication du paludisme.

Au Yémen, le programme de pré-éradication commencé en 1964 a été arrêté en raison de difficultés administratives et financières. Il faut espérer que l'Organisation fera un effort accru pour assurer au Gouvernement du Yémen l'assistance technique, financière et administrative nécessaire pour l'exécution de son programme. Il est également à souhaiter qu'elle tienne dûment compte des excellentes propositions présentées par les délégués de l'Italie et de l'URSS.

Le délégué de Koweït qui a mentionné l'importation dans son pays de cas de paludisme à partir du Yémen et des Etats du Golfe persique peut être assuré que les autorités du Yémen appliquent des mesures très strictes pour empêcher la propagation des maladies aux régions voisines. Mais il reste le problème de la protection contre l'importation des maladies infectieuses au Yémen. Quelques mois plus tôt, par exemple, un cas de variole a été introduit en provenance de la région du Yémen méridional actuellement sous occupation et d'autres maladies ont également été importées. Il conviendrait que les autorités britanniques qui sont censées être responsables du contrôle sanitaire dans cette zone examinent cette question et que l'Organisation n'hésite pas à collaborer avec elles pour résoudre le problème le plus tôt possible.

Le Dr KEITA (Tchad) informe la Commission que son Gouvernement a entrepris la désinsectisation des zones urbaines, le traitement des cas déclarés de même que des mesures de chimioprophylaxie par l'intermédiaire des services de protection maternelle et infantile.

Les remarques formulées par les délégués de l'Italie, de l'URSS, de la Belgique et du Sénégal étaient toutes fort pertinentes. Il faut aussi relever la phrase que l'on trouve à la page 4 du document A20/P&B/1 : "Si l'on pouvait obtenir des crédits suffisants pour mener toutes les opérations prévues en tenant compte des exigences techniques, le programme d'éradication aurait de bonnes chances de succès."

Enfin, le Dr Keita indique que la délégation du Tchad appuiera les recommandations formulées dans la résolution EB39.R27, complétées par le projet de résolution de la délégation de Mauritanie.

Le Dr LOFRUSCIO (Paraguay) déclare que le problème de l'éradication du paludisme, dans son pays, se ramène essentiellement à un problème financier. Néanmoins, les nouveaux arrangements financiers récemment adoptés permettront de reprendre le programme en 1967.

Le Paraguay est aux prises avec une grave épidémie de paludisme et le taux de morbidité a atteint le niveau le plus élevé depuis de nombreuses années. Des cas d'infection à P. falciparum ont entraîné des décès par complication méningo-encéphalitique. Une période prolongée de pluies et de crues et un afflux de population dans les principales régions agricoles ont favorisé cette épidémie. A la fin de l'année dernière, 83 026 cas positifs avaient été enregistrés mais on estimait que, pour un cas notifié, quatre ou cinq échappaient aux statistiques. Le pourcentage des sujets positifs dans l'ensemble du pays atteignait 25 % en 1966.

Les dépenses locales pour le programme d'éradication du paludisme ont été estimées à plus de \$5 500 000, dont le gouvernement prendra à sa charge plus de \$3 000 000. Des démarches ont été entreprises pour obtenir un prêt d'environ \$2 000 000 de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique. Le solde sera couvert par une augmentation de la participation gouvernementale initialement prévue.

Les grandes lignes du programme ont été approuvées par le Bureau sanitaire panaméricain et par le FISE. Une loi autorisant l'augmentation de la participation financière du gouvernement a été votée et les arrangements relatifs au prêt de l'AID seront conclus sous peu. Le Paraguay pourra ainsi résoudre ses difficultés financières et on peut espérer qu'avec l'aide des diverses organisations, la campagne d'éradication sera finalement couronnée de succès.

Le Dr CONOMBO (Haute-Volta) indique que, faute de moyens, il n'y a pas de programme officiel d'éradication du paludisme en Haute-Volta et qu'il ne saurait y en avoir dans un proche avenir. Ceci ne signifie pas que le gouvernement n'ait pas conscience de l'intérêt que présenterait un tel programme. Tant en brousse que dans les villes, les dispensaires luttent contre le paludisme. Mais, pour le moment, l'action se situe surtout sur le plan de l'assainissement. Des applications de DDT ont été pratiquées au début dans les villes, mais depuis un certain temps déjà on a constaté une résistance des vecteurs à l'insecticide. Les autorités sanitaires ont donc eu recours dernièrement aux composés organo-phosphorés. Le Service des grandes endémies, qui est établi à Bobo-Dioulasso et qui fait fonction de Centre OMS de référence, a

chargé un entomologiste et un chercheur de procéder à des essais sur les insecticides et les phénomènes de résistance. On espère qu'une fois ces études terminées, on pourra poursuivre l'action antipaludique avec de nouveaux produits.

