

PROCES-VERBAL DE LA TROISIEME SEANCE

Salle des conférences de l'OMS  
Samedi 22 septembre 1962, à 9 heures

PRESIDENT : Dr F. Q. DUQUE  
          puis : Dr D. J. M. MacKENZIE (Vice-Président)

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. Allocution du Président . . . . .	108
2. Allocution du Directeur général . . . . .	109
3. Examen de projets de résolutions . . . . .	112
4. Préparation des missions de consultants à court terme . . . . .	112
5. Mesures imposées par le choléra El Tor . . . . .	119
6. Résolutions d'intérêt régional adoptées par le Conseil exécutif à ses vingt-neuvième et trentième sessions et par la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé . . . . .	134
7. Amendements au Règlement intérieur du Comité régional (suite)	137
8. Examen du projet de résolution sur la préparation des missions de consultants à court terme (reprise de la discussion) . . . . .	138

Troisième séanceSamedi 22 septembre 1962, à 9 heures

## PRESENTS

I. Représentants des Etats Membres

AUSTRALIE	Dr H. E. Wodnes Dr M. J. Flynn M. D. Sadleir Dr C. J. Ross-Smith
CHINE	Dr C. K. Chang
COREE	Dr Sang Tae Han M. Koo Sup Yang
ETATS-UNIS D'AMERIQUE	Dr H. DeLien Capitaine R. A. Phillips
FRANCE	Médecin-Colonel L. Caillard
JAPON	Dr N. Tatebayashi M. K. Watanabe M. H. Okazaki
LAOS	Dr Tiao Singkeo Dr Phouy Phouttasak
MALAISIE	Dr L. W. Jayesuria M. K. K. Chong M. F. W. Crowley
NOUVELLE-ZELANDE	Dr R. G. T. Lewis
PHILIPPINES	Dr F. Q. Duque Dr A. H. Cruz M. J. C. Perlas Dr E. L. Villegas M. B. Brillantes M. M. Tana
PORTUGAL	Dr Jose de Paiva Martins
ROYAUME-UNI	Dr D. J. M. MacKenzie Dr E. Christiansen Dr C. H. Gurd Dr M. A. Rozalla
SAMOA OCCIDENTAL	Dr J. C. Thieme
VIET-NAM	Dr Le-Cuu-Truong Dr Nguyen-Binh-Nghien

II. Représentants des Nations Unies et des institutions spécialisées

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PEDIATRIE	Dr Fe del Mundo
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PROPHYLAXIE DE LA CECITE	Dr S. P. Lopez
COMITE INTERNATIONAL CATHOLIQUE DES INFIRMIERES ET ASSISTANTES MEDICO-SOCIALES	Mme C. T. Maceda Mlle O. M. Boado
COMITE INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE	Dr B. C. Fontanilla
COMITE INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES	Colonel B. T. Sayoc
COMMISSION DU PACIFIQUE SUD	Dr G. Loison
CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES	Mme T. G. Villarica
FEDERATION INTERNATIONALE DES COLLEGES DE CHIRURGIE	Dr R. L. Alfonso
FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE	Professeur R. Apelo
FEDERATION INTERNATIONALE DES HOPITAUX	Dr G. L. del Castillo
FEDERATION MONDIALE DES ANCIENS COMBATTANTS	Dr A. M. Inocentes
LIGUE DES SOCIETES DE LA CROIX-ROUGE	Dr B. C. Fontanilla

IV. Secrétariat de l'OMS

DIRECTEUR GENERAL	Dr M. G. Candau
SECRETARE	Dr I. C. Fang, Directeur régional

1. ALLOCUTION DU PRESIDENT : point 5 de l'ordre du jour (suite de la première séance, chapitre 5)

Le PRESIDENT remercie les représentants au Comité régional de l'avoir élu. Cette décision honore également le Gouvernement des Philippines et c'est conscient de ses responsabilités que le Président accepte le rôle qui lui est confié. Au nom du Président Diosdado Macapagal et au nom du peuple philippin, il souhaite chaleureusement la bienvenue au Dr Candau, Directeur général. Sa visite aux Philippines, sa présence à la réunion du Comité régional sont la preuve de son souci profond et constant pour la santé et le bien-être des peuples de la Région du Pacifique occidental et confèrent un grand honneur à tous les participants.

