



COMITE DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE  
DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Genève, 4-8 février 1974



DIX-HUITIEME RAPPORT  
DU COMITE DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Table des matières

	<u>Pages</u>
A. APPLICATION DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969) AU COURS DE LA PERIODE DU 1er JANVIER AU 31 DECEMBRE 1972 .....	5
B. NORMES APPLICABLES AUX ALIMENTS ET A L'EAU DE BOISSON DANS LE TRAFIC INTERNATIONAL ET APPLICATION DE L'ARTICLE 14 DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969) .....	20
C. REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969) .....	21
a) Réserves au Règlement additionnel (résolution WHA26.55) .....	21
b) Position des Etats et territoires .....	22
D. LUTTE ANTIVECTORIELLE ET SANTE INTERNATIONALE .....	22
E. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET DES VECTEURS .....	23
F. FIEVRE DE LASSA .....	24
G. REGLEMENT APPLICABLE AU COMITE DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE DES MALADIES TRANSMISSIBLES .....	24
H. LISTE DES PASSAGERS .....	25
I. ANNEXE V DE LA DEUXIEME EDITION ANNOTEE DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)	25
APPENDICE 1 : CAS DE MALADIES SOUMISES AU REGLEMENT PROVOQUES PAR LE TRAFIC INTERNATIONAL OU OBSERVES DANS CELUI-CI QUI ONT ETE NOTIFIES A L'OMS .....	26
APPENDICE 2 : AMENDEMENTS AU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969) MODIFIE PAR LE REGLEMENT ADDITIONNEL DE MAI 1973 PROPOSES PAR LE COMITE DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE DES MALADIES TRANSMISSIBLES A SA DIX-HUITIEME SESSION .....	27
APPENDICE 3 : REVISION DE L'ANNEXE V DE LA DEUXIEME EDITION ANNOTEE, PUBLIEE EN 1974, DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969) .....	28
APPENDICE 4 : REGLEMENT APPLICABLE AU COMITE DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE DES MALADIES TRANSMISSIBLES .....	32

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles a tenu sa dix-huitième session au Siège de l'OMS, à Genève, du 4 au 8 février 1974.

Membres

- Dr A. N. Bica, Conseiller du Ministre de la Santé, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Brésil,  
(Vice-Président)
- Professeur S. J. Farsey, Département de Médecine préventive, Faculté de Médecine de l'Université Makerere, Kampala, Ouganda (Président)
- Dr H. A. Jesudason, Directeur adjoint de la Santé, Ministère de la Santé, Colombo, Sri Lanka
- Dr J. L. Kilgour, Directeur de la Division des Affaires sanitaires internationales, Département de la Santé et de la Sécurité sociale, Londres, Royaume-Uni
- Dr I. D. Ladnyi, Chef du Département des Maladies quaranténaires, Ministère de la Santé de l'URSS, Moscou, URSS
- Dr D. J. Sencer, Assistant Surgeon General, Directeur du Centre de Lutte contre les Maladies, Département de la Santé, de l'Education et de la Prévoyance sociale, Atlanta, Georgie, Etats-Unis d'Amérique (Rapporteur)
- Dr I. Shigematsu, Chef du Département d'Epidémiologie, Institut de la Santé publique, Tokyo, Japon
- Dr M. H. Wahdan, Chef du Département d'Epidémiologie, Institut supérieur de la Santé publique, Alexandrie, Egypte

Représentants d'autres organisations<sup>1</sup>

- Dr G. Bergot, Conseil de Coordination des Associations aéroportuaires
- M. R. W. Bonhoff, Bureau de la Facilitation à Genève, Association du Transport aérien international
- M. H. J. Gursahaney, Administrateur technique, Section Exploitation/Navigabilité, Organisation de l'Aviation civile internationale
- M. R. J. Moulton, Chef de la Sous-Direction de la Facilitation et du Financement collectif, Organisation de l'Aviation civile internationale
- M. E. Dallal, Administrateur technique, Union internationale des Organismes officiels de Tourisme

Secrétariat

- M. J. Bailey, Spécialiste de l'Hygiène, Service médical des British Airways, Aéroport de Londres (Heathrow), Londres, Royaume-Uni (Conseiller temporaire)
- Dr H. Bijkerk, Chef de la Section des Maladies transmissibles au Bureau médical principal de la Santé, Ministère de la Santé publique et de l'Hygiène du Milieu, Leidschendam, Pays-Bas (Conseiller temporaire)

<sup>1</sup> L'Organisation intergouvernementale consultative de la Navigation maritime n'a pu se faire représenter à la réunion.

Dr H. Goethe, Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs und Tropenkrankheiten, Département de la Santé navale, Hambourg, République fédérale d'Allemagne (Conseiller temporaire)

M. I. Landells, Naval Architect, Swan Hunter Shipbuilders Ltd., Billingham, Teesside, Royaume-Uni (Conseiller temporaire)

Dr E. Roelsgaard, Chef du service de la Surveillance épidémiologique des Maladies transmissibles, OMS (Secrétaire)

M. C.-H. Vignes, Chef du service des Questions constitutionnelles et juridiques, OMS

Dr M. Zamfirescu, Directeur adjoint de l'Institut Cantacuzino de Microbiologie et d'Epidémiologie, Bucarest, Roumanie (Conseiller temporaire)

Le Dr H. Mahler, Directeur général, a ouvert la réunion et souhaité la bienvenue aux membres du Comité et aux représentants d'autres organisations. Il a rappelé le rôle important que joue le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles, puis a donné les précisions suivantes concernant l'ordre du jour.

Conformément aux recommandations formulées par le Comité dans son dix-septième rapport, la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté (résolution WHA26.55) un Règlement additionnel modifiant le Règlement sanitaire international (1969).<sup>1</sup> La principale conséquence résultant des changements apportés est qu'un certificat de vaccination anticholérique ne sera plus exigé dans les voyages internationaux. En application de l'article 22 de la Constitution de l'Organisation et de l'article 105 du Règlement sanitaire international (1969), le Directeur général a, par lettre circulaire du 14 juin 1973, notifié à tous les Etats Membres l'adoption du Règlement additionnel. Or quelques Etats Membres ont depuis lors informé le Directeur général de réserves faites par eux au Règlement additionnel. Le Comité devait donc, à sa dix-huitième session, examiner ces réserves et adresser des recommandations à la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à l'article 95 du Règlement sanitaire international (1969) (modifié 1973).

Un autre point important inscrit au projet d'ordre du jour avait trait à la qualité des aliments et de l'eau de boisson dans le trafic international et à l'application de l'article 14 du Règlement sanitaire international (1969). La Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a prêté un intérêt particulier à cette question : le paragraphe 4 de sa résolution WHA26.54, par laquelle elle a adopté le dix-septième rapport du Comité, est conçu comme suit : "SOULIGNE qu'il est important de maintenir, dans le trafic international, un niveau élevé de qualité de l'eau de boisson et des aliments, et, à ce sujet, appelle l'attention de tous les Etats Membres sur les dispositions de l'article 14 du Règlement sanitaire international".

Dans sa résolution EB53.R27, le Conseil exécutif a noté que le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles inclurait dans son dix-huitième rapport des recommandations touchant cette question qui seraient soumises à la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé. On attachait beaucoup d'importance aux recommandations que formulerait le Comité.

Dans la Deuxième Edition annotée du Règlement sanitaire international (1969), l'annexe V qui concerne les normes d'hygiène à bord des navires transportant des pèlerins a été rédigée il y a près d'un demi-siècle et n'est plus à jour. Le problème des aménagements à bord des navires à passagers qui effectuent des transports spéciaux a fait l'objet de deux conférences de l'Organisation intergouvernementale consultative de la Navigation maritime; elles ont abouti, en 1973, à l'adoption d'un protocole. L'OMS a saisi cette occasion de revoir l'annexe V afin de l'adapter à la situation actuelle et d'éviter dans la mesure du possible toutes discordances entre les normes préconisées par l'OMS et par l'OMCI. Un projet de révision de l'annexe V était donc soumis au Comité pour examen et recommandations.

Le Professeur S. J. Parsey a été élu Président du Comité, le Dr A. N. Bica Vice-Président et le Dr D. J. Sencer Rapporteur. Le projet d'ordre du jour a été adopté.

<sup>1</sup> Dans le présent rapport, "Règlement sanitaire international (1969)" désigne la Première Edition annotée, parue en 1971, et "Règlement sanitaire international (1969) (modifié 1973)" désigne la Deuxième Edition annotée, publiée en 1974, à laquelle a été incorporé le Règlement additionnel adopté par la résolution WHA26.55.

A. APPLICATION DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969) AU COURS  
DE LA PERIODE DU 1er JANVIER AU 31 DECEMBRE 1972

INTRODUCTION

1. Le présent rapport concernant l'application du Règlement sanitaire international (1969) et ses effets sur le trafic international est établi conformément aux dispositions de l'article 13, paragraphe 2 du Règlement (1969). Il couvre la période du 1er janvier au 31 décembre 1972.<sup>1</sup>
2. Le présent rapport suit dans leurs grandes lignes les rapports qui l'ont précédé. L'application du Règlement y est examinée de deux points de vue : celui de l'Organisation, en sa qualité d'agent administrant le Règlement,<sup>2</sup> et celui des Etats Membres, d'après les rapports qu'ils ont présentés conformément à l'article 62 de la Constitution de l'Organisation et à l'article 13, paragraphe 1 du Règlement. Pour plus de commodité, ces deux points de vue sont présentés simultanément dans l'ordre numérique des articles du Règlement.

REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)

TITRE I. DEFINITIONS

Article 1

"Zone infectée"

3. Autriche. Le Gouvernement signale que des mesures de grande envergure ont été prises pendant l'épidémie de variole qui a sévi en Yougoslavie afin de prévenir l'importation de la maladie. On a pu voir alors combien il est difficile d'exercer un contrôle efficace aux frontières de deux pays entre lesquels le trafic est intense. Dans de telles situations, il est extrêmement important que l'administration sanitaire nationale définisse avec exactitude la zone infectée, conformément aux principes énoncés dans l'article 1, pour que les pays voisins puissent contrôler efficacement les voyageurs moyennant des dépenses raisonnables et un minimum d'inconvénients.
4. Roumanie. Le Gouvernement déclare que certaines difficultés ont été rencontrées dans l'application du Règlement sanitaire international. Il a notamment été impossible de distinguer les voyageurs venant des zones infectées (délimitées selon des critères épidémiologiques) de ceux venant du territoire indemne du même pays. En conséquence, les exigences concernant le choléra et la variole formulées dans la brochure Certificats de Vaccination exigés dans les Voyages internationaux ont été complétées par le texte suivant : "ainsi que de tout pays dont une partie est infectée".

Note du Secrétariat : Quelque 46 pays, outrepassant les dispositions du Règlement sanitaire international (1969) ont ajouté une telle clause à leurs exigences relatives au choléra.

<sup>1</sup> Rapports précédents : Actes off. Org. mond. Santé, 1954, N° 56, p. 3; 1955, N° 64, p. 1; 1956, N° 72, p. 3; 1957, N° 79, p. 493; 1958, N° 87, p. 397; 1959, N° 95, p. 471; 1960, N° 102, p. 35; 1961, N° 110, p. 31; 1962, N° 118, p. 35; 1963, N° 127, p. 27; 1964, N° 135, p. 29; 1965, N° 143, p. 41; 1968, N° 168, p. 51; 1969, N° 176, p. 127; 1971, N° 193, p. 124; 1973, N° 209, p. 71.

<sup>2</sup> Des notes se rapportant aux observations formulées par les administrations sanitaires nationales ont été insérées par le Secrétariat dans le corps du rapport.

Le Comité a examiné la définition de la "zone infectée" et n'a pas recommandé de la modifier. Il a appelé l'attention tant sur les responsabilités des pays qui signalent l'existence de maladies que sur celles des pays qui accueillent des voyageurs venant de zones infectées. Ces derniers pays ne devraient appliquer que les mesures minimales nécessaires. Encourager les voyageurs à observer eux-mêmes leur état de santé est une excellente méthode. Le Comité a reconnu que de nombreux Etats Membres outrepassent les dispositions du Règlement en exigeant des certificats de vaccination anticholérique. Il a pris note des modifications apportées au Règlement sanitaire international (1969) et a recommandé que le Directeur général rappelle aux Etats Membres les nouvelles dispositions et incite à mettre au point des systèmes de surveillance et de notification. Le Comité a aussi prié le Directeur général de rappeler aux Etats Membres qu'ils doivent s'assurer que toutes les autorités sanitaires locales sont au courant des dispositions en vigueur. De plus, les pays devraient informer leurs ambassades de leurs exigences afin que les voyageurs éventuels puissent obtenir des renseignements à jour. Enfin, les compagnies aériennes et les agences de voyages devraient redoubler d'efforts en vue d'informer leurs clients des exigences des pays dans lesquels ils doivent se rendre.

