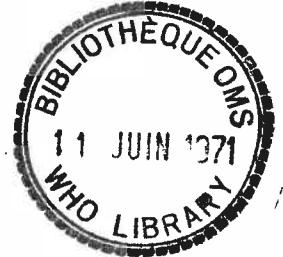




COMMISSION B

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA NEUVIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Lundi 17 mai 1971, à 10 heures



PRESIDENT : Dr S. BEDAYA-NGARO (République Centrafricaine)

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Seizième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles	2
2. Désinsectisation des aéronefs	9

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Rédacteur en chef, service d'Édition-Rédaction, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, avant le 9 juillet 1971.

1. SEIZIEME RAPPORT DU COMITE DE LA SURVEILLANCE INTERNATIONALE DES MALADIES TRANSMISSIBLES :
Point 3.7 de l'ordre du jour (document A24/B/10)

Le PRESIDENT, ouvrant la discussion sur le seizième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles (document A24/B/10), rappelle au Comité que la section de ce rapport qui concerne le choléra a déjà été examinée par la Commission A au titre du point 2.6 de l'ordre du jour et qu'une résolution a été adoptée à ce sujet.

Le Dr MAHLER, Sous-Directeur général, présente le rapport (A24/B/10). L'organe considéré s'est réuni pour la première fois sous son nouveau nom de Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles. Pour la première fois aussi, il a été saisi d'un différend conformément à l'article 112 du Règlement sanitaire international de 1951. Grâce à la bonne volonté des parties en cause qui ont eu recours aux bons offices de l'Organisation, le différend a pu être réglé à l'amiable dans le cadre du Règlement.

L'application du Règlement sanitaire international pendant la période du 1er juillet 1968 au 30 juin 1970 a de nouveau montré combien il est nécessaire que les Etats Membres tiennent le Directeur général au courant de la situation pour ce qui est des maladies soumises au Règlement et des exigences formulées à l'égard des personnes effectuant des voyages internationaux. Un certain nombre de gouvernements ont éprouvé des difficultés à appliquer le Règlement en l'absence de données épidémiologiques officielles venant d'autres pays. La liste complète des Etats qui ont fourni des renseignements relatifs à des cas de maladies quaranténaires ou à l'application du Règlement figure au paragraphe 16 du rapport.

Quelques points sont à noter touchant des maladies quaranténaires autres que le choléra. La surveillance constante exercée en vue de dépister précocement l'apparition de la peste dans de nouvelles zones ou son extension à partir de foyers connus n'indique pas que cette maladie représente à l'heure actuelle un problème majeur pour les échanges commerciaux et les voyages internationaux. La question de la variole sera examinée sous le point 2.7 de l'ordre du jour. Les Etats Membres ont rarement mentionné le typhus à poux et la fièvre récurrente à poux qui ne sont pas soumis au Règlement sanitaire international de 1969 mais demeurent sous surveillance en vertu de la résolution WHA22.47.

On continue à signaler des difficultés à propos des droits sanitaires. Quelques pays perçoivent encore des droits excédant les dispositions de l'article 101 du Règlement sanitaire international de 1951 (article 95 du Règlement sanitaire international de 1969).

Le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles a examiné la question des contre-indications à la vaccination lors de voyages internationaux, notamment en ce qui concerne la variole. Il a estimé que la pratique de divers pays qui dispensent de la vaccination antivariolique les enfants en bas âge pourrait être adoptée ailleurs.

Comme l'avait demandé le Comité de la Quarantaine internationale à sa quatorzième session, on a étudié plus avant les dangers que pourrait comporter l'emploi croissant des conteneurs dans les transports internationaux. Il a été décidé que l'OMS devrait être promptement informée de tout cas où des conteneurs seraient susceptibles de contribuer à la transmission internationale d'agents ou de vecteurs de maladies; il semble néanmoins que le risque soit moindre avec les conteneurs qu'avec les méthodes de transport classiques.

Le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles a félicité le Directeur général de l'élaboration d'un manuel relatif à la lutte antivectorielle dans les ports et aéroports et a souligné l'importance des cours de formation organisés pour le personnel des administrations sanitaires qui participe à de telles activités. La question de la désinsectisation des aéronefs sera examinée au titre du point 3.8 de l'ordre du jour.

Les observations du Comité au sujet des réserves formulées par des Etats Membres au Règlement sanitaire international de 1969 sont reproduites sous le titre "Position des Etats et territoires" aux pages 28 et 29 du rapport. La République Arabe Unie a maintenant retiré les réserves qu'elle avait soumises; son nom ne doit donc plus figurer parmi ceux des Etats qui ne sont pas liés par le Règlement sanitaire international de 1969.

Le Dr ARNAUDOV (Bulgarie) félicite de son rapport le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles. La Bulgarie est favorable à toutes les mesures recommandées par le Comité. Elle estime que tous les gouvernements doivent être informés de la présence du choléra dans un pays donné, que celui-ci ait signalé ou non à l'OMS l'apparition de la maladie sur son territoire. La Bulgarie s'inquiète de ce que certains pays ne notifient pas ou notifient avec retard les poussées de choléra. Une autre source de préoccupation est le nombre croissant de personnes qui entreprennent des voyages internationaux sans être munies de documents attestant qu'elles ont été vaccinées contre le choléra et la variole. En Bulgarie, on a dénombré en 1969 et 1970 plus de 34 000 personnes se trouvant dans ce cas. Les autorités bulgares continuent à exiger des certificats de vaccination anticholérique de tous les voyageurs arrivant de pays infectés. Dans la pratique, il est impossible de vérifier d'où viennent les voyageurs, puisque ce renseignement ne figure pas sur les passeports.

Le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles devrait veiller à l'application de l'article 31 du Règlement sanitaire international de 1969, en particulier par les pays où il y a une épidémie d'une maladie soumise au Règlement.

Tous les Etats Membres devraient être informés de l'expérience acquise en 1970 dans la lutte anticholérique.

La Bulgarie partage l'opinion du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles quant à la nécessité d'intensifier la collaboration internationale pour combattre les maladies soumises au Règlement et d'autres affections transmissibles; elle est prête à soutenir de son mieux toutes les mesures que le Comité prendra à cette fin.

Le Dr MATUNDU-NZITA (République démocratique du Congo) félicite de son rapport le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles. Le paragraphe 36 fait état de la notification par le Gouvernement belge d'un cas de variole ayant son origine dans la République démocratique du Congo. Le Dr Matundu-Nzita a vérifié personnellement l'authenticité de cette information; il donne l'assurance que des mesures seront prises pour intensifier la surveillance de manière que de tels incidents ne puissent se reproduire. Au paragraphe 40 du rapport, une communication du Gouvernement de la Zambie signale 14 cas de variole originaires de la République démocratique du Congo. Ainsi qu'il l'est indiqué à très juste titre, la perméabilité de la frontière est telle qu'on peut difficilement déterminer si les individus en cause sont des Zambiens ou des Congolais. Le Dr Matundu-Nzita espère que la Zambie, comme d'autres Etats voisins - la République populaire du Congo et la République Centrafricaine - entrera en contact direct avec le Gouvernement de la République démocratique du Congo pour prendre des dispositions communes concernant le trafic frontalier.

