

PROCES-VERBAL DE LA TROISIEME SEANCE

Central Officials' Training Institute  
Vendredi 17 septembre 1965, 9 heures

PRESIDENT : Dr Youn Keun Cha

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. Allocution du Président .....	141
2. Problèmes démographiques et santé .....	143
3. Soutien matériel au programme d'éradication globale de la variole par les pays de la Région du Pacifique occidental .....	161
4. Déclarations des représentants d'organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS .....	170
5. La poliomyélite .....	171

Troisième séanceVendredi 17 septembre 1965, 9 heures

## PRESENTS

I. Représentants des Etats Membres

AUSTRALIE	Dr H.E. Downes Dr Ako Toua Dr C.J. Ross-Smith
CAMBODGE	Dr In Sokan Dr Keo Phann
CHINE	Dr C.K. Chang Dr T.C. Hsu
COREE	Dr Y.K. Cha Dr Y.W. Pak Dr S.T. Han Dr T.I. Kim Dr C.D. Min Dr H.J. Park
ETATS-UNIS D'AMERIQUE	Dr J. Watt Dr R.K.C. Lee Dr J. Lewis Dr D.W. Ruthig Dr H.A. Tucker Lt. Colonel H.W. Fleming Dr M. Makabe
FRANCE	Médecin Général M. Orsini Médecin Colonel Thenoz
JAPON	Dr N. Tatebayashi Dr J. Urata
LAOS	Dr K. Saycocie
MALAISIE	Dr L.W. Jayesuria Dr R. Dickie
NOUVELLE-ZELANDE	Dr C.N. Derek Taylor
PHILIPPINES	Dr C.S. Gatmaitan Dr T.A. Gomez Dr A.N. Acosta

- |                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| PORTUGAL         | Dr N.C. de Andrade<br>Dr M.F. Matias |
| ROYAUME-UNI      | Dr C.H. Gurd                         |
| SAMOA-OCCIDENTAL | Dr J.C. Thieme                       |
| VIET-NAM         | Dr Le Cuu Truong                     |
- II. Observateur d'un Etat non Membre
- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| SINGAPOUR | Dr Thong Kah Leong |
|-----------|--------------------|
- III. Représentants des Nations Unies et des institutions spécialisées
- |   |                |
|---|----------------|
| FONDS DES NATIONS UNIES<br>POUR L'ENFANCE | M. A.E. McBain |
|---|----------------|
- IV. Représentants d'autres organisations intergouvernementales
- |  |                      |
|--|----------------------|
| COMITE INTERNATIONAL DE MEDECINE<br>ET DE PHARMACIE MILITAIRES | Colonel Eui Shik Kim |
| COMMISSION DU PACIFIQUE SUD                                    | Dr G. Loison         |
- V. Représentants des organisations non gouvernementales
- |  |  |
|--|--|
| ASSOCIATION INTERNATIONALE<br>DES FEMMES MEDECINS      | Dr C.H. Lee<br>Dr C.T. Kim                             |
| ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE                          | Dr C.J. Ross-Smith                                     |
| CONSEIL INTERNATIONAL DES<br>INFIRMIERES               | Mlle S.Y. Hong   |
| FEDERATION INTERNATIONALE DES<br>COLLEGES DE CHIRURGIE | M. P.W.C. Mao  |
| FEDERATION INTERNATIONALE DES<br>HOPITAUX              | Dr V.R. de Ocampo<br>Dr M. Chua Chiao<br>Dr J. Ortanez |
| FEDERATION MONDIALE DES<br>ANCIENS COMBATTANTS         | Vice-Amiral S.H. Lee                                   |

LIGUE DES SOCIETES DE LA  
CROIX-ROUGE

Dr Y.C. Kim

UNION INTERNATIONALE DE  
L'EDUCATION SANITAIRE

Dr G. Loison

UNION INTERNATIONALE DE  
PROTECTION DE L'ENFANCE

Dr J. Franklin-Adams

VI. Secrétariat

DIRECTEUR GENERAL

Dr M.G. Candau

SECRETARE

Dr I.C. Fang  
Directeur régional  
et

Dr A.C. Reyes  
Directeur adjoint des  
Services de Santé

1. ALLOCUTION DU PRESIDENT : point 5 de l'ordre du jour

Au nom du Président et du peuple de la République de Corée, le PRESIDENT souhaite la bienvenue à tous les représentants et au Dr Candau, Directeur général. La visite du Dr Candau et sa présence même à cette session démontrent l'intérêt profond et constant qu'il porte à la santé et au bien-être des peuples de la Région du Pacifique occidental.

Le Comité régional a pour tâche de passer en revue les activités de l'OMS dans la Région, de discuter les problèmes qui se posent et de déterminer comment les pays Membres peuvent s'entraider pour améliorer la situation sanitaire. Le quinzième rapport annuel du Directeur régional montre que, au cours des quinze dernières années, l'OMS a puissamment contribué au développement des services de santé. La situation dans son ensemble est bien meilleure aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a quinze ans. Cependant, un travail énorme reste à accomplir. L'hygiène du milieu garde une importance primordiale dans le développement des services sanitaires. Les maladies transmissibles resteront pendant de nombreuses années encore un problème capital. On sait depuis longtemps que la fièvre typhoïde, l'encéphalite japonaise et la poliomyélite constituent des maladies importantes dans la Région. La variole a été éliminée, mais il conviendrait de prendre des mesures immédiates pour empêcher sa réapparition. Le choléra El Tor semble devenir endémique et il faut mettre fin à cet état de choses, ce qui serait possible en renforçant le contrôle à l'échelon national et en coopérant dans l'application du Règlement sanitaire international.

Le thème "Problèmes démographiques et santé" est inscrit à l'ordre du jour, ce qui est particulièrement judicieux étant donné l'urgence du problème démographique. Dans l'histoire, l'accroissement démographique a pu être symbole de puissance nationale, de prospérité et de bien-être pour l'individu. Aujourd'hui,

nombreuses sont les régions dans lesquelles l'accroissement rapide de la population menace de faire baisser le niveau de vie, voire de nuire à la santé des individus. La Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a décidé à l'unanimité que l'OMS pourrait entreprendre des programmes portant sur les aspects sanitaires de la situation démographique mondiale. La Corée a mis en oeuvre un programme efficace de planning familial, et l'orateur rappellera ce programme à l'attention des Etats Membres lors de la discussion de cette question.

Comme dans d'autres domaines, les activités de santé publique n'auraient aucun succès sans l'intérêt, la compréhension et la coopération des intéressés. Ceux-ci doivent bénéficier d'une éducation sanitaire appropriée et prendre sur eux d'améliorer leur propre santé, celle de leur famille, de la collectivité et de la nation. Les discussions techniques de cette session ont pour thème : "Le rôle des services d'éducation sanitaire dans les programmes nationaux de la santé". L'orateur espère que ces discussions inciteront les gouvernements à développer les services d'éducation sanitaire à tous les niveaux : national, provincial et local. Le moment est venu pour chaque pays d'entreprendre une planification sanitaire à long terme dans le cadre de l'effort national visant à atteindre le niveau souhaité de développement économique et social.

Pour terminer, le Président se réfère à l'élection du nouveau Directeur régional et au départ du Dr I.C. Fang, qui prendra sa retraite le 30 juin 1966 après une longue et éminente carrière. Le Dr Fang, qui a fondé le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental et qui s'est consacré à l'amélioration de la santé dans la Région, mérite le profond respect de tous les peuples qui en font partie. Le Président espère que l'impulsion donnée par le Dr Fang au développement des services de santé continuera à porter ses fruits et que ses réalisations ouvriront la voie à des progrès futurs.

2. PROBLEMES DEMOGRAPHIQUES ET SANTE : point 14 de l'ordre du jour  
(document WP/RCL6/7)

Le DIRECTEUR REGIONAL se réfère à la résolution adoptée par le Comité lors de sa dernière session, qui souligne l'importance des études sur la population sous l'angle sanitaire. Après la session, une copie de la résolution a été envoyée aux pays et territoires de la Région, en même temps qu'une lettre comportant les questions suivantes : 1) des études sur les problèmes démographiques ont-elles été effectuées dans votre pays, notamment en ce qui concerne l'influence de l'évolution démographique sur les programmes de santé publique ? 2) des programmes de formation en démographie ont-ils été entrepris par des institutions éducatives, et dans l'affirmative, ces programmes ont-ils été incorporés aux programmes de santé publique ? 3) Avez-vous des suggestions à faire concernant toute initiative qui, à votre avis, pourrait être prise dans le proche avenir ?