## TITRE II. NOTIFICATIONS ET RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES

### Article 3

5. Plusieurs pays mentionnent dans leurs rapports les difficultés dues aux notifications tardives faites au titre de cet article ou à l'absence de renseignements officiels sur la situation sanitaire de certains pays.

6. République fédérale d'Allemagne. Le Gouvernement pense que, pour éviter à l'industrie touristique de se ressentir des épidémies de maladies transmissibles, les pays touchés pourraient publier rapidement des renseignements exacts et complets sur la situation; la confiance que ces informations inspireraient au public permettrait peut-être au trafic international de se poursuivre sans être affecté. En outre, la diffusion de tels renseignements pourrait inciter les gouvernements des pays indemnes à ne pas prendre de mesures excessives à l'égard des voyageurs internationaux.

### Articles 3, 5, 6 et 11

7. Philippines. Le Gouvernement déclare ne pas être informé assez rapidement lorsqu'une zone jusqu'alors indemne devient infectée. Les autorités sanitaires ne peuvent compter que sur les renseignements contenus dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire, qui fait état des cas enregistrés au cours de la semaine précédant sa parution. On a éprouvé certaines difficultés à suivre les émissions du Bulletin épidémiologique radiotélégraphique quotidien.<sup>1</sup>

8. Pologne. Le Gouvernement déclare avoir éprouvé en 1972 des difficultés à obtenir rapidement des renseignements sur la situation épidémiologique dans d'autres pays; il espère que l'introduction du service OMS d'Information épidémiologique pour les Etats Membres permettra d'éviter à l'avenir des retards dans la transmission des informations.

Note du Secrétariat : Une description du service OMS d'Information épidémiologique est publiée de temps à autre dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire où sont fréquemment données des indications sur le processus d'appel pour le service automatique de réponse par télex.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Il a été mis fin, le 1er février 1972, aux émissions du Bulletin épidémiologique radiotélégraphique quotidien qui a été remplacé par le service automatique de réponse par télex (voir Note du Secrétariat faisant suite au paragraphe 8).

<sup>2</sup> Relevé épidém. hebdom., 1972, N° 49, pp. 477-478.

Le Comité a préconisé la mise en place dans les pays de systèmes efficaces de surveillance afin d'assurer une notification rapide. C'est là le seul moyen d'exercer un contrôle sanitaire international et de protéger le trafic international des voyageurs et des marchandises. Le Comité a noté que tous les Etats Membres liés par le Règlement sont tenus de faire des notifications. Il a recommandé au Directeur général de rappeler aux Etats Membres cette obligation tout en attirant l'attention des autorités sanitaires sur le fait qu'une amélioration du dépistage et de la notification entraînera inévitablement un accroissement apparent de l'incidence des maladies.

#### Article 8

9. Japon. Le Gouvernement fait observer que certains pays modifient leurs exigences relatives aux certificats de vaccination sans le notifier à l'avance comme le prévoit l'article 8. Toute modification apportée aux exigences en matière de vaccinations devrait être publiée dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire avant d'entrer en vigueur.

10. Philippines. Le Gouvernement signale que les compagnies de navigation maritime et aérienne ainsi que les agences de voyages ont été informées des exigences concernant les certificats de vaccination dont doivent être munis les voyageurs arrivant aux Philippines. En outre, ces renseignements ont paru dans des publications de l'OMS. Pourtant, les autorités sanitaires constatent toujours que des voyageurs arrivent aux Philippines sans être en possession des certificats de vaccination requis ou avec des certificats incomplets.

Le Comité a pris note des observations du Gouvernement des Philippines sur les voyageurs munis de certificats de vaccination non valides. Le problème subsiste, mais il devrait perdre beaucoup de son importance maintenant que la vaccination anticholérique n'est plus exigée par le Règlement et que le nombre des pays où sévit la variole continue de diminuer. Le Comité a recommandé que le Directeur général procède le plus rapidement possible à des échanges de vues avec les pays où se poursuit la transmission de la variole en vue de déterminer quelles mesures supplémentaires pourraient être prises pour faire en sorte que les voyageurs quittant ces pays soient convenablement immunisés. De même, les pays dans lesquels résident des voyageurs prêts à se rendre dans des zones infectées devraient redoubler d'efforts pour que ces personnes soient correctement vaccinées avant leur départ.

#### Article 11

11. Des notes épidémiologiques sur des maladies soumises au Règlement ou placées sous surveillance internationale (résolutions WHA22.47 et 48) et sur d'autres maladies transmissibles ont été publiées dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire. Grâce à la coopération de diverses administrations sanitaires, qui ont autorisé l'Organisation à reproduire ou à résumer des notes figurant dans leurs rapports nationaux sur les maladies transmissibles, il a été possible de publier diverses notes sur les sujets suivants : brucellose, choléra (y compris un bilan pour 1971), conjonctivite à adénovirus, diphtérie, échovirus, encéphalite et encéphalite EV, enquêtes sur les vaccinations (1971), entérite à Escherichia coli, fièvre boutonneuse, fièvre dengue, fièvre jaune (y compris un bilan pour 1971), fièvre de Lassa, fièvre Q, fièvres typhoïde et paratyphoïdes (y compris un bilan pour 1970, données concernant 14 pays d'Europe), gale, gastro-entérite, grippe (y compris des résumés concernant la saison de la grippe et un rapport mondial couvrant la période octobre 1971-septembre 1972), hépatite, Herpes simplex, infections à adénovirus, infections à Coxsackie, infections à entérovirus, infection à Mycoplasma pneumoniae, intoxications paralysantes par les coquillages, kérato-conjonctivite, lèpre, leptospirose, listériose, maladie humaine d'origine simienne, maladies vénériennes, méningite, mononucléose infectieuse, paludisme (y compris un rapport semestriel sur l'état d'avancement de l'éradication et, une fois par an, une carte de la répartition de la maladie), peste (y compris des bilans pour 1970 et pour 1971), poliomyélite (y compris un bilan pour 1971), psittacose, rage (y compris un bilan pour 1970), rougeole, rubéole, surveillance des

salmonella et des shigella (y compris un bilan de la surveillance des salmonella en 1970, données concernant 14 pays d'Europe), toxoplasmose, trichinose, typhus (y compris un bilan pour 1971 concernant le typhus à poux), variole (rapports de surveillance à intervalles rapprochés), virus respiratoire syncytial.

12. Par ses résolutions WHA22.47 et WHA22.48, l'Assemblée mondiale de la Santé a fait obligation à l'Organisation et aux Etats Membres d'instituer aux niveaux international et national la surveillance épidémiologique de certaines maladies transmissibles (grippe virale, poliomyélite paralytique, typhus à poux, fièvre récurrente et paludisme, outre les quatre maladies soumises au Règlement).

13. Afin d'aider les gouvernements à améliorer les activités de surveillance déjà en cours et à en entreprendre d'autres, des guides techniques ont été préparés concernant la trypanosomiase africaine et un système de surveillance mondiale des vecteurs.

14. Ces documents pourront faire l'objet de révisions périodiques à la lumière des observations et des suggestions que suscitera leur utilisation par les gouvernements.

Le Comité a passé en revue les activités de surveillance menées par l'Organisation pour donner suite aux résolutions WHA22.47 et WHA22.48. Il a noté que des données de surveillance de plus en plus nombreuses étaient obtenues sur une large gamme de maladies. Ces données sont largement diffusées grâce au Relevé épidémiologique hebdomadaire où elles sont présentées en temps utile de façon intéressante et les Etats Membres devraient continuer à développer la communication rapide à l'OMS de renseignements qui puissent être publiés dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire. Afin d'encourager les pays à multiplier et à améliorer les rapports concernant la surveillance des maladies et la lutte contre elles, le Comité a suggéré que soit organisée, pour la prochaine Assemblée de la Santé, une exposition présentant des exemples des types de publications nationales couramment reçues par l'Organisation.

Le Comité a noté que le service OMS d'Information épidémiologique était en mesure de répondre efficacement aux besoins des pays.

#### Article 13

15. En exécution de l'article 13, paragraphe 1 du Règlement, et conformément à l'article 62 de la Constitution, les 87 Etats et territoires mentionnés ci-après ont fourni des renseignements sur l'apparition de cas de maladies soumises au Règlement provoqués par le trafic international ou observés dans celui-ci, et/ou sur l'application du Règlement et les difficultés rencontrées à ce sujet au cours de la période du 1er janvier au 31 décembre 1972 :

Afghanistan	Chili
Algérie	Chypre
Allemagne, République fédérale d'	Colombie
Angola	Costa Rica
Antigua	Danemark
Autriche	El Salvador
Bahamas	Espagne
Bahreïn	Etats-Unis d'Amérique
Bangladesh	Féroé, îles
Barbade	Fidji
Belgique	Finlande
Bermudes	France
Burundi	Gibraltar
Canada	Gilbert-et-Ellice, îles
Cap-Vert, îles du	Grèce

Groenland	Philippines
Guatemala	Pologne
Guinée	Protectorat britannique des îles Salomon
Guinée portugaise	République Arabe Syrienne
Guyane	République Centrafricaine
Honduras	République de Corée
Hong Kong	République khmère
Hongrie	République-Unie de Tanzanie
Iles Vierges britanniques	Roumanie
Inde	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Indonésie	Sainte-Lucie
Iran	Saint-Vincent
Irlande	São Tomé et Príncipe
Israël	Seychelles
Jamaïque	Singapour
Japon	Soudan
Jordanie	Sri Lanka
Laos	Suède
Luxembourg	Suisse
Macao	Tchad
Malte	Thaïlande
Maroc	Timor portugais
Montserrat	Trinité-et-Tobago
Mozambique	Turquie
Nicaragua	Union des Républiques socialistes soviétiques
Nouvelle-Zélande	Venezuela
Panama	Viet-Nam (République du)
Paraguay	Yougoslavie
Pérou	

Le Comité a noté qu'un certain nombre d'Etats et de territoires n'ont pas transmis de renseignements conformément à l'article 13; il a recommandé que tous les Etats envoient des rapports concernant l'apparition de cas de maladies soumises au Règlement et d'autres questions relatives à l'application de celui-ci, même s'ils se bornent à indiquer qu'il n'y a rien à signaler.

### TITRE III. ORGANISATION SANITAIRE

#### Article 14

16. Japon. Le Gouvernement indique que les autorités sanitaires des ports ont analysé l'eau de boisson transportée par 2181 navires et souligne l'importance que la pureté de l'eau consommée présente pour la santé des équipages et des passagers. Un résumé des résultats des analyses a été communiqué.

17. Philippines. Le Gouvernement signale qu'à Manille, l'eau de boisson et les denrées alimentaires fournies aux aéronefs sont systématiquement soumises à des examens de laboratoire. Au cours du deuxième semestre de 1972, les autorités sanitaires ont décidé qu'on procéderait également à l'analyse bactériologique de l'eau de boisson transportée par les aéronefs atterrissant à Manille.

Le Comité a pris note des efforts déployés par les Gouvernements du Japon et des Philippines; il a estimé que l'analyse microbiologique d'échantillons d'eau et d'aliments devrait faire partie d'un programme général d'assainissement (voir B. Normes applicables aux aliments et à l'eau de boisson dans le trafic international et application de l'article 14 du Règlement sanitaire international (1969)).

Article 18

18. Philippines. Le Gouvernement indique que l'aérogare de l'aéroport international de Manille a été détruite par un incendie le 28 janvier 1972. Les travaux de reconstruction sont en cours, mais il n'y a pas à l'heure actuelle de zone de transit direct.

19. Note du Secrétariat : Cet article devrait être révisé à la lumière des modifications apportées à l'article 21, paragraphe 1, alinéa c) du Règlement sanitaire international (1969) par le Règlement additionnel de mai 1973.

Le Comité a recommandé que l'article 18 soit supprimé.

Article 19

20. Philippines. Le Gouvernement précise que les services d'inspection sanitaire de l'aérogare de l'aéroport international de Manille disposent des moyens nécessaires pour la vaccination contre la variole et le choléra et pour la délivrance de certificats internationaux de vaccination.

Le Comité a recommandé de supprimer à l'alinéa e) de l'article 19 les mots "contre le choléra et".

## TITRE IV. MESURES ET FORMALITES SANITAIRES

Le Comité a recommandé de supprimer le membre de phrase "Sous réserve des mesures prévues à l'article 64" à l'article 47, paragraphe 2, du Règlement sanitaire international (1969) (modifié 1973).

## TITRE V. DISPOSITIONS PROPRES A CHACUNE DES MALADIES SOUMISES AU REGLEMENT

Chapitre I. PesteArticle 60

21. Philippines. Le Gouvernement signale que les voyageurs venant de zones infectées de peste qui arrivent à bord de navires et d'aéronefs indemnes sont placés sous surveillance. On inspecte les navires pour découvrir s'il y a des rats à bord et l'on procède à des pulvérisations d'un composé de DDT; les aéronefs sont traités de la même manière. Les marchandises à débarquer qui pourraient contenir des rats et des puces sont soumises à des fumigations d'acide cyanhydrique. Pendant la période considérée, ces mesures ont été appliquées à 122 navires et 668 aéronefs.

