

ACTES OFFICIELS

DE

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

N° 240

**TRENTIÈME  
ASSEMBLÉE MONDIALE  
DE LA SANTÉ**

GENÈVE, 2-19 MAI 1977

**PARTIE I**

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS**

**ANNEXES**



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE

1977

Liste des abréviations employées dans les *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*:

AID	— Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique
AIEA	— Agence internationale de l'Energie atomique
BIRD	— Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement
BIT	— Bureau international du Travail
BSP	— Bureau sanitaire panaméricain
CAC	— Comité administratif de Coordination
CEA	— Commission économique pour l'Afrique
CEAO	— Commission économique pour l'Asie occidentale
CEE	— Commission économique pour l'Europe
CEPAL	— Commission économique pour l'Amérique latine
CESAP	— Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique
CIOMS	— Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
CIRC	— Centre international de Recherche sur le Cancer
CNUCED	— Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement
FAO	— Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FISE	— Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
FNUAP	— Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
FNULAD	— Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues
HCR	— Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
OACI	— Organisation de l'Aviation civile internationale
OIT	— Organisation internationale du Travail
OMCI	— Organisation intergouvernementale consultative de la Navigation maritime
OMM	— Organisation météorologique mondiale
OMPI	— Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle
OMS	— Organisation mondiale de la Santé
ONUDI	— Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel
OPS	— Organisation panaméricaine de la Santé
OUA	— Organisation de l'Unité africaine
PAM	— Programme alimentaire mondial
PNUD	— Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE	— Programme des Nations Unies pour l'Environnement
UIT	— Union internationale des Télécommunications
UNESCO	— Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNITAR	— Institut des Nations Unies pour la Formation et la Recherche
UNRWA	— Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

---

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Lorsque l'appellation « pays ou zones » apparaît dans le titre de tableaux, elle couvre les pays, territoires, villes ou zones.

ISBN 92 4 260240 X

IMPRIMÉ EN SUISSE

*La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, tenue au Palais des Nations, à Genève, du 2 au 19 mai 1977, a été convoquée conformément à la résolution EB58.R12 du Conseil exécutif (cinquante-huitième session).*

*Le compte rendu des débats de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé est publié en deux parties. Les résolutions et les décisions (avec les annexes qui s'y rapportent) sont reproduites dans le présent volume. Les comptes rendus des séances plénières et des séances des commissions paraîtront, avec la liste des délégations, l'ordre du jour et d'autres documents, dans les Actes officiels N° 241.*

Dans le présent volume, les résolutions sont reproduites dans l'ordre de leur adoption. Dans la table des matières, cependant, elles sont groupées sous des rubriques identiques à celles du *Recueil des résolutions et décisions*, dont les Volumes I et II (deuxième édition) contiennent ensemble la plupart des résolutions adoptées de 1948 à 1976 (soit jusqu'à et y compris la Vingti-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et la cinquante-huitième session du Conseil exécutif). De plus, chacune des résolutions figurant dans le présent volume est accompagnée d'une référence à la section et au volume pertinents du *Recueil*.

Les cotes de résolutions utilisées lors des différentes sessions, ainsi que les volumes des *Actes officiels* où les résolutions ont été publiées à l'origine, sont indiqués ci-dessous.

<i>Cotes de résolutions</i> <sup>1</sup>	<i>Numéros des Actes officiels et année des sessions</i>	<i>Cotes de résolutions</i> <sup>1</sup>	<i>Numéros des Actes officiels et année des sessions</i>
WHA1.-	13 (1948)	EB31.R-	124 (1963)
EB1.R-	14 (1948)	WHA16.-	127 (1963)
EB2.R-	14 (1948)	EB32.R-	129 (1963)
EB3.R-	17 (1949)	EB33.R-	132 (1964)
WHA2.-	21 (1949)	WHA17.-	135 (1964)
EB4.R-	22 (1949)	EB34.R-	137 (1964)
EB5.R-	25 (1950)	EB35.R-	140 (1965)
WHA3.-	28 (1950)	WHA18.-	143 (1965)
EB6.R-	29 (1950)	EB36.R-	145 (1965)
EB7.R-	32 (1951)	EB37.R-	148 (1966)
WHA4.-	35 (1951)	WHA19.-	151 (1966)
EB8.R-	36 (1951)	EB38.R-	153 (1966)
EB9.R-	40 (1952)	EB39.R-	157 (1967)
WHA5.-	42 (1952)	WHA20.-	160 (1967)
EB10.R-	43 (1952)	EB40.R-	162 (1967)
EB11.R-	46 (1953)	EB41.R-	165 (1968)
WHA6.-	48 (1953)	WHA21.-	168 (1968)
EB12.R-	49 (1953)	EB42.R-	170 (1968)
EB13.R-	52 (1954)	EB43.R-	173 (1969)
WHA7.-	55 (1954)	WHA22.-	176 (1969)
EB14.R-	57 (1954)	EB44.R-	178 (1969)
EB15.R-	60 (1955)	EB45.R-	181 (1970)
WHA8.-	63 (1955)	WHA23.-	184 (1970)
EB16.R-	65 (1955)	EB46.R-	186 (1970)
EB17.R-	68 (1956)	EB47.R-	189 (1971)
WHA9.-	71 (1956)	WHA24.-	193 (1971)
EB18.R-	73 (1956)	EB48.R-	195 (1971)
EB19.R-	76 (1957)	EB49.R-	198 (1972)
WHA10.-	79 (1957)	WHA25.-	201 (1972)
EB20.R-	80 (1957)	EB50.R-	203 (1972)
EB21.R-	83 (1958)	EB51.R-	206 (1973)
WHA11.-	87 (1958)	WHA26.-	209 (1973)
EB22.R-	88 (1958)	EB52.R-	211 (1973)
EB23.R-	91 (1959)	EB53.R-	215 (1974)
WHA12.-	95 (1959)	WHA27.-	217 (1974)
EB24.R-	96 (1959)	EB54.R-	219 (1974)
EB25.R-	99 (1960)	EB55.R-	223 (1975)
WHA13.-	102 (1960)	WHA28.-	226 (1975)
EB26.R-	106 (1960)	EB56.R-	228 (1975)
EB27.R-	108 (1961)	EB57.R-	231 (1976)
WHA14.-	110 (1961)	WHA29.-	233 (1976)
EB28.R-	112 (1961)	EB58.R-	235 (1976)
EB29.R-	115 (1962)	EB59.R-	238 (1977)
WHA15.-	118 (1962)	WHA30.-	240 (1977)
EB30.R-	120 (1962)	EB60.R-	242 (1977)

<sup>1</sup> Les cotes en italique n'ont pas été utilisées à l'origine dans les *Actes officiels*; elles ont été ajoutées ultérieurement dans le *Recueil* pour des raisons de commodité.

## TABLE DES MATIÈRES

### RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

#### Résolutions concernant le programme

	Pages
<i>Planification et développement généraux des programmes</i>	
WHA30.40 Développement et coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé . . . . .	22
WHA30.46 Systèmes et services d'information . . . . .	27
<i>Coopération technique</i>	
WHA30.24 Assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et aux Etats en voie d'y accéder en Afrique . . . . .	12
WHA30.25 Assistance spéciale au Kampuchea démocratique, à la République démocratique populaire lao et à la République socialiste du Viet Nam . . . . .	12
WHA30.27 Assistance médico-sanitaire au Liban . . . . .	13
WHA30.43 Coopération technique . . . . .	25
<i>Services de santé généraux</i>	
WHA30.49 Promotion et développement de la formation et de la recherche en matière de médecine traditionnelle . . . . .	29
<i>Santé de la famille</i>	
WHA30.51 Rôle du secteur sanitaire dans l'élaboration de politiques et de plans nationaux et internationaux en matière d'alimentation et de nutrition . . . . .	31
<i>Développement des personnels de santé</i>	
WHA30.48 Rôle des infirmiers(ères) et sages-femmes dans les équipes de soins de santé primaires	28
<i>Lutte contre les maladies transmissibles</i>	
WHA30.19 Dix-neuvième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles . . . . .	9
WHA30.36 Lèpre . . . . .	19
WHA30.42 Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales .	24
WHA30.52 Programme d'éradication de la variole . . . . .	32
WHA30.53 Programme élargi de vaccination . . . . .	33
WHA30.54 Production régionale de vaccins pour le programme élargi de vaccination . . . . .	34

*Lutte contre les maladies non transmissibles*

WHA30.18	Décisions en rapport avec les conventions internationales sur les stupéfiants: Application de la Convention sur les substances psychotropes — fonctions et responsabilités de l'OMS . . . . .	8
WHA30.38	Arriération mentale . . . . .	21
WHA30.41	Planification à long terme de la coopération internationale en matière de recherche sur le cancer . . . . .	23
WHA30.45	Programme spécial de coopération technique en santé mentale . . . . .	26

*Promotion de la salubrité de l'environnement*

WHA30.33	Conférence des Nations Unies sur l'eau . . . . .	17
WHA30.47	Evaluation des effets des substances chimiques sur la santé . . . . .	27

*Information sanitaire et biomédicale*

WHA30.39	Système international d'Unités: Emploi en médecine des unités SI . . . . .	21
WHA30.44	Législation sanitaire . . . . .	25

**Résolutions concernant le budget programme***Principes directeurs*

WHA30.30	Principes directeurs du budget programme . . . . .	14
----------	--	----

*Mode de présentation et procédure d'examen*

WHA30.20	Budget programme biennal: Introduction du cycle budgétaire biennal . . . . .	9
WHA30.23	Elaboration des budgets programmes et gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays . . . . .	11

*Examen et approbation*

WHA30.31	Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice financier 1978 . . . . .	15
----------	--	----

**Résolutions concernant l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif**

WHA30.1	Amendement au Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé: Augmentation du nombre des membres du Bureau de l'Assemblée . . . . .	1
WHA30.22	Budget programme biennal: Amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé . . . . .	10
WHA30.50	Méthode de travail de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif . . . . .	30

**Résolutions concernant les questions régionales***Délimitation des Régions et rattachement aux Régions*

WHA30.35	Rattachement de l'Ethiopie à la Région africaine . . . . .	19
----------	--	----

*Régions*

WHA30.7	Extension par étapes de l'utilisation de la langue allemande au Bureau régional de l'Europe . . . . .	3
---------	---	---

**Résolutions concernant les questions financières et administratives***Questions financières**Règlement financier et Règles de Gestion financière*

WHA30.21	Budget programme biennal: Amendements au Règlement financier . . . . .	10
----------	--	----

*Contributions*

WHA30.4	Etat du recouvrement des contributions annuelles et des avances au fonds de roulement . . . . .	2
WHA30.5	Mode d'établissement du barème des contributions de l'OMS . . . . .	2
WHA30.6	Contributions des Comores, du Cap-Vert, du Mozambique, de Sao Tomé-et-Principe, du Surinam et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée . . . . .	2
WHA30.12	Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure pouvant donner lieu à l'application de l'article 7 de la Constitution . . . . .	5
WHA30.13	Contribution de la République socialiste du Viet Nam . . . . .	5
WHA30.14	Barème des contributions pour 1978 . . . . .	6
WHA30.29	Contribution de la Namibie . . . . .	14

*Comptes de l'OMS et vérification extérieure des comptes*

WHA30.3	Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour l'exercice 1976 et Rapport du Commissaire aux Comptes . . . . .	1
WHA30.15	Nomination du Commissaire aux Comptes . . . . .	8

*Voyages*

WHA30.10	Remboursement des frais de voyage et versement d'indemnités journalières aux membres du Conseil exécutif . . . . .	4
WHA30.11	Remboursement des frais afférents aux voyages effectués pour participer à l'Assemblée de la Santé . . . . .	4

*Questions relatives au personnel*

WHA30.8	Traitements et indemnités pour les postes non classés . . . . .	3
WHA30.9	Amendement au contrat du Directeur général . . . . .	4

*Etudes organiques*

WHA30.16	Etude organique sur le rôle de l'OMS au niveau des pays, et en particulier le rôle des représentants de l'OMS . . . . .	8
WHA30.17	Prochaine étude organique du Conseil exécutif . . . . .	8

**Résolutions concernant la coordination avec d'autres organisations***Système des Nations Unies*

WHA30.26	Assistance sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées de Chypre . . . . .	13
WHA30.28	Maintien en fonction du Corps commun d'inspection . . . . .	14
WHA30.34	Coordination à l'intérieur du système des Nations Unies: Questions générales . . . . .	18
WHA30.37	Aide sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées dans le Moyen-Orient . . . . .	20

**Résolutions concernant d'autres questions***Droit médical et déontologie*

WHA30.32	Elaboration de codes d'éthique médicale . . . . .	16
----------	---	----

*Commémorations*

WHA30.2	Soixante-quinzième anniversaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé . . . . .	1
---------	---	---

**Décisions**

i)	Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs . . . . .	35
ii)	Composition de la Commission des Désignations . . . . .	35
iii)	Vérification des pouvoirs . . . . .	35
iv)	Election du président et des vice-présidents de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé . . . . .	35
v)	Election du bureau des commissions principales . . . . .	36
vi)	Constitution du Bureau de l'Assemblée . . . . .	36
vii)	Adoption de l'ordre du jour . . . . .	36
viii)	Rapport annuel du Directeur général pour 1976 . . . . .	36
ix)	Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif . . . . .	36
x)	Attribution de la Médaille et du Prix de la Fondation Léon Bernard . . . . .	37
xi)	Attribution de la Médaille et du Prix de la Fondation D <sup>r</sup> A. T. Shousha . . . . .	37
xii)	Rapport annuel du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies pour 1975. . . . .	37
xiii)	Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS . . . . .	37
xiv)	Rapports du Conseil exécutif sur ses cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions . . . . .	37
xv)	Choix du pays où se tiendra la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé . . . . .	37
xvi)	Date et durée des sessions de l'Assemblée de la Santé . . . . .	38

**ANNEXES**

1.	Dix-neuvième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles . . . . .	41
2.	Comité spécial du Conseil exécutif chargé d'examiner le Rapport financier et le Rapport du Commissaire aux Comptes sur les comptes de l'Organisation:	
1.	Premier rapport — Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour l'exercice 1976 et Rapport du Commissaire aux Comptes . . . . .	70
2.	Deuxième rapport — Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure pouvant donner lieu à l'application de l'article 7 de la Constitution . . . . .	71
3.	Troisième rapport — Ajustements au projet de budget programme pour 1978 . . . . .	75
3.	Budget programme biennal: Introduction du cycle budgétaire biennal . . . . .	77
	<i>Index des résolutions et décisions</i> . . . . .	89

## RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

### **WHA30.1 Amendement au Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé : Augmentation du nombre des membres du Bureau de l'Assemblée**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

DÉCIDE d'amender l'article 31 du Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé en remplaçant dans la première phrase le mot « vingt-deux » par le mot « vingt-quatre ».

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 4.1.3

*Première séance plénière, 2 mai 1977*

### **WHA30.2 Soixante-quinzième anniversaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Considérant que le 2 décembre 1977 marquera le soixante-quinzième anniversaire de la fondation de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui est l'organisation intergouvernementale de santé publique la plus ancienne du monde;

Considérant que l'Organisation panaméricaine de la Santé fait fonction d'organisation régionale de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques;

Eu égard à la résolution XXX de la XXIV<sup>e</sup> réunion du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé/vingt-huitième session du Comité régional OMS des Amériques;

DÉCIDE:

- 1) de féliciter tous les gouvernements des Etats Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé à l'occasion du soixante-quinzième anniversaire de cette organisation;
- 2) de féliciter, à cette occasion, l'Organisation panaméricaine de la Santé pour tout ce qu'elle a accompli en tant qu'élément de l'Organisation mondiale de la Santé;
- 3) d'inviter instamment les gouvernements des Etats Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation mondiale de la Santé à célébrer cet événement marquant dans la vie de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 9.3

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977*

### **WHA30.3 Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour l'exercice 1976 et Rapport du Commissaire aux Comptes**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le Rapport financier du Directeur général pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1976 et le Rapport du Commissaire aux Comptes pour le même exercice, tels qu'ils figurent dans les *Actes officiels* N<sup>o</sup> 237;

Ayant pris connaissance du rapport établi par le Comité spécial du Conseil exécutif<sup>1</sup> après l'examen de ces rapports,

ACCEPTE le Rapport financier du Directeur général et le Rapport du Commissaire aux Comptes pour l'exercice financier 1976.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.11

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

<sup>1</sup> Voir annexe 2, partie 1.

**WHA30.4 Etat du recouvrement des contributions annuelles et des avances au fonds de roulement**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé

1. PREND NOTE de l'état du recouvrement des contributions annuelles et des avances au fonds de roulement à la date du 30 avril 1977, tel qu'il est exposé dans le rapport du Directeur général;

1. APPELLE L'ATTENTION des Membres sur le fait qu'il est important qu'ils versent leurs contributions annuelles le plus tôt possible au cours de l'exercice financier de l'Organisation, afin que le programme approuvé pour l'année puisse être exécuté conformément aux plans;

3. INVITE instamment les Membres redevables d'arriérés de contributions à faire un effort spécial pour les régler en 1977;

4. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution aux Membres redevables d'arriérés en leur signalant que de nouveaux retards pourraient avoir des conséquences financières graves pour l'Organisation.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.2.4

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

**WHA30.5 Mode d'établissement du barème des contributions de l'OMS**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les recommandations du Conseil exécutif <sup>1</sup> concernant le mode d'établissement du barème des contributions de l'OMS;

Rappelant les résolutions WHA8.5, WHA24.12 et WHA26.21;

Prenant note de la résolution 3228 (XXIX) adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa vingt-neuvième session,

DÉCIDE de ne plus appliquer le principe du maximum par habitant aux fins de la formulation et du calcul des quotes-parts, à compter de l'établissement du barème des contributions de l'OMS pour 1978.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.2.1

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

**WHA30.6 Contributions des Comores, du Cap-Vert, du Mozambique, de Sao Tomé-et-Principe, du Surinam et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant que l'Assemblée de la Santé, dans ses résolutions WHA29.6, WHA29.7, WHA28.15, WHA29.8, WHA29.9 et WHA29.10, a fixé un taux provisoire de contribution pour les Comores, le Cap-Vert, le Mozambique, Sao Tomé-et-Principe, le Surinam et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, sous réserve d'ajustement au taux définitif une fois que celui-ci aura été déterminé;

Notant que l'Assemblée générale des Nations Unies, dans sa résolution 31/95, a fixé le taux de contribution de ces six Etats Membres à 0,02 % pour les années 1975, 1976 et 1977;

Rappelant le principe établi par la résolution WHA8.5 et confirmé par la résolution WHA24.12, selon lequel le dernier barème connu de l'Organisation des Nations Unies sert de base pour fixer le barème des contributions applicable par l'OMS;

Rappelant en outre que la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA26.21, a estimé que le barème des contributions de l'OMS devait s'harmoniser aussi étroitement que possible avec celui de l'Organisation des Nations Unies,

<sup>1</sup> Résolution EB59.R18.

DÉCIDE de fixer comme suit le taux de contribution des Comores, du Cap-Vert, du Mozambique, de Sao Tomé-et-Principe, du Surinam et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée:

	1975	1976 et années suivantes
Comores . . . . .	0,02 %	0,02 %
Cap-Vert . . . . .	—	0,02 %
Mozambique . . . . .	0,02 %	0,02 %
Sao Tomé-et-Principe . . . . .	—	0,02 %
Surinam . . . . .	—	0,02 %
Papouasie-Nouvelle-Guinée . . . . .	—	0,02 %

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.2.2.

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

### WHA30.7 Extension par étapes de l'utilisation de la langue allemande au Bureau régional de l'Europe

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA28.36;

Ayant examiné le rapport du Directeur général présentant un plan pour l'extension par étapes de l'utilisation de la langue allemande au Bureau régional de l'Europe, ainsi que la recommandation formulée à ce sujet par le Conseil exécutif,<sup>1</sup>

APPROUVE le plan présenté par le Directeur général.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 5.2.4

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

### WHA30.8 Traitements et indemnités pour les postes non classés

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant note des recommandations du Conseil exécutif<sup>2</sup> relatives à la rémunération du personnel occupant des postes non classés,

1. ENTÉRINE les recommandations du Conseil; et en, conséquence,
2. FIXE à US \$77 100 par an, avant imposition, le traitement afférent au poste de Directeur général adjoint, ce qui porte à US \$44 344 (avec personnes à charge) ou US \$40 220 (sans personnes à charge) le montant du traitement net;
3. FIXE à US \$67 430 par an, avant imposition, le traitement afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional, ce qui porte à US \$40 269 (avec personnes à charge) ou US \$36 661 (sans personnes à charge) le montant du traitement net;
4. NOTE que la révision de ces traitements sera assortie d'une révision appropriée des ajustements de poste applicables;
5. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1977.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.2.4.3

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 238, 1977, Partie I, résolution EB59.R14 et annexe 2.

<sup>2</sup> Résolution EB59.R36.

**WHA30.9 Amendement au contrat du Directeur général**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé

1. AUTORISE le Président de l'Assemblée de la Santé à signer un amendement au contrat du Directeur général fixant le traitement du Directeur général à US \$99 350 par an avant imposition et à US \$53 200 par an net après imposition au taux pour fonctionnaires avec personnes à charge ou US \$48 079 au taux pour fonctionnaires sans personnes à charge;
2. DÉCIDE qu'étant donné la révision du barème des traitements et des classes d'ajustement de poste au 1<sup>er</sup> janvier 1977, l'amendement susvisé prend effet lui aussi à compter de cette date.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.2.10

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

**WHA30.10 Remboursement des frais de voyage et versement d'indemnités journalières aux membres du Conseil exécutif**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant note des discussions qui ont eu lieu au Conseil exécutif, à sa cinquante-neuvième session, en ce qui concerne les voyages des membres du Conseil exécutif et les indemnités journalières de ces derniers;<sup>1</sup>

Rappelant les résolutions WHA22.5 et WHA28.38,

1. DÉCIDE qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1978 les membres du Conseil exécutif seront remboursés de leurs frais de voyage effectifs entre leur lieu normal de résidence et le lieu de réunion du Conseil exécutif ou de ses comités, le montant maximum du remboursement étant limité à une somme équivalant au prix d'un voyage aller-retour en classe économique/touriste par avion entre la capitale de l'Etat Membre et le lieu de réunion, à cette exception près que pour le Président du Conseil exécutif le remboursement des frais de voyage effectifs continuera à se faire sur la base du prix d'un voyage en première classe par avion;
2. DÉCIDE que des indemnités journalières seront versées aux membres du Conseil exécutif non seulement pour la durée de leur participation aux réunions et la durée des voyages nécessaires pour se rendre au lieu de réunion et en revenir, mais encore pour un jour supplémentaire dans le cas des membres qui arriveront au moins un jour franc avant l'ouverture de la réunion et pour deux jours supplémentaires au maximum dans le cas des membres dont le temps de vol par avion régulier jusqu'au lieu de la réunion dépassera huit heures et qui feront un arrêt en cours de voyage ou arriveront au moins deux jours francs avant l'ouverture de la réunion.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.13

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

**WHA30.11 Remboursement des frais afférents aux voyages effectués pour participer à l'Assemblée de la Santé**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant note des discussions qui ont eu lieu au Conseil exécutif, à sa cinquante-neuvième session, en ce qui concerne les frais afférents aux voyages effectués pour participer à l'Assemblée de la Santé;<sup>2</sup>

Rappelant la résolution WHA28.38,

DÉCIDE qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1978 chaque Membre et Membre associé sera remboursé des frais de voyage effectifs d'un seul délégué ou représentant, le montant maximum du remboursement étant limité à une somme équivalant au prix d'un voyage aller-retour en classe économique/touriste par avion entre la capitale du Membre et le lieu de la session; cette disposition s'appliquera aux autres représentants ayant droit au remboursement des frais afférents aux voyages effectués pour participer à l'Assemblée de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.13

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, premier rapport)*

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 239, 1977, pp. 102-105 et 145-148.

<sup>2</sup> OMS, Actes officiels, N° 239, 1977, pp. 102-105 et 148-149.

**WHA30.12 Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure pouvant donner lieu à l'application de l'article 7 de la Constitution**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Comité spécial du Conseil exécutif<sup>1</sup> sur les Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure pouvant donner lieu à l'application de l'article 7 de la Constitution;

Ayant noté que la Bolivie, la Grenade, le Kampuchea démocratique, la République Dominicaine et le Tchad sont redevables d'arriérés dans une mesure telle que l'Assemblée doit envisager, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu de suspendre le droit de vote de ces Membres;

Prenant acte des versements actuellement effectués par la Bolivie;

Notant en outre que la Grenade et le Tchad ont effectué des versements en 1976 depuis la dernière Assemblée de la Santé;

Reconnaissant les efforts faits par ces trois pays pour liquider leurs arriérés;

Notant que, depuis août 1975, la République Dominicaine n'a effectué aucun versement à l'Organisation en vue de régler ses contributions et qu'elle est, par conséquent, redevable d'arriérés pour le solde de sa contribution de 1972 et pour la totalité de ses contributions de 1973 à 1976, ainsi que pour les versements annuels des années 1972 à 1975 relatifs aux arriérés de contributions accumulés pendant la période 1965 à 1970,

1. DÉCIDE de ne pas suspendre le droit de vote de la Bolivie, de la Grenade, du Kampuchea démocratique et du Tchad à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé;
2. DEMANDE instamment à tous ces Membres d'intensifier les efforts qu'ils font actuellement pour régulariser leur situation le plus rapidement possible;
3. DÉCIDE de suspendre le droit de vote de la République Dominicaine à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé;
4. DEMANDE instamment à la République Dominicaine de régulariser au plus vite sa situation et d'appliquer les dispositions concernant le règlement de ses arriérés qui ont été acceptées par la Vingt-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, afin de reprendre sa participation pleine et entière aux travaux de l'Assemblée de la Santé;
5. PRIE le Directeur général de communiquer cette résolution aux Membres intéressés.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.2.4

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, deuxième rapport)*

**WHA30.13 Contribution de la République socialiste du Viet Nam**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant que la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA28.14, a décidé que la contribution de la République démocratique du Viet Nam serait provisoirement calculée au taux de 0,02 % pour 1975 et les années suivantes, sous réserve d'ajustement au taux définitif qui serait fixé ultérieurement;

Rappelant en outre que la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA29.12, a ramené le taux de contribution de la République du Sud Viet Nam pour les années 1975, 1976 et 1977 à 0,02 %, en attendant que le Comité des Contributions des Nations Unies ait réexaminé la quote-part de ce pays;

Ayant pris acte de l'unification de la République démocratique du Viet Nam et de la République du Sud Viet Nam le 2 juillet 1976 pour former la République socialiste du Viet Nam;

<sup>1</sup> Voir annexe 2, partie 2.

Notant que le Comité des Contributions des Nations Unies se propose de recommander à l'Assemblée générale des Nations Unies de fixer le taux de contribution de la République socialiste du Viet Nam pour 1976, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1976, à la moitié de 0,02 %, et pour 1977 et 1978 à 0,03 %;

Ayant examiné la proposition de la République socialiste du Viet Nam tendant à ce que sa quote-part soit fixée au taux minimal, eu égard à la situation particulièrement difficile de ce pays,

DÉCIDE:

- 1) que la contribution de la République socialiste du Viet Nam est fixée provisoirement pour 1976, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1976, au taux de la moitié de 0,02 %;
- 2) que le taux de contribution de la République socialiste du Viet Nam est fixé provisoirement à 0,03 % pour 1977 et 1978;
- 3) que la contribution de la République socialiste du Viet Nam sera calculée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1976 et pour les années suivantes à un taux qui sera fixé par l'Assemblée de la Santé lorsque le taux de contribution pour ce pays aura été établi par l'Organisation des Nations Unies, les taux provisoires ci-dessus devant alors être ajustés;
- 4) qu'en conséquence les montants suivants seront déduits des contributions provisoirement fixées pour la République démocratique du Viet Nam et la République du Sud Viet Nam pour les années 1976 et 1977:

	US \$
pour 1976 . . . . .	13 695
pour 1977 . . . . .	14 640
	28 335

- 5) de prélever sur les recettes occasionnelles disponibles la somme de US \$28 335 nécessaire pour opérer ces ajustements.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.2.2

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977  
(Commission B, deuxième rapport)*

### WHA30.14 Barème des contributions pour 1978

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé

1. DÉCIDE que, sous réserve des dispositions du paragraphe 2 ci-dessous, le barème des contributions pour 1978 sera le suivant:

Membres	Barème (pourcentage)	Membres	Barème (pourcentage)
Afghanistan . . . . .	0,02	Bulgarie . . . . .	0,13
Afrique du Sud . . . . .	0,40	Burundi . . . . .	0,02
Albanie . . . . .	0,02	Canada . . . . .	2,87
Algérie . . . . .	0,10	Cap-Vert . . . . .	0,02
Allemagne, République fédérale d' . . . . .	7,52	Chili . . . . .	0,09
Angola . . . . .	0,02	Chine . . . . .	5,37
Arabie Saoudite . . . . .	0,24	Chypre . . . . .	0,02
Argentine . . . . .	0,81	Colombie . . . . .	0,11
Australie . . . . .	1,48	Comores . . . . .	0,02
Autriche . . . . .	0,61	Congo . . . . .	0,02
Bahamas . . . . .	0,02	Costa Rica . . . . .	0,02
Bahreïn . . . . .	0,02	Côte d'Ivoire . . . . .	0,02
Bangladesh . . . . .	0,04	Cuba . . . . .	0,13
Barbade . . . . .	0,02	Danemark . . . . .	0,61
Belgique . . . . .	1,03	Egypte . . . . .	0,08
Bénin . . . . .	0,02	El Salvador . . . . .	0,02
Birmanie . . . . .	0,02	Emirats arabes unis . . . . .	0,08
Bolivie . . . . .	0,02	Empire Centrafricain . . . . .	0,02
Botswana . . . . .	0,02	Equateur . . . . .	0,02
Bésil . . . . .	1,02	Espagne . . . . .	1,52

Membres	Barème (pourcentage)	Membres	Barème (pourcentage)
Etats-Unis d'Amérique	25,00	Oman	0,02
Ethiopie	0,02	Ouganda	0,02
Fidji	0,02	Pakistan	0,06
Finlande	0,41	Panama	0,02
France	5,53	Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,02
Gabon	0,02	Paraguay	0,02
Gambie	0,02	Pays-Bas	1,33
Ghana	0,02	Pérou	0,06
Grèce	0,38	Philippines	0,10
Grenade	0,02	Pologne	1,40
Guatemala	0,02	Portugal	0,20
Guinée	0,02	Qatar	0,02
Guinée-Bissau	0,02	République Arabe Syrienne	0,02
Guyane	0,02	République de Corée	0,13
Haïti	0,02	République Démocratique Allemande	1,31
Haute-Volta	0,02	République démocratique populaire lao	0,02
Honduras	0,02	République Dominicaine	0,02
Hongrie	0,34	République populaire démocratique de Corée	0,05
Inde	0,70	République socialiste du Viet Nam	0,03
Indonésie	0,14	République socialiste soviétique de Biélorussie	0,40
Irak	0,10	République socialiste soviétique d'Ukraine	1,50
Iran	0,43	République-Unie de Tanzanie	0,02
Irlande	0,14	République-Unie du Cameroun	0,02
Islande	0,02	Rhodésie du Sud	0,01
Israël	0,23	Roumanie	0,26
Italie	3,21	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	4,44
Jamahiriya Arabe Libyenne	0,17	Rwanda	0,02
Jamaïque	0,02	Samoa	0,02
Japon	8,49	Sao Tomé-et-Principe	0,02
Jordanie	0,02	Sénégal	0,02
Kampuchea démocratique	0,02	Sierra Leone	0,02
Kenya	0,02	Singapour	0,08
Koweït	0,16	Somalie	0,02
Lesotho	0,02	Souaziland	0,02
Liban	0,03	Soudan	0,02
Libéria	0,02	Sri Lanka	0,02
Luxembourg	0,04	Suède	1,16
Madagascar	0,02	Suisse	0,94
Malaisie	0,09	Surinam	0,02
Malawi	0,02	Tchad	0,02
Maldives	0,02	Tchécoslovaquie	0,85
Mali	0,02	Thaïlande	0,10
Malte	0,02	Togo	0,02
Maroc	0,05	Tonga	0,02
Maurice	0,02	Trinité-et-Tobago	0,02
Mauritanie	0,02	Tunisie	0,02
Mexique	0,76	Turquie	0,30
Monaco	0,02	Union des Républiques socialistes soviétiques	11,33
Mongolie	0,02	Uruguay	0,04
Mozambique	0,02	Venezuela	0,40
Namibie	0,01	Yémen	0,02
Népal	0,02	Yémen démocratique	0,02
Nicaragua	0,02	Yougoslavie	0,38
Niger	0,02	Zaire	0,02
Nigéria	0,13	Zambie	0,02
Norvège	0,42		
Nouvelle-Zélande	0,28		

2. PRIE le Directeur général, au cas où la présente Assemblée de la Santé fixerait, à titre provisoire ou définitif, des contributions pour de nouveaux Membres, d'ajuster le barème figurant au paragraphe 1.

**WHA30.15 Nomination du Commissaire aux Comptes**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé

1. DÉCIDE de nommer M. Sven-Ivar Ivarsson Commissaire aux Comptes de l'Organisation mondiale de la Santé pour les deux exercices 1978 et 1979. Il devra effectuer ses vérifications de comptes conformément aux principes énoncés à l'article XII du Règlement financier. S'il y a lieu, il pourra désigner un représentant chargé de le suppléer en son absence;
2. EXPRIME sa gratitude à M. Lindmark pour les services qu'il a rendus à l'Organisation durant les années au cours desquelles il en a été le Commissaire aux Comptes.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.11.

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977  
(Commission B, troisième rapport)*

**WHA30.16 Etude organique sur le rôle de l'OMS au niveau des pays, et en particulier le rôle des représentants de l'OMS**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA29.33;

Ayant examiné la recommandation formulée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB59.R33,

1. DÉCIDE que l'étude sur le rôle de l'OMS au niveau des pays, et en particulier le rôle des représentants de l'OMS, doit se poursuivre pendant une année encore;
2. PRIE le Conseil exécutif de faire rapport sur son étude à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.4

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977  
(Commission B, troisième rapport)*

**WHA30.17 Prochaine étude organique du Conseil exécutif**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la recommandation formulée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB59.R34 concernant le sujet de la prochaine étude organique,

1. DÉCIDE que le sujet de la prochaine étude sera « le rôle des tableaux et comités d'experts et des centres collaborateurs de l'OMS dans la satisfaction des besoins de l'OMS en avis autorisés, ainsi que dans la réalisation des activités techniques de l'Organisation »;
2. PRIE le Conseil exécutif de faire rapport sur cette étude à la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.4.

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977  
(Commission B, troisième rapport)*

**WHA30.18 Décisions en rapport avec les conventions internationales sur les stupéfiants: Application de la Convention sur les substances psychotropes — fonctions et responsabilités de l'OMS**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général relatif à l'application de la Convention sur les substances psychotropes;

Tenant compte de la résolution 4 (XXVII) et de la décision 6 (XXVII) de la Commission des Stupéfiants approuvées par le Conseil économique et social;

Prenant acte des résolutions WHA7.6 et WHA18.46;

Prenant acte en particulier de l'article 2 de la Convention;

Considérant que l'OMS a l'obligation de partager pleinement la responsabilité de la bonne application de la Convention sur les substances psychotropes,

1. PRIE le Directeur général d'adresser au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et à la Commission des Stupéfiants les notifications et évaluations que l'OMS est appelée à faire aux termes de la Convention sur les substances psychotropes;
2. INVITE instamment les Etats Membres qui ne sont pas encore parties à la Convention sur les substances psychotropes à prendre les mesures nécessaires pour y adhérer.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.9.5.2

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977  
(Commission B, troisième rapport)*

#### **WHA30.19 Dix-neuvième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le dix-neuvième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles,<sup>1</sup>

1. REMERCIE les membres du Comité du travail qu'ils ont accompli;
2. APPROUVE les recommandations contenues dans le dix-neuvième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles et les vues qui y sont exprimées.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.8.1.2

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977  
(Commission B, troisième rapport)*

#### **WHA30.20 Budget programme biennal : Introduction du cycle budgétaire biennal**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'introduction du cycle budgétaire biennal<sup>2</sup> ainsi que la recommandation formulée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB51.R51 et tendant à instituer aussitôt que possible un système de programme et de budget pour une période biennale;

Notant que les amendements nécessaires des articles 34 et 55 de la Constitution, qui ont été adoptés par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA26.37, sont entrés en vigueur le 3 février 1977, à la suite de leur acceptation par les deux tiers des Etats Membres;

Confirmant qu'il est souhaitable d'instituer un cycle budgétaire biennal faisant partie intégrante de la programmation biennale à l'OMS;

Considérant que la première période biennale à laquelle un budget biennal pourrait s'appliquer est la période 1980-1981, et que jusqu'à ladite période les mesures transitoires instituées par la résolution WHA26.38 devraient rester en vigueur,

1. DÉCIDE que le budget programme de l'OMS couvrira une période de deux ans à partir de la période biennale 1980-1981 et sera examiné et approuvé par l'Assemblée de la Santé tous les deux ans;

<sup>1</sup> Voir annexe 1.

<sup>2</sup> Voir annexe 3.

2. DÉCIDE que toutes les résolutions et décisions antérieures de l'Assemblée de la Santé seront réputées conformes à la présente résolution.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 2.2

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977  
(Commission B, troisième rapport)*

### **WHA30.21 Budget programme biennal : Amendements au Règlement financier**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant la nécessité d'adapter le Règlement financier à la décision prise dans la résolution WHA30.20 d'adopter un cycle budgétaire biennal à l'OMS;

Considérant que les contributions fixées pour les Etats Membres devraient être versées en deux fractions annuelles au début de chaque année de la période biennale;

Considérant en outre que le budget programme devrait contenir des prévisions budgétaires pour l'ensemble de la période biennale et qu'il faudrait préparer des comptes provisoires pour la première année de la période biennale et des comptes définitifs pour l'ensemble de la période biennale;

Ayant examiné les amendements au Règlement financier proposés par le Directeur général,<sup>1</sup>

1. ADOPTE les amendements au Règlement financier qui figurent dans l'appendice au rapport du Directeur général;<sup>2</sup>
2. DÉCIDE que ces amendements entreront en vigueur dans la mesure nécessaire pour l'établissement d'un cycle budgétaire biennal couvrant la période biennale 1980-1981 et entreront complètement en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1980.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.1

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977  
(Commission B, troisième rapport)*

### **WHA30.22 Budget programme biennal : Amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant la nécessité d'adapter le Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé à la décision prise dans la résolution WHA30.20 d'adopter un cycle budgétaire biennal à l'OMS,

ADOPTE les additions et amendements suivants au Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé:

*Note introductive*: insérer: « Période financière — période composée de deux années civiles consécutives et commençant par une année paire »;

*Article 5, paragraphe c)*: supprimer ce paragraphe et le remplacer par:

« toutes questions relatives au budget de la période financière suivante et aux rapports sur les comptes de l'année ou de la période précédente »;

*Article 97*: à la première ligne, supprimer les mots « à chaque session ordinaire »;

au paragraphe a), remplacer « l'exercice financier suivant » par « la période financière suivante »;

au paragraphe b), remplacer « l'exercice » par « la période »;

au paragraphe c), remplacer « le rapport du Commissaire aux Comptes » par « les rapports du Commissaire aux Comptes »; supprimer le mot « annuels »; remplacer « exercice précédent » par « année ou période précédente ».