Le Gouvernement du Burundi a déclaré (paragraphe 49) que certains agents de la quarantaine de la République démocratique du Congo exigeaient des certificats de vaccination antivariolique datant de moins d'un an. Ici encore, la difficulté tient au problème des frontières communes. La vaccination antivariolique est obligatoire dans la République démocratique du Congo et l'obligation entre en vigueur province par province. Dans le cas des frontaliers, il est souvent nécessaire d'exiger que tous soient vaccinés parce qu'on peut difficilement distinguer les ressortissants du Congo de ceux du Burundi. Le Dr Matundu-Nzita confirme que le Ministère de la Santé de son pays accepte la durée de validité (trois ans) du certificat international de vaccination antivariolique et l'a fait savoir aux agents de la quarantaine.

A propos du choléra, le délégué de la République démocratique du Congo a noté avec un intérêt particulier le passage du rapport (page 23, alinéa iii) où le Comité exprime la préoccupation que lui inspirent les mesures excessives appliquées par un certain nombre d'Etats contre des personnes, des marchandises et des moyens de transport provenant de pays où se trouvaient des circonscriptions infectées. Dans certains cas, de telles mesures ont été prises contre des pays complètement indemnes de choléra. Par exemple, des navires congolais ont été mis en quarantaine par un pays européen bien que leurs papiers aient été en règle et qu'il n'y ait pas eu de choléra dans la République démocratique du Congo, la raison donnée étant que les bâtiments en question avaient traversé des zones suspectes d'infection. Le Gouvernement de

la République démocratique du Congo a riposté en mettant en quarantaine des navires du pays en question, pour les mêmes motifs. Il a reçu à ce sujet des protestations de l'Organisation intergouvernementale consultative de la Navigation maritime. Le Dr Matundu-Nzita pense que de tels malentendus ne se présenteront plus à l'avenir.

En ce qui concerne les contre-indications à la vaccination (page 25 du document A24/B/10), la République démocratique du Congo a enregistré plusieurs cas de femmes venant d'Europe munies d'un certificat d'exemption de la vaccination antivariolique pour cause de grossesse. Le Gouvernement ne dispose pas d'informations assez convaincantes sur la question. Le Dr Matundu-Nzita aimerait donc que le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles fournisse de plus amples explications, car son pays continue pour le moment à exiger la vaccination antivariolique des femmes enceintes.

Le Dr RAMZI (Syrie) remercie, lui aussi, de son rapport le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles et est heureux qu'un extrait en ait déjà été publié dans les Actes officiels N° 190, appendice 12, annexe 1. Il prie le Directeur général d'assurer une large diffusion aux vues exprimées dans le paragraphe v) de l'extrait en question (Actes officiels N° 190, page 154). On y trouve une description excellente et raisonnable de la forme actuelle de la maladie, description qui devrait guérir le public des craintes superstitieuses héritées du passé et servir de base pour toute mesure prise contre le choléra El Tor.

Le Dr CIMICKY (Tchécoslovaquie) dit que son pays est partisan du recours à la surveillance épidémiologique pour prévenir la propagation des maladies transmissibles dangereuses. Il est évident qu'avec l'augmentation du nombre des voyageurs et la vitesse accrue des déplacements, la quarantaine et les autres mesures répressives appliquées naguère en vertu de conventions et de règlements sanitaires internationaux sont périmées. Désormais, c'est aux autorités sanitaires nationales qu'il incombe avant tout de dépister, d'endiguer et d'empêcher de se répandre les maladies transmissibles. Le nouveau Règlement sanitaire international entré en vigueur le 1er janvier 1971 est plus simple que celui qu'il a remplacé et correspond à la situation actuelle. Si le nombre des maladies soumises au Règlement a été ramené à quatre, des dispositions ont été prises pour exercer une surveillance épidémiologique internationale sur cinq autres : paludisme, typhus à poux, fièvre récurrente, poliomyélite et grippe. Pour qu'une telle surveillance soit efficace, une coopération internationale constante est essentielle. La Tchécoslovaquie, qui a aidé à promouvoir le concept de surveillance épidémiologique internationale, participe aux activités nécessaires. Ainsi, au cours des quatre dernières années, des séminaires internationaux organisés conjointement avec l'OMS ont eu lieu à Prague. De plus, l'une des trois banques OMS de référence pour les sérums est installée dans la capitale tchécoslovaque et contribue à la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles en examinant des sérums humains et animaux provenant de divers pays d'Europe, d'Asie et d'Afrique.

Le Dr NCHINDA (Cameroun) juge excellent le rapport présenté par le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles et se rélicite, en particulier, que le différend qui s'est élevé au sujet de l'application du Règlement ait pu être réglé à l'amiable. Il espère que tout différend futur sera réglé de la même manière.

Il serait bon que le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles ou le Secrétariat formule des recommandations précises touchant les contre-indications à la vaccination en matière de voyages internationaux, car les pratiques varient beaucoup suivant les pays. Au Cameroun par exemple, où aucun cas de variole n'a été signalé depuis deux ans, on a mené une campagne de vaccination de masse qui a englobé les femmes enceintes et les nourrissons, les autorités sachant que la mortalité due à la variole est particulièrement élevée dans ces deux groupes. Ailleurs, ces groupes sont dispensés de la vaccination antivariolique. De telles différences créent des difficultés pour les personnes effectuant des voyages internationaux. Le personnel médical qualifié est sans doute au courant des contre-indications, mais les contrôles dans les ports et les aéroports sont confiés à des agents paramédicaux qui doivent avoir des instructions claires et précises. Il faut espérer que le Comité d'experts de la Variole dont la réunion doit avoir lieu prochainement fera des recommandations qui seront largement appliquées.

Le Dr Nchinda a noté avec plaisir que le Comité dont le rapport est à l'étude a décidé de ne pas recommander que le choléra soit rayé de la liste des maladies soumises au Règlement. Il espère que le Comité maintiendra son attitude, pour les raisons qui ont déjà été exposées à la Commission A. On a dit aux pays en voie de développement que les méthodes les plus efficaces pour combattre le choléra sont une bonne hygiène du milieu et des services médicaux adéquats, mais les pays en voie de développement ne disposent pas encore des moyens requis.

Le Dr ADESUYI (Nigéria) félicite de son rapport le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles. Sa délégation partage l'opinion du délégué du Cameroun quant aux exemptions de vaccination antivariolique et aimerait que des directives analogues soient données au sujet de la vaccination anti-amarielle.