Des trente-deux gouvernements auxquels la résolution a été envoyée, vingt ont répondu. Le document WP/RCL6/7 contient un résumé des réponses reçues. Il est accompagné d'annexes où figurent les résultats de diverses enquêtes menées par le Bureau régional. Le Bureau serait heureux de recevoir des gouvernements tous renseignements supplémentaires concernant les études effectuées dans leurs pays sur la population sous l'angle sanitaire, afin de faciliter le libre échange d'information sur ce sujet.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare que, lors de la discussion qui a eu lieu durant la première séance au sujet des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée, le représentant des Etats-Unis d'Amérique a cité la résolution concernant les aspects sanitaires de la situation démographique mondiale. Il avait alors été proposé de discuter de cette résolution lorsque l'on

arriverait au point 14 de l'ordre du jour. On sait qu'à la demande du Conseil exécutif, le Directeur général a présenté à la Dix-huitième Assemblée mondiale de la Santé un rapport sur les activités que l'OMS pourrait inscrire à son programme au sujet des aspects sanitaires de la situation démographique mondiale. Ce rapport (document A18/P&B/4) qui contient des renseignements sur ce que l'OMS a accompli jusqu'à présent et sur ce qu'elle devrait prévoir pour l'avenir, a été discuté par l'Assemblée. Comme le signale ce rapport, le programme déjà mis en oeuvre concerne les recherches sur la biologie de la reproduction humaine. Le rapport énumère ensuite une série de groupes scientifiques, huit exactement, qui ont été ou seront réunis par l'Organisation en 1963, 1964 et 1965, afin d'étudier les différents aspects de la reproduction humaine. Ils ont traité les sujets suivants : la biologie de la reproduction humaine; la physiologie de la lactation; les effets du travail sur le foetus et le nouveau-né; la neuro-endocrinologie et la reproduction humaines; le mode d'action des hormones sexuelles et des substances analogues, notamment des hormones progestatives qui concernent leur activité par voie buccale; la biochimie et la microbiologie des appareils génitaux féminins et masculins; les aspects immunologiques de la reproduction humaine et enfin la chimie et la physiologie des gamètes. Ces deux derniers sujets seront étudiés par des groupes qui se réuniront à la fin de 1965, le premier en octobre et l'autre en novembre. Quant aux cinq premiers sujets, ils ont été examinés par des groupes scientifiques en 1963 et 1964, et les rapports correspondants ont déjà été publiés. Dans le rapport que l'orateur a soumis à la Dix-huitième Assemblée mondiale de la Santé, il se réfère à la préparation d'une bibliographie des ouvrages consacrés aux variations ethniques et géographiques de la reproduction humaine, ainsi qu'à une analyse critique de ces oeuvres. Ensuite, sous le titre "Services aux chercheurs", ce rapport se réfère



également à l'établissement de collections d'hypophyses humaines et à la possibilité de créer un centre d'information sur les stéroïdes et les polypeptides. Le rapport indique aussi que l'on a étudié la création éventuelle d'un centre d'information sur les lignées de cellules humaines et que l'on entreprendra sous peu un inventaire des instituts de recherche et des chercheurs qui travaillent sur la reproduction humaine. Parmi les études menées par l'Organisation, le rapport cite l'évaluation des données existantes sur l'innocuité des gestagènes actifs par voie buccale et sur leur éventail posologique; la possibilité de créer un centre des animaux de laboratoire (espèces déjà utilisées et espèces nouvelles); et les aspects sanitaires de la dynamique des populations. Le programme de recherches sur la biologie de la reproduction humaine a été examiné au préalable par le Comité consultatif de la Recherche médicale. Cette année, ce Comité a repris l'étude de la question du point de vue des aspects sanitaires de la dynamique des populations sous les rubriques suivantes : les facteurs médicaux et sociaux de la fécondité; les tendances futures de la mortalité et de la fécondité et leurs effets sur l'évolution démographique; enfin, les relations entre les tendances démographiques et les services de santé.

L'auteur estime que ces détails donnent une idée du programme jusqu'à la fin de 1965. Dans le même document, le Directeur général a proposé d'élargir quelque peu ce programme, dans la rubrique "Programme futur". Celui-ci concerne un centre de documentation pour la littérature biomédicale sur tous les aspects de la reproduction humaine; des études à réaliser sur les aspects médicaux de la stérilité et de son traitement, les aspects médicaux des méthodes de régulation de la fécondité et les aspects sanitaires de la dynamique des populations; enfin, des services consultatifs attachés aux gouvernements.

Ce document a été discuté par l'Assemblée d'une façon que l'on peut qualifier de très constructive. Comme le Dr Watt l'a mentionné hier, des changements considérables se sont évidemment produits dans l'attitude de l'Assemblée envers la discussion des problèmes concernant la population et la reproduction humaine. La Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé s'est montrée très compréhensive à l'égard de ce problème. Cependant, nombre de difficultés se sont présentées, non seulement quant aux aspects médicaux de la question, mais aussi quant à l'infrastructure culturelle des différents pays. Après une longue discussion, l'Assemblée a adopté la résolution WHA18.49, dont la partie la plus importante s'énonce comme suit :

"Considérant que les modifications d'effectif et de structure de la population se répercutent sur les conditions sanitaires;

Reconnaissant que le problème de reproduction humaine intéresse la cellule familiale tout comme l'ensemble de la société, et que la dimension de la famille relève du libre choix de chaque famille particulière;

Consciente du fait qu'il appartient aux administrations nationales de déterminer si, et dans quelle mesure, elles doivent soutenir la diffusion de renseignements et la prestation de services à la population de leur pays sur les aspects sanitaires de la reproduction humaine;

Reconnaissant qu'il n'entre pas dans les responsabilités de l'OMS de soutenir ou de promouvoir une politique démographique quelconque; et

Notant l'insuffisance des connaissances scientifiques en ce qui concerne la biologie de la reproduction humaine et les aspects médicaux de la régulation de la fécondité,

1. APPROUVE le rapport du Directeur général sur les activités que l'OMS pourrait inscrire à son programme au sujet des aspects sanitaires de la situation démographique mondiale;

2. PRIE le Directeur général de poursuivre la mise en oeuvre du programme proposé :

a) dans le domaine des services de référence et des études sur les aspects médicaux de la stérilité et des méthodes de régulation de la fécondité ainsi que sur les aspects sanitaires de la dynamique des populations; et

b) dans le domaine des services consultatifs exposés dans le paragraphe 3 de la partie III du rapport du Directeur général, étant entendu que ces services consisteront, dans le cadre des responsabilités de l'OMS, en l'octroi d'avis techniques sur les aspects de la reproduction humaine touchant à la santé publique et qu'ils ne devront pas comporter d'activités opérationnelles;

3. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur le programme de l'OMS dans le domaine de la reproduction humaine."

Après l'Assemblée, le Directeur général a présenté au Comité consultatif de la Recherche médicale trois documents déjà mentionnés, sous le titre général : "Les aspects sanitaires de la dynamique de la population". Le Comité a recommandé d'entreprendre de nouveaux travaux en ce domaine conformément aux rapports présentés. Des mesures préliminaires ont aussi été prises en vue de créer un centre de documentation pour la littérature biomédicale sur tous les aspects de la reproduction humaine. Toute cette question est extrêmement compliquée et assez difficile du fait que l'OMS doit fournir des renseignements aussi impartiaux que possible. En ce qui concerne les services consultatifs, il est bien clair que l'Organisation doit être prête à donner des avis, sur demande, aux administrations sanitaires des Membres et Membres associés. On a dressé les plans nécessaires pour organiser des réunions annuelles de groupes scientifiques sur l'usage des gestagènes et des dispositifs intra-utérins, afin de passer en revue les renseignements disponibles. Les résultats de ces réunions seront ensuite communiqués à tous les pays. Le groupe de travail qui a préparé la résolution de l'Assemblée était présidé par le Dr Watt. Celui-ci n'ignorait pas que le passage relatif à la création d'un programme dans le domaine des services consultatifs serait interprété par le Directeur général comme il l'entendrait. Lors d'une réunion organisée à Genève par une institution privée pour examiner les questions de reproduction humaine, le Directeur général a eu l'occasion de parler à des représentants de

différents pays et l'une de leurs préoccupations communes était le problème de l'évaluation des programmes. C'est là un domaine dans lequel l'OMS peut s'engager sans aucune restriction et ce sera sans doute une des premières activités qu'elle entreprendra. L'orateur estime que cette question peut maintenant être discutée à toutes les tribunes de l'OMS, qu'il s'agisse des comités régionaux, du Conseil exécutif ou de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ces discussions ne se ressentiront plus des réactions émotives qui prévalaient il y a douze ans lorsque le problème a été évoqué pour la première fois à l'Assemblée. C'est aujourd'hui une question purement technique qui peut parfaitement être discutée par des techniciens.

