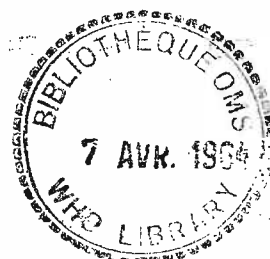


DIX-SEPTIEME ASSEMBLEE MONDIALE
DE LA SANTE



A17/P&B/Min/12
17 mars 1964

ORIGINAL : ANGLAIS

COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DOUZIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Mardi 17 mars 1964, à 9 h.45

PRESIDENT : Dr S. RENJIFO (Colombie)

Sommaire

	<u>Page</u>
1. Programme d'approvisionnement public en eau : rapport du Directeur général	2
2. Programme d'éradication de la variole	20

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Rédacteur en Chef des Actes officiels, Organisation mondiale de la Santé, Palais des Nations, Genève, Suisse, avant le 20 mai 1964.

1. PROGRAMME D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN EAU. RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL : Point 2.9 de l'ordre du jour (résolution EB32.R16 et EB33.R34; document A17/P&B/2)

Le Dr KAUL, Sous-Directeur général, Secrétaire, présentant le sujet, rappelle qu'à sa trente et unième session le Conseil exécutif a prié le Directeur général de présenter un rapport détaillé sur le programme mondial d'approvisionnement public en eau. Ce rapport, soumis au Conseil exécutif à sa trente-troisième session, est maintenant transmis en application de la résolution EB33.R34 à la Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Il s'agit du document A17/P&B/2, dont le Dr Kaul se propose de rappeler brièvement la teneur.

Le problème des approvisionnements publics en eau est défini dans le chapitre I à la lumière d'une étude faite par l'Organisation au cours des deux dernières années sur soixante-quinze pays peu développés comptant au total une population urbaine de 320 millions d'habitants. Ces pays sont énumérés à l'annexe I. Cette étude, qui a été rendue nécessaire par l'absence complète de données sur l'état du problème, a révélé que près de 90 pour cent de la population des pays intéressés n'étaient pas convenablement approvisionnés en eau et que la situation, loin de s'améliorer, avait au contraire tendance à empirer. On trouve toutefois au paragraphe 7 quelques exemples encourageants d'initiatives prises par des autorités locales et des gouvernements pour construire de nouveaux réseaux de distribution, et ce à une échelle qui montre qu'ils sont capables de faire face au problème une fois qu'ils en ont reconnu l'importance.

Le chapitre II expose l'influence de l'approvisionnement public en eau sur la santé et sur le développement économique. Le problème est trop connu de tous pour qu'il faille y insister.

Les mesures à prendre pour le lancement et le développement des programmes nationaux sont exposées au chapitre III, qui indique que les ressources mondiales en eau sont suffisantes pour que la majorité des hommes puissent avoir l'eau courante chez eux. La technologie de l'eau étant très avancée, la plupart des problèmes peuvent être résolus dans les pays en voie de développement, d'autant plus qu'il est possible de mobiliser les capitaux nécessaires et de former le personnel requis à tous les échelons. On connaît d'autre part les meilleures méthodes à suivre pour construire, exploiter et entretenir les réseaux; le rapport donne deux exemples de mesures déjà prises à cet effet dans deux parties du globe. Il fournit quelques précisions sur le vaste programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement lancé en Inde et financé presque entièrement par le pays lui-même et sur les initiatives prises dans certains pays latino-américains qui, dans le cadre de la Charte de Punta del Este, ont décidé d'aménager en l'espace de dix ans un réseau de distribution d'eau potable et d'évacuation des eaux usées desservant au moins 70 % de la population urbaine. D'autres objectifs de la Charte, tels que la réduction de la mortalité infantile, pourraient difficilement être réalisés sans une amélioration fondamentale des approvisionnements en eau.

Le même chapitre III énonce quelques principes pour la mise en oeuvre d'une politique nationale, mettant l'accent sur la nécessité d'une législation moderne, la

constitution d'un office des eaux jouissant de l'autonomie de gestion et l'incorporation des plans d'approvisionnement en eau dans les plans généraux de développement économique du pays. Il énonce aussi des directives pour la préparation et la planification technique des programmes et propose des solutions pour l'obtention de capitaux d'origine tant nationale qu'extérieure. Enfin, il attire l'attention sur la nécessité d'un développement parallèle des systèmes d'évacuation des eaux usées.

Le chapitre IV contient un aperçu des progrès réalisés depuis le lancement par la Douzième Assemblée mondiale de la Santé du programme mondial d'approvisionnement public en eau. Ce programme a pris peu à peu de l'extension au cours des cinq dernières années, l'Organisation fournissant toute l'aide que lui permettent d'offrir ses fonds limités. Elle estime néanmoins que les progrès à l'échelle mondiale ont été insuffisants et s'inquiète de l'écart grandissant qui existe entre les régions peu développées et les régions avancées. Aussi se réjouit-elle de voir que l'importance d'un bon approvisionnement en eau pour le progrès sanitaire, économique et social est de plus en plus largement reconnue. Le chapitre IV donne aussi des précisions sur les fonds provenant du compte spécial pour l'approvisionnement public en eau et sur leur insuffisance par rapport aux demandes des gouvernements. Bien que certains projets primitivement financés sur le compte spécial soient mis à la charge du budget ordinaire, en 1965, les possibilités de financement d'une plus grande partie du programme sont très

aléatoires. Comme le montre l'annexe V, sur cinquante-trois projets en cours en 1963, cinquante et un se poursuivront en 1964; soixante-douze sont prévus pour 1965, en plus des projets généraux d'hygiène du milieu.

Résumant les progrès réalisés à ce jour, le Dr Kaul indique qu'à la fin de 1963 onze pays ont été aidés à élaborer des plans d'approvisionnement public en eau par des équipes de conseillers ou par des consultants individuels. Des équipes du même genre sont prévues pour quatre autres pays, et une assistance analogue a commencé à être fournie à deux autres pays encore.

Cinq pays ont reçu une aide pour l'exécution d'études techniques des conditions de réalisation et pour l'obtention de capitaux, et trois autres recevront une assistance analogue en 1964.

Trois séminaires interrégionaux et un séminaire régional, qui ont groupé des représentants de quarante pays, ont été consacrés à l'enseignement et à la formation professionnelle dans le domaine considéré. En 1963, la première d'une série d'enquêtes sur les moyens de formation d'agents des services des eaux a été terminée en Afrique occidentale. Ces enquêtes tendent à conduire à la création de centres nationaux et régionaux de formation.

Outre l'étude des besoins urbains en eau de soixante-quinze pays qui a été publiée dans les Cahiers de santé publique (No 23), un manuel sur le traitement des eaux a été rédigé.

Le personnel de l'OMS compte maintenant vingt ingénieurs hydrauliciens : douze sont affectés à des pays en qualité de conseillers, cinq sont stationnés dans des bureaux régionaux, deux travaillent au Siège et un collabore à New York avec le Centre ONU de mise en valeur des ressources hydrauliques.

Le chapitre V donne des renseignements sur les besoins futurs et formule des suggestions pour certains objectifs à moyen terme portant sur les quinze années à venir. On estime à 63 % environ la proportion de la population urbaine actuelle des soixante-quinze pays qui aurait besoin de branchements nouveaux ou améliorés. La fraction de la population urbaine de ces pays qui dispose de l'eau courante à domicile est actuellement évaluée à 33 %.

Il est suggéré qu'au cours des quinze années qui viennent on s'efforce de porter cette proportion à environ 50 %. En Amérique latine, où 60 % environ de la population urbaine disposent actuellement de l'eau courante dans les maisons, le gain en pourcentage serait d'environ 25 à 30, ce qui porterait la moyenne régionale à 85-90 % en 1977. En Afrique, où 34 % de la population urbaine sont actuellement desservis à domicile, le pourcentage moyen à viser pourrait être de 50. En Asie, où environ 18 % seulement de la population sont au bénéfice de ce service, il est suggéré de porter ce pourcentage à 30.

Le chapitre VI esquisse les tendances des programmes futurs envisagés par l'Organisation pour améliorer son assistance aux Etats Membres. L'OMS se propose aussi d'entreprendre des recherches pour la mise au point de méthodes plus économiques adaptées aux besoins et aux ressources des pays en voie de développement. L'accent est mis sur le rôle de coordination que l'Organisation pourrait jouer en liaison avec les autres programmes multilatéraux et bilatéraux intéressant le développement des approvisionnements en eau.

Le programme dans son ensemble est en passe d'atteindre une phase critique, et un effort sans réserve s'impose pour maintenir l'élan déjà acquis et pour assurer

une action concertée des organismes internationaux et bilatéraux et des Etats Membres en vue de la réalisation des objectifs énoncés dans le rapport.