En ce qui concerne les mesures anticholériques à appliquer aux voyageurs, le Dr Adesuyi voudrait soulever la question du remplacement de l'examen de selles par l'administration de doses appropriées de tétracycline pendant les trois jours qui précèdent immédiatement le départ. En 1971, 35 000 pèlerins se sont rendus du Nigéria en Arabie Saoudite. Tous devaient être en possession d'un certificat international de vaccination ainsi que d'un certificat attestant que les cultures de selles étaient négatives et devaient avoir résidé cinq jours durant dans une zone indemne de choléra. Il n'était pas facile de procéder rapidement à un tel nombre d'examens de selles et les pèlerins pouvaient parfaitement être infectés après le prélèvement des échantillons. L'OMS, consultée sur la possibilité de recourir au traitement à la tétracycline, avait jugé cette solution acceptable, mais le Gouvernement de l'Arabie Saoudite n'a pas répondu avant la fin du pèlerinage aux propositions que le Nigéria lui a faites à ce sujet.

Il est particulièrement regrettable que des mesures anticholériques soient appliquées à l'ensemble d'un pays lorsque seule une zone limitée est touchée. Il faut espérer que tous les pays tiendront compte des recommandations du Comité à cet égard.

Le Dr BOXALL (Australie) fait l'éloge du rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles. Il désire formuler quelques remarques, bien que l'Australie ne soit pas liée par le Règlement sanitaire international de 1969.

Depuis le 1er mai 1971, l'Australie n'exige plus de certificats de vaccination contre le choléra, mais elle a l'intention d'appliquer des mesures de surveillance aux voyageurs venant de zones infectées.

L'Australie admet six contre-indications à la vaccination antivariolique : la grossesse; l'eczéma évolutif ou latent; l'agammaglobulinémie et l'hypogammaglobulinémie; les antécédents de dermatite exfoliative, d'encéphalite généralisée vaccinale ou postvaccinale et de vaccine progressive; les antécédents de traitement par des immunosuppresseurs; la cachexie associée à une tumeur maligne ou à une autre maladie organique grave.

L'Australie exempte également de la vaccination les enfants de moins de un an ainsi que les personnes voyageant par mer à condition qu'elles soient en possession avant l'embarquement d'un certificat indiquant qu'elles sont atteintes d'une affection rendant la vaccination antivariolique inopportune.

Les voyageurs qui arrivent en Australie sans certificat valable de vaccination antivariolique sont mis en quarantaine, à moins qu'ils ne viennent de régions reconnues indemnes de la variole, comme l'Amérique du Nord. C'est précisément à cause du problème de la variole et du fait qu'une forte proportion de la population n'est pas protégée que l'Australie n'a pas pu devenir partie au Règlement sanitaire international de 1969.

Les autorités australiennes prennent des mesures visant à détruire les vecteurs à proximité des aéroports.

Par ailleurs, elles ne perdent pas de vue les possibilités de dangers que peut présenter l'emploi des conteneurs, mais elles n'ont éprouvé jusqu'ici aucune difficulté dans ce domaine.

M. PATHMARAJAH (Ceylan) signale une erreur dactylographique dans la version anglaise de l'annexe A du document A24/B/10. Dans la quatrième colonne du tableau, sous "III. Smallpox", il faut lire "Colombo" et non "Colombia".

Le Dr SENCER (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'au cours de l'année écoulée un contrôle de routine pratiqué dans l'un des ports de son pays a révélé qu'une population de puces de rongeurs était infectée par le bacille de la peste. Le Gouvernement a alors demandé le concours de l'Organisation mondiale de la Santé conformément au paragraphe 3 de l'article 11 du Règlement sanitaire international de 1969. Le Dr Sencer est heureux de remercier l'Organisation qui a envoyé rapidement un consultant chargé d'aider les services intéressés.

Le Dr CASTILLO (Venezuela) félicite le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles d'avoir présenté un rapport complet et en tous points excellent. Il demande si le manuel pour la lutte antivectorielle dans la protection sanitaire internationale (dont il est question à la page 26 du rapport) traitera de la plupart des maladies transmises par des vecteurs ou simplement des principales d'entre elles, telles que le paludisme, la fièvre jaune, la maladie de Chagas et l'onchocercose.

Le Dr BAIDYA (Népal) souhaiterait vivement que des éclaircissements soient donnés sur les contre-indications à la vaccination antivariolique.

Le Dr WAHAB BIN ARIFF (Malaisie) appelle l'attention sur le paragraphe 26 du rapport, où il est indiqué que la République du Viet-Nam a notifié 3526 cas de peste bubonique, dont 166 mortels, au cours de la période 1968-1969. La Malaisie n'est pas éloignée du Viet-Nam et ses ports reçoivent de nombreux bateaux venant de ce pays. Aussi la délégation de la Malaisie tient-elle tout particulièrement à ce que l'importance de la surveillance de la peste ne soit pas négligée. Il convient notamment de souligner l'intérêt des activités de formation pour renforcer la vigilance antipesteuse dans les ports et les aéroports.

Le Dr HASAN (Pakistan) félicite le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles d'avoir présenté un rapport aussi documenté. Il a noté avec plaisir, en particulier, la recommandation du Comité touchant la position adoptée par le Pakistan en ce qui concerne la fièvre jaune (page 29, alinéa e)).

Le Pakistan attache une grande importance à la question de la fièvre jaune en raison de la réceptivité de l'ensemble du pays; les vecteurs abondent et l'introduction du virus pourrait entraîner de terribles ravages dans la population non immune. Le Gouvernement se doit de rester très vigilant à l'égard de l'importation de la fièvre jaune. C'est pourquoi il avait formulé une réserve concernant la définition de la zone infectée donnée à l'article 1 du Règlement sanitaire international de 1969. Il entendait se réserver le droit de considérer comme infecté l'ensemble d'un pays si la maladie était signalée dans une partie du territoire et de continuer à le considérer comme infecté tant qu'il n'aurait pas été nettement établi que l'infection amarile en avait été complètement éliminée, même si le territoire en cause avait été déclaré indemne aux termes du paragraphe 2 b) de l'article 7.

La Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a examiné les réserves déposées par le Gouvernement du Pakistan et a été d'avis que le problème pourrait être résolu par une réserve au paragraphe 1 de l'article 3 et au paragraphe 1 de l'article 4 plutôt qu'à l'article 1. Le Pakistan a estimé que sa demande serait partiellement satisfaite par l'acceptation d'une telle réserve. Toutefois, il tenait à se réserver le droit non seulement de considérer l'ensemble d'un pays comme infecté lorsqu'un cas aurait été enregistré dans une partie du territoire, mais encore de considérer un pays comme infecté même si les conditions énoncées au paragraphe 2 b) de l'article 7 étaient remplies. Le Pakistan a donc adressé au Directeur général une communication suggérant que l'Assemblée avait peut-être agi par omission en ne retenant pas la deuxième partie de la réserve du Pakistan, puisqu'elle avait accepté des réserves analogues d'autres pays. Le Dr Hasan est heureux de constater que le Directeur général a soumis la question au Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles, qui s'est prononcé en faveur de la réserve du Pakistan au paragraphe 2 b) de l'article 7. Il espère que les délégués approuveront la recommandation du Comité et accepteront la réserve proposée.