Cette réunion permet aux gouvernements d'évaluer le travail de l'OMS, de passer en revue ses activités dans chacun des pays de la Région et de leur indiquer comment atteindre l'état de santé optimum. Cela n'est possible que si l'on atténue la menace des maladies transmissibles. Elles demeurent en plus d'un pays de la Région la cause principale de la morbidité et de la mortalité. Faute de mesures d'éradication accélérées, le problème peut se poser encore pendant de nombreuses années. Ces mesures risquent de se heurter aux croyances religieuses, aux coutumes, aux habitudes et aux traditions, mais elles s'imposent, ne fût-ce que pour assurer aux populations un état de santé qui leur permette de vivre une vie à la fois plus pleine et plus utile. L'information et l'éducation sanitaires jouent un rôle de premier plan si l'on veut modifier les attitudes et, bien entendu, les connaissances techniques sont essentielles. Le premier pas ayant été franchi, il faut poursuivre l'effort pour ne pas perdre le terrain gagné. Aucun pays ne peut se désintéresser des problèmes sanitaires qui se posent à ses voisins. L'OMS a pris part à la

lutte menée récemment contre le choléra El Tor qui s'est abattu sur les Philippines et sur divers pays voisins. Le regain actuel de la variole dans des pays situés à la périphérie de la Région laisse peser une menace qui, faute de mesures immédiates, pourrait s'étendre facilement au monde entier. Une fois de plus, c'est à l'OMS qu'il appartient de résoudre le problème, cependant que les gouvernements intéressés ont à juguler la maladie sur leur territoire. Le Président ajoute qu'il faut multiplier les efforts pour améliorer l'état sanitaire de tous les pays et les libérer du fléau des maladies transmissibles qui minent la vitalité des populations. L'éradication de ces maladies sera, à son avis, la pierre de touche de la décennie en cours. A moins que cette éradication ne soit achevée dans un proche avenir, le monde aura à faire front, non seulement à cet ennemi héréditaire que sont les maladies transmissibles, mais encore à des maladies, à des états pathologiques nouveaux, créés par les risques de la vie moderne et par l'avènement de l'âge de l'atome et de l'espace.

## 2. ALLOCUTION DU DIRECTEUR GENERAL : point 3 de l'ordre du jour

Le Dr CANDAU, Directeur général, remercie le Président de ses aimables paroles de bienvenue et dit l'honneur et le plaisir qu'il éprouve à assister à cette treizième session du Comité régional.

Les comités régionaux jouent un rôle primordial dans l'existence de l'Organisation mondiale de la Santé; ils permettent en effet à tous les pays Membres de chaque région de discuter plus en détail les problèmes qui les concernent, d'analyser les activités passées et de projeter l'action future. Les quelque 117 pays réunis à l'Assemblée mondiale de la Santé abordent les programmes à l'échelle mondiale, mais ne peuvent pas les discuter en détail.

Le Dr Candau se réfère ensuite à deux points de l'ordre du jour du Comité qui méritent une attention particulière. Le premier - thème des discussions techniques "Le rôle des services sanitaires dans l'amélioration des approvisionnements publics en eau" - est particulièrement approprié pour un Comité régional. Coïncidence ou non, ce même thème a été retenu par le Comité régional de l'Asie du Sud-Est. D'ailleurs, estime le Directeur général, cette question mériterait de figurer à l'ordre du jour de presque tous les comités régionaux, car l'hygiène du milieu détermine dans une large mesure toute possibilité de progrès dans le domaine sanitaire, et l'adduction de l'eau en est un des éléments essentiels. Le Directeur général sait combien ce problème est difficile à résoudre, mais il souligne qu'avec les moyens actuels, ces difficultés ne sont pas insurmontables. Les populations doivent comprendre que - à l'instar de celui de gaz ou d'électricité - l'approvisionnement en eau est un service public qui ne peut être gratuit; si les dispositions financières nécessaires sont prises, un plus grand nombre de collectivités pourront bénéficier d'un bon approvisionnement en eau.

