



VINGT-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE



COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DOUZIEME SEANCE

Sheraton-Boston Hotel, Boston, Massachusetts  
Lundi 21 juillet 1969, à 14 h.45.

PRESIDENT : Professeur B. REXED (Suède)

Table des matières

|   | <u>Pages</u> |
|---|--------------|
| 1. Examen et approbation du projet de programme et de budget pour 1970 (suite) .. | 2            |
| Examen détaillé du programme d'exécution .....                                    | 2            |
| Bureaux des Sous-Directeurs généraux .....  | 2            |
| Recherche en épidémiologie et en informatique .....                               | 2            |
| Eradication du paludisme .....  | 4            |
| Maladies transmissibles .....   | 4            |
| 2. Constitution de sous-commissions .....   | 19           |

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Chef du Service des Actes officiels, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, avant le 26 septembre 1969.

1. EXAMEN ET APPROBATION DU PROJET DE PROGRAMME ET DE BUDGET POUR 1970 : point 2.2 de l'ordre du jour (suite)

Examen détaillé du programme d'exécution : point 2.2.3 de l'ordre du jour (Actes officiels Nos 171 et 173; résolutions EB43.R11, EB43.R17, EB43.R20, EB43.R21; Actes officiels N° 174, chapitre II, paragraphes 24 à 233 et 247 à 460; documents A22/P&B/1, 2, 5, 6 et 15; document A22/P&B/WP2).

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le point 2.2.3 de l'ordre du jour; les autres points de l'ordre du jour seront laissés de côté jusqu'à ce que la Commission ait terminé cet examen.

Le Dr BERNARD, Sous-Directeur général, Secrétaire, présente les documents qui serviront de base à l'examen détaillé du programme d'exécution. Le document essentiel est le volume N° 171 des Actes officiels, qui contient le projet de programme et de budget pour 1970. Dans les pages du début (numérotées en chiffres romains), on trouve successivement l'introduction du Directeur général, des explications sur la teneur et la présentation du projet de programme et de budget et plusieurs appendices consistant en tableaux récapitulatifs et en exposés de programmes.

La Commission aura d'abord à examiner les prévisions budgétaires qui figurent dans la partie II (pages 21 et suivantes). Cette partie du document est divisée en rubriques comprenant chacune un exposé descriptif des tableaux. Deux autres volumes des Actes officiels seront à consulter : le volume N° 173 qui renferme les résolutions adoptées par le Conseil exécutif à sa quarante-troisième session et le volume N° 174 où l'on trouve le rapport du Conseil sur le projet de programme et de budget pour 1970. Ce rapport contient (pages 18 et suivantes) une analyse détaillée du projet de programme et de budget qui suit, dans le même ordre, les rubriques de la partie II des Actes officiels N° 171, avec renvois à l'appui.

En outre, les membres de la Commission pourront se référer au rapport du Directeur général sur l'état d'avancement du programme d'éradication du paludisme (document A22/P&B/1), qui est distinct du rapport sur le réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme (document A22/P&B/8), que la Commission a déjà étudié. D'autre part, le Dr Bernard rappelle que le Président a décidé que le point 2.6 (Problèmes de santé intéressant les gens de mer et services sanitaires mis à leur disposition) serait discuté dans le cadre de l'examen détaillé du programme d'exécution; ce point est traité dans le document A22/P&B/5. Il y aura lieu de se référer aussi au rapport du Directeur général sur l'éradication de la variole (document A22/P&B/2), ainsi qu'à deux autres documents ayant trait au projet de programme et de budget pour 1970 (A22/P&B/6 et A22/P&B/15). Enfin, il faut citer un document de travail concernant le projet pilote de recherches sur la pharmacovigilance internationale et un projet de résolution sur l'onchocercose, proposé par la délégation du Malawi.

#### Section 4.1 Bureaux des Sous-Directeurs généraux

Aucune observation n'est formulée.

#### Section 4.2 - Recherche en épidémiologie et en informatique

Le Dr SULIANTI SAROSO (Indonésie) estime que la "santé du monde" est la somme des niveaux de santé de toutes les nations, chacune ayant des problèmes d'un ordre différent selon le stade de développement qu'elle a atteint. Dans des pays comme les Etats-Unis d'Amérique et le Royaume-Uni, les travailleurs sanitaires ont à se préoccuper de la pollution de l'air par les entreprises industrielles, du nombre excessif des véhicules à moteur, des accidents de la route et de la surnutrition. Dans des pays comme l'Indonésie, au contraire, ils ont à se

préoccuper de problèmes comme ceux de la malnutrition, du paludisme, de la variole et de la mortalité infantile, pour ne citer que quelques exemples. Quels que soient les problèmes, les autorités sanitaires doivent prévoir et organiser des services de santé répondant aux besoins avec les ressources dont elles disposent.

A cet égard, le programme de recherches médicales tel qu'il est exposé par le Directeur général au chapitre 10 des Actes officiels N° 172 sera d'un grand secours pour tous les pays, qu'ils soient industrialisés ou en voie de développement. Cinq grands secteurs de recherche ont été définis dans le cadre de ce programme : 1) organisation et mode d'action des services de santé; 2) épidémiologie des groupes de population particulièrement exposés; 3) effets de l'urbanisation sur la santé; 4) épidémiologie des maladies en voie de disparition; 5) études sur la théorie mathématique des processus des maladies. Un sixième secteur devrait être ajouté à cette liste : celui de l'épidémiologie de maladies nouvelles comme celles qui sont causées par l'emploi répandu des pesticides en agriculture ou bien celles qui sont dues aux arbovirus.

Une meilleure compréhension des processus morbides et de l'épidémiologie des groupes de population particulièrement exposés permettra aux pays en voie de développement de prendre des mesures préventives plus efficaces. Ils pourront aussi les appliquer d'une façon sélective. Il leur sera ainsi possible de restreindre le coût toujours plus élevé des programmes de santé. Sur ce point, la délégation indonésienne a pris connaissance avec beaucoup d'intérêt des paragraphes 29 à 54 du chapitre II des Actes officiels N° 174.

Lorsque les recherches sur la méthodologie des études pour la planification d'une stratégie des services de santé auront progressé suffisamment, il est à espérer que toutes les régions bénéficieront de projets de recherches de ce genre afin que chaque pays puisse organiser ses services de santé selon des principes scientifiques.

La délégation indonésienne souhaite aussi que l'OMS applique la méthodologie de la recherche opérationnelle et de l'élaboration des systèmes pour une étude d'organisation portant sur le Siège de l'OMS, ses bureaux régionaux et ses projets dans les pays.

Etant donné les discussions qui se sont déroulées à la présente session de l'Assemblée et les questions qui ont été soulevées par certaines délégations, il conviendrait d'entreprendre une analyse objective des systèmes en ce qui concerne l'Organisation et les divers moyens à employer en vue d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Le Directeur général devrait être invité à présenter sur ce point à la Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé un rapport exposant les mesures qui pourraient être prises immédiatement ou les études qui pourraient être entreprises.

Le Dr NOVGORODCEV (Union des Républiques socialistes soviétiques) rappelle que, lorsque les activités de la Division de la Recherche en Epidémiologie et en Informatique sont venues en discussion à la quarante-troisième session du Conseil exécutif, certains membres ont fait des réserves sur sa raison d'être et sur l'importance qu'on lui donnait. Comme il est indiqué au paragraphe 35 du chapitre II des Actes officiels N° 174, une question a été posée au sujet du chevauchement des responsabilités entre cette Division et d'autres divisions de l'Organisation. Le Dr Novgorodcev demande des renseignements sur la mise au point des travaux de la Division, particulièrement en ce qui concerne le programme lancé en Iran, ainsi que sur leurs perspectives.