Le Dr HSU (Chine) déclare que le taux et le mode de l'accroissement démographique affecteront directement ou indirectement la nature et l'ampleur des soins médicaux et des activités sanitaires que la collectivité requiert. Dans la plupart des pays de la Région, le problème démographique principal semble être celui de la fécondité, dont le taux reste élevé, à quoi se joignent les problèmes sanitaires connexes. L'orateur est heureux de pouvoir signaler que le Gouvernement chinois a fait un effort dans ce domaine pendant la période considérée. Tout d'abord, le taux brut de mortalité à Taiwan a de nouveau baissé, passant de 6,1 pour mille en 1963 à 5,7 en 1964, soit une réduction de plus de 6 %. Un des programmes qui se développe le plus rapidement est celui du planning familial, qui a débuté en janvier 1964 dans un comté seulement mais qui couvre maintenant la province tout entière. Les autorités sanitaires se sont chargées d'initier et d'intéresser la population à cette question, tandis qu'une organisation bénévole, l'Association pour l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, assure le service même. La méthode la plus usitée est celle du

dispositif intra-utérin ("Ippes loop"). A la fin de juin 1965, 104 112 femmes mariées (l'objectif étant de 600 000 en six ans) avaient accepté d'utiliser cette méthode. Ce chiffre correspond à 8,1 % du total des femmes mariées du groupe d'âge de 20 à 39 ans. Le centre d'études démographiques du Département provincial de la Santé de Taïwan a entrepris des enquêtes et des études, et a procédé à des évaluations visant à assurer une utilisation efficace des ressources financières et de la main-d'oeuvre. Des séminaires sur les problèmes démographiques et la santé publique ont été organisés par ce centre dans trois écoles de médecine. Le centre assure également une formation dans ce domaine à des étudiants nationaux ou étrangers. L'an dernier, le centre a reçu cinquante groupes de visiteurs - plus de 200 personnes venues de quinze pays. Entre 1963 et 1964, le taux brut de natalité a diminué de 5 %, passant de 36,3 à 34,5. Le nombre absolu des naissances a baissé lui aussi, de 424 250 à 416 609. C'est la première fois que l'on relève un tel résultat au cours des douze dernières années. Le Gouvernement chinois se préoccupe vivement des problèmes sanitaires liés à la situation démographique, et en particulier des relations entre une fécondité élevée et la santé des mères et des enfants. Pour résoudre ce problème, on s'efforce d'inclure dans les formulaires du recensement de 1966 quelques questions portant sur le nombre de naissances et le nombre de décès parmi les enfants. Les renseignements obtenus seront ensuite analysés en tenant compte du statut socio-économique des personnes en question. En conclusion, l'orateur fait les recommandations suivantes : 1) le Bureau régional du Pacifique occidental devrait organiser un séminaire sur les problèmes démographiques et le planning familial, afin de permettre des échanges d'informations et d'encourager des études dans ce domaine; 2) le Bureau pourrait envisager de créer un poste de conseiller en démographie pour stimuler, encourager et coordonner les activités de recherche et autres dans ce domaine.

Le Dr KIM (Corée) déclare qu'il ne fera de brefs commentaires que sur deux facteurs seulement : la mortalité infantile et les avortements provoqués.

Le taux de mortalité infantile a rapidement diminué pendant les dernières décennies. Selon le Bulletin démographique des Nations Unies, No 6, 1962, les changements intervenus dans les taux de mortalité générale et de mortalité infantile entre les périodes 1935-1939 et 1955-1958 pour les pays d'Asie disposant de statistiques complètes révèlent une diminution remarquable, qui varie de 43,5 à 73,1 % pour la mortalité globale et de 48,4 à 76,2 % pour la mortalité infantile. La baisse de cette dernière entre ces deux dates est due largement à la réduction de la première. Cependant, le taux de mortalité demeure élevé en Corée, notamment dans la population rurale. En 1962, on estimait qu'il atteignait 70 pour mille, contre 26,5 pour mille au Japon et 31,4 pour mille en Chine (Taïwan).

Une étude effectuée dans les zones rurales de Corée a montré que le taux de mortalité s'est accru rapidement chez les enfants de la septième naissance et a presque doublé chez ceux de la neuvième naissance. De plus, alors que le taux moyen était de 83 pour mille entre 1954 et 1959, le taux global de mortalité s'élevait pendant la même période à 40 pour mille. Une autre enquête a montré que 94 % des naissances ont lieu en présence de personnes non qualifiées, à savoir des grand-mères, d'autres parents ou des voisins. Trois pour cent seulement ont lieu dans des hôpitaux ou des maternités, et le reste à domicile, sous surveillance. Ces enquêtes semblent indiquer que le taux de natalité élevé et la pénurie de services d'hygiène de la maternité et de l'enfance sont parmi les facteurs clés de la mortalité infantile en Corée. Pour réduire celle-ci, il faudrait que les mères espacent judicieusement leurs grossesses et en limitent le nombre; il conviendrait aussi d'améliorer l'ensemble des services d'hygiène de la maternité et de l'enfance.

Les avortements provoqués sont illégaux en Corée. Cependant, il a été signalé que ces avortements sont pratiqués pour des raisons socio-économiques. Une enquête récemment menée à Séoul a révélé que la fréquence des avortements provoqués est de 25 % environ chez les femmes mariées de 20 à 44 ans. Les observations portant sur les trois dernières années ont montré que ce chiffre s'élève rapidement. Il est probable que cette tendance se maintiendra jusqu'à ce que les méthodes contraceptives soient connues et utilisées avec succès par les personnes mariées en âge de procréer. Lors de la même enquête, on a remarqué que les taux d'avortements provoqués sont de 1,6 % et 3,9 % pendant les première et deuxième grossesses respectivement, et de 29,1 % et 34,6 % pendant les sixième et septième grossesses respectivement. Au cours de la neuvième grossesse, le taux est de près de 60 %. La plupart des grossesses non souhaitées se terminent par des avortements provoqués dans des conditions illégales, et dangereuses du point de vue sanitaire. Il faut prévenir les grossesses non souhaitées, et quand un avortement est indispensable, il doit être pratiqué dans des conditions hygiéniques.

Le personnel sanitaire des services gouvernementaux se rend parfaitement compte qu'il a pour tâche de fournir à la population, dès que possible, tous les renseignements et tous les services requis dans le domaine du planning familial, afin de réduire le taux d'accroissement de la population ainsi que la fréquence des avortements provoqués. La limitation des naissances est une mesure préventive destinée à protéger la santé des mères, et comme telle elle fait partie intégrante du programme de protection de la maternité et de l'enfance.

Le Gouvernement coréen a décidé de créer un service national de planning familial, et c'est le service de protection maternelle et infantile qui a commencé à appliquer le programme en 1962. Ce programme n'ayant que trois ans d'existence, on ne dispose pas encore de preuves attestant que le taux de natalité a baissé. Cependant, si le programme réussit, l'accroissement démographique annuel passera de 2,9 % en 1962 à un niveau de 2 % à la fin de 1971.

Pour terminer, le Dr Kim lit le résumé d'un article du Dr John Everett Gordon, professeur de médecine préventive et d'épidémiologie à l'Ecole de Santé publique de Harvard. Dans cet article intitulé "La santé publique dans un monde surpeuplé", l'auteur déclare que la solution du problème démographique consiste à accroître la production des ressources matérielles et à limiter le nombre des naissances. Cette dernière méthode doit évidemment être considérée comme un problème de santé. Etant responsable dans une large mesure de l'accroissement de la population, dû à la diminution du taux de mortalité, les services de santé publique sont moralement tenus d'oeuvrer à la réalisation d'un équilibre écologique entre l'homme et son milieu. Ils possèdent les moyens de prendre une part active aux recherches, aux services et aux activités éducatives dont l'objet est de faire baisser le taux de natalité. Il existe des centres de santé publique. Il faut en créer de nouveaux et agrandir les services traditionnels, afin d'y inclure la limitation des naissances au même titre que celle des décès.

Le Dr SAYCOCIE (Laos) note qu'à la page 4 du document, les données concernant la population de certains pays font défaut. Le Gouvernement laotien avait prévu d'effectuer un recensement de la population, mais les conditions politiques ne l'ont pas permis. Seul un recensement partiel a pu être fait



dans les zones sûres. Des études concernant l'accroissement de la population, la mortalité, la fécondité et la classification de la population, par groupes d'âges, ont été faites par des experts appartenant à des organisations internationales oeuvrant au Laos. La population du Laos est estimée par le Service de la Statistique à environ 2 635 000 habitants; cependant la population réelle a été évaluée à 2 450 000 habitants en 1962. La dernière enquête démographique a donné les résultats suivants : taux brut de natalité 4,7 %, taux brut de mortalité 2,3 %, taux brut d'accroissement de la population 2,4 %. Pendant les quinze prochaines années, le taux d'accroissement de la population ne devrait pas dépasser 2,4 %. Si l'on se base sur ces chiffres, la population du Laos vers 1980 sera donc d'environ 3 760 000 habitants. L'OMS a accordé une bourse de six mois pour permettre à un médecin laotien de faire des études en France. On espère que, grâce à cette bourse, le Laos sera en mesure de créer un service spécial de statistiques démographiques et sanitaires.

Le Dr ANDRADE (Portugal) donne au Comité les chiffres qui font défaut dans les tableaux des pages 5 et 6 du document WP/RCl6/7 en ce qui concerne Macao et Timor. D'après le recensement de 1960, la population de Macao était de 182 772 habitants et celle de Timor de 517 079. En 1964, la population de Macao était évaluée à environ 300 000 habitants, et celle de Timor à 552 000. Il faut cependant reconnaître que les naissances et les décès ne sont pas tous enregistrés. Pour Macao, il est difficile de donner des renseignements plus précis à cause du grand nombre de personnes qui sont originaires du continent.