Le deuxième point à l'ordre du jour qui revêt une importance, aussi bien sur le plan régional que mondial, est celui des installations dont on dispose pour l'enseignement et la formation professionnelle de personnel sanitaire. A une époque qui voit un nombre toujours croissant de pays accéder à l'indépendance ou sur le point d'y accéder, il est manifeste qu'aucun des problèmes qui les affrontent ne pourra être résolu s'ils ne disposent pas de services de santé dotés de personnel qualifié et si les gouvernements ne sont pas incités à vouer une attention toujours plus soutenue à la question de l'enseignement et de la formation professionnelle. Les services des spécialistes étrangers sont certes extrêmement utiles mais ne peuvent constituer qu'une solution provisoire, et seule la formation de personnel national permettra de

résoudre définitivement le problème. Bien entendu, la formation d'un médecin, d'une infirmière, d'un ingénieur sanitaire, etc. est une opération à long terme et les gouvernements préfèrent généralement former du personnel auxiliaire dont les activités sont très utiles, à condition cependant qu'elles s'exercent sous le contrôle d'un personnel qualifié. Actuellement, aucun pays ne peut dépendre entièrement de personnel étranger, il faut former des nationaux et, au cours des années à venir, il faudra attacher une importance sans cesse croissante à ce problème. Le fait d'envoyer des jeunes faire leurs études dans un milieu qui leur est totalement étranger peut avoir des conséquences sérieuses, surtout si l'on songe qu'ils quittent leur pays à un âge où l'adaptation se fait facilement et qu'après six ou sept années d'absence, ils risquent de s'y sentir étrangers. Le Directeur général croit que c'est un point d'une extrême importance que l'on ne peut perdre de vue en étudiant le problème de la formation professionnelle. Il est manifeste que la création d'établissements d'enseignement nationaux constitue la solution idéale et qu'il faut trouver les moyens d'y parvenir. Si cette question préoccupe la Région du Pacifique occidental, elle se pose avec encore plus d'acuité dans d'autres parties du monde. Les problèmes qu'affrontent à cet égard les pays nouvellement indépendants d'Afrique constituent un réel défi pour l'OMS.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé a parlé de l'importance que constitue la lutte contre les maladies transmissibles. C'est là un des problèmes les plus graves que la Région affronte en ce moment. Si la création d'un service spécialisé chargé de combattre ces maladies se justifie de prime abord, ce n'est là qu'une solution temporaire car seule l'amélioration des services généraux de santé d'un pays peut résoudre le problème de façon

définitive. A l'issue de la phase d'attaque, la lutte contre les maladies transmissibles ne pourra être poursuivie que par un service de santé permanent qui, à son tour, présuppose l'existence d'un personnel dûment formé.

En terminant, le Dr Candau déclare que, dans le domaine de la santé, il est possible d'établir une collaboration fructueuse entre tous les pays du monde. Il estime que l'OMS a apporté la preuve que les pays peuvent collaborer, quelles que soient leurs idées politiques, leur religion et leur culture. Le Directeur général a la ferme conviction qu'une meilleure santé est une condition essentielle à la paix du monde.

3. EXAMEN DE PROJETS DE RESOLUTIONS (suite de la deuxième séance, chapitres 1 et 3)

Le Comité examine les projets de résolutions suivants, présentés par le Dr LEWIS (Nouvelle-Zélande), rapporteur de langue anglaise.

3.1 WP/RC13/WP/1 - Rapport annuel du Directeur régional

3.2 WP/RC13/WP/2 - Enseignement et formation professionnelle

Décision : Les deux résolutions sont adoptées à l'unanimité (voir résolutions WP/RC13.R1 et WP/RC13.R2).