Le Dr DAELLEN (République fédérale d'Allemagne) félicite le Directeur général de son excellent rapport, qui, avec les conclusions auxquelles ont abouti les récentes discussions techniques, met pleinement en lumière le problème fondamental de santé qui se pose dans le domaine considéré. Le rapport donne une analyse frappante du problème tel qu'il se pose dans le monde et, ce qui est encore plus important, il suggère une série de mesures pour améliorer la situation, en particulier dans les pays en voie de développement. La délégation de la République fédérale d'Allemagne a pris connaissance de ces suggestions avec satisfaction, d'autant plus qu'elle sait d'expérience que, sans une action positive de la part des pouvoirs publics, il est vain d'espérer une solution satisfaisante du problème du ravitaillement en eau. Il est donc à souhaiter que les délégués soumettront ces suggestions non seulement aux départements de la santé publique, aux responsables de la planification économique et aux ministres des finances, mais encore, si possible, aux principaux cadres des services publics et, bien entendu, au grand public.

La délégation de la République fédérale d'Allemagne approuve la résolution EB33.R34 du Conseil exécutif et réaffirme sa conviction de l'importance du travail accompli par l'OMS en la matière. Ce programme doit se poursuivre sans désespérer, car les problèmes à résoudre sont d'une ampleur telle qu'il seront impossibles à résoudre en quelques années. Il serait donc désirable que le Directeur général présente tous les deux ans un rapport de situation à l'Assemblée de la Santé. La délégation de la République fédérale d'Allemagne estime en outre qu'une

haute priorité devrait être accordée à ce travail quand on élaborera le prochain programme de longue haleine.

Le paragraphe 35 du rapport met l'accent sur le caractère peu satisfaisant de la situation financière, et le Dr Daelen rappelle à la Commission que sa délégation avait lancé un appel en faveur du versement de fonds plus considérables au compte spécial pour l'approvisionnement public en eau. Elle espère que d'autres pays feront de même et elle attire tout particulièrement l'attention sur les suggestions faites au sujet des questions de financement dans le rapport sur les discussions techniques (document A17/Technical Discussions/6 Rev.1). Il ne fait aucun doute qu'il faudrait prier instamment tous les organismes de financement multilatéraux et bilatéraux d'accorder un appui aussi grand que possible aux programmes nationaux, et, à cet égard, l'OMS peut jouer un rôle important en favorisant la coopération entre ces organismes ainsi qu'en stimulant les confrontations d'expérience et les échanges de renseignements. Le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne serait heureux de participer à une telle coopération.

Le Dr CHADHA (Inde) remercie l'OMS d'avoir suscité dans le public un grand intérêt pour la question des approvisionnements en eau et il félicite le Directeur général de son rapport très complet qui envisage plusieurs problèmes mondiaux. Comme le rapport fait allusion à certaines activités entreprises en Inde, le Dr Chadha croit devoir préciser que, malgré les progrès accomplis, les autorités sont loin d'être pleinement satisfaites. Il s'agit d'assurer un approvisionnement en eau salubre à chaque habitant de chaque hameau et de chaque village, mais les difficultés ne sont pas toujours de caractère exclusivement financier. Le Gouvernement

de l'Inde pourrait, en collaboration avec les organismes compétents, trouver les ressources nécessaires au financement de ses projets, mais il lui est beaucoup plus difficile de faire face à la pénurie de personnel technique et de matériel (tuyaux). Pour ces raisons, le Dr Chadha demande instamment à l'OMS de ne pas se limiter à donner des avis purement techniques mais d'intervenir pour intensifier l'action internationale.

Une petite collectivité locale peut réclamer à grands cris d'être approvisionnée en eau, mais, sans une action coordonnée à l'échelon gouvernemental, rien d'utile ne pourra être entrepris. Or, l'OMS pourrait certainement intervenir très efficacement pour persuader les gouvernements et les organisations internationales de l'importance du développement des initiatives dans ce domaine.

Le Dr DOUBEK (Tchécoslovaquie) se réjouit de l'inclusion à l'ordre du jour de cette question extrêmement importante, car un bon approvisionnement en eau pourrait contribuer dans une large mesure à amenuiser l'écart entre les niveaux de vie des pays inégalement développés. La délégation tchécoslovaque est heureuse d'apprendre que le stade des projets sporadiques a été dépassé et que l'Organisation a abordé un programme systématique et détaillé qui portera non seulement sur des points de détail mais aussi sur des problèmes d'organisation générale.

En ce qui concerne l'enseignement et la formation professionnelle, il serait souhaitable de s'employer principalement à aider les pays en voie de développement à constituer leurs propres services d'experts, étant donné qu'ils ne sauraient compter indéfiniment sur une aide extérieure. Les techniciens nationaux, une fois qu'ils auraient reçu une formation convenable, pourraient ensuite poser les bases de programmes de formation d'ingénieurs sanitaires dans leur propre pays.

Le Gouvernement tchécoslovaque est disposé à continuer d'envoyer des experts dans les pays en voie de développement pour les aider à mettre en oeuvre des programmes de formation dans le domaine considéré. Il est prêt à fournir à l'OMS des modèles de plans de réseaux et d'équipement ainsi que des plans de construction.

M. SHUVAL (Israël) souligne que le programme d'approvisionnement public en eau marque un tournant dans les activités d'assainissement de l'OMS, en ce sens qu'il orientera l'attaque sur l'essentiel des nombreux problèmes d'assainissement auxquels ont à faire face de nombreux pays. Le rapport du Directeur général sur la situation d'ensemble n'est pas encourageant et montre clairement que l'urbanisation se développe beaucoup plus vite que les approvisionnements en eau. Pour supprimer ce décalage, il conviendrait d'accorder une très grande importance à l'avenir aux problèmes d'approvisionnement en eau.

Le Directeur général a très justement fait valoir qu'un effort spécial est nécessaire pour persuader les gouvernements d'agir. L'OMS, par définition, doit travailler par l'intermédiaire des ministères de la santé, qui souvent ne sont pas directement responsables des approvisionnements en eau quand il existe un service autonome des eaux. La façon la plus efficace d'obtenir des résultats consisterait sans doute à convaincre les organismes de planification de la nécessité de prévoir l'approvisionnement en eau dans leurs plans économiques généraux.

La manière la plus rationnelle pour l'OMS d'employer les fonds limités dont elle dispose serait de poursuivre les projets de formation professionnelle, de préparer des normes et de fournir des services consultatifs : l'OMS, tout comme

n'importe quel service national de planification sanitaire, est tenue de rechercher le meilleur rendement de ses ressources. Elle devrait continuer ses efforts pour aider les Etats Membres à établir leur propre ordre de priorité : cela reviendrait probablement à mettre l'accent sur la création de services des eaux dans les régions urbaines et dans les banlieues ainsi que dans les régions rurales où la population est suffisamment concentrée, sous peine d'éparpiller exagérément des ressources déjà restreintes.

M. Shuval recommande instamment à l'OMS d'intensifier les recherches déjà entreprises sur des problèmes tels que des matériaux économiques et des conceptions simplifiées et exprime l'espoir que ces questions pourront être traitées dans les deux années qui viennent, bien qu'elles ne semblent pas prévues dans les programmes de travail des groupes scientifiques ou des groupes de recherches envisagés.

Le Gouvernement israélien a décidé en principe de contribuer au fonds spécial pour l'approvisionnement en eau et espère que les Etats Membres qui ont voté d'une manière si enthousiaste pour la poursuite du programme donneront une preuve tangible de leur bonne volonté en faisant de même.

Le Dr EL BORAI (Koweït) rappelle que les maladies d'origine hydrique sont incontestablement un important facteur de morbidité et de mortalité et qu'il incombe aux gouvernements, en particulier aux administrations de la santé publique, de réduire les lourdes pertes qui en résultent en assurant un bon ravitaillement en eau, lequel est donc particulièrement rentable.

Le rapport du Directeur général a mis en lumière quelques faits extrêmement significatifs. Il est inquiétant de constater que 90 % de la population du monde disposent d'un ravitaillement insuffisant en eau et que 30 % seulement des citoyens des

pays en voie de développement ont l'eau courante à domicile, et encore quelques heures par jour seulement et sans même être assurés de recevoir une eau de bonne qualité. Le reste de la population ne peut recourir qu'à des puits et à d'autres sources ouvertes exposées à toutes sortes de contaminations. Pour remédier à cette situation et élever les niveaux de santé, il faut être résolu et lucide, d'autant plus que le problème prend une importance accrue à mesure que les populations augmentent partout.

La stagnation économique et sociale qui a ralenti les progrès dans tant de régions du monde est due elle-même en grande partie à des niveaux de santé insuffisamment élevés. D'une manière générale, les ressources mondiales en eau sont suffisantes mais le manque de fonds et de compétences techniques à tous les échelons empêchent de les exploiter. Le premier obstacle pourrait être surmonté par des prêts et des subventions d'origine nationale ou internationale et le second par un programme de formation professionnelle. Le rapport décrit un exemple encourageant à Taïwan.