Le Dr PAYNE, Sous-Directeur général, dit que les plans et les buts de la Division sont exactement tels que la déléguée de l'Indonésie les a exposés. Son but principal est d'élaborer une méthodologie pour l'étude de l'organisation et de la stratégie des services de santé afin de permettre aux pays de toutes les régions de tirer le meilleur parti possible de leurs ressources limitées. Une étude pilote sur la question est en cours en Tunisie. En outre, l'OMS étudie actuellement les résultats déjà appréciables de travaux qui ont été commencés il y a quelques années en Colombie, en vue de les exploiter dans d'autres parties du monde. La méthodologie de la recherche opérationnelle est dès à présent appliquée à l'OMS elle-même. Au fur et à mesure que les techniques de la recherche opérationnelle seront mises au point, elles seront appliquées de plus en plus aux propres programmes de l'Organisation.

En réponse à la question posée par le délégué de l'URSS, le Dr Payne fait savoir que l'OMS a entrepris, dans le cadre du centre de recherches épidémiologiques qui a été établi en Iran, des études sur les effets de l'urbanisation sur la santé, effets dont les planificateurs de la santé doivent tenir compte pour prévoir la ligne d'action à suivre et la répartition des ressources. Des études écologiques sont également en cours, notamment une étude sur les petits mammifères qui pourraient être des vecteurs de maladies dans la région. Ces études présentent un grand intérêt du fait qu'il y a en Iran trois zones radicalement différentes du point de vue écologique, ce qui offre la possibilité d'études comparées. Ce centre de recherches est le premier d'une série de centres que l'OMS espère établir en association avec des instituts de recherche et des gouvernements d'autres pays.

Le Dr Payne donne au délégué de l'URSS l'assurance qu'il n'y a pas de chevauchement des responsabilités au sein de l'Organisation. Chaque fois que les intérêts de deux divisions peuvent se recouvrir partiellement, des programmes sont établis en étroite collaboration entre les deux divisions.

Le Dr VENEDIKTOV, Président du Conseil exécutif, dit que les attributions de la Division ont été examinées en grand détail par le Conseil qui a considéré que la Division n'en était encore qu'à ses débuts et a estimé qu'il conviendrait de porter à l'avenir une grande attention à ses programmes et à leurs rapports avec d'autres programmes de l'OMS.

La deuxième question soulevée par la déléguée de l'Indonésie pourrait être examinée lors de la discussion du point 2.13 de l'ordre du jour : Planification à long terme dans le domaine de la santé, programmation biennale et amélioration du processus d'évaluation.

#### Section 4.3 - Eradication du paludisme

Aucune observation n'est formulée.

#### Section 4.4 - Maladies transmissibles

##### Section 4.4.1 - Tuberculose

Aucune observation n'est formulée.

##### Section 4.4.2 - Maladies vénériennes et tréponématoses

Le Président signale que le représentant de l'Union internationale contre le Péril vénérien et les Tréponématoses fera ultérieurement un exposé sur la question.

##### Section 4.4.3 - Maladies bactériennes

##### Section 4.4.4 - Maladies parasitaires

Aucune observation n'est formulée.

##### Section 4.4.5 - Maladies à virus

Le Dr GEHRIG (Association internationale de Prophylaxie de la Cécité), prenant la parole sur l'invitation du Président, dit qu'il est difficile de savoir quel est le nombre d'aveugles dans le monde car les données statistiques sont fragmentaires. L'Organisation mondiale pour la Protection sociale des Aveugles a toutefois estimé, lors de l'Assemblée générale qu'elle a tenue à New York en 1964, que 14 millions de personnes étaient atteintes de cécité complète et qu'à moins de mesures radicales il y en aurait 16 millions en 1975 et 20 millions à la fin du siècle.

Le coût des aveugles pour la société, sans parler des épreuves qu'ils endurent eux-mêmes est encore plus difficile à évaluer faute de données précises. Le Dr Alfred A. Buck, professeur en épidémiologie et en santé internationale à l'Ecole d'hygiène et de santé publique de l'Université John Hopkins a étudié pendant dix ans l'histoire naturelle des maladies des yeux dans des pays comme l'Indonésie, la Corée, l'Ethiopie, le Pérou, le Tchad et l'Afghanistan. Il est arrivé à la conclusion que ces maladies constituent un des grands problèmes de santé publique qu'il ait rencontrés.

L'OMS a reconnu l'importance de la question. Le Directeur général a déclaré, dans son message à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé le 7 avril 1962 :

Plus de la moitié des cas de cécité dans le monde pourraient être évités. Un traitement médicamenteux ou chirurgical permettrait de rendre la vue à des millions de personnes qui la perdent actuellement et des mesures préventives devraient réduire des deux tiers ou davantage le nombre des aveugles par rapport au chiffre d'aujourd'hui ... En cette Journée mondiale de la Santé, je lance un appel aux gouvernements, aux administrateurs de la santé et aux hommes de tous les pays pour leur demander d'étudier ce qui se fait et ce qui pourrait être fait afin d'empêcher que des êtres humains ne perdent la vue quand ils pourraient la conserver. Les connaissances acquises le permettent, il reste à les appliquer à une échelle assez grande pour protéger la vue de millions d'individus qui, sans une aide, seront voués aux ténèbres.

Plusieurs organismes non gouvernementaux d'assistance aux aveugles recherchent l'aide et les avis de l'OMS et sont prêts à coopérer étroitement avec elle. On peut citer notamment l'Association internationale de Prophylaxie de la Cécité, l'Organisation mondiale pour la Protection sociale des Aveugles, la Société royale pour les Aveugles du Commonwealth britannique (qui administre le plus vaste programme international de prévention de la cécité) et l'American Federation for Overseas Blind (qui a lancé récemment en Afrique un programme très intéressant dans le cadre duquel des agents non professionnels de la santé qui travaillent dans des domaines connexes sont formés au diagnostic et au traitement, sous la direction d'un médecin, des maladies des yeux pouvant entraîner la cécité).

Préserver la vue est une nécessité évidente, mais l'ampleur du problème ne semble pas apparaître en toute clarté. On dispose des moyens indispensables pour le résoudre, mais ces moyens sont encore mal coordonnés. C'est pourquoi il importe beaucoup que l'OMS étudie les renseignements disponibles sur l'étendue et les causes de la cécité évitable et curable, et qu'elle examine les travaux, les projets et les ressources des organisations qui s'occupent de la question à l'échelon international.

Le Dr Gehrig exprime l'espoir que le projet de résolution qui doit être présenté à la Commission recevra l'adhésion unanime de ses membres.

Le Professeur PENSO (Italie) rappelle que la précédente Assemblée de la Santé avait prié le Directeur général d'étudier la possibilité de faire expérimenter sous les auspices de l'OMS des vaccins viraux contre le trachome et que les autorités italiennes avaient même offert de mettre à la disposition de l'Organisation une certaine quantité de vaccin à cet effet. Il voudrait savoir si cette possibilité est encore envisagée.

Le Dr DURAISWAMI (Inde) signale que l'incidence du trachome et d'autres maladies qui provoquent la cécité est élevée dans son pays. Il paraît évident que des recherches plus approfondies s'imposent. C'est pourquoi la délégation de l'Inde votera le projet de résolution.

Le PRESIDENT invite le délégué du Malawi à présenter le projet de résolution qu'il a proposé.

Le Dr SMARTT (Malawi) estime que le représentant de l'Association internationale de Prophylaxie de la Cécité a résumé admirablement dans toute son ampleur le problème de la cécité,

qui est un problème grave au Malawi. Ce pays a cependant bénéficié d'une aide : la Société royale pour les Aveugles du Commonwealth britannique a fourni un dispensaire ophtalmologique mobile et le Gouvernement israélien a envoyé deux ophtalmologistes qui traitent plusieurs centaines de malades par mois.

Le Dr Smartt présente le projet de résolution suivant :

Onchocercose

La Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant que la plupart des cas de cécité se produisant dans le monde peuvent être évités et que beaucoup peuvent être guéris,

Considérant le programme que l'OMS a entrepris pour lutter contre les ophtalmies transmissibles et l'onchocercose ainsi que les efforts déployés par divers gouvernements pour combattre ces maladies,

Notant d'autre part que les organisations non gouvernementales qui s'intéressent à la cécité et à sa prévention intensifient leurs activités dans ce domaine et ont formulé diverses recommandations sur la nécessité de rassembler et d'évaluer des renseignements plus systématiques, de définir de façon plus précise des objectifs pratiques et d'améliorer les mécanismes de coordination internationale,

PRIE le Directeur général :

1. d'entreprendre une étude des renseignements actuellement disponibles sur l'étendue et les causes de la cécité évitable et curable et de proposer, dans ce domaine, des activités que l'Organisation exécuterait dans le cadre de son programme de travail; et
2. de collaborer, en tant que de besoin, avec les autres organisations qui s'intéressent à ce problème et notamment avec certaines des organisations non gouvernementales qui sont en relation avec l'OMS.