Le Dr TRUONG (Viet-Nam) remercie le Directeur général d'avoir fait au Comité un exposé complet des problèmes démographiques dans leurs rapports avec la santé et les activités de l'OMS. La question a déjà été examinée sous tous ses aspects durant la Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé à Genève. Le Dr Truong ajoute qu'il désire fournir au Secrétariat des renseignements supplémentaires sur la répartition de la population par âge et sur les effectifs du personnel médical et paramédical au Viet-Nam afin de mettre le document à jour. La population du Viet-Nam, estimée à environ 14 millions d'habitants en 1960, dépassera 18 millions en 1970.

La question de la limitation des naissances ne se pose pas pour le moment au Viet-Nam, bien que ce soit là un problème important puisque lié à diverses questions d'ordre socio-économique, sanitaire et politique. Il existe une législation interdisant toute propagande en faveur de la limitation des naissances, bien que dans certains cas le médecin soit autorisé à pratiquer l'avortement, ou même à conseiller certaines méthodes physiologiques. L'Institut national de Statistique a effectué certaines études et publié certains chiffres qui, par suite de l'état de guerre, manquent de précision. Le Gouvernement vietnamien est parfaitement conscient de l'importance du problème démographique, mais pour le moment la question de la limitation des naissances ne saurait être envisagée. Toutefois, on suit avec intérêt le travail réalisé dans ce domaine par les organisations internationales.

Le Médecin Général ORSINI (France) déclare que l'Institut national de Statistique de Paris a publié des données relatives au recensement effectué en 1963 en Nouvelle-Calédonie après la distribution du document de l'OMS. Ces renseignements seront communiqués au Secrétariat ultérieurement pour lui permettre de compléter les tableaux du document. Le Dr Orsini ajoute qu'au

stade actuel il n'est pas question de limitation des naissances en Nouvelle-Calédonie, bien qu'entre les recensements de 1956 et de 1963, la population soit passée de 68 000 à 86 500 habitants et qu'elle ait été évaluée à 88 899 en 1964. Entre ces deux recensements, l'accroissement de la population a été de 26 pour cent. Comme indiqué dans le tableau joint en annexe au document, la densité démographique est de 4 habitants au kilomètre carré en Nouvelle-Calédonie. La main-d'oeuvre fait défaut et pour le moment le problème démographique ne se pose pas. D'autre part, la Nouvelle-Calédonie fait partie de la République française et toute décision concernant la population doit être prise par la métropole. Les autorités sont conscientes du rapport existant entre le taux de natalité et la santé publique, mais pour des raisons pratiques on ne saurait entreprendre en ce moment une politique de limitation des naissances en Nouvelle-Calédonie. Le Dr Orsini ajoute que la déclaration qu'il a faite lors de la dernière session demeure valable.

Le Dr GAIMAITAN (Philippines) déclare que la population de son pays est très jeune, puisque 45,63 %, soit presque la moitié de la population totale, est composée d'enfants de moins de 15 ans. Les enfants en bas âge représentent à eux seuls 3 % du total et les enfants de moins de 5 ans environ 20 %. La population philippine se caractérise actuellement par un taux de croissance phénoménal : 3,05 % par an. Dans ces conditions, elle doublera en 23 ans. On voit agir en ce moment des forces favorables à une augmentation du taux de fécondité, notamment celles qui découlent de l'amélioration des conditions sanitaires. En 1963, le taux de fécondité a été évalué à environ 136 naissances vivantes pour mille femmes entre 15 et 44 ans. Le taux des naissances déclarées a été en 1963 de 27,6 pour mille habitants. Toutefois, il existe des lacunes dans l'enregistrement des naissances aux Philippines et on a estimé que

le taux réel s'élevait à 50 pour mille au moins. On observe une diminution régulière et nette des taux bruts de mortalité générale, infantile et maternelle. En 1963, les taux de mortalité générale et infantile étaient respectivement de 7 pour mille et 66,6 pour mille. Toutefois, étant donné les lacunes d'enregistrement existant pour les décès aussi bien que pour les naissances, on estime que les taux s'élevaient en fait à 10 pour mille et 51,6 pour mille respectivement. Du point de vue sanitaire, ces statistiques démographiques sont importantes, parce que la planification et la programmation des services de santé doit se faire en fonction de la composition par âge et du taux d'accroissement de la population. Il faut se préoccuper des deux segments les plus vulnérables de la population, les enfants et les mères, en vue d'instituer et de réaliser un programme complet de protection de la maternité et de l'enfance.

On a déjà cité la résolution adoptée par la dernière Assemblée mondiale de la Santé. Le Directeur général a exposé en détail les aspects sanitaires de la situation démographique mondiale et a souligné qu'il faut effectuer des recherches sur les aspects médicaux de la reproduction humaine, de la fécondité, de l'accroissement démographique, etc. La délégation philippine tient à ce qu'il soit pris acte de son complet accord avec le texte de la résolution; elle croit en effet que des études sur les aspects médicaux de l'accroissement démographique aideraient à résoudre ce problème extrêmement important. Cependant, la délégation ne peut aller plus loin, pour deux raisons : 1) les Philippines sont un pays très religieux, à prédominance catholique, de sorte que toute discussion sur le planning familial ou sur l'accroissement démographique pourrait heurter les sentiments des femmes du pays; 2) ni le Ministère de la Santé, ni le Gouvernement n'ont pris position officiellement à ce sujet.

En fait, la délégation philippine n'a pas reçu d'instructions officielles et ne peut donc faire aucun commentaire sur l'accroissement démographique, en dehors des aspects médicaux de la question.

Le Dr TATEYASHI (Japon) demande que le Japon soit ajouté aux pays cités à la page 3 du document WP/RCl6/7. qui ont organisé des cours de démographie et des recherches dans ce domaine. En effet, ce sont là des activités courantes de l'Institut de la Santé publique, qui est un organisme gouvernemental.

Le Dr WAIT (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que les membres du comité de rédaction dont il a déjà été question ont accompli un travail long et difficile. En fait, il leur a fallu huit heures pour mettre au point cette résolution. Il n'est pas inutile de signaler que l'expression "activités opérationnelles", qui a été longuement discutée par le comité de rédaction, a été utilisée dans le contexte du travail de l'OMS. On a donné alors un exemple d'activité opérationnelle, expressément interdite par la résolution : le rôle joué par l'OMS lorsque, à la demande des Nations Unies, elle est devenue responsable des services de santé au Congo. Le comité a décidé à l'unanimité que l'OMS ne devrait exercer aucune activité de limitation des naissances, mais que cette fonction devrait être réservée aux pays intéressés eux-mêmes. C'est pourquoi l'on a choisi ces termes. La résolution donne à l'OMS et à tous les Etats Membres la possibilité d'étudier les aspects médicaux de la reproduction humaine.

On a évoqué lors de la réunion du matin deux questions significatives. Le représentant des Philippines a parlé de l'importance des associations féminines qui contribuent à déterminer le comportement de la population et la position du Gouvernement. Il faut aussi noter ce que le représentant coréen a dit de l'avortement provoqué. De toute évidence, en Corée, les femmes jouent un rôle primordial dans les décisions touchant les enfants et la dimension de la

famille. Les femmes les plus jeunes, celles qui ont un ou deux enfants, ont évidemment désiré ces enfants puisque le recours aux moyens illégaux est très rare dans ce cas. Mais d'autre part, quand la famille atteint une dimension telle qu'il est difficile pour les parents d'assurer aux enfants le logement, la nourriture et l'habillement nécessaires, les femmes recourent alors au procédé illégal et très dangereux que constitue l'avortement provoqué. C'est là un risque qu'elles prennent sciemment par amour pour leurs enfants et non parce qu'elles ne veulent pas en avoir. Il serait bon de mieux connaître les sentiments, les désirs et les besoins des femmes, qui ont pour mission non seulement d'élever les enfants, mais aussi de leur procurer les conditions matérielles qui feront d'eux des membres à part entière de la société où ils sont nés. On devrait imaginer de meilleurs moyens de communiquer avec elles pour les informer des possibilités qui leur sont offertes de concevoir et d'assurer le développement d'une famille au sein du milieu où elle vit.