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 4.1.3

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977  
(Commission B, troisième rapport)*

<sup>1</sup> Voir annexe 3, appendice 1.

<sup>2</sup> A l'exception de celui qu'il était proposé d'apporter au paragraphe 9.2.

**WHA30.23    Elaboration des budgets programmes et gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA25.23, par laquelle a été adopté à l'OMS un mode de présentation des budgets programmes inspiré des principes d'une approche orientée vers les programmes pour la planification, la budgétisation et la gestion;

Reconnaissant qu'il est souhaitable d'étendre l'application des principes de la budgétisation par programme à la planification, à l'élaboration et à la présentation des programmes de coopération technique avec les gouvernements ainsi qu'à la gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays;

Soulignant la nécessité d'une étroite collaboration entre l'OMS et les Etats Membres pour la mise au point de programmes de santé bien définis au niveau des pays, dans le cadre desquels on puisse ensuite, compte tenu des objectifs programmatiques d'ensemble et en complète harmonie avec les processus nationaux de programmation sanitaire, procéder à la planification détaillée et à l'exécution de projets et activités particuliers;

Reconnaissant l'importance d'une planification, d'une exécution, d'une procédure de rapports, d'une comptabilité et d'une évaluation efficaces pour les projets individuels qui constituent la base des programmes de l'OMS, conformément aux principes régissant la budgétisation par programme;

Reconnaissant également qu'il est difficile de préparer à l'avance une liste exacte et réaliste des projets soutenus par l'Organisation au cours du cycle budgétaire biennal qui soit prête au moment où le budget programme correspondant est approuvé;

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'élaboration des budgets programmes et la gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays ainsi que les résolutions pertinentes des comités régionaux et les recommandations du Conseil exécutif à ce sujet,<sup>1</sup>

1. ADOPTE les procédures d'élaboration des budgets programmes et le mode de présentation du budget dont les grandes lignes sont indiquées dans le rapport comme suit:

1) aux premiers stades du processus d'établissement d'un budget programme, l'OMS et les autorités nationales s'emploieront en collaboration à identifier et planifier des programmes prioritaires de coopération visant à la réalisation des objectifs sanitaires définis dans les programmes de santé nationaux et faisant l'objet d'un programme général plutôt que de projets particuliers ou de prévisions détaillées d'activités;

2) les propositions concernant les programmes de coopération technique seront présentées dans les budgets programmes régionaux sous la forme d'exposés descriptifs des programmes de pays, assortis de tableaux budgétaires dans lesquels les chiffres de planification par pays seront ventilés par programme de manière à faciliter à chaque comité régional un examen axé sur les programmes; ces informations relatives aux programmes de pays ne seront plus reproduites dans une annexe explicative du projet de budget programme présenté par le Directeur général, étant entendu toutefois que la documentation régionale considérée sera à la disposition des délégués à l'Assemblée de la Santé et des membres du Conseil pour l'examen et l'approbation du budget programme de l'OMS;

3) des plans détaillés de travail ou d'opérations, ainsi que des prévisions budgétaires intéressant les projets et activités particuliers envisagés au titre des programmes sanitaires définis, seront établis à un stade ultérieur, plus près de l'exécution des programmes à l'échelon des pays et dans le cadre de leur mise en œuvre;

4) des renseignements adéquats sur la mise en œuvre et l'achèvement des programmes et des projets, ainsi que sur leur avancement, leur rendement et leur efficacité, seront mis à la disposition des délégués à l'Assemblée de la Santé et des membres du Conseil dans le contexte du système d'évaluation que l'OMS s'efforce progressivement de mettre au point;

2. PRIE le Directeur général de mettre la nouvelle procédure d'élaboration des budgets programmes en application lors du prochain cycle budgétaire et d'utiliser le mode correspondant de présentation du budget pour le projet de budget programme concernant 1980 et 1981.

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 238, 1977, Partie I, résolution EB59.R50 et annexe 7.

**WHA30.24 Assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et aux Etats en voie d'y accéder en Afrique**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports que le Directeur général a présentés conformément aux résolutions WHA29.23 et EB59.R40 sur l'assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et aux Etats en voie d'y accéder en Afrique;

Tenant compte des mesures demandées dans la résolution WHA29.23,

1. PREND NOTE avec satisfaction des efforts concertés déployés par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, le Programme des Nations Unies pour le Développement, le Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les secours en cas de catastrophe, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et l'OMS pour fournir une assistance à ces Etats;
2. APPROUVE les dispositions prises pour appliquer des mesures souples en vue de répondre aux besoins des pays concernés;
3. PRIE le Directeur général de poursuivre et d'intensifier l'assistance sanitaire aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et aux Etats en voie d'y accéder en Afrique, ainsi qu'aux mouvements de libération nationale reconnus par l'Organisation de l'Unité africaine, et de faire rapport à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé sur cette assistance.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.4.1

*Douzième séance plénière, 16 mai 1977  
(Commission B, quatrième rapport)*

**WHA30.25 Assistance spéciale au Kampuchea démocratique, à la République démocratique populaire lao et à la République socialiste du Viet Nam**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général présenté conformément à la résolution WHA29.24 sur l'assistance au Kampuchea démocratique, à la République démocratique populaire lao et à la République socialiste du Viet Nam;

Tenant compte des mesures demandées dans les résolutions WHA29.24 et EB59.R41,

1. PREND NOTE avec satisfaction des efforts concertés qui ont été déployés, conjointement avec d'autres institutions intéressées, pour fournir une assistance à ces Etats;
2. SE FÉLICITE des initiatives du Directeur général, qui ont permis d'obtenir des contributions financières, en particulier pour la République socialiste du Viet Nam;
3. REMERCIE de leurs dons généreux les Etats Membres et les organisations qui ont apporté une contribution au programme d'assistance spéciale;
4. DEMANDE instamment aux Etats Membres qui n'y ont pas encore participé d'appuyer les programmes élaborés pour faire face aux besoins particuliers de la République démocratique populaire lao et de la République socialiste du Viet Nam;
5. PRIE le Directeur général:
  - 1) de poursuivre et d'intensifier ses efforts en vue d'obtenir le maximum de fonds possible en faveur des trois pays concernés;
  - 2) de continuer à œuvrer en faveur de ces pays et de coopérer avec eux en vue de faire face à leurs multiples besoins dans le secteur sanitaire, et notamment d'aider à la reconstitution des services de santé de la République socialiste du Viet Nam, en collaboration avec le Coordonnateur de l'assistance pour le relèvement du Viet Nam.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.4.1

*Douzième séance plénière, 16 mai 1977  
(Commission B, quatrième rapport)*

**WHA30.26 Assistance sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées de Chypre**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Consciente du principe selon lequel la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix et de la sécurité;

Rappelant les résolutions WHA28.47 et WHA29.44;

Notant toutes les résolutions pertinentes adoptées sur Chypre par l'Assemblée générale des Nations Unies et le Conseil de Sécurité;

Considérant que la persistance des problèmes de santé relatifs aux réfugiés et aux personnes déplacées de Chypre appelle une extension de l'aide fournie à cet égard,

1. **PREND NOTE** avec satisfaction des renseignements donnés par le Directeur général sur l'aide sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées de Chypre;
2. **REMERCIÉ** le Coordonnateur de l'assistance humanitaire des Nations Unies à Chypre de tous les efforts qu'il déploie afin de réunir les fonds nécessaires à l'action menée par l'Organisation pour répondre aux besoins sanitaires de la population de Chypre;
3. **PRIE** le Directeur général de maintenir et d'intensifier l'assistance sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées de Chypre, en plus de toute aide obtenue dans le cadre des efforts du Coordonnateur de l'assistance humanitaire des Nations Unies à Chypre, et de faire rapport sur ladite assistance à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 8.1.4.4

*Douzième séance plénière, 16 mai 1977  
(Commission B, quatrième rapport)*

**WHA30.27 Assistance médico-sanitaire au Liban**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Consciente du principe que la santé de tous les peuples est une condition essentielle pour le maintien de la paix et de la sécurité;

Rappelant la résolution WHA29.40;

Considérant que la tragédie du Liban a laissé des milliers de blessés, de mutilés et de handicapés et a causé des dommages importants aux établissements et installations médico-sanitaires des zones urbaines et rurales,

1. **PREND NOTE** avec satisfaction des informations données par le Directeur général au sujet de l'assistance médico-sanitaire déjà fournie aux catégories de victimes susmentionnées;
2. **EXPRIME** sa gratitude au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et aux Etats Membres qui ont généreusement répondu à l'appel lancé par lui, contribuant ainsi à atténuer les conséquences pénibles du conflit au Liban;
3. **REMERCIÉ** le Comité international de la Croix-Rouge, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance d'avoir aidé l'OMS à s'acquitter des responsabilités qui lui incombent en matière d'assistance médico-sanitaire au Liban; et
4. **PRIE** le Directeur général de poursuivre et d'intensifier l'assistance médico-sanitaire de l'Organisation au Liban, en allouant à cette fin et dans toute la mesure possible des crédits provenant du budget ordinaire et des autres ressources financières de l'OMS, en plus des sommes qui pourraient être reçues du Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour le Liban, et de faire rapport sur cette assistance à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.4.2

*Douzième séance plénière, 16 mai 1977  
(Commission B, quatrième rapport)*

**WHA30.28     Maintien en fonction du Corps commun d'inspection**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la partie II de la résolution WHA20.22 par laquelle il a été décidé que l'Organisation mondiale de la Santé participerait au Corps commun d'inspection, et les résolutions WHA24.53 et WHA26.50 qui prolongeaient la participation de l'Organisation au Corps commun d'inspection jusqu'au 31 décembre 1977;

Notant que l'Assemblée générale des Nations Unies a décidé par sa résolution 31/192 d'approuver le Statut du Corps commun d'inspection<sup>1</sup> qui doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1978 et a invité les autres organisations participantes du système des Nations Unies à faire de même,

1. DÉCIDE d'accepter le Statut du Corps commun d'inspection;
2. PRIE le Directeur général de notifier cette acceptation au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 8.1.2.2

*Douzième séance plénière, 16 mai 1977  
(Commission B, quatrième rapport)*

**WHA30.29     Contribution de la Namibie**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la recommandation du Conseil exécutif relative à la contribution de la Namibie,<sup>2</sup>

1. DÉCIDE d'exempter la Namibie du paiement des contributions fixées en ce qui la concerne pour les exercices 1978 et suivants, jusqu'à l'année où la Namibie deviendra Membre de plein exercice de l'Organisation mondiale de la Santé;
2. AUTORISE le Directeur général à prélever sur les recettes occasionnelles disponibles les montants correspondant à ces contributions.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 7.1.2.2

*Douzième séance plénière, 16 mai 1977  
(Commission B, quatrième rapport)*

**WHA30.30     Principes directeurs du budget programme**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA28.75 et WHA28.76 sur la coopération technique avec les pays en voie de développement et, plus particulièrement, la résolution WHA29.48 dans laquelle le Directeur général est prié de réorienter l'activité de l'Organisation en vue de faire en sorte que les affectations de crédits du budget programme ordinaire pour la coopération technique et la prestation de services représentent en 1980 au moins 60% du total en termes réels;

Insistant sur l'importance capitale que présentent, pour la réalisation des objectifs ultimes de l'OMS en matière de santé, des programmes de coopération technique socialement pertinents — visant des buts sanitaires nationaux bien définis — qui concourent à promouvoir l'autoresponsabilité nationale et contribuent directement et notablement à l'amélioration de l'état de santé des populations desservies;

Soulignant la nécessité pour les Etats Membres de collaborer en vue d'accroître l'efficacité de la coopération technique et de mieux utiliser l'OMS;

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la politique et la stratégie de développement de la coopération technique<sup>3</sup> ainsi que les recommandations y relatives du Conseil exécutif,<sup>4</sup> et ayant étudié en particulier les tendances nouvelles dans l'élaboration et l'exécution du programme à l'OMS, la réorientation proposée du budget programme pour 1978-1979 et les implications pour 1980-1981 et les années suivantes;

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 238, 1977, Partie I, annexe 5.

<sup>2</sup> Résolution EB59.R44.

<sup>3</sup> OMS, Actes officiels, N° 238, 1977, Partie II, appendice 1, annexe I (p. 189).

<sup>4</sup> OMS, Actes officiels, N° 238, 1977, Partie II, chapitre I (p. 118), et résolution EB59.R9.

Notant qu'on procède à une réduction progressive du nombre des postes et de certaines dépenses de personnel et autres, notamment en mettant fin aux projets qui ont porté tous leurs fruits, afin de dégager des ressources appréciables pour l'exécution de programmes nouveaux ou élargis de coopération technique au cours de la période 1978-1981,

1. APPROUVE la stratégie proposée par le Directeur général en matière de budget programme pour renforcer le rôle de coordination de l'OMS et, dans le cadre de cette approche, pour réorienter l'activité de l'Organisation dans l'intérêt de l'accroissement et de l'efficacité de la coopération technique avec les gouvernements ainsi que des services qui leur sont assurés;
2. AFFIRME que la stratégie proposée fournit une base pour appliquer pleinement les directives énoncées dans les résolutions WHA28.75, WHA28.76 et WHA29.48 concernant les principes directeurs du budget programme;
3. PRIE le Conseil exécutif de continuer, lors de ses futurs examens des budgets programmes, à prêter une attention particulière à la réorientation des principes directeurs du budget programme qui est nécessaire pour donner pleinement effet aux résolutions WHA28.75, WHA28.76 et WHA29.48;
4. PRIE le Directeur général de continuer à développer et orienter toutes les activités de l'OMS en vue d'accroître leur pertinence sociale et les avantages qu'en retirent les populations desservies;
5. ENGAGE vivement les Etats Membres à collaborer et à utiliser pleinement leur organisation pour promouvoir l'accroissement et l'efficacité de la coopération technique dans l'action internationale de santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 2.1.1

*Douzième séance plénière, 16 mai 1977  
(Commission A, premier rapport)*

#### WHA30.31 Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice financier 1978<sup>1</sup>

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé

DÉCIDE d'ouvrir, pour l'exercice financier 1978, un crédit de US \$187 215 110 se répartissant comme suit:

A.

Section	Affectation des crédits	Montant US \$
1.	Organes délibérants . . . . .	3 056 900
2.	Direction générale, coordination et développement . . . . .	17 118 285
3.	Développement de services de santé complets . . . . .	24 527 839
4.	Développement des personnels de santé . . . . .	20 873 990
5.	Lutte contre la maladie . . . . .	36 235 524
6.	Promotion de la salubrité de l'environnement . . . . .	8 165 580
7.	Information et documentation . . . . .	15 987 400
8.	Programmes généraux de soutien . . . . .	20 800 800
9.	Programmes régionaux de soutien . . . . .	18 233 682
	<b>Budget effectif</b>	<b>165 000 000</b>
10.	Virement au fonds de péréquation des impôts . . . . .	18 445 900
11.	Réserve non répartie . . . . .	3 769 210
	<b>Total</b>	<b>187 215 110</b>

B. Conformément aux dispositions du Règlement financier, des montants ne dépassant pas les crédits votés au paragraphe A de la présente résolution seront disponibles pour faire face aux obligations contractées pendant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 1978. Nonobstant les dispositions du présent paragraphe, le Directeur général limitera les obligations à assumer pendant l'exercice financier 1978 aux sections 1 à 10.

C. Nonobstant les dispositions du paragraphe 4.5 du Règlement financier, le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre les sections qui constituent le budget effectif jusqu'à concurrence d'un montant

<sup>1</sup> Voir annexe 2, partie 3.

ne dépassant pas 10% du crédit ouvert à la section qui subit le prélèvement, ce pourcentage étant calculé, dans le cas de la section 2, sans tenir compte des crédits prévus au titre du programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement (US \$8 516 000). Le Directeur général est autorisé en outre à affecter aux sections du budget effectif sur lesquelles les dépenses doivent être imputées des montants ne dépassant pas les crédits prévus au titre du programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement. Au-delà des montants susmentionnés, les virements qui seraient nécessaires peuvent être opérés conformément aux dispositions du paragraphe 4.5 du Règlement financier. Tous les virements opérés entre sections feront l'objet d'un rapport au Conseil exécutif à sa session suivante.

D. Les crédits votés au paragraphe A seront fournis par les contributions des Membres, après déduction:

i) du montant estimatif à recevoir à titre de remboursement des dépenses de soutien des projets pour des activités financées au moyen de fonds extrabudgétaires, soit . . .	US \$2 600 000
ii) de recettes occasionnelles à concurrence de . . . . .	US \$3 000 000
	<u>Total</u> US \$5 600 000

Le montant total des contributions à la charge des Membres s'élève donc à US \$181 615 110. Pour le calcul des sommes effectivement dues, le montant du crédit de chaque Membre au fonds de péréquation des impôts viendra en déduction du montant de sa contribution, sous réserve que le crédit d'un Membre qui impose les fonctionnaires de l'OMS sur les émoluments reçus par eux de l'OMS sera réduit du montant estimatif des remboursements que l'Organisation devra faire à ce titre.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 2.3

*Douzième séance plénière, 16 mai 1977  
(Commission A, premier rapport)*

### **WHA30.32      Elaboration de codes d'éthique médicale**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la coordination à l'intérieur du système des Nations Unies en ce qui concerne les questions générales;

Rappelant les invitations que l'Assemblée générale des Nations Unies a adressées à l'OMS dans ses résolutions 3218 (XXIX), 3453 (XXX) et 31/85 au sujet de l'élaboration d'un projet de code d'éthique médicale s'appliquant à la protection des personnes soumises à toute forme de détention ou d'emprisonnement contre la torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants;

Rappelant en outre les résolutions EB55.R64 et EB57.R47 relatives à cette question;

Ayant présent à l'esprit le document préparé par le Directeur général, intitulé « Aspects sanitaires des mauvais traitements inutilement infligés aux prisonniers et détenus », qui a été présenté devant le Cinquième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants ainsi qu'à la trentième session de l'Assemblée générale des Nations Unies;

Considérant que les mesures prises par le Directeur général avec le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) afin que soit entreprise, pour le compte de l'OMS, une étude sur la possibilité d'établir un code d'éthique médicale s'appliquant à la torture répondent d'une manière satisfaisante aux dispositions de la résolution EB57.R47,

PRIE le Directeur général:

- 1) de présenter l'étude actuellement entreprise par le CIOMS, ainsi que ses conclusions, à une session ultérieure du Conseil exécutif afin qu'il les examine avant leur transmission à l'Assemblée générale des Nations Unies;

- 2) de communiquer au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies la présente résolution en lui demandant de la porter à la connaissance de l'Assemblée générale des Nations Unies à sa trente-deuxième session.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 9.2; 8.1.3.5

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, cinquième rapport)*

### **WHA30.33 Conférence des Nations Unies sur l'eau**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la conférence des Nations Unies sur l'eau;

Prenant note des recommandations de cette conférence, notamment en ce qui concerne l'approvisionnement public en eau et la priorité donnée à l'approvisionnement en eau saine et à l'assainissement pour tous d'ici à 1990; des domaines d'action prioritaires dans le cadre du plan d'action formulé par la conférence des Nations Unies sur l'eau; des activités à entreprendre au niveau national et grâce à la coopération internationale; et de la proposition tendant à ce que la décennie 1980-1990 soit désignée comme décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement;

Rappelant les résolutions WHA29.45, WHA29.46 et WHA29.47 qui intéressent directement et indirectement les compétences de l'OMS en ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable en quantité suffisante et l'élimination hygiénique des déchets;

Considérant que les mandats antérieurs de l'Organisation, tels que les a définis récemment la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé dans les résolutions mentionnées plus haut, et les programmes de l'OMS en cours ou prévus dans le domaine de l'approvisionnement public en eau et de l'assainissement permettent à l'Organisation, en utilisant le plus possible les institutions collaboratrices nationales, de jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre des recommandations pertinentes de la conférence des Nations Unies sur l'eau, y compris celle où il est demandé à l'OMS de surveiller les progrès réalisés par les Etats Membres en vue d'assurer pour tous l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement d'ici à 1990, grâce à la coopération technique avec chacun des Etats Membres et en collaboration avec d'autres organisations, institutions et programmes intéressés du système des Nations Unies,

#### **I. DEMANDE instamment aux Etats Membres:**

- 1) d'évaluer de toute urgence l'état de leurs installations et services d'approvisionnement public en eau et d'assainissement, ainsi que leur contrôle;
- 2) de formuler dans le contexte des politiques et plans nationaux de développement d'ici à 1980 des programmes ayant pour objectifs d'améliorer ces installations et services et de les étendre à l'ensemble de la population d'ici à 1990, une attention particulière étant accordée à certains éléments tels que:
  - a) l'élaboration de politiques et plans de développement sectoriels grâce à des études complètes du secteur national de l'approvisionnement en eau,
  - b) la mise au point de méthodes et de matériaux différents de manière à tenir compte le mieux possible des conditions propres à chaque pays,
  - c) l'identification et la préparation de projets d'investissement,
  - d) l'amélioration du fonctionnement et de l'entretien des installations, y compris la surveillance de la qualité de l'eau de boisson,
  - e) l'évaluation des ressources en eau et leur conservation,
  - f) la prévention de la pollution des ressources en eau et de la propagation de la maladie par suite de l'exploitation de ces ressources,
  - g) l'amélioration des effectifs et de la gestion;
- 3) de mettre en œuvre les programmes formulés au cours de la période préparatoire 1977-1980 pendant la décennie 1980-1990, que la conférence des Nations Unies sur l'eau a recommandé de désigner comme décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement;

4) de veiller à ce que la population consomme de l'eau de bonne qualité en inspectant périodiquement les sources d'eau et les installations de traitement et de distribution, en améliorant les programmes d'éducation du public portant sur l'hygiène en matière d'eau et de déchets, et en donnant aux organismes sanitaires un rôle plus important à cet égard;

2. PRIE le Directeur général:

1) de collaborer avec les Etats Membres aux activités susmentionnées, notamment en mettant du personnel spécialisé à la disposition de ceux qui le demandent, des efforts étant déployés dans l'immédiat pour évaluer rapidement les programmes en cours et déterminer dans quelle mesure ils pourraient être utilement élargis en vue d'atteindre les objectifs recommandés par la conférence des Nations Unies sur l'eau;

2) de revoir selon les besoins l'étude actuellement entreprise conformément au paragraphe 5.4) du dispositif de la résolution WHA29.47 en vue de donner suite à la recommandation de la conférence des Nations Unies sur l'eau concernant les plans nationaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement, cette étude représentant une contribution notable aux préparatifs de la décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement qui a été proposée;

3) de veiller à ce que l'OMS participe au maximum à la mise en œuvre du plan d'action formulé par la conférence des Nations Unies sur l'eau et aux activités à entreprendre pendant la décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement qui a été proposée, en collaboration étroite avec les organisations du système des Nations Unies, les autres organismes intergouvernementaux et les organisations non gouvernementales intéressés;

4) de renforcer le cas échéant, en utilisant le plus possible les institutions collaboratrices nationales, l'aptitude de longue date de l'OMS à jouer un rôle de premier plan dans le domaine de l'approvisionnement public en eau et de l'assainissement en coopération avec les autres organisations compétentes du système des Nations Unies;

5) de renforcer la collaboration avec les institutions multilatérales et bilatérales et les autres donateurs en ce qui concerne la mise à la disposition des Etats Membres de ressources pour développer leurs programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement;

6) d'étudier les incidences qui en résulteront pour l'Organisation sur le plan des structures, des effectifs et du budget, ainsi que le rôle qu'elle devrait assumer eu égard aux recommandations de la conférence des Nations Unies sur l'eau;

7) de faire rapport à une future Assemblée de la Santé, sous un point distinct de l'ordre du jour, sur tous faits nouveaux découlant de la présente résolution.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.11.2.1; 8.1.3

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, cinquième rapport)*

**WHA30.34      Coordination à l'intérieur du système des Nations Unies : Questions générales**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la coordination à l'intérieur du système des Nations Unies en ce qui concerne les questions générales;

Prenant note des résolutions intéressant directement l'OMS que l'Assemblée générale des Nations Unies a adoptées à sa trente et unième session et du rôle que l'OMS doit jouer dans la mise en œuvre de ces résolutions;

Prenant note avec satisfaction de l'amélioration de la situation financière du Programme des Nations Unies pour le Développement et estimant approprié que le PNUD continue à jouer un rôle essentiel de coordination en matière de coopération technique;

Consciente du fait qu'il existe une corrélation entre les activités de l'OMS et d'autres activités sectorielles du système des Nations Unies dans son ensemble, auxquelles l'Organisation a une contribution importante à apporter;

Soulignant l'importance qu'elle attache à ce que l'OMS utilise des fonds extrabudgétaires pour s'acquitter des responsabilités qu'elle est appelée à exercer par suite des décisions de l'Assemblée de la Santé,

1. APPROUVE les mesures prises par le Directeur général pour s'assurer que l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations et institutions du système des Nations Unies soient au courant des activités de l'OMS afin de pouvoir en tenir compte lorsqu'elles élaborent leurs propres programmes sectoriels;
2. SOUSCRIT au principe selon lequel la coordination entre les organisations du système des Nations Unies doit comporter une collaboration plus étroite entre les représentants des organisations à l'échelon national, ainsi qu'avec les autorités gouvernementales compétentes en vue de renforcer l'action concertée entreprise par tout le système des Nations Unies dans les Etats Membres;
3. PRIE le Directeur général:
  - 1) de continuer à veiller à ce qu'un soutien approprié soit apporté aux travaux du Comité administratif de Coordination et de ses organes subsidiaires dans l'espoir que les facteurs d'ordre sanitaire ou en rapport avec la santé puissent servir utilement de base à une approche coordonnée plus efficace du développement global;
  - 2) de veiller à ce que de nouveaux efforts soient déployés pour attirer des ressources extrabudgétaires en vue de compléter les activités entreprises par l'OMS au titre du programme ordinaire;
  - 3) de continuer à faire rapport au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé, selon les besoins, sur la coordination à l'intérieur du système des Nations Unies, et notamment sur tous faits nouveaux concernant l'harmonisation des budgets dans le système des Nations Unies, les effets de l'inflation sur les budgets, et les politiques et pratiques en matière de personnel.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 8.1.1

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, cinquième rapport)*

#### **WHA30.35 Rattachement de l'Ethiopie à la Région africaine**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la demande du Gouvernement de l'Ethiopie tendant à rattacher ce pays à la Région africaine,

DÉCIDE que l'Ethiopie fera partie de la Région africaine.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 5.1.3

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, cinquième rapport)*

#### **WHA30.36 Lèpre**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé

1. REMERCIE le Directeur général des mesures prises en application de la résolution WHA29.70;
2. PRIE le Directeur général, lorsqu'il poursuivra l'application de la résolution WHA29.70, de mettre l'accent plus particulièrement sur la recherche aux niveaux national et international et d'encourager davantage l'éducation de la population;
3. PRIE le Directeur général de tenir l'Assemblée de la Santé au courant de l'évolution future de la situation dans ce domaine en insérant, le cas échéant, un rapport de situation sur ce programme dans son rapport sur l'activité de l'OMS.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.8.4.1

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, cinquième rapport)*

**WHA30.37 Aide sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées dans le Moyen-Orient**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant, d'une part, la résolution WHA29.69 et les résolutions antérieures de l'Assemblée de la Santé concernant la situation sanitaire des réfugiés et personnes déplacées et, d'autre part, les résolutions adoptées à ce sujet par l'Assemblée générale des Nations Unies et la Commission des Droits de l'Homme;

Prenant note du rapport du Directeur général sur l'aide sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées dans le Moyen-Orient, qui concerne l'assistance fournie à la population palestinienne;

Ayant examiné le rapport du Comité spécial d'experts chargé d'étudier la situation sanitaire des habitants des territoires occupés du Moyen-Orient, et ayant constaté que le Comité spécial d'experts n'a pas pu jusqu'à présent s'acquitter de sa mission du fait que les autorités d'occupation lui ont refusé l'autorisation de se rendre dans les territoires arabes occupés;

Convaincue que l'occupation de territoires par la force affecte gravement le bien-être physique, mental et social de la population subissant l'occupation, et que seule la cessation de cette occupation peut mettre fin à cet état de choses;

Tenant compte du fait que la libération de tous les peuples est une condition fondamentale d'une paix juste;

Profondément préoccupée par les diverses pressions exercées par les autorités d'occupation, telles que l'éviction et la déportation du personnel médical et auxiliaire des territoires occupés, d'où il résulte une détérioration de la situation et des services sanitaires dans les territoires occupés;

Profondément préoccupée par la poursuite dans les territoires arabes occupés des pratiques israéliennes telles que les suivantes:

- a) l'éviction et la déportation de la population arabe et l'installation dans ses foyers d'habitants non arabes,
- b) la destruction et la démolition des maisons arabes, ainsi que la confiscation et l'expropriation des terres et des biens arabes,
- c) les détentions et les mauvais traitements, qui ont provoqué de nombreux décès;

Considérant que le strict respect du mandat que l'Assemblée de la Santé a confié au Comité spécial d'experts est essentiel pour que ce dernier puisse s'acquitter de sa mission,

1. DÉNONCE les manœuvres dilatoires et l'obstination des autorités d'occupation israéliennes, ainsi que leur façon d'entraver la mission du Comité spécial d'experts, et juge inadmissibles tous les prétextes que ces autorités ont invoqués pour justifier leur refus d'accorder au Comité l'autorisation de se rendre dans les territoires arabes occupés;
2. ESTIME que les données concernant la situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés que les autorités d'occupation israéliennes ont présentées au Comité, sans toutefois l'autoriser à se rendre dans ces territoires, sont incompatibles avec la résolution WHA26.56, donc sans objet;
3. CONDAMNE Israël pour ne pas avoir tenu compte des résolutions précédemment adoptées par l'Assemblée de la Santé;
4. EXIGE que les autorités d'occupation israéliennes autorisent le Comité spécial d'experts en tant que tel à se rendre dans tous les territoires arabes occupés et garantissent au Comité spécial sa liberté de mouvement afin qu'il puisse entrer directement en contact avec la population arabe sous occupation israélienne, les institutions arabes et certains groupes cibles au sein de la population; exige en outre, au cas où Israël ne donnerait pas suite à la demande de l'Assemblée, que les Etats Membres envisagent de prendre des mesures appropriées aux termes de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé après que le Directeur général aura fait rapport sur la question;
5. PRIE le Comité spécial d'experts de s'acquitter de sa mission telle qu'elle est définie dans la section B de la résolution WHA26.56 et de prendre en considération l'aggravation de la situation sanitaire des détenus qui provoque de nombreux décès, en tenant compte également de la résolution que la Commission des Droits de l'Homme a adoptée à sa trente-troisième session;

6. PREND NOTE avec satisfaction de l'action entreprise par le Directeur général pour mettre en œuvre la résolution WHA29.69 et le prie de poursuivre sa collaboration avec l'Organisation de Libération de la Palestine en vue de fournir une assistance technique et matérielle pour améliorer l'état de santé de la population palestinienne;
7. PRIE le Directeur général de continuer à affecter les fonds nécessaires pour améliorer la situation sanitaire de la population dans les territoires arabes occupés et de veiller à ce que ces fonds soient utilisés sous le contrôle direct de l'OMS par l'intermédiaire de son représentant dans les territoires arabes occupés;
8. PRIE le Directeur général de présenter à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé un rapport sur l'exécution de la mission du Comité spécial d'experts;
9. DÉCIDE que le point de l'ordre du jour provisoire de la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé concernant cette question sera intitulé « Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine ».

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 8.1.4.4

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, sixième rapport)*

### WHA30.38 Arriération mentale

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'arriération mentale.

1. REMERCIE le Directeur général de son rapport;
2. DEMANDE instamment aux Etats Membres d'accorder une priorité suffisante dans leurs politiques sanitaires et leurs plans de développement aux mesures visant à prévenir l'arriération mentale et à assurer les soins et le soutien nécessaires aux arriérés mentaux et à leurs familles, principalement par une action communautaire en dehors des établissements spécialisés;
3. PRIE le Directeur général d'appliquer la politique exposée dans son rapport pour le développement des activités concernant les soins dispensés aux arriérés mentaux, en accordant la priorité à l'action entreprise dans les services existants et aux interventions en faveur des enfants et en insistant sur les méthodes simples de dépistage et de traitement.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.9.5

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, sixième rapport)*

### WHA30.39 Système international d'Unités : Emploi en médecine des unités SI

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général<sup>1</sup> présenté conformément à la résolution WHA29.65;

<sup>1</sup> Ce rapport contient les paragraphes suivants:

« Quand des substances chimiques réagissent entre elles, soit *in vitro*, soit *in vivo*, elles le font dans des proportions qui dépendent de leur masse moléculaire relative (« poids moléculaire »). Cette valeur est mesurée en termes de « quantité de matière » grâce à la mole. Aussi, pour bien comprendre les réactions chimiques, au laboratoire ou dans l'organisme, il est essentiel d'utiliser la mole. L'utilisation d'unités de masse (milligrammes par litre par exemple) ne sert qu'à déterminer de façon purement arbitraire si une valeur donnée est plus ou moins grande qu'une certaine valeur de référence. L'expression en termes moléculaires des concentrations de substances dans les liquides de l'organisme répond aussi à cet objectif, mais donne en outre des indications précieuses sur les proportions des différents constituants. De telles indications ne peuvent jamais être fournies par les unités de masse.

« L'emploi de la mole en chimie clinique a été approuvé par presque toutes les organisations internationales compétentes, parmi lesquelles la Société internationale d'Hématologie (Comité international pour la Standardisation en Hématologie), la Fédération internationale de Chimie clinique, l'Union internationale de Biochimie et l'Union internationale de Chimie pure et appliquée (Section de Chimie clinique). La mole est utilisée depuis environ cinq ans dans les publications de l'OMS. »

Il faut donc considérer que le paragraphe 1 du dispositif de la résolution approuve l'expression des concentrations en moles et *non* en unités de masse.

Notant que les organisations scientifiques internationales ont largement approuvé le Système international d'Unités (SI) mis au point par la Conférence générale des Poids et Mesures, qui est l'organisme intergouvernemental responsable des unités de mesure;

Notant en outre que l'introduction des unités SI en médecine a déjà été opérée ou est maintenant en cours dans plusieurs pays;

Consciente cependant de la confusion qui pourrait résulter de l'introduction de nouvelles unités de mesure sans une préparation adéquate,

1. RECOMMANDE que la communauté scientifique tout entière, et plus particulièrement la communauté médicale, adoptent le SI dans le monde entier;
2. RECOMMANDE que, pour atténuer la confusion qui pourrait résulter de l'emploi simultané de plusieurs systèmes d'unités, la période de transition précédant l'adoption du nouveau système ne soit pas indûment prolongée;
3. RECOMMANDE que, outre la graduation en kilopascals, on conserve pour l'instant sur les graduations des instruments le millimètre (ou centimètre) de mercure et le centimètre d'eau pour mesurer la pression des fluides organiques, en attendant que l'emploi du pascal se soit généralisé dans d'autres domaines;
4. RECOMMANDE que dans l'introduction du changement considéré les institutions, associations scientifiques et autres organismes analogues s'entourent des avis et des renseignements les plus autorisés et donnent à leur personnel ou à leurs membres un enseignement intensif sur la théorie et l'application du SI avant l'entrée en vigueur de la réforme;
5. RECOMMANDE que toutes les écoles de médecine et tous les établissements dispensant une formation dans les disciplines en rapport avec la médecine inscrivent à leurs programmes d'études des cours sur la théorie et l'application du SI;
6. PRIE le Directeur général de concourir à la réforme en préparant un exposé du SI qui soit succinct, simple et faisant autorité, à l'intention des Etats Membres, des associations médicales et des revues médicales.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.13.5

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, sixième rapport)*

#### **WHA30.40 Développement et coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé,

1. REMERCIE le Directeur général de son rapport;
2. PREND NOTE avec satisfaction de l'orientation des activités menées par l'OMS pour promouvoir et coordonner la recherche conformément au sixième programme général de travail;<sup>1</sup>
3. APPROUVE les lignes directrices de la politique de recherche indiquées par le Directeur général, tout particulièrement en ce qui concerne:
  - 1) le rôle à jouer par l'OMS pour renforcer les capacités nationales de recherche, promouvoir la coopération internationale et assurer le transfert approprié de connaissances scientifiques existantes ou nouvelles à ceux qui en ont besoin;
  - 2) l'accent mis sur l'accroissement de l'engagement régional dans la recherche, avec la participation active des comités consultatifs régionaux de la recherche médicale;
  - 3) la fixation d'objectifs et de priorités pour la recherche dans les Régions en vue de répondre aux besoins exprimés par les Etats Membres;
  - 4) le concept de programmes spéciaux de recherche et de formation dans le cadre des grands programmes finalisés de l'Organisation;
  - 5) le maintien d'un équilibre approprié entre la recherche biomédicale et la recherche sur les services de santé;

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 233, 1976, annexe 7.