Le Dr RANDRIATSARAFARA (Madagascar) félicite le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles de son excellent rapport.

Si Madagascar ne figure pas sur la liste des pays qui ont notifié des maladies quaranténaires de 1968 à 1970, c'est que le pays en a été pratiquement indemne. Il y a eu seulement deux cas importés de choléra cette année, et aucun cas de variole n'a été enregistré depuis longtemps; la vaccination antivariolique systématique est cependant maintenue. En ce qui concerne la peste, on a observé quelques poussées de très faible ampleur et limitées à deux ou trois foyers nettement circonscrits, inaccessibles aux touristes, mais disposant du personnel et du matériel nécessaires pour combattre la maladie.

Un problème se pose lorsque des personnes appelées subitement à entreprendre un voyage doivent subir plusieurs vaccinations. Un certain laps de temps est requis entre la vaccination antivariolique et la vaccination antiamarile, mais on ne sait pas très bien quel délai respecter entre la vaccination antivariolique et la vaccination anticholérique. Certains recommandent même de procéder à ces deux vaccinations simultanément.

Il existe, bien entendu, des contre-indications à la vaccination, mais il est indiqué dans le rapport que 29 pays n'exigent pas de certificats de vaccination antivariolique pour les enfants en bas âge. Le délégué de Madagascar estimerait plutôt nécessaire de vacciner ces enfants, d'autant qu'ils sont moins exposés au risque d'encéphalite ou d'autres complications.

Il est question, à la page 29 du rapport, de la désinsectisation des personnes. La désinsectisation des aéronefs entraîne déjà des difficultés et il est arrivé que des incidents se produisent parce que des passagers considéraient les opérations comme une atteinte à leur honneur. On se demande donc comment pourrait être réalisée la désinsectisation des personnes.

M. FINDLAY (Sierra Leone) félicite le Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles de l'excellent rapport, si détaillé, qu'il a présenté.

Le Gouvernement de la Sierra Leone est très reconnaissant de l'assistance que l'OMS et un certain nombre de pays amis lui ont apportée rapidement (sous la forme de service d'experts et de fournitures) pendant l'épidémie de choléra de 1970. Il y a eu là une manifestation éclatante d'une coopération internationale qui, si elle était étendue à d'autres domaines, serait extrêmement fructueuse.

Le Dr TABBAA (Arabie Saoudite), se référant aux observations du délégué du Nigéria, précise que depuis le début de 1970 son pays avait fait connaître par la voie diplomatique et par l'intermédiaire de l'OMS ses exigences en matière de contrôle sanitaire. Il avait indiqué en outre que tout pèlerin venant d'un pays infecté par le choléra devrait passer cinq jours dans une zone indemne du pays, conformément au Règlement sanitaire international. Ces précautions sont indispensables pour protéger l'Arabie Saoudite et le monde en général.

Le Professeur LISICYN (Union des Républiques socialistes soviétiques) se joint, au nom de sa délégation, aux orateurs qui ont fait l'éloge du rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles.

Les importations de variole en Belgique, en République fédérale d'Allemagne et en Arabie Saoudite que signale le rapport s'expliquent probablement dans une large mesure par une vaccination ou une revaccination inadéquate et par l'emploi du vaccin liquide, qui perd rapidement son activité lorsqu'il n'est plus sous réfrigération. Il importe d'insister sur la nécessité de contrôler les résultats de la vaccination ou de la revaccination avant de délivrer un certificat.

La délégation soviétique partage l'opinion des délégués qui estiment nécessaire d'entreprendre une étude sur les contre-indications à la vaccination, non seulement contre la variole, mais encore contre le choléra et contre la fièvre jaune, et de mettre au point un modèle de certificat de contre-indication.

Elle souhaite, d'autre part, que l'OMS continue à étudier la possibilité de publier un catalogue des cachets employés dans les différents pays pour les certificats internationaux de vaccination antivariolique, étant donné les difficultés qui sont apparues dans ce domaine.

Elle approuve les observations du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles concernant le choléra et, notamment, la recommandation visant à maintenir le choléra sur la liste des maladies soumises au Règlement. Il serait bon que le Comité confirme la nécessité de contrôler les résultats de la vaccination anticholérique, même s'il n'est pas prouvé de façon certaine que cette vaccination confère une protection effective.

Selon le Dr KUMARAPATHY (Singapour), l'article 92 du Règlement sanitaire international de 1969, qui indique en détail la manière de remplir un certificat de vaccination, marque un progrès sur l'article correspondant du Règlement antérieur. Un examen des certificats de vaccination présentés par les voyageurs arrivés à Singapour par voie aérienne de 1969 à avril 1970 a montré qu'une proportion notable (10 à 15 % peut-être) de ces certificats n'étaient pas correctement remplis : ils ne portaient pas la signature d'un médecin ou la date était inexacte. De telles erreurs peuvent résulter du fait que le médecin laisse à un subalterne le soin d'établir le certificat. Les certificats de ce genre, que présentent aussi bien des voyageurs arrivant de pays très développés que d'autres en provenance de pays en voie de développement, ne sont évidemment pas valables aux termes du Règlement sanitaire international. Les administrations sanitaires nationales devraient faire comprendre aux médecins qu'il leur incombe de délivrer des certificats de vaccination conformes aux stipulations du Règlement. Les compagnies aériennes considèrent qu'elles n'ont aucune responsabilité à cet égard, si bien que toutes les difficultés qu'entraîne la présentation d'un certificat incomplet retombent sur le malheureux voyageur. Dans ces conditions, on peut se demander s'il faut continuer à accorder tant de crédit aux certificats de vaccination.

Le Dr MAHLER, Sous-Directeur général, dit que les observations formulées au cours du débat seront communiquées au Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles.

Le Comité s'occupera notamment des contre-indications à la vaccination. L'Organisation, qui a pour tâche de fournir au Comité les renseignements techniques nécessaires, étudie depuis un certain nombre d'années différents aspects de ce problème complexe, en menant des recherches ou en réunissant des comités d'experts. En 1971, un comité d'experts doit discuter des contre-indications à la vaccination antivariolique.

Bien qu'il ne soit pas prouvé que des vaccinations simultanées présentent un danger pour l'individu en bonne santé, on doit toujours tenir compte de la possibilité de contre-indications. Il est souhaitable, si l'on dispose du temps et des moyens nécessaires, d'administrer les vaccins viraux à des intervalles d'au moins trois semaines.

Le délégué du Nigéria a parlé de l'emploi de la tétracycline pour la prophylaxie du choléra; cette méthode se justifie parfaitement du point de vue technique.

A propos de la question soulevée par le délégué de la Malaisie, le Dr Mahler rappelle que l'OMS a organisé un certain nombre de séminaires régionaux et interrégionaux sur la surveillance de la peste. En 1972, un séminaire itinérant sur cette maladie doit avoir lieu en URSS, pays où existe un système très développé de surveillance de la peste. En outre, un groupe de consultants qualifiés est à la disposition de tout pays qui souhaite renforcer son programme de surveillance.