Le Dr SULIANTI SAROSO (Indonésie) déclare que sa délégation votera le projet de résolution parce qu'il met en relief la nécessité de recherches plus approfondies sur les causes de la cécité. Elle indique toutefois que, dans son pays, la cécité n'est pas seulement provoquée par telle ou telle maladie mais aussi par la malnutrition et la carence en vitamine A.

Le Dr GATMAITAN (Philippines) dit que sa délégation a beaucoup apprécié l'exposé du représentant de l'Association internationale de Prophylaxie de la Cécité et qu'elle votera le projet de résolution.

Le Dr ZAARI (Maroc) fait savoir que l'American Federation for Overseas Blind, organisation dont le représentant de l'Association internationale de Prophylaxie de la Cécité a parlé, doit envoyer dans son pays des médecins, du personnel paramédical et une équipe mobile, qui feront certainement un travail utile. Il est néanmoins évident que des recherches doivent être menées en profondeur et que s'impose une coordination des activités des organisations non gouvernementales qui s'emploient à prévenir les ophtalmies transmissibles. C'est pourquoi le Dr Zaari approuve le projet de résolution.

Le Professeur PENSO (Italie) approuve également ce projet. Il propose cependant, à titre d'amendement au paragraphe 1 du dispositif, que le Directeur général soit prié d'entreprendre une étude des renseignements sur toutes les maladies, soit infectieuses, soit organiques, qui peuvent entraîner la cécité.

Le Dr FOFANA (Mali) signale que l'onchocercose est une cause très importante de cécité dans son pays. Outre des mesures de lutte antivectorielle, des essais de traitement de masse ont été entrepris, dans une zone témoin, mais sans résultats concluants. Pour cette raison, la délégation malienne souhaite qu'il soit demandé à l'OMS, dans le texte de la résolution, de poursuivre les études afin de trouver un médicament efficace pour le traitement de masse de l'onchocercose.

Le Dr LOBO DA COSTA (Portugal) apporte à son tour l'appui de sa délégation en faveur du projet de résolution. Les autorités de son pays ont lancé un vaste programme dans le territoire portugais du Mozambique, où l'incidence de la cécité est élevée. Les opérations sont menées par six ophtalmologistes assistés d'agents auxiliaires et devraient permettre d'écarter certaines des causes de cécité dans ce territoire. Toutefois, la maladie transmissible la plus répandue est le trachome, qui peut être guéri par la chirurgie.

Le Professeur MONDET (Argentine) déclare appuyer sans réserve le projet de résolution.

Le Dr DAS (Népal) appuie la proposition faite par la déléguée de l'Indonésie qui voudrait que le titre de la résolution vise toutes les causes de cécité.

Le Dr PAYNE, Sous-Directeur général, signale, en réponse aux observations du délégué de l'Italie, que le service des Maladies à virus suit de très près les essais de mise au point d'un vaccin efficace contre le trachome; l'entreprise est extrêmement difficile, mais les travaux des savants italiens autorisent des espoirs.

En ce qui concerne le projet de résolution, le Dr Payne propose de légères modifications pour tenir compte des avis exprimés au cours du débat. Le titre "Onchocercose" pourrait être remplacé par "Ophtalmies évitables" et le deuxième alinéa du préambule pourrait être rédigé comme suit :

Considérant le programme que l'OMS a entrepris pour lutter contre les ophtalmies transmissibles, notamment le trachome et l'onchocercose, ainsi que les efforts déployés par divers gouvernements pour combattre ces maladies et les autres causes de cécité, y compris les carences en vitamine A;

Le Dr ALAN (Turquie) propose pour titre "Prévention de la cécité".

Le SECRETAIRE suggère, pour accéder au voeu du Professeur Penso, de modifier comme suit le paragraphe 1 du dispositif du projet de résolution :

1. d'entreprendre une étude des renseignements actuellement disponibles sur l'étendue et sur toutes les causes de la cécité évitable et curable ...

Le Dr NOORDIN (Malaisie) pense avec les orateurs précédents qu'il y aurait lieu d'élargir la portée de la résolution, mais estime que le titre proposé par le Dr Payne est encore trop restrictif car ce titre exclut les traumatismes qui sont une des causes principales de cécité, en particulier dans les régions nouvellement industrialisées, et que la résolution ne vise pas. Il conviendrait donc d'en faire mention dans le texte de la résolution et d'adopter le titre "Prévention de la cécité".

Le Dr PAYNE, Sous-Directeur général, pense que ce dernier titre serait en effet le meilleur. La notion de traumatisme pourrait être introduite dans le deuxième alinéa du préambule sous la forme suivante :

Considérant le programme que l'OMS a entrepris pour lutter contre les ophtalmies transmissibles, notamment le trachome et l'onchocercose, ainsi que les efforts déployés par divers gouvernements pour combattre ces maladies et les autres causes de cécité, y compris les traumatismes et les carences en vitamine A.

Le PRESIDENT donne lecture du texte du projet de résolution, modifié par les amendements qui ont été proposés :

Prévention de la cécité

La Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant que la plupart des cas de cécité se produisant dans le monde peuvent être évités et que beaucoup peuvent être guéris,

Considérant le programme que l'OMS a entrepris pour lutter contre les ophtalmies transmissibles, notamment le trachome et l'onchocercose ainsi que les efforts déployés par divers gouvernements pour combattre ces maladies et les autres causes de cécité, y compris les traumatismes et les carences en vitamine A,

Notant d'autre part que les organisations non gouvernementales qui s'intéressent à la cécité et à sa prévention intensifient leurs activités dans ce domaine et ont formulé diverses recommandations sur la nécessité de rassembler et d'évaluer des renseignements plus systématiques, de définir de façon plus précise des objectifs pratiques et d'améliorer les mécanismes de coordination internationale,

PRIE le Directeur général :

1. d'entreprendre une étude des renseignements actuellement disponibles sur l'étendue et les causes de la cécité évitable et curable et de proposer, dans ce domaine, des activités que l'Organisation exécuterait dans le cadre de son programme de travail; et
2. de collaborer, en tant que de besoin, avec les autres organisations qui s'intéressent à ce problème et notamment avec certaines organisations non gouvernementales qui sont en relation avec l'OMS.

Décision : Le projet de résolution, ainsi modifié, est adopté.

Section 4.4.6 - Eradication de la variole

Le Dr NOVGORODCEV (Union des Républiques socialistes soviétiques) déclare que sa délégation attache une grande importance au programme d'éradication de la variole. L'Union soviétique a proposé ce programme il y a de nombreuses années et elle l'a toujours soutenu activement parce que la variole constitue un problème majeur pour tous les pays, qu'elle provoque des difficultés dans les transports internationaux et le commerce international et que, contrairement à d'autres maladies, son éradication est relativement facile à réaliser, du point de vue technique et du point de vue de l'organisation.

L'Union soviétique s'est cependant toujours rendu compte des difficultés auxquelles une campagne mondiale d'éradication se heurterait. Elle a toujours considéré qu'une campagne mondiale ne pourrait réussir que si tous les pays, aussi bien ceux qui sont exempts de variole que ceux où elle est endémique, comprenaient que le problème les intéressait tous et faisaient librement et effectivement cause commune contre la maladie. La participation volontaire de tous les pays à un programme est le signe le plus évident du fait que l'importance d'un problème est bien comprise. C'est pourquoi l'URSS a offert et continue d'offrir à de nombreux pays une aide considérable pour l'éradication de la variole, tant par le truchement de l'OMS que sur le plan bilatéral.