Le Comité a rappelé qu'aux termes de l'article 60 a), seuls les suspects venant de zones infectées peuvent être soumis à la surveillance et qu'une telle mesure ne se justifie pas du point de vue épidémiologique pour les personnes arrivant à bord de navires et d'aéronefs indemnes. Le Comité a souligné que dans certaines régions les vecteurs de la peste sont résistants au DDT. Il conviendrait d'appeler l'attention du Gouvernement des Philippines sur les dispositions de l'article 60 b).

22. République-Unie de Tanzanie. Le Gouvernement indique qu'une épidémie de peste pulmonaire a éclaté dans une zone où la peste des rongeurs est endémique, sans aucune liaison avec le trafic international. Des renseignements détaillés ont été communiqués à l'OMS.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Relevé épidém. hebd., 1972, N° 45, p. 451 et N° 46, p. 459.

23. Etats-Unis d'Amérique. Le Gouvernement communique ce qui suit (traduction) :

a) Cas humain

Un cas non mortel de peste bubonique a été notifié aux Etats-Unis d'Amérique en 1972. Trois étudiants avaient tué un lynx près de Flagstaff (Arizona). Deux jours plus tard, l'un d'eux, âgé de 19 ans, est tombé malade et s'est présenté au service médical de l'université. Le produit d'une ponction d'un ganglion lymphatique a donné des cultures de bâtonnets bipolaires, Gram négatifs, identifiés comme Yersinia pestis. Aucun indice sérologique d'infection n'a été observé pour les deux autres étudiants. Une culture positive a également été obtenue à partir du lynx, ce qui est exceptionnel chez un carnivore.

b) Surveillance

Une épizootie localisée s'est déclarée en 1972 parmi des chiens de prairie dans le sud-ouest du Colorado. La zone en question ne présente pas d'importance pour les voyages internationaux. Des investigations et des mesures de surveillance appropriées ont permis d'endiguer la poussée.

Chapitre II. Choléra<sup>1</sup>

24. Angola. Le Gouvernement signale que quelques cas de choléra ont été notifiés en 1972. La septième pandémie de choléra a atteint l'Angola à la fin de 1971, un cas clinique ayant été dépisté à Luanda. Le diagnostic de laboratoire a montré qu'il s'agissait de Vibrio cholerae, biotype eltor, sérotype Inaba. Des cas ont par la suite été enregistrés dans d'autres zones et la maladie continuait de sévir au moment où ce rapport a été préparé. En dépit d'investigations détaillées, il n'a pas été possible de déterminer comment le choléra avait été introduit en Angola. Les dispositions du Règlement sanitaire international ont été appliquées et des notifications télégraphiques hebdomadaires ont été adressées à l'OMS.

25. Bahreïn. Le Gouvernement mentionne la présence du choléra (V. cholerae, biotype eltor, sérotype Inaba) entre la dernière semaine d'octobre et le début de décembre 1972. Le vibron avait probablement été introduit par des personnes atteintes d'une infection infraclinique ou des porteurs revenant de séjours dans des zones infectées de pays voisins. Le Gouvernement pense qu'en notifiant rapidement l'apparition du choléra sur leur territoire, les pays contribueraient sensiblement à limiter la propagation de la maladie. En ce qui concerne les cas de choléra observés parmi des passagers d'aéronefs arrivant en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni en novembre 1972, le Gouvernement indique que l'origine de l'infection n'a pu être établie en dépit d'enquêtes épidémiologiques détaillées.

Le Comité a noté la déclaration du Gouvernement de Bahreïn indiquant que l'origine de l'infection n'a pu être établie. Toutefois, d'après des enquêtes épidémiologiques menées dans d'autres pays, il y a tout lieu de penser qu'il s'agissait d'une infection transmise par des aliments et provenant d'un établissement qui avait fourni des repas.

26. République fédérale d'Allemagne. Le Gouvernement signale l'importation, le 6 novembre 1972, d'un cas de choléra à Wuppertal (Rhénanie du Nord-Westphalie). Un couple allemand qui avait séjourné à Luanda (Angola) du 7 octobre au 4 novembre 1972 a regagné Wuppertal, via Lisbonne, par avion le 5 novembre. Le même jour, le mari a présenté des symptômes cliniques évoquant une entérite et, le 8 novembre, il a dû être hospitalisé à Wuppertal. Le diagnostic de choléra a été confirmé par un examen bactériologique et il est apparu que la femme était porteur asymptomatique. Les deux personnes ont été isolées et aucun cas secondaire n'a été observé.

<sup>1</sup> De nombreux articles de ce chapitre ont été modifiés par le Règlement additionnel de mai 1973.

27. Israël. Le Gouvernement indique qu'une épidémie de choléra, au cours de laquelle 20 cas ont été dénombrés, s'est produite dans la région de Jérusalem. Le premier cas a été notifié le 29 octobre, la région redevenant exempte d'infection le 11 décembre 1972.
28. Nouvelle-Zélande. Le Gouvernement signale que trois cas importés de choléra ont été notifiés en novembre 1972. La Nouvelle-Calédonie a exigé des certificats de vaccination des voyageurs en provenance de Nouvelle-Zélande, traitant ce pays comme une zone infectée.
29. Philippines. Le Gouvernement indique que le choléra eltor est resté endémique dans quelques zones du pays; le nombre des cas et des décès a été notifié.
30. Espagne. Le Gouvernement appelle à nouveau l'attention sur le fait que le Gouvernement australien a décidé unilatéralement d'inclure l'Espagne dans la liste des pays infectés, alors qu'aucun cas de choléra ne s'est produit en Espagne pendant l'année considérée.

Note du Secrétariat : L'Australie n'est pas liée par le Règlement sanitaire international (1969).

31. Trinité-et-Tobago. Le Gouvernement fait observer qu'après l'importation du choléra en Australie, aucune mesure n'a été prise à l'égard des voyageurs venant de ce pays. Or l'Administration sanitaire australienne a réclamé un certificat de vaccination anticholérique aux voyageurs en provenance de Trinité-et-Tobago bien que les pays de la Région des Amériques soient jusqu'ici restés exempts de la maladie.
32. Union des Républiques socialistes soviétiques. Le Gouvernement appelle l'attention sur les exigences injustifiées en matière de vaccination formulées par certains pays. Ainsi, en novembre 1972, après avoir reçu une note de l'Ambassade de l'Australie, le Ministère de la Santé de l'URSS a dû imposer la vaccination anticholérique à tous les citoyens soviétiques se rendant en Australie. Outre que la mesure prise ne se justifiait pas, il semble que l'OMS n'en ait pas été informée puisqu'aucune indication à ce sujet ne figure dans les publications de l'Organisation. La Guinée a formulé une exigence analogue vers le milieu de 1972, sans que l'OMS ou le Ministère de la Santé de l'URSS aient été avisés à l'époque. Une fois de plus, le Gouvernement de l'URSS exprime la préoccupation que lui inspire l'attitude des pays qui réclament des certificats de vaccination anticholérique aux voyageurs venant de toutes les régions du monde. Toute mesure excessive ne peut que porter préjudice à l'esprit du Règlement sanitaire international.
33. Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Le Gouvernement signale que deux cas de choléra ont été importés en Angleterre.<sup>1</sup>
34. Etats-Unis d'Amérique. Le Gouvernement indique qu'aucun cas indigène ou importé de choléra n'a été observé aux Etats-Unis d'Amérique en 1972. Quelques "cas suspects" ont été signalés mais aucun n'a été confirmé après examen. Il s'agit ici du bilan des douze premiers mois suivant la décision de renoncer à exiger la vaccination anticholérique comme condition d'admission aux Etats-Unis.

Le Comité a examiné les diverses observations concernant le choléra; elles confirment une fois de plus que l'application de mesures restrictives ne peut empêcher la propagation internationale de la maladie. Le Comité a également noté que les mesures appliquées par le Gouvernement de l'Australie, qui n'est pas lié par le Règlement, sont manifestement excessives eu égard à la situation épidémiologique et ne sont pas conformes aux pratiques sanitaires internationales acceptées.

Le Comité a noté que l'action de l'Organisation serait plus efficace si tous les Etats Membres étaient liés par le Règlement.

<sup>1</sup> Voir appendice 1.

Chapitre III. Fièvre jaune

35. Indonésie. Le Gouvernement souligne qu'il importe d'améliorer encore les mesures destinées à :

- a) maintenir les ports et aéroports exempts d'Aedes aegypti et d'autres insectes vecteurs présentant une importance épidémiologique dans le trafic international;
- b) maintenir à un niveau négligeable le nombre des rongeurs dans les ports et les aéroports; et
- c) faire régner de bonnes conditions d'hygiène et d'assainissement dans les ports et les aéroports.

Il est noté que les services sanitaires des ports et des aéroports ont des fonctions purement consultatives, sans aucun pouvoir exécutif, ce qui pourrait entraver l'application des mesures appropriées (voir B. Normes applicables aux aliments et à l'eau de boisson dans le trafic international et application de l'article 14 du Règlement sanitaire international (1969)).

36. Etats-Unis d'Amérique. Le Gouvernement communique ce qui suit (traduction) :

a) Présence de la maladie

Il n'y a pas eu de cas de fièvre jaune aux Etats-Unis en 1972.

b) Modification des exigences des Etats-Unis d'Amérique en matière de vaccination

A dater du 9 novembre 1972, on a cessé d'exiger la vaccination antiamarile des personnes venant d'une région quelconque du monde et se rendant dans un Etat quelconque des Etats-Unis. Néanmoins, la vaccination est recommandée pour les personnes qui se rendent dans une zone infectée.

Chapitre IV. Variole

37. République fédérale d'Allemagne. Le Gouvernement signale qu'un cas de variole a été importé à Hanovre (Basse-Saxe) le 13 mars 1972 par un travailleur yougoslave venu de la région de Kosovo. Il avait quitté Kosovo (Yougoslavie) par le train le 10 mars et séjourné à Munich, Rosenheim, Hanovre et Wolfsburg à diverses adresses. La maladie a probablement commencé le 20 mars. L'homme s'est déclaré malade le 22 mars et a été hospitalisé le 25. Deux jours plus tard, le diagnostic de variole a été confirmé par examen au microscope électronique et le malade a été transféré dans une section d'isolement pour varioleux. Il n'y a pas eu de cas secondaire; au 15 avril 1972, 665 contacts avaient été isolés quelque temps dans différents hôpitaux. A Hanovre et dans les régions avoisinantes, 78 000 personnes environ ont été vaccinées contre la variole.

38. Sri Lanka. Le Gouvernement indique que, pendant l'année considérée, un seul cas importé a été observé en liaison avec le trafic international. Il s'agit d'une touriste de l'Allemagne occidentale qui est arrivée à l'aéroport international de Bandaranaike, Katunayake, le 19 janvier 1972 après avoir passé quelque temps au Pakistan. Elle avait été vaccinée en octobre 1971. Elle a été isolée, de même que ses contacts immédiats, et une campagne de vaccination de masse a été entreprise par mesure de précaution. Le diagnostic de variole a été confirmé au laboratoire, mais il n'y a pas eu de cas secondaire.

39. Etats-Unis d'Amérique. Le Gouvernement communique ce qui suit (traduction) :

a) Présence de la maladie

Aucun cas confirmé de variole n'a été enregistré aux Etats-Unis en 1972. Il s'agit ici du bilan des douze premiers mois suivant la décision de n'exiger un certificat de vaccination antivariolique comme condition d'admission aux Etats-Unis que des voyageurs qui, au cours des 14 jours précédents, se sont trouvés dans un pays signalant des cas de variole.

b) Surveillance

Le Gouvernement des Etats-Unis a pris deux mesures importantes pour renforcer la surveillance contre l'importation de la variole. Premièrement, toutes les personnes arrivant aux Etats-Unis et présentant des "éruptions" ont été soigneusement examinées et considérées comme des "cas suspects" jusqu'à preuve du contraire. Au total, 160 personnes ont fait l'objet de cette mesure à différents points d'entrée. Pour 80 d'entre elles, des prélèvements ont été envoyés par messenger ou par service aérien spécial au Center for Disease Control du Service de la Santé publique des Etats-Unis pour examen au microscope électronique. Deuxièmement, le service antivariolique du Center for Disease Control a établi à l'intention des agents sanitaires des Etats et des collectivités locales un manuel sur la façon de faire face à une situation d'urgence qui indique, étape par étape, la marche à suivre lors de l'importation d'un cas de variole. Chacun des agents intéressés était en possession de ce manuel au moment où s'est produite l'épidémie de Yougoslavie. Pendant cette épidémie, des médecins du Center for Disease Control ont été postés aux points d'entrée par lesquels pouvaient arriver des voyageurs en provenance de Yougoslavie. Au total, 943 voyageurs ont fait l'objet d'un ordre de surveillance et ont été suivis par les services de santé des Etats et des collectivités locales.