Le Gouvernement de Koweït est conscient de la valeur des efforts de l'OMS et est convaincu que l'Organisation pourra faire beaucoup pour aider les pays relativement peu avancés à améliorer leurs approvisionnements en eau. Les Etats Membres les plus favorisés ne resteront certainement pas insensibles à l'appel qui leur est adressé par les pays moins privilégiés qui ont besoin de leur aide financière et technique. Il s'agit d'un besoin urgent qui appelle une décision rapide.

Pour illustrer le problème que doivent affronter les pays en voie de développement, le Dr El Borai signale les difficultés qui ont surgi dans son pays quand la découverte du pétrole a entraîné une modification radicale du mode de vie

de la population. Il décrit les mesures prises par Koweït pour construire un service spécial de distillation et pour conclure avec le Gouvernement de l'Irak un accord sur les approvisionnements en eau à partir de l'Euphrate. Avant que ce projet puisse être mis à exécution, il faudra en examiner tous les aspects sanitaires et médicaux. Le Gouvernement de Koweït n'oublie nullement les recommandations formulées en 1962 par le Comité OMS d'experts des Normes internationales applicables à l'Eau de Boisson à l'effet d'introduire dans les normes établies en 1958 un certain nombre de modifications pour les adapter aux pratiques actuelles dictées par la technologie de l'eau. Il est également conscient de l'assistance que l'OMS fournit aux gouvernements pour la planification, l'organisation et le renforcement de leurs services d'assainissement, pour la formation professionnelle et pour l'élaboration de mesures techniques destinées à combattre des maladies déterminées transmises par l'eau et il s'est réjoui de la réunion qui s'est tenue sous les auspices de l'OMS à Beyrouth au sujet des approvisionnements en eau dans la Région de la Méditerranée orientale.

Il faudrait d'autre part se rendre compte d'une manière plus générale qu'un tel programme d'approvisionnement en eau demande à être complété par un système satisfaisant d'évacuation des eaux usées. Koweït a commencé à en construire un qui sera achevé en 1965.

Avant de terminer, le Dr El Borai remercie le Directeur général de son très intéressant rapport et souligne qu'il est important de mettre pleinement à profit l'élan donné aux activités correspondantes ainsi que l'aide en provenance des organismes multilatéraux et bilatéraux.

M. ATKINS (Etats-Unis d'Amérique) est heureux de constater l'accroissement des dépenses engagées dans les programmes d'approvisionnement en eau qui reflète l'importance accordée à ce problème. L'augmentation de la fraction du budget ordinaire réservée aux approvisionnements en eau pour 1965 est venue confirmer l'attente du Gouvernement des Etats-Unis, qui estime que les contributions volontaires faites en faveur d'un programme déterminé doivent servir à encourager l'affectation de crédits plus vastes sur le budget ordinaire. Ce gouvernement espère que le programme continuera de se développer. L'insuffisance de fonds que l'on peut prévoir rend indispensable un effort accru pour obtenir un appui financier auprès de sources bilatérales et multilatérales. Le Gouvernement des Etats-Unis n'est pas sans se préoccuper du nombre peu élevé de projets entrepris en coopération avec le Fonds spécial des Nations Unies et avec le FISE et de l'emploi insuffisant qui est fait des fonds en provenance du programme élargi d'assistance technique.

Le rapport du Directeur général et l'étude des conditions et des besoins des pays en voie de développement constituent un résumé excellent et très complet des problèmes qui se posent dans le domaine considéré. Ils peuvent servir l'un et l'autre de documents de travail, mais il y aurait peut-être intérêt à développer le premier à la lumière de nouvelles études et de l'expérience acquise depuis sa rédaction.

M. Atkins est d'accord avec le délégué de la République fédérale d'Allemagne pour estimer que le Directeur général devrait présenter au moins tous les deux ans des rapports sur l'évolution de la situation dans les secteurs particulièrement importants.

Il serait utile de disposer de plus de renseignements à jour sur les crédits consacrés par tous les organismes internationaux et par tous les gouvernements aux programmes d'approvisionnement en eau. Les chiffres préliminaires qu'on possède montrent que la Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement, l'Association internationale pour le Développement, la Banque interaméricaine pour le Développement, l'Import Export Bank et l'Agency for International Development des Etats-Unis ont approuvé à elles seules des prêts se chiffrant au total à environ \$375 000 000 pour des projets de ce genre depuis 1961 et que les gouvernements ont dépensé de leur côté environ \$300 000 000. Depuis 1962 l'Agency for International Development a accordé environ 18 millions de dollars de subventions pour des projets d'approvisionnement en eau. Quand le Congrès des Etats-Unis a été invité en 1960 à voter des crédits pour le compte spécial pour l'approvisionnement public en eau, il a été informé que le programme vise quatre objectifs : en premier lieu, encourager et aider les gouvernements qui y collaborent à agir par la création d'un office national chargé d'organiser et de favoriser des programmes nationaux et, en cas de besoin, de demander une aide technique pour la formation du personnel nécessaire; en second lieu, élaborer un plan pour l'ensemble du pays; en troisième lieu, créer un fonds de roulement qui permette d'accorder des prêts pour la construction de distribution d'eau; en quatrième lieu, enfin, former un effectif suffisant de techniciens nationaux pour faire fonctionner un programme convenablement organisé. Des progrès considérables ont été réalisés dans ces différentes directions, en particulier dans la Région des Amériques, où les plans sont incontestablement bien avancés. Le rapport du Directeur général permet toutefois difficilement de se rendre compte des progrès qui ont été obtenus sur le plan mondial. Peut-être y aurait-il lieu de donner plus de précisions sur l'ampleur du programme et sur ses différentes étapes.

M. Atkins regretterait que ses remarques soient considérées comme des critiques. Des progrès certains ont été réalisés dans les limites des ressources disponibles, mais la question du rôle des autres organisations dans les programmes d'approvisionnement public en eau a été soulevée tant au cours des discussions techniques que pendant le présent débat. Il semble que malgré la nécessité d'une intervention de tous les organismes nationaux intéressés, ce soit aux ministères de la santé qu'il incombe de jouer le rôle principal en raison de l'importance capitale d'un bon approvisionnement en eau pour la santé. D'autres services seraient peut-être mieux placés pour superviser la construction et le fonctionnement des distributions d'eau et pour surveiller l'application des normes imposées. M. Atkins espère que, loin de se ralentir, le mouvement acquis s'accélérera sur tous les fronts pour que cet immense problème puisse bientôt recevoir un commencement de solution.

Le Dr DRISS ZAARI (Maroc) remercie le Directeur général du travail qu'il a accompli. Grâce aux discussions qui se sont déroulées dans les commissions et grâce au rapport sur les discussions techniques concernant l'approvisionnement public en eau dans ses relations avec le développement de la santé et le progrès social, l'importance du problème apparaît maintenant à tous les esprits. Ce qui a été accompli par l'OMS, ainsi que par certains pays, permet d'envisager l'avenir avec plus d'optimisme. L'OMS devrait être maintenant en mesure de communiquer des documents et des renseignements aux gouvernements pour leur permettre de mieux se rendre compte du problème et de tirer tout le parti possible de leurs ressources.

Les rapports qui ont été soumis à la Commission, ainsi que les très fécondes discussions techniques qui viennent d'avoir lieu, devraient permettre de résoudre le problème de manière satisfaisante. Le Dr Driss Zaari se permet de soumettre à la Commission le projet de résolution suivant :

La Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la question de l'approvisionnement public en eau;

Consciente de l'importance de l'approvisionnement public en eau pour le développement de la santé et le progrès social,

1. INVITE les Etats Membres à n'épargner aucun effort pour éveiller la conscience collective à l'importance du problème et à faire tout ce qui est en leur pouvoir pour améliorer l'approvisionnement public en eau;
2. PRIE le Directeur général de faire périodiquement rapport sur l'approvisionnement public en eau.

Le SECRETAIRE, après avoir remercié les délégués des suggestions précieuses qui ont été faites au sujet du programme, de son importance et de la nécessité de le développer et de l'accélérer, constate qu'on s'accorde à envisager le problème dans une perspective lointaine : il serait en effet impossible de combler le retard actuel si les ressources n'étaient accordées que pour une brève période. La Commission a souligné, et le Directeur général en prend note, que le programme est d'un intérêt primordial non seulement pour l'amélioration de la santé mais aussi pour le progrès économique et social des pays en voie de développement. On a dit également qu'il fallait lui accorder une haute priorité dans le programme de longue haleine pour une période déterminée : le Directeur général gardera cette considération présente à l'esprit et la signalera au Conseil exécutif.

Certaines suggestions ont été faites touchant le développement des activités de recherche pour supprimer les goulots d'étranglement actuels et pour enrichir les connaissances. Le document soumis à la Commission vise des travaux que l'Organisation entreprendra avec l'aide de certains pays. L'OMS s'efforcera de mettre au point des méthodes plus économiques et plus rationnelles, tant en ce qui concerne le recours à de nouveaux matériaux que pour ce qui a trait à des questions telles que la suppression économique des nouveaux micro-contaminants de l'eau. Parmi les autres problèmes qui se posent, on peut signaler la pureté de l'eau, la contamination par des virus et la manière de la combattre et les méthodes de traitement, notamment la désinfection des petits approvisionnements en eau. Le Directeur général suit toutes ces questions et, dès que de nouvelles connaissances viendront à être réunies, il ne manquera certainement pas de convoquer de nouveaux groupes scientifiques appropriés.