Jusqu'ici, toutefois, les mesures préventives ne concernent que les villes de Bobo-Dioulasso et Ouagadougou qui représentent probablement le cinquième de la population du pays. Même dans les villes, on ne dispose pas de fonds suffisants pour faire face aux dépenses d'une véritable campagne d'éradication et il faudra donc avoir recours à une nouvelle stratégie tant pour combattre le vecteur que pour traiter les sujets atteints. Le paludisme pourrait être éliminé en Haute-Volta avec l'aide de l'OMS à condition qu'une action parallèle soit entreprise dans les pays voisins. Parce que le Mali, la Côte d'Ivoire et la Haute-Volta ont associé leurs efforts, un projet de lutte contre l'onchocercose a pu être mené à bien et un projet similaire, AFRO 0131, a réuni le Ghana, le Togo et la Haute-Volta. Sans une telle action concertée, l'éradication du paludisme en Haute-Volta ne sera pas réalisable avant plusieurs dizaines d'années.

Le Dr Conombo ne veut pas pourtant conclure sur une note pessimiste. En dépit de toutes les difficultés, il met son espoir dans les résultats des travaux des experts OMS. Il a pris connaissance avec plaisir du projet de résolution de la délégation de Mauritanie; l'action en effet ne doit pas être isolée, elle doit être totale et régionale. Après avoir lu le document A20/P&B/1, on doit convenir que le problème ne saurait être traité à l'échelon national, à moins qu'il ne s'agisse d'un pays particulièrement bien nanti. Le Comité régional pour l'Afrique, lors de sa session de Kinshasa,

a estimé qu'il fallait étudier la possibilité d'une action combinée pour donner plus d'efficacité aux opérations et il a recommandé en outre de soutenir plus vigoureusement les pays qui, sans être en mesure de lancer un programme indépendant sur leur propre territoire, ont néanmoins conscience des pertes et des souffrances que le paludisme inflige à leur population.

Le Dr BONICHE (Nicaragua) déclare qu'il a écouté avec beaucoup d'intérêt les interventions des orateurs précédents, mais que le pessimisme des uns a trouvé en lui plus d'écho que l'optimisme des autres. L'éradication du paludisme est possible, mais les mesures prises jusqu'ici étaient insuffisantes et les programmes n'ont pas l'ampleur que le problème exige.

Au Nicaragua, une commission technique nationale, à laquelle se sont joints des experts OMS, a fait une enquête en 1957 dans le Léon. Elle a conclu que l'action devait se limiter à la pulvérisation sans se préoccuper des gîtes larvaires, car il est plus important de détruire le parasite que le vecteur. L'expérience a prouvé que cette conclusion était erronée, puisqu'une résistance est apparue, soit qu'il y ait eu une évolution naturelle de l'espèce, soit que les insecticides aient été employés mal à propos. Il est devenu évident qu'il faut associer les mesures larvicides, la chimio-prophylaxie et le traitement individuel des cas; mais on n'a pas encore parfaitement pris conscience de l'ampleur du problème.

La participation des services généraux de santé au programme d'éradication constitue un pas dans la bonne direction; elle ne suffit pas, toutefois. L'action ne doit pas dépendre uniquement des ministères de la santé : tous les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux doivent y participer. Toutes les ressources du pays doivent être mobilisées au profit de la campagne d'éradication du paludisme et il faudrait que l'OMS le dise expressément.

M. ABRAR (Somalie) rend hommage au Secrétariat pour l'excellent rapport soumis à la Commission. La Somalie est mentionnée à la page 90 de l'appendice et il est vrai, ainsi qu'il est dit dans ce texte, que les activités de pré-éradication n'ont fait que peu de progrès. Les principaux obstacles sont les difficultés administratives et financières, le manque de personnel qualifié et l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire.

Pourtant, même avec des moyens très modestes, le Gouvernement de la Somalie a fait un effort considérable en ce qui concerne le financement et la dotation en personnel, même si ce personnel local ne possède pas la formation adéquate. L'Organisation a apporté pour sa part une contribution très importante.