La délégation soviétique s'était autrefois opposée à ce que le programme d'éradication de la variole fût inscrit au budget ordinaire de l'OMS, car elle estimait que ce serait compromettre le succès de la campagne et risquerait de donner l'impression, ce qui a du reste



été le cas parfois, que l'Organisation ou tels de ses membres cherchaient à imposer leur programme sans tenir compte des besoins prioritaires de certains pays. La délégation soviétique pense que c'est pour ce motif que certains délégués ont exprimé l'avis que la variole était d'importance secondaire pour les pays en voie de développement et que, partant, si les pays exempts de la maladie s'intéressaient à la campagne d'éradication, il ne dépendait que d'eux d'y participer.

Pour le Dr Novgorodcev, la variole est une des maladies les plus faciles à éradiquer parce qu'il existe une méthode qui permet d'assurer une protection à peu près complète. Dans beaucoup de pays développés, le premier élan a été donné par la création de services de lutte contre les épidémies et chacun conviendra que si ces services sont incapables de venir à bout de la variole ils seront impuissants devant la plupart des autres maladies transmissibles. Au reste, tous les pays du monde peuvent aujourd'hui se procurer d'excellents vaccins en quantité suffisante, de sorte qu'il ne peut y avoir là aucun obstacle à la mise en oeuvre de campagnes antivarioliques.

La pire des choses serait pourtant de laisser croire que le programme d'éradication pourra être mené à bien sans aucune difficulté et à bon marché. La délégation de l'URSS s'est déjà insurgée contre une telle prévision, de même qu'elle s'est élevée contre l'idée que le virus de la variole pourrait être extirpé du globe. Elle a nié que le programme pût être réalisé rapidement grâce à la somme relativement minime de 30 millions de dollars que les organisations internationales ont fournie. Il serait pire encore d'abandonner tous calculs et toutes prévisions et de ne pas les réévaluer et les rectifier lorsqu'il y a lieu. Si des connaissances nouvelles ou l'expérience acquise appellent des correctifs, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter, mais il y aurait motif d'être inquiet si les plans devaient rester immuables jusqu'à ce que les dépenses aient dépassé les prévisions et que le délai fixé soit expiré, et qu'on se résolve seulement alors à faire le bilan d'un programme qui aurait échoué. Si, à n'importe quel moment pendant l'exécution du programme, l'espoir de le mener à chef dans le délai imparti venait à faiblir ou à disparaître, tous ceux qui y participent, c'est-à-dire les Etats Membres, devraient en être avertis et il faudrait réviser le programme en conséquence. A ce sujet, la délégation de l'URSS estime que c'est une erreur de ne pas avoir inscrit le programme d'éradication de la variole à l'ordre du jour en tant que question distincte, comme c'était le cas depuis de nombreuses années. Elle n'a pas usé de son droit de demander cette inscription à l'ordre du jour, mais elle estime indispensable d'appeler l'attention sur ce point.

Le Dr SAUTER (Suisse) pense qu'il n'est pas exagéré de dire que l'évolution du programme d'éradication de la variole et les résultats obtenus sont suivis par les responsables de la santé, dans le monde entier, avec la plus grande attention. Divers orateurs ont cité ce programme comme un exemple qui illustre l'interdépendance des pays dans le domaine de la santé et il n'y a pas d'exemple plus frappant du bien-fondé de ces deux principes énoncés dans le préambule de la Constitution de l'OMS selon lesquels les résultats atteints par chaque Etat dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous, et l'inégalité des divers pays en ce qui concerne la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

La délégation suisse tient à assurer toutes les délégations qui représentent les pays où la lutte pour l'éradication de la variole est engagée de façon systématique que leurs efforts sont appréciés à leur juste valeur. Le Gouvernement suisse veut contribuer au programme d'une façon substantielle et il lui apporte un soutien continu, comme le Conseil exécutif l'a demandé dans la résolution EB43.21. Le Conseil fédéral suisse a décidé à cinq reprises le versement au compte spécial d'une contribution bénévole qui a permis chaque fois l'achat de 2,3 millions de doses de vaccin lyophilisé. Le Dr Sauter est heureux d'annoncer qu'une sixième contribution est actuellement envisagée.

Le Dr LEKIE (République démocratique du Congo) souligne que l'éradication de la variole est plus facile à réaliser que celle du paludisme. La mise au point d'un vaccin efficace suffit puisqu'il n'y a pas de problème de vecteur. Presque tous les cas de variole sont dûs

à des contacts directs et les symptômes sont généralement si évidents qu'aucune connaissance spéciale n'est nécessaire pour diagnostiquer la maladie. De même, il est relativement facile de mettre en place un système de surveillance, malgré les difficultés pratiques inhérentes à ce genre d'opérations. Des résultats spectaculaires ont été obtenus dans tous les pays où l'on a combiné un programme de vaccination assurant une bonne couverture et un système minimal de surveillance.

Le Dr Lekie tient cependant à signaler que l'on rencontre quelques difficultés pratiques. La plupart des programmes des pays en voie de développement sont exécutés avec l'aide de l'OMS. Il demande donc que l'Organisation veille à éviter tout retard dans la livraison des fournitures qui constituent sa contribution au programme et qu'elle rappelle aux gouvernements intéressés, tous les trois mois s'il le faut, que les résultats obtenus seraient réduits à néant en cas d'arrêt des opérations. Malheureusement, des interventions de ce genre sont souvent nécessaires pour assurer la continuation des programmes.

Le Dr ELOM (Cameroun) dit que sa délégation attache un intérêt particulier à trois points du rapport du Directeur général. Le premier est le problème de la coordination des campagnes inter-pays pour la recherche de l'interruption de la transmission et la surveillance.

Le séminaire qui s'est tenu récemment à Lagos sous les auspices de l'OMS et de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique avec la participation des pays d'Afrique occidentale et d'Afrique centrale a recommandé particulièrement cette coordination, qui faisait défaut jusqu'à présent. Les Etats francophones sont groupés en organismes de coordination, mais les Etats anglophones sont encore laissés à l'écart, ce qui nuit au succès des campagnes. Au séminaire, il a été proposé de créer un comité pour la coordination des programmes. La délégation camerounaise estime qu'il n'est pas utile de créer de nouveaux organismes, car le Bureau régional de Brazzaville pourrait organiser des réunions intergouvernementales de coordination pendant ou entre les sessions du Comité régional, diffuser des renseignements épidémiologiques et assurer le secrétariat de cette organisation de coordination.

Le deuxième point concerne la notification des cas et la surveillance. Il faut souligner que de nombreux pays éprouvent des difficultés à notifier les cas de maladie constatés dans des zones rurales souvent inaccessibles par suite de l'absence de routes et de moyens de transport. C'est dire que la santé est intimement liée au développement économique et que l'état de santé ne peut être amélioré que si le niveau de développement économique est relevé.

Le troisième point concerne la difficulté de poser un diagnostic précis dans les zones rurales où il n'y a souvent que des infirmiers ou des auxiliaires médicaux.

Le Dr Elom remercie tous ceux qui coopèrent avec l'OMS pour lutter contre la variole en Afrique centrale et en Afrique occidentale, notamment l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr DOUBEK (Tchécoslovaquie) dit qu'avant son départ pour assister à la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé il a reçu le dernier numéro du Relevé épidémiologique hebdomadaire où sont indiqués le nombre de cas de variole signalés de 1955 à 1969 et le taux d'incidence de la variole pour la période allant de 1967 à 1969. Il a été très impressionné par les résultats des programmes entrepris dans des pays d'endémicité et des pays et territoires voisins ainsi que par la réduction sensible de l'incidence de la maladie, surtout en Afrique occidentale et en Amérique du Sud.

La délégation tchécoslovaque partage la fierté que tous doivent éprouver devant la réussite de ce grand programme international qui a été proposé en 1958 par la délégation de l'URSS. Le Dr Doubek pense que ce sont les modifications apportées à la stratégie technique et opérationnelle du programme, modifications exposées dans le document A22/P&B/2, qui ont permis les résultats remarquables obtenus dans l'éradication de la variole. Il rappelle que c'est la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé qui a décidé ces modifications par sa résolution WHA19.16 et il estime que cette décision était sage.