Il semble qu'il existe des méthodes d'échantillonnage pour mesurer l'accroissement et les tendances démographiques qui pourraient être adoptées par différents pays. Les recensements effectués tous les dix ans, ou à d'autres intervalles, devraient être poursuivis pour continuer à recueillir des renseignements régulièrement comme par le passé. Les démographes estiment cependant que ces recensements ne suffisent pas puisqu'ils ne permettent pas de distinguer clairement les problèmes qui se posent dans les différentes zones. Il semble nécessaire de trouver une méthode permettant d'établir une distinction entre les personnes qui requièrent des renseignements sur la planification familiale et celles qui en disposent déjà. Aux Etats-Unis, un pourcentage élevé de la population est consciente des possibilités de planifier la dimension de la famille en appliquant des méthodes conformes à leurs croyances religieuses et aux traditions. Il existe cependant de vastes groupes de population qui ignorent

totallement ce genre d'information. Beaucoup d'entre eux vivent dans des régions où la superficie des terres disponibles est considérable, mais où la terre et les ressources à leur disposition sont extrêmement limitées. Paradoxalement, on peut dire que les familles mêmes sont des foyers de surpeuplement. Un problème semblable se pose dans les villes où vivent nombre de personnes venues des zones rurales qui n'ont pas les renseignements et ne savent comment se les procurer. On en vient finalement au thème des discussions techniques. Il s'agit de savoir comment amener le débat public qui permettra aux gens de vivre conformément à la résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il est clair qu'en dernier ressort c'est la famille qui est le centre de décision en ce domaine. Il est important que les familles sachent quelles possibilités leur sont offertes afin qu'elles puissent orienter leurs actes en fonction des connaissances existantes. Un dialogue public serait des plus utiles, et il est permis d'espérer que l'OMS et d'autres institutions trouveront les moyens de l'instituer. Le Congrès des Etats-Unis étudie en ce moment une loi qui prévoit l'organisation de conférences d'Etats et encouragera les discussions au niveau de l'Etat sur le planning familial et sur les activités que pourrait entreprendre l'Etat ou ses subdivisions. Le Gouvernement des Etats-Unis estime qu'il importe de faire participer le public à l'élaboration d'une politique nationale en la matière, et il s'efforce de faire comprendre à la population américaine, ainsi qu'à celle d'autres pays, quelles sont les mesures à prendre en ce qui concerne la reproduction humaine et les aspects sanitaires de la situation démographique.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare qu'il ne partage pas l'optimisme du Dr Watt qui a présidé le groupe chargé de rédiger la résolution. Ce groupe était composé de quatorze Membres. Quand l'Assemblée a approuvé la résolution à l'unanimité (plus de 110 voix), elle n'a pas recherché une interprétation,

et chaque Membre l'a interprétée à sa façon. Après l'Assemblée, le Dr Watt a en fait reçu bien des interprétations différentes de la part des délégués. L'Assemblée reprendra la discussion à ce sujet l'année prochaine et il est certain que l'on fera alors de nouveaux progrès. Il importe de se rappeler qu'aucun programme ou campagne de masse ne peut avoir d'effet permanent s'il n'existe dans le pays intéressé une structure sanitaire minimum. Il y a vingt ans, on a cru que les pulvérisations de DDT résoudre le problème du paludisme, mais aujourd'hui ce problème existe toujours parce que les campagnes de masse sont inefficaces lorsqu'il n'existe pas d'infrastructure sanitaire pour les soutenir. C'est une leçon dont il faut se souvenir.

Le Dr GURD (Royaume-Uni) rappelle qu'on a déclaré qu'un des territoires du Pacifique, la Nouvelle-Calédonie, n'avait pas de problème démographique. Ceci ne signifie pas que les îles du Pacifique en soient exemptes. Celui qui se pose aux Fidji et aux territoires adjacents est considérable. Le tableau annexé au document WP/RCL6/7 indique un accroissement démographique de 2,9 % pour les Fidji, de 3,3 % pour le Samoa-Occidental, et de 2 % pour les îles Cook. L'orateur estime cependant que le chiffre relatif aux îles Cook devrait être beaucoup plus élevé. Au Samoa américain, le chiffre n'est que de 0,6 %, mais c'est là une exception due sans doute en grande partie à l'émigration, puisque d'autre part le taux de natalité est très élevé, au point de constituer une véritable explosion démographique. Il est intéressant de noter qu'aux Fidji le planning familial est une politique officielle du Gouvernement. Le Ministère de la Santé a organisé des consultations familiales, tandis qu'une organisation bénévole, The Family Planning Association, s'occupe de la propagande. Ces deux organisations travaillent en collaboration. Tout récemment, on a publié un manuel de planning familial, sous forme de brochure, et un exemplaire en sera remis au Président. Ce manuel donne des renseignements sur tous les aspects



du problème aux médecins aussi bien qu'au grand public. L'orateur est disposé à envoyer un exemplaire de cette brochure aux personnes intéressées après son retour aux Fidji. L'existence du problème dans les territoires aux alentours des Fidji est confirmée par le fait que, lors de la dernière réunion du Bureau sanitaire du Pacifique sud tenue récemment à Apia, l'on a adopté une résolution qui prie les Etats Membres d'établir des services de planning familial dans le cadre de leurs programmes de santé publique.

Le Médecin Général ORSINI précise qu'il n'a pas voulu dire qu'il n'y avait pas de problème démographique en Nouvelle-Calédonie, puisque la population s'est accrue de 26 % en huit ans, mais plutôt qu'aucun problème de limitation des naissances ne se pose en ce moment, et ne se posera pas aussi longtemps que le Territoire possèdera les ressources suffisantes pour faire face à l'expansion démographique.

(Pour l'examen du projet de résolution, voir procès-verbal de la cinquième séance, section 2).

3. SOUTIEN MATERIEL AU PROGRAMME D'ERADICATION GLOBALE DE LA VARIOLE PAR LES PAYS DE LA REGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL : point 17 de l'ordre du jour (document WP/RCL6/11)

Le PRESIDENT attire l'attention des représentants sur le document WP/RCL6/11 et sur le fait que ce point a été proposé par le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr WATT (Etats-Unis d'Amérique) se réfère à la résolution de la Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, qui est jointe au document. Cette résolution a notamment fixé une date limite - date à laquelle on espère avoir réalisé l'éradication globale de la variole. Le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique, lorsqu'il a proposé que cette question soit inscrite à l'ordre du jour

a aussi demandé à tous les autres comités régionaux de faire de même, pour avoir l'opinion des différents gouvernements sur les moyens à utiliser pour contribuer à l'exécution de cette campagne mondiale. Les Etats-Unis estiment en effet que la première et la principale mesure à prendre consiste à préparer au sein du Secrétariat un plan mondial, qui non seulement tiennent compte de cette limite de dix ans, mais qui analyse aussi en détail et systématiquement les zones difficiles et celles où l'éradication a déjà été réalisée. Les pays de ce deuxième groupe pourraient et devraient faire le point de leurs ressources en vue d'aider les autres pays où la variole persiste encore. Aux Etats-Unis, on vient d'entreprendre une analyse détaillée du coût de la variole pour le Gouvernement. L'orateur ignore combien de temps il faudra pour avoir des chiffres précis, mais il s'efforcera de donner un aperçu de la situation dans son pays. Des centaines de milliers de personnes aux Etats-Unis voyagent chaque année, et tous ont besoin d'un certificat valide. Chaque personne doit dépenser environ cinq dollars par an pour se faire vacciner. En multipliant cette somme par le nombre de personnes qui voyagent à l'étranger on obtient déjà un chiffre respectable. Par ailleurs, un grand nombre d'Etats exigent que les enfants soient vaccinés avant d'entrer à l'école. Ce sont en général les services de santé locaux qui s'en chargent et le coût par personne est donc moindre, mais finalement il s'élève tout de même à plusieurs millions de dollars chaque année. De plus, beaucoup d'Américains sont affectés à l'étranger dans des zones où la variole est endémique et où les vaccinations sont donc beaucoup plus fréquentes. Cela entraîne une fois de plus des dépenses importantes. Des sommes tout aussi considérables sont dépensées dans presque tous les pays où la variole a disparu. Ceux-ci doivent en effet se protéger contre la réintroduction de la maladie; ils sont tenus aussi de protéger leurs ressortissants qui se rendent à l'étranger et sont exposés à

cette maladie sans avoir aucune immunité naturelle. Si l'on fait le total des sommes dépensées chaque année, on constate que ces mesures de protection finissent par coûter extrêmement cher. Si l'on réalisait l'éradication de la variole, on pourrait libérer des fonds considérables et les consacrer à d'autres programmes. Le Gouvernement des Etats-Unis estime donc que les pays où la variole a été éliminée devraient être invités à évaluer ce qu'il leur en coûte de maintenir leur population exempte de cette maladie. Il convient aussi de rappeler que les vaccinations antivarioliques ont souvent des effets secondaires désagréables, quoique minimes.

Le Dr Watt signale alors qu'un vaccin contre la rougeole a été découvert aux Etats-Unis. Il s'agit cette fois encore d'une maladie qui attaque les humains et ne comporte pas de réservoir animal. Elle fait mourir et mutiler les enfants en de nombreuses parties du monde, mais il semble qu'elle aussi puisse être éliminée. Si l'on parvient à organiser une campagne systématique d'éradication de la variole, on disposera ensuite d'une main-d'oeuvre qualifiée et de ressources qui permettront de lutter contre la rougeole, en exploitant l'expérience acquise avec le nouveau vaccin lors de la campagne précédente.