4. RÉAFFIRME que des activités efficaces de recherche biomédicale et de recherche sur les services de santé menées en vue de résoudre les problèmes sanitaires majeurs des Etats Membres, et en particulier des pays en développement, jouent un rôle important dans la coopération technique entre l'OMS et les Etats Membres;
5. CONFIRME la nécessité de renforcer encore les mécanismes de développement et de coordination de la recherche décrits par le Directeur général, en mettant l'accent sur:
- 1) la coordination étroite entre le comité consultatif mondial et les comités consultatifs régionaux de la recherche médicale pour la planification et le développement à long terme du programme de recherche de l'OMS;
  - 2) la collaboration avec des conseils de la recherche médicale ou des organismes nationaux analogues pour assurer une coordination efficace des programmes nationaux, régionaux et mondial de recherche;
  - 3) l'utilisation de mécanismes de promotion de la recherche, tels que des groupes de travail scientifiques, pour assurer une large participation de la communauté scientifique à la planification, à l'exécution et à l'évaluation du programme de recherche de l'OMS;
  - 4) l'accroissement de la coopération technique avec les instituts de recherche des pays Membres et entre ces instituts pour l'exécution d'actions concertées de recherche et de formation et l'amélioration de la communication entre scientifiques;
  - 5) le développement et le renforcement de la recherche visant au déploiement plus efficient des ressources dans le cadre des systèmes de prestations de soins de santé, en particulier aux niveaux national et régional;
  - 6) l'élargissement de l'infrastructure de conseil et d'appui à la recherche sur les services de santé par l'inclusion de représentants des sciences sociales, gestionnaires et autres dans le Comité consultatif de la Recherche médicale et les comités connexes ainsi que dans les centres collaborateurs de l'OMS;
  - 7) l'accroissement du nombre des centres collaborateurs dans le domaine de la recherche sur les services de santé et le renforcement de cette recherche;
  - 8) la réalisation d'une répartition géographique équilibrée des centres collaborateurs en matière de recherche biomédicale et de recherche sur les services de santé;
6. PRIE le Directeur général de pousser l'élaboration du programme OMS à long terme dans le domaine du développement et de la coordination de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé en prenant en compte les suggestions du Comité consultatif de la Recherche médicale, des comités régionaux et des comités consultatifs régionaux de la recherche médicale, ainsi que les lignes d'évolution prévisibles de la science médicale et de l'action de santé dans les Etats Membres, et de présenter de nouvelles propositions au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.1.3

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission A, deuxième rapport)*

#### **WHA30.41 Planification à long terme de la coopération internationale en matière de recherche sur le cancer**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la planification à long terme de la coopération internationale en matière de recherche sur le cancer, qui a été établi en application de la résolution WHA28.85;

Notant la création d'un comité *ad hoc* du Conseil exécutif chargé de faire des recommandations concernant toutes les activités de l'OMS dans le domaine du cancer et de fonder ces recommandations sur le programme à moyen terme de l'Organisation relatif au cancer qui est décrit dans le sixième programme général de travail, ces recommandations devant également porter sur la répartition entre l'OMS, y compris le Centre international de Recherche sur le Cancer, et d'autres organismes internationaux des activités intéressant la recherche sur le cancer ainsi que sur les mesures à prendre pour assurer la meilleure coordination possible de ces activités; et attendant les résultats de l'examen de cette question par le Conseil exécutif;

Considérant l'importance croissante que revêt le problème du cancer pour les pays en développement aussi bien que pour les pays développés,

1. PRIE le Conseil exécutif et le Directeur général de poursuivre leurs efforts respectifs dans le domaine du cancer, notamment en ce qui concerne le développement des services de santé, de la lutte anticancéreuse et de la recherche cancérologique, la formation de cancérologues qualifiés et la création de conditions favorables pour l'échange de données d'expérience touchant tous les aspects du problème, aux échelons international et national;
2. PRIE le Directeur général de présenter à une future Assemblée de la Santé un rapport spécial sur les nouveaux progrès qui seront accomplis dans l'exécution de ces travaux et sur les résultats de leur évaluation.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.9.1

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission A, deuxième rapport)*

#### **WHA30.42 Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de situation que le Directeur général a présenté, en application de la résolution WHA29.71, sur le programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales;

Ayant en outre pris connaissance des vues exprimées par le Conseil exécutif sur ce programme et des recommandations faites dans la résolution EB59.R31;

Considérant que les pays touchés par les maladies en question constituent l'environnement le plus approprié pour les activités de recherche et de formation;

Soulignant de nouveau qu'il est nécessaire que les institutions nationales de recherche et de formation de chaque Région participent pleinement aux réseaux mondiaux de centres collaborateurs du programme spécial,

1. PREND ACTE avec satisfaction des progrès réalisés vers l'établissement du programme et dans le lancement de ses activités initiales en coopération avec le Programme des Nations Unies pour le Développement, la Banque mondiale et les Etats Membres;
2. EXPRIME sa reconnaissance pour les généreuses contributions au programme spécial qui ont été versées jusqu'ici ou annoncées pour l'avenir;
3. INVITE instamment les gouvernements des Etats Membres *a)* à maximiser leurs contributions et *b)* à développer dans toute la mesure du possible les institutions et moyens nationaux de recherche et de formation pour soutenir le programme;
4. PRIE le Directeur général d'identifier et de développer ces institutions et moyens dans les pays de chaque Région;
5. INVITE le Directeur général:
  - 1) à utiliser les crédits budgétaires inscrits pour la période biennale 1978-1979 selon les priorités approuvées au titre du programme spécial;
  - 2) à utiliser de la même façon les crédits budgétaires qui pourront être inscrits au titre du programme spécial dans les futurs budgets programmes à partir de la période biennale 1980-1981;
  - 3) à s'efforcer d'obtenir que, dans la mesure du possible, les contributions en faveur du programme spécial provenant *a)* d'un fonds de la recherche sur les maladies tropicales qu'il a été demandé à la Banque mondiale de créer et de gérer, *b)* du fonds bénévole de l'OMS pour la promotion de la santé, et *c)* d'autres organismes, par exemple du Programme des Nations Unies pour le Développement, ne soient assorties d'aucune restriction quant à leur affectation aux diverses activités approuvées au titre du programme;
6. PRIE en outre le Directeur général de continuer à faire rapport au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé sur le développement du programme spécial.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.8.5

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

**WHA30.43    Coopération technique**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Considérant l'ampleur des problèmes de santé ainsi que la répartition inadéquate et intolérablement inéquitable des ressources sanitaires dans le monde d'aujourd'hui;

Considérant que la santé est un droit fondamental de l'homme et une finalité sociale universelle et qu'en outre elle est essentielle à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme et à la qualité de la vie;

Réaffirmant que le but ultime que sa Constitution assigne à l'OMS est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible;

Rappelant les résolutions WHA28.75, WHA28.76 et WHA29.48 relatives aux principes régissant la coopération technique avec les pays en voie de développement,

1. DÉCIDE que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive;
2. LANCE UN APPEL à tous les pays pour qu'ils collaborent d'urgence à la réalisation de cet objectif, d'une part en élaborant des politiques et des programmes sanitaires appropriés aux échelons national, régional et interrégional, d'autre part en produisant, en mobilisant et en transférant des ressources au profit de la santé de manière qu'elles deviennent plus équitablement réparties, en particulier parmi les pays en voie de développement;
3. PRIE le Conseil exécutif et le Directeur général de poursuivre la réorientation de l'activité de l'OMS en faveur du développement de la coopération technique et du transfert de ressources au profit de la santé, conformément à l'une des plus importantes fonctions de l'Organisation qui est d'agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.4.1

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

**WHA30.44    Législation sanitaire**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Considérant qu'une législation sanitaire appropriée est de la plus haute importance dès lors qu'on entend renforcer les services de santé, et notamment assurer des soins de santé primaires aux populations rurales et autres populations insuffisamment desservies;

Reconnaissant qu'une législation sanitaire adaptée aux impératifs nationaux est de nature à protéger et à améliorer la santé de l'individu et de la collectivité;

Notant que, lorsqu'ils n'en sont pas entièrement dépourvus, de nombreux Etats Membres ne disposent encore que d'une législation sanitaire limitée, remontant parfois à l'époque coloniale, et qu'il convient de remédier à cet état de choses en adaptant la législation aux besoins actuels de ces pays et en élaborant de nouvelles lois relatives à la santé pour faire face à des situations nouvelles;

Consciente de la nécessité où se trouvent les Etats Membres d'être informés de la législation sanitaire d'autres pays, en particulier lorsqu'il s'agit des médicaments, des denrées alimentaires et des produits chimiques toxiques qui franchissent les frontières des Etats;

Reconnaissant que les services nationaux de santé supposent, pour pouvoir être adéquatement mis en œuvre, une législation sanitaire appropriée;

Notant encore les recommandations adoptées en matière de législation par diverses conférences des Nations Unies, notamment la conférence de Stockholm sur l'environnement, la conférence des Nations Unies sur les établissements humains (Habitat) et la récente conférence des Nations Unies sur l'eau;

Consciente du fait qu'aucun pays ne peut résoudre ses problèmes de santé isolément et que le partage de l'expérience dans le domaine de la législation sanitaire a une valeur considérable, en particulier pour les pays en développement;

Rappelant les résolutions des précédentes Assemblées de la Santé et des précédentes sessions du Conseil exécutif sur le programme général de législation sanitaire de l'Organisation,

1. INVITE instamment les Etats Membres à s'acquitter de l'obligation qui leur incombe en vertu de l'article 63 de la Constitution de communiquer à l'Organisation leurs lois et règlements importants concernant la santé;
2. PRIE le Directeur général:
  - 1) de renforcer le programme de l'OMS dans le domaine de la législation sanitaire en vue d'aider les Etats Membres, sur leur demande, à se doter d'une législation sanitaire appropriée et adaptée à leurs besoins, et de promouvoir la coopération technique en ce qui concerne la législation sanitaire et son administration, en particulier dans les pays en développement;
  - 2) de renforcer la collaboration avec les autres institutions spécialisées compétentes pour élaborer des directives concernant la législation sanitaire relative aux différents aspects des politiques de santé;
  - 3) d'étudier et de mettre en œuvre les meilleurs moyens de diffusion de l'information législative dans les Etats Membres en vue d'inspirer la formulation ou la révision de textes de loi relatifs à la santé;
  - 4) de faire rapport aussitôt que possible à l'Assemblée de la Santé sur l'évolution de la situation dans ce domaine;
3. PRIE le Conseil exécutif de réexaminer les critères du *Recueil international de Législation sanitaire* approuvés par le Conseil à sa sixième session, afin de les adapter aux besoins actuels d'une coopération technique au service des pays en développement.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.13.4

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

#### **WHA30.45 Programme spécial de coopération technique en santé mentale**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant avec préoccupation l'ampleur et la gravité des stress psycho-sociaux auxquels sont actuellement confrontées de nombreuses populations de pays en développement et tout particulièrement les populations à haut risque d'Afrique australe;

Considérant que les services existants sont incapables d'assurer les soins préventifs et curatifs nécessaires pour le large éventail des problèmes de santé mentale qu'exacerbent de tels stress;

Considérant en outre que, dans quelques cas, il n'existe pas d'infrastructures adéquates sur lesquelles baser un programme viable;

Affirmant la nécessité de prendre immédiatement des mesures en matière de prévention, de traitement et de réadaptation si l'on veut éviter que le potentiel social et productif d'individus et de communautés ne subisse des dommages irréversibles,

1. INVITE instamment les Etats Membres à soutenir les activités coordonnées par l'OMS pour résoudre ces problèmes en redoublant d'efforts coopératifs et en versant des contributions volontaires;
2. PRIE le Directeur général de s'attaquer à ces problèmes:
  - 1) en collaborant avec les pays intéressés à la mise au point de plans pour une action pertinente de santé mentale dans le cadre des services généraux sanitaires et sociaux;
  - 2) en facilitant la coopération entre pays pour accroître les ressources humaines et assurer l'application de technologies appropriées du domaine des sciences de la santé mentale et du comportement;
  - 3) en donnant aux activités relatives à ces problèmes une importance toute particulière dans le programme OMS de santé mentale.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.9.5

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

**WHA30.46    Systèmes et services d'information**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA27.32 et EB55.R56;

Consciente de la nécessité de rationaliser et de réorienter la répartition des ressources de l'Organisation;

Considérant l'importance accordée, dans la politique de l'OMS, à l'amélioration de la planification des services de santé et tenant compte du fait que cette amélioration est liée aux systèmes et services d'information,

1. **INSISTE** sur l'importance de disposer de systèmes et services adéquats afin de produire, recueillir et diffuser des informations statistiques et autres données pertinentes dans le domaine sanitaire et socio-économique qui serviront de base à des services mieux planifiés et plus efficaces;
2. **INVITE** instamment les Etats Membres à établir les systèmes et services nationaux d'information sanitaire appropriés pour soutenir le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de leurs services de santé;
3. **PRIE** le Directeur général:
  - 1) de veiller à ce que les activités de l'OMS dans le domaine des systèmes et services d'information, notamment statistique, continuent à bénéficier du rang de priorité nécessaire au Siège et dans les Régions;
  - 2) de collaborer avec les Etats Membres à l'organisation de systèmes et services nationaux d'information sanitaire;
  - 3) de rendre compte dans son rapport annuel à une future Assemblée de la Santé des progrès réalisés dans ce domaine.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.1.4

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

**WHA30.47    Evaluation des effets des substances chimiques sur la santé**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA26.58, WHA27.49, WHA28.63, WHA29.45 et WHA29.57;

Considérant que l'usage croissant de substances chimiques en santé publique, dans l'industrie, dans l'agriculture, dans la production alimentaire et à domicile, ainsi que la pollution de l'environnement due à l'industrialisation rapide et à l'application de nouvelles techniques, devront être pris en considération dans les politiques et stratégies sanitaires de tous les pays, comme cela a déjà été fait dans plusieurs Etats Membres qui ont adopté de nouvelles dispositions législatives dans ce domaine;

Préoccupée des effets toxiques aigus, et tout particulièrement des effets toxiques chroniques ou combinés, qui peuvent résulter non seulement pour les générations actuelles mais encore pour les générations futures de l'exposition à des substances chimiques présentes dans l'air, dans l'eau, dans les denrées alimentaires, dans les produits de consommation ou sur les lieux de travail, notamment si elle est associée à une exposition à d'autres substances chimiques, à des agents infectieux ou à des facteurs physiques;

Inquiète du nombre croissant de diffusions accidentelles de substances chimiques dans l'environnement qui entraînent pour la santé des effets adverses prenant des proportions épidémiques;

Consciente des progrès accomplis par l'OMS et son Centre international de Recherche sur le Cancer, avec la coopération active des Etats Membres, en ce qui concerne l'évaluation des risques pour la santé que comporte l'exposition à des substances chimiques; et tenant compte des activités menées par d'autres organismes, en particulier le Registre international des substances chimiques potentiellement toxiques qu'a institué le Programme des Nations Unies pour l'Environnement;

Reconnaissant, toutefois, que jusqu'à présent les programmes nationaux ou internationaux existants n'ont pu couvrir de façon adéquate les aspects à long terme de l'exposition des êtres humains aux substances chimiques;

**PRIE** le Directeur général:

- 1) d'étudier le problème et les stratégies à long terme dans le domaine considéré et, en collaboration avec les institutions nationales et organisations internationales appropriées, d'examiner les options possibles en matière de coopération internationale, y compris les incidences financières et organisationnelles, aux fins suivantes:

- a) accélérer et rendre plus efficace l'évaluation des risques pour la santé que comporte l'exposition aux substances chimiques, ainsi que promouvoir l'emploi de méthodes expérimentales et épidémiologiques qui donneront des résultats comparables sur le plan international;
  - b) échanger des informations sur les nouveaux risques d'origine chimique pour la santé publique;
  - c) assurer une réaction rapide et efficace en cas de situation d'urgence et prendre des arrangements en vue d'une assistance mutuelle entre Etats Membres;
  - d) développer les personnels dans ce domaine;
- 2) de faire rapport aussitôt que possible au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé sur les résultats de cette étude en leur présentant des recommandations.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.11.3

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

#### **WHA30.48 Le rôle des infirmiers(ères) et sages-femmes dans les équipes de soins de santé primaires**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Tenant compte de la résolution WHA28.88 sur le développement des soins de santé primaires;

Réaffirmant les grands principes énoncés dans la résolution WHA29.72 relative au développement des personnels de santé;

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'activité de l'OMS en 1976 et notant en particulier l'intention exprimée de donner la priorité à l'accroissement rapide équilibré des effectifs des personnels de santé ainsi qu'au renforcement des moyens à cette fin;

Considérant que des services complets de soins de santé primaires impliquent non seulement le traitement des malades mais aussi et davantage encore la prévention de la maladie ainsi que la promotion et la préservation de la santé;

Considérant que, dans la majorité des systèmes sanitaires, ce sont les infirmiers(ères) et sages-femmes qui, en tant que membres de l'équipe de santé, ont assuré et continuent d'assurer la plus grande part des soins de santé;

Considérant que beaucoup d'Etats Membres disposent déjà d'un effectif appréciable d'infirmiers(ères) et de sages-femmes possédant en matière de gestion, d'encadrement et d'enseignement les compétences nécessaires pour fournir des enseignants et des cadres à l'intention des agents des soins de santé primaires;

Considérant que la plupart des services de soins de santé primaires, en particulier dans les pays en développement, intéressent les domaines de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale où il est d'usage que les services en cause soient assurés principalement par différentes catégories d'infirmiers(ères) et de sages-femmes, sous le contrôle général de médecins qualifiés;

Considérant que, parmi les compétences et connaissances des infirmiers(ères) et sages-femmes, doit figurer la capacité de planifier et d'organiser avec des individus et des communautés des programmes de soins de santé, y compris des programmes de vaccination, ainsi que des activités conçues pour rendre ces individus et communautés capables de veiller eux-mêmes à leur santé;

Notant que de nombreuses solutions différentes peuvent être envisagées pour assurer le développement des agents des soins de santé primaires, une solution d'un bon rapport coût/efficacité consistant à redéfinir et à restructurer les rôles et les fonctions des infirmiers(ères) et sages-femmes en relation avec ceux des autres membres de l'équipe de santé pour optimiser leur contribution aux soins de santé primaires, y compris l'exécution de programmes de vaccination des enfants en bas âge et des nourrissons,

##### **1. RECOMMANDE aux Etats Membres:**

- 1) d'entreprendre une étude complète des rôles et des fonctions des différents types de personnels, y compris les infirmiers(ères) et sages-femmes, dans le contexte des programmes nationaux de santé, notamment en ce qui concerne les aspects relatifs aux équipes de santé dans les soins de santé primaires, pour obtenir un équilibre satisfaisant;
- 2) de remédier au déséquilibre dans la production et l'utilisation des différents personnels de santé de telle sorte que l'effectif des diverses catégories d'infirmiers(ères) et de sages-femmes augmente de façon

plus rationnelle et se développe harmonieusement parmi les autres catégories de personnels de santé afin de répondre aux besoins urgents des programmes de soins de santé primaires, y compris les programmes de vaccination;

3) d'utiliser plus efficacement les infirmiers(ères) et sages-femmes existants en les faisant participer, avec les représentants des autres catégories de personnel de santé, à la planification et à la gestion de programmes de soins de santé primaires et de vaccination, ainsi qu'en les chargeant de former et d'encadrer les agents des soins de santé primaires;

2. PRIE le Directeur général:

1) de coopérer avec les Etats Membres à la redéfinition et à la restructuration des rôles et des fonctions des différentes catégories d'infirmiers(ères) et de sages-femmes dans les équipes de santé afin que les intéressés puissent répondre, en adoptant une approche pluridisciplinaire, aux besoins des communautés en fait de soins de santé primaires dans le contexte du développement communautaire global;

2) d'intensifier les efforts visant à mettre au point pour les infirmiers(ères) et sages-femmes des programmes de recyclage et d'éducation permanente correspondant à la redéfinition et à la restructuration des rôles et fonctions des différents membres de l'équipe de santé;

3) d'offrir aux infirmiers(ères) et aux sages-femmes des possibilités d'acquérir les compétences requises pour participer efficacement à l'approche pluridisciplinaire de la planification, de la gestion et de l'exécution des programmes de soins de santé primaires et de vaccination;

4) de promouvoir le perfectionnement des techniques appropriées et de développer davantage encore les études, les recherches et les expérimentations;

5) de réexaminer et, si besoin est, de développer dans le cadre des structures de l'OMS les mécanismes nécessaires pour assurer la planification et la mise en œuvre de cette coopération technique de concert avec les Etats Membres;

6) de faire rapport sur les progrès réalisés à une future Assemblée de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.7; 1.5.2

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

**WHA30.49 Promotion et développement de la formation et de la recherche en matière de médecine traditionnelle**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant que, dans les pays en développement, les soins de santé primaires n'ont pas atteint la grande masse de la population;

Considérant que, dans les pays en développement, il importe de faire usage des ressources disponibles en matière de santé;

Reconnaissant que les systèmes traditionnels de médecine des pays en développement sont depuis des générations acceptés par la communauté et qu'ils ont joué et continuent à jouer un rôle important en assurant des soins de santé;

Notant qu'il existe, dans certains pays en développement, des institutions relevant de systèmes traditionnels de médecine qui fournissent des soins de santé, dispensent une formation et effectuent des recherches;

Notant que l'OMS, dans le cadre des efforts visant à trouver de nouvelles approches pour répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations des pays en développement, a déjà entrepris des études sur le recours aux systèmes traditionnels de médecine;

Estimant nécessaire et hautement souhaitable de prendre immédiatement des mesures pratiques et efficaces en vue d'utiliser pleinement les systèmes traditionnels de médecine,

1. PREND ACTE avec satisfaction des efforts déployés par l'OMS pour mettre en train des études sur le recours aux systèmes traditionnels de médecine en même temps qu'à la médecine moderne;

2. INVITE instamment les gouvernements intéressés à accorder une importance adéquate à l'utilisation de leurs systèmes traditionnels de médecine selon une réglementation appropriée dans le contexte de leurs systèmes sanitaires nationaux;

3. PRIE le Directeur général d'aider les Etats Membres à organiser des activités d'enseignement et de recherche ainsi qu'à accorder des bourses pour la formation aux techniques de la recherche, pour des études sur les systèmes de protection sanitaire et pour l'analyse des technologies correspondant aux systèmes traditionnels/indigènes de médecine;
4. PRIE en outre le Directeur général et les Directeurs régionaux de donner un rang élevé de priorité à la coopération technique dans ce domaine et d'envisager des modalités appropriées de financement pour les activités en cause.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.5; 1.7

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

### **WHA30.50 Méthode de travail de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les recommandations du Conseil exécutif<sup>1</sup> concernant la méthode de travail de l'Assemblée de la Santé;

Prenant note avec satisfaction des conclusions et décisions du Conseil sur la méthode de travail du Conseil exécutif et sur les questions connexes;

Estimant que les modifications proposées des modalités de fonctionnement de l'Assemblée de la Santé contribueraient à rationaliser et à améliorer davantage le travail de l'Assemblée,

1. DÉCIDE que:

- 1) le point de l'ordre du jour de la Commission A relatif à l'examen du projet de budget programme et du rapport du Conseil exécutif sur ce projet sera intitulé « Examen du projet de budget programme et du rapport du Conseil exécutif sur ce projet »;
- 2) la Commission A, quand elle procédera à l'examen du projet de budget programme, concentrera son attention sur ce budget programme et sur le rapport contenant les remarques et recommandations du Conseil exécutif au sujet des propositions du Directeur général relatives au budget programme;
- 3) la Commission A examinera simultanément les points de son ordre du jour qui concernent le budget effectif et la résolution portant ouverture de crédits sous un seul point intitulé « Examen du niveau du budget et de la résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice financier... » et adoptera un seul projet de résolution à ce sujet;
- 4) les représentants du Conseil à la Commission A devront jouer un rôle plus actif dans la discussion des questions relatives au projet de budget programme et aux vues du Conseil exécutif sur ce projet; et que cette approche concernant la participation des représentants du Conseil à l'Assemblée de la Santé s'appliquera aux autres questions sur lesquelles des recommandations sont présentées par le Conseil à l'Assemblée de la Santé;

2. DÉCIDE en outre que:

- 1) l'Assemblée de la Santé et le Conseil exécutif cesseront d'adopter des résolutions sur certains rapports, élections, nominations et décisions de procédure et que ces résolutions seront remplacées par des « décisions » enregistrées dans les *Actes officiels* sous une rubrique collective;
- 2) lorsque l'Assemblée de la Santé priera le Directeur général de soumettre de nouveaux rapports sur des questions en discussion, elle précisera dans chaque cas si les informations voulues doivent être incluses dans le rapport du Directeur général sur l'activité de l'OMS ou dans un document distinct;
- 3) les présidents des commissions principales de l'Assemblée de la Santé seront priés de tenir compte de la nécessité de guider, conformément au Règlement intérieur, les travaux de leurs commissions respectives de façon à empêcher que la discussion d'un point particulier de l'ordre du jour ne s'écarte de l'examen de la question au fond;

<sup>1</sup> Résolution EB59.R8.

3. DÉCIDE également que la présente résolution annule et remplace les dispositions des résolutions antérieures sur la méthode de travail de l'Assemblée de la Santé qui pourraient être incompatibles avec le présent texte.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 4.1.4; 4.2.4

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission A, troisième rapport)*

**WHA30.51 Rôle du secteur sanitaire dans l'élaboration de politiques et de plans nationaux et internationaux en matière d'alimentation et de nutrition**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné en détail le document de base pour les discussions techniques sur « l'importance pour la santé des politiques nationales et internationales d'alimentation et de nutrition » et ayant examiné le rapport des discussions techniques qui ont eu lieu sur ce sujet au cours de la présente session;

Constatant, d'une part, que la malnutrition est un des problèmes de santé majeurs du monde qui prend un relief accru à mesure qu'on est en train de maîtriser quelques-unes des maladies transmissibles, d'autre part, que les déficits alimentaires dans les pays en développement en même temps que les excès et les déséquilibres alimentaires dans les pays développés continuent d'affecter défavorablement la santé de larges segments de la population dans les deux catégories de pays;

Reconnaissant qu'il est nécessaire en outre d'accroître la qualité et l'innocuité des aliments, compte tenu en particulier du processus d'industrialisation;

Préoccupée de voir que, dans un grand nombre de pays, le secteur de la santé et d'autres secteurs consacrent une attention et des ressources insuffisantes à l'amélioration de cette situation critique,

1. FAIT SIENNES les conclusions et les recommandations qui se sont dégagées des discussions techniques;
2. INVITE instamment les gouvernements:
  - 1) à donner une priorité plus élevée aux problèmes d'alimentation et de nutrition dans leurs programmes de santé;
  - 2) à élaborer encore des programmes multisectoriels spécifiquement orientés vers l'amélioration de l'état nutritionnel de la population et vers l'amélioration qualitative des aliments;
  - 3) à prendre dûment en considération les incidences alimentaires et nutritionnelles de leurs politiques et plans de développement;
  - 4) à accroître l'appui politique, technique et financier qu'ils donnent aux actions engagées dans ce sens;
  - 5) à prêter attention aux aspects tant qualitatifs que quantitatifs de la nutrition;
3. PRIE le Directeur général:
  - 1) de prendre les mesures supplémentaires requises pour renforcer le programme OMS de nutrition de façon à mettre l'Organisation en mesure de jouer le rôle qui lui revient dans l'élaboration et l'exécution de politiques et de plans d'alimentation et de nutrition nationaux et internationaux aux fins suivantes:
    - a) assurer aux pays Membres l'impulsion et la coopération technique nécessaires pour améliorer l'efficacité et l'efficacé de l'intervention de leurs services de santé dans les programmes nutritionnels en rapport avec la santé;
    - b) renforcer la capacité de recherche ainsi que l'enseignement et la formation dans les programmes de nutrition, priorité étant donnée aux pays en développement,
    - c) éliminer les formes graves de malnutrition, telles que le kwashiorkor, le marasme et la kératomalacie, en tant que problèmes de santé publique d'ici à la fin du siècle au plus tard;
    - d) recenser les secteurs difficiles tels que l'interaction entre la malnutrition d'une part et l'infection et la capacité productive d'autre part, de façon à intégrer des programmes d'action pertinents;
    - e) déterminer les groupes de population les plus vulnérables (groupes exposés au risque) au regard des programmes visant à protéger la santé des mères et des enfants et la santé des travailleurs;

- f) établir pour les problèmes nutritionnels en rapport avec la santé une échelle de priorités fondée sur les conditions particulières au pays;
  - g) élaborer des systèmes de surveillance nutritionnelle pour étayer les programmes d'action et faciliter leur évaluation;
  - h) élaborer des systèmes pour lutter contre la contamination des produits alimentaires par les pesticides, les mycotoxines et d'autres substances toxiques;
  - i) épauler les ministères de la santé dans les efforts qu'ils déploient en faveur de l'inclusion de buts nutritionnels dans les plans de développement nationaux, ainsi que de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et de programmes multisectoriels d'alimentation et de nutrition;
- 2) de se concerter avec les Etats Membres comme avec les organismes nationaux et internationaux compétents en vue d'obtenir les concours nécessaires au développement de programmes de nutrition intensifiés, y compris sur les plans technique et financier;
  - 3) de faire rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de ce programme à la soixante et unième session du Conseil exécutif et à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.6.2

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission B, septième rapport)*

#### **WHA30.52 Programme d'éradication de la variole**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur le programme d'éradication de la variole;

Reconnaissant que, si la variole n'est maintenant plus signalée que par un seul pays du nord-est de l'Afrique, la persistance de la transmission de la variole dans cette zone constitue un danger considérable pour les pays limitrophes par suite des déplacements de populations nomades;

Soulignant qu'il est important de réunir des données relatives aux anciennes zones d'endémicité pour les soumettre à l'examen d'un groupe indépendant d'experts afin d'établir l'absence de transmission de la variole pendant une période de deux ans ou plus;

Notant que 18 laboratoires sont actuellement enregistrés comme détenteurs de stocks de virus variolique ou de prélèvements provenant de cas de variole;

Notant également que les réserves de vaccin de l'Organisation destinées à être utilisées en cas de situation d'urgence imprévue n'ont pas encore atteint un niveau suffisant pour permettre la vaccination de 200 à 300 millions de personnes comme le prévoit la résolution WHA29.54,

1. FÉLICITE l'Afghanistan, le Bhoutan, l'Inde, le Népal et le Pakistan, où l'éradication de la variole a été certifiée au cours des six derniers mois;
2. PRIE les gouvernements et les laboratoires de continuer à collaborer à l'établissement du registre international des laboratoires détenant des stocks de virus variolique ou des prélèvements provenant de cas de variole, et de faire en sorte que, conformément à la recommandation du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles que le Conseil exécutif a faite sienne dans sa résolution EB59.R28, ces stocks et prélèvements ne soient conservés que par des centres collaborateurs de l'OMS dans des conditions garantissant une sécurité maximale;
3. PRIE tous les Etats Membres de continuer à fournir un soutien financier au programme d'éradication de la variole, soit par l'intermédiaire du compte spécial pour l'éradication de la variole du fonds bénévole pour la promotion de la santé, soit sur une base bilatérale, afin que le dernier foyer connu de variole puisse être éliminé aussi rapidement que possible;
4. PRIE tous les Etats Membres de revoir leur programme de vaccination et leur réglementation à ce sujet en examinant s'il est possible de réduire les exigences inutiles en matière de vaccination;

5. INVITE instamment tous les gouvernements à utiliser pleinement les compétences du personnel international et national ayant l'expérience de la surveillance de la variole et des mesures d'endiguement qui peuvent être nécessaires pour interrompre efficacement la transmission de la maladie et à prendre des dispositions en vue d'une évaluation indépendante dans les pays où l'éradication de la variole n'a pas encore été certifiée;
6. INVITE les Etats Membres à continuer de faire des dons de vaccin au fonds bénévole pour la promotion de la santé jusqu'à ce qu'aient été constituées des réserves suffisantes pour vacciner 200 à 300 millions de personnes;
7. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de ce programme pendant les douze prochains mois.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.8.3.1

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission B, septième rapport)*

### **WHA30.53 Programme élargi de vaccination**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de situation du Directeur général sur le programme élargi de vaccination et pris connaissance des fonds alloués au programme conjoint d'éradication de la variole et de vaccination tels qu'ils figurent dans le projet de budget programme pour 1978 et 1979,<sup>1</sup>

1. PREND NOTE des efforts incessants qui sont déployés pour développer le programme aux niveaux national, régional et mondial, ainsi que des progrès accomplis pour donner effet aux résolutions WHA27.57 et WHA29.63;
2. APPROUVE les objectifs du programme et l'énoncé de politique générale présenté dans le rapport de situation susmentionné et souligne en particulier l'importance des normes sociales et techniques en tant qu'éléments inhérents à tout programme de vaccination efficace et bien géré;
3. RECOMMANDE aux Etats Membres de formuler des plans spécifiques pour le développement ou la poursuite d'activités de vaccination de longue durée;
4. PRIE instamment les gouvernements et les institutions scientifiques compétentes d'intensifier les recherches scientifiques visant à mettre au point des vaccins améliorés et plus stables et à perfectionner les techniques de vaccination, notamment pour les vaccinations multiples, ainsi que le diagnostic, la prophylaxie et le traitement des complications postvaccinales;
5. PRIE instamment les gouvernements et les organismes qui sont en mesure d'offrir des fonds ou leur équivalent en matériel et en fournitures de considérer la modicité des ressources disponibles au titre du budget ordinaire de l'Organisation ainsi que le caractère permanent du programme, et de fournir un soutien maximal de longue durée par l'intermédiaire du fonds bénévole pour la promotion de la santé (compte spécial du programme élargi de vaccination) ou sur une base bilatérale, afin de permettre une programmation par pays pour des périodes de cinq à dix ans;
6. RECOMMANDE à l'Organisation d'intensifier son activité en coordonnant avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et les donateurs l'acquisition et la distribution des vaccins utilisés dans le programme et en s'assurant que ces vaccins répondent aux normes minimales d'activité et de stabilité;
7. PRIE le Directeur général de collaborer étroitement avec les Etats Membres aux activités de recherche et d'éducation sanitaire ainsi qu'au développement, par la formation et le soutien sur le terrain, des capacités gestionnaires des personnels d'encadrement de niveaux moyen et supérieur afin d'établir des systèmes de distribution de vaccins efficaces et permanents qui conduiront à une couverture vaccinale totale, notamment pour les populations rurales;
8. PRIE le Directeur général de tenir l'Assemblée de la Santé régulièrement informée des progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme, en particulier pour ce qui est du nombre des pays ayant participé au programme et de la proportion des enfants en ayant bénéficié.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.8.3.2

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission B, septième rapport)*

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 236, 1976, p. 185.

**WHA30.54 Production régionale de vaccins pour le programme élargi de vaccination**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant que les enfants constituent une fraction notable de la population dans les pays en développement, que la morbidité et la mortalité infantiles y sont élevées et qu'une très forte proportion des décès considérés sont dus à des maladies transmissibles évitables;

Sachant que ces taux de morbidité et de mortalité peuvent être efficacement réduits par la vaccination comme il a été souligné dans les résolutions WHA27.57 et WHA29.63;

Considérant que la production de vaccins n'est pas à la mesure des besoins mondiaux et que, pour exécuter efficacement le programme élargi de vaccination, il faudrait que les Régions se suffisent à elles-mêmes en matière de production de vaccins,

1. APPELLE L'ATTENTION sur l'importance des principes directeurs du programme élargi de vaccination en ce qui concerne la promotion de l'autosuffisance régionale et nationale en matière de production de vaccins, tels qu'ils sont énoncés dans le rapport de la situation établi par le Directeur général;
2. PRIE instamment le Directeur général et les Directeurs régionaux de mettre ces principes en application aussi rapidement que possible, en tenant tout particulièrement compte de la nécessité d'identifier les centres qui devraient développer les capacités régionales de production de vaccins ainsi que de faire en sorte que les compétences techniques les plus récentes et les ressources nécessaires soient mises à leur disposition.

Rec. résol., Vol. II (2<sup>e</sup> éd.), 1.8.3.2

*Quatorzième séance plénière, 19 mai 1977  
(Commission B, septième rapport)*

## DÉCISIONS

**i) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des douze Etats Membres suivants: Algérie; Australie; Bangladesh; Botswana; Brésil; Burundi; Cap-Vert; El Salvador; Luxembourg; Oman; Pologne; et Tunisie.

*Première séance plénière, 2 mai 1977*

**ii) Composition de la Commission des Désignations**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé a élu une Commission des Désignations comprenant les délégués des vingt-quatre Etats Membres suivants: Angola; Barbade; Bulgarie; Chine; Côte d'Ivoire; Emirats arabes unis; Equateur; Etats-Unis d'Amérique; France; Ghana; Irak; Islande; Jamaïque; Népal; Nicaragua; Nouvelle-Zélande; Pakistan; République populaire démocratique de Corée; République-Unie du Cameroun; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord; Rwanda; Sénégal; Union des Républiques socialistes soviétiques; et Yémen.

*Première séance plénière, 2 mai 1977*

**iii) Vérification des pouvoirs**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations suivantes:

*Membres*

Afghanistan; Albanie; Algérie; Allemagne, République fédérale d'; Angola; Arabie Saoudite; Argentine; Australie; Autriche; Bahreïn; Bangladesh; Barbade; Belgique; Bénin; Birmanie; Bolivie; Botswana; Brésil; Bulgarie; Burundi; Canada; Cap-Vert; Chili; Chine; Chypre; Colombie; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Danemark; Egypte; El Salvador; Emirats arabes unis; Empire Centrafricain; Equateur; Espagne; Etats-Unis d'Amérique; Ethiopie; Fidji; Finlande; France; Gabon; Gambie; Ghana; Grèce; Guatemala; Guinée; Guinée-Bissau; Haïti; Haute-Volta; Honduras; Hongrie; Inde; Indonésie; Irak; Iran; Irlande; Islande; Israël; Italie; Jamahiriya Arabe Libyenne; Jamaïque; Japon; Jordanie; Kenya; Koweït; Lesotho; Liban; Libéria; Luxembourg; Madagascar; Malaisie; Malawi; Maldives; Mali; Malte; Maroc; Maurice; Mauritanie; Mexique; Monaco; Mongolie; Mozambique; Népal; Nicaragua; Niger; Nigéria; Norvège; Nouvelle-Zélande; Oman; Ouganda; Pakistan; Panama; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Paraguay; Pays-Bas; Pérou; Philippines; Pologne; Portugal; Qatar; République Arabe Syrienne; République de Corée; République Démocratique Allemande; République démocratique populaire lao; République populaire démocratique de Corée; République socialiste du Viet Nam; République-Unie de Tanzanie; République-Unie du Cameroun; Roumanie; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord; Rwanda; Samoa;<sup>1</sup> Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Singapour; Somalie; Souaziland; Soudan; Sri Lanka; Suède; Suisse; Surinam; Tchad; Tchécoslovaquie; Thaïlande; Togo; Tonga; Trinité-et-Tobago; Tunisie; Turquie; Union des Républiques socialistes soviétiques; Uruguay; Venezuela; Yémen; Yémen démocratique; Yougoslavie; Zaïre; et Zambie.

*Membre associé*

Namibie

*Quatrième, neuvième et treizième séances plénières, 4, 9 et 13 mai 1977*

**iv) Election du président et des vice-présidents de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, après examen du rapport de la Commission des Désignations, a élu:

<sup>1</sup> Pouvoirs acceptés provisoirement.

*Président* : D<sup>r</sup> S. Tapa (Tonga);

*Vice-Présidents* : D<sup>r</sup> R.I. Husain (Irak), D<sup>r</sup> E. Schultheisz (Hongrie), M. H. K. M. Kyemba (Ouganda), D<sup>r</sup> C. L. Ortega (Argentine), M<sup>me</sup> S. Obeysekera (Sri Lanka).

*Deuxième séance plénière, 3 mai 1977*

**v) Election du bureau des commissions principales**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, après examen du rapport de la Commission des Désignations, a élu présidents des commissions principales:

COMMISSION A: *Président*, D<sup>r</sup> Méropi Violaki-Paraskeva (Grèce).

COMMISSION B: *Président*, D<sup>r</sup> M. L. Ibrahim (Egypte).