4. PREPARATIONS DES MISSIONS DE CONSULTANTS A COURT TERME : point 12 de l'ordre du jour (document WP/RC13/4)

Sur invitation du Président, le SECRETAIRE déclare que, depuis un certain temps déjà, l'on estimait que les gouvernements pourraient tirer meilleur parti des services des consultants à court terme si une préparation plus détaillée précédait leurs visites. Le document dont le Comité a été saisi contient des propositions précises à cet égard.



Le Dr TRUONG (Viet-Nam) déclare que son pays a bénéficié à plusieurs reprises des services de tels consultants qui ont accompli un travail des plus satisfaisants. Selon lui, ces consultants ne se sont guère heurtés à des difficultés au cours de leur mission et ils ont toujours reçu le soutien nécessaire. Il se demande si ce point de l'ordre du jour est une question purement régionale. Chaque fois qu'un consultant se rend dans un pays donné, ses services ont été requis par le Gouvernement en vue d'une mission précise et les accords ou plans d'opérations en vigueur stipulent l'étendue de ses fonctions. Il va de soi que, pour tirer meilleur parti de ces missions, le consultant doit disposer d'avance de tous les documents et rapports nécessaires. Se référant au sous-paragraphe 2 du document, le Dr Truong voudrait savoir s'il incombe également au comité en cause de mettre en oeuvre les recommandations du consultant. Etant donné la brièveté du séjour de ces experts dans les pays intéressés, cette mise en oeuvre doit-elle précéder ou suivre la présentation du rapport d'affectation ?

Le Dr DeLIEN (Etats-Unis d'Amérique) suggère qu'il serait peut-être préférable de laisser à chaque pays le soin de déterminer la nature de ses relations avec le consultant plutôt que de les régler au moyen d'une recommandation émanant d'un comité créé spécialement à cet effet.

Selon le SECRETAIRE, les services de consultants sont utilisés au mieux dans certains pays tandis que dans d'autres, cela n'est pas nécessairement le cas. Cette proposition a pour but de rappeler aux gouvernements que les consultants à court terme sont généralement des gens très occupés et que l'on ne peut faire appel à leurs services que pendant une très brève période. Par conséquent, si toutes les dispositions qui s'imposent sont prises avant leur arrivée, ils peuvent se mettre au travail sans tarder.

Les recommandations formulées par les consultants ne doivent nullement être mises à exécution immédiatement. Elles peuvent cependant faire l'objet de discussions au sein du comité national qui appréciera si elles correspondent à la réalité, si elles sont réalisables et si certaines difficultés n'ont pas échappé au consultant.

Le Dr THIEME (Samoa occidentale) estime que cette proposition n'introduit qu'une seule innovation à la procédure jusqu'ici en vigueur, à savoir la création d'un comité chargé d'assurer la continuité du travail de l'expert. Une mesure similaire a déjà officieusement été prise au Samoa occidental. La création d'un comité ne présente pas de difficultés et son Gouvernement se rallie à la proposition formulée dans le document.

Le Dr GURD (Royaume-Uni) estime que le schéma précisé dans ce document est très utile. Les mesures prises dans son pays pour préparer de telles missions ont parfois laissé à désirer. Il pense que les dispositions proposées pourraient être utiles aussi bien à l'Organisation qu'au gouvernement intéressé.

Le Dr TRUONG demande si de tels comités ont été établis dans d'autres régions.

Le SECRETAIRE rappelle que l'Organisation a récemment envoyé un consultant à court terme en Corée pour y procéder à une enquête et à la mise au point d'un programme sanitaire. Six mois avant la venue du consultant, le Gouvernement a créé un comité qu'il a chargé d'une enquête préalable. A son arrivée, le consultant a trouvé une foule de renseignements utiles, ce qui a considérablement facilité l'accomplissement de sa mission. De plus, avant

de quitter le pays, le consultant a discuté avec ce comité le rapport et les recommandations dont quelques-unes ont été appliquées peu après son départ. Ce cas particulier a amené le Bureau régional à formuler la proposition soumise au Comité et qui, à son avis, ne peut qu'accroître l'efficacité des missions des consultants.