Le Gouvernement des Etats-Unis estime que chaque pays aurait grand avantage à décider quels investissements il peut effectuer, par l'intermédiaire de l'OMS, pour participer à une campagne globale contre la variole. Le jour où l'éradication sera réalisée, les pays commenceront immédiatement à recouvrer les sommes investies par l'intermédiaire de l'OMS, et en peu de temps cet investissement dans le cadre de la coopération internationale sera amorti plusieurs fois, puisqu'il ne sera plus nécessaire de poursuivre les dépenses faites annuellement au titre de la lutte antivariolique à l'intérieur du pays. A ce qu'il semble, on n'a procédé jusqu'ici à aucune analyse systématique de ces dépenses, mais il serait possible d'obtenir ces renseignements, et le Gouvernement des Etats-Unis a entrepris une évaluation systématique à ce sujet. On espère que d'autres pays feront de même et pourront ainsi, lors de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé, ou dès que l'OMS aura

mis sur pied une campagne globale, s'engager à fournir les crédits nécessaires à l'élimination de cette maladie dans les régions assez réduites où elle persiste encore. Si le nombre de personnes qui vivent dans les zones où la variole est endémique peut paraître élevé, il est relativement faible quand on le compare à la population totale du monde et aux résultats déjà obtenus en matière d'éradication. L'orateur est certain que ce plan une fois mis sur pied, l'opération sera beaucoup plus simple et plus rentable que toutes celles entreprises jusqu'ici pour se débarrasser de cette maladie. Il y a toute raison de croire que l'éradication est parfaitement possible.

Finalement, le Dr Watt signale qu'il a été quelque peu surpris d'apprendre qu'un des premiers Présidents des Etats-Unis d'Amérique a devancé de loin M. Johnson. Celui-ci en effet a préconisé l'éradication mondiale de la variole, or le deuxième Président des Etats-Unis, M. Jefferson, avait déjà déclaré dans une lettre envoyée au Dr Jenner que la découverte du vaccin anti-varioliq ue mènerait finalement à l'extirpation de cette maladie dans le monde entier, et que sa place dans l'histoire serait donc bien plus grande que celle de tant d'autres célébrités. Il est assez remarquable que ces prédictions aient pu être faites il y a si longtemps, et il faut regretter que l'on ait tant attendu pour entreprendre un effort global et systématique dans ce domaine.

Le Dr HSU (Chine) exprime l'accord complet de sa délégation avec le délégué des Etats-Unis. Il fait part également du soutien que le Gouvernement chinois est prêt à apporter au programme mondial d'éradication de la variole. Ce projet est réalisable, pourvu que tous les Etats Membres y participent. Le rapport du Directeur général à la dernière Assemblée mondiale de la Santé signale que dans la Région du Pacifique occidental il n'y a pas eu de cas de variole depuis plusieurs années. Cependant, en Chine (Taïwan) on continue à

vacciner les écoliers chaque année et on consacre des crédits considérables à la prévention de la variole. Conformément à la recommandation de l'Assemblée, le Gouvernement chinois à l'intention de commencer à produire du vaccin antivariolique lyophilisé l'an prochain. Le matériel a été fourni par le FISE et l'on a demandé l'aide technique du Bureau régional de l'OMS. Le Gouvernement chinois a informé la dernière Assemblée mondiale de la Santé qu'il consacrerait un don de vaccin lyophilisé à la campagne mondiale d'éradication dès qu'il parviendrait à en produire. Le Dr Hsu insiste sur le fait que, dans le rapport du Directeur général à la dernière Assemblée, on constate que la moitié des vaccins ainsi donnés se sont révélés inférieurs aux normes établies pour leur innocuité et leur efficacité. Selon l'orateur, l'OMS devrait étudier ce problème avant de persuader les pays de donner du vaccin antivariolique destiné à la campagne mondiale.

Le Dr TRUONG (Viet-Nam) se déclare favorable à la campagne mondiale. En effet, la variole constitue un problème très important dans tous les pays. Au Viet-Nam, une grave épidémie s'est produite au siècle dernier. Entre 1935 et 1939, on a compté 62 713 cas, dont 18 013 ont été mortels. Toutefois, depuis 1959, grâce à la vaccination obligatoire promulguée en 1954, il n'y a pas eu un seul cas de variole dans le pays. Chaque année, on procède à une campagne de vaccination antivariolique en utilisant le vaccin produit par l'Institut Pasteur de Saïgon. Durant ces campagnes, on utilise annuellement dix millions de doses de vaccin, dont neuf millions de vaccin sec et un million de vaccin frais. Le coût de cette vaccination est énorme, mais elle est indispensable pour que le pays demeure exempt de variole. Le Dr Truong estime que la proposition du délégué des Etats-Unis d'Amérique est digne de recevoir l'attention de tous.

Le Dr DOWNES (Australie) déclare que sa délégation appuie en principe l'opinion du Dr Watt. Nombre de délégués présents savent que, de tous les pays, c'est l'Australie qui applique le contrôle le plus strict sur l'importation de la variole. C'est pourquoi ce pays a fait des réserves à l'égard de la Convention sanitaire internationale et n'a pas adhéré au Règlement sanitaire international. En fait, les autorités exigent même que tous les passagers des avions à destination de l'Australie soient vaccinés, s'ils sont âgés d'un an ou plus. Au cas où ils ne le sont pas, on les oblige à passer la période d'incubation dans une station de quarantaine. Par conséquent, pour un pays de cette importance, le coût de la vaccination et de la quarantaine est relativement élevé. Toutefois, l'objectif principal d'une campagne mondiale ne doit pas consister à faire économiser le coût de la vaccination aux pays exempts de la variole, mais bien plutôt à sauver des vies humaines dans les grands pays qui ont encore des foyers d'infection. En ce qui concerne l'Australie, on produit actuellement du vaccin liquide et on observe rarement des complications telles que l'encéphalite. On soumet à des épreuves la production de vaccin lyophilisé, et dès qu'elle atteindra le stade commercial, l'Australie envisagera la possibilité d'aider les pays moins fortunés de la Région et des autres zones d'endémicité dans le monde.

Le Dr GATMAITAN (Philippines) déclare que les derniers cas de variole signalés aux Philippines se sont produits en 1948 et 1949 à la suite d'une poussée localisée dans une des îles. Bien qu'aucun autre cas ne se soit déclaré depuis, on applique des mesures de vaccination de masse et de quarantaine, conformément au Règlement sanitaire international. Le Bureau des Recherches et des Laboratoires du Ministère de la Santé s'occupe de la production du vaccin antivariolique. Pendant l'exercice 1962-1963, on a produit au total 10,8 millions de doses de vaccin antivariolique en poudre.

On se procure maintenant le matériel nécessaire à la production de vaccin lyophilisé qui, selon tous les éléments dont on dispose, semble être le plus pratique. Les enfants de plus de six mois sont vaccinés, et la population réceptive est vaccinée tous les trois mois. Le programme a été intensifié à la suite de l'identification de foyers d'infection autour du pays. Tous les cas anormaux de varicelle sont soigneusement contrôlés afin d'écartier l'éventualité d'une vaccine. Le Bureau de la Quarantaine applique strictement le Règlement sanitaire international concernant la variole. Depuis sa création dans les premières années de 1920, le Ministère de la Santé se préoccupe des mesures de vaccination et autres contre la variole. L'orateur regrette que les chiffres représentant les frais de prévention de cette maladie redoutée ne soient pas disponibles, mais ils s'élèvent certainement à plusieurs millions de pesos chaque année. En tout cas, les frais sont bien moindres que s'il fallait soigner des malades souffrant de cette maladie, au cas où les mesures préventives se relâcheraient. La délégation des Philippines approuve donc entièrement la demande de la délégation américaine et elle invite les autres délégations à faire de même.

Le Médecin Général ORSINI (France) déclare qu'il doit exister une législation appropriée et que celle-ci doit être rigoureusement appliquée. C'est le cas en France et dans les territoires français. L'incidence de la variole y est très faible, à la suite des mesures prises pour lutter contre cette maladie, c'est-à-dire la vaccination des enfants à la naissance et à onze ans, et celle des adultes à vingt et un ans. D'autres occasions encore permettent de revacciner certains groupes de population. Le service militaire est obligatoire en France et les soldats appelés sous les drapeaux doivent subir la revaccination antivariolique. On peut donc affirmer que la popu-

lation masculine est bien protégée. On a cité précédemment l'accroissement des voyages internationaux, et l'application du Règlement sanitaire international est sans nul doute une excellente occasion d'augmenter le nombre des revaccinations. Le Gouvernement français n'a jamais estimé que les frais d'immunisation contre la variole étaient trop élevés et disproportionnés aux résultats. Pour réduire l'incidence de la variole dans un pays où la maladie persiste, il faut appliquer des mesures très strictes. L'éradication de cette affection permettrait certes de dégager des fonds pour lutter contre d'autres maladies, mais il est douteux que l'on puisse arriver à ce résultat avant longtemps. L'orateur se demande qui prendrait la responsabilité de signer un certificat d'éradication de la variole dans le monde entier alors que certains groupes ne sont pas accessibles à l'action sanitaire. Il faut être réaliste et c'est avant tout dans chaque pays que cette responsabilité doit être prise.

Le Dr GURD (Royaume-Uni) désire appuyer personnellement les arguments présentés par le représentant des Etats-Unis. Il fera un rapport favorable au Gouvernement du Royaume-Uni. Il est d'accord avec le Dr Downes sur l'objectif d'une campagne massive d'éradication, mais il pense que le Dr Watt n'a envisagé qu'un des aspects du dossier de la campagne. Le point de vue financier sera des plus importants quand il s'agira de persuader les gouvernements des grands pays de fournir les fonds nécessaires à une telle campagne.