Alors qu'il répugne généralement à employer le mot éradication, ce mot lui paraît approprié dans le cas de la variole, surtout si l'OMS continue à encourager et à approuver la coordination de toutes les activités entreprises dans le cadre de ce programme et à rechercher les moyens d'assurer l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Le Dr DURAISWAMI (Inde) rappelle qu'un programme national d'éradication de la variole a été lancé en Inde vers la fin de 1962. Ce programme a progressé d'une façon satisfaisante jusqu'en 1967, année où plus de 82 000 cas ont été signalés. Le Gouvernement indien a décidé alors d'accorder aux 17 Etats et territoires de l'Inde toute l'aide nécessaire pour éliminer et combattre les maladies transmissibles et améliorer les services de santé de base. Plus tard, le Gouvernement a décidé de concentrer les efforts sur la protection sanitaire des enfants âgés de moins de 14 ans et sur la vaccination systématique des nouveau-nés. En outre, les populations migrantes et les travailleurs de l'industrie ont été tenus d'avoir des certificats de vaccination.

La délégation indienne exprime sa reconnaissance au Gouvernement de l'URSS qui a fourni plus de 800 millions de doses de vaccin lyophilisé, au FISE qui a envoyé du matériel pour un montant de \$382 000 et à l'OMS qui a envoyé 3 millions d'aiguilles bifides. L'Inde espère réaliser l'éradication de la variole dans le courant de son quatrième plan quinquennal.

Le Dr DARKWA (Ghana) dit que la mise en place de systèmes efficaces de surveillance et d'endiguement pendant les épidémies de variole prend maintenant davantage d'importance que les campagnes de vaccination systématique. On sait que la surveillance dépend de l'existence de réseaux satisfaisants de services sanitaires ainsi que de la sûreté du diagnostic, et sa délégation constate avec plaisir que l'OMS prête assistance aux Etats Membres pour le développement des moyens de diagnostic en aidant à créer des laboratoires et en fournissant du matériel d'enseignement.

Il adresse ses remerciements au Gouvernement du Royaume-Uni qui a contribué au développement des services sanitaires, au Gouvernement de l'URSS qui a fourni du vaccin antivariolique et au Gouvernement du Japon qui a accepté d'accorder une aide au département de microbiologie de l'école de médecine du Ghana.

Les campagnes d'éradication entreprises en Afrique occidentale et en Afrique centrale ont progressé d'une façon remarquable parce qu'elles ont été organisées sur une base régionale avec la participation de 19 pays. Ces progrès n'auraient pas été possibles sans l'aide du Gouvernement et de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique qui ont fourni du matériel, de l'équipement, des moyens de transport et du personnel, ainsi que sans les conseils du Centre national des maladies transmissibles d'Atlanta (Géorgie).

La délégation ghanéenne tient à féliciter l'OMS et tous les pays qui ont contribué au progrès du programme d'éradication de la variole; elle invite instamment tous ceux qui n'ont pas encore participé à cette entreprise à donner tout leur appui au Directeur général pour assurer l'exécution du programme.

Le Dr DA SILVA (Portugal) dit que le programme d'éradication de la variole a bien progressé en 1968 et que l'incidence de la maladie a diminué dans le monde entier. Sa délégation tient à féliciter de leurs efforts tous les pays qui exécutent des programmes d'éradication.

La variole a été éliminée au Portugal en 1948 et, plus tard (mais avant que la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé n'eût décidé l'intensification du programme) dans les provinces d'outre-mer du Cap-Vert, de la Guinée portugaise, de São Tomé et Príncipe en Afrique, et à Macao et Timor en Extrême-Orient. A Macao, les trois derniers cas de variole ont été signalés en 1966. Dans tous ces territoires, l'éradication a été réalisée grâce à des programmes de vaccination systématique.

La situation au Mozambique, où la variole a persisté pendant les dix dernières années, préoccupe la délégation portugaise. Jusqu'en 1965, les cas ont été peu nombreux, mais une épidémie provoquant 115 cas a éclaté en 1965; d'autres épidémies localisées ont été signalées

dans d'autres régions en 1967 (104 cas) et en 1968 (146 cas). Au total, 72 décès ont été enregistrés pour ces trois années. Ces épidémies ont pu être enrayerées facilement grâce à des mesures intensives d'immunisation; les recherches entreprises ont permis d'établir qu'une de ces épidémies était due à l'origine à un cas importé. De 1965 à 1968, les services de santé du Mozambique ont effectué au total 8 millions de vaccinations. Neuf nouveaux cas de variole ont été signalés en janvier et février 1969.

Le vaccin lyophilisé utilisé provient du laboratoire de production de vaccin de Lourenço Marques. Des échantillons de ce vaccin ont été soumis à des essais et reconnus conformes aux normes recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé. Depuis 1967, des injecteurs sans aiguille actionnés à la main ou à pédale sont employés au Mozambique; en 1969, des injecteurs actionnés à la main seront employés en Angola.

Le rapport du Directeur général souligne qu'il importe que les gouvernements et les organismes d'assistance coordonnent leur action, que la notification des cas soit plus complète et que les échanges de renseignements soient plus rapides, toutes mesures auxquelles le Gouvernement portugais attribue un caractère prioritaire.

Sa délégation estime que les études épidémiologiques et les autres travaux de recherche actuellement en cours sous la direction de l'OMS seront d'un grand secours à tous ceux qui sont aux prises avec le grave problème de la variole.

Le Dr SAENZ-SANGUINETTI (Uruguay) dit que les résultats obtenus en matière d'éradication de la variole sont très encourageants.

L'Uruguay a toujours accordé une grande attention au problème de la variole : il s'en préoccupe depuis 1808. Un seul cas a été notifié en 1969; il était survenu près de la frontière septentrionale du pays. Les services de santé ont effectué près de 730 000 vaccinations et espèrent que la totalité de la population aura été vaccinée dans deux ans.

La délégation uruguayenne est très reconnaissante à l'OMS de l'aide apportée par l'Organisation en faveur du programme de vaccination entrepris dans son pays. Elle estime que les deux éléments les plus importants de la lutte antivariolique sont la vaccination systématique de la totalité de la population et une coopération étroite avec les pays voisins. L'Uruguay collabore avec l'Argentine et le Brésil au programme d'éradication.

Le Dr ZAARI (Maroc) dit que son pays a entrepris la fabrication de vaccin lyophilisé, selon les avis de l'OMS. Les résultats obtenus, surtout en ce qui concerne la vaccination des nouveau-nés, sont absolument satisfaisants. Aucun cas de variole n'a été enregistré au Maroc depuis 1947.

Le Dr TEOUME LESSAN (Ethiopie) rappelle qu'il a été dit que le coût de la vaccination entravait le programme d'éradication. Le vaccin antivariolique est relativement bon marché, mais l'administration du vaccin entraîne des dépenses élevées. L'Ethiopie n'a pas encore terminé l'évaluation du coût de l'opération. Elle a du vaccin en quantité suffisante, mais, devant couvrir une superficie de 1 million de kilomètres carrés et atteindre une population rurale très dispersée, elle aura besoin d'hélicoptères pour livrer le vaccin et assurer l'observation suivie des sujets vaccinés.

Il est dit au troisième paragraphe de la page 10 du document EB43/28 (annexé au document A22/P&B/2) :

Avec l'assistance technique et matérielle de l'OMS et du FISE, du vaccin lyophilisé d'excellente qualité est actuellement produit au Kenya, et la qualité du vaccin préparé en Ethiopie a été améliorée. En 1969, l'OMS apportera son aide au Rwanda et à la République démocratique du Congo.

Faut-il en déduire que des laboratoires se mettront à produire du vaccin antivariolique au Rwanda et dans la République démocratique du Congo ? Ce serait certainement du gaspillage, puisqu'il y a déjà au Kenya un laboratoire qui produit un excellent vaccin lyophilisé et en Ethiopie un laboratoire qui peut produire 10 millions de doses de vaccin par an. Il serait plus important d'améliorer les moyens médico-sanitaires dont on dispose dans la région.