Un programme plus précis verra le jour peu à peu, mais il est difficile de faire des plans rigides alors que tant dépend d'un si grand nombre de facteurs. Tout d'abord, il faut que le pays intéressé présente lui-même une demande, puis qu'il soit en mesure d'élaborer des programmes et de fixer des priorités. Là où ce processus a commencé, l'Organisation fournit déjà une aide et elle conduit des négociations avec un certain nombre de pays en voie de développement. A l'avenir, le Directeur général examinera s'il lui est possible d'esquisser certaines tendances générales du programme.

Le Secrétaire exprime la reconnaissance du Directeur général au Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique qui, par sa contribution volontaire, a rendu possible la mise en route des travaux dans le domaine envisagé. Il est également reconnaissant au délégué de la République fédérale d'Allemagne d'avoir annoncé que son gouvernement continuerait à verser une contribution comme l'année précédente. Il a été heureux

d'entendre le délégué d'Israël dire que son gouvernement soutiendrait financièrement le compte spécial. Il est à espérer que le programme continuera de recevoir une aide en dehors du budget ordinaire, car les besoins sont vastes et le programme ordinaire de l'Organisation ne peut y affecter que des crédits limités et encore d'une manière progressive seulement.

Le Directeur général se fera un plaisir, conformément à la suggestion de plusieurs délégations, de faire rapport sur l'état d'avancement du programme tous les deux ans. A ce propos, le Secrétaire croit devoir appeler l'attention du délégué du Maroc sur le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB33.R34 (Actes officiels No 132, page 20), dont les termes sont analogues à ceux du projet de résolution qu'il vient de proposer. La Commission désirera peut-être envisager l'adjonction, après le dispositif 4 de la résolution recommandée par le Conseil, du paragraphe suivant :

"5. PRIE le Directeur général de faire rapport sur l'avancement du programme à la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé."

Le Dr DRISS ZAARI (Maroc) déclare qu'il retire sa proposition en faveur de la résolution que vient de mentionner le Secrétaire.

Le PRESIDENT demande à la Commission si elle est disposée à adopter le projet de résolution contenu dans la résolution EB33.R34, amendé selon la proposition du Dr Kaul.

Décision : La résolution amendée est adoptée.

2. PROGRAMME D'ERADICATION DE LA VARIOLE : Point 2.5 de l'ordre du jour (résolution WHA16.37; documents A17/P&B/11 et P&B/Conf.Doc. No 18).

Le PRESIDENT invite le Secrétaire à présenter la question.

Outre le rapport présenté par le Directeur général dans le document A17/P&B/11, la Commission est saisie d'un projet de résolution qui est ainsi conçu :

La Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la situation actuelle de la variole dans le monde et sur les progrès accomplis vers l'éradication de cette maladie dans les zones d'endémicité;

Notant que le Comité d'experts de la Variole, qui s'est réuni en janvier 1964 :

- a) a recommandé qu'un plan complet d'opérations soit préparé pour chaque campagne d'éradication et que l'on se fixe pour but, dans chaque cas, d'atteindre la totalité de la population, en s'efforçant de protéger plus particulièrement les groupes d'âges dans lesquels les taux spécifiques d'atteinte font apparaître la morbidité la plus élevée, ainsi que les nouveaux-nés et les femmes enceintes, chez qui la mortalité est très élevée; et
- b) a estimé que l'emploi de vaccins lyophilisés est absolument indispensable, dans les régions chaudes et lorsque les communications sont difficiles, en particulier pour assurer correctement les revaccinations;

Reconnaissant que, pour assurer la réussite du programme, des quantités suffisantes de vaccin lyophilisé actif et de matériel de lyophilisation devraient être fournies suivant les besoins aux pays situés dans des zones d'endémicité qui entreprennent des programmes d'éradication;

Notant que, si certains pays ont pris des mesures louables en vue d'éliminer la variole, de nombreux autres sont gênés dans leurs efforts par le manque de moyens matériels, et en particulier de vaccin lyophilisé, d'autres fournitures importées et de moyens de transport;

Notant avec gratitude les dons de vaccin lyophilisé qui ont été faits à l'Organisation par les gouvernements des Pays-Bas, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, de la Suisse et de l'Union des Républiques socialistes soviétiques; et

Estimant que les besoins des programmes d'éradication en vaccin lyophilisé sont de l'ordre de deux cents millions de doses pour les deux prochaines années,

1. DEMANDE instamment aux pays dans lesquels la maladie sévit encore, et qui n'ont pas entrepris de programme d'éradication, d'élaborer et d'exécuter dès que possible de tels programmes conformément aux recommandations du Comité d'experts de la Variole;

2. INVITE les pays qui en ont les moyens à contribuer aux programmes en versant bénévolement des contributions substantielles, en espèces ou en nature, afin de permettre à l'Organisation de fournir du vaccin lyophilisé et autres fournitures et matériels nécessaires aux pays ayant entrepris des programmes rationnels d'éradication qui demanderont cette aide; et

3. PRIE le Directeur général :

1) de prévoir, à l'avenir, dans le programme et le budget ordinaires de l'Organisation, les moyens de fournir aux pays qui ont entrepris des programmes d'éradication de quoi combler leur déficit en vaccin de la qualité requise, en fournitures et en matériels essentiels;

2) de recueillir auprès des pays intéressés des renseignements sur les mesures prises pour éliminer la variole et de faire rapport à la Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr KAUL, Sous-Directeur général, Secrétaire, explique que le document A17/P&B/11, qui contient le rapport du Directeur général sur l'éradication de la

variole, résume les renseignements dont on dispose sur la variole dans le monde et sur l'état d'avancement du programme d'éradication.

Le chapitre 2 du rapport (pages 3-13) fournit des statistiques sur la fréquence et la mortalité au cours des onze premiers mois de 1963. Elles font ressortir sur ces deux points une légère augmentation, qui montre que la campagne mondiale d'éradication n'en est pas encore arrivée au stade où ses effets peuvent apparaître dans les chiffres mondiaux. La figure 1 et les tableaux I et II montrent que la plupart des cas se sont produits en Asie, l'Inde figurant en tête de liste, suivie du Pakistan et de l'Indonésie. Le fait qu'il y ait eu moins de cas et de décès en Afrique dans les onze premiers mois de 1963 que pendant les années 1961 et 1962 ne peut être porté au crédit de campagnes d'éradication, car un petit nombre seulement de pays de cette Région avaient à ce jour mis en route des programmes importants. Dans les Amériques, où de vastes programmes nationaux de lutte antivariolique et d'éradication ont été exécutés, le nombre de cas déclarés a sensiblement diminué ces dernières années.

Le tableau III donne, au sujet de l'importation de la variole dans les pays indemnes, des précisions qui montrent que la maladie a été importée à quatre reprises en Europe. Il y a eu ensuite de sérieuses flambées épidémiques en Suède et en Pologne. Ces épidémies ont contribué à rappeler les risques que courent tous les pays aussi longtemps que la variole continuera de sévir quelque part dans le monde.

Le chapitre 3 (page 14) expose d'une manière assez détaillée les progrès réalisés. L'Inde, qui a annoncé le nombre le plus élevé de cas, s'est engagée dans

une campagne d'éradication intensive qui s'étendra à l'ensemble du pays. A la fin de septembre 1963, près de 140 millions de personnes avaient été vaccinées, et l'on prévoit que toute la population l'aura été à la fin de mars 1966. La campagne a été rendue possible par d'importants envois de vaccin lyophilisé en provenance de l'URSS. Il subsiste néanmoins une pénurie de vaccin, et, pour répondre aux besoins immédiats de quelques-uns des petits pays, le Directeur général a lancé à six pays en 1963 et à trois pays en 1964 un appel pour qu'ils fournissent une trentaine de millions de doses destinées à assurer la soudure jusqu'en avril, date à laquelle l'accroissement de la production locale aura entraîné une certaine réduction des besoins. Le Pakistan, qui vient tout de suite après l'Inde au point de vue de la morbidité variolique, exécute une campagne d'éradication dans la partie orientale du pays, et l'on compte que toute la population aura été vaccinée en juin 1964. D'autre part, il est prévu de lancer une campagne d'éradication dans le Pakistan occidental en 1965. Au Soudan, au Yémen, au Ghana, en Côte-d'Ivoire, au Libéria, au Mali, au Nigéria, au Togo, en Haute-Volta, en Afghanistan, en Birmanie et au Népal, des campagnes de vaccination intensives se déroulent ou sont prévues.