40. Yougoslavie. Le Gouvernement signale qu'une épidémie de variole, survenue à la suite d'une importation, a eu lieu en mars et avril 1972. On a dénombré au total 175 cas, dont 34 mortels. Toutes les mesures nécessaires ont été prises et l'épidémie a été endiguée assez rapidement. Quelques pays ont appliqué aux voyageurs venant de Yougoslavie des mesures outrepassant les dispositions du Règlement sanitaire international.

41. Note du Secrétariat : A sa dernière session, le Comité s'est demandé s'il était nécessaire de conserver sous sa forme actuelle le paragraphe 1 de l'article 84, étant donné le programme d'éradication de la variole en cours. Il a estimé que la question devrait être réexaminée à la dix-huitième session, à la lumière de la situation à ce moment-là.

Le Comité a noté l'efficacité des mesures prises en Yougoslavie lors de l'épidémie de variole. Il convient de féliciter le Gouvernement yougoslave d'avoir rapidement informé toutes les parties de l'évolution de la situation ainsi que d'avoir communiqué une documentation complète sur l'épidémie et les efforts déployés pour la combattre. Le Comité a jugé regrettable que quelques pays n'aient pas tenu compte de la situation telle qu'elle était décrite et aient appliqué des mesures excessives. Outre qu'elle décourage d'adresser des notifications exactes, une telle attitude entraîne des pertes économiques.

Le Comité a examiné la question des vaccinations antivarioliques inutiles pour les voyageurs qui se déplacent entre des pays indemnes. Afin de réduire le nombre de ces vaccinations, le Comité a recommandé que la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé adopte la révision suivante de l'article 78 du Règlement sanitaire international (1969) (modifié 1973).

Article 78

Toute personne qui, effectuant un voyage international, s'est trouvée au cours des quatorze jours précédant son arrivée, dans un territoire dont une partie est infectée et qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, n'est pas suffisamment protégée par la vaccination ou par une atteinte antérieure de variole, peut être vaccinée ou soumise à la surveillance, ou vaccinée puis soumise à la surveillance; si elle refuse de se laisser vacciner, elle peut être soumise à la surveillance. Si elle s'est trouvée dans une zone infectée du territoire considéré et refuse de se laisser vacciner, elle peut être isolée. La durée de la période de surveillance ne peut dépasser quatorze jours à compter de la date à laquelle la personne a quitté le territoire dont une partie est infectée. La durée de la période d'isolement ne peut dépasser quatorze jours à compter de la date à laquelle la personne a quitté une zone infectée; si la période d'isolement dure moins de quatorze jours, elle peut être complétée par une période de surveillance, la durée totale des deux périodes ne pouvant dépasser quatorze jours à compter de la date à laquelle la personne a quitté le territoire considéré. Un certificat valable de vaccination contre la variole constitue la preuve d'une protection suffisante.

Le Comité a fait le point du programme mondial d'éradication de la variole; il a été impressionné par les remarquables progrès réalisés ainsi que par les efforts considérables entrepris pour interrompre complètement la transmission d'ici la fin de 1974. Le Comité a recommandé que la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé consacre un examen approfondi au programme de façon à faire en sorte qu'il continue à bénéficier du soutien nécessaire jusqu'à ce que tous les objectifs aient été atteints.

## TITRE VI. DOCUMENTS SANITAIRES

Article 92<sup>1</sup>

42. Pologne. Le Gouvernement indique qu'au passage des frontières, des voyageurs venant de quelques pays du Moyen-Orient et de l'Afrique sont munis de certificats de vaccination imprimés seulement en arabe, sans traduction en anglais ou en français comme le veut le Règlement, ce qui entraîne des complications inutiles.

43. Yougoslavie. Le Gouvernement signale que les autorités sanitaires de contrôle rencontrent des difficultés du fait de voyageurs qui arrivent de quelques pays arabes avec des certificats internationaux de vaccination ou de revaccination imprimés et/ou remplis uniquement en arabe. Conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international, les autorités sanitaires considèrent que ces certificats ne sont pas valables, ce qui est une source d'inconvénients pour les voyageurs.

44. Note du Secrétariat : Il convient de mentionner à ce propos qu'on est parvenu à la fin de 1972 à un accord avec le Gouvernement de la République Arabe Libyenne sur les points suivants :

- a) Les certificats internationaux de vaccination présentés par des étrangers entrant en République Arabe Libyenne seront acceptés en anglais et/ou en français.
- b) Les certificats délivrés aux ressortissants libyens seront conformes au modèle de l'OMS et remplis en trois langues, dont l'arabe.
- c) Les étrangers résidant en République Arabe Libyenne recevront également un certificat trilingue qui sera rempli en arabe ainsi qu'en anglais et/ou en français.

<sup>1</sup> Le paragraphe 3 de cet article a été modifié par le Règlement additionnel de mai 1973.

Le Comité a pris note de l'arrangement conclu avec le Gouvernement de la République Arabe Libyenne.

#### Article 98

45. Philippines. Le Gouvernement déclare qu'en ce qui concerne les pays de la Région du Pacifique occidental où les conditions épidémiologiques sont plus ou moins similaires, il serait extrêmement utile de conclure des arrangements en vue d'échanges directs et rapides de renseignements lorsqu'une zone de l'un de ces pays devient infectée.

Le Comité a recommandé que les bureaux régionaux fournissent une aide aux Etats de leurs régions pour les mettre mieux à même d'obtenir des données du service OMS d'Information épidémiologique ainsi que d'autres renseignements épidémiologiques.

#### Appendices 2 et 4

46. Philippines. Le Gouvernement indique qu'un certain nombre de certificats ne portaient pas le cachet autorisé et la signature du titulaire et que, sur d'autres, les dates des vaccinations étaient illisibles. Les voyageurs munis de tels certificats ont été vaccinés ou placés sous surveillance.

Le Comité a reconnu que les certificats devraient être correctement et lisiblement remplis, mais a estimé qu'il faudrait déployer des efforts trop importants pour tenter de résoudre ce problème. Le Comité s'est déclaré beaucoup plus préoccupé par le nombre apparemment élevé de certificats qui semblent correctement remplis mais dont les titulaires n'ont en fait pas été vaccinés. Les administrations sanitaires sont instamment priées de notifier rapidement à l'Organisation tous les cas de faux certificats dont elles auraient connaissance. Les personnes munies de certificats de vaccination qui ne sont pas correctement remplis tombent sous le coup des articles 69, 70 et 78 du Règlement sanitaire international (1969) (modifié 1973).

#### AUTRES QUESTIONS

##### Maladies transmissibles non soumises au Règlement

47. Etats-Unis d'Amérique. Le Gouvernement communique ce qui suit (traduction) :

##### a) Surveillance des Shigella

Jusqu'en 1971, la plupart des cas d'infection par le bacille de Shiga étaient observés chez des touristes originaires de toutes les régions des Etats-Unis et appartenant aux classes socio-économiques supérieures; le nombre des cas secondaires était très faible. En 1971, il y a eu 42 cas, contre 28 en 1970. On a également noté une augmentation de l'incidence dans certains secteurs socio-économiques défavorisés le long de la frontière entre les Etats-Unis et le Mexique. Beaucoup des malades avaient eu des contacts répétés avec des parents ou amis du Mexique et les cas secondaires ont été plus nombreux en 1971 qu'en 1970. Parfois, ni le malade lui-même, ni ses contacts connus n'avaient fait de voyage en Amérique latine. Ces modifications dans la répartition géographique et socio-économique du bacille de Shiga ainsi que l'augmentation du nombre des cas secondaires et latents indiquent qu'il y a transmission de la maladie à l'intérieur des Etats-Unis d'Amérique. Le Center for Disease Control a intensifié en 1972 ses activités de surveillance, de même que les services sanitaires des Etats, en particulier de ceux qui sont limitrophes du Mexique. Au total, 72 cas ont été notifiés en 1972 et l'on a observé les mêmes particularités qu'en 1971 : accroissement de l'incidence dans les groupes socio-économiques défavorisés et augmentation du nombre des cas latents.

b) Fièvre typhoïde

Après l'apparition au Mexique en 1972 d'une fièvre typhoïde d'allure épidémique, on a signalé aux Etats-Unis d'Amérique 27 cas liés à cette souche épidémique, c'est-à-dire présentant les caractéristiques suivantes : résistance aux quatre médicaments habituels et/ou lyso-type spécifique vi dégradé. Il a été établi que dix des malades avaient fait un voyage au Mexique et que deux ne s'étaient pas rendus dans ce pays; pour les 15 autres, on ne possède aucun renseignement à ce sujet. L'épidémie survenue au Mexique a été exceptionnelle en ce sens que la souche mexicaine de S. typhi est multirésistante. En outre, comparée aux autres poussées enregistrées dans le passé, par exemple à Zermatt (Suisse) et à Aberdeen (Ecosse), celle du Mexique a duré plus longtemps, a couvert une aire géographique plus importante et a touché un grand nombre de personnes de tous les âges, dans les classes socio-économiques tant inférieures que moyennes. Les cas de fièvre typhoïde liés à un voyage au Mexique continuent à faire l'objet d'une surveillance attentive, doublée d'efforts intensifs visant à déterminer les déplacements effectués par toutes les personnes atteintes des Etats-Unis d'Amérique.

c) Etude des problèmes de santé des voyageurs américains

Bien qu'ils n'aient pas encore été complètement analysés, les résultats d'une étude sur les personnes effectuant des voyages internationaux indiquent que le touriste moyen n'est pas nécessairement exposé aux agents étiologiques présents dans les localités qu'il visite ou infecté par ces agents. Dans de nombreuses régions du monde, il n'y a pas de problèmes sanitaires pour les voyageurs ou il n'y en a que de minimes. On peut en conclure : 1) que certaines des vaccinations que reçoit le voyageur international "normal" ne se justifient pas; 2) que les personnes qui se rendent dans des zones où les risques sont élevés peuvent se prémunir contre eux en se conformant strictement aux règles suivantes : a) ne manger que des aliments pouvant être pelés ou cuits, et b) ne boire que de l'eau bouillie ou en bouteille. L'étude mentionnée a concerné les problèmes de santé de citoyens américains rentrés aux Etats-Unis par quatre points dans le courant de l'été 1971 et au début de 1972. Elle a porté sur près de 41 000 personnes ayant séjourné au maximum trois mois à l'étranger.

Voici quelques-unes des constatations faites :

- i) Un voyageur sur cinq a déclaré avoir eu au moins un problème de santé, un médecin ayant été consulté dans un cas sur quatre. Parmi les personnes qui n'ont fait état d'aucune maladie, une sur cent a consulté un médecin.
- ii) L'affection la plus fréquemment signalée a été la gastro-entérite, qui a frappé environ un voyageur sur sept. Plus le séjour est long, plus les risques de contracter une telle maladie sont grands. La proportion de cas la plus faible a été enregistrée chez les personnes qui avaient rendu visite à des parents et la plus forte chez celles qui avaient fait des voyages d'étude.
- iii) Des infections des voies respiratoires supérieures ont également été signalées, la fréquence n'étant qu'un peu plus élevée seulement pendant les mois d'hiver que pendant les mois d'été.
- iv) Sept personnes, dont deux avaient été préalablement vaccinées, ont eu une fièvre typhoïde. De toutes les personnes étudiées, une sur cinq avait été vaccinée contre la fièvre typhoïde.
- v) Trente-neuf cas d'hépatite confirmée ont été signalés; trois des malades ont déclaré avoir reçu de la gamma-globuline avant leur départ. De toutes les personnes étudiées, une sur 25 avait reçu de la gamma-globuline.

Le Comité a noté que de nombreuses études ont été consacrées aux risques auxquels est exposée la santé des voyageurs. Il a demandé que les Etats Membres ayant effectué de telles études les communiquent à l'Organisation pour diffusion aux intéressés.

Le Comité a fait observer que la pureté bactériologique de l'eau en bouteille n'est pas toujours garantie. Il a recommandé que toutes les eaux en bouteille satisfassent aux Normes internationales pour l'Eau de Boisson recommandées par l'OMS.

Le Comité a appelé l'attention sur les risques que courent les voyageurs dans des zones impaludées et a félicité l'Organisation de l'excellent exposé intitulé "Informations sur le risque de paludisme à l'intention des voyageurs internationaux" paru dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 3, 1973. Les Etats Membres devraient redoubler d'efforts pour porter les renseignements contenus dans cette publication à la connaissance des voyageurs par l'intermédiaire des médecins, des agences de voyages, des compagnies de navigation aérienne et maritime, etc.

d) Contrôles aux points d'entrée

i) Assainissement des navires

Depuis la mise en œuvre, à la fin de 1970, du nouveau programme ayant pour objet de réduire le risque de maladies transmises par les aliments ou par l'eau, 112 paquebots étrangers ont été inspectés au moins une fois. Les navires arrivant aux Etats-Unis sont inspectés deux fois par an et un certificat d'assainissement est délivré à ceux qui 1) obtiennent un total de 90 points (sur 100), et 2) à bord desquels, a) les réserves d'eau potable ne sont pas contaminées; b) les aliments sont conservés à une température adéquate; et c) la vaisselle est maintenue dans un état de propreté satisfaisant. En 1972, près des trois quarts des navires inspectés ont rempli les conditions requises pour obtenir le certificat. Le programme est jugé suffisamment efficace pour que de semestrielles, les inspections deviennent annuelles à dater du 1er janvier 1973. Les navires qui n'auront pas initialement obtenu le certificat continueront d'être soumis à des visites de contrôle.