Le Dr TRUONG déclare qu'il ne s'oppose pas à la recommandation formulée dans le document. Il reconnaît que le consultant doit disposer, dès avant son arrivée dans le pays d'affectation, de tous les renseignements utiles. Il voudrait savoir uniquement si des pays d'autres régions ont procédé à la création de tels comités. Le Gouvernement du Viet-Nam a établi un organisme officieux qui se réunit de temps à autre, mais il ne s'agit pas d'un comité officiel.

Le SECRETAIRE ignore si de telles dispositions ont été prises dans d'autres régions mais, à son avis, la Région du Pacifique occidental pourrait envisager un tel système.

Il ajoute que les propositions émanant du Secrétariat ne revêtent nullement un caractère obligatoire et qu'elles n'ont été formulées que pour constituer une base de discussion. Le comité en cause ne doit pas être nécessairement de nature officielle ou permanente. Sa création est simplement suggérée pour faciliter la tâche du consultant et constituerait en quelque sorte un organisme au sein duquel on pourrait discuter si les recommandations du consultant sont à la fois réalistes et réalisables.

Le Dr DeLIEN estime qu'il n'est pas possible d'imposer à un pays les mesures qu'il doit prendre dans ce cas. Il n'est pas sûr qu'un tel comité convienne à chaque pays. Un autre organisme, tel un département ou un groupe

épidémiologique dépendant du Ministère de la Santé pourrait fournir au consultant les renseignements nécessaires et l'aider ainsi à accomplir sa tâche. Il ne nie pas la valeur d'un tel comité, mais il ne croit pas que ce soit là un principe universellement applicable. Il peut paraître présomptueux de dire aux pays comment ils doivent procéder à ces préparatifs, mais on pourrait leur suggérer de fournir toute l'assistance qui s'impose.

Le Dr HAN déclare que son Gouvernement a eu la visite de plusieurs consultants à court terme. Mais le meilleur parti a été tiré de la visite du consultant en administration de la santé publique auquel le Secrétaire vient de faire allusion. Les préparatifs nécessaires peuvent revêtir différentes formes, que ce soit la création d'un comité ou la désignation de plusieurs homologues. Il croit cependant que les services d'un consultant, dont la mission ne s'étend que sur quelques mois, pourraient être mieux utilisés si les mesures proposées dans le projet de résolution indiqué dans le document WP/R13/4 étaient suivies. Par conséquent, la délégation coréenne propose d'adopter la résolution en cause.

Le Médecin-Colonel CAILLARD (France) déclare que son Gouvernement reconnaît pleinement que tous les renseignements nécessaires doivent être fournis au consultant pour lui faciliter sa mission. Néanmoins, dans des territoires peu peuplés, comme celui d'où il vient, la création d'un comité peut se heurter à quelque difficulté, car les autorités ne disposent parfois que d'un seul spécialiste dans un domaine donné. Il se demande donc si un autre mot ne pourrait être substitué à "comité" et s'il n'y aurait pas lieu de modifier la rédaction de cette partie de la résolution afin d'en élargir la portée.

Le Dr MACKENZIE (Royaume-Uni) suggère d'utiliser le terme "organisme" ou "dispositif", soit de modifier la rédaction de la résolution, tout en ne perdant pas de vue que chaque fois qu'un consultant est nommé pour accomplir une tâche précise, l'Organisation et le gouvernement intéressé procèdent toujours à la signature d'un échange de lettre.

Le SECRETAIRE demande si le Comité accepterait de substituer aux mots "l'utilité de créer un comité" les mots "l'utilité de prendre à l'avance des dispositions appropriées".