Le chapitre 4 (pages 23-26) expose les conclusions auxquelles a abouti le Comité d'experts de la Variole qui a siégé à Genève du 14 au 20 janvier 1964. Le Comité a réaffirmé que l'éradication mondiale de la variole est réalisable, étant donné que le réservoir se trouve chez l'homme uniquement et que la vaccination jennérienne, lorsqu'elle est réussie, assure une immunité effective. Il a estimé que le programme d'éradication de l'Organisation avait été bien conçu et reposait sur des bases satisfaisantes. Il a émis l'opinion que les campagnes devraient comporter

trois phases distinctes : une phase préparatoire, une phase d'attaque et une phase de contrôle. Par "contrôle", le Comité entend désigner les mesures propres à maintenir indemne de variole un pays libéré de la maladie après une phase d'attaque menée avec succès. Dans la phase d'attaque, l'effort devrait porter tout d'abord sur les circonscriptions à forte densité démographique. Une fois ces circonscriptions bien protégées, l'effort maximum portera sur les zones contiguës.

Selon le Comité d'experts, les constatations faites par les équipes qui procèdent à une évaluation indépendante des programmes de vaccination en Inde sont d'une importance particulière. Ces équipes ont découvert que le pourcentage des vaccinations efficaces était souvent plus faible dans certains groupes d'âge, notamment chez les enfants et les hommes adultes, que les statistiques pourraient le suggérer. Ces groupes médiocrement vaccinés pourraient fort bien constituer des foyers potentiels de propagation de l'infection. Le Comité d'experts a donc recommandé que l'on se fixe pour objectif de couvrir cent pour cent de la population, en accordant une importance toute spéciale aux groupes d'âge dans lesquels la maladie apparaît le plus fréquemment, ainsi qu'aux nouveau-nés et aux femmes enceintes. Le Comité d'experts a également souligné la nécessité d'utiliser des vaccins lyophilisés, surtout pour la revaccination, l'expérience ayant montré que les vaccins liquides perdent rapidement leur efficacité dans les climats chauds et dans les régions où les communications sont difficiles.

Le Comité d'experts a examiné la question de la validité du Certificat international de vaccination et de revaccination contre la variole, problème que la Commission du Programme et du Budget examinera sous le point 2.7 de l'ordre du jour (examen du douzième rapport du Comité de la Quarantaine internationale).

Le Comité d'experts a principalement recommandé, que l'Organisation fasse tout ce qui est en son pouvoir pour amener tous les pays à s'intéresser davantage au problème et à faire preuve d'un esprit suffisant de coopération pour permettre de mener rapidement à bon terme le programme d'éradication. Il a également souligné qu'il était nécessaire que les pays voisins collaborent étroitement dans l'établissement de programmes d'éradication et s'efforcent à plus de promptitude et d'exactitude dans les déclarations de cas et de décès et dans l'évaluation parallèle des programmes. Il a mentionné en outre un certain nombre de sujets qui appellent des études sur le terrain et des recherches de laboratoire, notamment en ce qui concerne la mise au point d'une chimioprophylaxie efficace pour la protection des contacts et le recours aux injections sous pression. L'Organisation suit de très près les recherches entreprises sur ces deux problèmes; l'application à grande échelle de ces deux techniques ne sera possible que lorsque des données complémentaires auront été réunies.

Le chapitre 5 (pages 27-28) porte sur les dons de vaccin antivariolique. Après la Seizième Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général a invité tous les Etats Membres à verser des contributions bénévoles, en espèces ou en nature, afin de permettre à l'Organisation d'aider les pays qui le demandent à combler leur déficit en moyens de transport, en équipement et en vaccin. Or, chose très décourageante, cet appel n'a provoqué qu'une seule offre : celle des Pays-Bas, portant sur un million de doses de vaccin lyophilisé. Comme le Dr Kaul l'a déjà mentionné, un appel d'urgence a récemment été adressé à neuf pays pour qu'ils envoient 30 millions de doses de vaccin, surtout pour l'Inde, au cours des quatre premiers mois de 1964.

En réponse à cette demande, on n'a obtenu que sept millions de doses qu'il a été possible de mettre à la disposition de l'Inde grâce aux dons reçus. Après l'envoi d'un million de doses à la Birmanie, au Soudan et à la Haute-Volta, les stocks de vaccins reçus en don sont maintenant épuisés. Pour assurer l'exécution du programme mondial, c'est environ 100 millions de doses de vaccin lyophilisé qu'il faudrait obtenir en 1964 et, de nouveau, en 1965, faute de quoi de nombreux programmes d'éradication ne pourront se poursuivre. En outre, il faut du matériel de lyophilisation, de l'équipement et des moyens de transport. L'OMS ne pourra aider les régions d'endémicité à organiser des programmes d'éradication que si des dons importants de vaccins et d'espèces sont reçus.

Une enquête récente faite par l'Organisation a montré que vingt-quatre pays (compte non tenu de l'Union des Républiques socialistes soviétiques et des Etats-Unis d'Amérique) produisent du vaccin antivariolique lyophilisé, soit sept dans les Amériques, trois dans la Région africaine, quatre dans la Région de la Méditerranée orientale, cinq dans la Région européenne, quatre dans la Région de l'Asie du Sud-Est et un dans la Région du Pacifique occidental. Il est apparu que vingt-deux de ces centres de production ont une production totale d'environ 142 millions de doses par an, mais qu'ils seraient capables d'en produire 450 millions. L'Organisation a aidé cinq pays à développer la production de vaccin antivariolique lyophilisé et est en pourparlers avec cinq autres pays qui ont demandé la mise en place de moyens de production renforcés. L'enquête mentionnée montre clairement que les installations existantes seraient amplement suffisantes pour répondre aux besoins

du programme mondial d'éradication de la variole. Il faudrait cependant que les pays qui sont de grands producteurs de vaccin, et qui sont en outre exempts de variole, fassent des dons substantiels pour accélérer le programme d'éradication dans le monde entier.

On possède des connaissances suffisantes pour débarrasser le monde de la variole, mais à condition de les appliquer avec énergie et efficacité. Ce qu'il faut, ce sont des livraisons suffisantes de vaccin, de matériel pour la production, le stockage et la distribution du vaccin, la formation d'équipes de vaccinateurs et un contrôle et une évaluation satisfaisants des campagnes. Les pays où la variole sévit à l'état endémique pourraient fournir les vaccinateurs et, là où il le faut, des techniciens de laboratoire pourraient être initiés à la préparation de vaccin. Mais, si l'on veut que le programme d'éradication soit exécuté vite et bien, les pays exempts de variole devraient fournir dans l'immédiat un concours beaucoup plus important qu'ils ne l'ont fait à ce jour. En attendant que les nouveaux centres producteurs de vaccin puissent répondre entièrement aux besoins du programme, il faut d'urgence 200 millions de doses de vaccin au cours des deux prochaines années.

Le Dr ANDERSEN (Danemark), après avoir remercié le Directeur général de l'excellent rapport présenté dans le document A17/P&B/11, se propose, étant donné que la variole continue d'être importée de temps à autre dans les pays dits développés, d'exposer ce qui a été fait dans son propre pays pour parer à une telle éventualité.

Le Danemark n'a pas connu une seule épidémie de variole depuis de longues années et applique depuis plus de cent ans la vaccination obligatoire des enfants d'âge préscolaire. La revaccination, en revanche, n'est pas obligatoire, sauf dans le cas des militaires qui sont tous vaccinés à leur entrée en service.

Tout voyageur qui a séjourné dans un pays extra-européen peut être invité à produire à son arrivée au Danemark un certificat international valable de vaccination antivariolique ou, s'il n'en possède pas, à se faire vacciner sur place, sous peine d'être mis sous surveillance pendant au moins quatorze jours à compter de son départ du pays d'où il vient. S'il s'agit d'un pays qui a été déclaré zone d'endémicité aux termes du Règlement sanitaire international, la vaccination sur place et la surveillance sont obligatoires en l'absence de certificat valable. Si le voyageur refuse de se faire vacciner, il est isolé pendant une période pouvant atteindre quatorze jours à compter de son départ de la zone d'endémicité.

Le contrôle des certificats se fait en général par sondage, mais il est intensifié dans le cas des voyageurs en provenance de zones où sévissent des épidémies. A la suite d'une épidémie de variole dans un pays voisin, l'administration danoise de la santé publique a recommandé que tous les hôpitaux et institutions analogues revaccinent leur personnel et a donné le même conseil à tous ceux qui ont affaire à des malades, notamment aux omnipraticiens.

Les agents des services de quarantaine et autre personnel amené à avoir des contacts avec les voyageurs dans les aéroports et les grands ports de mer ont été revaccinés. En outre, l'administration de la santé publique a recommandé la

revaccination de toutes les personnes voyageant à l'étranger. Elle a également conseillé au Ministère de l'Intérieur de prévoir la revaccination de tout le personnel sanitaire s'occupant de questions de transport ainsi que des infirmières privées, des infirmières de la santé publique et des sages-femmes, des dentistes et autres personnes soignant des malades. Dans les hôpitaux pour contagieux, la revaccination est pratiquée une fois par an et, dans les autres institutions, une fois tous les trois ans. La question de la revaccination gratuite de toute la population est à l'étude.