Le Comité a noté que malgré le programme d'inspection périodique des navires, des cas de maladies transmises par les aliments ou l'eau ont continué d'être observés à bord de navires inspectés. Cela indique la nécessité d'une action permanente d'éducation et de surveillance, comme il l'est suggéré plus loin dans le présent rapport.

ii) Surveillance des moustiques

Les services de surveillance des moustiques dans les ports et aéroports internationaux des Etats-Unis d'Amérique ont été réorganisés en 1972. Des enquêtes entomologiques sont exécutées périodiquement en vue de déterminer le potentiel de prolifération des insectes ainsi que, le cas échéant, l'étendue, la distribution et la gravité de l'infestation. Toute déficience observée en ce qui concerne les mesures à appliquer régulièrement est signalée aux administrateurs des ports et aéroports en cause pour qu'ils y remédient.

Le Comité a noté que l'application de mesures d'assainissement et de lutte antivectorielle dans les ports et aéroports internationaux constitue un moyen très efficace de prévenir l'exportation de vecteurs.

iii) Libre pratique accordée par radio

Depuis qu'il a été décidé en octobre 1969 d'accorder la libre pratique par radio dans tous les ports des Etats-Unis d'Amérique, 95 % des navires en provenance de l'étranger demandent à bénéficier de ce système. Le nombre des inspections faites à bord par des agents de la santé publique a été réduit de 67 %. Le contrôle des conditions d'hygiène à bord est assuré au moyen de sondages aléatoires, 5 % des navires admis à la libre pratique étant soumis à une inspection complète.

Le Comité a noté que si l'admission par radio à la libre pratique a essentiellement pour objet la facilitation, plusieurs Etats Membres y ont largement recouru sans mettre en danger la santé publique. Les autres Etats Membres sont invités à envisager sérieusement d'utiliser davantage ce système.

iv) Amendements aux dispositions réglementant l'importation des tortues

Le Règlement du Service de la Santé publique a été modifié en 1972 en vue d'interdire l'importation des tortues à des fins commerciales ainsi que d'imposer des restrictions au transport de ces animaux entre les Etats. Cette décision a été prise à la suite d'enquêtes épidémiologiques étendues qui ont démontré que les tortues servent d'animaux familiers sont à l'origine de nombreux cas de salmonellose chez les enfants. On estime qu'au moins 200 à 400 000 cas de salmonellose dus à des contacts avec des tortues se produisent chaque année aux Etats-Unis d'Amérique. Les restrictions apportées à l'importation de ces animaux et à leur transport entre les Etats devraient contribuer sensiblement à réduire le nombre de ces cas de salmonellose.

Le Comité a noté qu'il y a de nombreux exemples de maladies transportées d'un pays à un autre par des animaux familiers : la rage par des chiens, la psittacose par des psittacidés, l'hépatite par des primates. Le Comité a été informé que les autorités des Etats-Unis d'Amérique ont promulgué un règlement interdisant l'importation de primates non destinés à des établissements scientifiques ou à des zoos.

Rôle possible du trafic des conteneurs dans la transmission internationale des agents et vecteurs de maladies

48. Note du Secrétariat : A sa dix-septième session, le Comité a réexaminé la question des risques sanitaires pouvant résulter de l'emploi des conteneurs dans le trafic international. Il a recommandé de maintenir la question à l'étude et d'encourager les Etats à signaler à l'Organisation toute difficulté qu'ils pourraient rencontrer à cet égard. En réponse à la demande de renseignements formulée par le Directeur général dans sa lettre C.L.34 du 19 décembre 1972, 25 gouvernements ont indiqué qu'aucun problème sanitaire ne s'était posé en dépit de l'emploi croissant des conteneurs mais qu'une surveillance était maintenue à cet égard.

49. France. Le Gouvernement souligne qu'aucun incident d'ordre épidémiologique n'a été signalé en relation avec l'emploi de conteneurs. En dépit du danger potentiel que représente cet engin de transport, aucun contrôle sanitaire particulier ne paraît se justifier à l'heure actuelle, tant à l'arrivée qu'à la sortie.

50. Inde. Le Gouvernement estime que les conteneurs constituent un risque possible pour la santé et que des mesures de contrôle sanitaire les concernant devraient être élaborées.

51. Philippines. Le Gouvernement signale que, par rapport à d'autres grands ports internationaux, le volume du trafic des conteneurs est peu important dans les ports des Philippines. Les conteneurs débarqués proviennent en général de pays non infectés. Les autorités sanitaires envisagent de demander aux agences maritimes locales de notifier à l'avance les arrivages en précisant le lieu d'origine ou le port d'embarquement ainsi que la nature des marchandises transportées afin de déterminer si les conteneurs viennent de zones infectées à forte densité de rongeurs et de vecteurs de maladies.

52. Espagne. Le Gouvernement précise que les services sanitaires des différents ports et postes frontalières ont été consultés. Aucun n'a signalé de problèmes relatifs aux conteneurs, mais plusieurs se sont déclarés préoccupés des difficultés que soulève l'inspection des marchandises par prélèvement d'échantillons aux points d'entrée. On estime qu'il faudrait continuer à étudier les risques possibles pour la santé car il peut être difficile de déceler au point d'entrée dans un territoire national la présence de rongeurs ou d'insectes à l'intérieur des conteneurs.

53. Etats-Unis d'Amérique. Le Gouvernement communique ce qui suit (traduction) :

Depuis le lancement, en 1969, du premier navire LASH, trois compagnies américaines et une compagnie européenne exploitent des navires de ce type. Certains d'entre eux peuvent transporter jusqu'à 80 allèges. Les marchandises sont chargées sur des allèges LASH en eau peu profonde dans des ports intérieurs ou de mer. Ces allèges sont alors remorquées jusqu'au navire LASH en eau profonde, puis embarquées au moyen de la grue du navire et arrimées. A destination, on inverse le processus. Ce système pourrait présenter des risques pour la santé si les allèges chargeaient ou déchargeaient des marchandises dans une zone infectée de peste. En pareil cas, les exploitants du navire devraient être tenus, après consultation avec les autorités portuaires, d'appliquer des mesures agréées de destruction des rongeurs et des puces. De telles mesures sont indispensables, car il est difficile et parfois impossible d'inspecter les allèges dans les ports d'arrivée. Les autorités sanitaires doivent savoir désormais que le risque d'importation de la peste par navire n'est plus limité aux ports en eau profonde. Avec l'utilisation croissante du système LASH, la transmission de la peste peut se faire à des centaines de kilomètres à l'intérieur des terres dans des ports en eau peu profonde.

Le Comité a pris note de ces observations et a remarqué qu'aucun problème de santé dû à l'emploi de conteneurs n'a été signalé jusqu'à présent. Les Etats Membres devraient poursuivre la surveillance concernant les risques sanitaires que peuvent comporter non seulement les conteneurs mais encore tous les systèmes à grandes unités de chargement. Le Comité a appelé l'attention sur les responsabilités qui incombent aux Etats Membres en vertu des articles 31 et 37 du Règlement.

## D. NORMES APPLICABLES AUX ALIMENTS ET A L'EAU DE BOISSON DANS LE TRAFIC INTERNATIONAL ET APPLICATION DE L'ARTICLE 14 DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)

Le Comité a pris note de la résolution EB53.R27 du Conseil exécutif relative à la qualité des aliments sur les vols internationaux et examiné ce problème dans le contexte plus large des responsabilités qui incombent aux Etats Membres en vertu des dispositions du titre III du Règlement sanitaire international (1969). Il a reconnu que les mesures d'hygiène concernant les aliments, l'eau et les installations sanitaires dans le trafic international sont souvent insuffisantes. Il ressort de la documentation épidémiologique que les aliments contaminés sont les principaux responsables des problèmes de santé dans les transports aériens, alors que, à bord des navires, tant l'eau que les aliments ont été incriminés dans d'importants épisodes morbides. En s'acquittant de leurs nombreuses responsabilités aux termes du Règlement (titre III), les administrations sanitaires devraient donc, sans relâcher leurs efforts actuels, se fixer des priorités qui tiennent compte des réalités épidémiologiques.

Le Comité a reconnu que les administrations sanitaires ne pouvaient assurer elles-mêmes la surveillance de tous les services chargés de la fourniture des repas, de l'approvisionnement en eau et de l'évacuation des déchets dans le trafic international, mais il a rappelé qu'elles en sont néanmoins responsables en dernière analyse. Pour faciliter les délégations de responsabilités propices à une action efficace, le Comité a recommandé que d'étroites relations de travail soient maintenues entre les administrations sanitaires, les administrations des ports et des aéroports, les compagnies de navigation aérienne et maritime et les associations de transporteurs. Les administrations sanitaires devraient veiller à ce que les organismes auxquels sont déléguées des responsabilités aient des normes appropriées à observer et à faire appliquer. Il faut qu'elles surveillent de près les activités de ces organismes et fournissent l'assistance technique dont peuvent avoir besoin les administrations des ports et des aéroports, les industries intéressées, les compagnies de navigation maritime et les exploitants de lignes aériennes. Afin de faciliter l'application de ces mesures, le Comité a demandé instamment qu'une documentation appropriée soit mise au point par les organisations internationales pour être utilisée par les administrations sanitaires dans leur tâche

d'assistance technique. Outre les guides publiés par l'OMS - Guide d'Hygiène et de Salubrité dans les Transports aériens, Guide d'Hygiène et de Salubrité à Bord des Navires et Normes internationales applicables à l'Eau de Boisson - des publications comme le Manuel de l'OACI relatif aux plans directeurs d'aéroports, le Manuel médical de l'Association du Transport aérien international et les manuels des différentes compagnies de transport devraient donner des instructions pratiques concernant l'hygiène des aliments et de l'eau. Ces manuels devraient en outre mentionner les publications pertinentes de l'OMS et chacune des organisations en cause devrait diffuser cette documentation parmi ses Membres. Le Comité a recommandé que l'OMS mette au point des méthodes pour aider les administrations sanitaires à utiliser ces guides et manuels.

Le Comité a reconnu qu'il est important de contrôler l'hygiène du matériel, des installations et des produits alimentaires afin de prévenir les maladies véhiculées par les aliments et l'eau, mais il a souligné que c'est l'homme qui constitue le maillon le plus important de la chaîne. Le Comité ayant fait observer à sa dix-septième session que le personnel manipulant les aliments se renouvelle fréquemment, le présent Comité a recommandé que les autorités sanitaires et l'industrie intéressée organisent des programmes de formation pour les personnels de direction et d'encadrement afin que ces personnels comprennent bien l'importance des instructions données dans les guides et puissent assurer la continuité dans l'application des mesures de protection sanitaire.

Etant donné que les dépôts de déchets risquent d'attirer des oiseaux ou d'autres animaux dans la ligne de vol des aéronefs, les autorités sanitaires devraient se tenir étroitement en rapport avec les autorités responsables de la sécurité aérienne, de façon à garantir que les modalités d'évacuation des déchets répondent à la fois aux impératifs de la sécurité et de l'hygiène.

Afin d'assurer la coordination et l'efficacité voulues dans ce domaine, l'OMS devrait convoquer à intervalles réguliers des réunions d'organisations s'occupant des transports internationaux.

Notant en outre le risque particulier que représentent, pour la sécurité aérienne, les infections staphylococciques et autres intoxications alimentaires qui peuvent se déclarer dans les équipages après une brève période d'incubation, le Comité a recommandé que les administrations sanitaires mettent au point, en consultation avec les compagnies aériennes, des moyens de fournir aux pilotes et aux copilotes respectivement des aliments complètement différents, provenant de sources différentes, et préparés par des traiteurs différents. Ainsi, le pilote et le copilote ne risqueraient pas de se trouver au même moment en état d'incapacité.

Le Comité a pris note des progrès accomplis par l'Organisation, dans le cadre du programme mixte FAO/OMS relatif aux normes alimentaires, en ce qui concerne la fixation de normes microbiologiques pour l'analyse d'échantillons de denrées alimentaires.