Une autre question a trait à l'amélioration de la qualité du vaccin. Il semble que la dernière amélioration date d'il y a environ huit ans. D'après des rapports récents, le vaccin éthiopien est beaucoup plus actif que ne l'exige l'OMS et le Dr Teoume Lessan voudrait savoir quand a été entreprise la dernière évaluation de la qualité du vaccin antivariolique.

Le Dr N'DIAYE (Sénégal) dit que la campagne antivariolique a été une des actions sanitaires les mieux réussies au Sénégal. Les opérations de lutte ont reposé essentiellement sur la vaccination assurée dans les villes par les services de santé et dans les zones rurales par des équipes mobiles. Le Sénégal a reçu une assistance internationale continue, en particulier de l'OMS, du Fonds d'aide et de coopération de la France et de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique. Il remercie de leur aide ces organismes et ces Etats.

La coordination entre le Sénégal, le Mali, la Guinée, la Mauritanie et la Gambie apparaît indispensable au succès des campagnes de lutte contre les maladies transmissibles. Les équipes de vaccination qui travaillent au Sénégal doivent couvrir de grandes distances et sa délégation serait reconnaissante à l'OMS de bien vouloir lui fournir une aide pour la fourniture de carburant. Une modeste subvention de 1000 dollars aiderait beaucoup le pays à mener à bien la campagne d'éradication de la variole.

Le Dr BLOOD (Etats-Unis d'Amérique) déclare que sa délégation se réjouit du fait que beaucoup de pays où la variole est endémique ont entrepris des programmes d'éradication depuis 1967.

Les crédits approuvés au titre de l'éradication de la variole semblent assurer les ressources nécessaires au stade actuel du programme décennal. Sa délégation approuve entièrement l'attribution par l'OMS d'un haut rang de priorité au programme d'éradication de la variole. Elle espère que l'Organisation continuera de fournir les ressources nécessaires à l'achèvement du programme.

Les progrès remarquables du programme régional d'éradication entrepris dans les dix-neuf pays d'Afrique occidentale et d'Afrique centrale sont un motif de fierté pour tous ceux qui ont participé à cette entreprise. Le Dr Blood félicite les délégués de ces pays qui ont réalisé l'interruption de la transmission bien avant la date prévue. Les résultats obtenus en Afrique occidentale l'ont été malgré des obstacles d'ordre logistique et d'ordre écologique bien plus graves que ceux que l'on rencontre dans la plupart des autres pays d'endémicité variolique. Il espère que les autorités sanitaires d'autres pays ou territoires d'endémicité seront stimulées par les réalisations remarquables obtenues en Afrique et mèneront à bien des programmes d'éradication.

On a dit que l'éradication du paludisme devait être considérée à l'échelle régionale. C'est encore plus vrai dans le cas de l'éradication de la variole qu'il faut considérer non seulement à l'échelon régional mais à l'échelon continental. La présence de populations nomades et la rapidité des transports réduisent l'importance des frontières nationales en tant qu'obstacles à la propagation de la variole. Plusieurs délégués ont fait remarquer à juste titre que les bureaux régionaux de l'OMS jouent un rôle essentiel en coordonnant les activités régionales et en soulignant la nécessité d'agir non seulement à l'échelon des régions mais aussi à celui des continents, et même à celui du monde entier.

Le Dr KONE (Côte d'Ivoire) dit que l'évolution très particulière des épidémies de variole doit conduire à rester prudent devant les résultats encourageants obtenus en 1968.

La plupart des pays où la variole sévit de façon endémique n'ont pas encore une infrastructure sanitaire suffisante. Il faudra donc y poursuivre des campagnes de vaccination systématique pendant plus longtemps. Cela signifie qu'une assistance internationale sera nécessaire pour la fourniture de vaccins, de moyens de transport et de carburant.

La Côte d'Ivoire a été le premier pays d'Afrique occidentale qui ait entrepris un programme d'éradication en 1961. Aucun cas indigène de variole n'y a été diagnostiqué depuis 1965. Au 31 décembre 1968, 11 500 000 vaccinations avaient été effectuées. Depuis 1967, la Côte d'Ivoire reçoit une aide de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique sous forme de vaccins et de véhicules. Le Dr Kone tient à remercier cet organisme de son aide.

Son pays appuie sans réserve le projet de coordination inter-pays qui a été proposé il y a quelques mois par la Conférence de Lagos pour la campagne d'éradication de la variole en Afrique occidentale et en Afrique centrale.

Le Dr DIBA (Iran) dit que la vaccination antivariolique est obligatoire en Iran mais n'a malheureusement pas été appliquée systématiquement. De 1955 à 1960, cependant, des équipes ont été créées, des programmes ont été préparés et du personnel a été formé pour l'exécution d'une campagne de vaccination générale sur l'ensemble du territoire du pays. Heureusement, aucun cas de variole n'a été signalé en Iran depuis 1964.

La lutte contre la variole semble maintenant relativement facile. Le vaccin indispensable peut être préparé en Iran conformément aux spécifications de l'OMS et la formation du personnel n'a pas besoin d'être aussi complète que pour la lutte contre d'autres maladies transmissibles.

L'Iran est classé maintenant parmi les pays de non-endémicité mais où il existe un risque particulier d'importation de la variole. Le Dr Diba prie instamment tous les pays où la variole est encore endémique de faire en sorte que la maladie soit éliminée en un temps record.

Le Dr SULIANTE SAROSA (Indonésie) dit que son Gouvernement accorde un rang élevé de priorité à l'éradication de la variole et qu'il a entrepris au début de 1968 un programme d'éradication systématique avec l'aide de l'OMS. Outre les mesures normales de surveillance et d'endigement qui ont été prises à Java, un système de rattrapage a été institué : des équipes spéciales passent dans toutes les habitations et procèdent à la vaccination de toutes les personnes qui ne l'ont pas reçue lors du programme ordinaire. Toutefois, la grande difficulté consiste à vaincre l'indifférence de la population et à la persuader de bénéficier du programme d'immunisation. Le Dr Suliante Sarosa remercie l'OMS ainsi que les Gouvernements de la Chine, de la Nouvelle-Zélande et des Etats-Unis d'Amérique pour l'aide qu'ils ont apportée à son pays pour le programme d'éradication.

Le Dr HASAN (Pakistan) dit que son Gouvernement a entrepris récemment un programme d'éradication destiné à couvrir en trois ans une population de 125 millions d'habitants. Le diagnostic des cas de variole épidémique est bien entendu relativement facile, mais celui des cas de variole modifiée qui apparaissent au cours de la phase d'entretien peut être extrêmement difficile en l'absence d'installations de laboratoire adéquates. Il importe, à son avis, de ne rien négliger pour mettre en place une infrastructure sanitaire efficace.

Le Dr AASHI (Arabie Saoudite) juge que les mesures de surveillance et de contrôle ont une importance capitale dans l'éradication de la variole. C'est particulièrement vrai dans son pays où, bien que non endémique, la variole représente un danger en raison des très nombreux pèlerins qui s'y rendent et dont beaucoup viennent de régions infectées. En conséquence, son Gouvernement a entrepris, avec l'aide du Bureau régional de la Méditerranée orientale, un programme de surveillance portant en particulier sur les endroits fréquentés par les pèlerins.

Il souligne l'importance du diagnostic de laboratoire, particulièrement dans les zones de non-endémicité; le tableau clinique peut suffire dans les zones d'endémicité où les médecins sont entraînés à déceler la maladie, mais il n'en est pas de même dans les zones de non-endémicité.

M. GLOKPOR (Togo) dit que, comme l'indique le document A22/P&B/2, 784 cas de variole ont été enregistrés au Togo en 1968, contre 334 en 1967. Cette augmentation est due en grande partie à l'efficacité des mesures de surveillance qui ont permis de déceler plus de la moitié des cas.

Le programme d'éradication exécuté au Togo est actuellement en très bonne voie; le dernier cas de variole a été enregistré en mai 1969. Plus de 80 pour cent de la population a été vaccinée et des mesures d'entretien ont été mises en application. On espère que le Togo deviendra exempt de variole à partir du deuxième semestre de 1969 et qu'il aura cessé d'être une menace pour son voisin le Ghana.