Lorsque le programme a été lancé en 1962, on avait donné à entendre au gouvernement que l'éradication pourrait être réalisée en 1968. Aussi l'absence de progrès a-t-elle causé une sérieuse déception; les crédits ont été pratiquement coupés pour 1967 et il sera encore plus difficile d'obtenir des fonds pour l'année prochaine. Il ne fait pas de doute que la difficulté de la tâche avait été sous-estimée au départ et que le programme a été insuffisamment préparé. Ces remarques sont certainement valables aussi pour d'autres pays d'Afrique.

Afin d'obtenir de meilleurs résultats, du moins en ce qui concerne la lutte antipaludique, on a réorganisé la campagne en vue de son intégration dans les services sanitaires de base. En même temps, on s'est efforcé de développer l'infrastructure sanitaire et de prendre d'autres mesures propres à assurer le succès du programme de pré-éradication. Du personnel a été formé mais les effectifs restent insuffisants.



Le tableau 2 de la page 24 du document dont est saisie la Commission montre que les trois centres internationaux de formation professionnelle créés à Lagos, Lomé et Manille ont fait un excellent travail. Le Dr Abrar pense donc qu'étant donné l'importance de la formation du personnel pour le programme d'éradication, il serait indispensable d'avoir un plus grand nombre de centres internationaux de ce genre et il suggère que le centre mentionné par le délégué du Soudan soit transformé en conséquence.

Le Dr ACOSTA (Colombie), se référant à la résolution EB39.R27, rappelle que le Comité d'experts, aussi bien que le Conseil exécutif, ont abouti à la conclusion que des progrès réels avaient été accomplis dans le monde entier, mais qu'en raison de difficultés humaines et économiques, l'éradication ne pourrait être réalisée avant longtemps. La stratégie du programme a besoin d'être réexaminée, en particulier dans les pays où la situation est la plus grave; c'est pourquoi la résolution EB39.R27 prie les institutions multilatérales et bilatérales d'accorder une attention particulière aux moyens d'assurer les ressources matérielles qui seront nécessaires pour l'exécution des programmes tendant à l'éradication du paludisme en Afrique.

Les frais d'une campagne d'éradication sont tels qu'ils ne peuvent être pris entièrement en charge par le pays intéressé. Aussi, bien qu'il soit évidemment favorable à l'aide aux pays d'Afrique et qu'il approuve la résolution EB39.R27 dans son ensemble, le Dr Acosta voudrait suggérer que la requête contenue dans le paragraphe 4 soit amendée de manière à ne pas comporter de mention à l'éradication du paludisme en Afrique seulement.

Le Dr BUDEIR (Syrie) déclare que le programme d'éradication entrepris dans son pays en 1956 faisait suite à un programme de lutte antipaludique. On avait espéré qu'avec l'aide des experts de l'OMS, on parviendrait à réaliser l'éradication en cinq ans, c'est-à-dire vers 1960, mais, malgré les très bons résultats obtenus, il reste encore un long chemin à parcourir.

Lorsque les premières mesures de lutte antipaludique ont été prises en 1943, un million d'habitants, sur un total de quatre millions, étaient atteints de paludisme; ce nombre avait été ramené à 40 000 au moment où la campagne d'éradication a été lancée, en 1956. En 1960, le nombre des cas était tombé à moins de 1000 bien que, pour des raisons financières et techniques, la couverture complète des zones impaludées n'ait pu être réalisée avant la fin de 1958. On a alors lancé un deuxième programme destiné à achever l'éradication; il devait durer quatre ans et l'on a tout fait pour surmonter les difficultés administratives et financières dont il a déjà été fait mention.

A la fin de 1962, la transmission n'avait toujours pas pu être interrompue et il y avait 250 cas de paludisme dans le pays, bien que l'on n'ait constaté aucune résistance du vecteur aux insecticides. Des difficultés - quoique moins graves - ont continué à surgir : en 1963, des cas de paludisme ont été découverts dans deux districts que l'on considérait jusqu'alors comme indemnes. On a donc renforcé les opérations de pulvérisation. D'autre part, en 1965, le paludisme est réapparu dans un secteur qui était en phase d'entretien depuis trois ans. Enfin, la transmission continue dans certaines régions du nord-est, malgré des opérations de pulvérisation bien conduites.