### C. REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)

#### a) Réserves au Règlement additionnel (résolution WHA26.55)

Le Comité a examiné les communications adressées à l'OMS par 13 Etats Membres au sujet du Règlement additionnel modifiant le Règlement sanitaire international (1969), que la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté dans sa résolution WHA26.55. Il a noté que les communications des Gouvernements de Malte et de la Yougoslavie avaient été reçues après l'expiration du délai prévu pour la notification des refus ou réserves et n'étaient donc pas recevables. Si ces communications étaient parvenues au Directeur général avant

l'expiration du délai prescrit, le Comité aurait recommandé que les réserves qui y sont formulées soient rejetées pour des raisons techniques. D'autre part, le Gouvernement de l'Inde avait demandé une prolongation du délai, mais comme aucune autre communication n'a été reçue de lui en temps voulu, le Comité a considéré que l'Inde n'avait pas de réserves à formuler. Le Comité a recommandé que l'Assemblée de la Santé rejette les réserves formulées par les Gouvernements de l'Egypte, de la Grèce, de l'Iran, de l'Irak, de l'Italie, de Madagascar, de la République Arabe Libyenne et de la Thaïlande au sujet de différents articles du titre V, chapitre II - Choléra, du Règlement sanitaire international (1969) car ces réserves contreviennent essentiellement au caractère et au but du Règlement. En outre, le Comité a recommandé que les réserves formulées par les Gouvernements de l'Egypte, de l'Iran, de l'Irak et de Madagascar au sujet des modifications apportées à l'article 92 et aux appendices concernant les certificats de vaccination soient rejetées pour les mêmes raisons. Si l'Assemblée de la Santé accepte ces recommandations, le texte primitif du Règlement sanitaire international (1969) restera en vigueur pour ces pays.

Tout en se félicitant que les réserves aient été relativement peu nombreuses, le Comité a exprimé l'espoir qu'elles seraient rapidement retirées car, bien que légales, les mesures prévues par ces réserves ne sont pas en accord avec le caractère et le but du Règlement sanitaire international (1969) (modifié 1973). La notification du Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne a été considérée comme un refus; toutefois, le Comité a noté que cette notification s'expliquait par des raisons constitutionnelles et il a exprimé l'espoir que les conditions prévues par la Constitution du pays seraient remplies. Il a estimé que la notification adressée par le Gouvernement de l'Indonésie ne pouvait être considérée comme une réserve.

#### b) Position des Etats et territoires

Le Comité a recommandé que toutes les mesures possibles soient prises pour persuader tous les Etats Membres et tous les territoires de devenir parties au Règlement sanitaire international (1969) (modifié 1973) afin de faciliter la surveillance internationale des maladies transmissibles et l'échange de renseignements sur la situation sanitaire dans le monde.

### D. LUTTE ANTIVECTORIELLE ET SANTE INTERNATIONALE

Le Comité a examiné la documentation concernant le système de désinsectisation des aéronefs par les vapeurs de dichlorvos (dénommé ci-après le système).

Il a pris note en particulier du vingtième rapport du Comité OMS d'experts des Insecticides sur la sécurité d'emploi des pesticides,<sup>1</sup> qui résume la documentation toxicologique, ainsi que du rapport de la Federal Aviation Administration des Etats-Unis d'Amérique, qui traite notamment de l'acceptabilité du système du point de vue des critères de navigabilité. Le Comité a également pris note d'une lettre adressée aux Etats Membres de l'OACI par le Secrétaire général de cette organisation et dans laquelle on peut lire ce qui suit :

"A sa dixième session, tenue à Montréal en mai-juin 1973, le Comité de la Navigabilité a examiné en détail les résultats de l'enquête effectuée depuis sa neuvième session sur les systèmes de désinsectisation des aéronefs par le dichlorvos. Le Comité est parvenu à la conclusion que, dans les conditions normales de fonctionnement fixées par le Service de la Santé publique des Etats-Unis d'Amérique, ces systèmes ne semblent pas poser de problèmes de navigabilité. Toutefois, la majorité des membres du Comité a estimé que les données disponibles étaient insuffisantes pour permettre d'affirmer que des problèmes de corrosion ne se poseraient pas à long terme. Par conséquent, il a été décidé que l'utilisation de ces systèmes ne devrait être autorisée actuellement qu'à titre expérimental et que ses effets devraient être surveillés."

<sup>1</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1973, N° 513.

Le Comité a été impressionné par l'accumulation continue de données sur la sécurité du composé pour l'homme, pour les aéronefs et pour l'avionique, toutes ces données ayant été recueillies dans des conditions soigneusement contrôlées. Rien n'a été signalé qui puisse inciter le Comité à modifier ses recommandations antérieures.

Par conséquent, le Comité a recommandé :

- 1) que les Etats Membres de l'Organisation acceptent immédiatement le système de désinsectisation par le dichlorvos et demandent instamment aux autorités responsables de l'aviation civile d'autoriser l'installation et l'utilisation du système dans les conditions spécifiées par l'OACI, ainsi que de collaborer avec l'industrie aéronautique et les compagnies aériennes en vue de faciliter son installation et son utilisation;
- 2) que le Directeur général demande instamment aux compagnies aériennes membres de l'Association du Transport aérien international et aux autres exploitants de lignes aériennes d'installer ce système dans un nombre suffisant d'aéronefs de grande capacité afin d'obtenir rapidement l'expérience opérationnelle nécessaire; et
- 3) que l'OACI détermine rapidement l'expérience opérationnelle minimale qui devra être acquise, facilite la collecte méthodique des données opérationnelles et adresse des recommandations à l'OMS.

#### E. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET DES VECTEURS

Le Comité a été informé de l'épidémie de variole survenue au Royaume-Uni à partir d'une infection contractée en laboratoire, ainsi que des trois cas de choléra observés aux Etats-Unis d'Amérique chez des techniciens de laboratoire. Il a examiné un certain nombre de facteurs en rapport avec le risque de contamination par des micro-organismes et vecteurs dangereux ou exotiques que des laboratoires laisseraient s'échapper ainsi que diverses mesures visant à prévenir ce genre d'accident. Les discussions ont montré que ce problème n'est pas facile à résoudre et aucune des approches proposées n'a fait l'unanimité. On a fait remarquer que la plupart des laboratoires prennent les précautions nécessaires mais qu'il s'est produit néanmoins des accidents qui auraient pu être évités. Les mesures prises pour contrôler l'utilisation de ces agents devraient protéger la santé sans entraver la recherche.

Le Comité a donc recommandé que les administrations sanitaires entreprennent de recenser d'urgence tous les laboratoires de leurs pays respectifs qui utilisent des souches d'agents responsables de maladies soumises au Règlement ainsi que d'autres micro-organismes et vecteurs hautement dangereux ou exotiques, et de déterminer dans quelle mesure ces laboratoires sont à même de contrôler ces micro-organismes et vecteurs. Le Comité a également prié l'Organisation de mettre au point, en consultation avec les organismes appropriés, des directives concernant la garde de ces organismes et vecteurs en laboratoire ainsi que les problèmes d'emballage et de transport.

L'éradication de la variole étant maintenant très proche, le Comité a recommandé que la priorité soit donnée en 1974 à la mise au point des méthodes que les laboratoires devront appliquer au virus de cette maladie.

Le Comité a étudié le problème des maladies diarrhéiques aiguës et a entendu des exposés sur les récentes épidémies de choléra. Il est peu probable que des épidémies de choléra se produisent dans les régions où règnent de bonnes conditions d'hygiène, mais la maladie risque toujours d'être introduite dans n'importe quel pays du monde. Comme l'augmentation du volume de trafic international accroît le risque d'introduction de cas sporadiques, il conviendrait d'encourager la formation des médecins au diagnostic du choléra ainsi que

l'utilisation généralisée de milieux de culture sélectifs partout où cela ne se fait pas encore. Il est extrêmement important d'assurer le diagnostic précoce de la maladie, afin de ne pas avoir à déplorer des décès qui peuvent être évités.

Le Comité a noté d'autre part que de nombreuses autres maladies diarrhéiques devaient aussi retenir l'attention des autorités sanitaires. On a cité notamment comme exemple les flambées épidémiques de typhoïde dues à un bacille résistant aux antibiotiques et l'apparition récente, dans des pays de l'hémisphère occidental, de cas de dysenterie dus au bacille de Shiga. Tout en reconnaissant qu'étant donné l'ampleur du problème il est exclu que l'Organisation entreprenne des programmes suffisamment importants avec les ressources dont elle dispose actuellement, le Comité a recommandé que l'OMS continue d'élargir ses activités de surveillance des maladies diarrhéiques aiguës en vue d'asseoir les futurs programmes de lutte sur des bases solides. En outre, les Etats Membres ont été priés de communiquer à l'Organisation des données épidémiologiques détaillées sur les flambées de maladies diarrhéiques résistant aux médicaments et sur les poussées d'autres maladies intestinales graves, en précisant, outre le nombre de cas, la source de l'infection, le mode de transmission et toutes caractéristiques pouvant aider les autres Etats à prendre des mesures efficaces en cas d'épidémie.

#### F. FIEVRE DE LASSA

Le Comité a examiné la demande du Canada tendant à inscrire la fièvre de Lassa parmi les maladies soumises au Règlement. La fièvre de Lassa est certes une maladie grave sur le plan individuel, mais on ne connaît pas son mode de transmission et son diagnostic est extrêmement complexe. En outre, on ignore comment interrompre la transmission. Par conséquent, même s'il paraissait souhaitable de faire place à la fièvre de Lassa dans les dispositions du Règlement, il serait impossible d'indiquer des méthodes de lutte. Le Comité a donc estimé que le mieux qu'on puisse faire est d'organiser des enquêtes épidémiologiques et des activités de surveillance. En outre, les Etats Membres devraient veiller à ce que, sur tout leur territoire, les laboratoires possédant le virus de la maladie prennent des précautions extrêmes.

#### G. REGLEMENT APPLICABLE AU COMITE DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE DES MALADIES TRANSMISSIBLES (VOIR APPENDICE 4)

Le Comité a recommandé que les articles suivants soient ainsi modifiés :

##### Article 4 : Bureau

Au début de chaque session, le Comité élit un président pour diriger ses débats, un vice-président qui remplace le président en cas de démission, d'absence ou d'incapacité d'exercer effectivement ses fonctions, et un rapporteur.

##### Article 6; article 7

Le Comité a recommandé en outre que les mots "aux membres du Conseil exécutif" dans l'article 6.1, "et au Conseil exécutif" dans l'article 7.5, et "au Conseil exécutif et" dans l'article 7.6 soient supprimés; à l'article 7.6, le mot "leur" sera remplacé par "sa".

#### H. LISTE DES PASSAGERS

Le Comité a fait observer que, lorsqu'il y a importation d'un cas de variole, il est important de retrouver les personnes ayant voyagé à bord des aéronefs suspects. Toutefois, si la liste des passagers était naguère encore utile à cet égard, elle l'est moins depuis que l'on utilise l'ordinateur, que les moyens d'informations ont été améliorés et que les aéronefs sont de plus grande capacité; en outre, si l'on considère que l'éradication de la variole est maintenant très proche, ce genre de situation ne se présentera bientôt plus. Par conséquent, le Comité a recommandé que les administrations sanitaires cessent d'exiger la liste des passagers.

#### I. ANNEXE V DE LA DEUXIEME EDITION ANNOTEE DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)

Le Comité, notant que l'annexe V (Normes d'hygiène à bord des navires et des aéronefs transportant des pèlerins) de la Deuxième Edition annotée du Règlement sanitaire international (1969) n'est plus à jour, a recommandé de la remplacer par le texte qui figure à l'appendice 3.