Exprimant sa reconnaissance pour l'aide accordée à son pays par l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique et l'Organisation mondiale de la Santé, M. Glokpor fait remarquer que cette aide restera nécessaire aux pays à infrastructure sanitaire peu développée pour la mise en oeuvre de la phase d'entretien de tous leurs programmes de lutte contre les maladies transmissibles et en particulier contre la variole.

Le succès du programme d'éradication de la variole permet d'ores et déjà d'envisager d'autres programmes analogues. Etant donné que le succès de ce programme a été dû en partie à la coordination entre les pays d'Afrique occidentale et d'Afrique centrale, M. Glokpor compte que l'OMS continuera à encourager cette coordination pour tous programmes futurs de caractère régional.

Le Dr FERREIRA (Brésil) fait remarquer que le Brésil est le seul pays du continent américain où l'incidence de la variole est élevée. La persistance de la maladie s'explique notamment par le manque de continuité d'action dont ont fait preuve les organismes qui avaient la charge d'assurer le financement des mesures de santé publique. Là encore se pose aussi un problème de logistique, ce qui signifie que s'il n'est pas surmonté il faudra continuer à exécuter périodiquement des campagnes de lutte contre la variole pendant de nombreuses années.

Le Dr Ferreira partage entièrement l'avis du représentant de l'Union soviétique sur la nécessité de maintenir la question de l'éradication de la variole inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la Santé et il propose qu'il soit entendu qu'elle y restera inscrite jusqu'à ce que l'éradication de la maladie ait été réalisée dans le monde entier.

Le Brésil fait un effort considérable pour éliminer la variole. Sa production de vaccin est plus que suffisante et il met actuellement en place plusieurs laboratoires de diagnostic. Le Dr Ferreira estime qu'il sera possible de débarrasser le monde de ce fléau avec l'aide de l'OPS et de l'OMS.

Le Dr LEKIE (République démocratique du Congo) se déclare en désaccord avec le délégué de l'Ethiopie qui, s'il a bien compris, a dit que si l'OMS fournissait une aide au laboratoire de la République démocratique du Congo ce serait du gaspillage. En effet, la population du Congo était estimée à 16 millions d'habitants, ce qui signifiait qu'il fallait disposer de 6 millions de doses de vaccin par an. Or le Congo compte maintenant au moins 19 millions d'habitants d'après le dernier recensement de population et ce chiffre atteindra probablement 22 millions d'habitants lorsque le pays entrera dans la dernière phase de son programme d'éradication. Il faudra ainsi disposer d'au moins 8 millions de doses de vaccin par an et le Dr Lekie estime qu'au lieu de compter sur la bonne volonté d'autres pays pour obtenir le supplément de vaccin qui pourrait être nécessaire il convient que le pays mette tout en oeuvre pour assurer lui-même la production de tout le vaccin dont il a besoin.

Le Dr DAS (Népal) dit qu'il est encourageant de constater, dans le document EB43/28 (annexé au document A22/P&B/2, page 4, fig. 3 et 4), que le programme d'éradication de la variole a donné de bons résultats dans la plupart des pays. Il espère que cette tendance se maintiendra.

Il remercie l'OMS de fournir du vaccin à son pays et de prendre à sa charge les dépenses locales encourues au titre du programme d'éradication de la variole. Il remercie également le Gouvernement japonais qui a accepté de fournir à son pays 300 000 doses de vaccin antivariolique.

Le Dr DURAISWAMI (Inde) demande la permission de présenter un projet de résolution sur le projet d'éradication de la variole.

Le PRESIDENT fait droit à cette demande et annonce que le projet de résolution sera reproduit et distribué.

Le Dr AL-AWADI (Koweït) dit qu'aucun cas de variole n'avait été signalé au Koweït depuis quelque temps avant 1967. Toutefois, une petite épidémie due à des cas importés a éclaté en 1967.

A l'exception de certaines populations nomades sur lesquelles il est extrêmement difficile d'exercer une surveillance, la population du Koweït est couverte par des programmes annuels de vaccination.

Le Dr Al-Awadi juge indispensable que les pays fassent en sorte que les certificats internationaux de vaccination ne soient délivrés que sur constatation de vaccination positive et il propose d'entreprendre un programme interrégional en vue d'assurer la vaccination de toutes les populations migrantes du Moyen-Orient, dont beaucoup se déplacent sans passeport ou autre document et constituent une menace, en particulier pour des personnes qui ne résident pas au Koweït et qui n'ont pas été vaccinées.

En terminant, il exprime l'espoir que la coordination sera améliorée et que l'on parviendra finalement à éliminer la variole complètement.

Le Dr NABI (Soudan) remercie le FISE de l'aide accordée à son pays pour son programme d'éradication de la variole ainsi que le Gouvernement de l'Union soviétique de son offre de vaccin lyophilisé.

Il partage entièrement l'avis du délégué des Etats-Unis d'Amérique sur la nécessité d'entreprendre l'éradication de la variole à l'échelon des continents, solution qui offre le seul moyen pratique de résoudre le problème posé par des tribus nomades.

Le Dr WRIGHT (Niger) dit que son pays avait effectué 3 450 000 vaccinations au début de juillet 1969, grâce à une aide internationale. Il a ainsi mené à bien la phase d'attaque de son programme d'éradication de la variole et est sur le point de passer à la phase d'entretien. Il espère effectuer encore 2 millions de vaccinations pendant les deux prochaines années. Etant donné que les services de santé de base sont insuffisants et que les équipes de supervision et d'évaluation devront être dédoublées, le Niger devra pour cela bénéficier d'un soutien accru.

La nouvelle campagne de lutte contre la variole se déroule d'une façon tout à fait satisfaisante dans toutes les régions touchées par le programme de vaccination, d'autant mieux que les pays voisins exécutent des programmes analogues. Le Niger n'a enregistré que 22 cas de variole en 1969, alors que le nombre des cas enregistrés les années précédentes était 20 à 50 fois plus élevé, et il n'a eu aucun cas depuis le mois d'avril.

Le Dr Wright remercie l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, le Fonds d'aide et de coopération de la France ainsi que l'OMS de leur aide efficace et harmonieusement coordonnée.

Le Professeur MONDET (Argentine) se déclare, comme le délégué de l'Union soviétique, assez peu optimiste quant aux perspectives d'éradication de la variole.

La vaccination antivariolique est obligatoire en Argentine depuis de nombreuses années, de même que les études primaires, ce qui a pour conséquence que tous les enfants



sont vaccinés. Toutefois, il est indispensable de mettre un terme à une pratique largement répandue dans le pays, qui consiste à délivrer des certificats de vaccination de complaisance.

Il semble que la situation ait été beaucoup améliorée par l'adoption du vaccin lyophilisé, dont l'activité est beaucoup plus sûre que celle du vaccin classique, qui confère un taux d'anticorps très faible. L'Argentine produit par an 30 millions de doses d'un vaccin de bonne qualité contrôlé par le laboratoire de Toronto.

Il serait intéressant de savoir combien il existe dans le monde de laboratoires de production de vaccins et, comme c'est le cas dans les Amériques, d'en assurer la coordination générale afin de réaliser des économies.

En ce qui concerne la vaccination des travailleurs saisonniers et autres groupes de migrants, il serait utile de placer, aux points de rassemblement et de contrôle, des équipes de vaccinateurs munis d'injecteurs sans aiguille.

Enfin, il convient de signaler le danger de réintroduction de la variole dans des régions où la vaccination a été interrompue parce qu'aucun cas n'y a été signalé depuis plus de 15 ans. Ces régions, selon le Professeur Mondet, sont très exposées en raison de l'existence des moyens modernes de communications et plus particulièrement des transports par avion à réaction.

