



WHO/Smallpox/11
10 août 1960

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DE LA CONFERENCE AFRICAINE
SUR L'ERADICATION DE LA VARIOLE

Brazzaville, République du Congo, 16-19 novembre 1959

Sommaire

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	3
1. CONSIDERATIONS EPIDEMIOLOGIQUES SUR L'ERADICATION DE LA VARIOLE	6
1.1 Variole majeure et variole mineure	6
1.2 Influence du climat	6
1.3 Critères d'éradication	7
2. ORGANISATION D'UN SERVICE ANTIVARIOLIQUE D'ERADICATION	7
2.1 Sa place dans la structure générale du service de santé publique	7
2.2 Responsabilités du service	8
3. ORGANISATION DES CAMPAGNES D'ERADICATION	8
3.1 Planification	8
3.2 Estimation du coût	9
3.3 Transport	9
3.4 Personnel	9
3.5 Mouvements de population	10
3.6 Coordination avec d'autres campagnes	10
3.7 Evaluation des résultats	10
3.8 Phase de consolidation	11
4. RECRUTEMENT ET FORMATION DU PERSONNEL	11
4.1 Personnel médical	12
4.2 Inspecteurs	12

	<u>Page</u>
4.3 Vaccinateurs	12
4.4 Autre personnel	12
5. VACCINS ET TECHNIQUES DE VACCINATION	12
5.1 Types de vaccin; avantages du vaccin desséché	12
5.2 Conservation et transport du vaccin	13
5.3 Contrôle de l'activité du vaccin	14
5.4 Techniques de vaccination	14
5.5 Complications	15
6. ASPECTS SOCIAUX ET EDUCATION SANITAIRE DE LA POPULATION	15
6.1 Attitude de la population; tabous et préjugés	15
6.2 Participation des collectivités	16
7. LEGISLATION	16
7.1 Opportunité d'une législation spéciale	16
7.2 Vaccination obligatoire ou facultative	16
8. ASPECTS INTERNATIONAUX	17
8.1 Importance de la coordination et de la coopération sur le plan international et sur le plan régional	17
8.2 Assistance internationale	17

INTRODUCTION

La Conférence africaine sur l'éradication de la variole organisée par le Bureau régional pour la Région africaine de l'OMS s'est tenue à Brazzaville du 16 au 19 novembre 1959.

Outre le personnel de l'OMS assistaient à cette conférence 26 participants venant de 20 pays d'Afrique au sud du Sahara et un pays de la Région de la Méditerranée orientale, ainsi que des observateurs de la CCTA, de l'Institut Pasteur et de l'Institut d'Etudes supérieures de Brazzaville.

La session a été solennellement ouverte par M. R. Troadec, premier conseiller et représentant personnel du Haut-Commissaire général représentant le Président de la Communauté à Brazzaville, et le Dr T. Evans, Directeur régional adjoint du Bureau régional de l'OMS de l'Afrique.

Les personnalités suivantes assistaient également à la cérémonie d'ouverture : M. A. Dufour, Conseiller diplomatique auprès du Haut-Commissaire général, le Médecin Lieutenant-Colonel A. Doll, représentant le Gouvernement de la République du Congo, le Dr C. Dricot, Directeur général des services médicaux du Congo belge.

La Conférence a élu Président le Dr D. M. Blair, et Vice-Président le Médecin Lieutenant-Colonel F. Merle. Le Dr D. C. Snell et le Médecin Lieutenant-Colonel G. Binson ont été nommés rapporteurs.