CAS DE MALADIES SOUMISES AU REGLEMENT PROVOQUEES PAR LE TRAFIC INTERNATIONAL  
OU OBSERVEES DANS CELUI-CI QUI ONT ETE NOTIFIEES A L'OMS  
1er JANVIER 1972-31 DECEMBRE 1972

Moyen de transport	Date d'arrivée	Lieu d'arrivée	Provenance	Nombre de cas	Observations
I - VARIÈLE					
AFRIQUE					
Probablement par voie de terre	Janvier/février	Ouganda	Soudan	16	
Probablement par voie de terre	février	Afrique du Sud	Botswana	1	
Probablement par voie de terre	octobre/novembre	Territoire français des Aïfars et des Issas	Ethiopie	119	
ASIE					
Aéronef	18 janvier	Colombo (Sri Lanka)	Pakistan	1	Touriste (République fédérale d'Allemagne) arrivée à l'aéroport international de Bandaranaike; avait été vacciné en octobre 1971; apparition de l'éruption le 25 janvier
...	...	Iran	...	2	
...	...	Irak	...	37	
...	mars	Syrie	Irak	54	
EUROPE					
Aéronef	15 février	Danjanj (Yougoslavie)	Irak	175 (34 cas mortels)	Médecin qui n'était rendu à la Mosquée et était revenu en passant par l'Irak. Des lésions au visage sont apparues peu après le 15 février.
Train	13 mars	Hanovre-Linden (République fédérale d'Allemagne)	Yougoslavie	1	Travailleur yougoslave, âgé de 30 ans; tombé malade le 21 mars; était venu de la Province autonome socialiste de Kosovo (Yougoslavie).
II - CHOLÉRA					
AFRIQUE					
...	février/mars	Tchad	...	5	
Probablement par voie de terre	20 juillet	Territoire français des Aïfars et des Issas	Probablement Ethiopie	1	
...	août	Mauritanie	...	1	
ASIE					
Probablement par voie de terre	14 mars	Arabie Saoudite	Probablement Yémen	2	
...	3 mai	Yémen démocratique	...	...	
...	29 octobre	Emirats arabes unis	...	2	
EUROPE					
Aéronef	5 novembre	Wuppertal (République fédérale d'Allemagne)	Luanda (Angola)	2 ( <u>gitor</u> )	Homme âgé de 59 ans et sa femme; infection légère; diagnostic confirmé le 19 novembre.
Aéronef	5 novembre	Londres et Gateshead	Bahreïn	2 ( <u>gitor</u> , Inaba)	Infection au cours du vol Sydney- Londres, probablement due à des aliments embarqués à Bahreïn.
OCCÉANIE					
Aéronef	7 novembre	Sydney (Australie)	Bahreïn	40 ( <u>gitor</u> , Inaba)	Infection au cours du vol Sydney- Londres, probablement due à des aliments embarqués à Bahreïn.
Aéronef	7 novembre	Nouvelle-Zélande	Bahreïn	3 ( <u>gitor</u> , Inaba)	Infection au cours du vol Sydney- Londres, probablement due à des aliments embarqués à Bahreïn.
... Données incomplètes.					

AMENDEMENTS AU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)  
MODIFIE PAR LE REGLEMENT ADDITIONNEL DE MAI 1973  
PROPOSES PAR LE COMITE DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE  
DES MALADIES TRANSMISSIBLES A SA DIX-HUITIEME SESSION

Article 18

Suppression de cet article qui est devenu inutile, les administrations sanitaires n'étant plus tenues de communiquer à l'Organisation la liste des aéroports pourvus d'une zone de transit direct depuis que l'article 21 a été modifié par la résolution WHA26.55.

Article 19, paragraphe 2, alinéa e)

Suppression des mots "contre le choléra et".

Article 47, paragraphe 2

Suppression des mots "Sous réserve des mesures prévues à l'article 64".

Article 78

Amendement de cet article, qui serait alors libellé comme suit :

Toute personne qui, effectuant un voyage international, s'est trouvée, au cours des quatorze jours précédant son arrivée, dans un territoire dont une partie est infectée et qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, n'est pas suffisamment protégée par la vaccination ou par une atteinte antérieure de variole, peut être vaccinée ou soumise à la surveillance, ou vaccinée puis soumise à la surveillance; si elle refuse de se laisser vacciner, elle peut être soumise à la surveillance. Si elle s'est trouvée dans une zone infectée du territoire considéré et refuse de se laisser vacciner, elle peut être isolée. La durée de la période de surveillance ne peut dépasser quatorze jours à compter de la date à laquelle la personne a quitté le territoire dont une partie est infectée. La durée de la période d'isolement ne peut dépasser quatorze jours à compter de la date à laquelle la personne a quitté une zone infectée; si la période d'isolement dure moins de quatorze jours, elle peut être complétée par une période de surveillance, la durée totale des deux périodes ne pouvant dépasser quatorze jours à compter de la date à laquelle la personne a quitté le territoire considéré. Un certificat valable de vaccination contre la variole constitue la preuve d'une protection suffisante.

REVISION DE L'ANNEXE V DE LA DEUXIEME EDITION ANNOTEE, PUBLIEE EN 1974,  
DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)

NORMES D'HYGIENE A BORD DES NAVIRES ET DES AERONEFS QUI TRANSPORTENT DES PERSONNES  
PRENANT PART A DES RASSEMBLEMENTS PERIODIQUES IMPORTANTS

NAVIRES

1. Les navires auxquels s'appliquent les présentes normes doivent, lorsqu'ils transportent des passagers, remplir les conditions définies dans la partie II de l'annexe au Protocole de 1973 sur les aménagements à bord des navires à passagers qui effectuent des transports spéciaux.

2. Les normes énoncées dans les paragraphes ci-après sont les normes minimales à observer à bord de tous les navires. Dans le cas des navires déjà construits,<sup>1</sup> il peut être dérogé à ces normes comme prévu au paragraphe 11.

3.1 Tout navire doit comporter des salles d'eau réservées exclusivement aux passagers. Ces locaux seront pourvus de canalisations d'eau potable ou d'eau de lavage<sup>2</sup> sous pression, avec lavabos, douches ou robinets dans les proportions suivantes :

- a) voyages de 48 heures ou plus - un lavabo pour 50 passagers, ou fraction de 50, et une douche ou un robinet pour 50 passagers, ou fraction de 50, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire;
- b) voyages de 24 à 48 heures - un lavabo pour 100 passagers, ou fraction de 100, et une douche ou un robinet pour 100 passagers, ou fraction de 100, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire;
- c) voyages de moins de 24 heures - au moins deux salles d'eau, pourvues chacune d'un lavabo.

Pour les voyages des catégories a) et b) ci-dessus, deux au moins des douches ou robinets requis seront alimentés en eau chaude.

3.2 Les salles d'eau doivent être pourvues de systèmes adéquats d'éclairage, de ventilation et de vidange et être conçues de telle sorte que l'utilisateur puisse s'isoler.

4.1 Tout navire doit comporter une ou plusieurs salles à manger comptant un nombre suffisant de tables et de chaises dans les proportions suivantes :

- a) voyages de 24 heures ou plus -  $10 \text{ m}^2$  pour 100 passagers, ou fraction de 100, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire;
- b) voyages de moins de 24 heures -  $5 \text{ m}^2$  pour 100 passagers, ou fraction de 100, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire.

<sup>1</sup> Un navire déjà construit est un navire dont la quille était posée ou qui était en service avant la date de publication des présentes normes.

<sup>2</sup> Pour tout ce qui concerne les approvisionnements en denrées alimentaires et en eau, voir "Guide d'Hygiène et de Salubrité à Bord des Navires", OMS, Genève, 1969.

4.2 En plus des installations visées au paragraphe 3.1, tout navire doit comporter, à proximité de la (des) salles(s) à manger, des lavabos alimentés en eau chaude et froide<sup>1</sup> sous pression, dans les proportions suivantes :

- a) voyages de 24 heures ou plus - un lavabo pour 100 passagers, ou fraction de 100, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire;
- b) voyages de moins de 24 heures - un lavabo pour 200 passagers, ou fraction de 200, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire.

5.1 Tout navire doit comporter des latrines à chasses d'eau alimentées par canalisations sous pression, dans les proportions suivantes :

- a) voyages de 24 heures ou plus - quatre latrines pour 100 passagers, ou fraction de 100, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire;
- b) voyages de moins de 24 heures - trois latrines pour 100 passagers, ou fraction de 100, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire.

5.2 Les latrines doivent être pourvues de systèmes adéquats d'éclairage, de ventilation et de vidange et être conçues de telle sorte que l'utilisateur puisse s'isoler. Le système d'évacuation de l'air vicié doit être distinct du système de ventilation des autres locaux réservés aux passagers.

6.1 De l'eau potable doit être stockée en quantité suffisante dans de bonnes conditions d'hygiène et être accessible à tout moment aux passagers en plus de l'eau fournie à d'autres fins.<sup>1</sup>

6.2 Il existera à bord des vivres de bonne qualité, stockés dans de bonnes conditions d'hygiène, en quantité suffisante pour toute la durée du voyage.<sup>1</sup>

7. Tout navire doit posséder des systèmes adéquats pour la collecte et l'évacuation hygiéniques des déchets solides et liquides.

8.1 Tout navire doit être pourvu d'un local de dimensions suffisantes réservé à l'examen médical et au traitement des passagers ainsi qu'au stockage des médicaments, des fournitures médicales et du matériel visés au paragraphe 9.2.

8.2 En plus des installations visées au paragraphe 8.1, tout navire doit comporter une infirmerie permanente, de dimensions suffisantes, ayant les moyens d'hospitalisation suivants :

- a) pour les voyages de plus de 24 heures - un lit pour 200 passagers, ou fraction de 200, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire;
- b) pour les voyages de plus de 48 heures - un lit pour 100 passagers, ou fraction de 100, sur la base de la capacité indiquée dans le certificat du navire, plus un local d'isolement comprenant au moins deux lits.

8.3 Les locaux d'infirmerie doivent être pourvus des équipements nécessaires, convenablement éclairés et munis de systèmes de ventilation mécanique ou de climatisation distincts des systèmes de ventilation des autres locaux réservés aux passagers ou à l'équipage.

8.4 Chaque infirmerie disposera d'une latrine et d'une salle de bains alimentée en eau potable ou de lavage chaude et froide,<sup>1</sup> les systèmes de vidange étant distincts de ceux des autres locaux réservés à l'équipage ou aux passagers.

<sup>1</sup> Pour tout ce qui concerne les approvisionnements en denrées alimentaires et en eau, voir "Guide d'Hygiène et de Salubrité à Bord des Navires", OMS, Genève, 1969.

9.1 Pour les voyages de plus de 12 heures, tout navire transportant plus de 100 passagers doit avoir à son bord un médecin régulièrement diplômé ainsi qu'un infirmier. Si le nombre des passagers dépasse 1000, l'équipage doit compter deux médecins régulièrement diplômés et deux infirmiers.

9.2 L'administration sanitaire s'assurera que tout navire a à bord les médicaments, les fournitures médicales et le matériel technique nécessaires au traitement des passagers<sup>1</sup> et que les règles de l'hygiène y sont appliquées.

9.3 Les soins médicaux, médicaments y compris, seront fournis gratuitement aux passagers.

10.1 Le capitaine du navire et le médecin de bord veilleront à ce que les règles d'hygiène et de propreté voulues soient constamment respectées.

10.2 Pendant le voyage, le médecin de bord ou, en son absence, le capitaine du navire s'assurera notamment :

- a) que le navire, y compris les locaux réservés aux passagers et les salles à manger, est maintenu en état de parfaite propreté et salubrité et est convenablement ventilé;
- b) que les aliments sont stockés, préparés et servis dans de bonnes conditions d'hygiène et que les passagers reçoivent de l'eau potable en quantité suffisante;
- c) que les latrines, salles d'eau et salles de bains sont maintenues en état de propreté, sont désinfectées et fonctionnent parfaitement;
- d) que les déchets solides et liquides sont recueillis et évacués de façon hygiénique;
- e) que, s'il se produit un cas de maladie de caractère contagieux, toutes les mesures voulues pour endiguer l'infection sont prises.

10.3 Pendant le voyage, le médecin de bord ou, en son absence, le capitaine doit tenir registre de tout ce qui concerne la santé à bord et faire rapport conformément à l'article 84.

11. Dans le cas des navires déjà construits,<sup>2</sup> l'administration sanitaire du pays où est immatriculé le navire peut autoriser des dérogations aux dispositions des paragraphes 3.1 b), 5.1 b), 8.2 a) et 8.2 b) si elle est convaincue de l'impossibilité pratique de les appliquer intégralement et sous réserve que soient au moins pleinement appliquées les dispositions pertinentes de l'actuelle annexe V remplacée par les présentes normes.<sup>3</sup>

12. L'autorité sanitaire, ou toute autre autorité compétente, du port de départ doit s'assurer avant le départ du navire que les normes minimales énoncées ci-dessus sont respectées.

#### AERONEFS

1. Les dispositions de la Convention de l'Aviation civile internationale (Chicago, 1944) et de ses annexes, qui régissent le transport des passagers par la voie aérienne, et dont

<sup>1</sup> Le "Guide médical international de bord", OMS, Genève, 1969, peut servir de base pour l'établissement de normes minimales dans ce domaine.

<sup>2</sup> Un navire déjà construit est un navire dont la quille était posée ou qui était en service avant la date de publication des présentes normes.

<sup>3</sup> Voir Règlement sanitaire international (1969) (modifié 1973).

l'application peut intéresser l'hygiène de ces passagers, doivent être appliquées avec une rigueur égale, qu'il s'agisse d'aéronefs qui transportent des personnes prenant part à des rassemblements périodiques importants ou d'aéronefs qui transportent seulement d'autres passagers.

2. Toute administration sanitaire peut exiger d'un aéronef qui transporte des personnes prenant part à des rassemblements périodiques importants qu'il ne débarque ces passagers que sur des aéroports de son territoire spécialement désignés à cet effet.