La nouvelle poussée de 1963 s'est produite parce que les services de santé n'avaient pas pris les mesures préalables qu'exige la phase d'entretien. La

réapparition de la maladie en 1965 a fait l'objet d'une enquête spéciale menée conjointement avec des experts de l'OMS. Les premières constatations ont fait apparaître un changement dans les moeurs et les préférences trophiques du vecteur, qui rendait inefficaces les mesures prises jusqu'alors.

Devant l'incertitude de la situation, la persistance des difficultés techniques et administratives et l'état des services de santé, qui ne sont pas prêts à prendre en charge l'éradication du paludisme, il a été décidé de prolonger le programme jusqu'à la fin de 1970 et de le réorganiser. Les secteurs en phase d'entretien ont été ramenés à la phase de consolidation, sous le contrôle des services d'éradication du paludisme. Un plan de réorganisation des services de santé fait actuellement l'objet d'une étude à laquelle participent des représentants de l'OMS et du FISE : il s'agit de mettre ces services en mesure d'assumer, le moment venu, la responsabilité complète des opérations de vigilance. Les services de santé de la Syrie sont extrêmement reconnaissants de l'assistance qu'ils reçoivent de l'OMS et du FISE.

Le Dr BROTHERSTON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) votera pour le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif afin d'exprimer l'appui sans réserve de son pays au programme d'éradication du paludisme. Il tient cependant à souligner la nécessité urgente de repenser les principes généraux de l'éradication, tout comme l'ont fait de nombreux délégués, par exemple ceux de la Roumanie, de l'Italie et de l'URSS et comme le demande l'alinéa 4 de la résolution du Conseil exécutif. Il y a naturellement toujours eu un risque à engager l'OMS dans un programme aussi ambitieux et aussi systématique que celui de l'éradication du

paludisme. Le risque ne tenait pas à la définition de l'objectif lui-même, qui n'est pas en question, mais au fait qu'un départ trop optimiste peut amener au découragement lorsqu'apparaissent les difficultés. On peut alors craindre que le scepticisme ne s'étende à d'autres activités.

La solution est évidemment de procéder à une réévaluation et de fixer les objectifs en fonction de ce qui est réalisable dans les conditions très diverses auxquelles l'Organisation doit faire face. On sait que seule la réalisation progressive de tâches raisonnables permet d'étayer la planification et que, si la conviction et le soutien nécessaires font défaut, ce n'est pas seulement le programme d'éradication du paludisme, mais d'autres activités vitales de l'Organisation qui seront également compromises.

La délégation du Royaume-Uni a étudié avec intérêt et sympathie le projet de résolution présenté par la Mauritanie; cependant, ce projet paraît difficilement compatible avec la résolution du Conseil exécutif, car il obligerait l'Organisation à prendre les mesures voulues en Afrique avant que le Directeur général n'ait pu procéder à la révision générale mentionnée dans le paragraphe le plus important de la résolution du Conseil exécutif. Il convient évidemment d'appeler l'attention sur les difficultés particulières et sur les besoins urgents de l'Afrique - difficultés et besoins qui sont d'ailleurs clairement indiqués dans le document A20/P&B/1. Mais le Dr Brotherston pense que la meilleure façon de procéder serait de modifier le libellé de la résolution du Conseil exécutif, ce que pourrait peut-être faire un petit groupe de travail.

Le Dr OSMAN (Soudan) se référant à la suggestion du délégué de la Somalie à l'effet de promouvoir le centre de préparation à l'éradication du paludisme du Soudan au rang de centre de formation interrégional ou international, déclare que son gouvernement est prêt à accueillir un tel centre avec l'appui du Directeur régional. Le centre actuel a déjà formé cinq stagiaires venus de la Fédération de l'Arabie du Sud et trois autres originaires du Yémen.

Le Dr BERNARD, Sous-Directeur général, Secrétaire, déclare que le Directeur général est très reconnaissant à la Commission des informations fournies par divers participants sur la situation de leur pays, ainsi que de leurs observations sur l'orientation générale du programme d'éradication du paludisme. L'approbation d'ensemble donnée à cette orientation telle qu'elle ressort du rapport soumis à la Commission, est extrêmement encourageante, de même que la réaffirmation du rôle d'impulsion et de coordination que l'OMS est appelée à jouer.