Le Dr DeLIEN propose que ce passage de la résolution soit modifié comme suit : "créer un organisme approprié chargé d'assister le consultant en visite". Le représentant des Etats-Unis a connaissance de cas où la personne chargée d'assister le consultant ne faisait pas partie d'un comité, mais disposait néanmoins d'un personnel compétent pour accomplir ce travail. Dans ce cas particulier, un comité serait inutile.

Le PRESIDENT demande au Directeur général s'il n'a pas de suggestion à présenter.

Le DIRECTEUR GENERAL comprend fort bien que dans certains pays, l'obligation de créer un comité peut être difficile à remplir, car souvent une seule personne se trouve impliquée. Il estime que la proposition du Dr DeLien suggérant que les dispositions appropriées soient prises pourrait convenir. Ce qui importe réellement n'est pas le comité, mais l'homologue chargé de collaborer avec le consultant et de mettre en oeuvre ses recommandations. Il suggère qu'un groupe de travail pourrait aider les rapporteurs à rédiger un nouveau projet de résolution à discuter ultérieurement.

Le **PRESIDENT** se réfère à la page 1 du document WP/RC13/4 où il est dit que "Le Gouvernement créera un comité - dont le secrétariat sera assuré par ledit homologue - chargé d'aider le consultant dans sa tâche et d'assurer la mise en oeuvre de ses recommandations". En d'autres termes, si un gouvernement décide de créer un comité composé de deux personnes, le secrétaire serait appelé à collaborer avec le consultant.

Le Dr **TRUONG** attire l'attention sur le paragraphe 1.(b) de la résolution rédigé comme suit : "l'utilité de créer un comité, dont l'homologue assurera le secrétariat, chargé d'aider le consultant dans sa tâche" et suggère qu'un homologue soit commis pour fournir au consultant tous les renseignements nécessaires et lui assurer l'éventuelle collaboration d'autres personnes.

Le **SECRETARE** propose d'étudier l'insertion des propositions faites par le Dr DeLien et le Dr **Truong** et d'adopter un texte rédigé comme suit : "APPELLE l'attention des gouvernements sur l'utilité de créer un dispositif approprié et de commettre un homologue chargé d'aider le consultant."

Le Dr **DeLIEN** estime que le mot "commettre" a un sens quelque peu impératif et propose de le remplacer par le terme "désigner".

Le **PRESIDENT** demande aux rapporteurs de réviser le texte du projet de résolution et de l'harmoniser avec les discussions afin que le Comité puisse reprendre la question. (Pour l'adoption de la résolution, voir chapitre 8 ci-dessous.)

Le Dr **MackENZIE** (Royaume-Uni), Vice-Président, assume alors la présidence.

5. MESURES IMPOSEES PAR LE CHOLERA EL TOR : point 13 de l'ordre du jour  
(documents WP/RC13/7 et Add.1)

Le SECRETAIRE, invité à présenter le sujet, déclare que cette question a été inscrite à l'ordre du jour sur proposition du Gouvernement des Philippines. Les membres du Comité ont été saisis du document sur la physio-pathologie du choléra, préparé par le Capitaine Phillips, Commandant de la Deuxième Unité de Recherche médicale de la Marine des Etats-Unis d'Amérique (NAMRU-2) à Taïwan. Il suggère que le Capitaine Phillips présente ce document et fasse un bref exposé sur le travail qu'accomplit aux Philippines la Deuxième Unité de recherche médicale de la Marine des Etats-Unis d'Amérique (NAMRU-2), en collaboration avec le Département de la Santé.

Il appelle également l'attention du Comité sur le document WP/RC13/7 Add.1 qui concerne les arrangements pris en vertu de l'Article 104 du Règlement sanitaire international.