Les objectifs de la Conférence sont présentés dans le discours d'ouverture prononcé par le Directeur régional adjoint : permettre aux participants de procéder à un échange de vues sur l'épidémiologie de la variole, d'examiner la situation existant dans les différents pays de l'Afrique, de comparer les expériences pratiques recueillies dans le domaine de la lutte contre la variole, de considérer les résultats et les progrès déjà acquis, et enfin d'étudier et de formuler les critères applicables aux campagnes de masse d'éradication et pouvant s'adapter en particulier à un programme de grande envergure. Il a aussi attiré

l'attention sur le fait suivant : bien que la vaccination contre la variole soit connue et pratiquée depuis plus de 150 ans et qu'elle constitue l'une des mesures les plus simples, les plus sûres et les plus efficaces de médecine préventive, la variole subsiste et se manifeste encore dans certaines parties du monde, en particulier en Asie et, avec une gravité moindre, en Afrique au sud du Sahara où l'on a signalé 20 000 cas en 1958. Pourtant on admet généralement que la variole peut être éradiquée dans une zone d'endémie si 80 % de la population est vaccinée ou revaccinée pendant une période de 4 à 5 ans. Parmi les aspects techniques de l'éradication de la maladie en Afrique on a mentionné notamment les difficultés rencontrées pour atteindre les populations vivant dans des zones où les communications sont insuffisantes ou inexistantes et les populations très dispersées ou nomades.

La Conférence était organisée de manière à réunir à la fois les avantages des sessions plénières et ceux des groupes de discussion.

Le plan de travail adopté comprenait trois étapes :

- exposé préliminaire
- groupes de discussion
- assemblées plénières

et se déroulait suivant un programme soigneusement établi.

Au cours des séances préliminaires, les participants soumettaient les documents qu'ils avaient préparés et les illustraient par des exemples concrets. Les deux groupes de travail se réunissaient ensuite séparément en séances de une à trois heures et procédaient à l'étude des mêmes points de l'ordre du jour. Afin d'assurer une certaine cohérence entre les travaux des deux groupes de discussion, on avait préparé d'avance une série de questions ainsi que, dans certains cas, une documentation devant servir de base aux débats et quelques directives concernant la façon d'aborder le sujet. Les rapporteurs des groupes, avec l'assistance des participants qui avaient dirigé les débats et celle du Secrétariat, présentaient dans un rapport les conclusions générales qui se dégageaient des débats de la journée au sein de leur groupe. Un rapport unique était ensuite rédigé à partir d'une comparaison en séance plénière des rapports établis par chacun des groupes, et examiné finalement en séance plénière.

Au cours de la dernière assemblée plénière, certains participants ont également présenté une série de brefs exposés sur les systèmes en vigueur dans leur pays pour l'organisation des campagnes antivarioliques.

Ces exposés étaient complétés par des détails et données statistiques envoyés par les administrations de la plupart des pays et territoires africains en réponse à un questionnaire sur l'éradication de la variole qui a été distribué en 1958. Un résumé de ces réponses a été publié dans un document distribué aux participants.

RAPPORT FINAL

1. CONSIDERATIONS EPIDEMIOLOGIQUES SUR L'ERADICATION DE LA VARIOLE

La Conférence pense que la réceptivité ne dépend pas de la race, du sexe ou de l'âge, mais est directement liée à une infection variolique ou vaccinale antérieure. La durée de l'immunité varie d'une personne à l'autre, mais dans toute collectivité les individus conservent pour la plupart une immunité suffisante pendant cinq ans.

1.1 Variole majeure et variole mineure

Du point de vue clinique on admet des différences de degré entre la variole majeure, la variole mineure ou Alastrim, etc. Les différences qui permettent de faire une distinction entre la variole majeure et la variole mineure sont d'ordre quantitatif. Mais du point de vue de l'épidémiologie et de la prophylaxie il est prudent de considérer variole majeure et variole mineure ou Alastrim comme les formes diverses d'une seule et même maladie.

1.2 Influence du climat

Certains participants ont signalé une influence possible du climat; la forme endémique serait d'observation plus courante dans les régions humides, tandis que la forme épidémique se développerait plus spécialement dans les pays secs. Les grands mouvements de population, qui sont considérables dans les régions sèches, conditionnent en grande partie la prédominance de la forme épidémique, tandis que la forme endémique est plus couramment observée dans les zones de forêt et de savane dense.