L'accent a été mis au cours de la discussion sur la nécessité de reconsidérer la stratégie pour les années à venir à la lumière de l'expérience acquise. C'est bien dans cette optique qu'a travaillé le Comité d'experts du paludisme réuni en 1966, comme le montrent ses recommandations tendant à une action concertée dans certaines zones, par exemple le bassin méditerranéen. Un premier jalon a été posé mais l'orientation du programme et son évaluation font partie d'un processus continu, fondé sur l'expérience pratique et sur la recherche.

L'intention exprimée au cours du débat par un gouvernement de maintenir et même d'accroître la contribution déjà considérable qu'il fournit sur une base

bilatérale et de l'étendre à de nouveaux pays - pour autant que ceux-ci manifestent une volonté semblable de contribuer pour leur part au programme - est une bonne illustration de la collaboration qu'on peut espérer. Maintes délégations, d'autre part, ont insisté pour que les institutions d'assistance multilatérale et bilatérale maintiennent et, si possible, accroissent le soutien qu'elles accordent, tant au programme d'éradication proprement dit qu'au développement des services sanitaires de base. Le Directeur général s'emploiera au maximum à susciter un tel soutien, mais les chances de l'obtenir seront d'autant plus grandes que les gouvernements eux-mêmes se déclareront prêts à poursuivre l'effort national nécessaire pendant le temps voulu.

On a insisté sur l'importance de l'évaluation à tous les stades et à tous les niveaux du programme; des exemples très démonstratifs ont été cités pour illustrer la valeur économique de l'éradication et de l'intérêt qu'il est possible de susciter chez les économistes responsables de la planification. L'Organisation poursuivra ses efforts dans ce sens comme l'a demandé le Conseil exécutif. Elle s'efforcera également d'intensifier la coordination des programmes dans les pays limitrophes et de prendre les mesures nécessaires pour prévenir la réintroduction du paludisme dans les pays qui en sont libérés.

On a fait remarquer que des conférences ou des séminaires, notamment des réunions régionales, permettraient aux pays d'échanger des renseignements sur leurs problèmes et de discuter des solutions possibles. De telles réunions ont eu lieu dans le passé dans diverses régions et se sont montrées extrêmement fructueuses. Elles doivent naturellement être bien préparées si l'on veut qu'elles remplissent

leur objet et le Secrétariat s'attachera à réunir la documentation nécessaire, en s'appuyant sur les travaux du Comité d'experts et des groupes scientifiques ainsi que sur les enseignements les plus récents à tirer des activités dans les pays.

Une délégation a émis l'opinion que l'Organisation devrait faire appel non seulement aux experts inscrits au tableau d'experts du paludisme, mais aussi à des spécialistes d'autres tableaux. Or, il est de pratique constante à l'OMS de faire très largement appel aux personnalités les plus autorisées, quel que soit le tableau auquel elles sont inscrites.

Une délégation a signalé que les services que son pays avait reçus de certains membres du personnel affecté par l'OMS n'avaient pas répondu à son attente et a bien voulu souligner qu'il s'agissait là d'une exception. Ces difficultés sont pratiquement inévitables dans un programme international de cette envergure et constituent effectivement des exceptions qui, faut-il l'espérer, confirment la règle. C'est le souci constant du Directeur général et des Directeurs régionaux que d'y remédier.

Si le Président veut bien l'y autoriser, le Directeur de la Division de l'Eradication du Paludisme répondra à quelques remarques d'ordre administratif et technique qui ont été faites au cours du débat.

Le Dr SAMBASIVAN, Directeur de la Division de l'Eradication du Paludisme, souhaite répondre à certaines questions posées au cours du débat.

Le délégué du Pakistan a mentionné les efforts actuellement faits pour ramener la durée de la phase d'attaque de 4 à 3 ans. On comprendra que cette mesure a des répercussions sur le plan technique et sur le plan financier. Par contre, le délégué du Venezuela a recommandé de poursuivre les pulvérisations aussi longtemps

que demeurerait un seul porteur de parasite. Ces deux positions de principe ont des significations différentes selon les circonstances.

Le délégué du Venezuela a suggéré de poursuivre systématiquement les pulvérisations dans toutes les régions tropicales. Du fait de son importance, cette question a été renvoyée au Comité d'experts du Paludisme qui se réunira en septembre 1967. On s'efforcera d'adapter les méthodes aux conditions locales, comme le délégué de l'URSS en a souligné la nécessité. Les rapports du Comité d'experts du Paludisme, composé de personnalités possédant une grande expérience de la question, sont destinés à guider le programme mondial. Il ne faut pas les considérer comme des ordres à respecter rigoureusement, mais les utiliser en tenant dûment compte des circonstances locales.