Le Capitaine PHILLIPS (Etats-Unis d'Amérique) tient en premier lieu à remercier ceux qui l'ont aidé dans ses travaux. Il s'agit d'une oeuvre commune et lui-même ne fait que présenter les résultats des études que les représentants de la Marine, les gouvernements eux-mêmes, leurs collègues - techniciens et personnel infirmier - ont exécutées au cours des dernières années en Egypte, au Pakistan, en Thaïlande, à Taïwan et aux Philippines. Malgré les travaux faits par Schmidt lors de l'épidémie de Hambourg en 1850, époque à laquelle ce chercheur avait signalé la très faible teneur en protéines des selles de cholériques et affirmé que le transsudat n'intervenait pas, en dépit également des études effectuées par le Dr Goodpasture à l'Hôpital San Lazaro lors de l'épidémie de 1923, au cours de laquelle ce médecin avait pratiqué l'autopsie de plusieurs malades quelques minutes après la mort et

remarqué qu'il n'y avait pas d'affaissement du tractus intestinal, on croyait encore d'une façon générale, jusqu'à ces dernières années, que le choléra était bien une maladie dans laquelle le vibrion attaquait la muqueuse intestinale, provoquant la mort et l'affaissement des cellules de la muqueuse. Cette théorie ne semble plus constituer la base de l'étiologie de la diarrhée du choléra. Des recherches sur la teneur en protéines des selles de cholériques ont encore été faites lors de l'épidémie égyptienne de 1947 et l'on a alors trouvé une concentration moyenne d'environ 0,1 g pour cent. Puisqu'un transsudat contient environ 1-1/2 à 2 pour cent de protéines, il ne pouvait s'agir d'un transsudat et l'on a recherché une autre explication au processus pathologique. Le Dr Gangarosa du Walter Reed Hospital a repris l'étude de la théorie classique du transsudat en collaboration avec le personnel de NAMRU à Bangkok (1959). En prélevant des fragments de muqueuse intestinale à l'aide d'une capsule passée dans l'intestin, il n'a pu, dans aucun cas, observer une perte quelconque d'intégrité de la muqueuse. Le coup de grâce à la théorie classique a été donné la même année par le Dr Gordon. En utilisant du polyvinylpyrrolidone (PVP), produit qui n'est pas attaqué par les microbes intestinaux, et en le marquant à l'iode 131, il a trouvé que la teneur en PVP des selles de cholériques par unité de temps n'était pas plus forte que celle des individus normaux (après injection par voie intraveineuse). Ainsi se trouvait infirmée la théorie selon laquelle ce serait la muqueuse lésée qui laisserait échapper les protéines sous forme de transsudat.

Le Capitaine Phillips ajoute que les chercheurs se sont intéressés aux travaux de Visscher (1944) qui, au moyen d'isotopes, a déterminé sur des chiens normaux le mouvement de grandes quantités de solutions d'électrolytes du plasma vers la lumière intestinale et de la lumière intestinale



vers le plasma. Si ces études étaient extrapolées à l'homme, il s'ensuirait que chez un homme de 50 kg, 20 à 80 litres de liquide au total passeraient, en vingt-quatre heures, du plasma dans l'intestin et vice-versa, en sorte que le bilan du flux liquidien serait nul. Visscher a également montré - et ce résultat a été corroboré par d'autres chercheurs - que ce mouvement liquidien de l'intestin vers le plasma est provoqué par un transport actif de l'ion sodium, lequel est "pompe" dans le plasma alors qu'il transporte avec lui de l'eau destinée à maintenir le liquide à l'état neutre ou isotonique, ainsi que des ions chlorure et bicarbonate. En 1959, les chercheurs travaillant à Bangkok ont entrepris de vérifier si tel était bien le processus pathologique à incriminer et ils ont constaté avec une constance remarquable qu'il existait un inhibiteur de la pompe sodique dans les selles de cholériques. De l'avis du Capitaine Phillips, il ressort de ces derniers travaux, comme de tous les travaux antérieurs, qu'il s'agit essentiellement d'une inhibition du transport actif de l'ion sodium, à la suite de laquelle le liquide normalement déversé dans l'intestin n'est pas réabsorbé.