*Deuxième séance plénière, 3 mai 1977*

Les commissions principales ont ultérieurement élu vice-présidents et rapporteurs:

COMMISSION A: *Vice-Président*, D<sup>r</sup> J. Wright (Niger); *Rapporteur*, D<sup>r</sup> A. S. Hassoun (Irak).

COMMISSION B: *Vice-Président*, M. F. V. Cabo (Mozambique); *Rapporteur*, D<sup>r</sup> C. J. Herrarte (Guatemala), puis D<sup>r</sup> E. A. Pinto (Honduras).

*Premières séances des Commissions A et B, 4 mai 1977*

**vi) Constitution du Bureau de l'Assemblée**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations formulées par la Commission des Désignations, a élu les délégués des seize pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée: Bahreïn; Bénin; Birmanie; Botswana; Chine; Cuba; Equateur; Etats-Unis d'Amérique; France; Gabon; Gambie; Nicaragua; Niger; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord; Union des Républiques socialistes soviétiques; et Yémen.

*Deuxième séance plénière, 3 mai 1977*

**vii) Adoption de l'ordre du jour**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cinquante-neuvième session, avec l'inclusion d'un point et la suppression de quatre points.<sup>1</sup>

*Troisième et huitième séances plénières, 3 et 10 mai 1977*

**viii) Rapport annuel du Directeur général pour 1976**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'activité de l'Organisation mondiale de la Santé en 1976, a pris acte avec satisfaction de la manière dont le programme de 1976 a été élaboré et exécuté, conformément aux principes établis par l'OMS, et a félicité le Directeur général de l'œuvre accomplie.

*Huitième séance plénière, 10 mai 1977*

**ix) Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée,<sup>2</sup> a élu les Etats suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie

<sup>1</sup> L'ordre du jour définitif est reproduit dans: OMS, Actes officiels, N° 241, 1977.

<sup>2</sup> Le rapport du Bureau de l'Assemblée est reproduit dans: OMS, Actes officiels, N° 241, 1977.

du Conseil exécutif: Angola, Bolivie, Botswana, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Inde, Jamahiriya Arabe Libyenne, Portugal, République Démocratique Allemande, et Tunisie.

*Neuvième séance plénière, 11 mai 1977*

**x) Attribution de la Médaille et du Prix de la Fondation Léon Bernard**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Comité de la Fondation Léon Bernard, a décerné la Médaille et le Prix de la Fondation Léon Bernard pour 1977 au Professeur G. A. Canaperia et lui a rendu hommage pour les éminents services qu'il a rendus à la cause de la santé publique et de la médecine sociale.

*Neuvième séance plénière, 11 mai 1977*

**xi) Attribution de la Médaille et du Prix de la Fondation D<sup>r</sup> A. T. Shousha**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Comité de la Fondation D<sup>r</sup> A.T. Shousha, a décerné la Médaille et le Prix de la Fondation D<sup>r</sup> A. T. Shousha pour 1977 au D<sup>r</sup> Ahmed Abdallah Ahmed et lui a rendu hommage pour sa contribution particulièrement marquante à la cause de la santé publique dans la zone géographique où le D<sup>r</sup> A. T. Shousha a servi l'Organisation mondiale de la Santé.

*Dixième séance plénière, 12 mai 1977*

**xii) Rapport annuel du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies pour 1975**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé a pris note de l'état des opérations de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies, tel qu'il apparaît dans le rapport annuel du Comité mixte de la Caisse pour 1975 et dont le Directeur général lui a rendu compte.

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, cinquième rapport)*

**xiii) Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le membre du Conseil exécutif désigné par le Gouvernement de la Bolivie membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS et le membre du Conseil exécutif désigné par le Gouvernement de l'Inde membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour une durée de trois ans.

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977  
(Commission B, cinquième rapport)*

**xiv) Rapports du Conseil exécutif sur ces cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Conseil exécutif sur ses cinquante-huitième <sup>1</sup> et cinquante-neuvième <sup>2</sup> sessions, a approuvé les rapports, a félicité le Conseil du travail qu'il avait accompli, et a prié le Président de transmettre les remerciements de l'Assemblée de la Santé aux membres du Conseil exécutif dont le mandat venait à expiration immédiatement après la clôture de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé.

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977*

**xv) Choix du pays où se tiendra la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, vu les dispositions de l'article 14 de la Constitution, a décidé que la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé se tiendra en Suisse.

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977*

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 235, 1976.

<sup>2</sup> OMS, Actes officiels, N° 238 et N° 239, 1977.

**xvi) Date et durée des sessions de l'Assemblée de la Santé**

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné la recommandation du Bureau de l'Assemblée, a prié le Conseil exécutif de fixer également la durée de chaque session de l'Assemblée de la Santé lorsqu'il en arrêtera la date aux termes de l'article 15 de la Constitution.

*Treizième séance plénière, 18 mai 1977*

---

## **ANNEXES**



## Annexe 1

### DIX-NEUVIÈME RAPPORT DU COMITÉ DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE DES MALADIES TRANSMISSIBLES <sup>1</sup>

[A30/26 — 29 mars 1977]

*Le Directeur général a l'honneur de présenter à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé le dix-neuvième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles.*

*Le Comité a examiné le rapport du Directeur général sur l'application du Règlement sanitaire international (1969) au cours de la période du 1<sup>er</sup> janvier 1973 au 31 décembre 1975. Il a passé en revue les réserves précédemment acceptées par l'Assemblée de la Santé pour une période donnée, les certificats de vaccination exigés dans les voyages internationaux et la situation concernant les « maladies sous surveillance ». La fréquence des réunions du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles, le contrôle du virus variolique dans les laboratoires et les aspects du Règlement sanitaire international intéressant la biologie des vecteurs ont également retenu l'attention du Comité.*

#### TABLE DES MATIÈRES

[WHO/IQ/76.155]

	Pages		Pages
A. Application du Règlement sanitaire international (1969) au cours de la période du 1 <sup>er</sup> janvier 1973 au 31 décembre 1975 . . . . .	42	E. Fréquence des réunions du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles . . . . .	62
B. Règlement sanitaire international (1969) modifié en 1973: Réserves . . . . .	57	F. Contrôle du virus variolique dans les laboratoires	63
C. Certificats de vaccination exigés dans les voyages internationaux . . . . .	60	G. Aspects du Règlement sanitaire international intéressant la biologie des vecteurs . . . . .	63
D. Examen de la situation concernant les « maladies sous surveillance » . . . . .	61	H. Vaccin antiamaril . . . . .	63
		Appendice. Cas de maladies soumises au Règlement provoqués par le trafic international ou observés dans celui-ci qui ont été notifiés à l'OMS du 1 <sup>er</sup> janvier 1973 au 31 décembre 1975 . . . . .	63

Le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles a tenu sa dix-neuvième session au Siège de l'OMS, à Genève, du 22 au 26 novembre 1976.

#### Membres

- D<sup>r</sup> J. M. Borgoño, Chef du Service de l'Hygiène du Milieu, Ministère de la Santé publique, Santiago du Chili, Chili
- D<sup>r</sup> P. N. Burgasov, Ministre adjoint, Ministère de la Santé de l'URSS, Moscou, Union des Républiques socialistes soviétiques (*Vice-Président*)
- D<sup>r</sup> J. S. Gill, Médecin régional par intérim, Services de Santé des Collectivités, Département de la Santé publique, Port Hedland, Australie
- D<sup>r</sup> J. L. Kilgour, Chef de la Division de la Santé internationale, Département de la Santé et de la Sécurité sociale, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (*Président*)
- D<sup>r</sup> W. Koinange Karuga, Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles et de l'Epidémiologie de ces Maladies, Ministère de la Santé, Nairobi, Kenya (*Rapporteur*)

D<sup>r</sup> 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

D<sup>r</sup> M. Thaug, Directeur adjoint (Epidémiologie), Département de la Santé, Ministère de la Santé, Rangoon, Birmanie

Professeur M. H. Wahdan, Chef du Département d'Epidémiologie et Vice-Doyen de l'Institut supérieur de la Santé publique, Alexandrie, Egypte.

#### Représentants d'autres organisations

D<sup>r</sup> G. Bergot, Conseil de Coordination des Associations aéroportuaires

M. R. W. Bonhoff, Directeur (Facilitation), Relations gouvernementales et publiques, Association du Transport aérien international

M. H. A. Seidelmann, Chef de la Section de la Facilitation, Organisation de l'Aviation civile internationale

<sup>1</sup> Voir résolution WHA30.19.

*Secrétariat*

D<sup>r</sup> H. Bijkerk, Chef de la Section des Maladies infectieuses, Ministère de la Santé publique et de la Protection de l'Environnement, Leidschendam, Pays-Bas (*Conseiller temporaire*)

D<sup>r</sup> J. O. Bond, Département des Maladies transmissibles, Bureau régional des Amériques/Bureau sanitaire panaméricain

D<sup>r</sup> I. Carter, Service de la Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (*Secrétaire*)

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

Le D<sup>r</sup> W. Ch. Cockburn, Directeur de la Division des Maladies transmissibles, a ouvert la session au nom du Directeur général. Il a fait observer que le Comité se réunissait à un moment où la variole était pratiquement éradiquée. Cependant, la récente poussée épidémique d'une maladie du type de celle de Marburg montrait qu'il ne fallait pas relâcher la vigilance.

Le D<sup>r</sup> Cockburn a noté que l'administration du Règlement au cours des trois années écoulées depuis

la précédente session n'avait pas posé de problèmes majeurs.

Si l'imminence de l'éradication de la variole paraissait pouvoir justifier une révision du Règlement, on estimait que le moment n'était pas encore venu de procéder à des modifications radicales. Le Comité ne devait pas perdre de vue la nécessité de dispositions qui permettent de faire face à des situations inattendues, comme celle due à la récente flambée de la maladie de type Marburg, tout en n'étant pas rigides au point d'entraver les activités administratives au jour le jour, eu égard en particulier à l'augmentation rapide du nombre des personnes qui voyagent. Une lutte internationale efficace contre les maladies transmissibles requiert la communication sans délai de renseignements à tous les intéressés.

La question du contrôle du virus variolique dans les laboratoires méritait de retenir spécialement l'attention en raison du danger d'infections accidentelles.

Le D<sup>r</sup> J. L. Kilgour a été élu président du Comité, le D<sup>r</sup> P. N. Burgasov vice-président et le D<sup>r</sup> W. Koimange Karuga rapporteur. Le projet d'ordre du jour a été adopté.

## A. Application du Règlement sanitaire international (1969) au cours de la période du 1<sup>er</sup> janvier 1973 au 31 décembre 1975

Le Comité a examiné le rapport du Directeur général sur l'application du Règlement sanitaire international (1969). Ce rapport est reproduit ci-après, les diverses sections étant suivies, lorsqu'il y a lieu, des observations et recommandations du Comité (en italique).

### 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 trois périodes annuelles, celles du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1973, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1974 et du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1975.<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, 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.

## RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)

### TITRE II — NOTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

#### Article 11

3. *Seychelles*. Le Gouvernement indique qu'aucune information, communiquée en application de l'article 11, paragraphe 1, ne lui est parvenue au sujet de l'épidémie de choléra aux Comores. (Une situation analogue a fait l'objet d'un échange de correspondance en ce qui concerne Sri Lanka, le Malawi et le Kenya

en janvier 1975. La possibilité de recourir au service automatique de réponse par télex a été rappelée aux

<sup>1</sup> Les rapports précédents ont été publiés dans: OMS, Actes officiels, N° 56, 1954, p. 3; N° 64, 1955, p. 1; N° 72, 1956, p. 3; N° 79, 1957, p. 493; N° 87, 1958, p. 397; N° 95, 1959, p. 471; N° 102, 1960, p. 35; N° 110, 1961, p. 31; N° 118, 1962, p. 35; N° 127, 1963, p. 27; N° 135, 1964, p. 29; N° 143, 1965, p. 41; N° 168, 1968, p. 51; N° 176, 1969, p. 127; N° 193, 1971, p. 124; N° 209, 1973, p. 71; N° 217, 1974, p. 52.

autorités sanitaires des Seychelles. La présence du choléra dans les pays susmentionnés avait été signalée par ce service.)

4. Des notes épidémiologiques concernant les maladies soumises au Règlement ou placées sous surveillance internationale (résolutions WHA22.47 et WHA22.48) ainsi que d'autres maladies transmissibles ont été publiées dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. Grâce à la coopération de plusieurs administrations sanitaires, qui ont autorisé l'Organisation à reproduire ou à résumer des informations figurant dans les rapports nationaux sur les maladies transmissibles, des notes ont paru pendant la période 1973-1975 sur les sujets suivants: accidents (recherche sur les); actinomycose; adénovirus (infections à); amibiase; angine à streptocoques; animaux familiaux: un risque pour la santé; anticorps anti-rubéole; arbovirus; babésiose; bactériémie à *Bacteroides*; bactériémie à *Staphylococcus aureus*; botulisme; brucellose; centre épidémiologique des Caraïbes; charbon; choléra; chorioméningite; ciguatera; *Clostridium perfringens* (poussées d'intoxications à); conjonctivite hémorragique aiguë; coqueluche; cours de formation en épidémiologie et de lutte contre les maladies transmissibles; Coxsackie (infections à); dengue; dermatite à *Pseudomonas*; diphtérie; dysenterie; *Echinococcus granulosis* (infections à); échovirus (types 9, 11, 19); eczema vaccinatum et vaccine; encéphalite (équine, équine de l'est, équine de l'ouest, japonaise, de Saint-Louis; vénézuélienne); entérovirus; fièvre de Lassa; fièvre hémorragique; fièvre hémorragique dengue; fièvre jaune; fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses; fièvre Q; fièvre récurrente; fièvres typhoïde et paratyphoïdes; gastro-entérite; gonococcie; grippe; *Haemophilus influenzae* (infections à); hépatite; *Herpes simplex*; hydatidose; importation des primates; infections cutanées chez les manipulateurs de viande; infections intestinales; infections par le virus vaccinal; infections respiratoires; infection staphylococcique transmise par des aliments; infections urinaires anténatales; intoxications alimentaires; intoxications alimentaires par staphylocoques au cours de voyages aériens internationaux; intoxications par des pesticides; lèpre; leptospirose; lésions neurologiques chez des nouveau-nés après bain à l'hexachlorophène; listériose; maladie à virus de Marburg; maladies à virus (surveillance des); maladie de Chagas; maladies diarrhéiques; maladies transmises par le lait; maladies transmises par les aliments (poussées épidémiques de); maladies transmises par voie sexuelle; maladies vénériennes; *Mastomys*; méningite; méningite à méningocoques; méningocoques (infections à); mononucléose infectieuse; *Mycoplasma pneumoniae*; mycoses (surveillance des); nitrite (intoxication par un); normes microbiologiques pour les produits carnés; onchocercose; oreillons; ornithose; paludisme; *Pasteurella* et *Yersinia* (infections à); peste; peste des rongeurs sauvages; pian; poliomyélite; produits bactériens à usage vétérinaire; psittacose; qualité des aliments et de l'eau et gestion des déchets dans le trafic international (consultation informelle sur); rage;

rayonnements (exposition aux); rhinovirus (infections à); rodenticides; rougeole; rubéole; *Salmonella* (surveillance des); schistosomiase; *Shigella* (surveillance des); staphylocoques (surveillance des); streptocoques du groupe B (infections à); syndrome hémorragique d'Altamira; syndrome mains-pieds-bouche; syphilis; tétanos; toxoplasmose; transport des produits pathologiques pour examen de laboratoire; trichinose; troubles neurologiques associés à des virus; tuberculose; typhus; vaccination: rougeole, oreillons et rubéole; vaccinations; variole (surveillance de la); *Vibrio parahaemolyticus*; *Yersinia enterocolitica* (infections à); zona; zoonoses (surveillance chez les primates).

5. *Union des Républiques socialistes soviétiques*. Le Gouvernement estime qu'il serait souhaitable que le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* publie au moins une fois par mois les totaux cumulatifs depuis le début de l'année (en rappelant pour comparaison les chiffres de l'année précédente) des cas de peste, de choléra et de fièvre jaune, comme cela se fait actuellement pour la variole.

6. 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, une surveillance épidémiologique pour certaines maladies transmissibles (la grippe virale, la poliomyélite paralytique, le typhus à poux, la fièvre récurrente à poux et le paludisme, en plus des quatre maladies soumises au Règlement).

7. Des guides techniques concernant la peste et la poliomyélite ont été mis au point pour aider les gouvernements à améliorer les activités actuelles de surveillance et à en entreprendre de nouvelles.

8. Les observations et suggestions formulées par les gouvernements à la suite de l'utilisation opérationnelle de ces guides en permettront la révision périodique.

*Le Comité a examiné la suggestion tendant à publier des totaux cumulatifs mensuels, par pays, des cas signalés de peste, de choléra et de fièvre jaune. Il a toutefois estimé que le plus important est que les cas nouveaux soient notifiés promptement; souvent, il n'en va pas ainsi et le changement proposé pourrait encore aggraver la situation. Aussi a-t-il été recommandé d'inviter une fois de plus les Etats Membres à notifier rapidement et complètement les cas de ces maladies et à entreprendre ou améliorer des activités de surveillance, notamment en fournissant des installations de laboratoire adéquates. Le Comité a conclu qu'il n'y a pas lieu de modifier la présentation du Relevé épidémiologique hebdomadaire.*

**Article 13**

9. En exécution de l'article 13, paragraphe 1, du Règlement et conformément à l'article 62 de la Constitution, les Etats et zones mentionnés ci-après — 87 pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1973, 84 pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1974 et 83 pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1975 — 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 des périodes considérées.

- Afghanistan (1974)  
 Algérie (1973)  
 Allemagne, République fédérale d' (1973, 1974, 1975)  
 Angola (1974)  
 Antigua (1974)  
 Arabie Saoudite (1973, 1975)  
 Argentine (1973, 1975)  
 Australie (1973, 1975)  
 Autriche (1973)  
 Bahamas (1974, 1975)  
 Bahreïn (1973, 1974, 1975)  
 Bangladesh (1973, 1975)  
 Barbade (1973, 1974, 1975)  
 Belgique (1973, 1975)  
 Bermudes (1974)  
 Brésil (1974, 1975)  
 Brunéi (1975)  
 Bulgarie (1975)  
 Burundi (1973)  
 Cambodge (1973)  
 Canada (1973, 1974, 1975)  
 Cayman, îles (1974, 1975)  
 Chili (1973, 1975)  
 Chypre (1973, 1974, 1975)  
 Colombie (1973, 1974)  
 Congo (1973, 1975)  
 Costa Rica (1973, 1974, 1975)  
 Cuba (1974, 1975)  
 Dahomey (1973)  
 Danemark (1973, 1974)  
 Egypte (1973, 1974, 1975)  
 El Salvador (1973, 1974, 1975)  
 Emirats arabes unis (1974, 1975)  
 Espagne (1973, 1975)  
 Etats-Unis d'Amérique (1973, 1974, 1975)  
 Ethiopie (1974, 1975)  
 Falkland (Malvinas), îles (1975)  
 Féroé, îles (1973)  
 Fidji (1974, 1975)  
 Finlande (1973, 1974)  
 France (1973, 1974, 1975)  
 Gabon (1973)  
 Ghana (1973)  
 Gibraltar (1974, 1975)  
 Gilbert-et-Ellice, îles (1974, 1975)  
 Grèce (1973, 1974, 1975)  
 Groenland (1973)  
 Guatemala (1973, 1974, 1975)  
 Guinée-Bissau (1974, 1975)  
 Guyane (1973, 1974, 1975)  
 Haute-Volta (1973, 1974, 1975)  
 Honduras (1974)  
 Hong Kong (1974, 1975)  
 Hongrie (1973, 1974, 1975)  
 Iles Vierges britanniques (1975)  
 Inde (1973, 1974, 1975)  
 Indonésie (1973, 1975)  
 Irak (1973, 1975)  
 Iran (1973, 1974, 1975)  
 Irlande (1973, 1974, 1975)  
 Islande (1973, 1975)  
 Israël (1973, 1974, 1975)  
 Jamaïque (1974, 1975)  
 Japon (1974, 1975)  
 Jordanie (1974, 1975)  
 Kenya (1974, 1975)  
 Koweït (1973, 1975)  
 Laos (1974)  
 Liban (1973)  
 Libéria (1973)  
 Luxembourg (1973)  
 Macao (1974)  
 Madagascar (1973)  
 Malaisie (1975)  
 Maldives (1973)  
 Mali (1973)  
 Malte (1973, 1974, 1975)  
 Maroc (1973, 1974)  
 Mexique (1973, 1974)  
 Mozambique (1974)  
 Népal (1975)  
 Nicaragua (1974)  
 Nigéria (1973, 1975)  
 Norvège (1973, 1975)  
 Nouvelle-Calédonie (1975)  
 Nouvelles-Hébrides (1974, 1975)  
 Nouvelle-Zélande (1973, 1974, 1975)  
 Ouganda (1974, 1975)  
 Pakistan (1973, 1975)  
 Panama (1973, 1974, 1975)  
 Paraguay (1973, 1975)  
 Pays-Bas (1973, 1974, 1975)  
 Philippines (1973, 1974)  
 Pologne (1973, 1974, 1975)  
 Polynésie française (1975)  
 Portugal (1973, 1974, 1975)  
 République Arabe Libyenne (1973, 1975)  
 République Arabe Syrienne (1973)  
 République Centrafricaine (1973, 1974)  
 République Démocratique Allemande (1973, 1974)  
 République Dominicaine (1973, 1975)  
 République du Sud Viet-Nam (1974)  
 République-Unie de Tanzanie (1973, 1975)  
 République-Unie du Cameroun (1973, 1974, 1975)  
 Rhodésie du Sud (1974)  
 Roumanie (1973, 1974)  
 Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (1973, 1974, 1975)  
 Rwanda (1974, 1975)  
 Saint-Christophe-Nevis-Anguilla (1974)  
 Sainte-Hélène (1974)  
 Sainte-Lucie (1974)  
 Sao Tomé-et-Principe (1974)  
 Sénégal (1973, 1974)  
 Seychelles (1974, 1975)  
 Sierra Leone (1973, 1974)  
 Singapour (1973, 1974, 1975)  
 Souaziland (1974)  
 Soudan (1973, 1975)  
 Sri Lanka (1973)  
 Suède (1973, 1975)  
 Suisse (1973, 1974)  
 Tchécoslovaquie (1973, 1974, 1975)

Territoire français des Afars et des Issas (1975)  
 Thaïlande (1973, 1974)  
 Timor (1974)  
 Togo (1974)  
 Trinité-et-Tobago (1973)  
 Turquie (1974)  
 Union des Républiques socialistes soviétiques (1973, 1974, 1975)  
 Venezuela (1973, 1974, 1975)  
 Yémen (1973)  
 Yémen démocratique (1973, 1974, 1975)  
 Yougoslavie (1973, 1974, 1975)  
 Zaïre (1975)  
 Zambie (1973)

10. *Union des Républiques socialistes soviétiques.* Le Gouvernement fait observer qu'aux termes de l'article 13 du Règlement, l'OMS doit préparer un rapport annuel sur l'application de celui-ci. Malheureusement, comme le Comité ne se réunit que tous les deux ans, les pays Membres ne reçoivent pas en fait un rapport annuellement. Il serait donc souhaitable que les informations soient communiquées aux pays Membres mêmes les années où il n'y a pas de réunion

du Comité. En outre, il serait bon de revenir à la pratique d'avant 1971, en vertu de laquelle les pays Membres présentaient un rapport sur l'application du Règlement durant la période du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin; cela permettrait au Comité d'examiner plus efficacement les renseignements transmis.

*Le Comité a noté que 33 pays seulement ont envoyé des rapports annuels conformément à l'article 13 du Règlement. Quarante-neuf Etats et zones ont fait rapport sur l'une des trois années considérées, 53 sur deux de ces trois années et 52 n'ont pas transmis de rapport du tout. Le Comité a estimé que si davantage d'Etats et zones faisaient rapport comme il convient, les travaux de l'Organisation s'en trouveraient améliorés. Bien que certains pays utilisent à leurs propres fins une période annuelle différente, le Comité a recommandé que les rapports à l'OMS portent sur l'année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre).*

*De l'avis du Comité, il serait utile qu'un rapport succinct annuel sur l'application du Règlement paraisse dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire.*

### TITRE III — ORGANISATION SANITAIRE

#### Article 14

11. *Japon.* Le Gouvernement appelle l'attention sur les problèmes posés ces dernières années par le volume accru du trafic aérien international, la sécurité des denrées alimentaires et de l'eau de boisson et la lutte contre les insectes à bord des aéronefs. Les informations provenant des pays sur les mesures sanitaires relatives aux denrées alimentaires et à l'eau sont extrêmement rares, de même que les rapports rendant compte de recherches sur l'infestation des aéronefs par les insectes. En raison de l'importance croissante de ces problèmes, les enquêtes ci-après ont été faites au Japon.

##### *a) Examen des aliments servis sur les vols internationaux*

Le Service de Quarantaine de l'aéroport de Tokyo a procédé à l'examen bactériologique de 232 échantillons de divers types d'aliments et de 8 échantillons de lait prélevés dans 40 aéronefs effectuant des vols internationaux qui ont atterri à l'aéroport international de Tokyo au cours de la période septembre 1973 – février 1974. Dans 230 cas, on a trouvé des organismes coliformes, dont deux pathogènes. Des staphylocoques pathogènes ont été identifiés en 15 occasions.

##### *b) Examen de l'eau de boisson sur les vols internationaux*

Le Service de Quarantaine de l'aéroport de Tokyo a examiné en laboratoire 76 échantillons d'eau de boisson recueillis à bord d'aéronefs effectuant des vols internationaux qui ont atterri à l'aéroport inter-

national de Tokyo au cours de la période avril 1973 – mars 1974. Seuls 32 échantillons étaient conformes aux normes en vigueur. Vingt échantillons se sont révélés non satisfaisants aux épreuves bactériologiques, 15 aux épreuves physico-chimiques et 9 aux deux types d'épreuves.

*Le Comité a rappelé qu'à sa dix-huitième session<sup>1</sup> il avait consacré à la question une discussion approfondie dont les conclusions demeurent valables. Toutes les administrations sanitaires nationales devraient être priées de veiller à la qualité des aliments et de l'eau fournis dans les aéroports et à bord des aéronefs. Il a été noté que l'Association du Transport aérien international a déjà fait paraître une utile publication intitulée Food Hygiene in Air Transport — Recommended Code of Practice.<sup>2</sup> Le Comité a recommandé que les Etats Membres informent l'Organisation mondiale de la Santé des normes qu'ils appliquent et des méthodes qu'ils emploient pour contrôler la qualité des aliments et de l'eau. D'autres informations utiles sur ce sujet seront publiées au début de 1977 par l'OMS (Guide d'hygiène et de salubrité dans les transports aériens (deuxième édition)).*

#### Article 15

12. *Japon.* Le Gouvernement indique qu'une enquête portant sur 42 aéronefs effectuant des vols internationaux (38 transportant des passagers et 4 avions

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 217, 1974, p. 65.

<sup>2</sup> Montréal (Canada), mai 1976.

cargos) qui ont atterri à l'aéroport international de Tokyo au cours de la période juillet 1972 – août 1973 a révélé que ces appareils étaient infestés par les insectes ci-après:

INSECTES IMPORTANTS DU POINT DE VUE MÉDICAL CAPTURÉS À L'AÉROPORT INTERNATIONAL DE TOKYO À BORD D'AÉRONEFS EFFECTUANT DES VOLS INTERNATIONAUX (1972-1973)

Espèces	Mâles	Femelles	Larves	Capsules d'œufs	Total
<i>Musca domestica</i>	27	32			59
<i>Culex fatigans</i> *	9	15			24
<i>Culex gelidus</i> **	0	2			2
<i>Culex pseudovishnui</i> *	0	1			1
<i>Culex sitiens</i> , groupe **	0	1			1
<i>Culex</i> , spp. **	—	—			3
<i>Aedes aegypti</i> **	0	1			1
<i>Mansonia uniformis</i> *	0	1			1
<i>Anopheles subpictus</i> **	0	1			1
<i>Supella longipalpa</i> **	1	0	1	1	3
<i>Blatella germanica</i>	0	(3)	1		1
<i>Blatta</i> , spp. **	0	—	3		3
Mouches inconnues **	—	—			2
Total					102

\* Espèces n'existant pas dans la région de Tokyo.

\*\* Espèces n'existant pas au Japon.

( ) Nombre d'insectes morts recueillis.

*Le Comité a estimé que ces résultats reflètent l'insuffisance des mesures actuelles de désinsectisation et qu'il y a lieu d'appeler l'attention des transporteurs sur la nécessité de se conformer plus étroitement aux règlements pertinents des Etats Membres intéressés.*

#### Article 17

13. *Japon.* Le Gouvernement signale que des navires sont arrivés dans des ports japonais avec des certificats de dératisation ou d'exemption de la dératisation délivrés par des ports de mer d'Etats non membres ou par des ports ne figurant pas sur la liste de ceux habilités par les autorités sanitaires compétentes à délivrer de tels certificats. Il est recommandé que les pays en cause soient priés de se conformer aux règles en vigueur.

*Le Comité a pris note des difficultés signalées; à son avis, le meilleur moyen de résoudre le problème serait que des arrangements bilatéraux à ce sujet soient conclus par les Etats concernés.*

### TITRE IV — MESURES ET FORMALITÉS SANITAIRES

#### Chapitre I — Dispositions générales

##### Article 28

14. *Union des Républiques socialistes soviétiques.* Le Gouvernement relève que les notifications prévues par cet article au titre de la surveillance médicale sont rarement adressées aux autres pays. Il serait souhaitable que l'OMS envisage d'établir des modèles de formulaires qui permettraient la transmission des renseignements voulus (de préférence en code, pour des raisons d'économie) par divers moyens de communication. Cette mesure favoriserait l'envoi des notifications.

*Le Comité a discuté de la nécessité, pour les gouvernements Membres, d'accélérer et de faciliter la diffusion internationale des informations épidémiologiques urgentes en indiquant les noms, les numéros de téléphone professionnels et personnels et les numéros de télex des responsables à qui ces informations doivent être adressées, même en dehors des heures ou jours de travail officiels. Il a été noté qu'une telle liste existe déjà dans une Région; on espère que cet exemple sera suivi aussitôt que possible dans les autres Régions.*

#### Chapitre III — Mesures sanitaires applicables durant le trajet entre les ports ou aéroports de départ et d'arrivée

##### Article 35

15. *Union des Républiques socialistes soviétiques.* Le Gouvernement déclare que, le paragraphe 1 c) de l'article 21 ayant été supprimé, la notion de « zone de

transit direct » est maintenant un peu vague et que des problèmes se posent en raison du maintien des autres articles se référant à de telles zones. Les autorités intéressées au premier chef (c'est-à-dire les services de santé des pays où arrivent des voyageurs ayant passé par des zones de transit direct) ne savent pas si un voyageur a séjourné ou non dans une zone de transit direct puisque les autorités sanitaires ne sont plus tenues d'informer l'OMS de l'établissement de ces zones.

Etant donné que l'article 35, qui définit les mesures applicables aux voyageurs ayant passé par une zone de transit direct, ne fait aucune distinction entre ces personnes et celles dont le débarquement ou le transfert se sont opérés, sous le contrôle des autorités sanitaires, dans des aéroports ne comportant pas de telles zones, on peut douter qu'il soit nécessaire de conserver la notion de « zone de transit direct ».

*Le Comité a noté que le rôle des zones de transit direct n'est pas purement médical. Toutefois, des amendements à ce sujet pourraient être envisagés lors de l'examen des autres modifications que rendra nécessaire l'éradication de la variole.*

#### Chapitre IV — Mesures sanitaires à l'arrivée

##### Article 37

16. *Union des Républiques socialistes soviétiques.* Le Gouvernement formule l'observation suivante inspirée par de nombreuses années d'expérience: le nombre des

voyageurs internationaux augmentant sans cesse, il est de plus en plus difficile de leur demander oralement où ils ont séjourné avant leur arrivée dans le pays; l'examen des passeports pour se renseigner à cet égard soulève également des problèmes et ne fournit pas toujours les indications souhaitées. C'est pourquoi on a établi un questionnaire de santé qui doit être rempli par les personnes arrivant dans le pays.

Il serait donc souhaitable d'ajouter à l'article 37 le nouveau paragraphe 3 ci-après (l'actuel paragraphe 3 devenant le paragraphe 4):

## TITRE V — DISPOSITIONS PROPRES A CHACUNE DES MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

### Chapitre I — Peste

1973

17. *Etats-Unis d'Amérique*. Le Gouvernement communique ce qui suit:

#### a) Cas humains

Deux cas non mortels de peste humaine ont été diagnostiqués aux Etats-Unis en 1973. A Payson (Arizona), une fillette de 9 ans étant tombée malade, l'analyse de sang a révélé la présence d'un micro-organisme Gram négatif identifié comme *Yersinia pestis*. En 1972, *Y. pestis* avait été décelé chez des animaux dans la région montagneuse où habite la fillette après qu'un cas isolé de peste, dû à un contact direct avec un lynx, eut été enregistré.

Le deuxième cas s'est produit chez un homme de 64 ans à Lincoln (Nouveau-Mexique). L'examen des échantillons de sang a permis de déceler la présence d'*Y. pestis* et l'enquête épidémiologique a révélé qu'il y avait eu un contact avec des souris mortes dans une ferme de Lincoln (Nouveau-Mexique). La peste sylvatique a été signalée dans la plupart des comtés du Nouveau-Mexique au cours des dernières années.

#### b) Surveillance

En 1973, une épizootie de peste a été observée parmi les rongeurs sauvages dans les comtés californiens de Siskiyou, Tulare et Riverside. Ces zones ne présentent pas d'importance pour les voyages internationaux. On a également enregistré une épizootie chez les cynomys près de Shiprock (Nouveau-Mexique). Comme celles susmentionnées de Californie, cette zone ne présente pas d'importance pour les voyages internationaux et des mesures de surveillance et de lutte appropriées y ont été appliquées.

1974

18. *Etats-Unis d'Amérique*. Le Gouvernement communique ce qui suit:

#### a) Cas humains

Huit cas de peste humaine ont été signalés aux Etats-Unis en 1974, sept au Nouveau-Mexique et un dans l'Utah. Il y a eu un décès au Nouveau-Mexique. Les zones affectées ne présentent pas d'importance pour les voyages internationaux.

1) Le premier cas, qui a entraîné le premier décès dû à la peste aux Etats-Unis depuis 1970, a concerné une fillette de 12 ans de Mentmore (Nouveau-Mexique).

« Les autorités sanitaires sont en droit d'exiger de toute personne qui arrive une déclaration écrite indiquant les lieux où elle a séjourné au cours des quatorze jours ayant précédé son arrivée. »

*Le Comité a reconnu que, pour la surveillance de la variole, il est nécessaire d'avoir des informations sur les mouvements d'un voyageur au cours des quatorze jours ayant précédé son arrivée. Toutefois, le Comité a estimé qu'il n'y a pas lieu pour le moment de modifier cette section, eu égard en particulier à l'état d'avancement de l'éradication de la variole.*

L'épreuve de l'immunofluorescence pratiquée sur des échantillons de sang et de liquide céphalo-rachidien a révélé la présence d'*Y. pestis* et ce résultat a été confirmé par la réaction au bactériophage antipesteux et par des épreuves biochimiques sur isolat de sang. Deux semaines avant sa maladie, la fillette avait passé plusieurs nuits dans une bergerie située à environ 1,5 km de son domicile. On n'a pas pu déterminer si les piqûres d'insectes dont elle portait la trace à la partie inférieure des jambes s'étaient produites à son domicile ou à la bergerie. Aucun des chiens domestiques présents à ces deux endroits n'avait de puces. Près de la bergerie, on a découvert une colonie de cynomys ainsi que des nids récemment abandonnés de néotomes. Au printemps de 1974, des chiens pour lesquels les épreuves sérologiques de dépistage de la peste dont donné des résultats positifs ont été trouvés aux environs de Mentmore et, en 1973, les activités de surveillance de la peste avaient permis de découvrir des cynomys pesteux dans une zone située à 10 km au nord.

2) Le deuxième cas a concerné un garçonnet de 5 ans du comté du Lac Salé (Utah). Lors de l'hospitalisation, on a observé un gros nodule sensible au niveau de l'aisselle gauche. Une ponction du bubon a donné un matériel contenant des bâtonnets Gram négatifs qui ont été confirmés comme *Y. pestis*. Le garçonnet ne s'était pas rendu, au cours du mois précédant la maladie, dans une zone montagneuse ou rurale, mais il avait passé quelque temps dans un secteur économiquement défavorisé du comté où se trouvaient des lapins, des cobayes, des chiens, des chats et un hibou. A cet endroit, les enfants capturent des rats et des campagnols pour nourrir le hibou et ont même, dans le passé, pris des tamias. Aucun autre cas n'a été signalé. Il s'agissait du premier cas de peste enregistré dans l'Utah depuis 1966.

3) Le troisième cas s'est produit chez une fillette de 5 ans dans le comté de McKinley (Nouveau-Mexique). Elle n'avait eu aucun contact récent avec des cynomys ou d'autres petits rongeurs. Toutefois, elle avait été journellement en contact avec des chiens sauvages ou domestiques près de Rock Springs (Nouveau-Mexique) et elle s'était en outre rendue dans la région de Tohatchi (Nouveau-Mexique) au cours des cinq jours ayant précédé l'apparition de la maladie.

4) Dans le quatrième cas, le malade était un adolescent de 19 ans de Santa Fe (Nouveau-Mexique).

Une incision pratiquée sur une grosseur de la région fémorale droite a révélé l'existence d'un gros ganglion lymphatique hémorragique et gangreneux. Dans une culture de ce ganglion, on a décelé un micro-organisme bipolaire et Gram négatif en forme de bâtonnet. L'épreuve de l'immunofluorescence a permis d'établir qu'il s'agissait d'*Y. Pestis*. Avant sa maladie, le sujet avait passé quelque temps, près de chez lui, dans une zone aride des abords de Santa Fe qui est l'habitat du pin pignon et du genévrier. De nombreux lapins et petits rongeurs ont été observés à cet endroit mais on n'a relevé aucun indice d'une épizootie locale de peste chez ces animaux.

Dans trois des quatre premiers cas de peste bubonique signalés en 1974 dans le sud-ouest des Etats-Unis, il y a eu des nausées et des vomissements. Deux des trois malades présentant des bubons aux jambes avaient un abdomen douloureux ou sensible, peut-être en raison d'une extension de l'adénite aux ganglions lymphatiques mésentériques.

5) Le cinquième cas s'est produit chez une fillette de 6 ans à Los Alamos (Nouveau-Mexique). La confirmation de la peste a été obtenue au moyen des épreuves d'immunofluorescence et de différenciation ainsi que par la réaction d'hémagglutination. Il n'y avait eu aucune exposition apparente à des rongeurs sauvages mais la fillette avait été en contact avec les chats et chiens de la famille. Des puces ont été trouvées sur des campagnols et des tamias capturés à proximité de son domicile.