Le délégué de la Roumanie a présenté plusieurs observations d'un grand intérêt pour l'Organisation. Il a notamment mentionné les conditions qu'il fallait réunir pour entreprendre un programme d'éradication du paludisme. La Commission peut être assurée que l'OMS a pour règle, avant d'accepter un plan d'opérations, d'explorer précisément ces questions - formation de personnel, recherches préalables à la définition des méthodes, évaluation, etc.

Le délégué de l'Italie a fait plusieurs remarques que l'on ne peut qu'approuver. Il estime que l'OMS doit continuer de fournir aux pays une assistance technique et de leur faciliter la recherche d'appuis financiers, qu'elle doit développer la recherche - point sur lequel, avec l'autorisation du Président, un membre du Secrétariat donnera de plus amples précisions - et soutenir la formation de paludologues.



L'OMS a systématiquement organisé des stages de formation supérieure à l'intention des paludologues qui avaient terminé les cours de préparation de base. Elle n'ignore pas que les jeunes paludologues ne peuvent pas tout savoir, mais elle constate que la plupart des résultats obtenus dans l'éradication du paludisme l'ont été grâce aux efforts de centaines de jeunes travaillant avec dévouement dans des conditions très difficiles. Ce fait ne doit pas être oublié. Une nouvelle génération de paludologues va entrer dans la carrière quand les aînés n'y seront plus.

Le délégué de l'URSS a souligné que le paludisme était un problème local et que les méthodes employées devaient donc être adaptées aux conditions locales. Les remarques que le Dr Sambasivan lui-même a faites au sujet de la durée de la phase d'attaque suffisent à montrer qu'il est pleinement conscient de cette réalité. Le délégué de l'URSS a également souligné avec raison la nécessité d'augmenter les contacts entre le service antipaludique et les services de santé généraux.

Le délégué du Sénégal a exprimé l'avis que le cas des pays d'Afrique était très particulier; il a indiqué à cet égard que c'était principalement dans les îles ou dans les pays à climat tempéré que la lutte antipaludique avait enregistré des succès. Il ne faut pas oublier cependant que sur les 630 millions d'habitants des zones en phase de consolidation, il y en a plus de 250 en Asie tropicale.

Le délégué du Yémen a partiellement répondu aux renseignements demandés par le délégué de Koweït. Toutes les informations que possède l'OMS - et elles sont très insuffisantes - proviennent de la Région de la Méditerranée orientale. En avril 1967, les conseillers régionaux se sont rendus dans deux pays de cette Région.

L'OMS est reconnaissante au délégué du Soudan d'avoir offert d'envisager la création d'un centre de préparation à l'éradication du paludisme à l'intention des pays de la Région de la Méditerranée orientale. Cette proposition recevra toute l'attention qu'elle mérite.

Le Dr Thomas (Sierra Leone) prend la présidence

Le Dr BRUCE-CHWATT (Service des Recherches et informations techniques) souligne que les recherches appliquées et les recherches fondamentales se font sur la base de services contractuels; en 1966, l'Organisation a encouragé et coordonné 41 projets de recherche dans divers domaines : chimiothérapie, immunologie, épidémiologie, parasitologie et méthodes d'attaque. Durant l'année en cours, 18 autres projets ont jusqu'à présent bénéficié du soutien de l'OMS dans certains de ces domaines. Les problèmes de chimiothérapie sont loin d'être négligés et l'on espère que le rapport du deuxième groupe scientifique sur la chimiothérapie du paludisme et la résistance des parasites du paludisme aux médicaments paraîtra d'ici quelques semaines.

Le champ des recherches immunologiques s'étend si rapidement que les découvertes datant de deux ou trois ans sont maintenant dépassées. Les problèmes de cet ordre, et en particulier ceux qui ont trait au paludisme, seront examinés par un groupe scientifique qui se réunira plus tard dans l'année; il examinera diverses questions :

techniques de différenciation des souches et de dépistage des infections paludéennes asymptomatiques et subpatentes, mesure du degré d'immunité des populations, et possibilité, qui reste encore du domaine de l'hypothèse, de mettre au point un vaccin antipaludique. Les recherches sur un vaccin éventuel contre le paludisme présentent un grand intérêt, mais il faudra beaucoup d'autres travaux expérimentaux sur le singe avant que l'on puisse envisager une application à l'homme. Dans les investigations faites pour trouver de nouvelles méthodes de prévention du paludisme, on attache de plus en plus d'importance aux immunoglobulines. Aucune résistance à la chloroquine n'a été signalée en Afrique.