RÈGLEMENT APPLICABLE AU COMITÉ DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE  
DES MALADIES TRANSMISSIBLES<sup>1</sup>

Le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles (dénommé ci-après "le Comité") est régi par le Règlement suivant :

Article 1 : Objet et fonctions

1. L'objet et les fonctions du Comité sont les suivants :

- a) passer en revue périodiquement et au moins tous les deux ans, l'application du Règlement sanitaire international et de toute autre réglementation pertinente;
- b) recommander des amendements à apporter au Règlement sanitaire international et, s'il y a lieu, des règlements supplémentaires à adopter notamment au sujet des maladies qui ne sont pas spécifiquement visées par le Règlement;
- c) présenter des recommandations concernant les pratiques, les méthodes et les procédures à suivre concernant la surveillance internationale des maladies transmissibles;
- d) donner des avis à l'Assemblée de la Santé, au Conseil exécutif et au Directeur général sur toute question qu'ils lui soumettent;
- e) examiner les questions ou différends qui lui sont renvoyés par le Directeur général en vertu de l'article 106 du Règlement sanitaire international.

2. Sans préjudice et en sus de l'objet et des fonctions mentionnés aux paragraphes a) à e) du paragraphe 1 du présent article, le Comité peut :

- a) passer en revue les dernières acquisitions et informations techniques concernant la surveillance internationale des maladies transmissibles et les porter à la connaissance de l'Organisation;
- b) faire des recommandations en vue d'instituer, d'encourager et de coordonner les recherches nécessaires pour l'accomplissement de son mandat.

3. Le Comité, à moins d'y avoir été officiellement invité par l'Assemblée de la Santé, le Conseil exécutif ou le Directeur général, n'a pas compétence pour donner des avis à l'Organisation sur les questions de politique administrative interne de l'Organisation.

---

<sup>1</sup> Adopté par la Septième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA7.56) (Actes off. Org. mond. Santé, N° 56, 70-73, 92, 116) et modifié par la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA15.36) (Actes off. Org. mond. Santé, N° 118, 16).

Article 2 : Choix, nomination et mandat des membres

1. Les membres du Comité sont choisis et nommés par le Directeur général parmi les personnes inscrites aux tableaux d'experts compétents de l'Organisation. Toutes ces nominations sont portées à la connaissance du Conseil exécutif lors de sa session suivante.
2. Dans le choix de ces membres, le Directeur général tient compte avant tout de leurs capacités et de leur expérience technique. Sous réserve de cette considération primordiale, il s'efforce également de réaliser une répartition géographique adéquate.
3. Le Directeur général nomme des membres pour participer aux services du Comité en tenant compte de la nécessité d'obtenir des avis d'experts appropriés, notamment sur les questions suivantes : surveillance internationale des maladies transmissibles, épidémiologie, droit international, transports et autres questions apparentées, selon que l'exige l'examen des points inscrits à l'ordre du jour de chaque session. Il tient compte également de la nécessité d'assurer la continuité de pensée et d'action et fournit au Comité la coopération et les avis techniques des comités d'experts et groupes d'étude appropriés de l'Organisation.
4. Le Directeur général nomme les membres du Comité pour une période de deux ans dans le but exprès d'examiner les questions ou différends qui peuvent survenir en application du paragraphe 1 e) de l'article 1 du présent Règlement. Les premières de ces nominations seront faites au moment de l'entrée en vigueur du présent Règlement ou le plus tôt possible après cette date. Le nombre des membres ainsi nommés ne doit pas dépasser sept. Le Directeur général nomme de la même façon de nouveaux membres pour remplacer ceux qui sont empêchés de siéger au Comité en raison des dispositions du paragraphe 1 b) de l'article 9 du présent Règlement ou pour toute autre raison.
5. Pour tous autres objets, le Directeur général nomme les membres du Comité pour la durée de la session seulement.
6. Les membres nommés pour une session chargée d'examiner une question ou un différend continuent à faire partie du Comité pendant toute autre délibération ultérieure sur cette question ou ce différend jusqu'à ce que l'examen en soit terminé.
7. Le mandat des membres pourra être renouvelé.
8. Conformément aux règlements administratifs de l'Organisation, les membres du Comité ont droit au remboursement des frais de voyage nécessités par leur participation aux sessions du Comité, ainsi qu'à une indemnité journalière pendant ces sessions. Ces indemnités ne constituent pas une rémunération.

Article 3 : Statut international des membres

1. Dans l'exercice de leurs fonctions, les membres du Comité agissent à titre de personnalités internationales au service exclusif de l'Organisation. Ils ne peuvent, comme tels, solliciter ou recevoir d'instructions d'aucun gouvernement ou d'aucune autorité extérieure à l'Organisation.
2. Ils jouissent des privilèges et immunités indiqués à l'article 67 b) de la Constitution de l'Organisation et inscrits dans la Convention sur les Privilèges et Immunités des Institutions spécialisées et dans l'annexe VII de ladite Convention.

Article 4 : Président et vice-président

Au début de chaque session, le Comité élit un président pour diriger ses débats. Il procède également à l'élection d'un vice-président, qui remplace le président en cas de démission, d'absence ou d'incapacité d'exercer effectivement ses fonctions.

Article 5 : Secrétariat

1. Conformément à l'article 32 de la Constitution, le Directeur général est d'office secrétaire du Comité. Il peut déléguer ces fonctions.
2. Le Directeur général, ou son représentant, peut en tout temps faire au Comité des déclarations orales ou écrites concernant toute question soumise à l'examen.
3. La présence du Directeur général, ou de son représentant, pendant les débats est nécessaire pour que toute mesure prise par le Comité soit valable.
4. Le Directeur général, ou son représentant, détermine la date et le lieu de chaque session; il convoque une session du Comité lorsqu'il l'estime nécessaire et au moins tous les deux ans.

Article 6 : Ordre du jour

1. Le Directeur général, ou son représentant, établit le projet d'ordre du jour de chaque session et le transmet dans des délais raisonnables aux membres du Comité, aux membres du Conseil exécutif et aux Membres, Membres associés et autres Etats parties au Règlement.
2. L'ordre du jour comprend toutes questions, relevant de la compétence du Comité, qui sont proposées par l'Assemblée de la Santé, le Conseil exécutif ou le Directeur général, sur son initiative ou à la demande d'un Etat intéressé.

Article 7 : Rapports sur les travaux des sessions du Comité

1. Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux questions traitées à l'article 9.
2. Pour chaque session, le Comité, aidé de son secrétaire, établit un rapport indiquant les conclusions, les observations et les recommandations du Comité.
3. Ce rapport est approuvé par le Comité avant la fin de la session.
4. Si le Comité n'est pas unanime dans ses conclusions, tout membre est habilité à exprimer son opinion personnelle. Cette opinion est notée dans un rapport individuel ou un rapport de minorité qui expose les raisons de la divergence d'opinion et qui fait partie du rapport du Comité.
5. Le rapport du Comité est soumis par le Directeur général à l'Assemblée de la Santé et au Conseil exécutif.
6. Si, dans un cas d'urgence, le Directeur général prend une mesure comme suite au rapport avant que celui-ci n'ait été soumis à l'Assemblée de la Santé, il fait rapport sur ladite mesure au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé lors de leur session suivante.
7. L'Assemblée de la Santé peut, selon qu'elle le juge bon, autoriser la publication du rapport.
8. Le texte du rapport ne peut être modifié sans le consentement du Comité.

Article 8 : Règlement intérieur

1. Les réunions du Comité ont, en principe, un caractère privé. Elles ne peuvent devenir publiques que sur la décision expresse du Comité, prise en plein accord avec le Directeur général.
2. Le quorum est constitué par les deux tiers des membres du Comité présents à la session.
3. Les décisions qui ne portent pas sur des questions ou différends sont prises à la majorité des membres présents et votants.
4. Les décisions portant sur des questions ou différends sont prises à la majorité des membres présents, chaque membre émettant un vote pour ou contre. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.
5. Si un membre du Comité le demande, des parties de résolution ou de motion peuvent faire l'objet d'un vote séparé.
6. Si deux ou plusieurs amendements à une proposition sont en présence, le Comité vote d'abord sur celui qui s'écarte le plus quant au fond de la proposition primitive. Il vote ensuite sur l'amendement qui, après celui-ci, s'écarte le plus de ladite proposition et ainsi de suite jusqu'à ce que tous les amendements aient été mis aux voix.
7. Lorsqu'un amendement comporte des modifications, additions ou suppressions affectant une proposition ou une motion, le vote a lieu d'abord sur cet amendement, puis, si celui-ci est adopté, sur la proposition ou motion amendée.
8. Au cours de la discussion de toute question, un membre peut soulever une motion d'ordre et le président prend alors une décision immédiate sur cette motion.
9. Au cours de la discussion de toute question, un membre peut demander l'ajournement du débat. Une telle motion n'est pas mise en discussion mais fait immédiatement l'objet d'un vote.
10. Le Comité peut limiter le temps de parole accordé à chaque orateur.
11. Un membre peut, à tout moment, demander la clôture du débat, qu'un autre membre ait demandé ou non à prendre la parole. Sous réserve des dispositions du paragraphe 9 du présent article, une telle motion a priorité dans le débat. Si l'autorisation de parler contre la clôture a été demandée, elle ne peut être accordée qu'à un seul membre. La motion de clôture est alors mise aux voix.
12. Les langues de travail du Comité sont l'anglais et le français. Les discours prononcés en russe et en espagnol sont interprétés dans les deux langues de travail; les discours prononcés dans l'une des langues de travail sont interprétés dans l'autre langue de travail, ainsi qu'en russe et/ou en espagnol si un membre en présente la demande. Des arrangements sont pris, si possible, pour l'interprétation dans toute autre langue, si la demande en a été présentée.

Article 9 : Examen des questions ou différends en application de l'article 106  
du Règlement sanitaire international

1. Si une question ou un différend est renvoyé à l'examen du Comité, en application de l'article 106 du Règlement sanitaire international et de l'article 1, paragraphe 1 e) du présent Règlement, la procédure à appliquer est la suivante :

- a) Le Directeur général entre immédiatement en communication avec les Etats intéressés pour les informer de cette mesure et pour les inviter à présenter, dans un délai déterminé, toutes observations qu'ils jugent devoir formuler.
- b) Dès qu'une ou plusieurs réponses ont été reçues, ou à l'expiration du délai fixé, si aucune réponse de nature à mettre fin à la question ou au différend n'a été reçue, le Directeur général convoque les membres du Comité nommés conformément au paragraphe 4 de l'article 2 du présent Règlement. Aucun ressortissant d'un des Etats intéressés à la question ou au différend ne peut siéger au Comité à titre de membre pour l'examen de cette question ou différend.
- c) Les Etats intéressés sont informés qu'ils peuvent désigner un ou plusieurs représentants en vue d'exposer leur cause au Comité. Les dépenses correspondantes sont à la charge de ces Etats. Si deux ou plusieurs parties présentent une cause commune, ils sont, aux fins d'application du présent paragraphe, considérés comme une seule et même partie. En cas de doute, c'est le Comité qui décide.
- d) Le Directeur général peut prier tout Etat ou organisation intergouvernementale, intéressé ou non à une question ou à un différend, de mettre à la disposition du Comité tous renseignements écrits en sa possession au sujet de la question ou du différend.
- e) Tenant compte de la nature des problèmes soulevés par l'examen de la question ou du différend, le Directeur général peut, sur la demande du Comité ou de sa propre initiative, nommer un ou plusieurs experts pour donner des avis au Comité dans leur domaine technique particulier. Ces experts sont normalement pris dans les tableaux d'experts de l'Organisation. Ils n'ont pas le droit de vote.
- f) Lorsque le Comité est réuni, il s'efforce d'arriver à un règlement de l'affaire. S'il y parvient, un procès-verbal est établi pour indiquer les termes de ce règlement et doit être envoyé aux Etats intéressés. S'il n'y parvient pas, il donne une opinion motivée et formule toute recommandation qu'il estime appropriée. Le Directeur général communique aux parties intéressées l'opinion du Comité, y compris ses recommandations, et invite ces parties à faire connaître, dans un délai déterminé, si elles acceptent les conclusions et éventuellement les recommandations du Comité. Les membres du Comité qui n'approuvent pas la décision ou les raisons mentionnées ont le droit d'exposer leurs opinions divergentes dans une annexe au rapport du Comité.

#### Article 10 : Participation d'autres organisations

1. Cet article ne s'applique pas aux dispositions prévues à l'article 9.
2. Le Directeur général invitera les Nations Unies, les institutions spécialisées et autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales, à désigner des représentants pour assister au Comité si les sujets à l'ordre du jour le nécessitent.
3. De tels représentants peuvent présenter des notes et, avec l'autorisation du président, faire des déclarations sur les sujets en discussion. Ils n'ont pas le droit de vote.

#### Article 11 : Entrée en vigueur

1. Le présent Règlement et tous amendements éventuels entreront en vigueur à la date de leur approbation par l'Assemblée de la Santé et remplaceront, dans le cas du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles, le Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts et le Règlement intérieur des comités d'experts et de leurs sous-comités.
2. Le présent Règlement peut être amendé par l'Assemblée de la Santé, après consultation du Comité. Les amendements ne sauraient porter sur la procédure d'examen d'une question ou d'un différend dont le Comité est saisi.