Le Dr LAYTON (Canada), se référant au paragraphe 22 du rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles, précise que ce qu'il va dire n'implique aucune critique des observations formulées par le Comité. Il n'est pas lui-même expert en matière de quarantaine et de surveillance des maladies transmissibles et il était absent à l'époque du regrettable incident décrit. Les dispositions prises l'ont été par des représentants des autorités fédérales du Canada et des autorités sanitaires de la ville de Vancouver et de la province de la Colombie britannique.

C'est peut-être par erreur qu'on a invoqué à ce sujet l'article 28 du Règlement sanitaire international de 1951. Le paragraphe 1 de l'article 44, mentionné par le Comité, stipule que "... tout navire ou aéronef qui, à l'arrivée, refuse de se soumettre aux mesures prescrites ... est libre de poursuivre immédiatement son voyage". Or le capitaine du S.S. Oronsa a manifesté le désir d'entrer dans le port. Il semble que les dispositions prises aient été conformes à l'esprit du Règlement et soient de bonne pratique en santé publique.

Le Dr SENCER (Etats-Unis d'Amérique) tient, en sa qualité de membre du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles, à assurer le délégué du Canada que le Comité n'a jamais eu l'intention de critiquer son Gouvernement. Au contraire, il a été reconnu que les dispositions prises résultaient d'une coopération entre la compagnie de navigation et les autorités provinciales et fédérales et elles ont été jugées louables.

Le Dr DOLGOR (Mongolie), Rapporteur, donne lecture du projet de résolution suivant :

La Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le seizième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles,

1. REMERCIE les membres du Comité du travail qu'ils ont accompli; et
2. ADOPTE le seizième rapport du Comité de la Surveillance internationale des Maladies transmissibles.

Décision : Le projet de résolution est approuvé.

2. DESINSECTISATION DES AERONEFS : Point 3.8 de l'ordre du jour (résolution WHA23.58; document A24/B/13)

Le Dr MAHLER, Sous-Directeur général, présente la question. La Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé avait été informée que l'industrie aéronautique signalait certaines difficultés techniques tenant aux effets défavorables possibles du dichlorvos sur la navigabilité des aéronefs. Afin de laisser le temps nécessaire pour résoudre ces difficultés, l'Assemblée a recommandé, dans sa résolution WHA23.58, que la date d'entrée en vigueur de la désinsectisation par vapeurs soit retardée d'un an et reportée au 31 décembre 1971.

L'OACI et l'OMS ont alors mis au point un programme de recherches visant à vérifier la sécurité d'emploi du système de désinsectisation par vapeurs. Dans le cadre de ce programme, toute une série d'études ont été entreprises par la Federal Aviation Administration des Etats-Unis d'Amérique et par le USPHS Communicable Disease Center, d'Atlanta, qui est un centre international OMS de référence. Ces études sont énumérées dans le rapport dont la Commission est saisie (document A24/B/13), qui donne également un résumé des travaux effectués jusqu'à la mi-avril 1971 par un groupe de laboratoires collaborateurs.

On a fait savoir à l'OMS que des progrès notables avaient été accomplis mais qu'il ne serait pas possible d'arriver à des conclusions définitives quant à la sécurité d'emploi du dichlorvos pour la désinsectisation des aéronefs avant la fin de 1971. Les recherches sur l'innocuité du dichlorvos pour l'homme sont terminées; elles ont confirmé l'opinion exprimée antérieurement par des comités d'experts de l'OMS : ce produit, utilisé dans les conditions prévues pour la désinsectisation des aéronefs, est inoffensif pour l'homme. Le principal problème qui reste à résoudre est celui de l'action corrosive possible du dichlorvos sur les composants métalliques des cellules d'aéronefs.

On espère que les investigations en cours seront achevées à temps pour qu'un rapport complet et des recommandations puissent être soumis au Comité de Navigabilité de l'OACI en novembre 1971. Selon les données communiquées par les laboratoires collaborateurs au Comité de Navigabilité, l'OACI déterminera si elle est en mesure de recommander à l'Assemblée de la Santé d'approuver l'utilisation du système de désinsectisation par vapeurs de dichlorvos, ou si de plus amples recherches sont souhaitables. Il semble donc que la date effective de mise

en application du système doit être différée pour le moment. L'OACI et l'OMS presseront les laboratoires collaborateurs de ne rien négliger pour résoudre les difficultés qui subsistent. En attendant, il faudra continuer à pratiquer la désinsectisation "cales enlevées" et la désinsectisation au sol.

L'adoption générale de la désinsectisation par vapeurs se trouvant retardée, l'OMS a entrepris une série de recherches en vue de mettre au point des techniques améliorées pour le traitement par aérosols des grands aéronefs modernes. On étudie en particulier certains produits nouveaux très actifs et inoffensifs à base de pyréthroides. Les essais se font au cours de vols internationaux réguliers d'avions commerciaux transportant des passagers; ils ont permis de découvrir une nouvelle formulation d'aérosols - à la fois très efficace du point de vue biologique et bien acceptée par les voyageurs - pour la désinsectisation "cales enlevées" de tous les appareils à réaction fabriqués actuellement. Avant d'aller plus loin, on soumettra les résultats des recherches aux membres du tableau d'experts des insecticides pour avis technique.

Le Dr CAYLA (France) estime que le rapport du Directeur général (document A24/B/13) résume de façon excellente la situation en matière de désinsectisation des aéronefs ainsi que les travaux des laboratoires collaborateurs. Les recherches sur les effets toxiques cumulatifs du dichlorvos en altitude sont particulièrement importantes pour la sécurité des équipages d'aéronefs, qui seraient exposés plus fréquemment que les passagers aux vapeurs d'insecticide. De plus amples investigations s'imposent. L'attention des services de santé publique français a été attirée sur des propriétés mutagènes que certaines expériences auraient mises en évidence. Le Gouvernement français pourrait communiquer à l'OMS les références pertinentes.

On a agi sagement en prévoyant un délai pour des recherches complémentaires. Toutefois, rien n'exclut la possibilité que le dichlorvos ne se montre pas efficace dans tous les cas et qu'une résistance n'apparaisse. La Commission devrait donc examiner dans un esprit critique s'il est raisonnable, d'une part, d'obliger les compagnies aériennes à installer un nouvel appareillage spécialisé et, de l'autre, de renoncer totalement à la désinsectisation par aérosols, méthode dont l'efficacité ne cesse de croître. Le Dr Cayla félicite l'OMS d'avoir entrepris des recherches tendant à améliorer les techniques de désinsectisation par aérosols. Si ces travaux aboutissent, on pourra, avec les mêmes appareils, appliquer différents insecticides, ce qui serait impossible avec le matériel de désinsectisation par vapeurs.

Il faudrait aussi faire des recherches concernant l'apparition possible d'une résistance au dichlorvos chez certains insectes vecteurs; on a constaté en particulier que les mouches domestiques et certains Culex étaient moins sensibles et commençaient même à présenter une résistance à ce produit.