6) Le sixième cas s'est déclaré chez un médecin de 28 ans dans le comté de McKinley (Nouveau-Mexique). La ponction du ganglion inguinal a permis de recueillir une petite quantité de liquide sanguinolent et la coloration a mis en évidence des bâtonnets bipolaires Gram négatifs tandis que l'épreuve d'immunofluorescence pour la recherche d'*Y. pestis* était positive. Le médecin avait fait du camping près du lac de Little Molas et du parc national de la Mesa Verde (Colorado); il était alors accompagné de deux chiens qui ont chassé les tamias et autres petits rongeurs. Après son retour à Gallup, il s'était fréquemment promené avec ses chiens dans une zone plantée de pins pignons et de genévriers aux alentours de la ville.

7) Le septième cas a concerné une femme de 62 ans qui avait participé à une expédition de chasse au lapin dans le comté de Rio Arriba (Nouveau-Mexique). La malade s'était apparemment infectée en nettoyant deux lapins de garenne qui avaient été tués. Un isolat de culture du sang de cette femme a été identifié comme *Y. pestis* et des épreuves bactériologiques pratiquées sur des isolats provenant des lapins ont démontré qu'il s'agissait là aussi de ce bacille. Des cas de peste humaine associés à des lapins sont signalés depuis de nombreuses années, mais ce n'est que récemment que l'on a précisé le rôle de ces animaux dans l'écologie et l'épidémiologie de la maladie.

8) Dans le huitième cas, le malade était un homme de 25 ans, du comté de Bernalillo (Nouveau-Mexique), qui vit dans une zone semi-rurale aux alentours d'Albuquerque. Il a affirmé n'avoir été ni piqué par

des insectes ni exposé à des rongeurs pendant la semaine ayant précédé l'apparition des symptômes. Il a chez lui deux chiens et cinq chats. Deux semaines environ avant les premiers symptômes, il avait observé sur son torse et ses membres de multiples piqûres d'insectes qui lui avaient paru être dues à des puces sans qu'il ait toutefois pu découvrir la moindre puce sur ses chats. La peste s'est déjà manifestée à plusieurs reprises dans cette zone; des péromysques en sont généralement responsables.

#### b) Surveillance

En 1974, des épizooties de peste ont eu lieu chez les rongeurs sauvages (y compris les cynomys) dans l'Arizona, en Californie, dans le Colorado, dans le Montana, au Nouveau-Mexique, dans l'Orégon, au Texas et dans l'Utah. Dans le Montana et au Texas, la peste a été décelée grâce à un programme de surveillance basé sur l'interprétation de spécimens sérologiques provenant de carnivores. Ces régions des Etats-Unis ne présentent pas d'importance pour les voyages internationaux et des mesures de surveillance et de lutte appropriées y ont été appliquées.

#### 1975

19. *Etats-Unis d'Amérique*. Le Gouvernement communique ce qui suit:

Vingt cas de peste humaine, dont quatre mortels, ont été confirmés bactériologiquement aux Etats-Unis. Trois sont survenus dans l'Arizona, un en Californie, un dans le Colorado, quatorze au Nouveau-Mexique et un dans l'Utah. En outre, huit cas suspects ont été signalés (trois dans l'Arizona et cinq au Nouveau-Mexique) mais aucun n'a été confirmé bactériologiquement comme cas de peste.

Le tableau ci-contre indique, pour les cas confirmés, le lieu de résidence, l'âge et le sexe des malades ainsi que la date d'apparition des symptômes. Sont morts de la peste une petite fille de 1 an (comté de Ventura, Californie), une petite fille de 2 ans (comté de McKinley, Nouveau-Mexique), un adolescent de 14 ans (comté de Bernalillo, Nouveau-Mexique) et une femme de 80 ans (comté de Custer, Colorado). Tous les autres malades se sont rétablis.

Il n'y avait pas eu depuis 1924 autant de cas de peste humaine en un an. Au cours des onze dernières années, le nombre des cas notifiés s'est accru, avec des pointes tous les cinq à six ans.

La peste épizootique a sévi parmi les rongeurs sauvages dans l'Arizona, en Californie, dans le Colorado, dans l'Idaho méridional, dans le centre-est du Montana, au Nouveau-Mexique, dans l'Orégon oriental, au Texas, et dans l'Etat de Washington.

Une étude en cours basée sur l'interprétation de spécimens sérologiques provenant de carnivores constitue l'essentiel des activités de surveillance. Un certain nombre de spécimens sérologiques positifs ont été prélevés sur des blaireaux dans l'Idaho, les premiers depuis 1968. D'importantes épizooties ont eu lieu dans la Réserve Navajo des Etats de l'Arizona, du Colorado, du Nouveau-Mexique et de l'Utah; elles ont obligé à utiliser des insecticides contre les puces des cynomys qui sont vectrices de la maladie.

## LA PESTE HUMAINE AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE (1975)

Etat	Comté	Age/sexe	Apparition	Classification	Issue
Nouveau-Mexique	Bernalillo	11 ans/ masculin	11 février	Bubonique avec complications méningées	Guérison
Arizona	Navajo	31 ans/féminin	6 mai	Bubonique	Guérison
Arizona	Navajo	3 ans/féminin	10 mai	Bubonique	Guérison
Californie	Ventura	1 an/féminin	14 mai	Bubonique	Décès
Arizona	Yavapai	23 ans/masculin	11 juin	Bubonique avec pneumonie secondaire	Guérison
Utah	San Juan	3 ans/féminin	26 juin	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	San Juan	12 ans/féminin	9 juillet	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	San Miguel	15 ans/masculin	18 juillet	Méningite	Guérison
Nouveau-Mexique	San Miguel	9 ans/masculin	24 juillet	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	McKinley	2 ans/féminin	2 août	Bubonique	Décès
Nouveau-Mexique	Sandoval	3 ans/féminin	4 août	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	Sandoval	64 ans/féminin	8 août	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	Bernalillo	14 ans/masculin	25 août	Bubonique et pneumonie	Décès
Nouveau-Mexique	Santa Fe	28 ans/féminin	14 sept.	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	Lincoln	30 ans/féminin	13 sept.	Probablement septicémique et pneumonie	Guérison
Colorado	Custer	80 ans/féminin	18 sept.	Septicémique et pneumonie	Décès
Nouveau-Mexique	Rio Arriba	12 ans/féminin	20 sept.	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	Rio Arriba	3 ans/féminin	20 sept.	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	Rio Arriba	10 ans/féminin	20 sept.	Bubonique	Guérison
Nouveau-Mexique	Santa Fe	8 ans/féminin	21 sept.	Bubonique	Guérison

Les zones dans lesquelles on a signalé des cas de peste ne présentent pas d'importance pour les voyages internationaux et des mesures de surveillance et de lutte appropriées y ont été appliquées.

*Le Comité a noté qu'il n'y a eu aucun indice de transmission internationale de la peste au cours des trois années considérées. Appréciant vivement la présentation détaillée des cas fournie par les Etats-Unis d'Amérique, le Comité a recommandé que les autres Etats Membres s'inspirent de ce modèle pour leurs notifications.*

#### Article 54

20. *Japon.* Etant donné que des certificats de dératisation ou d'exemption de la dératisation ayant dépassé le délai de validité accepté de six mois ont été présentés, il est suggéré que l'OMS donne des directives appropriées pour éviter cette pratique.

*Le Comité a suggéré que les problèmes soulevés par les certificats d'exemption de la dératisation soient signalés directement aux autres Etats concernés et que l'OMS n'en soit saisie que lorsqu'un résultat satisfaisant n'a pu être obtenu sur une base bilatérale.*

### Chapitre II — Choléra

1973

21. *Algérie.* Le Gouvernement signale qu'indépendamment des dispositions prises pour la protection des populations de l'Algérie, des mesures ont été appliquées aux frontières pour donner effet à l'article 31 du Règlement: la vaccination a été requise des voyageurs quittant le pays.

22. *Bahreïn.* Le Gouvernement précise que la poussée épidémique de choléra qui s'est produite à Bahreïn en octobre et novembre 1973 (37 cas; aucun décès) a été due à des excréteurs asymptomatiques de vibrions revenant de zones infectées de pays voisins. Des mesures excessives appliquées aux voyageurs par des pays voisins à l'époque de cette poussée ont créé quelques difficultés que des contacts bilatéraux ont permis d'aplanir jusqu'à un certain point.

23. *France.*<sup>1</sup> Le Gouvernement signale qu'en 1973 quatre cas de choléra, tous en relation avec le trafic international, ont été observés sur le territoire français.

a) Un voyageur en provenance d'Abidjan, arrivé en France le 26 mai, a été hospitalisé le 29 mai pour un syndrome cholériforme. Le début de la maladie s'était produit le 28 mai vers midi, marqué par un syndrome cholériforme typique. Bien que le vibron cholérique n'ait pas pu être mis en évidence, car les prélèvements n'ont été pratiqués qu'après 16 heures de traitement par antibiotiques, le diagnostic clinique n'a fait aucun doute.

b) Le 24 août, une fillette de nationalité algérienne, âgée de 11 ans, présentait à son arrivée à Marseille un syndrome dysentérique très suspect. La famille, originaire d'un douar de Mers el-Kébir, s'était embarquée à Oran. Le diagnostic a été confirmé; il s'agissait de *Vibrio cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa.

c) Le 25 août, venant de Tunis après un voyage d'une quinzaine de jours en Tunisie, une Française de 25 ans demeurant à Reims a dû être hospitalisée à Marseille. Les coprocultures ont révélé la présence de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa.

<sup>1</sup> Voir l'appendice (p. 63).

d) Le 15 septembre, une petite fille âgée de 7 mois, de nationalité algérienne, venant d'Oran par avion avec sa famille a dû être hospitalisée à Paris. Elle avait séjourné un mois en Algérie, à Ghazouet (département de Tlemcen). Le 24 septembre, le diagnostic a été confirmé; il s'agissait de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa.

Aucun de ces cas n'a donné lieu à des cas secondaires.

24. *République fédérale d'Allemagne*.<sup>1</sup> Le Gouvernement indique qu'en 1973 cinq cas de choléra ont été notifiés.

a) Le premier cas a concerné un touriste de 52 ans, arrivé le 27 juillet à Aix-la-Chapelle, qui revenait de Tunisie. Il a été hospitalisé le 2 août; le 6 août, l'Institut Robert Koch établissait le diagnostic bactériologique suivant: *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa.

b) Le deuxième cas a été celui d'un touriste de 55 ans qui est arrivé le 7 août à Berlin (Ouest) en provenance de Tunisie (Djerba). Il a été hospitalisé le 8 août pour diarrhée grave; le 9 août, l'Institut Robert Koch établissait le diagnostic bactériologique suivant: *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa.

c) Le troisième cas a concerné un touriste de 19 ans, arrivé à Alsfeld (Hesse) venant de Tunisie, qui a été hospitalisé le 28 août. L'Institut Robert Koch a établi le diagnostic bactériologique suivant: *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa.

d) Le quatrième cas a été celui d'un Italien de 53 ans qui est arrivé le 2 septembre à Offenbach (Hesse), venant de Naples. Il a été hospitalisé le même jour. L'Institut Robert Koch a établi le diagnostic bactériologique suivant: *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa.

e) Le cinquième cas a concerné une femme de 61 ans qui avait quitté Francfort-sur-le-Main pour se rendre en Turquie, via l'Italie du Nord, la Yougoslavie et la Bulgarie. Elle avait séjourné à Istanbul les 26 et 27 août, puis à Izmir et Ankara du 28 au 30 août. C'est au retour, dans l'avion d'Ankara à Francfort-sur-le-Main, qu'elle a ressenti les premiers symptômes. Elle a été hospitalisée le 3 septembre. L'Institut Robert Koch a établi le diagnostic bactériologique suivant: *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Inaba.

Il convient de noter que l'épidémie de choléra enregistrée en Italie a été due au sérotype Ogawa et que le sérotype Inaba était précédemment répandu en Turquie.

25. *Sri Lanka*. Le Gouvernement signale que l'origine exacte de l'épidémie de choléra qui s'est produite vers la fin de 1973 n'a pas été déterminée.

26. *Suède*.<sup>1</sup> Le Gouvernement indique qu'au cours d'enquêtes intensives portant sur des touristes revenus

de Tunisie à la fin de juillet et au début d'août, *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa, a été isolé chez 10 personnes dont une seule présentait les symptômes classiques.

Les laboratoires suédois ont signalé que 710 touristes avaient fait l'objet d'examen pour la recherche du choléra, et des infections à *Salmonella* et à *Shigella*; 7% d'entre eux excrétaient des bactéries intestinales pathogènes, dont *V. cholerae*.

27. *Union des Républiques socialistes soviétiques*. Le Gouvernement appelle l'attention sur le fait que, dans l'article 65, paragraphe 2, il serait souhaitable de supprimer les mots «effectuant un voyage international qui est arrivée, pendant la période d'incubation du choléra, d'une zone infectée et», car en pratique le dépistage d'un cas a souvent servi d'indication pour la détection de l'infection cholérique dans le pays d'où venait le malade et qui était officiellement considéré comme indemne.

*Après discussion sur la nécessité éventuelle d'amender l'article 65, le Comité a décidé qu'aucune modification ne s'impose pour le moment.*

28. *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord*.<sup>1</sup> Le Gouvernement signale qu'en 1973 cinq cas de choléra, tous importés, ont été notifiés.

29. *Etats-Unis d'Amérique*. Le Gouvernement communique ce qui suit:

En 1973, le premier cas de choléra naturellement contracté signalé aux Etats-Unis depuis 1911 s'est produit chez une personne de 51 ans résidant à Port Lavaca (Texas). Bien que ne présentant pas d'importance du point de vue des voyages internationaux, le cas a été notifié à l'Organisation mondiale de la Santé. Des enquêtes épidémiologiques très poussées sur les contacts du malade et son environnement n'ont pas permis de découvrir de porteur de choléra ni d'élucider le mode de transmission. Il n'y a eu aucun cas secondaire et la santé de la population n'a pas été mise en danger.

Conformément à l'amendement au Règlement sanitaire international qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1974, les Etats-Unis n'exigent pas la vaccination anticholérique comme condition d'entrée sur leur territoire. En fait, ils appliquent cette politique depuis décembre 1970.

1974

30. *Bahreïn*. Le Gouvernement indique qu'un pays voisin a exigé des certificats de vaccination anticholériques des personnes venant de Bahreïn, malgré des assurances répétées de l'absence de choléra à Bahreïn.

31. *Canada*.<sup>1</sup> Le Gouvernement signale l'importation d'un cas isolé de choléra, biotype eltor, sérotype Inaba, en mars.

<sup>1</sup> Voir l'appendice (p. 63).

32. *Danemark*. Le Gouvernement mentionne l'introduction d'un cas de choléra. Ce cas a été dépisté en août chez un voyageur arrivant du Portugal.

33. *France*.<sup>1</sup> Le Gouvernement signale cinq cas de choléra en liaison avec le trafic international.

a) Un homme de 45 ans, de nationalité française, rentrant du Portugal par voie de terre, a dû être hospitalisé pour un syndrome cholériforme à son arrivée dans le département des Hauts-de-Seine. Le 19 août, les coprocultures ont révélé la présence de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Inaba.

b) Le 27 août, un homme de 29 ans, de nationalité algérienne, arrivé à Marseille par avion en provenance d'Alger où il avait séjourné un mois, présentait quelques heures après son débarquement une diarrhée suspecte. L'hospitalisation a eu lieu le même jour à Marseille. Les examens de laboratoire ont confirmé qu'il s'agissait de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa.

c) Les 20 et 25 septembre, deux cas de choléra autochtones ont été signalés à Marseille. Il s'agissait de deux frères, travailleurs algériens, vivant en famille avec leurs parents et sept frères et sœurs dans un bidonville. Les malades et les autres membres de la famille n'avaient pas séjourné hors de France depuis plusieurs mois, mais au début de septembre ils avaient hébergé des parents venant d'Algérie et consommé des aliments que ceux-ci leur avaient apportés. La présence de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa, a été confirmée chez les deux malades et chez les autres membres de la famille (en tout, neuf porteurs sains).

d) Le 1<sup>er</sup> octobre, un garçon âgé de 14 ans, de nationalité portugaise, a été hospitalisé à Paris pour choléra. Habitant dans le département du Val-de-Marne, il rentrait en France après des vacances d'un mois au Portugal. La maladie s'était déclarée dans le train, durant la nuit du 30 septembre. Des souches de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa, ont été isolées chez le malade, chez sa mère et chez deux frères qui avaient séjourné au Portugal en même temps.

Aucun de ces cas n'a donné lieu à des cas secondaires. Tout l'entourage des malades a été mis sous surveillance médicale et a reçu un traitement prophylactique.

34. *République fédérale d'Allemagne*.<sup>1</sup> Le Gouvernement signale qu'en 1974 trois cas de choléra ont été notifiés.

a) Un Portugais de 41 ans est arrivé à Bremerhaven le 2 août, venant de Porto. Il a été hospitalisé le même jour pour diarrhée; le 8 août, l'Institut Robert Koch établissait le diagnostic bactériologique suivant: *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Inaba.

b) Un touriste allemand de 22 ans est rentré le 18 août à Rheine (Westphalie) après trois semaines de vacances à Albufeira (Portugal). Les premiers symptômes se sont manifestés le jour de son retour, mais son état s'est légèrement amélioré par la suite. Cependant, le 22 août, il était hospitalisé pour nausées, somnolence et diarrhée. L'Institut Robert Koch a établi le diagnostic bactériologique suivant: *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Inaba.

c) Un Portugais de 36 ans a quitté Mirandela (près de Bragance, Portugal) le 12 septembre et a été hospitalisé à son arrivée à Hanovre le lendemain. La présence de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Inaba, a été confirmée par l'Institut Robert Koch le 17 septembre.

35. *Inde*. Le Gouvernement mentionne l'introduction d'un cas de choléra à Madras, le 20 juillet. Le voyageur, un rapatrié venant de Birmanie, a quitté l'hôpital le 23 juillet.

36. *Portugal*. Le Gouvernement signale qu'une épidémie de choléra s'est produite en 1974; l'OMS a été tenue au courant à intervalles réguliers et un rapport final lui a été envoyé à la fin de l'épidémie. Cette poussée n'était pas liée aux voyages internationaux et n'a eu aucune conséquence pour eux. Etant donné l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 1974, du Règlement additionnel modifiant le Règlement sanitaire international (1969) et supprimant l'article 63, on s'est contenté de recommander à tous les voyageurs de se faire vacciner contre le choléra.

L'administration a poursuivi les activités de lutte en recourant à tous les moyens disponibles: isolement et traitement des malades, traitement chimiothérapique des contacts, mesures d'assainissement et éducation sanitaire.

37. *Rhodésie du Sud*. Le Gouvernement indique que les déplacements des gens à travers les frontières du fait des relations tribales rendent extrêmement difficile la surveillance des maladies soumises au Règlement sanitaire international (1969) et en particulier du choléra.

38. *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord*.<sup>1</sup> Le Gouvernement mentionne que trois cas de choléra ont été importés en Angleterre.

39. *République-Unie du Cameroun*. Le Gouvernement signale deux épidémies de choléra, rapidement maîtrisées. La première s'est produite dans le département de l'Océan à Kribi et dans les environs, la seconde dans le département du Logone-et-Chari à Kousseri et dans les villages voisins. Ces deux épidémies ont débuté à la mi-juillet. Les embarcations de pêche difficilement contrôlables constituent les véhicules habituels de la maladie, d'où la grande difficulté d'appliquer les mesures prescrites aux passagers suspects en provenance de zones infectées. Au cours des deux épidémies, les mesures suivantes ont été

<sup>1</sup> Voir l'appendice (p. 63).

appliquées: recherche des contacts des cas primaires, hospitalisation et isolement des malades, vaccination dans les localités infectées, traitement chimioprophylactique des contacts, éducation sanitaire des masses, notification à l'OMS.

40. *Etats-Unis d'Amérique*. Le Gouvernement communique ce qui suit:

La vaccination anticholérique n'est pas exigée aux Etats-Unis, où il n'y a pas eu de cas de choléra, autochtones ou importés, en 1974.

Le 19 juillet, un habitant de Guam, de sexe masculin, âgé de 57 ans, s'est mis à souffrir de crampes abdominales, de diarrhée liquide profuse et de vomissements. Hospitalisé et soigné, il devait décéder le 27 juillet après apparition d'insuffisance cardiaque, d'œdème pulmonaire et d'hémorragie intracrânienne. Des cultures de selles pratiquées avant le décès n'ont mis en évidence aucun germe pathogène; cependant, des cultures de matériel intestinal prélevé à l'autopsie ont révélé la présence de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa. Un échantillon de selles d'un sujet du sexe masculin tombé malade le 20 juillet contenait, lui aussi, *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa. Ces deux personnes, ainsi que quatre autres qui ont été considérées comme des cas suspects, travaillaient sur un chantier de construction à Harmon (Guam). Des études sur l'environnement ont révélé la présence de *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Inaba, dans les égouts qui se déversent dans la baie d'Agana, ainsi que dans une conduite adjacente à la baie. *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Ogawa, a également été isolé dans des prélèvements provenant de cette conduite. On n'a pas signalé d'autres cas de choléra et les enquêtes épidémiologiques laissent penser qu'il s'est agi d'un épisode à source commune qui n'a touché que ce petit groupe d'ouvriers. La découverte d'un sérotype Inaba dans la baie d'Agana permet de supposer soit que ce sérotype et le sérotype Ogawa, responsable de l'épidémie, se sont trouvés simultanément présents dans la population, soit qu'il s'est produit une séroconversion.

1975

41. *Australie*. Le Gouvernement signale que 89 personnes ont été vaccinées contre le choléra à leur arrivée en Australie.

42. *France*.<sup>1</sup> Le Gouvernement mentionne l'importation de neuf cas de choléra dans le pays. Toutes les personnes en cause ont été dépistées dans les jours qui ont suivi leur arrivée en France et il n'y a pas eu de cas secondaires.

43. *Japon*.<sup>1</sup> Le Gouvernement signale que trois cas de choléra ont été importés par un cargo arrivé le 18 août au port de Kan Mon, en provenance de

Madras (Inde). Grâce à l'isolement des malades et à des mesures préventives adéquates, aucun cas secondaire ne s'est produit. La source de l'infection est restée inconnue.

Des difficultés se sont présentées du fait que quelques pays, qui ne sont pas liés par le Règlement sanitaire international (1969) modifié en 1973, exigent que les passagers japonais soient en possession d'un certificat de vaccination anticholérique. Certains pays réclament un tel certificat en vertu du Règlement sanitaire international (1969), alors même qu'ils sont liés par le Règlement modifié (1973). En outre, certains pays n'acceptent pas les certificats japonais délivrés sous forme simplifiée pour les voyageurs se rendant dans ces pays. Le Japon souhaite que des directives soient données à ce sujet.

44. *Népal*. Le Gouvernement fait état d'un total de 260 cas de choléra.

45. *Portugal*. Le Gouvernement indique que deux épidémies de choléra se sont produites.

46. *Arabie Saoudite*. Le Gouvernement mentionne une épidémie de choléra à La Mecque et à Médine lors du pèlerinage de 1974; elle a duré jusqu'en février 1975.

47. *Ouganda*.<sup>1</sup> Le Gouvernement signale que trois cas de choléra importés de Kisumu (Kenya) ont été observés au début de janvier à Kampala. Après confirmation en laboratoire, ces cas ont été notifiés à l'OMS comme dus à *V. cholerae*, biotype eltor, sérotype Inaba. Les trois malades se sont tous rétablis à l'Hôpital Mulago et il n'y a pas eu de cas secondaires.

48. *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord*.<sup>1</sup> Le Gouvernement mentionne un cas de choléra (importé).

49. *Etats-Unis d'Amérique*. Aucun cas de choléra ne s'est produit aux Etats-Unis. La vaccination anticholérique n'y est pas exigée. Elle n'est pas habituellement recommandée aux voyageurs se rendant dans des pays qui ne réclament pas, comme condition d'entrée sur leur territoire, la présentation d'un certificat international de vaccination contre le choléra.

L'amendement apporté en 1973 au Règlement sanitaire international a supprimé l'obligation de la vaccination anticholérique pour les voyageurs internationaux. Toutefois, selon la publication de l'OMS intitulée *Certificats de vaccination exigés dans les voyages internationaux (situation au 1<sup>er</sup> janvier 1976)*, 29 pays exigent, sous une forme ou sous une autre, la vaccination anticholérique. On en comptait autant au 1<sup>er</sup> janvier 1975.

En juillet 1975, le Gouvernement a demandé à l'OMS des éclaircissements sur des renseignements contradictoires relatifs aux vaccinations exigées qui avaient été donnés à des voyageurs par l'Ambassade de la République Arabe Libyenne à Washington et par

<sup>1</sup> Voir l'appendice (p. 63).

le Consulat général d'Arabie Saoudite à New York. L'OMS est en contact avec les administrations sanitaires intéressées et informera le Gouvernement de tout fait nouveau pertinent. L'une des difficultés tient à ce que les ambassades n'appliquent pas toujours les directives de leurs autorités nationales.

*Le Comité a noté que cette question a déjà fait l'objet de discussions détaillées.<sup>1</sup> Il a souligné de nouveau que la vaccination, si elle confère une protection individuelle limitée au voyageur qui risque d'être exposé à la maladie, n'a rien à voir avec le problème de la protection d'une population contre l'importation du vibrion.*

### Chapitre III — Fièvre jaune

1973, 1974 et 1975

50. *Etats-Unis d'Amérique.* Le Gouvernement communique ce qui suit:

a) *Présence de la maladie*

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

b) *Vaccination*

La vaccination anti-amarile n'est plus exigée aux Etats-Unis depuis novembre 1972, mais elle est recommandée pour les personnes se rendant dans des régions du monde infectées par la fièvre jaune.

c) *Surveillance*

La surveillance de l'activité des moustiques se poursuit dans les aéroports et les ports des Etats-Unis par où transite le trafic international et qui sont situés dans des zones de réceptivité amarile. Des enquêtes entomologiques sont organisées périodiquement pour déterminer le potentiel de prolifération des insectes ainsi que l'étendue, la distribution et la gravité de l'infestation. Les déficiences sont signalées aux autorités portuaires locales et aux intéressés afin que soient prises les mesures correctives nécessaires. (En 1975, 85 enquêtes entomologiques ont été faites — 31 dans des aéroports et 54 dans des ports de mer — pour identifier les gîtes larvaires possibles et pour déterminer l'étendue, la distribution et la gravité de l'infestation; *Aedes aegypti* a été identifié dans 7 ports.)

1975

51. *Australie.* Le Gouvernement indique que 67 personnes qui n'étaient pas vaccinées contre la fièvre jaune ont été retenues dans des stations de quarantaine australiennes.

52. *Pakistan.* Le Gouvernement signale que des enfants de moins d'un an venant de zones infectées par la fièvre jaune ont dû être gardés en quarantaine parce qu'ils n'étaient pas vaccinés. D'après les parents,

les autorités sanitaires de leurs pays leur avaient dit que la vaccination anti-amarile n'était pas indispensable pour les enfants de moins d'un an. La réglementation sanitaire du Pakistan ne prévoit pas d'exemptions liées à l'âge et les nourrissons doivent être placés en quarantaine, ce qui est cause de frustration pour les parents et d'embarras pour les autorités sanitaires.

Il est demandé que les autorités sanitaires de toutes les zones d'endémicité amarile soient informées des exigences du Pakistan en matière de vaccination contre la fièvre jaune afin d'éviter des situations désagréables.

*Le Comité a examiné la question soulevée. A son avis, l'article 8, paragraphe 1 b), du Règlement actuel et la note de bas de page correspondante demeurent adéquats pour régler les situations de ce genre. Il n'a donc recommandé aucune modification.*

### Chapitre IV — Variole

#### Article 78

53. *Australie.* Le Gouvernement indique qu'en 1975, 6373 personnes ont été vaccinées contre la variole à leur arrivée en Australie; 13 personnes non vaccinées ont été retenues à l'arrivée.

54. *Japon.*<sup>2</sup> Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 1974, un cas de variole a été importé: il s'est agi d'un Japonais âgé de 49 ans, revenu de Calcutta (Inde) le 17 janvier 1974.

Cet homme, vacciné le 20 février 1973, avait voyagé dans le nord de l'Inde du 5 au 17 janvier 1974. La maladie a commencé le 22 janvier, cinq jours après le retour au Japon. Une éruption est apparue le 28 janvier; le malade a alors été admis à l'Hôpital Ebara pour Contagieux à Tokyo où il a été isolé. Le diagnostic clinique de variole a été posé le même jour. Il a été confirmé ultérieurement (29-30 janvier) dans les laboratoires de l'Institut national de la Santé par immunofluorescence, examen au microscope électronique et culture de tissus.

Pour éviter les cas secondaires, on a vacciné toutes les personnes ayant voyagé par le même avion (11 membres d'équipage et 58 passagers), ainsi que tous les contacts qui ont pu être retrouvés, et toutes les mesures de désinfection nécessaires ont été appliquées.

55. *Luxembourg.* Le Gouvernement signale une augmentation du nombre des voyageurs qui refusent pour des motifs religieux de se faire vacciner.

56. *Népal.*<sup>2</sup> Le Gouvernement indique qu'en 1975 il y a eu en tout 95 cas de variole, dont 15 mortels.

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 209, 1973, pp. 91-92.

<sup>2</sup> Voir l'appendice (p. 63).

57. *Philippines*. Le Gouvernement signale qu'un certain nombre de voyageurs arrivant de l'étranger n'avaient pas de certificat de vaccination valable. Ceux qui n'avaient pas été vaccinés contre la variole pour des raisons médicales ont été soumis à la surveillance; les autres ont été vaccinés à leur arrivée.

58. *Union des Républiques socialistes soviétiques*. Le Gouvernement suggère qu'on ajoute à cet article une disposition habilitant les autorités sanitaires à exiger que les personnes qui viennent d'une zone infectée par la variole soient soumises à la surveillance pendant un nombre de jours suffisant si leur certificat de vaccination a été établi moins de quatorze jours avant leur arrivée. Cela permettrait de réduire le risque d'importation de la variole par des personnes se trouvant en période d'incubation et ferait disparaître l'anomalie suivante: si un voyageur quittant une zone infectée est vacciné immédiatement avant son départ et arrive quelques heures plus tard dans un autre pays, ce voyageur ne peut — aux termes de l'article 78 — être soumis à la surveillance; en revanche, on peut l'y soumettre s'il n'est vacciné qu'à son arrivée.

*Le Comité a estimé que les progrès du programme d'éradication de la variole rendent inutiles les divers changements suggérés.*

59. *Etats-Unis d'Amérique*. Le Gouvernement communique ce qui suit:

1973

a) *Présence de la maladie*

Aucun cas confirmé de variole n'a été enregistré aux Etats-Unis. La présentation d'un certificat international valable de vaccination antivariolique n'est exigée que des voyageurs qui, au cours des quatorze jours ayant précédé leur arrivée, se sont trouvés dans un pays signalant des cas de variole.

b) *Surveillance*

Toutes les personnes qui, à l'arrivée, présentent une éruption sont soigneusement examinées. Quand la variole ne peut être cliniquement exclue, on procède à des prélèvements qui sont envoyés au Centre de Lutte contre les Maladies pour y être examinés au

microscope électronique. Quatre-vingt-quatorze personnes présentant une éruption ont été examinées aux points d'entrée dans le pays; pour 40 d'entre elles, des prélèvements ont été analysés au Centre de Lutte contre les Maladies.

Un cours de formation d'une durée inférieure à huit heures a été élaboré et mis à l'essai pour des personnes pouvant faire temporairement office d'inspecteurs. Ce personnel temporaire peut compléter les services sanitaires en cas d'urgence. Tous les points d'entrée aux Etats-Unis disposent d'un stock du matériel nécessaire pour la formation.

1974

a) *Présence de la maladie*

Il n'y a pas eu de cas confirmés de variole aux Etats-Unis. Un certificat valable de vaccination antivariolique n'est exigé que des voyageurs qui, au cours des quatorze jours précédant leur arrivée, se sont trouvés dans un pays dont une partie quelconque est infectée par la variole.

b) *Surveillance*

Il n'y a pas eu de modifications majeures de la politique ou des procédures générales. Toutes les personnes qui, à l'arrivée, présentaient une éruption ont été soigneusement examinées. Il y en a eu en tout 60 aux divers points d'entrée. Pour 15 d'entre elles, on a constaté une éruption vésiculeuse et des prélèvements ont été envoyés au Centre de Lutte contre les Maladies par un service spécial d'expédition. Afin de détecter ou d'exclure la présence du virus variolique, le Service des Exanthèmes viraux, du Bureau des Laboratoires, a pratiqué les tests suivants: microscopie électronique, précipitation en gélose, culture sur membrane chorio-allantoïdienne d'œuf de poule embryonné, et culture de tissus.

1975

Aucun cas de variole n'a été enregistré aux Etats-Unis. Le certificat international de vaccination antivariolique n'est exigé que des voyageurs qui, au cours des quatorze jours précédant leur arrivée, se sont trouvés dans un pays dont une partie quelconque est infectée par la variole. Il n'y a pas eu de modifications majeures de la politique ou des procédures générales.

## TITRE VI — DOCUMENTS SANITAIRES

### Article 86

60. *Australie*. Le Gouvernement signale que le nombre des personnes arrivant de l'étranger par avion en Australie sans certificat international de vaccination ou avec un certificat non valable continue à augmenter. En 1973, 4805 personnes ont été vaccinées à l'arrivée contre la variole et 13 808 contre le choléra.

Conformément aux règles australiennes de quarantaine, il a fallu isoler dans une station de quarantaine 338 personnes arrivant par avion qui n'étaient pas vaccinées et qui ont refusé la vaccination à l'arrivée.

*Le Comité a pris note de cette information; à son avis, la pratique décrite n'est pas en accord avec la situation épidémiologique actuelle.*

61. *Union des Républiques socialistes soviétiques.* Le Gouvernement appelle l'attention sur le fait que, d'après le paragraphe 7, les raisons de contre-indication de la vaccination doivent être données en français ou en anglais. Cela entraîne des difficultés pour les spécialistes des pays où ces langues ne sont pas répandues. Il serait bon d'établir un modèle international de certificat de contre-indication, avec un texte standard comme pour le certificat de vaccination. On devrait obliger à mentionner le diagnostic de la maladie en latin, sans exclure la possibilité d'ajouter une traduction dans d'autres langues.

*Ici encore, le Comité a estimé que le problème soulevé concernait la variole et qu'en raison de l'éradication imminente de cette maladie, il n'y avait pas lieu de recommander des modifications.*

### Article 87

62. *Inde.* Le Gouvernement signale que les membres en activité des forces armées de l'Inde bénéficient, pour les certificats de vaccination, de la procédure prévue à l'article 87 du Règlement sanitaire international (1969). Il a l'intention de l'appliquer également aux familles des membres en activité des forces armées, qu'elles soient ou non accompagnées du chef de famille, pour éviter les délais qu'exige la délivrance des certificats par les autorités civiles dans leur cas. Le Gouvernement propose donc de modifier dans ce sens le Règlement sanitaire international (1969).

*Le Comité a été d'avis qu'aucun amendement ne s'impose puisque les médecins militaires peuvent être habilités à délivrer des certificats en vertu des appendices 2 et 3 du Règlement sanitaire international (1969).*

### APPENDICES 2 ET 3

63. *Union des Républiques socialistes soviétiques.* Le Gouvernement appelle l'attention sur le fait qu'un cachet autorisé (officiel) est obligatoire pour qu'un certificat international de vaccination ou de revaccination soit considéré comme valable. Le Règlement sanitaire international (1969) précise que ce cachet doit être conforme au modèle prescrit par l'administration sanitaire dans chaque pays. Or, si le cachet porte un texte écrit dans un alphabet inconnu, le contrôle à l'entrée est pratiquement impossible. Il est donc proposé qu'on réexamine la possibilité d'ajouter au Règlement un article sur ce point ou de

recommander que le cachet autorisé comporte un nombre en chiffres arabes, l'OMS assignant un nombre à chaque pays.

*Le Comité a estimé qu'il serait avantageux que les cachets nationaux soient identifiables soit par un numéro de code, soit par l'identification claire, en anglais ou en français, du pays qui a délivré le certificat. Il a recommandé que tous les Etats Membres adoptent le modèle de cachet qui figure à l'annexe IX de la deuxième édition annotée du Règlement sanitaire international (1969).*

### AUTRES QUESTIONS

64. *Etats-Unis d'Amérique.* Le Gouvernement communique ce qui suit:

1973-1975

1) Les procédures d'inspection des navires à l'arrivée ont été modifiées le 1<sup>er</sup> juillet 1973. Les navires qui se sont trouvés au cours des quatorze jours précédents dans un pays infecté par la variole, ou qui sont passés par un pays où la peste est présente, ou encore qui ont à bord des personnes atteintes — ou ayant été atteintes — d'une maladie caractérisée par les signes ou symptômes suivants:

a) température de 38 °C (100 °F) ou davantage persistant pendant deux jours au moins ou étant soit accompagnée soit suivie d'une ou plusieurs des manifestations ci-après: éruption, jaunisse, gonflement ganglionnaire; ou

b) diarrhée assez grave pour gêner le travail ou l'activité normale,

sont tenus de communiquer cette information par radio avant l'arrivée à la plus proche station de quarantaine des Etats-Unis.

A l'exception de l'échantillon de 2% de tous les navires arrivant aux Etats-Unis qui est soumis à une inspection pour contrôle des conditions d'hygiène à

bord, seuls les navires visés ci-dessus sont systématiquement inspectés par les services de santé publique. On estime que moins de 1000 navires feront l'objet d'une telle inspection en 1974.

2) Le programme d'assainissement des navires se poursuit. Pour réunir des données de base sur l'incidence des maladies gastro-intestinales à bord des navires de croisière, une enquête a été menée de juillet à novembre 1973. Les résultats de cette enquête peuvent être communiqués sur demande.

3) Il n'y a pas eu de difficultés en ce qui concerne le transport international de restes de personnes décédées.

*Un certain nombre de membres du Comité ont récemment reçu d'une association d'entreprises commerciales des lettres concernant les problèmes liés au transport des restes de personnes décédées. On a été d'avis que ces entreprises devraient étudier la question avec leurs administrations sanitaires nationales. Certaines complications tiennent aux réglementations des différents Etats ou à des pratiques religieuses. Le problème n'a pas été considéré comme présentant de l'importance pour l'action internationale contre les maladies transmissibles.*

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

65. A sa dix-septième session, le Comité avait réexaminé la question des risques sanitaires pouvant résulter de l'emploi accru des conteneurs dans le trafic international. Il avait recommandé de la maintenir 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.3 du 16 janvier 1974, 23 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.

66. *France.* Le Gouvernement signale qu'en ce qui concerne l'utilisation des conteneurs dans le transport international des marchandises, aucune mesure sanitaire n'est prise à leur sortie de la France métropolitaine.