Le Dr WATT, représentant du Conseil exécutif, a suivi le débat avec intérêt et ne manquera pas de transmettre au Conseil les félicitations qui ont été exprimées à son adresse. Il voudrait, toutefois, appeler l'attention sur deux éléments du projet de résolution recommandé par le Conseil qui ne paraissent pas avoir été retenus dans le projet de la Mauritanie. En premier lieu, le Conseil proposait de noter au troisième alinéa du préambule qu'en raison de la rareté des renseignements concernant les répercussions socio-économiques défavorables au paludisme, il est difficile d'obtenir la priorité pour l'éradication du paludisme dans l'affectation des ressources. Le Conseil estimait que des études complémentaires s'imposent pour obtenir les données voulues. En second lieu, il semble que les membres de la Commission aient en général approuvé le libellé du dernier alinéa du préambule et notamment l'emploi des mots "souhaitable et opportun"; il y aurait donc avantage à les reprendre dans le paragraphe 4 du dispositif.

Le PRESIDENT demande si la Commission désire nommer, comme l'a suggéré le délégué du Royaume-Uni, un groupe de travail qui s'efforcé de concilier les deux projets de résolution.

Le Dr KEITA (Guinée) se prononce en faveur de la constitution d'un groupe de travail, ainsi que le Dr AUJOLAT (France), M. LAGHDAF (Mauritanie), le Dr DOLO (Mali) et le Dr NOVOGORODCEV (Union des Républiques socialistes soviétiques).

Il est décidé qu'un groupe de travail composé des délégués de la Colombie, de l'Inde, de l'Iran, de la Mauritanie, du Royaume-Uni et de l'Union des Républiques socialistes soviétiques se réunira après la séance en cours.

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

Le Dr PAYNE, Sous-Directeur général, présente le rapport du Directeur général sur l'état d'avancement du programme d'éradication de la variole (document A20/P&B/7). Il ressort de la section 1 de ce rapport que presque tous les projets envisagés pour 1967 ont été mis en oeuvre et que les plans relatifs à ceux qui doivent être entrepris en 1968 sont déjà très avancés. En ce qui concerne l'incidence de la maladie, il y a lieu de corriger deux des chiffres donnés au début de la page 2 du rapport et de lire : "En 1966, 65 512 cas ont été déclarés contre 64 321 en 1965..."; ce sont là les chiffres révisés inscrits dans les tableaux qui figurent à la fin du document. L'incidence mondiale de la variole est en diminution depuis 3 ans et

l'on espère qu'elle baissera encore en 1967, mais il y a eu des augmentations marquées dans quelques provinces de l'Inde au début de l'année. Les grands foyers d'endémicité restent l'Asie du Sud-Est, certaines parties de l'Amérique du Sud et l'Afrique au sud du Sahara.

L'affectation de crédits spéciaux à l'éradication de la variole par la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a constitué un stimulant qui a provoqué une réponse encourageante. Tous les comités régionaux ont manifesté leur pleine approbation. Un plan régional visant à réaliser l'éradication en 5 ans a été mis au point dans la Région des Amériques. En Afrique, 24 pays au moins auront entrepris des opérations d'éradication à la fin de 1967. Quant aux pays d'Asie, ils vont pour la plupart redoubler d'efforts pour continuer ou lancer, d'ici la fin de l'année, des programmes de vaccination systématique. Une aide bilatérale substantielle a été offerte par les Etats-Unis d'Amérique (pour des programmes à exécuter dans 19 pays de l'Afrique occidentale et centrale) et par l'Union soviétique, qui fournit du vaccin à titre bilatéral à plusieurs grands pays d'endémicité et a, en outre, mis 75 millions de doses à la disposition de l'OMS. D'autres offres de vaccin ont été reçues d'un certain nombre de pays, comme l'indique le tableau 8. Des fonctionnaires et des consultants de l'OMS se sont rendus en 1966 dans la plupart des pays d'endémicité pour aider à élaborer des plans visant à intensifier l'effort mondial d'éradication. Ils ont insisté sur la nécessité d'assurer la participation des services de santé de base, de prévoir une supervision et une évaluation adéquates et d'organiser la surveillance.