Le Dr Gurd évoque ensuite les nouvelles possibilités de vaccination. Une équipe du Centre des Maladies transmissibles d'Atlanta, Géorgie (Etats-Unis), a expérimenté il y a environ un an, à Tonga, un injecteur de vaccin à haute pression. L'orateur a appris du représentant des Etats-Unis que des progrès considérables ont été réalisés dans ce domaine et qu'il existe



actuellement un injecteur à peine plus gros qu'un crayon, qui contient cinq doses de vaccin. Les avantages de cet ustensile sont évidents : premièrement, il permet d'accélérer le rythme de la vaccination massive; deuxièmement, la dose est environ 1/50ème de celle utilisée couramment pour les vaccinations. D'autre part, on aurait mis au point un injecteur à dose unique qui pourrait être utilisé parallèlement à l'injecteur normal, lors des campagnes de masse, pour traiter les individus qui auraient échappé à la vaccination par injecteur normal.

Le Dr WATT (Etats-Unis) précise que le petit injecteur à pression dont vient de parler le Dr Gurd contient non pas cinq, mais cinquante doses. C'est une invention française. Certains injecteurs utilisés aux Etats-Unis sont un peu plus grands et recourent à une source d'énergie différente pour obtenir la pression. L'instrument français est très simple et il paraît qu'il a été utilisé plus de cent mille fois lors d'une campagne de masse sans se détériorer. Cette découverte va faciliter ce genre d'opération puisque l'injecteur peut être transporté dans la poche. Le Dr Watt estime que la dose unique de vaccin lyophilisé est une autre découverte intéressante. Le procédé en est encore au stade expérimental, mais il est vraisemblable qu'il se révélera très utile à l'avenir.

Quant à l'opinion exprimée à propos du certificat d'éradication mondiale, l'orateur est certain que l'OMS trouvera avec l'aide des Etats Membres une base sur laquelle on pourra établir ce certificat. Il existe des précédents - le certificat d'éradication du paludisme et le certificat de suppression de l'Aedes aegypti. Il faudra tout d'abord définir des normes qui permettront à chacun de savoir si, oui ou non, une zone donnée est exempte de variole. Un comité d'experts devra assumer cette tâche. L'expérience montre clairement que si l'on affectue un nombre de

vaccinations suffisant au cours de campagnes de masse, la variole est rapidement éliminée du territoire en question.

Le PRESIDENT prie les rapporteurs de préparer une résolution portant sur les points qui ont été discutés.

(Pour l'examen du projet de résolution voir procès-verbal de la cinquième séance, section 2.)

4. DECLARATIONS DES REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES EN RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS

4.1 Représentant de l'Association médicale mondiale

A l'invitation du PRESIDENT, le Dr C.J. ROSS-SMITH transmet à l'assistance les voeux du Dr Harry Gear, Secrétaire général de l'Association médicale mondiale, et remercie le Comité d'avoir une fois de plus invité l'Association à se faire représenter à sa session annuelle.

L'Association médicale mondiale a pour membres les associations médicales nationales de la plupart des pays du monde, de sorte qu'elle est le porte-parole de tous les praticiens. La dix-neuvième Assemblée médicale mondiale, organisée par l'Association, aura lieu la semaine prochaine à Londres, et l'orateur espère que l'OMS y sera représentée. Une question importante sera discutée à Londres, celle des préparatifs de la troisième conférence mondiale sur l'enseignement de la médecine, patronnée par l'Association, et qui aura lieu à la Nouvelle-Delhi en novembre 1956. L'OMS a pris part à l'élaboration des plans de cette réunion. Il est certain que les progrès dans le domaine de l'enseignement de la médecine et dans d'autres domaines connexes, notamment le renforcement des programmes nationaux de la santé, nécessitent le soutien des gouvernements par l'intermédiaire de l'OMS, mais aussi celui des praticiens par l'intermédiaire des associations médicales nationales et de l'Association médicale mondiale elle-même.

L'Assemblée médicale mondiale aura lieu à Manille en 1966 et on espère qu'elle fournira l'occasion d'échanger librement des renseignements utiles aux médecins de la Région et d'autres parties du monde. Tous les membres de la profession dans la Région sont cordialement invités à participer à cette Assemblée. Le Dr Ross-Smith désire ensuite, au nom des médecins du Pacifique occidental, rendre un hommage tout spécial au Dr Fang, Directeur régional sortant, pour les services éminents et dévoués qu'il a rendus. Tous sont conscients des réalisations accomplies dans cette Région de l'OMS sous l'habile direction du Dr Fang. L'orateur souhaite au Dr Fang et à sa charmante épouse de jouir d'une excellente santé et de beaucoup de bonheur, pendant les années à venir.

(Pour les autres déclarations, voir procès-verbaux des quatrième et cinquième séances, section 1.)

5. LA POLIOMYELITIS : point 15 de l'ordre du jour  
(document WP/RC16/8)

Le SECRETAIRE attire l'attention des délégués sur deux questions. D'une part, il est évident que l'insuffisance des laboratoires de diagnostic des virus dans de nombreuses régions entrave l'étude des infections virales y compris la poliomyélite. En 1966, un virologue de l'OMS visitera un certain nombre de pays pour faire des observations et donner des conseils sur la création de services de laboratoires des virus. On peut espérer que l'étude des infections virales y gagnera en efficacité. D'autre part, le FIASE a accepté la recommandation du Comité mixte FIASE/OMS des Directives sanitaires, aux termes de laquelle il est prié d'accorder une aide aux campagnes de lutte contre la poliomyélite dans les conditions suivantes :

- 1) il apparaît que l'incidence de la maladie a beaucoup augmenté ou risque

de le faire dans un proche avenir; 2) le gouvernement intéressé accorde un rang élevé de priorité à la vaccination des sujets sensibles (c'est-à-dire, dans la plupart des cas, les jeunes enfants); 3) le pays dispose de services médicaux satisfaisants à cette fin, sauf en cas d'urgence.

Le Dr DOWNES (Australie) déclare que dans son pays l'incidence de cette maladie a diminué continuellement depuis 1955, à l'exception des années d'épidémie 1961-1962. En 1955, on a relevé 874 cas et 30 décès; en 1956, 1 144 cas et 57 décès; en 1957, 125 cas et 8 décès; en 1958, 100 cas et 4 décès; en 1959, 56 cas et 5 décès; en 1960, 450 cas et 21 décès; en 1962, 259 cas et 25 décès; en 1963, 33 cas et 1 décès; en 1964, 19 cas et aucun décès; en 1964-65, deux cas et aucun décès. Soixante-cinq pour cent de tous les cas se déclarent avant l'âge de quinze ans. Un des traits marquants de l'épidémie de 1961-1962 a été la protection dont ont bénéficié les personnes vaccinées, et inversement la fréquence élevée des cas chez les non-vaccinés. Le taux de protection pour les enfants de moins de quinze ans a été évalué pour ces années à 96%, 3,05 cas pour 100 000 se présentant chez les vaccinés et 85,6 cas pour 100 000 chez les non-vaccinés. Il semble que la vaccination ait fortement réduit l'incidence de la maladie au cours de cette épidémie, et empêché que 2 000 cas supplémentaires ne se présentent.

Le vaccin Salk a été introduit pour la première fois en Australie en 1956 et une vaste campagne de vaccination a débuté en juin de la même année. Le vaccin utilisé était produit par les Laboratoires sérologiques du Commonwealth australien et distribué gratuitement par le Gouvernement fédéral à tous les Etats australiens. Au début, la vaccination n'était effectuée que par les services publics au cours de campagnes à grande échelle, mais pendant les années suivantes le vaccin a aussi été confié aux médecins privés. Il faut rendre hommage aux gouvernements des différents Etats qui ont organisé les campagnes

de vaccination antipoliomyélitique sur leur territoire.

La posologie recommandée est de quatre injections intramusculaires de 0,5 ml chacune à des intervalles de quatre semaines entre la première et la deuxième, de sept mois entre la deuxième et la troisième, et de douze mois au moins entre la troisième et la quatrième. Près de 23 millions de doses ont été produites jusqu'à la fin de 1964. Actuellement, on utilise chaque année 1 500 000 doses environ, mais il n'a pas été possible d'obtenir des chiffres exacts concernant le pourcentage des personnes immunisées par rapport à l'ensemble de la population. On estime toutefois que près de 80% des enfants de moins de quinze ans et 50% des adultes ont reçu au moins trois doses de vaccin Salk.

Le Gouvernement australien s'assure qu'il existe à tout moment une réserve suffisante de vaccin Salk, et de plus, en coopération avec les Laboratoires sérologiques du Commonwealth, il garde 1 000 000 de doses de vaccin buccal Sabin pour les cas d'urgence.