La Conférence estime également que l'allure épidémiologique de la maladie dans les régions sèches et dans les régions humides, ou dans une même région pendant la saison sèche et pendant la saison des pluies, est plutôt due à la stabilité des populations pendant la saison des pluies, plutôt qu'aux conditions climatiques elles-mêmes.

1.3 Critères d'éradication

Les critères d'éradication de la variole en Afrique ne peuvent pas reposer sur les résultats obtenus dans tel ou tel territoire; ils doivent porter sur la Région africaine tout entière. Il s'ensuit que tous les pays de la Région doivent travailler ensemble à l'éradication de la maladie, même si la fréquence des cas sur leur propre territoire ne constitue pas à leurs yeux un grave problème sanitaire sur le plan national. Etant donné la difficulté que l'on éprouve à obtenir des renseignements précis sur la fréquence de la maladie dans les régions reculées, la Conférence estime que l'on ne saurait prétendre avoir réalisé l'éradication avant que trois ans ne se soient écoulés après une campagne de vaccination sans qu'un seul cas de variole ait été signalé.

2. ORGANISATION D'UN SERVICE ANTIVARIOLIQUE D'ERADICATION

2.1 Sa place dans la structure générale du service de santé publique

Il est admis que la majorité des pays d'Afrique ne peut espérer être financièrement en mesure de créer des services d'éradication de la variole autonomes et strictement spécialisés.

Il est recommandé de placer sous la direction générale du Chef des services généraux de la santé publique la planification et l'application de tout programme d'éradication de la variole. Dans les pays où de nombreux organismes participent aux activités médicales et sanitaires, il est recommandé, en vue d'assurer une parfaite coopération, de constituer un comité national consultatif d'éradication de la variole, où seront représentés les différents services publics centraux et locaux, les missions, les établissements commerciaux et pédagogiques, les services de développement des collectivités et les associations bénévoles qui auront à jouer un rôle dans l'exécution du programme.

Les pays déjà dotés de services de grandes endémies continueront d'utiliser leurs équipes de prospection systématique pour les campagnes de vaccination antiyariolique. Il est recommandé aux pays qui ne posséderaient pas de tels organismes d'en envisager la création.

2.2 Responsabilités du service

Tous les aspects du programme d'éradication doivent être placés sous l'autorité d'un médecin hautement qualifié de l'administration centrale de la santé publique. Il importe de fixer avec précision la hiérarchie et les responsabilités à tous les échelons, depuis le haut fonctionnaire jusqu'au vaccinateur qui travaille sur le terrain.

La Conférence déplore la tendance qu'on a dans certaines régions à déléguer à un personnel non médical la responsabilité de la lutte antivariolique directe sur le terrain.

Tous les aspects de l'éradication de la variole - vaccination, diagnostic, isolement, traitement, quarantaine internationale - doivent être placés sous la direction générale du médecin chargé du programme.

Dans les dernières phases de la campagne, il est d'importance capitale de faire avec exactitude le diagnostic des cas qui se présentent. De même, les mesures de surveillance, de quarantaine et de contrôle doivent être renforcées à mesure que se déroule la campagne d'éradication.

Le service antivariolique d'éradication doit se charger de toutes ces activités.

3. ORGANISATION DES CAMPAGNES D'ERADICATION

3.1 Planification

Pour préparer une campagne d'éradication, il convient de tenir le plus grand compte de toutes les données concernant la topographie du pays, la répartition de la population, les voies de communication, les centres naturels de rassemblement de la population et des résultats de toutes les enquêtes médicales qui ont pu être effectuées précédemment.

Chacun sait que dans la plupart des pays africains la notification est très imparfaite; mais cette considération ne devrait pas faire obstacle au lancement de la campagne. A mesure que la campagne progresse, il devient essentiel de faire un diagnostic exact pour tous les cas signalés.

Lors de la préparation d'une campagne de vaccination, il faut tout mettre en oeuvre pour que soit pratiqué le plus grand nombre possible de primo-vaccinations.

Dans quelques territoires la vaccination "porte à porte" ne paraît pas praticable, sauf dans certains cas particuliers : villes, abstention pour des motifs religieux ou sociaux, etc.