Etant donné que des études se poursuivent, la décision sur les méthodes de désinsectisation des aéronefs devrait être différée jusqu'à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr AVILES (Nicaragua) déclare que sa délégation est opposée à la désinsectisation des aéronefs en cours de vol, sous quelque forme que ce soit. Bien que les résultats des études et des travaux mentionnés dans le document A24/B/13 semblent indiquer que ce type de désinsectisation ne pose pas de problème, le Comité de Navigabilité de l'OACI a recommandé de différer l'adoption du système. La délégation du Nicaragua souscrit à cette recommandation, en grande partie parce qu'on n'a pas tenu compte des effets psychologiques.

Tout en partageant les craintes du délégué de la France quant aux effets physiques du dichlorvos sur les équipages exposés à de fréquentes applications d'insecticide, le Dr Avilès estime que les réactions psychologiques des passagers et des équipages sont plus importantes encore. Une désinsectisation efficace peut être pratiquée au sol dans un avion vide, ou immédiatement avant le décollage; les seuls problèmes qui se posent alors concernent le matériel et l'équipage. Le fonctionnement d'un aéronef est commandé par des cerveaux humains et électroniques, et l'on ignore dans quelle mesure un insecticide peut agir sur les uns et les autres. Le Dr Avilès a personnellement constaté que la diffusion d'un insecticide, même en petites quantités, dans un aéronef en vol peut causer des vomissements et des chocs émotifs chez les voyageurs; il faut accorder à ces facteurs toute l'importance qu'ils méritent.

Le Dr CIMICKY (Tchécoslovaquie) précise que sa délégation, si elle est favorable à la désinsectisation par vapeurs des aéronefs, estime que le 31 décembre 1971 ne convient pas comme date d'application à cause des difficultés techniques liées à l'installation du matériel requis. Elle recommande en conséquence que l'OMS invite instamment l'OACI à persuader ses membres de prendre le plus rapidement possible les mesures voulues et qu'en attendant on utilise des aérosols de DDVP.

La délégation tchécoslovaque propose que la date d'entrée en vigueur de la désinsectisation par vapeurs soit fixée au 31 décembre 1972; l'OMS aurait ainsi le temps de mener l'action nécessaire auprès de l'OACI qui, de son côté, pourrait aider les autorités sanitaires dans leurs négociations futures avec les compagnies aériennes nationales.

M. VALDIVIESO (Venezuela) dit que sa délégation, après avoir pris connaissance des renseignements excellents présentés dans le document A24/B/13 ainsi que de la documentation antérieure sur la question, est d'avis qu'il n'y a pas lieu de différer l'entrée en vigueur de la désinsectisation par vapeurs et que la date fixée par la Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, c'est-à-dire le 31 décembre 1971, doit être maintenue. Les études entreprises ont donné des résultats parfaitement satisfaisants. Si l'application du système était de nouveau retardée, les aéronefs fabriqués pendant la période intérimaire ne seraient pas nécessairement équipés du dispositif voulu. Or il est à la fois plus économique et plus commode d'installer ce dispositif pendant la construction d'un avion qu'après sa mise en service.

En outre, si l'on considère la situation des pays dans lesquels Aedes aegypti a été éradiqué et qui sont menacés d'une réintroduction de l'insecte par la voie aérienne, on conçoit clairement que tout retard dans l'adoption d'un système efficace de désinsectisation des aéronefs entraînerait de grands dangers et des difficultés sur le plan local.

La délégation vénézuélienne souhaite aussi attirer l'attention sur la question des aéronefs légers, qui se multiplient plus rapidement que les gros appareils à réaction et qui, accomplissant un grand nombre de vols de courte durée (à la fois nationaux et internationaux), sont souvent de plus importants transporteurs d'arthropodes. Il faut donc insister spécialement sur la nécessité d'adapter les systèmes de désinsectisation aux petits aéronefs de toutes catégories, bien qu'il soit évident qu'on aura beaucoup de difficultés pour rendre de tels systèmes obligatoires et surveiller la désinsectisation de ces aéronefs.

Enfin, la délégation vénézuélienne aimerait savoir si la vaporisation de dichlorvos sera acceptée sans réticences, étant donné le coût des installations requises et les doutes qui subsistent quant à l'efficacité du système. Pour sa part, elle estime que le système est efficace et que son emploi dans les aéronefs selon les modalités préconisées éliminerait les problèmes psychologiques auxquels on a fait allusion tout en permettant une désinsectisation complète de l'intérieur des avions, alors que les traitements actuels par aérosols n'assurent qu'une désinsectisation partielle.

Le Dr ALAN (Turquie) partage entièrement les vues du délégué de la France concernant la très importante question de la résistance du vecteur au dichlorvos et la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine. Il souscrit également aux observations du délégué du Nicaragua qui a évoqué les aspects psychologiques du problème. A la précédente Assemblée de la Santé, il avait souligné que l'exposition répétée aux vapeurs de dichlorvos pouvait présenter des dangers pour les équipages et préconisé qu'on fasse montre d'une grande prudence pour l'utilisation du système tant qu'on n'aurait pas la nette certitude de son innocuité pour la santé des voyageurs et du personnel navigant.

Le Dr Alan considère que la prudence s'impose toujours et il appuie la suggestion tendant à renvoyer la question à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr SILBERSTEIN (Israël) félicite le Comité de Navigabilité de l'OACI d'avoir établi un rapport si complet et se joint au délégué de la France pour recommander la circonspection ainsi que de plus amples recherches sur le sujet. La variabilité biologique des êtres humains étant probablement bien supérieure à la variabilité des matériaux inanimés, qui ont

apparemment fait l'objet d'une expérimentation poussée, il semble que les essais, limités à huit volontaires dont un seul présentait une tendance aux allergies, devraient se poursuivre et porter sur un nombre considérablement plus élevé de personnes connues comme prédisposées aux allergies. S'il est à présumer que, même dans ces conditions, des résultats favorables n'excluraient pas toute possibilité d'accident allergique, la situation serait néanmoins beaucoup plus satisfaisante qu'elle ne l'est actuellement. Le Dr Silberstein estime que, dans l'ensemble, une attitude très prudente doit être adoptée à l'égard du dichlorvos et qu'il faut différer la décision définitive sur la question.

Le Dr OLGUIN (Argentine) rappelle que sa délégation avait jugé intéressant le système de désinsectisation automatique au dichlorvos et avait voté pour qu'il soit utilisé dès que possible. Cependant, elle croit aujourd'hui nécessaire de surseoir à cette mesure devant les risques d'effets toxiques et corrosifs qui ont été récemment mis en évidence. Pour soucieuse qu'elle soit de voir appliquer sans délai des décisions qui sont censées avoir été prises sur des bases scientifiques, la délégation argentine sait pertinemment que la recherche peut toujours apporter de nouveaux éléments d'appréciation amenant à réviser des notions antérieures. Le rapport à l'étude (document A24/B/13) indique une fois encore la nécessité d'un délai supplémentaire. Le Dr Olguin reste convaincu de l'efficacité d'une méthode tout à fait applicable, mais il estime que la prudence s'impose puisque les risques d'effets adverses n'ont pas été entièrement écartés. C'est pourquoi l'OMS devrait, à son avis, entreprendre des recherches pour dissiper au plus vite les craintes qui subsistent quant aux dangers susceptibles de menacer aussi bien l'homme que le matériel, sans parler de l'éventualité d'une résistance des insectes, qui serait à elle seule tout un problème.