En ce qui concerne le diagnostic de la variole, l'administration danoise de la santé publique a décidé de s'inspirer de la pratique anglaise qui consiste à faire appel à un dermatologue dans les cas suspects. Pour ce qui est des hôpitaux, il est difficile de dire s'il est plus rationnel de diriger un varioleux sur un grand hôpital pour maladies épidémiques ou de l'envoyer dans un plus petit hôpital écarté et réservé aux cas de variole.

Le Dr CLAVERO DEL CAMPO (Espagne) souligne que l'éradication de la variole, qui est une des tâches les plus anciennes de l'Organisation, représente un aussi grand problème pour l'OMS qu'en son temps pour l'Office international d'Hygiène publique.

D'après le document présentement examiné, la lutte contre la variole n'a pas abouti jusqu'ici à des résultats très satisfaisants. La morbidité était aussi élevée en 1963 que dix années plus tôt. Le tableau II montre même qu'il y a des pays où la létalité est supérieure à 70 % : dans un certain pays, par exemple, sur 3602 cas de variole, 2581 ont été mortels. Mais peut-être cette proportion élevée est-elle due à des erreurs de déclaration.

Les difficultés auxquelles se heurtent les efforts d'éradication de la variole sont de caractère exclusivement opérationnel car, comme l'a souligné le Comité d'experts de la Variole, l'éradication de la maladie est parfaitement réalisable puisque son épidémiologie et son traitement n'ont pas changé au cours des années. Le seul réservoir se trouve chez l'homme, l'infection est manifeste, il n'y a pas de porteurs asymptomatiques et la vaccination assure une immunité effective. Il est donc essentiel que l'Organisation redouble d'efforts et, puisque la campagne qu'elle a lancée est une campagne d'éradication, qu'elle lui donne une haute priorité et la mène à terme dans des délais définis d'avance.

L'éradication de la variole est un problème qui intéresse le monde entier - aussi bien les régions indemnes que les zones d'endémicité - du fait de la facilité et de la rapidité des transports modernes, d'autant plus que le Règlement sanitaire international s'oppose à la restriction des déplacements de personnes.

Les dons de vaccins ne sauraient suffire. Si l'on veut vraiment résoudre le problème, il faut que les pays intéressés sachent préparer eux-mêmes un vaccin d'une pureté, d'une activité et d'une durée de conservation suffisantes, toutes qualités qui deviennent encore plus nécessaires quand il s'agit de la revaccination. Le projet de résolution soumis à la Commission met insuffisamment l'accent sur la nécessité de fournir aux pays le matériel et l'équipement nécessaires pour préparer un vaccin antivariolique desséché sous congélation. Il est suprêmement important que les pays soient capables de préparer leur propre vaccin et que l'OMS dispose des moyens requis pour compléter ou remplacer les dons.

Le Professeur DE HAAS (Pays-Bas) exprime l'avis que le rapport dont est actuellement saisie la Commission n'est pas moins important que les rapports précédents sur le même sujet et que le Secrétaire l'a très utilement commenté. Pour la première fois dans l'histoire, il devient possible d'envisager l'éradication d'une maladie dans les deux siècles qui auront suivi l'introduction du vaccin spécifique. Les efforts admirables de l'Inde et du Pakistan constituent un exemple stimulant pour d'autres pays. Si, d'après la page 4 et le tableau I, la létalité paraît être plus élevée en Asie qu'en Afrique, c'est peut-être en raison d'un sous-enregistrement des décès en Afrique et d'un sous-enregistrement des cas en Asie, à moins encore que la fréquence de l'alastim ne soit très élevée en Afrique.

Les délégués des pays développés auront sans doute lu sans aucune fierté, à la page 27 du document, que le vaccin demandé par les pays d'Asie et d'Afrique n'a pas encore été fourni, d'autant plus que le coût total en est estimé à environ un million de dollars seulement.

Il est à regretter que le rapport ne fasse aucune allusion au problème capital des complications des vaccinations de masse. Sa lecture ne permet pas de se rendre compte clairement si l'importance de la notification des complications a été soulignée. A la Seizième Assemblée mondiale de la Santé, la délégation des Pays-Bas avait attiré l'attention du Secrétariat sur les aspects pédiatriques de la vaccination systématique des nourrissons et des enfants sous-alimentés. Le rapport et le projet de résolution mentionnent la vaccination des nouveau-nés : doit-on entendre ce terme littéralement ou l'interpréter comme désignant des nourrissons d'un certain âge ?

Le Professeur De Haas aimerait savoir si la recommandation tendant à vacciner les femmes enceintes, notamment au cours des premiers mois de la grossesse, est justifiée et demande des précisions sur ce qu'il faut entendre par "programme ordinaire de revaccination" au troisième alinéa de la page 25.

Il exprime enfin l'avis que le rapport, qui annonce l'aube de l'éradication de la variole, devrait être distribué aux médecins du monde entier.

Le Professeur BANKOWSKI (Pologne) félicite le Directeur général de son rapport.

Bien que la variole ne soit pas endémique dans la Région européenne, des cas importés ont entraîné, dans plusieurs pays, d'assez sérieuses épidémies qui ont causé une certaine inquiétude. Sans doute seule l'éradication de la variole dans les régions où elle est endémique apportera-t-elle une solution définitive au problème. Il n'en reste pas moins nécessaire de prendre entre-temps certaines mesures dans d'autres régions où d'autres épidémies pourraient éclater. Ces mesures comprennent l'application stricte de la vaccination, en particulier pour le personnel médical.

Le 26 avril 1962 est entrée en vigueur en Pologne une loi qui prescrit que tout le personnel des services de santé doit être vacciné ou revacciné contre la variole tous les trois ans. La pratique consistant à vacciner les enfants dans l'année qui suit la naissance puis lors de leur entrée à l'école restera en vigueur, et l'on se propose de revacciner les enfants âgés de 14 à 15 ans.

La dernière épidémie a eu lieu en juillet et août 1963. Il y a eu 98 cas (dont 52 virologiquement confirmés), dont sept mortels. Quatre des victimes faisaient partie du personnel sanitaire et n'avaient pas été vaccinées avec succès peu de temps

auparavant. Plus de huit millions de personnes ont été vaccinées au cours de cette épidémie.

La délégation polonaise estime qu'il faudrait prendre certaines mesures pour prévenir le retour d'épidémies de ce genre. Tout d'abord, il faudrait donner effet aux recommandations du Comité d'experts de la Variole de janvier 1964 sur l'éradication de la variole dans le monde entier. En second lieu, il faudrait modifier le certificat international de vaccination ou de revaccination de manière à y porter les résultats de la revaccination. Troisièmement, une place plus importante devrait être faite dans les études de médecine, tant au niveau universitaire qu'au niveau post-universitaire, à l'épidémiologie et aux symptômes des maladies quaranténaires. En quatrième lieu, la vaccination périodique obligatoire devrait être instituée pour tout le personnel sanitaire et, éventuellement, pour le personnel travaillant dans les ports et les aéroports. Cinquièmement, enfin, le contrôle épidémiologique dans les ports et les aéroports devrait être renforcé.

Le Dr GERIĆ (Yougoslavie) souligne que, malgré un certain optimisme, le rapport du Directeur général montre clairement le peu de progrès accomplis vers l'éradication de la variole. Le manque de moyens financiers est un obstacle majeur. De l'avis de la délégation yougoslave, les Etats Membres devraient intensifier leurs efforts pour obtenir les moyens financiers et autres dont ils ont besoin pour renforcer le programme d'éradication et notamment pour stimuler la production de vaccin dans les pays où la variole est endémique. L'éradication de la variole est d'une importance capitale et mérite une haute priorité.

Le Gouvernement yougoslave a décidé de faire don au compte spécial pour l'éradication de la variole d'un million de doses de vaccin antivariolique lyophilisé. Ce vaccin est produit en Yougoslavie, où il donne de bons résultats.

Le Dr APPEL (Etats-Unis d'Amérique) fait remarquer que deux observations d'ordre général reviennent périodiquement dans les discussions générales en séance plénière et dans les discussions sur les programmes de l'OMS intéressant l'éradication de la variole. La première est que les programmes d'éradication avancent trop lentement et la seconde est que l'OMS devrait définir des priorités précises pour ces programmes.

Chacun sait qu'il est indispensable d'éradiquer la variole. Tant qu'elle restera endémique en Afrique et dans certaines parties de l'Asie et de l'Amérique du Sud, la variole ne sera pas seulement un facteur de mortalité inutile dans ces régions mais continuera de menacer d'autres parties du globe qui en ont été libérées mais où sévit une grande apathie vis-à-vis de la revaccination régulière. Les connaissances nécessaires existent depuis de nombreuses années et l'on ne se heurte pas à des obstacles comme ceux que connaît le programme d'éradication du paludisme. Tout ce qu'il faut, c'est que le personnel sanitaire du monde entier fasse preuve d'une détermination et d'un zèle suffisants. Malgré un faible accroissement de sa fréquence au cours des trois dernières années, la variole n'a pas essaimé à partir des zones d'endémicité, et le fait qu'elle est confinée dans certaines régions devrait faciliter son éradication en permettant une concentration des efforts.