En effet, des mesures de lutte contre les maladies soumises au Règlement ou à la surveillance ne se justifient pas actuellement en l'absence de tout risque de contamination sur le territoire français.

Par ailleurs, aucun contrôle sanitaire n'a été effectué jusqu'ici sur les conteneurs débarqués en France; les dispositions du Règlement sanitaire international en cette matière s'avèrent extrêmement difficiles à appliquer.

67. *Inde.* Le Gouvernement pense qu'en raison des problèmes que soulève le contrôle sanitaire des conteneurs, ceux-ci pourraient représenter un risque de propagation internationale de maladies contagieuses ou d'agents d'infection.

68. *Indonésie.* Le Gouvernement indique que l'utilisation de conteneurs dans le trafic international n'a pas posé de problèmes. La lutte contre *Aedes aegypti* est assurée par des enquêtes, des pulvérisations de malathion et des applications d'ABATE aux réservoirs d'eau à l'aéroport international de Kemayoran. Ces activités ont été menées dans le cadre d'un projet pilote de juin 1973 à mars 1974 et l'indice d'infestation par *Aedes aegypti* est tombé à moins de 1 %.

69. *Japon.* Le Gouvernement estime qu'en raison de l'utilisation croissante des conteneurs et du développement rapide du trafic international, le risque de propagation des agents pathogènes de diverses maladies transmissibles a augmenté. Il est impossible dans la pratique d'examiner toutes les marchandises se trouvant en conteneurs à l'arrivée dans les ports et aéroports japonais. En outre, il est difficile de vérifier le point de chargement initial. Une enquête est en cours depuis avril 1975 pour contrôler les conditions d'hygiène effectives des différents types de conteneurs importés. Il faut que les pays exportateurs assument la respon-

sabilité de prendre des mesures sanitaires pour éviter que des micro-organismes pathogènes ne soient importés, par l'intermédiaire des conteneurs, dans les pays de destination.

70. *Singapour.* Le Gouvernement indique que le port d'origine des conteneurs est identifié dans la mesure du possible. On peut se renseigner aisément sur le port d'origine lorsque les conteneurs ont seulement transité dans un port infecté par la peste, mais non dans le cas des conteneurs venant de ports infectés qui ont transité dans des ports indemnes de la peste.

71. *Trinité-et-Tobago.* Le Gouvernement signale que des larves d'*Ae. aegypti* sont occasionnellement découvertes dans des réservoirs d'eau non couverts ou non scellés de navires venant de pays infestés par *Ae. aegypti* ou y ayant transité. Lorsque tel est le cas, les autorités sanitaires donnent des conseils et appliquent un traitement.

72. *Etats-Unis d'Amérique.* Le Gouvernement indique qu'il n'est pas apparu de problèmes importants ni de risques particuliers pour la santé à la suite de l'utilisation accrue des conteneurs ou des navires porte-allèges (navires LASH).

*Le Comité a noté qu'aucun risque important pour la santé n'a été jusqu'à présent attribué à l'emploi des conteneurs. Il a toutefois reconnu la nécessité de poursuivre la surveillance.*

### Adoption éventuelle de nouveaux amendements au Règlement

Le Comité a noté que le groupe de travail institué par la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé pour étudier le dix-huitième rapport du Comité avait estimé « qu'un réexamen général des principes qui sont à la base du Règlement sanitaire international serait opportun ».<sup>1</sup>

Après une discussion approfondie, le consensus des membres du Comité a été que le Règlement sanitaire international continuera d'être utile en dépit de modifications de la situation épidémiologique telles que l'éradication de la variole. Etant donné que le Règlement énonce les mesures maximales à prendre pour empêcher la propagation des maladies, les Etats Membres devraient, en fonction de l'évolution de la situation, réduire les mesures qu'ils appliquent de façon à ne maintenir que celles qui sont indispensables.

Le Comité a également pris note des amendements aux articles 18, 19 et 47 examinés par le groupe de travail susmentionné; il s'est rallié à l'opinion selon laquelle ces amendements étant de caractère secondaire, « leur adoption devrait être ajournée jusqu'à ce qu'une autre révision importante soit nécessaire ».<sup>1</sup>

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 217, 1974, p. 81.

## B. Règlement sanitaire international (1969) modifié en 1973 : Réserves

### Position des Etats et zones

1. Depuis la dix-huitième session du Comité (février 1974),<sup>1</sup> les Etats Membres suivants sont, aux dates indiquées ci-dessous, devenus parties au Règlement sanitaire international (1969) modifié en 1973 :

Bahamas	1 <sup>er</sup> juillet 1974
Guinée-Bissau	29 octobre 1974
Grenade	4 mars 1975
Botswana	26 mai 1975
Tonga	14 novembre 1975
Surinam	25 novembre 1975
Mozambique	11 décembre 1975
République socialiste du Viet Nam	22 janvier 1976 <sup>2</sup>
Comores	9 mars 1976
Cap-Vert	5 avril 1976
Sao Tomé-et-Principe	21 juin 1976
Angola	15 août 1976

2. En outre, les Etats suivants, qui étaient déjà parties au Règlement adopté en 1969, sont également devenus parties, depuis la dernière session du Comité, au Règlement additionnel (1973) modifiant en particulier les dispositions relatives au choléra :

Irak	30 juillet 1974
Grèce	6 août 1974
Thaïlande	17 octobre 1974
République fédérale d'Allemagne	22 novembre 1974

Le Comité a noté que les diverses réserves formulées n'ont pas soulevé de problèmes majeurs. Il a constaté avec satisfaction que l'Irak, la Grèce, la Thaïlande et la République fédérale d'Allemagne ont adhéré au Règlement additionnel. Le Comité a exprimé l'espoir que d'autres Etats qui n'y ont pas encore adhéré le feront prochainement.

3. Depuis la dernière session du Comité, deux Etats ont retiré ou modifié les réserves qu'ils avaient faites au Règlement sanitaire international (1969) :

i) le 21 août 1975, le Pakistan a retiré sa réserve à l'article 69 et, en ce qui concerne sa réserve à l'article 88, a ramené de neuf à six jours la période mentionnée ;

ii) le 16 juin 1976, le Surinam, qui n'était lié jusqu'alors qu'avec une réserve concernant l'article 17, paragraphe 2, et l'article 58, est, aux termes d'une communication du Gouvernement en date du 8 mars 1976, devenu lié sans réserves par le Règlement.

### Réserves valables jusqu'au 31 décembre 1976

4. Lorsqu'ils ont notifié leur acceptation du Règlement sanitaire international (1969), les Gouvernements de l'Egypte, de l'Inde et du Pakistan ont formulé certaines réserves qui ont été acceptées par la Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA23.57).<sup>3</sup> Toutefois, quelques-unes de ces réserves n'ont été acceptées que pour une période de trois ans. Ce délai a été prolongé de trois ans par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA26.54),<sup>4</sup> la période en cause devant venir à expiration le 31 décembre 1976 à moins qu'une nouvelle prolongation ne soit décidée.

5. Le Comité a examiné les copies des lettres en date du 11 mars 1976 par lesquelles le Directeur général a appelé l'attention des trois Gouvernements sur cette situation, ainsi que les réponses reçues des Gouvernements de l'Inde et du Pakistan. La correspondance échangée est reproduite ci-dessous.

#### ÉGYPTE

##### Lettre en date du 11 mars 1976 adressée par le Directeur général de l'OMS au Ministre de la Santé publique, Le Caire (Egypte)

J'ai l'honneur de me référer aux réserves que votre gouvernement a formulées au sujet du Règlement sanitaire international (1969) adopté par la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (WHA22.46) et modifié par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (WHA26.55).

Par lettre en date du 24 août 1973 (référence N° 8774), votre gouvernement a formulé les réserves ci-après concernant l'article 3, paragraphe 1, et l'article 4, paragraphe 1 :

« Le Gouvernement de l'Egypte se réserve le droit de considérer l'ensemble du territoire d'un pays comme infecté par la fièvre jaune chaque fois que la fièvre jaune aura été notifiée en application du paragraphe 1 de l'article 3 ou du paragraphe 1 de l'article 4. »

Ces réserves sont valables jusqu'au 31 décembre 1976. Comme vous le savez sans doute, le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles doit se réunir à Genève du 22 au 26 novembre 1976. Pour lui permettre d'examiner le statut futur des réserves faites par l'Egypte, nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir nous indiquer en temps utile si votre gouvernement estime que ces réserves pourront être considérées comme caduques à l'expiration de la période pour laquelle elles ont été acceptées par l'Assemblée mondiale de la Santé.

Je me permets de rappeler également les réserves de votre gouvernement au Règlement additionnel (1973) adopté par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (WHA26.55).

<sup>1</sup> Voir le rapport sur cette session dans OMS, Actes officiels, N° 217, 1974, p. 52.

<sup>2</sup> Date à laquelle est devenue partie au Règlement l'ancienne République démocratique du Viet-Nam, aujourd'hui intégrée à la République socialiste du Viet Nam. L'autre élément constitutif de cet Etat, à savoir l'ancienne République du Sud Viet-Nam, était partie au Règlement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1971.

<sup>3</sup> OMS, Actes officiels, N° 184, 1970, pp. 31 et 83.

<sup>4</sup> OMS, Actes officiels, N° 209, 1973, pp. 28 et 91.

Ces réserves, exposées dans votre lettre du 24 août 1973 citée plus haut, ont été, vous le savez, rejetées par la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur proposition du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles (WHA27.47). En conséquence, l'Égypte n'est pas encore partie au Règlement additionnel.

J'ai pris bonne note de votre lettre du 6 janvier 1975 dans laquelle vous indiquiez que votre gouvernement n'était pas à même, à l'époque, de retirer ses réserves, mais je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître la position actuelle de votre gouvernement afin que je puisse en informer en temps utile le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles.

Le Comité a noté que l'Égypte n'avait pas encore répondu à la lettre du Directeur général sur cette question. Toutefois, le Comité a estimé qu'au cas où l'on recevrait une demande de nouvelle prolongation des réserves,<sup>1</sup> une telle prolongation pourrait être accordée jusqu'au 31 décembre 1979.

## INDE

### Lettre en date du 11 mars 1976 adressée par le Directeur général de l'OMS au Ministre de la Santé et de la Planification familiale, New Delhi (Inde)

J'ai l'honneur de me référer aux réserves que votre gouvernement a formulées au sujet du Règlement sanitaire international (1969) adopté par la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (WHA22.46) et modifié par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (WHA26.55).

Trois de ces réserves, dont le texte est reproduit dans l'annexe jointe à la présente lettre, sont valables jusqu'au 31 décembre 1976. Comme vous le savez sans doute, le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles doit se réunir à Genève du 22 au 26 novembre 1976. Pour lui permettre d'examiner le statut futur des réserves faites par l'Inde, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer en temps utile si votre gouvernement est d'avis que ces réserves, acceptées par l'Assemblée mondiale de la Santé pour une période limitée, soient considérées comme caduques à l'expiration de ladite période et si votre gouvernement s'estime en mesure de retirer l'une quelconque des autres réserves.

En ce qui concerne les réserves de votre gouvernement au Règlement additionnel (1973) modifiant le Règlement sanitaire international (1969), réserves qui étaient énoncées dans votre lettre du 8 mai 1974 mais qui n'ont pas pu être examinées par la

Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé, je vous confirme qu'elles seront soumises à la prochaine session du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles et, par la suite, à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé. A cet égard, je dois toutefois vous rappeler que la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé, lorsqu'elle a examiné les réserves formulées par d'autres Etats Membres, n'a pas cru devoir les accepter et qu'on a exprimé l'espoir qu'elles seraient rapidement retirées. Dans ces conditions, votre gouvernement souhaitera peut-être reconsidérer sa position avant que le Comité ne soit saisi de ces réserves. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître aussitôt que vous le pourrez la position de votre gouvernement à ce sujet afin que je puisse en informer le Comité en temps voulu.

### Réserves de l'Inde au Règlement sanitaire international (1969)

#### I. Réserves valables jusqu'au 31 décembre 1976:

##### Article 3, paragraphe 1, et article 4, paragraphe 1

Le Gouvernement de l'Inde se réserve le droit de considérer l'ensemble du territoire d'un pays comme infecté par la fièvre jaune chaque fois que la fièvre jaune aura été notifiée en application du paragraphe 1 de l'article 3 ou du paragraphe 1 de l'article 4.

##### Article 7, paragraphe 2 b)

Le Gouvernement de l'Inde se réserve le droit de continuer à considérer une zone comme infectée par la fièvre jaune tant qu'il n'aura pas été nettement établi que l'infection amarile a été complètement éliminée de cette zone.

##### Article 43

Le Gouvernement de l'Inde se réserve le droit de désinsectiser dès son arrivée un aéronef qui, lors de son passage au-dessus d'un territoire infecté, a atterri sur un aéroport sanitaire n'étant pas lui-même une zone infectée, si une personne non protégée provenant de la zone infectée environnante a pris cet aéronef et si ce dernier est arrivé sur le territoire de l'Inde au cours de la période durant laquelle cette personne est susceptible de propager la fièvre jaune.

Cette réserve ne s'applique pas aux aéronefs équipés d'un dispositif approuvé de désinsectisation par vapeurs dont l'utilisation est obligatoire.

#### II. Réserves acceptées sans limite de temps:

##### Article 44

Le Gouvernement de l'Inde se réserve le droit d'appliquer les dispositions de l'article 69 aux passagers et à l'équipage d'un

<sup>1</sup> Après avoir examiné une lettre du Ministre de la Santé publique d'Égypte, reçue par le Directeur général de l'OMS le 3 mai 1977, la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a confirmé l'avis du Comité selon lequel ces réserves devraient être prolongées jusqu'au 31 décembre 1979 (voir OMS, Actes officiels, N° 241, 1977, procès-verbal de la cinquième séance de la Commission B, section 2). Le texte de cette lettre est le suivant (*traduction de l'arabe*):

En réponse à votre lettre concernant les réserves de la République arabe d'Égypte à certains articles du Règlement sanitaire international, nous avons l'honneur de vous faire connaître que nous souhaitons maintenir ces réserves en raison de la situation géographique de l'Égypte, de l'accroissement des voyages internationaux, et du nombre toujours plus grand de personnes qui arrivent en Égypte en provenance de pays où certaines des maladies soumises au Règlement sont endémiques.

Ces réserves sont les suivantes:

#### 1. Titre III — Organisation sanitaire

Article 21. La République arabe d'Égypte formule une réserve à la modification demandée.

#### 2. Titre V — Dispositions propres à chacune des maladies soumises au Règlement,

Chapitre II — Choléra. La République arabe d'Égypte formule une réserve à la modification demandée et souhaite que l'on conserve sans changement les articles 63 à 71 du Règlement sanitaire international.

#### 3. Titre VI — Documents sanitaires

La République arabe d'Égypte formule une réserve à la modification demandée et souhaite que l'on conserve sans changement l'article 92 et l'appendice 2 du Règlement sanitaire international.

4. En ce qui concerne la réserve à l'article 3, paragraphe 1, et à l'article 4, paragraphe 1, ainsi conçue: « Le Gouvernement de l'Égypte se réserve le droit de considérer l'ensemble du territoire d'un pays comme infecté par la fièvre jaune chaque fois que la fièvre jaune aura été notifiée en application du paragraphe 1 de l'article 3 ou du paragraphe 1 de l'article 4 », la République arabe d'Égypte souhaite que cette réserve soit prolongée.

aéronef qui atterrit sur le territoire de l'Inde après être passé en transit par un aéroport situé dans une zone infectée par la fièvre jaune et non pourvu d'une zone de transit direct.

*Article 88*<sup>1</sup>

Le Gouvernement de l'Inde a le droit d'exiger de toute personne effectuant un voyage international, qui arrive en aéronef sur son territoire ou y atterrit en transit mais tombe sous le coup des dispositions du paragraphe 1 de l'article 70, des renseignements sur ses déplacements au cours des six jours précédant son débarquement.

**Lettre en date du 20 avril 1976 adressée par le Ministre de la Santé et de la Planification familiale, New Delhi (Inde), au Directeur général de l'OMS (traduction de l'anglais)**

J'ai l'honneur de me référer à votre lettre N° ESD-i4/439/2 (3), i4/439/2 (5), en date du 11 mars 1976, adressée au Ministre de la Santé et de la Planification familiale au sujet des réserves de l'Inde au Règlement sanitaire international (1969). Après avoir étudié la question de manière très approfondie, le Gouvernement de l'Inde continue à penser que, puisqu'il existe un danger très réel d'importation de la fièvre jaune en Inde par des voyageurs internationaux, cette maladie étant encore répandue dans certains pays, les réserves de l'Inde au Règlement sanitaire international (1969) peuvent être prolongées pour une nouvelle période de trois ans à compter du 31 décembre 1976. La question du retrait de ces réserves pourrait être réexaminée après l'expiration de ladite période de trois ans.

Le Gouvernement de l'Inde estime également que les réserves acceptées sans limite de temps doivent être maintenues.

Le Comité a pris note de la correspondance échangée entre l'administration sanitaire nationale et le Directeur général et a recommandé que les réserves à l'article 3, paragraphe 1, à l'article 4, paragraphe 1, à l'article 7, paragraphe 2 b), et à l'article 43 soient prolongées jusqu'au 31 décembre 1979.

PAKISTAN

**Lettre en date du 11 mars 1976 adressée par le Directeur général de l'OMS au Directeur général de la Santé et Cosécrétaire (ès qualités) du Gouvernement du Pakistan, Islamabad (Pakistan)**

J'ai l'honneur de me référer aux réserves que votre gouvernement a formulées au sujet du Règlement sanitaire international (1969) adopté par la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (WHA22.46) et modifié par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (WHA26.55).

Quatre de ces réserves, dont le texte est reproduit dans l'annexe jointe à la présente lettre, sont valables jusqu'au 31 décembre 1976. Comme vous le savez sans doute, le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles doit se réunir à Genève du 22 au 26 novembre 1976. Pour lui permettre d'examiner le statut futur des réserves faites par le Pakistan, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer en temps utile si votre gouvernement est d'avis que ces réserves, acceptées pour une période limitée, soient considérées comme caduques à l'expiration de ladite période et si votre gouvernement s'estime en mesure de retirer sa réserve à l'article 44.

Les recommandations du Comité seront ultérieurement soumises à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé à qui il appartiendra de prendre une décision définitive quant à l'acceptation des réserves, conformément à l'article 95 du Règlement sanitaire international (1969).

**Réserves du Pakistan au Règlement sanitaire international (1969)**

*I. Réserves valables jusqu'au 31 décembre 1976 :*

*Article 3, paragraphe 1, et article 4, paragraphe 1*

Le Gouvernement du Pakistan se réserve le droit de considérer l'ensemble du territoire d'un pays comme infecté par la fièvre jaune chaque fois que la fièvre jaune aura été notifiée en application du paragraphe 1 de l'article 3 ou du paragraphe 1 de l'article 4.

*Article 7, paragraphe 2 b)*

Le Gouvernement du Pakistan se réserve le droit de continuer à considérer une zone comme infectée par la fièvre jaune tant qu'il n'aura pas été nettement établi que l'infection amarile a été complètement éliminée de cette zone.

*Article 43*

Le Gouvernement du Pakistan se réserve le droit de désinsectiser dès son arrivée un aéronef qui, lors de son passage au-dessus d'un territoire infecté, a atterri sur un aéroport sanitaire n'étant pas lui-même une zone infectée.

Cette réserve ne s'applique pas aux aéronefs équipés d'un dispositif approuvé de désinsectisation par vapeurs dont l'utilisation est obligatoire.

*Article 88*

Le Gouvernement du Pakistan a le droit d'exiger de toute personne effectuant un voyage international, qui arrive en aéronef sur son territoire ou y atterrit en transit mais tombe sous le coup des dispositions du paragraphe 1 de l'article 70, des renseignements sur ses déplacements au cours des six jours précédant son débarquement.

*II. Réserve acceptée sans limite de temps :*

*Article 44*

Le Gouvernement du Pakistan se réserve le droit d'appliquer les dispositions de l'article 69 aux passagers et à l'équipage d'un aéronef qui atterrit sur le territoire du Pakistan après être passé en transit par un aéroport situé dans une zone infectée par la fièvre jaune et non pourvu d'une zone de transit direct.

**Lettre en date du 14 avril 1976 du Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé et du Bien-Etre social, Gouvernement du Pakistan, Islamabad (Pakistan) (traduction de l'anglais)**

J'ai l'honneur de me référer à votre lettre N° ESD-i 4/439/2 (3) en date du 11 mars 1976, concernant les réserves du Gouvernement du Pakistan au Règlement sanitaire international.

Vous comprendrez, j'en suis sûr, que, puisque le Pakistan est toujours exempt de fièvre jaune, il sera nécessaire de maintenir ces réserves, applicables aux voyageurs venant de pays infectés par cette maladie. Notre gouvernement ne s'estime pas encore en mesure de retirer les réserves formulées précédemment.

Le Comité a pris note de la correspondance échangée entre l'administration sanitaire nationale et le Direc-

<sup>1</sup> Le Gouvernement de l'Inde a été prié par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé de reconsidérer sa position à l'égard de cette réserve.

teur général et a recommandé que les réserves à l'article 3, paragraphe 1, à l'article 4, paragraphe 1, à l'article 7, paragraphe 2 *b*), à l'article 43 et à l'article 88 soient prolongées jusqu'au 31 décembre 1979.

### Réserves au Règlement additionnel (1973)

6. Il a été rappelé que, par sa résolution WHA27.45, la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé, suivant en cela les recommandations faites par le Comité à sa dix-huitième session, avait rejeté un certain nombre de réserves au Règlement additionnel.<sup>1</sup> Le Comité avait exprimé l'espoir que ces réserves seraient rapidement retirées et que toutes les mesures possibles seraient prises pour persuader les Etats Membres de devenir parties au Règlement tel qu'il a été modifié en 1973.

7. Conformément aux vœux du Comité, le Directeur général a écrit à tous les gouvernements concernés en juillet 1974 et, à nouveau, en mars 1976. Comme indiqué à la section 2 ci-dessus, quatre de ces gouvernements ont adhéré au Règlement additionnel en 1974. Quant aux autres, ou bien ils ont indiqué qu'ils souhaitaient maintenir leurs réserves, ou bien ils n'ont pas répondu.

8. La position de l'Inde à l'égard du Règlement additionnel (1973) n'est pas encore définie, car les réserves formulées par le Gouvernement dans sa lettre du 8 mai 1974 (reproduite ci-dessous) ne sont parvenues qu'après la dernière session du Comité. Le Gouvernement a donc été informé par lettre en date du 10 octobre 1974 que ces réserves seraient soumises à la présente dix-neuvième session pour que le Comité les examine et adresse une recommandation à l'Assemblée mondiale de la Santé.

#### INDE

**Lettre en date du 8 mai 1974 adressée par le Secrétaire adjoint du Ministère de la Santé et de la Planification familiale (Département de la Santé), New Delhi (Inde) au Directeur général de l'OMS (traduction de l'anglais)**

Objet: Réserves au Règlement additionnel modifiant le Règlement sanitaire international (1969)

J'ai l'honneur de me référer à votre lettre N° i4/439/2 (2), en date du 17 septembre 1973, relative à la question mentionnée ci-dessus. Je suis chargé de notifier au Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé les réserves de l'Inde à la partie de l'article I du Règlement additionnel adopté par la

Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé qui concerne le titre III, article 21, paragraphe 1, alinéa *c*), du Règlement sanitaire international (1969), ainsi qu'à l'article II du Règlement additionnel; ces réserves sont formulées dans l'annexe jointe à la présente. Je suis également chargé de notifier l'acceptation des articles III et IV du Règlement additionnel adopté par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ainsi que des parties de l'article I de ce Règlement qui ont trait au titre I, article 1, au titre III, article 21, paragraphe 1, alinéa *b*), au titre V, articles 63 à 71, et au titre VI, article 92, du Règlement sanitaire international.

Je dois vous demander d'avoir l'obligeance de soumettre à l'examen de la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé les réserves susmentionnées.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir accuser réception de la présente lettre.

### Réserves de l'Inde au Règlement additionnel adopté par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé

*Article 21, paragraphe 1, alinéa c), du Règlement sanitaire international (1969)*

L'alinéa *c*) stipule que les administrations sanitaires adressent à l'Organisation une liste des aéroports de leur territoire qui sont pourvus d'une zone de transit direct. La suppression de cette disposition aura les conséquences suivantes: l'Inde, pour qui l'introduction de la fièvre jaune représente un risque très sérieux, ne pourra pas savoir quels sont les aéroports pourvus d'une zone de transit direct, alors qu'on décide de prendre ou non des mesures de quarantaine à l'égard d'un voyageur qui a transité par un aéroport situé dans une zone d'endémicité amarile selon qu'il a ou non passé la période en question dans une zone de transit direct; en outre nous ne pourrions pas appliquer la réserve que nous avons formulée à l'article 44. L'alinéa *c*) ne devrait pas être supprimé.

*Article II du Règlement additionnel*

Il est difficile en trois mois de réunir et d'examiner des renseignements provenant des différentes régions d'un pays aussi vaste que l'Inde, puis de remplir les formalités voulues. L'OMS pourrait envisager de porter à six mois le délai prévu.

Le Comité a examiné la correspondance échangée entre l'administration sanitaire nationale et le Directeur général. Il a noté que, par sa résolution WHA26.55, la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a accepté de supprimer l'alinéa *c*) du paragraphe 1 de l'article 21 du Règlement sanitaire international (1969). Le Comité a recommandé qu'au cas où de nouveaux amendements seraient apportés au Règlement, on voie s'il ne serait pas souhaitable d'accorder un plus long délai pour leur examen.

## C. Certificats de vaccination exigés dans les voyages internationaux

1. Le Comité a été informé de la situation concernant les exigences des Etats Membres en matière de certificats de vaccination. Il a noté avec regret que, dans beaucoup d'Etats, la pratique des services compétents des ports et aéroports ne correspond pas aux indications publiées par l'OMS au sujet des certificats de vaccination requis. A son avis, les Etats Membres

devraient faire davantage d'efforts pour remédier à cette situation et veiller à ce que les règles appliquées dans leur territoire soient conformes aux renseignements communiqués.

Le Comité a noté que bien souvent, les ambassades et les consulats sont apparemment mal informés des exigences des pays en matière de certificats de vaccination; il a recommandé que des dispositions soient prises pour remédier à cet état de choses.

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 217, 1974, pp. 21 et 66.

2. *Choléra*. Après avoir longuement examiné la question, le Comité a noté avec regret que malgré le manque d'intérêt épidémiologique d'une telle mesure et la décision prise par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 29 Etats exigent encore la présentation de certificats par les voyageurs internationaux. On a estimé qu'il est nécessaire d'améliorer la diffusion des informations fournies à ce sujet par les gouvernements à leurs missions à l'étranger et aux agences de voyage.

3. *Variole*. Le Comité a noté avec satisfaction qu'un nombre important d'Etats Membres se sont

déjà conformés à la recommandation contenue dans la résolution WHA29.54 et n'exigent un certificat de vaccination valable que des voyageurs ayant séjourné au cours des quatorze jours précédents dans un pays où existe une zone infectée. Le Comité a instamment invité les Etats Membres qui ne l'ont pas encore fait à suivre cet exemple, réduisant ainsi le nombre des vaccinations inutiles et des complications post-vaccinales.

4. *Fièvre jaune*. Le Comité a noté que l'application des dispositions relatives au certificat en cause n'a donné lieu à aucune difficulté particulière.

#### D. Examen de la situation concernant les « maladies sous surveillance »

Le Comité a longuement débattu de la possibilité de recommander que différentes maladies, telles la fièvre de Lassa et la maladie de type Marburg, soient ajoutées à la liste actuelle des maladies sous surveillance. Il a finalement décidé de ne pas le faire, principalement parce qu'il serait difficile d'exclure d'autres maladies provoquant une morbidité et une mortalité notables. Le Comité s'est déclaré convaincu que la notification rapide des poussées importantes de maladies transmissibles constitue la meilleure base possible pour l'action internationale contre ces maladies, qu'elles figurent ou non sur une liste particulière. Le Comité a instamment demandé que tous les Etats Membres élaborent des systèmes réalisables et adéquats de surveillance capables de répondre aux différents besoins susceptibles de se faire sentir. Les Etats Membres devraient en outre communiquer davantage de renseignements appropriés à publier dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* et l'Organisation devrait faire plus pour encourager ces contributions d'importance internationale.

Le Comité a entendu un exposé oral détaillé sur les poussées d'une maladie de type Marburg survenues dans le sud du Soudan et le nord du Zaïre. Il a félicité de leur initiative l'Organisation et les Etats Membres qui ont aidé les gouvernements des deux pays atteints à endiguer l'épidémie, à entreprendre des études épidémiologiques et à collecter du plasma immunisant pour utilisation future.

Le Comité a instamment prié le Directeur général de prendre immédiatement des dispositions pour publier, à l'intention des administrations sanitaires, des directives concernant la mise sur pied de systèmes qui permettent de faire face aux cas et aux poussées avec les ressources et les services dont disposent les Etats Membres concernés. Ces directives devraient être analogues à celles qui ont déjà été publiées dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* pour la fièvre de Lassa.<sup>1</sup> Le Directeur général devrait en outre établir une liste des établissements susceptibles d'accepter des échantillons aux fins de diagnostic et indiquer comment recourir à ces établissements.

Le Comité a examiné la résolution XXXI adoptée le 6 octobre 1976 à la vingt-huitième session du Comité régional OMS des Amériques/XXIV<sup>e</sup> réunion du Conseil directeur de l'OPS touchant la nécessité d'une surveillance accrue des personnes effectuant des voyages aériens, et dont le texte est le suivant :

##### NÉCESSITÉ D'UNE SURVEILLANCE ACCRUE DES PERSONNES EFFECTUANT DES VOYAGES AÉRIENS

###### LE CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant le nombre toujours croissant des personnes qui voyagent par avion, l'extension des réseaux de transport aériens et la multiplication des correspondances entre les vols locaux et internationaux;

Conscient par conséquent du danger accru d'importation de maladies nouvelles contre lesquelles aucune mesure préventive n'est prise à l'heure actuelle, telle la fièvre de Lassa, dans des pays où ces maladies sont mal connues et où un diagnostic urgent en laboratoire risque de ne pas être possible; et

Notant les recommandations du Comité exécutif, contenues dans le document CD24/23, sur la suppression de l'obligation de la vaccination antivariolique pour les voyageurs internationaux dans la Région des Amériques,

###### DÉCIDE :

1. De prier le Directeur de prendre des mesures pour maintenir et développer le système de surveillance des maladies ainsi que les échanges rapides de renseignements entre les Etats Membres de la Région, et de porter à l'attention du Comité OMS de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles la question des maladies nouvelles et des problèmes spéciaux qu'elles posent aux pays.

2. De demander instamment aux gouvernements de se tenir en contact avec les compagnies aériennes pour obtenir les renseignements nécessaires sur les passagers qui pourraient avoir été exposés à des maladies transmissibles en cours de voyages et pour mieux informer les personnels des compagnies aériennes de l'importance que présentent les maladies observées chez des passagers.

3. De prier le Directeur de fournir aux gouvernements des directives et des manuels à jour pour leur permettre de réexaminer leurs systèmes de protection sanitaire et de recycler les personnels de santé de leurs aéroports compte tenu des mesures nouvelles qui peuvent être nécessaires pour empêcher la propagation de maladies dangereuses par les personnes effectuant des voyages aériens.

(Adoptée à la quatorzième séance plénière, le 6 octobre 1976)

<sup>1</sup> *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 21: 177 (1977); 22: 185 (1977).

Après avoir discuté dans le détail des problèmes qui se sont posés récemment lorsqu'il a fallu rechercher les contacts de cas de fièvre de Lassa et de maladie de type Marburg, le Comité a souligné une fois de plus l'utilité d'échanges rapides d'informations entre les administrations sanitaires, l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes, comme l'Association du Transport aérien international et les compagnies aériennes affiliées, qui peuvent fournir un concours essentiel.

Le Comité s'est déclaré pleinement conscient des difficultés qu'entraîne le laps de temps souvent nécessaire pour établir un diagnostic positif.

Il faut éviter que les pays n'appliquent des mesures excessives et le Comité a estimé que la diffusion rapide de renseignements très détaillés sur les poussées ainsi que d'indications relatives aux lignes de conduite déjà recommandées serait très utile à cette fin.

Le Comité a exprimé des réserves quant à l'utilité de donner une formation spéciale aux équipages des aéronefs au sujet de la fièvre de Lassa et de la maladie de type Marburg.

Le Comité a examiné la nécessité de donner des instructions sur la désinfection d'un aéronef ayant transporté un cas de maladie très contagieuse. Il a demandé instamment que l'OMS rassemble des informations sur les pratiques en vigueur dans les Etats Membres.

*Typhus à poux.* Le Comité a estimé nécessaire d'appeler l'attention des Etats Membres sur le fait que si cette maladie est surtout d'importance régionale, sa prévalence est inquiétante dans les régions où elle sévit. En outre, bien qu'il soit scientifiquement possible de combattre le typhus à poux, le manque de crédits et de ressources locales a empêché jusqu'ici d'accomplir des progrès notables.

*Fièvre récurrente à poux.* Le Comité a noté que si cette maladie pose un problème moins important que le typhus à poux, une surveillance continue est néanmoins recommandée.

*Grippe.* Le Comité a pris note avec intérêt du rapport sur la surveillance de la grippe, ainsi que des mesures prises par l'Organisation à l'occasion d'une poussée localisée de grippe due au virus A/New Jersey/76 qui est survenue aux Etats-Unis d'Amérique.

*Poliomyélite.* Le Comité a noté avec satisfaction que les Etats Membres notifient à l'OMS les cas de poliomyélite observés dans leurs pays. Le Comité a remarqué que la maladie continue de sévir dans de nombreuses régions; il a souligné que des campagnes adéquates de vaccination permettraient de combattre efficacement la poliomyélite et il a exprimé l'espoir que de telles campagnes seront exécutées dans le cadre du programme élargi de vaccination.

*Paludisme.* Le Comité a tenu à appeler l'attention des Etats Membres sur la situation très sérieuse qui existe dans certaines régions. Il a noté avec inquiétude les tendances du paludisme, même dans certaines zones où la maladie avait à un moment disparu, et a évoqué les conséquences qui pourraient en résulter si des mesures efficaces de lutte n'étaient pas prises. Le Comité a félicité l'Organisation mondiale de la Santé de publier régulièrement dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* des mises à jour des « Informations sur le risque de paludisme à l'intention des voyageurs internationaux ».

Le Comité a souligné de nouveau qu'il incombe aux autorités sanitaires de continuer à renseigner les membres du corps médical et les voyageurs sur les risques de contracter le paludisme dans les zones d'endémicité.

## E. Fréquence des réunions du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles

Le Comité a examiné cette question à la lumière des renseignements fournis par le Directeur général et des vues exprimées au cours de la session. Il a été recommandé que le Comité se réunisse uniquement quand besoin est, et que le Directeur général prévoie des crédits budgétaires permettant de couvrir les dépenses afférentes à une réunion convoquée à bref délai. On a estimé que si certains problèmes peuvent être réglés par correspondance entre le Directeur général et les membres du Tableau d'experts, cette procédure ne devra que compléter, et en aucun cas remplacer, une réunion.

Le Comité a recommandé que les articles 1 et 5 du Règlement applicable au Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles<sup>1</sup> soient modifiés comme suit:

<sup>1</sup> Ce Règlement, tel qu'il a été adopté à l'origine par la Septième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA7.56), a été publié dans OMS, Actes officiels, N° 56, 1954, pp. 70-73 et 92. Il a été modifié par la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA15.36) pour ce qui est de la pério-

### Article 1: Objet et fonctions

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

a) passer en revue l'application du Règlement sanitaire international et de toute autre réglementation pertinente;

.....

### Article 5: Secrétariat

.....

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.

dité des réunions du Comité. Le texte du Règlement, tel qu'il a été modifié par le Comité lors de sa dix-huitième session et adopté par le Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA27.45), a été publié dans OMS, Actes officiels, N° 217, 1974, p. 73.

## F. Contrôle du virus variolique dans les laboratoires

Le Comité a été informé des mesures prises par l'Organisation à la suite de l'adoption, par la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, de la résolution WHA29.54 priant tous les gouvernements et tous les laboratoires de coopérer pleinement à l'établissement d'un registre international des laboratoires conservant des stocks de virus de la variole, et demandant instamment que tous les laboratoires qui n'ont pas besoin de tels stocks de virus variolique les détruisent, étant donné en particulier les infections accidentelles qui se sont produites dans des laboratoires.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 48: 146, 161, 186 (1973).

Le Comité a pris connaissance avec intérêt des résultats obtenus jusqu'à présent. Les laboratoires ou pays qui n'ont pas encore fourni les renseignements nécessaires devraient être de nouveau invités à le faire d'urgence.

Le Comité a noté avec satisfaction que de nombreux laboratoires ont déjà détruit leurs stocks de virus variolique mais il a estimé de la plus haute importance que cet exemple soit suivi par tous les autres laboratoires, sauf ceux qui ont été désignés comme centres collaborateurs de l'OMS dans ce domaine.

## G. Aspects du Règlement sanitaire international (1969) intéressant la biologie des vecteurs

*Désinsectisation des aéronefs.* Outre les préparations d'aérosols déjà homologuées, le Comité a recommandé une nouvelle préparation (2% de (+)-phénothrine dans un mélange propulseur composé de 50% de R 11 et de 50% de R 12 sans addition de solvant) et il a approuvé la modification à apporter en conséquence à l'annexe VI de la deuxième édition annotée du Règlement sanitaire international (1969).

## H. Vaccin antiamaril

Le Comité a été informé de la mise au point d'un vaccin plus stable. Il a estimé toutefois qu'aucune modification ne devrait être apportée aux dispositions du Règlement sanitaire international relatives au stockage et à l'utilisation du vaccin antiamaril avant que les caractéristiques du nouveau produit n'aient été examinées de façon approfondie par le Comité OMS d'experts de la Fièvre jaune.

## Appendice

CAS DE MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT PROVOQUÉS PAR LE TRAFIC INTERNATIONAL OU OBSERVÉS DANS CELUI-CI QUI ONT ÉTÉ NOTIFIÉS À L'OMS DU 1<sup>er</sup> JANVIER 1973 AU 31 DÉCEMBRE 1975

Moyen de transport	Date d'arrivée	Lieu d'arrivée	Provenance	Nombre de cas	Observations
<b>1. CHOLÉRA</b>					
<b>1973</b>					
Afrique Aéronef	23 novembre	Afrique du Sud (Johannesburg)	Portugal (Lisbonne)	1 (eltor, Inaba)	Le malade, qui avait été vacciné à Lisbonne, s'était arrêté quatre jours en Angola avant de gagner l'Afrique du Sud.
Europe Aéronef	7 août	Berlin (Ouest)	Tunisie (Djerba)	1 (eltor, Ogawa)	Un touriste âgé de 55 ans est rentré le 7 août de vacances passées en Tunisie. Il a été hospitalisé le lendemain de son retour et le diagnostic a été confirmé le 9 août.
Aéronef	26 mai	France (Dumes, Landes)	Côte d'Ivoire (Abidjan)	1 (eltor)	Un voyageur, arrivé d'Abidjan le 26 mai, est tombé malade le 28 et a été hospitalisé le 29.