La Conférence insiste sur le fait qu'il ne suffit pas de rassembler 80 % de la population administrativement recensée, mais qu'il faut parvenir à immuniser au moins 80 % de la population réelle.

Les campagnes d'éradication devront tendre à vacciner la totalité de la population dans un délai n'excédant pas trois ans.

3.2 Estimation du coût

Il faudra faire une évaluation du coût de la campagne aussi exacte que possible. Les vaccins, le personnel et le transport constitueront les principaux postes budgétaires. Les prévisions de ces dépenses pourront être ajustées en cours d'exécution de la campagne à la lumière de l'expérience acquise pendant la période initiale.

3.3 Transport

La Conférence estime que les moyens de transport et les voies de communication sont si variés en Afrique qu'il est impossible de fixer un barème et de prévoir avec précision des crédits pour ce poste. Il convient cependant, lors de l'organisation de la campagne, d'étudier avec soin quel sera le moyen de transport le plus rapide du personnel, du vaccin et de l'équipement, compte tenu de la situation propre aux différents pays.

Dans les pays dotés de services d'hygiène mobiles, le problème des moyens de transport est en grande partie résolu.

3.4 Personnel

Tout le personnel des services de la santé publique du pays intéressé pourra être appelé à intervenir dans la réalisation de la campagne d'éradication.

Le noyau de chaque équipe de vaccination doit être constitué par un personnel régulier et particulièrement qualifié qui peut être secondé, dans certaines régions, par des auxiliaires recrutés localement, jouissant de la confiance de la population et sachant parler sa langue.

Dans certaines régions d'Afrique, il est nécessaire d'envisager l'emploi de vaccinateurs-femmes afin de surmonter les préjugés et les objections d'ordre religieux.

3.5 Mouvements de population

En Afrique, des fractions importantes de la population peuvent se déplacer à de très grandes distances de leur habitat ou de leur pays d'origine. Une partie de ces mouvements est liée au désir de trouver un emploi temporaire dans les mines ou dans les grands ensembles industriels. Dans ces cas, il est recommandé de pratiquer la vaccination sur les lieux d'embauche, en s'efforçant d'atteindre également la famille du travailleur. Dans certaines régions, il s'agit de déplacement des populations nomades avec leurs troupeaux, et il est alors nécessaire d'organiser des centres de vaccination sur leur itinéraire ou de constituer des équipes mobiles de vaccination.

Des certificats de vaccination doivent être délivrés, lorsque cette mesure paraît nécessaire ou utile.

3.6 Coordination avec d'autres campagnes

La Conférence estime que la campagne d'éradication de la variole pourrait être coordonnée avec d'autres campagnes contre les grandes endémies pouvant sévir dans le pays, par exemple : lèpre, trypanosomiase, tréponématoses, etc.

3.7 Evaluation des résultats

Pour faciliter la campagne d'éradication sur l'ensemble du continent, il importe que les rapports sur les travaux entrepris dans chaque pays soient établis selon une méthode plus ou moins uniforme et aussi simple que possible. Le travail de chaque vaccinateur doit faire l'objet d'un rapport distinct pour

que l'on puisse évaluer les résultats qu'il a obtenus et, en cas d'échec, déterminer si la cause en est une diminution de l'activité du vaccin ou une insuffisance professionnelle du vaccinateur.

Il est important de réunir les données suivantes : nombre de personnes vaccinées dans chaque zone, nombre de primo-vaccinations, nombre de revaccinations, répartition par groupes d'âge : nourrissons, enfants, adultes.

Pour pouvoir évaluer la qualité du vaccin et celle du vaccinateur, il faut faire vérifier par un inspecteur indépendant une certaine proportion des primo-vaccinations.

Toutes les données recueillies pendant la campagne de vaccination devront être acheminées vers un bureau central où elles seront classées et analysées comme il convient.