On possède maintenant des vaccins qui conviennent parfaitement aux régions tropicales. D'autre part, on a mis au point une nouvelle technique de vaccination qui, plus largement appliquée, permettrait de réduire considérablement la quantité de vaccin nécessaire pour arriver à l'éradication. Des travaux récents ont en effet montré qu'avec la technique des injections sous pression on peut utiliser le vaccin actuel sous une dilution de 1:50 pour la primovaccination et sous une dilution de 1:10, ou peut-être même de 1:50 également d'après des données toutes récentes pour la revaccination.

La délégation des Etats-Unis estime que l'OMS devrait accorder une haute priorité au programme d'éradication de la variole. A cet effet, elle devrait prévoir un personnel central approprié pour la planification à l'échelle mondiale et un personnel approprié pour la planification régionale et pour la mise en oeuvre sur le terrain. Ce personnel devrait envisager l'adoption de la technique des injections sous pression et, si elle devait se révéler efficace, prendre des mesures pour l'enseigner aux équipes travaillant sur le terrain. Il devrait d'autre part étudier toutes autres méthodes propres à accélérer l'exécution du programme.

La délégation des Etats-Unis suggère que le Directeur général envisage l'élaboration d'un plan dans le sens indiqué et qu'il s'efforce d'en estimer le coût et d'évaluer le temps qui serait nécessaire à sa mise en oeuvre intégrale.

Pour donner effet à ses suggestions, la délégation des Etats-Unis, conjointement avec les délégations de l'Australie, du Chili, de l'Inde, du Libéria et de l'Union des Républiques socialistes soviétiques, présente un amendement au projet de

résolution qui a été soumise à la Commission. Le Dr Appel souligne que l'acceptation de cet amendement ne contraindrait aucun gouvernement à approuver le budget que le Directeur général pourrait soumettre à la suite des études qu'il serait invité à faire.

L'amendement proposé par ces délégations (P&B/Conf.Doc. No 22) tendrait à remplacer les paragraphes 3.1) et 3.2) du dispositif par ce qui suit :

3. PRIE le Directeur général :

1) de préparer un plan détaillé pour l'éradication mondiale de la variole qui portera sur les besoins en personnel, les méthodes de travail, la livraison des fournitures et du matériel nécessaires, y compris le vaccin, le projet de calendrier d'opération et comprendra une estimation des dépenses à la charge de l'OMS et des gouvernements pour l'immédiat et pour l'avenir;

2) d'inscrire dans son projet de programme et de budget ordinaires pour 1966 la part du financement de ce programme qui devrait normalement incomber à l'OMS.

Le Professeur ŽDANOV (Union des Républiques socialistes soviétiques) approuve les observations formulées par le délégué des Etats-Unis d'Amérique.

Le programme d'éradication de la variole est le plus réaliste de tous les programmes de l'OMS en ce sens qu'il pourrait être terminé en un temps relativement court, mais à condition que les services de santé des différents pays consentent un effort suffisant. Le rapport du Directeur général montre que la morbidité variolique n'a pas diminué de 1959 à 1963. Il y a cependant eu un léger progrès en ce sens que

l'Inde, qui compte de vastes zones d'endémicité, exécute un programme intensif d'éradication de la variole qui a été préparé très soigneusement et pour la mise en oeuvre duquel le matériel nécessaire a été prévu.

Le délégué des Etats-Unis d'Amérique a eu raison de dire que le moment était venu de grouper en un programme coordonné unique les efforts menés jusqu'ici d'une façon dispersée par divers pays. C'est cette considération qui a motivé la présentation de l'amendement proposé par la délégation des Etats-Unis avec l'accord complet de la délégation soviétique. Comme on le voit, la première chose à faire est de préparer un programme mondial et de calculer les dépenses, le vaccin et les autres fournitures que son exécution exigera.

L'Union soviétique a toujours été en faveur de l'éradication de la variole à l'échelle mondiale et elle ne s'est pas fait faute de fournir une aide dans ce sens par l'intermédiaire de l'OMS ainsi que dans le cadre d'accords d'assistance bilatérale. L'URSS, qui produit environ 500 millions de doses de vaccin antivariolique lyophilisé par an, pourrait accroître sa production en cas de besoin. Il est dans son intention de continuer de soutenir le programme d'éradication de la variole en faisant des dons de vaccin à l'OMS et en fournissant du vaccin et d'autres formes d'assistance (y compris l'envoi d'experts) à divers pays.

Le Professeur Ždanov estime indispensable que la Commission examine de très près le problème de la variole et recommande une résolution plus énergique que celles qui ont été précédemment adoptées à ce sujet.

Le Dr CHADHA (Inde) remercie le Directeur général de son excellent rapport sur l'éradication de la variole et le Sous-Directeur général de ses très utiles explications.

Le programme national d'éradication de la variole en Inde a été lancé au cours du dernier trimestre de 1962 dans la plupart des Etats, mais il n'a pris son plein essor que dans le premier trimestre de 1963. Il emploie 150 équipes comprenant chacune 60 vaccinateurs et 12 surveillants qui travaillent dans 15 Etats et territoires de l'Union.

En 1963, l'Inde a enregistré 65 440 cas de variole, dont 19 913 mortels. Ces chiffres sont supérieurs à ceux des cinq années précédentes. Il va sans dire que les opérations d'éradication n'avaient pas encore commencé à faire sentir leurs effets en 1963 et qu'on ne peut guère espérer une réduction sensible avant que 80 à 90 % des habitants aient été vaccinés.

A la mi-janvier 1964, 200 millions de personnes avaient été vaccinées; ce chiffre comprend 22 millions de primovaccinations. Il y a eu 21 cas d'encéphalite post-vaccinale - dont quelques-uns mortels - dans différentes parties du pays. Il y a également eu quelques cas de tétanos.

On emploie un vaccin lyophilisé. L'Inde est reconnaissante à l'Union des Républiques socialistes soviétiques des 250 millions de doses qu'elle lui a déjà données et des 200 autres millions de doses qu'elle lui a promises, dont 11 millions ont déjà été livrées. Elle est également reconnaissante au Royaume-Uni de son don de 4 millions de doses. Néanmoins, l'Inde aurait besoin de recevoir encore plus de vaccin et elle se félicite des autres dons qui seront faits sous peu par la Suisse et les Pays-Bas.

La campagne d'éradication est soumise à une évaluation permanente au fur et à mesure qu'elle progresse.

L'éradication réelle de la variole exige une synchronisation des campagnes menées dans les pays voisins. L'Inde est heureuse que le Pakistan ait commencé à vacciner toute sa population et que des campagnes de vaccination se déroulent dans certaines régions du Népal avec l'aide de l'OMS. Elle espère que ces opérations pourront être étendues à tout le pays. Avant de terminer, le Dr Chadha déclare que l'Inde est résolue à éradiquer la variole sur l'ensemble du territoire national dans les plus brefs délais.

Le Dr DOUBEK (Tchécoslovaquie) rappelle que la variole a été importée en Europe à plusieurs reprises en 1963. Des cas ont été observés chez le personnel médical, particulièrement exposé, et le fait que le diagnostic n'avait pas été posé suffisamment tôt a favorisé l'extension de la maladie. En Tchécoslovaquie, on a vacciné tous les travailleurs de la santé publique ainsi que certaines autres catégories de personnel, par exemple les travailleurs des transports. Il serait souhaitable que d'autres Etats Membres prennent des mesures analogues. Parallèlement, des instructions ont été données aux médecins touchant le diagnostic précoce de la variole et la technique de prélèvement d'échantillons pour les épreuves de laboratoire.

La délégation tchécoslovaque recommande instamment aux pays européens dans lesquels des cas importés de variole ont été observés de prendre des mesures énergiques pour prévenir le déclenchement d'une épidémie et pour publier les résultats

de leurs enquêtes épidémiologiques. Il serait utile aussi que les pays européens puissent unifier les règles qu'ils appliquent concernant les certificats de vaccination exigés dans les voyages internationaux. Le contrôle des certificats devrait s'exercer dans le pays d'origine avant le départ. La délégation tchécoslovaque estime que l'éradication de la variole exige l'amélioration de la situation épidémiologique dans les pays où la maladie est endémique et une aide efficace de la part de tous les Etats Membres de l'OMS.

Le Dr NABULSI (Jordanie) indique que, grâce à la vaccination obligatoire des nourrissons à partir de trois mois et à la revaccination périodique des enfants d'âge scolaire, il n'y a pas eu un seul cas de variole en Jordanie depuis plusieurs années. En 1963, une campagne de vaccination de masse portant sur toute la population a été opérée.

La Jordanie, qui produit dans ses propres laboratoires un vaccin lyophilisé de bonne qualité, a déjà fait don de plusieurs millions de doses à l'OMS. Elle est prête à en donner trois autres millions en 1964.