Le Dr BEDAYA N'GARO (République Centrafricaine) fait observer que la dernière épidémie de variole dans la République Centrafricaine remonte à 1962 et qu'aucun cas n'a été signalé en 1969. La vaccination est pratiquée systématiquement tous les trois ans au moyen de vaccin lyophilisé fourni par l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique. La date de vaccination a toutefois été avancée dans la zone de la frontière avec le Soudan, où l'on a enregistré un cas en juin 1969. La coordination entre Etats s'impose certainement et il serait bon de saisir de la question, à sa prochaine session, la Section Santé de l'Organisation de l'Unité africaine.

Le Dr PAYNE, Sous-Directeur général, répond aux diverses questions posées en expliquant que l'éradication de la variole ne fait pas l'objet d'un point distinct de l'ordre du jour parce que le Directeur général a estimé qu'elle pourrait être étudiée dans tous ses détails lors du débat sur le programme et le budget. Il signale à ce sujet que le rapport intitulé "Surveillance de la variole", qui a été distribué aux délégués le 18 juillet 1969 et dont il n'a guère été parlé, contient des renseignements très détaillés sur l'incidence de la maladie durant les six premiers mois de 1969 et constitue une mise à jour du document EB43/28 (annexé au document A22/P&B/2).

Le débat a été l'occasion pour de nombreux délégués d'exprimer leur gratitude pour l'assistance bilatérale et l'assistance internationale obtenues dans le cadre du programme. Certaines précisions touchant notamment les dons de vaccins des Etats-Unis, de l'Union soviétique et d'autres pays sont données dans le document A22/P&B/2.

Au nombre des remarquables efforts faits par les pays pour juguler la variole figure notamment celui de la République démocratique du Congo et il est à noter que, pour les cinq premiers mois de 1969, le nombre des cas signalés dans ce pays a été seulement de 635, contre 1600 pour la même période de l'année précédente. Il est encore plus significatif peut-être de constater qu'au cours de ces mêmes mois, le nombre des vaccinations pratiquées dans le pays a été de 3 300 000, contre 300 000 seulement pour toute l'année 1967.

Les chiffres relatifs à l'incidence de la variole sont difficiles à interpréter, notamment parce qu'il n'y a que deux ou trois ans que la surveillance et l'enregistrement des cas sont effectifs. Il est certain que, dans certains pays, le succès réel du programme d'éradication est plus marqué que le nombre de cas ne l'indique.

Enfin, le Dr Payne demande au Président de bien vouloir donner la parole au Dr Raška, Directeur de la Division des Maladies transmissibles, afin qu'il puisse donner des réponses sur certains points précis.

Le Dr RASKA, Directeur de la Division des Maladies transmissibles, fait observer que les progrès remarquables réalisés dans l'éradication de la variole - surtout en Afrique occidentale et Afrique centrale et en Amérique du Sud - résultent de l'application de nouvelles techniques et d'une nouvelle méthodologie de l'éradication. De nombreuses délégations ont souligné à juste titre l'importance des mesures de surveillance et d'endiguement dans le cadre des programmes systématiques de vaccination. Cette réussite est due pour beaucoup aussi à l'adoption du vaccin lyophilisé dans presque tous les pays, facilitée en particulier par une aide internationale. L'adoption de l'injecteur sans aiguille et de l'aiguille bifide a permis non seulement d'augmenter le nombre des vaccinations, mais aussi d'économiser des quantités considérables de vaccin.

En ce qui concerne l'importance du diagnostic clinique et du diagnostic de laboratoire, soulignée par plusieurs délégués, on sait que l'Organisation s'efforce de créer un réseau de laboratoires de référence pour le diagnostic de la variole. En outre, elle a récemment publié un guide pour le diagnostic clinique et le diagnostic de laboratoire et elle est disposée à fournir aux pays du matériel de référence à cette fin.

De nombreux délégués ont également insisté sur l'importance de l'aide et de la coopération internationales, et plus particulièrement de la coordination inter-pays. L'OMS estime que l'entente et la coopération entre les pays sont un élément important dans l'action menée pour combattre et éliminer la maladie.

En réponse au délégué de l'Ethiopie, le Dr Raška déclare qu'à n'en pas douter les dimensions et la situation géographique de l'Ethiopie rendent très difficiles les communications entre les régions éloignées des centres et donc la mise en oeuvre du programme d'éradication. Il reste toutefois que la production nationale de vaccin en Ethiopie est maintenant suffisante pour alimenter son programme et que, comme il ressort du document dont la Commission est saisie, la qualité du vaccin lyophilisé produit à Addis-Abéba en 1968 et 1969 était conforme à toutes les normes. Certes, la stratégie prévue pour l'éradication de la variole impose de faire porter d'abord les programmes de vaccination sur les grandes villes et autres concentrations de population, mais il y aurait intérêt, au cours des quelques années qui viennent, à étendre ces programmes aux régions environnantes.

Le PRESIDENT annonce que la Commission reprendra son examen de la question lorsque le projet de résolution de l'Inde aura été distribué.

#### Section 4.4.7 - Lèpre

Le Dr DURAIWAMI (Inde) signale que son pays compte, pour une population de 535 millions d'habitants, 2 500 000 cas de lèpre. En raison de ce fait, la délégation indienne demande instamment que des crédits soient ouverts pour mettre en oeuvre le projet de lutte BCG/Lèpre, qui a été supprimé du budget de 1968.

Le Dr PAYNE, Sous-Directeur général, fait observer que l'utilité du BCG dans la lutte contre la lèpre est encore incertaine. Les trois essais actuellement en cours en Birmanie, en Ouganda et en Nouvelle-Guinée - sous les auspices de l'OMS, du British Medical Research Council et d'une équipe de chercheurs australiens, respectivement - ont donné des résultats contradictoires. La Division de la Recherche en Epidémiologie et en Informatique a en conséquence entrepris une étude tendant à déterminer si les divergences sont d'origine méthodologique ou biologique; il semble qu'elles soient biologiques. On a donc jugé utile, avant de tenter d'autres essais, de chercher à déterminer la nature des différences biologiques apparues au cours des trois essais mentionnés.

#### Section 4.4.8 - Santé publique vétérinaire

Le Dr SULIANTI SAROSO (Indonésie) déclare que son pays, en qualité d'exportateur de bétail, estime que la santé publique vétérinaire est d'une importance extrême pour son développement économique. Le Gouvernement indonésien se félicite d'avoir bénéficié au début de l'année

des services du consultant à court terme envoyé sur place, mais il estime que ce séjour a été trop bref pour être réellement fructueux.

Etant donné l'intérêt particulier que l'Indonésie porte à la question, les autorités ont organisé en 1968 une conférence-atelier qui a réuni des représentants des Ministères de la Santé et de l'Agriculture. Elles envisagent également de faire procéder à une enquête sur les zoonoses dans l'ensemble du pays et, au cas où d'autres pays feraient de même, il serait fort utile que les renseignements obtenus puissent être réunis et diffusés. Peut-être y aurait-il lieu d'adopter une résolution à ce sujet.

#### Section 4.4.9 - Surveillance épidémiologique et quarantaine

Le Dr BLOOD (Etats-Unis d'Amérique) félicite le Directeur général des améliorations apportées à la pratique de la surveillance épidémiologique, domaine qui, à la suite des divers séminaires organisés, est maintenant beaucoup mieux connu. Ces séminaires ont également été l'occasion pour l'Organisation de montrer qu'elle est capable d'agir rapidement lorsque les Etats Membres lui demandent une aide pour juguler une épidémie. La délégation des Etats-Unis compte bien que la question demeurera hautement prioritaire.

## 2. CONSTITUTION DE SOUS-COMMISSIONS

Le PRESIDENT suggère, pour accélérer les travaux de la Commission, de constituer deux Sous-Commissions plénières. Il propose de présider l'une d'elles, qui examinera les points 2.2.3, 2.4, 2.5, 2.6 et 2.7 de l'ordre du jour, et de confier au Vice-Président la présidence de l'autre, qui examinera les points 2.2, 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13 et 2.14 de l'ordre du jour. Le Rapporteur de la Commission conservera ses fonctions auprès de la première Sous-Commission et la deuxième élira un autre Rapporteur.

Il en est ainsi décidé.

La séance est levée à 17 h 55.