Le chiffre des primo-vaccinations de nourrissons est une indication précieuse du nombre de vaccinations annuelles qu'il faudra prévoir pour ce groupe dans les années qui suivront la campagne.

3.8 Phase de consolidation

Une fois réalisée une campagne efficace de vaccination, c'est-à-dire lorsque 80 % de la population ont été immunisés, il faut consolider les résultats obtenus en maintenant à ce niveau la proportion d'individus ainsi protégés et pour cela vacciner les nourrissons, vacciner ou revacciner les enfants d'âge scolaire, et les adultes lors de leur embauche ou de leur entrée dans le pays. Il faut faire un filtrage particulièrement soigneux des pèlerins non vaccinés.

4. RECRUTEMENT ET FORMATION DU PERSONNEL

Les pays ayant une infrastructure sanitaire suffisamment étoffée auront avantage à prélever le personnel destiné à l'exécution du plan de campagne d'éradication parmi l'effectif en place dont ils disposent. Les autres pays devront faire appel au concours d'un certain nombre de personnes étrangères au service de santé auxquelles devront être inculquées les notions indispensables à la bonne exécution des diverses opérations dont elles pourront être chargées : vaccinations et contrôle, conservation du vaccin, rédaction de rapports, etc.

Indépendamment du degré d'intelligence et d'instruction suffisants, la valeur morale et l'honnêteté devront être des éléments déterminants dans le choix du personnel.

4.1 Personnel médical

Lorsqu'on recrute le personnel médical qu'on charge de la campagne anti-variologique d'éradication, il faut s'assurer qu'il a une bonne expérience de la lutte contre la variole ou des dispositions pour les campagnes de masse.

4.2 Inspecteurs

A côté des inspecteurs sanitaires et des autres membres expérimentés du service de santé, on peut employer les vaccinateurs les plus anciens et les plus sérieux à l'importante tâche de vérification de résultats et d'organisation des approvisionnements pour les vaccinateurs. Les anciens membres de la police et des forces armées sont particulièrement aptes à ce genre de travail.

4.3 Vaccinateurs

Les vaccinateurs devront être capables d'assimiler correctement la technique de vaccination et devront connaître les contre-indications. La formation de ces personnes, si elle doit être intensive, ne doit pas durer plus de deux à trois semaines. Il est bien entendu que ceci s'applique uniquement aux individus recrutés spécialement comme vaccinateurs.

4.4 Autre personnel

Au cours des campagnes de vaccination, l'on peut parfois avoir recours à certains groupes tels que personnel enseignant, élèves des écoles secondaires, étudiants des universités, etc., pour renforcer temporairement, dans chaque zone, les équipes de vaccination.

5. VACCINS ET TECHNIQUES DE VACCINATION

5.1 Types de vaccin; avantages du vaccin desséché

En pratique, deux types de vaccins sont utilisés : le vaccin frais (lymphe glycinée) et le vaccin desséché. Le vaccin glyciné a été largement

utilisé par le passé en raison de son prix peu élevé comparé à celui du vaccin sec; toutefois ceci ne compense pas les avantages que présente la meilleure conservation du vaccin sec. Celui-ci permet en effet d'ignorer les difficultés inhérentes au climat et au transport; il convient donc de l'utiliser pour les zones rurales. Le vaccin frais rend de grands services pour les campagnes portant sur les villes et autres concentrations de population où les communications sont faciles.

Actuellement, le coût du vaccin sec est de quatre à six fois plus élevé que celui du vaccin frais, ce qui, pour certains pays, peut représenter un facteur décisif quant au choix. Il doit donc être admis que la lymphe pourra être employée chaque fois qu'il y aura possibilité de transporter facilement le produit à basse température jusqu'aux utilisateurs et de le conserver dans les mêmes conditions jusqu'à son emploi.

Il est cependant probable qu'une augmentation de la production de ces laboratoires entraînerait un abaissement du prix de revient du vaccin sec; il conviendrait donc d'étudier cette possibilité et d'envisager éventuellement une aide à ces laboratoires en vue d'améliorer leur rendement.