Moyen de transport	Date d'arrivée	Lieu d'arrivée	Provenance	Nombre de cas	Observations
Navire	24 août	France (Marseille)	Algérie	1 (eltor, Ogawa)	Une fillette algérienne de 11 ans, qui avait séjourné en Algérie depuis le 20 juillet, souffrait de diarrhée lors de son arrivée à Marseille le 24 août.
Navire	25 août	France (Marseille)	Tunisie	1 (eltor, Ogawa)	Une Française de 25 ans, qui rentrait de vacances passées en Tunisie, a été hospitalisée à son arrivée à Marseille.
Aéronef	15 septembre	France (Le Blanc-Mesnil)	Algérie	1 (eltor, Ogawa)	Une enfant algérienne âgée de 7 mois, arrivée le 15 septembre à Paris par avion en provenance d'Oran (Algérie), a été hospitalisée pour diarrhée. Le diagnostic de choléra a été confirmé le 24 septembre.
Aéronef	27 juillet	République fédérale d'Allemagne (Aix-la- Chapelle)	Tunisie	1 (eltor, Ogawa)	Un touriste âgé de 52 ans est arrivé le 27 juillet à Aix-la-Chapelle en provenance de Tunisie et est tombé malade le 29. Il a été hospitalisé le 2 août et le diagnostic a été confirmé le 6.
Aéronef	20 août	République fédérale d'Allemagne (Alsfeld, Hesse)	Tunisie (Monastir)	1 (eltor, Ogawa)	Un touriste âgé de 19 ans est rentré le 20 août de vacances passées en Tunisie; il a été hospitalisé le 28.
Par voie de terre	2 septembre	République fédérale d'Allemagne (Offenbach)	Italie (Naples)	1 (eltor, Ogawa)	Un travailleur italien âgé de 53 ans a été hospitalisé le 2 septembre. Le diagnostic a été confirmé le même jour.
Voiture et aéronef	30 août	République fédérale d'Allemagne (Bad Vilbel)	Turquie	1 (eltor, Inaba)	Une femme âgée de 61 ans est tombée malade au cours du vol de retour de Turquie à Francfort. Le choléra a été diagnostiqué le 5 septembre.
Aéronef	18 juillet	Suède (province de Malmöhus)	Tunisie	2 (eltor, Ogawa)	Deux femmes, âgées respectivement de 56 et 30 ans, avaient visité la Tunisie avec un groupe de touristes. Elles sont tombées malades le 18/19 juillet.
Aéronef	24 juillet	Suède (provinces de Södermanland, Västerbotten et Västmanland)	Tunisie	3 (eltor, Ogawa)	Deux femmes, âgées respectivement de 59 et 47 ans, et un homme âgé de 22 ans, qui avaient passé des vacances en Tunisie.
Aéronef	25/26 juillet	Suède (Göteborg, Malmöhus, Östergötland, Stockholm)	Tunisie	5 (eltor, Ogawa)	Une femme de 45 ans et quatre hommes âgés de 33 à 58 ans, qui avaient passé des vacances en Tunisie.

Moyen de transport	Date d'arrivée	Lieu d'arrivée	Provenance	Nombre de cas	Observations
Aéronef	4 avril	Royaume-Uni (Londres)	Inde (Calcutta)	1 (eltor, Ogawa)	Un commandant de bord d'une ligne aérienne a pris l'avion à Calcutta le 3 avril en tant que passager. Il a été atteint d'une légère diarrhée au cours du vol.
Aéronef	30 juillet	Royaume-Uni (Luton)	Tunisie (Hammamet)	1 (eltor, Ogawa)	Un membre d'un groupe de touristes qui avaient visité la Tunisie. Apparition des symptômes le 26 juillet.
Aéronef	1 <sup>er</sup> août	Royaume-Uni (Kent)	Tunisie	1 (eltor, Ogawa)	Un homme rentré de Tunisie le 1 <sup>er</sup> août a commencé à avoir de la diarrhée le 4 août.
Aéronef	5 août	Royaume-Uni (Yorkshire)	Tunisie	1 (eltor, Ogawa)	Un homme de 28 ans est rentré de Tunisie le 5 août. Il avait souffert de diarrhée de façon intermittente pendant ses vacances; le symptôme a persisté après son retour.
Aéronef	20 août	Royaume-Uni (Tooting, Londres)	Tunisie	1 (eltor, Ogawa)	Un garçonnet de 5 ans a été atteint de diarrhée le 19 août, la veille de son retour de vacances passées en Tunisie.
<b>1974</b>					
<b>Amériques</b>					
Aéronef	24 mars	Canada (Montréal)	Afrique du Sud (Johannesburg)	1 (eltor, Inaba)	Un homme de 27 ans, ayant quitté Johannesburg le 23 mars, est arrivé à Montréal le 24, via Luanda, Lisbonne et New York. Il a été atteint de diarrhée le lendemain, lors de son arrivée à Kingston, et a été hospitalisé le 27 mars.
<b>Europe</b>					
Par voie de terre	16 août	France (Boulogne)	Portugal	1 (eltor, Inaba)	Un Français de 45 ans, rentré de vacances passées au Portugal, a été hospitalisé le 17 août. Le diagnostic a été confirmé le 19.
Aéronef	27 août	France (Marseille)	Algérie (Alger)	1 (eltor, Ogawa)	Un Algérien de 29 ans a été hospitalisé à Marseille le 27 août.
Par voie de terre	1 <sup>er</sup> octobre	France (Paris)	Portugal	1 (eltor, Ogawa)	Un Portugais de 14 ans a été hospitalisé à Paris pour choléra.
Aéronef	2 août	République fédérale d'Allemagne (Bremerhaven)	Portugal (Porto)	1 (eltor, Inaba)	Un marin portugais de 42 ans est arrivé le 2 août à Bremerhaven par avion en provenance de Porto et a été hospitalisé pour diarrhée. Le diagnostic a été confirmé le 8 août.

Moyen de transport	Date d'arrivée	Lieu d'arrivée	Provenance	Nombre de cas	Observations
Aéronef	18 août	République fédérale d'Allemagne (Rheine)	Portugal (district de Faro, Albufeira)	1 (eltor, Inaba)	Un touriste de 22 ans a ressenti les premiers symptômes lors de son retour à Rheine, via Francfort, le 18 août, après des vacances passées à Albufeira. Il a été hospitalisé le 22 août.
Par voie de terre	13 septembre	République fédérale d'Allemagne (Hanovre)	Portugal	1 (eltor, Inaba)	Un travailleur portugais de 36 ans a quitté Mirandela, près de Bragança, le 12 septembre. Il a voyagé par autocar jusqu'à Osnabrück, via Cologne, Duisburg, Düsseldorf et Münster, et a continué par chemin de fer jusqu'à Hanovre où il a été hospitalisé en isolement le 13 septembre. Le diagnostic a été confirmé le 17 septembre.
Par voie de terre	9 septembre	Suède (Stockholm)	Portugal	1 (eltor, Inaba)	Un homme de 72 ans a visité différentes régions du Portugal entre le 12 août et le 8 septembre. Il a commencé à souffrir de diarrhée pendant son voyage et a été hospitalisé le lendemain de son retour; le diagnostic de choléra a été confirmé par examen bactériologique le 17 septembre. Le malade avait été vacciné contre le choléra les 23 et 30 juillet.
Navire	17 août	Royaume-Uni (Southampton)		1 (eltor, Inaba)	Une femme de 66 ans a fait une croisière en Méditerranée. La dernière escale, le 14 août, était Lisbonne. La malade a commencé à souffrir de diarrhée le 17 août après avoir quitté le navire.
...	23 août	Royaume-Uni (Bexley)	Portugal	1 (eltor, Inaba)	Une femme qui rentrait du Portugal.
Par voie de terre	25 août	Royaume-Uni (Birmingham)	Pakistan	1 (eltor, Ogawa)	Une petite Pakistanaise de 2 ans, née à Birmingham, avait passé au Pakistan une année au cours de laquelle elle avait été malade par intermittence.
<b>Afrique</b>	<b>1975</b>				
Par voie de terre	2 janvier	Ouganda (Kampala)	Kenya (Kisumu)	1 2 porteurs (eltor, Inaba)	Trois membres d'une famille de Jaluus qui rentraient de Kisumu ont été soignés à l'Hôpital Mulago. Guérison complète.

Moyen de transport	Date d'arrivée	Lieu d'arrivée	Provenance	Nombre de cas	Observations
<b>Asie</b> Par voie de terre	31 décembre 1974	Koweït	Arabie Saoudite (La Mecque)	3 (eltor, Inaba)	Membres d'un groupe de 38 pèlerins irakiens qui ont franchi la frontière entre l'Arabie Saoudite et le Koweït le 31 décembre 1974. Un homme âgé de 77 ans est décédé ce jour-là et deux autres cas ont été confirmés le 2 janvier 1975.
Navire	18 août	Japon (port de Kan-Mon)	Inde (Madras)	3 (eltor, Inaba)	Cas dépistés parmi les membres de l'équipage d'un cargo japonais arrivé au port de Kan-Mon le 18 août après avoir quitté Madras le 5 août.
<b>Europe</b> Aéronef	5 janvier	France (Paris)	Arabie Saoudite (La Mecque)	1 (eltor, Inaba)	Un Algérien de 50 ans, qui rentrait d'un pèlerinage à La Mecque, a été hospitalisé à Paris le 5 janvier.
Navire	18 août	France (Cannes)	Espagne (Malaga, via Palma)	1 (eltor, Ogawa)	Touriste canadienne arrivée le 18 août à Cannes par mer.
Navire	26 août	France (Marseille)	Algérie (Mostaganem)	1 (eltor, Ogawa)	Un Algérien de 46 ans est arrivé de Mostaganem le 26 août et a été hospitalisé. Cinq porteurs ont été décelés parmi les membres de sa famille.
Navire	27 août	France (Marseille)	Algérie (Alger)	1 (eltor, Ogawa)	Un enfant algérien de 7 ans est arrivé d'Alger le 27 août et a été hospitalisé le 2 septembre.
Par voie de terre	3 septembre	France (Orthez)	Portugal	1 (eltor, Inaba)	Un enfant portugais de 20 mois arrivé le 3 septembre, via l'Espagne, a été hospitalisé le même jour.
Par voie de terre	4 septembre	France (Bayonne)	Portugal	1 (eltor, Inaba)	Un Portugais de 39 ans, venant du district de Viana do Castelo (province de Minho), a été hospitalisé le 4 septembre.
Navire	12 septembre	France (Marseille)	Algérie	1 (eltor, Ogawa)	Une Française âgée de 58 ans, rentrée par mer d'Algérie où elle avait passé des vacances, a été hospitalisée à son arrivée à Marseille le 12 septembre.
Aéronef	16 septembre	France (Saint-Just-sur-Loire)	Algérie	1 (eltor, Ogawa)	Un Algérien, rentré en France le 16 septembre après avoir passé quelque temps en Algérie (Maison-Carrée), a été hospitalisé le 18 septembre pour diarrhée. Le diagnostic a été confirmé le même jour.

Moyen de transport	Date d'arrivée	Lieu d'arrivée	Provenance	Nombre de cas	Observations
Navire	24 octobre	France (Bayonne)	Maroc (Oujda)	1 (eltor, Ogawa)	Un homme venant du Maroc a été hospitalisé pour diarrhée à son arrivée.
Navire	17 août	Italie (Civitavecchia)	Espagne (Malaga)	1 (eltor, Ogawa)	Touriste canadienne âgée de 82 ans arrivée à bord d'un navire de croisière.
Voiture et aéronef	20 août	Royaume-Uni (Londres)	Irak (Al Bakr)	1 (eltor, Ogawa)	Un Anglais, ingénieur des pétroles, avait séjourné trois semaines à Al Bakr avant de se rendre à Bagdad par landrover le 18/19 août, s'arrêtant brièvement en chemin à Fao et à Bassora. Après avoir passé la nuit à Bagdad, il est rentré en Angleterre par avion le 20 août. Il est tombé malade le 21 et le diagnostic a été confirmé le 29.

## 2. VARIOLE

1973					
<b>Afrique</b>					
Par voie de terre	Février/décembre	Territoire français des Afars et des Issas	Ethiopie	14	Dont des cas secondaires.
Par voie de terre	5 mai	Somalie	Ethiopie	1	
Par voie de terre	17 juin	Somalie	Ethiopie	3	
Par voie de terre	11 août	Somalie	Ethiopie	1	
Par voie de terre	13 septembre	Somalie	Ethiopie	2	
<b>Asie</b>					
Aéronef	18 mars	Japon (Tokyo)	Bangladesh	1	Un Japonais de 33 ans a séjourné au Bangladesh du 8 février au 16 mars. Rentré à Tokyo, via Bangkok, le 18 mars, il est tombé malade le 23 mars. La variole a été diagnostiquée le 1 <sup>er</sup> avril.
Par voie de terre	Janvier/décembre	Népal	Inde (Etats d'Uttar Pradesh et de Bihar)	277	Dont des cas secondaires.
<b>Europe</b>					
Aéronef	24 février	Royaume-Uni (Londres)	Inde (Calcutta)	1	Un Indien de 60 ans habitant Londres était allé passer deux semaines de vacances à Calcutta. Une éruption est apparue le 8 mars et le diagnostic a été confirmé par isolement du virus. Le malade avait été vacciné dans son enfance et avait, semble-t-il, été revacciné en septembre 1971.

Moyen de transport	Date d'arrivée	Lieu d'arrivée	Provenance	Nombre de cas	Observations
<b>1974</b>					
<b>Afrique</b>					
Par voie de terre	Février/avril	Territoire français des Afars et des Issas	Ethiopie	13	Dont des cas secondaires.
Par voie de terre	Janvier	Kenya	Ethiopie	1	Un homme de 25 ans venant d'un village éthiopien situé à 150 km à l'intérieur des terres. Apparition de la maladie le 26/27 décembre 1973.
Par voie de terre	Février	Kenya	Ethiopie	3	
Par voie de terre	Janvier/novembre	Somalie	Ethiopie	11	
<b>Asie</b>					
Aéronef	17 janvier	Japon (aéroport d'Osaka)	Inde	1	Un Japonais de 49 ans avait visité plusieurs villes des zones d'endémicité de l'Inde septentrionale entre le 5 et le 17 janvier. Une éruption est apparue le 28 janvier. La variole a été diagnostiquée par examen clinique et le malade a été isolé dans un hôpital pour contagieux à Tokyo.
Par voie de terre	Janvier/décembre	Népal	Inde (Etats d'Uttar Pradesh et de Bihar)	1 550	Un grand nombre de ces cas étaient des cas secondaires mais on a pu établir que toutes les poussées avaient pour origine des cas importés du nord de l'Inde.
<b>1975</b>					
<b>Afrique</b>					
Par voie de terre	18 janvier	Somalie	Ethiopie	5	
Par voie de terre	31 janvier	Somalie	Ethiopie	1	
Par voie de terre	25 février	Somalie	Ethiopie	1	
Par voie de terre	9 mars	Somalie	Ethiopie	1	
Par voie de terre	26 avril	Somalie	Ethiopie	1	
Par voie de terre	31 mai	Somalie	Ethiopie	1	
Par voie de terre	26 juillet	Somalie	Ethiopie	4	
<b>Asie</b>					
Par voie de terre	Janvier/avril	Népal	Inde (Etats d'Uttar Pradesh et de Bihar)	95	Beaucoup étaient des cas secondaires mais on a pu établir que toutes les poussées avaient pour origine des cas importés du nord de l'Inde.

COMITE SPECIAL DU CONSEIL EXECUTIF CHARGE D'EXAMINER LE RAPPORT FINANCIER  
ET LE RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES SUR LES COMPTES DE L'ORGANISATION

1. PREMIER RAPPORT - RAPPORT FINANCIER SUR LES COMPTES DE L'OMS  
 POUR L'EXERCICE 1976 ET RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES<sup>1</sup>

[A30/41 - 2 mai 1977]

1. A sa cinquante-neuvième session (janvier 1977), le Conseil exécutif a créé par sa résolution EB59.R49 un Comité spécial composé du Dr S. Butera, du Dr R. W. Cumming, du Professeur J. J. A. Reid et du Dr R. Valladares, avec mission d'examiner notamment le Rapport financier de l'Organisation pour 1976 et le Rapport du Commissaire aux Comptes, et de présenter à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, au nom du Conseil exécutif, et conformément au paragraphe 12.9 du Règlement financier, les observations qui lui paraîtraient nécessaires. Le Comité s'est réuni le 2 mai 1977 et a élu à sa présidence le Dr Valladares.
2. Le Comité a passé en revue le Rapport financier du Directeur général pour 1976 et le Rapport du Commissaire aux Comptes qui figurent dans les Actes officiels N° 237. Il a noté que les dépenses engagées s'élevaient au total à US \$138 789 525 alors que le budget approuvé était de US \$138 910 000, ce qui laissait un excédent budgétaire de US \$120 475. Le Comité a également noté que, bien que certains Membres aient payé leurs contributions plus rapidement en 1976, le montant total des arriérés de contributions était de US \$12 965 614 au 31 décembre 1976. De ce fait, le fonds de roulement de l'Organisation a été épuisé et le Directeur général a été contraint de faire des emprunts sur d'autres fonds à sa disposition, pour un montant de US \$3 831 970, comme il avait été autorisé à le faire par la résolution WHA29.27. Le Comité demande instamment à tous les Membres de verser rapidement leurs contributions afin d'éviter d'avoir à augmenter le montant du fonds de roulement.
3. Le Comité a examiné les observations formulées par le Commissaire aux Comptes au sujet de l'évaluation des projets et programmes de l'Organisation; tout en reconnaissant que la question de l'évaluation est délicate, le Comité a estimé qu'il était nécessaire de réaliser certains progrès en matière d'identification des critères et des phases du processus d'évaluation. Le Comité a reçu du Directeur général l'assurance que des directives pratiques d'évaluation étaient en cours d'élaboration; ces directives s'appliqueront au domaine complexe des programmes de santé publique, étant entendu qu'il sera nécessaire de les adapter pour tenir compte des particularités des différents types de programmes.
4. Egalement en liaison avec le Rapport du Commissaire aux Comptes, le Comité s'est préoccupé du champ d'application des activités de vérification des comptes ayant lieu à l'OMS. La réorientation progressive des activités de l'Organisation, qui seront moins axées sur le Siège et prendront davantage la forme de projets de coopération technique dans les pays en développement, obligera les vérificateurs à porter plus d'attention aux activités exécutées dans les Régions. Le Commissaire aux Comptes a procédé à un examen détaillé des pratiques financières et comptables du Bureau régional de l'Afrique. Le Comité a noté avec satisfaction que le Commissaire aux Comptes en avait conclu que le Bureau régional avait très bien fait face à une situation budgétaire difficile en 1975. Le Comité n'ignorait pas les dimensions et la complexité des activités de l'Organisation dans la Région africaine; il a été informé que le Siège de l'OMS avait accordé toute son attention à divers problèmes de dotation en personnel ainsi qu'à d'autres problèmes administratifs et qu'en fait des services d'appui administratif substantiels avaient été fournis chaque fois qu'ils s'étaient révélés nécessaires.
5. Conformément aux dispositions du paragraphe 2.1) de la résolution EB59.R49, le Comité a examiné les virements entre sections de la résolution portant ouverture de crédits pour 1976 que le Directeur général avait jugé nécessaire d'opérer au moment de la clôture des comptes.

<sup>1</sup> Voir résolution WHA30.3.

pour l'exercice 1976. Au nom du Conseil exécutif, le Comité a pris note de ces virements qui ont été opérés en vertu du pouvoir conféré au Directeur général par le paragraphe C de la résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 1976 (WHA28.86).

2. DEUXIEME RAPPORT - MEMBRES REDEVABLES D'ARRIERES DE CONTRIBUTIONS DANS UNE MESURE POUVANT DONNER LIEU A L'APPLICATION DE L'ARTICLE 7 DE LA CONSTITUTION<sup>1</sup>

[A30/42 - 2 mai 1977]

1. A sa cinquante-neuvième session (janvier 1977), le Conseil exécutif a créé par sa résolution EB59.R49 un Comité spécial composé du Dr S. Butera, du Dr R. W. Cumming, du Professeur J. J. A. Reid et du Dr R. Valladares, en le chargeant d'examiner notamment la question des "Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure pouvant donner lieu à l'application de l'article 7 de la Constitution". Le Comité s'est réuni le 2 mai 1977; le Dr R. Valladares a été élu à la présidence.

2. Le Comité était saisi du rapport du Directeur général qui est reproduit dans l'appendice ci-après; il a été informé qu'au 29 avril 1977 six Membres - la Bolivie, l'Empire Centrafricain, la Grenade, le Kampuchea démocratique, la République Dominicaine et le Tchad - étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure pouvant donner lieu à l'application de l'article 7 de la Constitution.

3. Le Comité a toutefois été informé qu'un versement de US \$43 253 avait été reçu de la Bolivie le 2 mai 1977 et que le représentant de l'Organisation panaméricaine de la Santé en Bolivie avait indiqué dans une communication qu'un chèque complémentaire de US \$29 303, qui lui avait été remis par le Ministère de la Santé de la Bolivie, allait être transmis au Siège de l'OMS. Du fait de ces deux versements, la Bolivie ne tombe donc plus en principe sous le coup des dispositions de l'article 7 de la Constitution. D'autre part, le Ministre de la Santé publique de l'Empire Centrafricain a adressé au Directeur général une communication l'informant qu'un versement de Fr CFA 4 431 500 (US \$17 725) avait été effectué le 26 avril. Ce versement, lorsqu'il aura été reçu, suffira à rayer l'Empire Centrafricain de la liste des pays auxquels l'article 7 peut être appliqué.

4. Le Comité a noté que deux des quatre membres restants de la liste initiale contenue dans le tableau de la section 2 du rapport du Directeur général - à savoir, la Grenade et le Tchad - avaient l'un et l'autre fait des versements après la clôture de la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé à la suite d'une communication du Directeur général les informant des résolutions adoptées par la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé au sujet de leurs arriérés de contributions. Le Comité a également noté qu'en avril 1977 d'autres communications avaient été adressées à tous les Membres figurant sur la liste; or, ni la Grenade, ni le Kampuchea démocratique, ni la République Dominicaine, ni le Tchad n'ont répondu ou fait de versement.

5. Compte tenu des versements faits par la Grenade et le Tchad depuis la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, le Comité a décidé de recommander à l'Assemblée de ne pas suspendre le droit de vote de la Grenade et du Tchad à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé. Il a cependant prié le Directeur général d'adresser en son nom un télégramme à ces deux Membres pour les informer de la recommandation formulée par le Comité et leur demander de faire tout leur possible pour régler leurs arriérés.

6. Le Comité a été informé que, depuis deux ans, le Kampuchea démocratique n'a pas répondu aux communications du Directeur général concernant sa contribution et ses arriérés. Le Comité a prié le Directeur général d'adresser, en son nom, un télégramme au Gouvernement en lui demandant de donner une réponse avant le 9 mai à propos de ses arriérés de contributions et de formuler des propositions concernant leur règlement.

<sup>1</sup> Voir résolution WHA30.12.

7. Compte tenu du montant important des arriérés de contributions dus par la République Dominicaine, notamment de quatre versements annuels payables conformément à une proposition soumise par ce pays et qui avait reçu l'accord de la Vingt-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, le Comité a décidé de recommander la suspension du droit de vote de la République Dominicaine à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé au cas où elle n'aurait pas réglé ses arriérés à l'époque où l'Assemblée examinera la question. Le Comité a prié le Directeur général de communiquer cette décision au Gouvernement intéressé et a demandé à celui-ci d'aviser le Directeur général avant le 9 mai 1977 des mesures prises pour régler le montant de ses arriérés de contributions.

### Appendice

#### RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL AU COMITE SPECIAL

EB59/Ad hoc Committee/Fin/3 - 28 avril 1977

#### 1. Introduction

Dans sa résolution WHA8.13, la Huitième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1955) a décidé que si, au moment de la réunion de l'une quelconque des sessions à venir de l'Assemblée de la Santé, un Membre est redevable à l'Organisation de contributions arriérées d'un montant égal ou supérieur à celui des contributions dues par lui pour les deux années complètes qui précèdent, l'Assemblée examinera, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ce Membre.

Conformément à la résolution WHA16.20 de la Seizième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1963), le Conseil exécutif, lors des sessions pendant lesquelles il prépare l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé, doit formuler des recommandations précises, accompagnées des raisons sur lesquelles elles se fondent, à l'Assemblée de la Santé au sujet de tout Membre qui, dans le paiement de ses contributions à l'Organisation, est redevable d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution.

Dans la même résolution, l'Assemblée de la Santé a invité les Membres intéressés à présenter au Conseil exécutif un exposé de leurs intentions quant au paiement de ces arriérés, de manière que l'Assemblée de la Santé, quand elle examine la question conformément aux dispositions de la résolution WHA8.13, soit en mesure de fonder sa décision sur les exposés de ces Membres et sur les recommandations du Conseil exécutif.

Finalement, aux termes de cette résolution, le Directeur général a été prié d'étudier avec les Etats Membres intéressés les difficultés auxquelles ceux-ci se heurtent et de faire rapport aux sessions appropriées du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé.

#### 2. Etats Membres intéressés

Au 26 avril 1977, date de rédaction du présent rapport, les six Membres suivants étaient redevables d'arriérés de contributions d'un montant égal ou supérieur à celui de leurs contributions pour deux années complètes antérieures à 1977 : la Bolivie, l'Empire Centrafricain, la Grenade, le Kampuchea démocratique, la République Dominicaine et le Tchad. Un de ces Membres, la République Dominicaine, n'avait pas rempli les conditions précédemment acceptées par la Vingt-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1972) dans sa résolution WHA25.6 pour le règlement de ses arriérés, à savoir que la totalité de ses arriérés pour la période 1965-1970 serait payée en quatre versements égaux étalés de 1972 à 1975. L'état des arriérés de contributions des six Membres intéressés est indiqué dans le tableau 1 ci-après.

Tableau 1. Etat des arriérés de contributions au 26 avril 1977

Membres	Montants payables en					Total
	1972	1973	1974	1975	1976	
	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$	US \$
Bolivie .....	-	5 588 <sup>a</sup>	42 870	23 060	27 390	98 908
Empire Centrafricain .....	-	-	17 308 <sup>a</sup>	23 060	27 390	67 758
Grenade .....	-	-	-	23 060	27 390	50 450
Kampuchea démocratique .....	-	-	26 288 <sup>a</sup>	23 060	27 390	76 738
République Dominicaine .....	{ 25 950 <sup>a</sup> 32 882,50 <sup>b</sup>	{ 36 960 32 882,50 <sup>b</sup>	{ 42 870 32 882,50 <sup>b</sup>	{ 23 060 32 882,50 <sup>b</sup>	{ 27 390 - }	287 760
Tchad .....	-	-	13 540 <sup>a</sup>	23 060	27 390	63 990

<sup>a</sup> Solde de la contribution.  
<sup>b</sup> Versement annuel payable par la République Dominicaine au cours des années 1972 à 1975 aux termes de la résolution WHA25.6 (mai 1972), en règlement de la totalité de ses arriérés de contributions pour la période 1965-1970.

### 3. Mesures prises par le Directeur général

A la suite de l'adoption par le Conseil exécutif en janvier 1977 de résolutions distinctes pour chacun des Membres intéressés, le Directeur général, comme il en avait été prié, a communiqué le texte de ces résolutions (EB59.R20 - Bolivie; EB59.R21 - Empire Centrafricain; EB59.R25 - Grenade; EB59.R23 - Kampuchea démocratique; EB59.R24 - République Dominicaine; et EB59.R22 - Tchad) à ces Membres, les invitant instamment à s'acquitter de leurs arriérés ou, s'ils étaient dans l'impossibilité de le faire avant l'ouverture de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, à présenter un exposé de leurs intentions quant au paiement de ces arriérés, exposé qui serait transmis au Comité spécial du Conseil exécutif. D'autres communications ont été adressées par le Directeur général aux Membres intéressés en avril 1977.

Au moment où ce rapport a été préparé, aucune réponse n'avait été reçue des Membres intéressés.

### 4. Versements reçus depuis la clôture de la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

Les versements reçus depuis la clôture de la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1976), dont il a été tenu compte dans le tableau 1 ci-dessus, ont été effectués de la façon suivante :

<u>Membre</u>	<u>Date</u>	<u>Montant en US \$</u>	<u>Représentant</u>
Grenade	14 juin 1976	1 020	Solde de la contribution fixée pour 1974
Tchad	26 novembre 1976	25 858	Fraction de la contribution fixée pour 1974

3. TROISIEME RAPPORT - AJUSTEMENTS AU PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR 1978<sup>1</sup>[A30/43 - 3 mai 1977]

1. A sa cinquante-neuvième session (janvier 1977) le Conseil exécutif a créé par sa résolution EB59.R49 un Comité spécial composé du Dr S. Butera, du Dr R. W. Cumming, du Professeur J. J. A. Reid et du Dr R. Valladares; ce comité a été chargé d'examiner, notamment, la question des ajustements à apporter au projet de budget programme pour 1978 afin de maintenir en 1978 le statu quo en ce qui concerne les comptes rendus sténographiques et les comptes rendus sommaires de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif. Le Comité s'est réuni le 2 mai 1977 et le Dr R. Valladares a été élu président.

2. Le Comité a été saisi du rapport du Directeur général que l'on trouvera ci-après dans l'appendice. Le Directeur général a proposé de couvrir le coût estimatif du maintien du statu quo, soit US \$670 000, moyennant une diminution des crédits prévus au budget ordinaire de 1978 pour la conférence internationale sur les soins de santé primaires, étant donné la contribution annoncée par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance au coût de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, soit US \$100 000, et moyennant des économies sur le remboursement des frais de voyage des membres du Conseil exécutif et des délégués à l'Assemblée de la Santé, soit US \$167 000, le solde, soit US \$403 000, étant prélevé sur la contribution attendue du gouvernement hôte au titre de la conférence internationale sur les soins de santé primaires.

3. Au nom du Conseil exécutif, le Comité a fait siennes les propositions du Directeur général sous réserve que l'Assemblée de la Santé approuve les recommandations faites par le Conseil exécutif dans ses résolutions EB59.R10 et EB59.R11 à l'égard du remboursement des frais de voyage des membres du Conseil exécutif et des délégués à l'Assemblée de la Santé, et dans le confiant espoir que la contribution généreusement promise par le Gouvernement de l'Union des Républiques socialistes soviétiques permettra de couvrir entièrement le solde.

4. Le montant de US \$670 000, requis au titre de la section 1 de la résolution portant ouverture de crédits (Organes délibérants), serait partiellement couvert par l'économie de US \$167 000 que l'on espère réaliser sur les frais de voyage des membres et des délégués au titre de la même section de la résolution portant ouverture de crédits. Le solde de US \$503 000 serait prélevé sur la section 3 de la résolution portant ouverture de crédits (Développement de services de santé complets), où sont inscrits les crédits pour la conférence internationale sur les soins de santé primaires, ce qui fait que le programme de l'Organisation prévu au titre de cette section ne se trouvera pas affecté.

Appendice

## RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL AU COMITE SPECIAL

[EB59/Ad Hoc Committee/Fin/4 - 25 avril 1977]

1. A sa cinquante-neuvième session (janvier 1977), le Conseil exécutif a décidé, dans sa résolution EB59.R17, de maintenir en 1978 le statu quo en ce qui concerne les comptes rendus sténographiques et les comptes rendus sommaires de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif. Il a prié le Directeur général d'apporter les ajustements appropriés au projet de budget programme en conservant le niveau recommandé par le Conseil exécutif à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé pour le budget de 1978, et de faire rapport sur ce sujet à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1977). Il a en outre prié le Directeur général d'identifier d'autres économies possibles en conservant le niveau budgétaire de 1978 afin que la proportion des crédits affectés à la coopération technique demeure inchangée, en gardant présentes à

---

<sup>1</sup> Voir résolution WHA30.31.

l'esprit les dispositions de la résolution WHA29.48. Par sa résolution EB59.R49, le Conseil exécutif a prié le Comité spécial d'examiner notamment au nom du Conseil les ajustements à apporter au projet de budget programme pour 1978 afin de maintenir en 1978 le statu quo en ce qui concerne les comptes rendus sténographiques et les comptes rendus sommaires de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif.

2. Le coût estimatif du maintien en 1978 du statu quo en ce qui concerne les comptes rendus sténographiques et les comptes rendus sommaires est de US \$670 000, dont US \$432 000 pour les comptes rendus de l'Assemblée de la Santé et US \$238 000 pour ceux du Conseil exécutif.

3. Le Directeur général a pu identifier les économies suivantes qu'il serait possible de réaliser sans dépasser le niveau proposé pour le budget ordinaire de 1978 et sans réduire la proportion des crédits affectée aux activités de coopération technique :

a) Etant donné la contribution annoncée de US \$100 000 du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance au coût de la conférence internationale sur les soins de santé primaires qui doit se tenir en 1978, contribution dont le Conseil exécutif a pris note dans sa résolution EB59.R16, il est proposé de réduire de ce montant le crédit inscrit au budget ordinaire pour cette conférence.

b) Dans sa résolution EB59.R10, le Conseil exécutif a formulé, au sujet du remboursement des frais de voyage et du versement d'indemnités journalières aux membres du Conseil exécutif, certaines recommandations qui, si la Trentième Assemblée mondiale de la Santé les approuvait, permettraient de réaliser en 1978 des économies d'environ US \$41 000.

c) Dans sa résolution EB59.R11, le Conseil exécutif a formulé, au sujet du remboursement des frais afférents aux voyages effectués pour participer à l'Assemblée de la Santé, certaines recommandations qui, si la Trentième Assemblée mondiale de la Santé les approuvait, permettraient de réaliser en 1978 des économies estimées à environ US \$126 000.

4. Si elles étaient effectivement réalisées, les économies mentionnées à la section 3 ci-dessus représenteraient au total US \$267 000, ce qui laisserait à trouver un solde de US \$403 000. Dans sa résolution EB59.R16, le Conseil exécutif a noté avec reconnaissance la confirmation par le Gouvernement de l'Union des Républiques socialistes soviétiques de l'apport d'une contribution à la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Bien qu'au moment où le présent rapport a été établi, la nature et le montant exact de cette contribution n'aient pas encore été déterminés, il semble qu'elle pourrait être suffisante pour couvrir le solde des économies requises.

5. C'est pourquoi, sous réserve de l'approbation par la Trentième Assemblée mondiale de la Santé des recommandations formulées par le Conseil exécutif dans ses résolutions EB59.R10 et EB59.R11, et sous réserve de la réception de nouveaux renseignements communiqués par le Gouvernement de l'URSS au sujet de sa contribution à la conférence internationale sur les soins de santé primaires, le Directeur général suggère que le projet de résolution portant ouverture de crédits pour 1978, tel qu'il a été recommandé par le Conseil exécutif, soit modifié comme suit :

Section	Affectation des crédits	Augmentation	Montants révisés
		(Diminution)	
		US \$	US \$
1.	Organes délibérants .....	503 000	3 056 900
3.	Développement de services de santé complets .....	(503 000)	24 527 839

6. Le Directeur général fera part à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé de toute information concernant cette question qu'il pourrait obtenir avant que l'Assemblée de la Santé adopte la résolution portant ouverture de crédits pour 1978.

BUDGET PROGRAMME BIENNAL :  
INTRODUCTION DU CYCLE BUDGETAIRE BIENNAL<sup>1</sup>

√A30/24 - 29 mars 1977

Rapport du Directeur général

1. HISTORIQUE DES DECISIONS CONCERNANT L'ETABLISSEMENT D'UN BUDGET PROGRAMME BIENNAL

1.1 La Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (juillet 1969), examinant la nécessité d'une planification à long terme dans le domaine sanitaire, a décidé par sa résolution WHA22.53 "que l'Organisation mondiale de la Santé devra adopter en principe un système de programmation biennale". De son côté, le Conseil exécutif, estimant qu'une formule d'établissement biennal du budget cadrerait très bien avec un système de programmation biennale a, dans sa résolution EB49.R31 (janvier 1972), prié le Directeur général "de continuer à examiner la possibilité d'adopter un cycle biennal pour le programme et budget". En mai 1972, le Directeur général a soumis à la Vingt-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé un rapport de faisabilité sur le plan juridique et sur celui des procédures,<sup>2</sup> dont la conclusion était que l'adoption d'un cycle budgétaire biennal exigerait que la Constitution de l'OMS soit amendée par la suppression des mots "chaque année" et "annuelles" dans les articles 34 et 55.<sup>3</sup> Par sa résolution WHA25.24, la Vingt-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a accepté en principe d'amender la Constitution et a prié le Directeur général de prendre les mesures nécessaires à cet effet.

1.2 En 1973, le Directeur général a soumis au Conseil exécutif, à sa cinquante et unième session, et à la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé un rapport sur la possibilité d'adopter un programme et budget biennal,<sup>4</sup> exposant en résumé : a) l'expérience d'autres grandes organisations du système des Nations Unies qui, depuis lors, ont toutes adopté la formule des budgets programmes biennaux; b) les avantages et les inconvénients de la formule; c) divers aspects et incidences pratiques de son adoption. Le Conseil exécutif, dans sa résolution EB51.R51, a recommandé "d'instituer aussitôt que possible un système de programme et de budget pour une période biennale". La Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par sa résolution WHA26.37, a amendé les articles 34 et 55 de la Constitution en supprimant les mots "chaque année" et "annuelles" et, par sa résolution WHA26.38, "considérant qu'il est souhaitable de passer, le plus tôt possible, à un cycle budgétaire biennal et de s'y préparer sans tarder", a décidé qu'en attendant l'entrée en vigueur des amendements en question l'OMS introduirait la programmation biennale, mais qu'à titre de disposition transitoire le Conseil exécutif continuerait à examiner et l'Assemblée de la Santé à examiner et à approuver chaque année la partie du budget biennal correspondant à chaque année financière.

2. ENTREE EN VIGUEUR DES AMENDEMENTS CONSTITUTIONNELS

2.1 Aux termes de l'article 73 de la Constitution de l'OMS, les amendements constitutionnels entrent en vigueur à l'égard de tous les Etats Membres lorsqu'ils ont été adoptés par les deux tiers de l'Assemblée de la Santé et acceptés par les deux tiers des Etats Membres conformément

---

<sup>1</sup> Voir résolutions WHA30.20, WHA30.21 et WHA30.22.

<sup>2</sup> OMS, Actes officiels, N° 201, 1972, p. 68.