Le Dr SENCER (Etats-Unis d'Amérique) félicite l'OMS du travail qu'elle a accompli en collaboration avec l'OACI. Il croit savoir que les constructeurs des aéronefs les plus modernes et les plus grands conçoivent leurs modèles de façon qu'un dispositif de désinsectisation puisse être installé sans que l'on ait à transformer les plans. Il aimerait toutefois avoir l'avis du Secrétariat à ce sujet. D'autre part, comme nul n'ignore les dangers que présentent les aérosols pour l'homme, le Dr Sencer demande combien de bidons il faudrait pour désinsectiser un avion de la taille du Boeing 747.

Le fait que la Commission discute aujourd'hui des problèmes de désinsectisation est en lui-même l'aveu que l'OMS a échoué dans un domaine fondamental de la santé publique. Au lieu d'avoir à s'occuper des nouvelles méthodes de désinsectisation, la Commission devrait pouvoir étudier les moyens de maintenir les ports et les aéroports à l'abri des insectes vecteurs d'importance épidémiologique : si les aéroports étaient exempts de vecteurs, il n'y aurait aucun besoin de procéder à des désinsectisations.

Le Dr ZAMFIRESCU (Roumanie) note que la discussion a mis en lumière deux points sur lesquels les membres de la Commission ne sont pas tous d'accord : l'efficacité et la nocivité du dichlorvos. Pour le premier point, il est clair que les études en cours doivent être complétées. Le second point présente un double aspect : les dangers pour l'homme et les effets sur le matériel. Le dernier élément, toutefois, est peut-être d'une importance secondaire pour l'OMS étant donné que les constructeurs et les compagnies aériennes s'emploient à étudier l'action corrosive sur les matériaux. L'Organisation doit donc concentrer ses efforts sur les risques courus par l'homme et sur l'efficacité du produit contre les insectes.

En Roumanie, on a observé un abaissement temporaire de la cholinestérase chez des travailleurs fréquemment exposés aux insecticides. Cette constatation est certainement d'une grande portée en ce qui concerne le personnel navigant, qui risque d'avoir des réactions aiguës ou intenses. C'est pourquoi la délégation roumaine est tout à fait d'avis de retarder, comme il l'est suggéré dans le document A24/B/13, la date d'entrée en vigueur de la désinsectisation par vapeurs.

Le Dr GUEYE (Sénégal) tient à apporter deux précisions concernant l'usage du dichlorvos, car il estime qu'il faut ici beaucoup de prudence. Au Sénégal, où le dichlorvos a été utilisé comme insecticide dans les maisons, on a constaté, comme ailleurs, une baisse d'activité de la cholinestérase chez les individus exposés, bien que l'on n'ait observé aucun signe clinique. Le Dr Gueye se joint donc aux membres de la Commission qui ont demandé instamment que l'emploi du dichlorvos pour la désinsectisation par vapeurs soit différé jusqu'à ce que l'on ait déterminé les normes techniques et les limites de toxicité du produit.

En second lieu, le délégué du Sénégal pense qu'il conviendrait d'étudier le dichlorvos dans la perspective d'une résistance possible des insectes, même si le produit s'est révélé satisfaisant à cet égard pendant un temps donné.

M. WRIGHT (service de la Biologie des vecteurs et de la Lutte antivectorielle) croit utile, pour répondre à certaines des questions qui ont été posées par les délégations, de replacer la question dans son contexte historique en rappelant les étapes qui ont conduit l'OMS à envisager l'emploi du diffuseur de dichlorvos. Au cours des années écoulées depuis qu'une méthode de désinsectisation aérienne a été mise au point pour la première fois, l'Organisation s'est efforcée de trouver un système qui soit efficace et sûr et qui - chose très importante - n'entrave pas le trafic international. On a essayé tout d'abord de traiter les aéronefs à l'arrivée, mais cela retardait les avions modernes. On a ensuite effectué des désinsectisations en vol, pour constater que, sauf dans le cas du dichlorvos, le procédé était inefficace. Enfin, on a tenté d'opérer au sol et à vide. Toutefois, les sérieuses objections soulevées par les compagnies aériennes elles-mêmes (vu le bref temps de rotation - 30 à 40 minutes - qui leur est habituellement imparti) ont incité l'Organisation à rechercher un autre système qui puisse satisfaire toutes les parties. C'est ainsi que l'on a conçu la méthode "cales enlevées", comportant la diffusion d'un aérosol après la fermeture des portes et avant le décollage. Cette méthode s'est montrée efficace jusqu'à un certain point mais, comme il l'a été indiqué, certaines formulations incommode des passagers. Après avoir étudié les conditions de sécurité pour l'homme au cours de recherches fort coûteuses, les laboratoires collaborateurs ont recommandé le système aujourd'hui en discussion. Les rapports du Comité d'experts des Insecticides mettent d'ailleurs en évidence l'importance considérable des travaux accomplis et apportent une réponse à quelques-unes des questions soulevées par les délégations.

Tout d'abord, en ce qui concerne les effets psychologiques sur l'équipage, M. Wright rappelle que, là encore, c'est le Comité d'experts qui a approuvé l'emploi du dichlorvos à la suite d'essais sur un grand nombre de volontaires, exposés pendant de longues périodes à de fortes doses du produit. Non seulement leur état général a été examiné, mais l'on a pesé les risques d'un abaissement de la cholinestérase et procédé, en collaboration avec la Federal Aviation Administration des Etats-Unis d'Amérique, à de nombreux tests psychologiques et physiologiques pour déterminer si l'exposition nuisait à l'efficacité des pilotes. Aucun effet adverse n'a été observé. Des discussions avec les associations de pilotes n'ont amené que deux autres questions : pouvait-il y avoir danger en haute altitude ? Y avait-il à craindre un effet cumulatif ? Des essais ont été effectués, dont les résultats sont mentionnés dans le document A24/B/13. S'il est vrai que les tests en haute altitude ont porté sur un nombre limité de volontaires, il n'en reste pas moins qu'aucune réaction fâcheuse n'a été décelée. On dispose, par ailleurs, de nombreuses données indiquant qu'il y a très peu de risques que l'homme accumule cet insecticide dans son organisme. A cet égard, il faut tenir compte du dosage, car dans bien des cas où ont été observés des effets adverses, tels qu'une baisse de la cholinestérase par suite de l'utilisation du produit dans des habitations ou des lieux publics, les doses étaient massives, alors que dans les aéronefs les quantités employées se chiffrent en microgrammes par litre d'air. On a ainsi calculé qu'il suffirait d'à peine plus d'un gramme de dichlorvos pour désinsectiser tout l'intérieur d'un avion aussi grand que le Boeing 707.