Pendant la dernière partie de 1964, le Gouvernement de Tasmanie a mis en oeuvre un programme pilote de vaccination, en administrant deux doses de vaccin Sabin trivalent à plus de 60 000 enfants qui avaient déjà reçu trois injections de vaccin Salk. Les tests sérologiques et les tests d'isolement des virus effectués par la suite indiquent que les réactions ont été très satisfaisantes. Par ailleurs, l'absence totale de maladies apparentées à la poliomyélite en Tasmanie depuis la date d'introduction du vaccin Sabin confirme encore l'efficacité de ce vaccin. Le Gouvernement de la Tasmanie est sur le point d'entreprendre un programme de vaccination à grande échelle au cours duquel le vaccin Sabin sera administré à tous, même à ceux qui ont déjà été immunisés. On estime que près de 300 000 personnes recevront deux doses de vaccin trivalent avant la fin de l'année.

C'est aux Etats australiens qu'il reviendra de décider s'il faut continuer à utiliser le vaccin Salk comme auparavant, ou bien s'il faut passer plus ou moins rapidement au type Sabin. Le Gouvernement fédéral est prêt à fournir l'un des deux vaccins ou les deux. Dans toutes les décisions de cette nature, le Gouvernement se laisse guider par le Conseil national de la Recherche sanitaire et médicale. Les Etats ont déjà été priés par le Ministre de la Santé de lui communiquer leurs programmes pour les deux prochaines années. Le Conseil national de la Recherche sanitaire et médicale exerce une surveillance constante sur la situation.

L'efficacité des deux vaccins ayant été démontrée, il semble que l'on ait trouvé la réponse à l'une des maladies les plus redoutables. Si le public et les autorités sanitaires restent conscients de la nécessité de la vaccination, la poliomyélite pourrait devenir une maladie rare en Australie.

Le Dr TRUONG (Viet-Nam) déclare que tous les pays du monde s'intéressent à cette maladie. La poliomyélite sévit depuis longtemps au Viet-Nam où l'on y voit un problème de santé publique. D'après les données statistiques, il y aurait eu 177 cas en 1961, 119 en 1962, 341 en 1963 et 325 en 1964. Elle est fréquente non seulement à Saïgon, mais en province. La mortalité n'est pas très élevée, mais l'affection laisse subsister des séquelles qui constituent un sérieux problème médical et social. Il existe à Saïgon un centre orthopédique de réadaptation des malades, dont 2 000 sont jusqu'ici en traitement. On compte non seulement un grand nombre de cas sous forme de paralysie des membres mais aussi de paralysie faciale, de méningite lymphocytaire, de syndrome myologique et d'infections de la partie supérieure de l'appareil respiratoire. D'après des recherches faites par l'Institut Pasteur de Saïgon, le type 1 est le plus fréquent, puis vient le type 3, suivi par le type 2. En 1962, il y a eu 91% de cas du type 1, 45% du type 3 et 0,5% du type 2. Quant à la

répartition par âge, les malades les plus jeunes avaient deux mois et demi et les plus âgés avaient trente-cinq ans. Cinquante pour cent des enfants âgés de 2 ans présente une immunité au type 1. On a intensifié la vaccination contre cette maladie et, à une récente réunion, il a été décidé que tous les enfants âgés de moins de cinq ans devaient être immunisés. Toutefois, on n'a pas encore recommandé d'entreprendre la vaccination de masse. Par contre, on a recommandé d'utiliser le vaccin buccal dans le cas d'épidémies. De nombreuses discussions ont porté sur le choix d'une méthode : par voie buccale ou par injection. Le Dr Truong soulève ensuite une question précise à ce sujet. Il cite le cas suivant : supposons que la moitié des enfants aient été vaccinés par voie buccale dans une région donnée et que l'autre moitié ne l'aient pas été. Supposons qu'une épidémie se déclare un ou deux ans plus tard dans cette région; il se demande s'il y a une relation avec la campagne de vaccination incomplète précédente. La vaccination de masse serait trop coûteuse avec le vaccin genre Salk.

Le Dr Truong ajoute qu'il aimerait connaître l'opinion de l'Organisation en ce qui concerne l'innocuité de la vaccination par voie buccale d'une partie de la population.

Le Dr LEE (Etats-Unis) rappelle que, lors de la quinzième session du Comité régional, le représentant de la Chine a demandé l'aide du Comité au sujet du problème que pose la poliomyélite dans son pays. La délégation américaine prend acte avec satisfaction des mesures prises depuis l'an dernier, spécialement en collaboration avec le FISE, et elle désire savoir si le Gouvernement chinois a déjà reçu toute l'aide voulue du FISE.

Le Dr HSU (Chine) répond que son Gouvernement a été particulièrement heureux que le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires ait recommandé

au Conseil exécutif du FISE de soutenir la campagne antipoliomyélitique, notamment en fournissant le vaccin désiré. Comme l'a déclaré le Dr Lee, lors de la session précédente du Comité régional, la délégation chinoise avait proposé que le Bureau régional de l'OMS aide les pays Membres dans leurs campagnes contre la poliomyélite, spécialement en leur procurant du vaccin. L'an dernier, le Gouvernement chinois a reçu un don de 1 200 000 cm<sup>3</sup> de vaccin Salk de l'American Christian Welfare Committee et un autre de 1 000 000 cm<sup>3</sup> des Japanese Biological Producers, en plus de 200 000 doses de vaccin Sabin. Ces fournitures ont permis d'immuniser les enfants de moins de trois ans; 1 200 000 enfants ont ainsi été vaccinés. Actuellement, 900 000 enfants ont reçu la première dose, environ 800 000 la seconde, tandis que la troisième dose de vaccin Salk sera administrée en octobre. Le Dr Hsu remercie le Directeur régional et le Conseiller régional qui sont intervenus pour assurer la fourniture de vaccin, ainsi que les associations des Etats-Unis d'Amérique et du Japon qui ont offert celui-ci. Il remercie également le Gouvernement du Japon, grâce auquel il a été possible d'obtenir un don précieux. Sans ce vaccin, en effet, il aurait été impossible d'entreprendre la campagne.

Le Gouvernement chinois a déclaré de présenter au FISE une demande d'aide concernant la campagne antipoliomyélitique. L'orateur a appris que cette demande était acceptable au FISE, qui la soumettra à la prochaine réunion du Conseil d'administration, en juin 1966. Il espère que le Directeur régional continuera à prêter toute son attention à ce programme, en particulier dans le cadre de l'enquête sur les poussées de poliomyélite dans la Région, et qu'il s'efforcera d'aider les Etats Membres à obtenir du vaccin. Le Gouvernement chinois ne dispose pas de chiffres exacts sur le nombre annuel des cas de poliomyélite. Toutefois, les données connues indiquent que ce



nombre est de 300 à 700 cas. En supposant que le taux de mortalité est de 10%, les experts nationaux estiment que le nombre d'enfants atteints de cette maladie doit être de 3 000 à 6 000. Le problème est donc vaste et les ressources limitées du pays ne lui permettent guère de se procurer le vaccin nécessaire.

Le Dr GATMAITAN (Philippines) déclare que sa délégation est heureuse de voir le problème de la poliomyélite inscrit à l'ordre du jour, et d'être informée de l'évolution de la maladie dans les différents pays de la Région.

La poliomyélite est endémique aux Philippines. Après une enquête sérologique très limitée concernant les enfants philippins et réalisée en 1955, Hammon a signalé une prévalence d'anticorps de 77% pour le type 1, 70% pour le type 2 et 80% pour le type 3. Un taux de prévalence plus élevé encore a été noté dans les zones typiquement rurales. En comparant les cas de maladie et de décès signalés d'année en année, on a constaté une augmentation. En 1954, 386 cas seulement ont été enregistrés, soit un taux de 1,7 pour cent mille habitants, et 73 décès, soit un taux de 0,3 pour cent mille. En 1963, le nombre de cas enregistrés s'est élevé à 527, soit 1,7 pour cent mille habitants, et 166 décès, soit 0,5 pour cent mille. Récemment, on a observé des changements dans la répartition par âge des cas et des décès. Précédemment, les cas étaient nettement plus nombreux dans la population infantile, puisque plus de la moitié des décès se produisaient chez des enfants de moins de cinq ans. L'incidence de la poliomyélite a toujours été liée au taux de mortalité infantile. A mesure que celui-ci diminue, il faut s'attendre à ce que l'incidence de la poliomyélite augmente. Le taux de mortalité infantile aux Philippines ayant baissé considérablement, il était prévisible que l'incidence de la poliomyélite allait augmenter. Cette incidence est aussi en rapport avec l'hygiène du milieu dans la zone considérée. Lorsque celle-ci s'améliore, on peut prévoir que l'incidence de la poliomyélite augmentera. Une des mesures de lutte les plus

efficaces contre la poliomyélite est la vaccination; deux types de vaccin ont déjà été utilisés. Etant donné l'accroissement du nombre de cas aux Philippines, le Dr Gatmaitan estime qu'il est urgent de procéder à l'immunisation, en commençant par les cas prioritaires.

En l'absence d'autres commentaires, le PRESIDENT invite les rapporteurs à préparer un projet de résolution.

(Pour l'examen du projet de résolution, voir procès-verbal de la cinquième séance, section 2.)

La séance est levée à 12 h. 25.