De plus, on a fait remarquer que les estimations et comparaisons de prix entre différents vaccins portent d'habitude sur les prix de revient de la dose individuelle, comparaison qui fait apparaître le vaccin glycéринé comme de beaucoup le plus économique. Il faudrait envisager d'autres critères moins théoriques, ne tenant pas seulement compte du facteur quantitatif mais aussi de la qualité de la vaccination. Des critères pratiques pourraient être alors proposés, tenant compte de l'objectif réel qui est la protection effective de la population, pour permettre de calculer le coût final par personne protégée.

Un vaccin donnant un pourcentage élevé de prises permettra de réaliser une économie de temps, d'argent et d'efforts au cours de la campagne.

5.2 Conservation et transport du vaccin

La lymphe glycéринée doit être conservée dans les centres à une température inférieure à -10°C et, pendant le transport au lieu d'utilisation, elle ne doit pas être exposée à des températures dépassant $+4^{\circ}\text{C}$. Le vaccin desséché doit

être conservé au frais, mais il ne demande aucune précaution particulière quant à la température pendant son transport au lieu d'utilisation. Ni l'un ni l'autre de ces vaccins ne doivent être exposés directement à la lumière solaire. Lorsque le vaccin desséché a été reconstitué, il faut l'utiliser immédiatement et jeter toute quantité inemployée.

5.3 Contrôle de l'activité du vaccin

Il ne faut accepter, pour les campagnes d'éradication, que les vaccins d'activité élevée satisfaisant aux conditions fixées par le Groupe d'étude des normes recommandées pour le vaccin antivariolique (WHO/BS/IR/70). L'activité du vaccin employé sur le terrain doit être fréquemment contrôlée au cours de la campagne par l'observation d'un certain nombre de primo-vaccinations. On aura intérêt à vérifier de temps à autre l'activité du vaccin gardé en réserve.

5.4 Techniques de vaccination

Deux techniques de vaccination sont en usage : la scarification et la méthode des "pressions multiples". Toutes deux ont donné de bons résultats.

Chaque pays qui organise une campagne antivariolique d'éradication doit s'efforcer de fixer une méthode uniforme de vaccination. Dans l'application de l'une ou l'autre technique, il importe de garder présents à l'esprit les points suivants :

- a) il faut pratiquer la vaccination au bras gauche dans la région d'insertion du deltoïde;
- b) ne pas se servir d'alcool pour nettoyer la peau. Si l'on veut la nettoyer, il est recommandé de le faire à l'eau et au savon, mais la peau doit être parfaitement sèche avant l'application du vaccin. Ne pas oublier que les soins méticuleux d'asepsie apportés dans les laboratoires lors de la préparation des vaccins doivent être poursuivis au moment de l'utilisation;
- c) l'instrument employé, que ce soit un vaccinostyle ou une aiguille, doit être soigneusement nettoyé et stérilisé à chaud avant d'être employé.

- d) quelle que soit la technique employée, il est recommandé de ne faire qu'une application. En aucun cas on ne doit faire saigner.
- e) une fois vaccinés, les sujets doivent rester à l'ombre pendant un moment (dix minutes environ, pour être sûr que le vaccin est complètement sec).
- f) aucun pansement, quel qu'il soit, ne doit être appliqué sur le point d'inoculation.

5.5 Complications

La complication la plus fréquente est l'infection secondaire. Ceux qui appliquent la technique des pressions multiples signalent qu'ils constatent rarement des infections secondaires.

L'autre complication, plus grave, est l'encéphalite, qui se produit rarement en Afrique. La prévention consiste essentiellement à vacciner les enfants dans leur première année.

6. ASPECTS SOCIAUX ET EDUCATION SANITAIRE DE LA POPULATION

6.1 Attitude de la population; tabous et préjugés

Il est essentiel d'essayer de définir l'attitude de la population à l'égard de la variole d'une part et de la vaccination d'autre part. Dans certaines régions, l'attitude des populations à l'égard de la vaccination est l'apathie ou l'acceptation passive. Cette attitude se modifie instantanément lorsqu'une épidémie de variola major éclate.