Le Comité d'experts a également prêté une très grande attention aux possibilités d'action mutagène du dichlorvos pour en venir à la conclusion que toutes les données publiées jusqu'à présent ne modifiaient pas l'opinion exprimée dans son rapport.

En ce qui concerne l'efficacité du dichlorvos, on ne peut plus la mettre en doute après huit années de recherches d'une ampleur considérable menées par l'OMS dans les conditions mêmes d'un aéronef en service. Quant à la résistance, il ne faut pas oublier que la méthode a été conçue pour deux types de moustiques seulement, contre lesquels le dichlorvos n'est pas ordinairement utilisé aux fins de programmes généraux de lutte. Aedes aegypti et différentes espèces d'anophèles seront exposés au dichlorvos, mais il est fort douteux qu'ils acquièrent une résistance du fait de l'exposition dans un aéronef, de même que le cas est très improbable dans les aéroports et à leur voisinage pour les raisons indiquées. Du reste, l'Organisation cherche à créer artificiellement une résistance en exposant en laboratoire des populations de moustiques au dichlorvos afin de voir si, dans des conditions normales de pression, ce phénomène pourrait se produire. On n'a rien observé de tel jusqu'à présent.

Il a été demandé si des compagnies aériennes ou des constructeurs pensaient installer le dispositif spécial requis dans les aéronefs avant que ceux-ci ne sortent de l'usine. M. Wright confirme qu'il en est bien ainsi. En fait, un certain nombre de compagnies attendent que l'Organisation prenne une décision définitive pour employer couramment le système. D'autres se réservent jusqu'à ce que l'on se soit prononcé sur la possibilité de mettre au point une méthode de diffusion plus simple et moins coûteuse, que l'on ait élaboré un système pour les petits avions, ou que le procédé devienne entièrement automatique, puisque aussi bien il s'agit en dernier ressort de concevoir un mécanisme à toute épreuve qui puisse satisfaire les services de quarantaine dans le monde entier.

Touchant la quantité d'insecticide et la somme de travail nécessaires pour désinsectiser un aéronef de la taille du Boeing 747, M. Wright signale que l'on a procédé récemment à toute une série d'essais pour déterminer si certains des nouveaux pyréthroides étaient plus efficaces que ceux qui sont actuellement en usage. Il a été constaté que le traitement par aérosols d'un Boeing 747 nécessitait quatre bidons d'environ 20 centilitres chacun employés par quatre hôtes.

Quant aux effets psychologiques sur les passagers, le grand avantage du dichlorvos est qu'il est inodore et invisible. Les passagers n'ont donc même pas à savoir que l'on procède à tel moment à la désinsectisation de l'appareil.

Au sujet des relations entre l'OMS et l'OACI, M. Wright dit que le concours de cette dernière organisation a été l'un des grands motifs d'encouragement au cours des deux années écoulées et que l'OACI a montré un vif intérêt pour les aspects tant techniques que chimiques du problème. Lorsque les résultats de toutes les recherches seront disponibles, ils seront examinés par l'OMS et par le Comité de Navigabilité de l'OACI, qui les étudiera en détail du point de vue de la sécurité aérienne, et un document commun sera soumis à une prochaine Assemblée de la Santé. Si les deux organisations adoptent alors le dispositif, il appartiendra à l'OACI de s'assurer qu'il ne présente, une fois installé, aucun risque pour l'appareil et à l'OMS de vérifier qu'il ne met pas en danger les passagers et les membres de l'équipage.

Le Dr CAYLA (France) remercie le représentant du Secrétariat des réponses détaillées qu'il a données aux questions qui avaient été posées, mais il voudrait revenir sur le problème de l'apparition éventuelle d'une résistance au dichlorvos. Pour tous les insecticides, on est passé par une période d'euphorie où l'on croyait une résistance impossible. Puis, lorsque le phénomène a été observé chez la mouche domestique et chez Culex, on a persisté à penser que les Aedes et les Anopheles y échapperaient. Or tel n'a pas été le cas.

De plus, le Dr Cayla s'étonne de ce que M. Wright ait pu dire que le dichlorvos n'était employé qu'à l'intérieur des aéronefs, puisque ce produit est largement commercialisé et utilisé dans les habitations pour détruire les insectes domestiques. C'est du reste à cette occasion - croit-il - que l'on a pu observer la résistance de Musca domestica et de Culex au dichlorvos. Sans vouloir jouer les prophètes de malheur, le Dr Cayla tient à souligner que, si l'on ne peut affirmer que les Aedes et les Anopheles deviendront nécessairement résistants à leur tour, il n'en est pas moins indispensable de pousser plus avant les recherches sur la question. Il faut certes espérer que le dichlorvos est absolument sans danger pour les aéronefs comme pour les passagers et l'équipage, mais il serait grave que ce produit se révèle aussi tout à fait inoffensif pour les vecteurs eux-mêmes.

Le Professeur LISICYN (Union des Républiques socialistes soviétiques) se joint aux délégués qui ont incité à la prudence. Malgré l'optimisme du représentant du Directeur général qui a dit, en substance, que tous les problèmes techniques, psychologiques et médicaux étaient pratiquement résolus, les enseignements que l'on a pu tirer en URSS de l'application d'insecticides montrent la nécessité d'étudier les faits plus avant, ce que confirment du reste les interventions d'autres délégués, de celui de la France en particulier. Il serait tout à fait déraisonnable de prendre une décision hâtive. C'est pourquoi la délégation soviétique se prononce pour le renvoi de la question à la Vingt-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé. Des renseignements plus précis pourront être alors fournis sur tous les points qui ont été soulevés.

Sur l'invitation du PRESIDENT, le Dr DOLGOR (Mongolie), Rapporteur, donne lecture du projet de résolution suivant :

La Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'état d'avancement des études sur le système de désinsectisation par vapeurs;¹

Se félicitant des efforts faits pour résoudre les problèmes techniques qui se posent; et

Notant que le rapport final ne sera pas disponible avant que la série d'essais en cours ne soit achevée,

1. DECIDE que la date d'entrée en vigueur du système de désinsectisation par vapeurs sera encore retardée jusqu'à ce que les essais soient achevés et les problèmes techniques résolus; et

2. REITERE sa recommandation adressée aux Etats Membres dans la résolution WHA23.58 et tendant à ce que, pendant la période intérimaire, la méthode de désinsectisation "cales enlevées" et la désinsectisation à l'arrivée au sol soient les méthodes agréées pour la désinsectisation des aéronefs et que les administrations sanitaires mettent tout en oeuvre pour que, pendant cette période intérimaire, la méthode "cales enlevées" soit appliquée d'une manière efficace.

Décision : Le projet de résolution sur la désinsectisation des aéronefs est approuvé.

La séance est levée à 12 h.35.

¹ Document A24/B/13.