Il demeure toujours difficile de se procurer des quantités suffisantes de vaccin lyophilisé pleinement actif. Des dispositions sont prises pour aider, en coopération avec le FISE, les pays d'endémicité à développer ou créer des laboratoires de production, pour passer des accords avec des fabricants expérimentés qui peuvent prêter leur concours et donner des avis aux laboratoires producteurs des régions d'endémicité et pour obtenir des dons de vaccin.

On compte, d'autre part, organiser des cours interrégionaux pour former le personnel national chargé d'exécuter les projets. On envisage aussi d'ouvrir de nouveaux centres de référence semblables à celui qui a été créé à Moscou cette année. L'essai des vaccins fabriqués par divers laboratoires est toujours assuré au Danemark et aux Pays-Bas et pourra l'être bientôt au Canada. Enfin, l'OMS réunira des groupes scientifiques qui étudieront les problèmes techniques concernant l'ensemble du programme et la recherche.

Il ne faut pas sous-estimer les difficultés que présente l'éradication de la variole dans le monde entier, mais les premiers résultats obtenus permettent de bien augurer de l'avenir.

Le Dr WATT, représentant du Conseil exécutif, dit que le Conseil a étudié le rapport du Directeur général sur le déroulement du programme d'éradication durant la première année de financement au moyen du budget ordinaire de l'Organisation en application de la décision prise par la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Le Conseil a estimé que les plans et les progrès exposés dans le rapport sont encourageants, mais il a tenu à souligner dans le projet de résolution dont il a recommandé

l'adoption par sa résolution EB39.R20 que la variole continue de poser un grave problème de santé dans le monde et qu'une assistance bilatérale ou multilatérale est essentielle pour les pays où la variole est endémique. La perspective d'une participation du Programme alimentaire mondial à l'effort d'éradication permet de penser qu'un soutien pourrait être fourni par d'autres organismes que l'on n'a pas encore sollicités. Enfin, le Conseil a été d'avis que l'Assemblée de la Santé et lui-même devront procéder de façon suivie à l'étude et à l'analyse critiques du programme.

Le Dr NA BANGXANG (Thaïlande) remarque que le rapport montre clairement quelles sont dans le monde les régions d'endémicité et celles où la variole n'est pas endémique. A son avis, l'endémicité est principalement due, surtout dans l'Asie du Sud-Est, au fait que de larges fractions de la population ne sont pas réellement immunisées; la solution consiste à procéder à des revaccinations annuelles pendant cinq ou six années de suite. D'autre part, les pays où la maladie n'est pas endémique sont exposés à une importation de cas infectieux, tout doit donc être fait pour assurer toutes les formes possibles d'assistance - fonds, fournitures et personnel - aux pays où se trouvent les grands foyers d'endémicité. Le Dr Na Bangxang espère que l'OMS étudiera la possibilité d'employer les crédits disponibles à fournir aux équipes de vaccination des moyens de transports (véhicules ou bateaux) et à procurer du vaccin lyophilisé en boîtes réfrigérées de petites dimensions.

On ne peut que se réjouir de l'aide bilatérale prêtée par les Etats-Unis d'Amérique à des pays de l'Afrique occidentale et centrale. Il faut souhaiter qu'une aide semblable soit offerte à certains pays de l'Asie du Sud-Est d'où la variole

menace toujours de se propager dans des territoires limitrophes. L'éradication de cette maladie est chose faite en Thaïlande, grâce au soutien de l'OMS et du FISE, mais la vigilance reste nécessaire étant donné le risque d'importation de l'infection.

Le Dr GONZÁLEZ (Venezuela) signale que s'il n'y a pas de cas indigènes de variole dans son pays, l'importance de la maladie sur le plan mondial n'y est pas méconnue. Il est coûteux d'entretenir un service de surveillance permanente, mais c'est là une condition indispensable pour maintenir un pays à l'abri de la maladie. Il y aurait lieu d'insister sur le rôle des services de santé de base dans les programmes d'éradication. Il est essentiel qu'ils interviennent dès les premiers stades. Sans cela, une campagne de vaccination peut fort bien être suivie d'une épidémie parce que les services de santé n'ont pas été informés comme il convient de la nécessité de donner suite aux travaux des équipes de vaccination. Sans aucun doute, les difficultés de l'éradication de la variole dans les régions d'endémicité sont difficiles à surmonter, mais une assistance financière et administrative, jointe à des efforts énergiques, devrait permettre de toucher au but.

La séance est levée à 17 h.30.