On a constaté chez certains groupes une résistance active à la vaccination, due à des préjugés et à des croyances religieuses, mais une éducation sanitaire bien faite a permis généralement de surmonter ces difficultés.

Il est préférable de ne pas combattre de front les tabous et les préjugés mais d'en tenir compte dans la préparation des programmes d'éducation sanitaire et la mise au point des méthodes et moyens psychologiques adaptés à chaque groupe de population.

6.2 Participation des collectivités

Si, d'une façon générale, les principes de l'éducation sanitaire des populations ont été codifiés, sont connus et admis de tous, il reste cependant, dans les campagnes d'éradication de la variole, à les appliquer.

Les gouvernements et, en particulier, les administrateurs des finances doivent être convaincus de l'utilité de l'éducation sanitaire et de l'économie qu'ils réaliseront à long terme en lui consacrant une partie de leur budget.

Par ailleurs il faut encourager les habitants des villages, à constituer des comités locaux d'hygiène et d'éducation sanitaire au sein de leurs collectivités. Ce travail doit être confié à des éducateurs sanitaires d'origine locale et formés localement. A ce sujet, un participant a fait remarquer qu'à Brazzaville, par exemple, vient d'être créé un cours d'éducateurs sanitaires qui, prenant des élèves munis du diplôme d'infirmier d'état, les conduira, en deux ans, à la spécialité d'éducateurs sanitaires.

L'emploi de personnel local dans ces campagnes peut favoriser la participation des collectivités.

Ces considérations valent pour tous les aspects de l'éducation sanitaire qui doivent être introduits dans un programme général d'action antivariolique.

7. LEGISLATION

7.1 Opportunité d'une législation spéciale

La promulgation de dispositions législatives spéciales est considérée comme un facteur essentiel pour la réalisation d'un programme d'éradication.

7.2 Vaccination obligatoire ou facultative

En combinant l'éducation sanitaire et la propagande et en tenant compte des conditions locales, on devrait provoquer la participation volontaire des populations à la campagne de vaccination.

Toutefois il serait imprudent d'envisager la suppression pure et simple de la vaccination obligatoire car tout degré appréciable d'absentéisme compromettrait gravement les progrès déjà acquis.

Il est donc fortement recommandé de maintenir la vaccination obligatoire.

8. ASPECTS INTERNATIONAUX

8.1 Importance de la coordination et de la coopération sur le plan international et sur le plan régional

Les divisions politiques en Afrique ignorent généralement les frontières naturelles et les groupes ethniques. Ceci rend particulièrement ardu le problème de la vaccination et de la lutte antivariolique dans les zones frontalières de pays contigus. Quand on organise des campagnes d'éradication dans ces zones, il faut pour réussir que les pays en cause entreprennent de concert l'action antivariolique.

Le problème de la lutte contre la variole ne se situe pas sur le plan national; il faut pour le résoudre de façon satisfaisante une coopération totale de toutes les administrations de santé nationale. Les pays qui bordent les régions où la variole a déjà été éliminée doivent organiser leur campagne de manière à étendre l'éradication à leur propre territoire le plus tôt possible.

Le vaccin, en particulier le vaccin sec, ne devrait être produit que par quelques instituts bien organisés; ils devront approvisionner, outre leur propre pays, les pays qui n'ont pas de laboratoires analogues. Il est recommandé que les laboratoires producteurs de vaccins dans la Région tiennent toutes les autorités informées des stocks existants et notamment des stocks de vaccin frais.

8.2 Assistance internationale

Il est reconnu que la plupart des pays africains ont besoin d'une assistance d'origine internationale pour mener à bonne fin les campagnes d'éradication de la variole. Cette assistance peut consister en information et conseils techniques fournis par l'OMS, ou ce peut être une assistance matérielle de l'OMS ou d'autres organisations sous des formes diverses : par exemple équipement pour la fabrication de vaccin sec, fourniture et éventuellement transport des vaccins.