<sup>3</sup> OMS, Documents fondamentaux, 27<sup>e</sup> éd., 1977, pp. 10 et 13.

<sup>4</sup> OMS, Actes officiels, N° 206, 1973, p. 121.

à leurs règles constitutionnelles respectives.<sup>1</sup> La Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté les amendements nécessaires aux articles 34 et 55, exposés dans les annexes à la résolution WHA26.37. Les amendements sont entrés en vigueur le 3 février 1977, à la réception de la centième acceptation d'un Etat Membre.

### 3. DECISION CONCERNANT L'INTRODUCTION DU CYCLE BUDGETAIRE BIENNAL ET DATE DE L'INTRODUCTION

3.1 L'entrée en vigueur des amendements constitutionnels supprimant les mots "chaque année" et "annuelles" dans les articles 34 et 55 de la Constitution permet l'introduction du budget programme biennal qui a été recommandée par le Conseil exécutif et jugée souhaitable par l'Assemblée de la Santé. Il appartient maintenant à l'Assemblée de la Santé de prendre une décision formelle sur le point de savoir s'il convient d'introduire le cycle budgétaire biennal et, dans l'affirmative, à quelle date. Le programme biennal proposé pour 1978-1979<sup>2</sup> a été préparé par le Directeur général et examiné par le Conseil exécutif avant l'entrée en vigueur des amendements à la Constitution, et en application des dispositions transitoires exposées dans la résolution WHA26.38 en vertu desquelles le Conseil exécutif n'a pu, à sa cinquante-neuvième session en janvier 1977, examiner et soumettre à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé que le projet de budget pour 1978. Aussi, lors de sa soixante et unième session en janvier 1978, le Conseil exécutif devra-t-il examiner le projet de budget pour 1979 et le soumettre à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé avec toutes recommandations qu'il pourrait juger opportunes. En conséquence, la première période biennale qui donnerait effectivement lieu à l'établissement d'un budget biennal dans le cadre de la programmation biennale déjà existante serait, en vertu de considérations tant juridiques que pratiques, la période 1980-1981. Si l'Assemblée de la Santé décidait d'adopter le système du budget biennal à partir de la période 1980-1981, les dispositions transitoires concernant le cycle budgétaire annuel aux termes de la résolution WHA26.38 resteraient donc en vigueur en 1978 et 1979.

### 4. ASPECTS ET INCIDENCES PRATIQUES DE L'ADOPTION D'UN SYSTEME DE BUDGET PROGRAMME BIENNAL

4.1 Une décision de l'Assemblée de la Santé d'introduire le système du budget programme biennal en 1980-1981 entraînera la nécessité d'amender le Règlement financier de l'OMS, le Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé et certaines décisions passées des organes délibérants de l'OMS. Comme le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé en ont déjà été informés,<sup>3</sup> il sera nécessaire d'amender le Règlement financier (dans lequel il est actuellement stipulé que l'exercice financier correspond à une année civile) en remplaçant dans tout le texte du Règlement les termes "exercice financier" et "budget annuel" par "période financière" et "budget". L'article V du Règlement financier devra également être amendé de manière à préciser que, si les contributions des Membres sont fixées pour l'ensemble de la période biennale, ces contributions sont payables en fractions annuelles. Les amendements qu'il est proposé d'apporter au Règlement financier<sup>4</sup> figurent à l'appendice 1. Ils ont uniquement pour objet de faciliter l'établissement de budgets biennaux et ne modifient pas autrement la substance du Règlement financier; ils entreraient en vigueur le 1er janvier 1980. Les amendements qu'il est proposé d'apporter au Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé (article 5, paragraphe c) et article 97) remplacent les mots "exercice" ou "exercice financier" par "période financière" et introduisent les changements nécessaires pour faciliter l'établissement des budgets biennaux.<sup>5</sup> Il ne serait pas nécessaire d'amender le Règlement intérieur du Conseil exécutif. Le projet de résolution concernant l'introduction d'un cycle budgétaire biennal prévoit que toutes les résolutions et décisions antérieures de l'Assemblée de la Santé seraient désormais réputées conformes à cette dernière résolution.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> OMS, Documents fondamentaux, 27<sup>e</sup> éd., 1977, p. 16.

<sup>2</sup> OMS, Actes officiels, N° 236, 1976.

<sup>3</sup> OMS, Actes officiels, N° 206, 1973, p. 124.

<sup>4</sup> Ces amendements ont été adoptés par l'Assemblée de la Santé (résolution WHA30.21) à l'exception de celui concernant le paragraphe 9.2.

<sup>5</sup> Ces amendements ont été adoptés par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA30.22, avec l'adjonction du terme "période financière" à la liste figurant dans la Note introductive du Règlement.

<sup>6</sup> Adopté sans changement par l'Assemblée de la Santé en tant que résolution WHA30.20.

4.2 L'établissement du barème des contributions sera affecté par une décision de l'Assemblée de la Santé d'introduire un cycle biennal de budget programme. Selon la procédure actuelle, et conformément au principe établi par la résolution WHA8.5 (mai 1955) et réaffirmé dans la résolution WHA24.12 (mai 1971), le dernier barème connu de l'Organisation des Nations Unies sert de base pour fixer le barème des contributions applicable par l'OMS, compte tenu de la différence de composition de deux organisations. Comme toute modification apportée au barème des contributions de l'Organisation des Nations Unies ne peut se refléter qu'un an plus tard dans le barème des contributions de l'OMS, ce dernier, pour des raisons pratiques, retarde d'un an par rapport à celui de l'Organisation des Nations Unies, et cette pratique serait maintenue dans la procédure proposée. Le rapport du Directeur général sur la possibilité d'adopter un programme et budget biennal, qui a été examiné par le Conseil exécutif à sa cinquante et unième session en janvier 1973 et par la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1973, suggérait que "dans le système proposé, le barème et le montant total des contributions des Membres seraient approuvés par l'Assemblée de la Santé pour les deux années du cycle budgétaire".<sup>1</sup> Les autres organisations du système des Nations qui ont adopté l'établissement d'un budget biennal ne suivent pas une règle absolument uniforme en ce qui concerne le barème des contributions. L'UNESCO applique un barème unique pour la totalité de la période biennale, sur la base du dernier barème connu de l'Organisation des Nations Unies, et ne le modifie que pour la période biennale suivante. La FAO applique normalement un barème unique pour l'ensemble de la période biennale, mais en se réservant la possibilité d'appliquer deux barèmes annuels s'il est manifeste que le barème de l'Organisation des Nations Unies sera modifié au cours de la période biennale, auquel cas le nouveau barème de l'Organisation des Nations Unies peut servir de base pour l'établissement de celui de la FAO pour la deuxième année de la période. L'OIT adopte un barème des contributions chaque année; cette formule facilite l'application au barème de l'OIT de modifications permettant de l'ajuster sur celui de l'Organisation des Nations Unies et d'introduire dans le barème de la deuxième année de la période biennale les contributions fixées pour les nouveaux Membres ayant adhéré à l'Organisation au cours de la première année de la période.

4.3 L'OMS ne pourrait pas, eu égard aux procédures budgétaires existantes, fixer le niveau du budget total pour toute la période biennale et, en même temps, n'adopter qu'un barème annuel de contributions pour la première année de la période biennale. En effet, à la différence du budget des autres organisations, celui de l'OMS comprend une "réserve non répartie" où sont inscrites les contributions des Etats Membres non participants ou inactifs. Le montant de cette "réserve non répartie" dépend du barème de contributions applicable à la période budgétaire considérée et affecte le niveau du budget ordinaire total de l'OMS. La solution la plus simple serait bien d'adopter un barème de contributions unique pour toute la période biennale, mais il serait souhaitable de se réserver la possibilité de modifier le barème applicable à la deuxième année de la période. Il est donc recommandé que l'Assemblée de la Santé commence par adopter, les années impaires, un barème de contributions unique, et fixe le niveau du budget ordinaire total pour toute la période biennale suivante, sous réserve que l'Assemblée de la Santé, à sa session de l'année suivante, puisse, s'il y a lieu et si elle en décide ainsi, amender le barème applicable à la seconde année de la période biennale (par exemple pour l'ajuster en fonction de tout nouveau barème qui serait adopté par l'Organisation des Nations Unies et/ou pour tenir compte des contributions à fixer pour tous nouveaux Membres ou Membres associés admis à l'OMS avant la fin de la session de l'Assemblée de la Santé au cours de la première année de la période biennale). Une telle décision d'amender le barème des contributions de l'OMS pourrait affecter le niveau du budget ordinaire total de l'Organisation pour la période biennale considérée ainsi que la résolution portant ouverture de crédits, mais elle n'affecterait les contributions des Etats Membres que pour la deuxième année de la période biennale.

4.4 En ce qui concerne les contributions des Etats Membres, l'approche suivie par toutes les organisations du système des Nations Unies qui ont adopté le cycle budgétaire biennal consiste à fixer le niveau du budget et le total des contributions pour toute la période biennale, mais les Membres sont tenus de s'acquitter de leurs contributions en deux versements annuels. Conformément à cette pratique commune, une fois que l'Assemblée de la Santé aurait adopté le budget ordinaire de l'OMS pour la période biennale, le Directeur général informerait les Membres de leurs engagements en ce qui concerne leurs contributions annuelles et leur demanderait de

---

<sup>1</sup> OMS, Actes officiels, N° 206, 1973, p. 124.

s'acquitter de la première partie de leurs contributions au début de la première année et de la deuxième partie au début de la deuxième année de la période biennale, conformément aux paragraphes 5.3 et 5.4 du Règlement financier.<sup>1</sup> Les contributions des Membres seraient réglées en deux versements annuels égaux, sauf s'il était apporté au barème des contributions un changement affectant la répartition des contributions entre les Membres pour la deuxième année de la période biennale, ou s'il y avait une révision du budget affectant le niveau des contributions à verser pour la deuxième année.

4.5 Le mode de présentation du budget programme serait aussi affecté par une décision de l'Assemblée de la Santé d'introduire le système du budget programme biennal. Comme le Conseil exécutif à sa cinquante et unième session et la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en ont déjà été informés en 1973,<sup>2</sup> on se propose, conformément à la pratique d'autres grandes organisations du système des Nations Unies qui ont adopté le budget programme biennal, d'instituer une période financière de deux années civiles. Les tableaux et résumés budgétaires des futurs budgets programmes contiendraient trois colonnes de chiffres, correspondant chacune à une période biennale entière, sans ventilation par année. Le niveau du budget de la dernière période biennale apparaîtrait dans la première colonne et celui de la période biennale en cours serait indiqué dans la deuxième colonne; on trouverait enfin dans la troisième colonne le budget proposé pour la prochaine période biennale et soumis à l'approbation des organes directeurs. L'appendice 2 présente un schéma illustrant le mode de présentation du budget biennal. En application de la résolution WHA28.69 (mai 1975) sur la méthode de travail de l'Assemblée de la Santé, l'Assemblée de la Santé procéderait les années impaires à un examen complet du projet de budget programme pour la période biennale suivante. Les années paires, l'Assemblée de la Santé procéderait à un bref examen des modifications ou révisions importantes de programmes affectant le niveau du budget programme.

4.6 Les rapports financiers de l'OMS seraient aussi affectés par une décision de l'Assemblée de la Santé d'introduire le système du budget programme biennal. Comme le Conseil exécutif à sa cinquante et unième session et la Vingt-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en ont été informés en 1973,<sup>3</sup> il est proposé que, dans l'année qui suit chaque période biennale, le Directeur général soumette à l'Assemblée de la Santé un rapport financier couvrant la totalité de la période biennale précédente. Il est proposé en outre, conformément à la pratique d'autres grandes organisations du système des Nations Unies qui ont adopté le cycle budgétaire biennal, d'établir à la fin de la première année de chaque période biennale, pour l'Assemblée de la Santé, un rapport financier intérimaire indiquant les contributions et autres recettes encaissées et les dépenses faites au cours de la première année, avec un état de l'actif et du passif à la fin de la première année de la période. Le rapport financier intérimaire et le rapport financier couvrant la période biennale seraient accompagnés des rapports correspondants du Commissaire aux Comptes et transmis à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

#### Appendice 1

##### PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS AU REGLEMENT FINANCIER DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

#### Article I - Portée

[Pas de changement]

<sup>1</sup> Voir ces paragraphes dans l'appendice 1 ci-dessous.

<sup>2</sup> OMS, Actes officiels, N° 206, 1973, p. 124.

<sup>3</sup> OMS, Actes officiels, N° 206, 1973, p. 125.

Article II - Période financière

2.1 La période financière se compose de deux années civiles consécutives et commence par une année paire.

Article III - Budget

3.1 Les prévisions budgétaires pour la période financière sont préparées par le Directeur général.

3.2 Les prévisions budgétaires portent sur les recettes et les dépenses de la période financière à laquelle elles se rapportent et sont exprimées en dollars des Etats-Unis.

3.3 Les prévisions budgétaires sont divisées en parties, sections et chapitres; elles sont accompagnées des annexes explicatives et exposés circonstanciés que peut demander ou faire demander l'Assemblée de la Santé, ainsi que de toutes annexes et notes que le Directeur général peut juger utiles et opportunes.

3.4 Le Directeur général présente les prévisions budgétaires au Conseil exécutif, pour examen, douze semaines au moins avant l'ouverture de la session ordinaire de l'Assemblée de la Santé et préalablement à l'ouverture de la session appropriée du Conseil exécutif. En même temps, le Directeur général transmet ces prévisions à tous les Membres.

3.5 Le Conseil exécutif rédige un rapport à l'Assemblée de la Santé sur les prévisions budgétaires présentées par le Directeur général et soumet ces prévisions, accompagnées de son rapport, à l'Assemblée de la Santé.

3.6 Les prévisions budgétaires et le rapport du Conseil exécutif sont transmis par le Directeur général à tous les Membres cinq semaines au moins avant l'ouverture de la session ordinaire de l'Assemblée de la Santé.

3.7 L'Assemblée de la Santé approuve le budget de la période financière suivante après que sa commission principale compétente a examiné les prévisions et a fait rapport à leur sujet.

3.8 Si, à la date de la session du Conseil exécutif qui examine les prévisions budgétaires et les soumet à l'Assemblée de la Santé avec son rapport les concernant, le Directeur général possède des renseignements indiquant qu'il sera peut-être nécessaire, en raison des circonstances, de modifier ces prévisions avant la réunion de l'Assemblée de la Santé, il en informe le Conseil exécutif qui inclut, s'il y a lieu, dans son rapport à l'Assemblée de la Santé des prévisions appropriées à cet effet.

3.9 Si, après la clôture de la session au cours de laquelle le Conseil exécutif examine les prévisions budgétaires et les soumet à l'Assemblée de la Santé avec son rapport les concernant, des faits nouveaux surviennent, pouvant entraîner une modification aux prévisions budgétaires, le Directeur général fait rapport sur ces faits à l'Assemblée de la Santé.

3.10 Chaque fois que les circonstances l'exigeront, le Directeur général peut présenter au Conseil exécutif des prévisions de dépenses supplémentaires tendant à augmenter les crédits précédemment votés par l'Assemblée de la Santé. Ces prévisions sont présentées sous une forme et selon une procédure conformes à celles observées en matière de présentation du projet de budget de la période financière.

Article IV - Crédits

4.1 [Pas de changement]

4.2 Les crédits sont utilisables pour couvrir les dépenses de la période financière à laquelle ils se rapportent. Le Directeur général est autorisé à imputer sur les crédits votés :

- a) le coût, y compris les frais de transport, des fournitures et du matériel destinés aux opérations et ayant fait l'objet de contrats avant le dernier jour de la période financière;
- b) le coût des publications dont le manuscrit complet a été remis à l'imprimeur et reçu par celui-ci avant le dernier jour de la période financière;
- c) la totalité des dépenses afférentes aux consultants à court terme dont les fonctions pourraient n'avoir pas pris fin à la clôture de la période financière;
- d) la totalité du coût estimatif de chaque bourse d'études.

Le solde non engagé des crédits sera annulé.

4.3 Les crédits restent utilisables pendant une période de douze mois après la fin de la période financière à laquelle ils se rapportent, cela dans la mesure nécessaire pour assurer la liquidation des engagements concernant des marchandises livrées et des services fournis au cours de la période financière, et pour couvrir toute autre dépense régulièrement engagée qui n'a pas encore été réglée au cours de la période. Les engagements pris pour les dépenses prévues aux alinéas a), b), c) et d) du paragraphe 4.2 restent valables jusqu'à leur liquidation complète. Le solde en caisse des crédits sera annulé.

4.4 A l'expiration de la période de douze mois prévue ci-dessus au paragraphe 4.3, le solde de tous les crédits reportés est annulé. Tout engagement au titre d'une période antérieure qui n'a pas été liquidé est alors soit annulé, soit lorsqu'il reste valide, considéré comme un engagement de dépenses imputable sur les crédits de la période en cours.

4.5 Pas de changement

#### Article V - Constitution des fonds

5.1 Pas de changement

5.2 Lors du calcul des contributions des Membres, le montant des crédits votés par l'Assemblée de la Santé est ajusté en fonction :

- a) des crédits supplémentaires pour lesquels les contributions de chaque Membre n'ont pas été déterminées précédemment;
- b) des recettes accessoires dont le produit n'a pas encore été pris en compte et de tous ajustements des recettes accessoires prévues dont le produit a été pris en compte par anticipation;
- c) des contributions incombant aux nouveaux Membres conformément aux dispositions du paragraphe 5.10;
- d) de tout solde de crédits annulé conformément aux dispositions des paragraphes 4.3 et 4.4.

5.3 L'Assemblée de la Santé adopte le niveau du budget total et le barème des contributions pour la période financière suivante. Les contributions fixées pour les Membres sur la base du barème des contributions sont divisées en deux fractions annuelles égales dont la première se rapporte à la première année et la deuxième à la deuxième année de la période financière. Au cours de la première année de la période financière, l'Assemblée de la Santé peut décider de modifier le barème des contributions applicable à la deuxième année de la période financière.

5.4 Lorsque l'Assemblée de la Santé a adopté le budget et arrêté le montant du fonds de roulement, le Directeur général doit :

- a) transmettre les documents pertinents aux Membres;
- b) faire connaître aux Membres le montant des sommes qu'ils ont à verser au titre des contributions pour la période financière et des avances au fonds de roulement;

c) inviter les Membres à acquitter la première et la deuxième fraction de leurs contributions pour la période financière ainsi que, s'il y a lieu, leurs avances au fonds de roulement.

5.5 Si l'Assemblée de la Santé décide de modifier le barème des contributions applicable à la deuxième année, ou d'ajuster le montant des crédits à financer au moyen de contributions des Membres pour la période financière, le Directeur général fait connaître aux Membres le montant révisé de leurs engagements au titre des contributions pour la période financière et prie les Membres d'acquitter la deuxième fraction révisée de leurs contributions.

5.6 Les fractions de contributions et les avances sont considérées comme dues et exigibles en totalité dans les trente jours qui suivent la réception de la communication du Directeur général mentionnée au paragraphe 5.4 ou 5.5 ci-dessus, ou le premier jour de l'année à laquelle elles se rapportent si cette dernière date est postérieure à la date d'expiration dudit délai de trente jours. Au 1er janvier de l'année suivante, le solde impayé de ces contributions et de ces avances sera considéré comme étant d'une année en retard.

5.7 Les contributions et les avances au fonds de roulement sont calculées en dollars des Etats-Unis et payées soit en dollars des Etats-Unis, soit en francs suisses; toutefois, le paiement des contributions peut s'effectuer, en totalité ou en partie, dans toute autre monnaie ou toutes autres monnaies que le Directeur général fixe de concert avec le Conseil exécutif.

5.8 Précédemment paragraphe 5.6 : pas de changement

5.9 Précédemment paragraphe 5.7 : pas de changement

5.10 Les nouveaux Membres sont tenus de verser une contribution pour la période financière au cours de laquelle ils deviennent Membres, ainsi que leur quote-part du total des avances au fonds de roulement, suivant des taux que fixe l'Assemblée de la Santé.

#### Article VI - Fonds divers

Pas de changement

#### Article VII - Autres recettes

7.1 Toutes les autres recettes, excepté :

- a) les contributions au budget;
- b) les remboursements directs de dépenses effectuées au cours de la période financière; et
- c) les avances ou les dépôts à des fonds,

sont considérées comme des recettes accessoires et versées au fonds général.

7.2 Pas de changement

7.3 Pas de changement

7.4 Pas de changement

#### Article VIII - Dépôt des fonds

Pas de changement

Article IX - Placement des fonds

9.1  Pas de changement

9.2 Au moins une fois par période financière, le Directeur général fait figurer dans les états financiers soumis à l'Assemblée de la Santé un relevé des placements en cours.<sup>1</sup>

9.3  Pas de changement

Article X - Contrôle intérieur

Pas de changement

Article XI - Comptabilité

11.1  Pas de changement

11.2  Pas de changement

11.3. A la fin de la première année de la période financière, le Directeur général établit des comptes intérimaires faisant ressortir les recettes et les dépenses de l'année, en même temps qu'un état de l'actif et du passif à la fin de l'année.

11.4 Les comptes intérimaires et définitifs de l'Organisation sont présentés en dollars des Etats-Unis. Toutefois, des écritures peuvent être tenues dans toutes monnaies, selon ce que le Directeur général peut juger nécessaire.

11.5 Les comptes intérimaires et définitifs sont soumis au(x) commissaire(s) aux comptes au plus tard le 31 mars qui suit la fin de l'année ou de la période financière à laquelle ils se rapportent.

Article XII - Vérification extérieure

12.1  Pas de changement

12.2  Pas de changement

12.3  Pas de changement

12.4  Pas de changement

12.5  Pas de changement

12.6  Pas de changement

12.7  Pas de changement

12.8 Le ou les commissaires aux comptes établissent un rapport sur la vérification des comptes intérimaires ainsi que des états financiers définitifs et des tableaux y relatifs, dans lequel ils consignent les renseignements qu'ils jugent nécessaires sur les questions visées au paragraphe 12.3 du Règlement financier et dans le mandat additionnel.

---

<sup>1</sup> Cet amendement a été rejeté par la Commission B (voir OMS, Actes officiels, N° 241, 1977, procès-verbal de la sixième séance de la Commission B, section 1).

12.9 Le ou les rapports ainsi que les états financiers vérifiés sont transmis par l'intermédiaire du Conseil exécutif à l'Assemblée de la Santé au plus tard le 1er mai qui suit la fin de l'année ou de la période financière à laquelle les comptes se rapportent. Le Conseil exécutif examine les états financiers et le ou les rapports de vérification des comptes et les transmet à l'Assemblée de la Santé en y joignant les observations qu'il juge souhaitables.

Article XIII - Résolutions entraînant des dépenses

[Pas de changement]

Article XIV - Délégation de pouvoirs

[Pas de changement]

Article XV - Dispositions générales

15.1 Le présent Règlement entrera en vigueur à la date de son approbation par l'Assemblée de la Santé, sauf si l'Assemblée de la Santé en dispose autrement. Il ne pourra être modifié que par l'Assemblée de la Santé.

15.2 [Pas de changement]

Article XVI - Dispositions spéciales

[Pas de changement]

Appendice

MANDAT ADDITIONNEL POUR LA VERIFICATION EXTERIEURE DES COMPTES  
DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

.....

5. Le ou les Commissaires aux Comptes expriment une opinion dans les termes suivants et la signent :

"J'ai (nous avons) examiné les états financiers ci-après, numérotés de ... à ... et dûment identifiés, ainsi que les tableaux y relatifs de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'année/la période financière qui s'est terminée le 31 décembre .... J'ai (nous avons) notamment effectué un examen général des procédures comptables et procédé aux vérifications par sondage des écritures comptables et autres pièces justificatives que j'ai (nous avons) jugées nécessaires en l'occurrence. A la suite de cet examen, mon (notre) opinion est que les états financiers rendent dûment compte des opérations financières comptabilisées pour l'année/la période financière, lesquelles opérations sont conformes au Règlement financier et aux autorisations des organes délibérants, et qu'ils rendent compte fidèlement de la situation financière au 31 décembre ..."

en ajoutant au besoin :

"sous réserve des observations présentées dans le rapport qui précède".

.....

## Appendice 2

## PRESENTATION DU BUDGET BIENNAL

Section de la résolution portant ouverture de crédits	(Dernière période) 1976-1977		(Période en cours) 1978-1979		(Prochaine période) 1980-1981	
	1. Organes délibérants .....					
2. Direction générale, coordination et développement.						
3. Développement de services de santé complets .....						
4. Développement des personnels de santé .....						
5. Lutte contre la maladie ..						
6. Promotion de la salubrité de l'environnement .....	(montant pour la dernière période biennale)		(montant pour la période biennale en cours)		(projet de budget pour la prochaine période biennale)	
7. Information et documentation .....						
8. Programmes généraux de soutien .....						
9. Programmes régionaux de soutien .....						
Budget effectif						
10. Virement au fonds de péréquation des impôts ...						
11. Réserve non répartie .....						
Total - Toutes sections	\$ -----		\$ -----		\$ -----	
	1976	1977	1978	1979	1980	1981

Année de préparation du budget 1980-1981



Année d'adoption du budget 1980-1981



Le tableau ci-dessus est une illustration schématique de la présentation du budget biennal telle qu'elle apparaîtrait dans le projet de budget programme pour la période financière 1980-1981. Les flèches indiquent l'année au cours de laquelle le projet de budget est préparé et l'année au cours de laquelle le projet de budget est soumis au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé.

## **INDEX DES RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS**



## INDEX DES RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

	Pages		Pages
Afrique, assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance ou en voie d'y accéder (WHA30.24) . . . . .	12	Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, nomination de représentants (xiii) . . . . .	37
Afrique, Région, rattachement de l'Ethiopie (WHA30.35)	19	Comité international de la Croix-Rouge (WHA30.27) . . . . .	13
Alimentation et nutrition, rôle du secteur sanitaire (WHA30.51) . . . . .	31	Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies, rapport annuel pour 1975 (xii) . . . . .	37
Allemand, extension de l'utilisation de la langue au Bureau régional de l'Europe (WHA30.7) . . . . .	3	Comités consultatifs de la recherche médicale, mondial et régionaux (WHA30.40) . . . . .	22
Arriération mentale (WHA30.38) . . . . .	21	Comités d'experts, rôle, étude organique (WHA30.17) . . . . .	8
Assainissement (WHA30.33) . . . . .	17	Comité spécial d'experts chargé d'étudier la situation sanitaire des habitants des territoires occupés du Moyen-Orient (WHA30.37) . . . . .	20
Assemblée de la Santé, frais de voyage des délégués et représentants (WHA30.11) . . . . .	4	Commissaire aux Comptes, nomination (WHA30.15) . . . . .	8
méthode de travail (WHA30.50) . . . . .	30	rapport pour 1976 (WHA30.3) . . . . .	1
Règlement intérieur, amendements (WHA30.1, WHA30.22) . . . . .	1, 10	Commission des Désignations, composition (ii) . . . . .	35
résolutions et décisions (WHA30.50) . . . . .	30	Commission des Droits de l'Homme, ONU (WHA30.37) . . . . .	20
sessions, date et durée (xvi) . . . . .	38	Commission de Vérification des Pouvoirs, composition (i) . . . . .	35
Trente et Unième, lieu de réunion (xv) . . . . .	37	Commissions principales, élection du bureau (v) . . . . .	36
Assistance spéciale au Kampuchea démocratique, à la République démocratique populaire lao et à la République socialiste du Viet Nam (WHA30.25) . . . . .	12	Comores, taux de contribution (WHA30.6) . . . . .	2
		Conférence des Nations Unies sur l'eau (WHA30.33) . . . . .	17
Banque mondiale (WHA30.42) . . . . .	24	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) (WHA30.32) . . . . .	16
Budget, voir Budget programme; Résolution portant ouverture de crédits		Conseil exécutif, élection de Membres habilités à désigner une personne devant en faire partie (ix) . . . . .	36
Budget programme, cycle budgétaire biennal (WHA30.20, WHA30.21, WHA30.22) . . . . .	9, 10	étude organique, prochaine (WHA30.17) . . . . .	8
mode d'examen par l'Assemblée de la Santé (WHA30.50)	30	rôle de l'OMS au niveau des pays, et en particulier rôle des représentants de l'OMS (WHA30.16) . . . . .	8
principes directeurs pour développer la coopération technique (WHA30.30) . . . . .	14	frais de voyage et indemnités journalières, paiement aux membres (WHA30.10) . . . . .	4
procédures d'élaboration et mode de présentation (WHA30.23) . . . . .	11	méthode de travail (WHA30.50) . . . . .	30
Bureau de l'Assemblée, constitution (vi) . . . . .	36	rapports sur ses cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions (xiv) . . . . .	37
Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les secours en cas de catastrophe (WHA30.24) . . . . .	12	représentants à l'Assemblée de la Santé, rôle (WHA30.50)	30
		résolutions et décisions (WHA30.50) . . . . .	30
Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies, rapport annuel du Comité mixte pour 1975 (xii)	37	Contributions, barème, mode d'établissement (WHA30.5) . . . . .	2
Cancer (WHA30.41) . . . . .	23	pour 1978 (WHA30.14) . . . . .	6
Cap-Vert, taux de contribution (WHA30.6) . . . . .	2	Membres redevables d'arriérés (WHA30.12) . . . . .	5
Centre international de Recherche sur le Cancer (WHA30.41, WHA30.47) . . . . .	23, 27	Namibie (WHA30.29) . . . . .	14
Centres collaborateurs de l'OMS, accroissement du nombre (WHA30.40) . . . . .	22	recouvrement (WHA30.4) . . . . .	2
rôle, étude organique (WHA30.17) . . . . .	8	taux, Cap-Vert (WHA30.6) . . . . .	2
Chypre, assistance sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées (WHA30.26) . . . . .	13	Comores (WHA30.6) . . . . .	2
CIOMS, voir Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales		Mozambique (WHA30.6) . . . . .	2
Codes d'éthique médicale, élaboration (WHA30.32) . . . . .	16	Papouasie-Nouvelle-Guinée (WHA30.6) . . . . .	2
Comité administratif de Coordination (WHA30.34) . . . . .	18	République socialiste du Viet Nam (WHA30.13) . . . . .	5
Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles (WHA30.52) . . . . .	32	Sao Tomé-et-Principe (WHA30.6) . . . . .	2
dix-neuvième rapport (WHA30.19) . . . . .	9	Surinam (WHA30.6) . . . . .	2
		Convention sur les substances psychotropes, application (WHA30.18) . . . . .	8
		Coopération technique, développement (WHA30.43) . . . . .	25
		législation sanitaire (WHA30.44) . . . . .	25
		mode de présentation des propositions de programmes (WHA30.23) . . . . .	11
		principes directeurs du budget programme (WHA30.30)	14
		santé mentale (WHA30.45) . . . . .	26

	Pages		Pages
Coordination à l'intérieur du système des Nations Unies (WHA30.34) . . . . .	18	Maladies transmissibles, Comité de la Surveillance internationale (WHA30.52) . . . . .	32
assistance sanitaire, Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et Etats en voie d'y accéder en Afrique (WHA30.24) . . . . .	12	dix-neuvième rapport (WHA30.19) . . . . .	9
Liban (WHA30.27) . . . . .	13	Maladies tropicales, programme spécial de recherche et de formation (WHA30.42) . . . . .	24
réfugiés et personnes déplacées à Chypre (WHA30.26)	13	Médecine traditionnelle (WHA30.49) . . . . .	29
codes d'éthique médicale (WHA30.32) . . . . .	16	Mouvements de libération nationale reconnus par l'OUA, assistance sanitaire aux (WHA30.24) . . . . .	12
décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (WHA30.33) . . . . .	17	Moyen-Orient, aide sanitaire aux réfugiés et personnes déplacées (WHA30.37) . . . . .	20
Corps commun d'inspection, maintien en fonction (WHA30.28) . . . . .	14	Mozambique, taux de contribution (WHA30.6) . . . . .	2
Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (WHA30.33) . . . . .	17	Namibie, contribution (WHA30.29) . . . . .	14
Décisions de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif (WHA30.50) . . . . .	30	Nations Unies, Système, voir Coordination à l'intérieur du système des Nations Unies	
Désignations, Commission des, composition (ii) . . . . .	35	Nutrition, rôle du secteur sanitaire (WHA30.51) . . . . .	31
Directeur général, contrat, amendement (WHA30.9) . . . . .	4	Ordre du jour, adoption (vii) . . . . .	36
rapport sur l'activité de l'OMS (WHA30.50) . . . . .	30	Organisation de Libération de la Palestine (WHA30.37) . . . . .	20
pour 1976 (viii) . . . . .	36	Organisation de l'Unité africaine (OUA) (WHA30.24) . . . . .	12
Directeur général adjoint, traitement et indemnités (WHA30.8) . . . . .	3	Organisation panaméricaine de la Santé, soixante-quatrième anniversaire (WHA30.2) . . . . .	1
Directeurs régionaux, traitements et indemnités (WHA30.8)	3	Papouasie-Nouvelle-Guinée, taux de contribution (WHA30.6) . . . . .	2
Discussions techniques, Trentième Assemblée mondiale de la Santé (WHA30.51) . . . . .	31	Pensions, voir Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies; Comité des Pensions du Personnel de l'OMS	
Droits de l'Homme, Commission des, ONU (WHA30.37) . . . . .	20	Personnes déplacées, assistance sanitaire aux, Chypre (WHA30.26) . . . . .	13
Eau, approvisionnement public en (WHA30.33) . . . . .	17	Moyen-Orient (WHA30.37) . . . . .	20
Etats ayant récemment accédé à l'indépendance ou en voie d'y accéder en Afrique, assistance sanitaire aux (WHA30.24) . . . . .	12	Pollution d'origine chimique, évaluation des risques pour la santé (WHA30.47) . . . . .	27
Ethiopie, rattachement à la Région africaine (WHA30.35) . . . . .	19	Président et Vice-Présidents, Trentième Assemblée mondiale de la Santé, élection (iv) . . . . .	35
Ethique médicale, élaboration de codes (WHA30.32) . . . . .	16	Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) (WHA30.24, WHA30.34, WHA30.42) . . . . .	12, 18, 24
Etude organique, prochaine (WHA30.17) . . . . .	8	Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) (WHA30.47) . . . . .	27
rôle de l'OMS au niveau des pays, et en particulier rôle des représentants de l'OMS (WHA30.16) . . . . .	8	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (WHA30.42) . . . . .	24
Europe, Bureau régional, extension de l'utilisation de la langue allemande (WHA30.7) . . . . .	3	Rapport du Directeur général sur l'activité de l'OMS (WHA30.50) . . . . .	30
Fondation Dr A. T. Shousha, attribution de la Médaille et du Prix (xi) . . . . .	37	pour 1976 (viii) . . . . .	36
Fondation Léon Bernard, attribution de la Médaille et du Prix (x) . . . . .	37	Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 1976 (WHA30.3) . . . . .	1
Fonds bénévole pour la promotion de la santé (WHA30.42, WHA30.52, WHA30.53) . . . . .	24, 32, 33	Recherche, biomédicale, développement et coordination (WHA30.40) . . . . .	22
Fonds de roulement, état du recouvrement des avances (WHA30.4) . . . . .	2	cancer (WHA30.41) . . . . .	23
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE) (WHA30.24, WHA30.27, WHA30.53) . . . . .	12, 13, 33	lèpre (WHA30.36) . . . . .	19
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) (WHA30.24, WHA30.27) . . . . .	12, 13	maladies tropicales (WHA30.42) . . . . .	24
Infirmiers(ères), fonctions et rôle en matière de soins de santé primaires (WHA30.48) . . . . .	28	médecine traditionnelle (WHA30.49) . . . . .	29
Information, systèmes et services (WHA30.46) . . . . .	27	services de santé, développement et coordination (WHA30.40) . . . . .	22
Kampuchea démocratique, assistance spéciale au (WHA30.25) . . . . .	12	Recueil international de législation sanitaire (WHA30.44) . . . . .	25
Législation sanitaire (WHA30.44) . . . . .	25	Réfugiés, assistance sanitaire aux, Chypre (WHA30.26) . . . . .	13
Lèpre (WHA30.36) . . . . .	19	Moyen-Orient (WHA30.37) . . . . .	20
Liban, assistance médico-sanitaire au (WHA30.27) . . . . .	13	Registre international des substances chimiques potentiellement toxiques (PNUE) (WHA30.47) . . . . .	27
Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge (WHA30.24) . . . . .	12	Règlement financier, amendements (WHA30.21) . . . . .	10
		Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, amendements, budget programme biennal (WHA30.22) . . . . .	10
		Bureau de l'Assemblée, nombre des membres (WHA30.1) . . . . .	1
		Représentants, de l'OMS dans les pays, rôle (WHA30.16) . . . . .	8
		du Conseil exécutif à l'Assemblée de la Santé (WHA30.50) . . . . .	30

Pages	Pages		
République démocratique populaire lao, assistance spéciale à (WHA30.25) . . . . .	12	Statistiques (WHA30.46) . . . . .	27
République socialiste du Viet Nam, assistance spéciale à (WHA30.25) . . . . .	12	Substances chimiques, évaluation des effets sur la santé (WHA30.47) . . . . .	27
taux de contribution (WHA30.13) . . . . .	5	Substances psychotropes, application de la Convention (WHA30.18) . . . . .	8
Résolution portant ouverture de crédits, mode d'examen (WHA30.50) . . . . .	30	Surinam, taux de contribution (WHA30.6) . . . . .	2
pour l'exercice financier 1978 (WHA30.31) . . . . .	15	Système international d'Unités (SI) (WHA30.39) . . . . .	21
Résolutions et décisions de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif (WHA30.50) . . . . .	30	Tableaux d'experts, rôle, étude organique (WHA30.17) . . . . .	8
Sages-femmes, fonctions et rôle en matière de soins de santé primaires (WHA30.48) . . . . .	28	Traitements et indemnités, Directeur général (WHA30.9) . . . . .	4
Santé mentale, programme spécial de coopération technique (WHA30.45) . . . . .	26	postes non classés (WHA30.8) . . . . .	3
Sao Tomé-et-Principe, taux de contribution (WHA30.6) . . . . .	2	Unités SI, emploi en médecine (WHA30.39) . . . . .	21
Secours en cas de catastrophe, Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les (WHA30.24) . . . . .	12	Vaccination, programme élargi (WHA30.53, WHA30.54) . . . . .	33, 34
Services de santé, recherche sur (WHA30.40) . . . . .	22	Vaccins, production régionale (WHA30.54) . . . . .	34
Soins de santé primaires (WHA30.48) . . . . .	28	Variolo, programme d'éradication (WHA30.52) . . . . .	32
Sous-Directeurs généraux, traitements et indemnités (WHA30.8) . . . . .	3	Vérification des pouvoirs (iii) . . . . .	35
		composition de la Commission (i) . . . . .	35
		Viet Nam, voir République socialiste du Viet Nam	
		Voyages, remboursement des frais, Assemblée de la Santé (WHA30.11) . . . . .	4
		Conseil exécutif (WHA30.10) . . . . .	4