Le Dr ALDEA (Roumanie) constate que le rapport du Directeur général met en lumière l'ampleur du problème posé par la variole dans le monde. Avec l'intensification et la rapidité sans cesse plus grande des transports internationaux de personnes et de marchandises, l'existence de plus de 70 000 cas de variole par an dans les zones d'endémicité d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud est une menace permanente pour la santé des populations de toutes les parties du monde. C'est ce qu'ont amplement démontré les épidémies qui ont éclaté ces dernières années en Europe, où la variole avait été liquidée depuis longtemps.

La documentation présentée aux comités régionaux de l'OMS appelle l'attention sur diverses mesures à prendre pour l'éradication de la variole : vaccination complète dans les zones d'endémicité; amélioration du pouvoir antigène du vaccin et perfectionnement des techniques vaccinales; découverte de nouveaux moyens de prophylaxie spécifique et amélioration des méthodes de traitement; amélioration de la législation pour la protection des territoires indemnes.

La dernière poussée épidémique dont la Roumanie a été le théâtre s'est produite en 1925, et le dernier cas importé remonte à 1946. Tous les enfants sont vaccinés entre les âges de 3 et 12 mois et revaccinés à l'âge de 7 ans. Une deuxième revaccination est pratiquée à 21 ans. Toutes les personnes qui voyagent dans des zones d'endémicité ou qui risquent d'entrer en contact avec des personnes provenant de telles zones sont également vaccinées. En 1963, étant donné les flambées épidémiques qui avaient éclaté dans certains pays européens et le développement du tourisme international et du commerce, certaines mesures de protection supplémentaires ont été instituées. C'est ainsi que tout le personnel médico-sanitaire, le personnel des hôtels et restaurants, des transports, des douanes, a été revacciné et que l'attention du personnel médical a été attirée sur l'importance du diagnostic précoce de la variole. Ces mesures ont été intensifiées après l'apparition de foyers d'épidémie en Suède et en Pologne; des dispositions ont été prises pour l'hospitalisation de tout cas observé dans les villes principales, et le contrôle sanitaire aux frontières a été renforcé. Après que des cas eurent été déclarés à Budapest, à Zurich et à Berlin, plus de 1600 personnes qui avaient été dans ces régions ont été placées sous surveillance, et, dans certains cas, soumises à un examen médical quotidien.

Le Dr Aldea sait d'expérience personnelle que le Gouvernement roumain est convaincu que la façon la plus sûre de liquider la variole est d'accélérer les programmes d'éradication dans les zones d'endémicité. Il sera nécessaire que l'Organisation soutienne les recherches entreprises pour mettre au point un vaccin hautement efficace provoquant un minimum de réactions secondaires, pour obtenir de la gamma-globuline antivaccinale d'origine animale et pour trouver de meilleures méthodes de traitement.

En Roumanie, près de 200 000 enfants ont été vaccinés et 300 000 ont été revaccinés en 1963; 94 % des primo-vaccinations ont "pris". Une réaction générale plus prononcée que la normale a été constatée dans 1,2 % des cas et des réactions locales intenses ont été observées dans 3,4 % des cas. Quatre-vingt-quatorze pour cent des revaccinations qui ont été contrôlées ont "pris"; une réaction générale plus forte que la normale a été observée dans 0,5 % des cas et des réactions locales intenses ont été constatées dans 2,1 % des cas. Sur près de 700 000 personnes qui ont été vaccinées ou revaccinées en 1963, il y a eu 4 cas d'encéphalite, dont un mortel.

La délégation roumaine estime que les dispositions du Règlement sanitaire international relatives à la variole demanderaient à être complétées.

Comme la Région européenne est sur le point d'entrer dans une phase critique en ce qui concerne la variole, la délégation roumaine prie le Directeur général de faire tout ce qui est en son pouvoir pour diffuser le plus rapidement possible les recommandations du Comité d'experts de la Variole.

Le Dr AWOLIYI (Nigéria) félicite le Directeur général de son excellent rapport sur l'éradication de la variole.

Le Nigéria a décidé de concentrer ses ressources dans une offensive générale contre la variole et a établi un programme d'éradication en plusieurs phases. Dans un premier temps, la production de vaccin sera accrue, un réseau de postes sanitaires et de dispensaires sera édifié, le contingent nécessaire de vaccinateurs, etc., sera formé et l'éducation sanitaire de la population sera entreprise. Cette phase a déjà commencé et doit durer encore un an.

La deuxième phase sera la phase d'attaque. Chaque région du pays sera divisée en une dizaine de secteurs dont chacun sera intégralement couvert. Si l'on dispose d'un nombre suffisant de vaccinateurs et de surveillants, on pourra couvrir simultanément deux secteurs ou même plus. La troisième phase sera la phase de consolidation, au cours de laquelle seront formées les équipes de surveillance chargées de s'assurer qu'une couverture complète a été réalisée. Elle durera sans doute douze mois.

La quatrième phase, enfin, qui sera la phase d'évaluation et d'entretien, sera assurée par les services de santé publique normaux, par l'intermédiaire des équipes mobiles et des services de santé ruraux et urbains.

La délégation du Nigéria est d'avis que les dispositions du Règlement sanitaire international devraient être rigoureusement respectées dans tous les ports et dans tous les postes frontières terrestres.

Il serait souhaitable que les pays voisins du Nigéria puissent entreprendre des campagnes d'éradication simultanément au programme nigérien, et l'OMS pourrait peut-être intervenir utilement à cet égard.

Il y a eu un cas mortel d'encéphalite post-vaccinale à Lagos en 1962.

Le Dr PERERA (Ceylan) remercie le Directeur général de son intéressant rapport. La variole n'est pas endémique à Ceylan mais des poussées épidémiques dues à des cas importés éclatent de temps à autre. Ceylan a institué des mesures de quarantaine rigoureuses contre la variole et met en oeuvre depuis des années un programme méthodique visant à vacciner la totalité de la population. La revaccination des enfants d'âge scolaire a été introduite récemment.

La délégation de Ceylan appuie le projet de résolution présenté dans le document P&B/Conf.Doc. No 18.

Le Dr BRAVO (Chili) félicite le Directeur général de son rapport et le Dr Kaul de ses explications. Il apparaît qu'on dispose de connaissances suffisantes pour éliminer la variole, mais qu'il faut redoubler d'efforts.

Il n'y a pas eu un seul cas de variole au Chili depuis quinze ans. Les nourrissons sont vaccinés à l'âge de six mois, et, chaque année, 20 % des habitants sont revaccinés. Même alors, des poussées épidémiques provoquées par des cas importés pourraient encore se produire. L'institut bactériologique du Chili a préparé une quantité suffisante de vaccin pour les besoins du pays et a même été en mesure d'en fournir au Pérou en 1962 pour l'aider à combattre une épidémie. Le Chili se propose de faire un nouveau don de vaccin lyophilisé à l'OMS à l'intention des pays qui en ont besoin.

La délégation du Chili appuie l'amendement présenté dans le document P&B/Conf.Doc. No 22, car elle estime qu'il contribuera à donner une plus grande impulsion au programme d'éradication de la variole.

Le Dr JALLOUL (Liban) félicite le Directeur général de son rapport.

Bien que l'éradication de la variole soit réalisable, des épidémies continuent d'éclater dans certaines parties du monde, de sorte que tous les Etats devraient intensifier leurs efforts et mieux collaborer entre eux.

Il n'y a pas eu un seul cas de variole au Liban depuis 1956. La loi prévoit l'exécution d'une campagne de vaccination de masse tous les quatre ans; la première de ces campagnes a eu lieu en 1960 et la seconde se déroulera en 1964. La même loi prescrit que les nourrissons soient vaccinés à l'âge de six mois.

Sir George GODBER (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), se référant au dernier alinéa du chapitre 5 du rapport, demande si l'on prévoit que l'on manquera de 100 000 000 de doses de vaccin lyophilisé en 1964 puis de nouveau en 1965 et si, dans l'affirmative, le Directeur général envisage de proposer le virement de fonds d'autres parties du budget pour financer l'achat de vaccin supplémentaire. Le Royaume-Uni produit des quantités relativement faibles de vaccin mais a néanmoins fait don à l'OMS de l'équivalent de sa production normale pendant un an. Il se pourrait que la production mondiale de vaccin lyophilisé soit insuffisante pour les deux prochaines années, bien que les possibilités de production se soient accrues dans un grand nombre de pays. Même quand on disposera de quantités suffisantes de vaccin, la vaccination ne permettra pas à elle seule de réaliser l'éradication.

En effet, à mesure que la fréquence de la maladie diminuera, il faudra utiliser de nouveaux médicaments antiviraux pour combattre l'infection dans l'entourage des derniers cas. Il faudra également assurer le diagnostic de laboratoire des cas bénins.

La délégation du Royaume-Uni appuie l'amendement qui a été conjointement proposé par les délégations de l'Autriche, du Chili, des Etats-Unis d'Amérique, de l'Inde, du Libéria et de l'Union des Républiques socialistes soviétiques.

La séance est levée à 12 h.30.