Il est intéressant de noter que le choléra semble se limiter lui-même en l'espace d'environ 3 à 5 jours, durée qui correspond exactement au rythme de renouvellement des cellules de la muqueuse. On se trouverait donc, semble-t-il, en présence d'une cellule intoxiquée en ce qui concerne l'activité sodique, si bien que la maladie disparaît lorsque les nouvelles cellules se sont formées.

La question de savoir pourquoi un taux d'attaque peut être faible ou, en d'autres termes, pourquoi une personne sur deux mille, une sur cinquante mille ou seulement une sur deux cents est frappée par la maladie reste mystérieuse. D'après les recherches du Dr Gangarosa, il semblerait, à en

juger par l'aspect de la muqueuse intestinale, que les malades aient été atteints de quelque déficience alimentaire. Toutefois, d'autres individus qui présentaient une déficience analogue n'ont, semble-t-il, pas été atteints par la maladie.

Deux ou trois facteurs paraissent entrer en jeu mais on a du moins un certain nombre de données physiologiques sur le processus morbide et l'on peut donc espérer réunir d'autres renseignements qui faciliteront le traitement et peut-être la prévention de cette maladie. A la demande du Secrétaire d'Etat à la Santé des Philippines, le groupe de chercheurs est arrivé à la fin du mois de juin dernier et a décidé d'observer de quelle manière les cellules intestinales se comporteraient en présence d'ions divers. Ils ont étudié des malades au pavillon B de l'Hôpital San Lazaro au moyen des techniques suivantes : cathétérisme rectal et urétral, détermination quantitative des selles et des urines prélevées toutes les heures et analyses de sang artériel toutes les deux heures.

Les malades ont été maintenus en état d'équilibre par une perfusion intraveineuse d'ions sodium, potassium, chlorure et bicarbonate, après quoi, en général quatre heures plus tard ou une fois écoulé le délai nécessaire pour que le malade parvienne à l'état d'équilibre, on arrêtait la perfusion intraveineuse et la même solution ou des solutions différentes lui étaient administrées par voie orale. Très rapidement, les chercheurs ont constaté que dans ces conditions le malade était incapable d'incorporer l'ion sodium : celui-ci était évacué immédiatement, entraînant le chlorure et l'eau. En revanche, le patient pouvait absorber les ions potassium et bicarbonate et ceci en quantité importante et suffisante en sorte qu'il n'épuisait plus ses propres réserves organiques d'ions potassium et bicarbonate. De fait,

il s'est même avéré que l'on pouvait traiter l'acidose du malade avec ce cocktail anti-cholérique. Cette découverte était assez importante du point de vue thérapeutique puisque, on le sait, le traitement exigeait trois solutions intraveineuses : chlorure de sodium, chlorure de potassium et bicarbonate de sodium. Le bicarbonate de sodium mis en solution doit être réfrigéré, sinon il se transforme en carbonate de sodium dont l'administration par voie intraveineuse serait catastrophique. Or, les moyens de réfrigération disponibles sous les tropiques sont insuffisants pour des liquides destinés à l'administration intraveineuse et, si l'on pouvait administrer par voie buccale le potassium et le bicarbonate de sodium, une seule solution intraveineuse - au lieu de trois - deviendrait nécessaire et le traitement serait considérablement simplifié.

Pour les recherches dont il vient d'être question, une vingtaine de chercheurs de NAMRU travaillaient. Il en était bien autrement lorsqu'un seul médecin devait s'occuper de vingt malades. Actuellement, on cherche à vérifier si la méthode précitée peut être appliquée lors d'une épidémie. Deux autres points intéressants ont été mis en lumière par ces recherches. Les selles de différents cholériques ont une composition électrolytique étonnamment uniforme, dans laquelle l'ion sodium représente environ 150, le chlorure environ 100, le potassium environ 10 et le bicarbonate environ 50. C'est là une des raisons pour lesquelles on peut aisément appliquer à ces malades un traitement quelque peu empirique. Quelle que soit la dose administrée oralement, le sujet finit par éliminer à peu près la même quantité par voie rectale. Autrement dit, si les malades pouvaient boire de l'eau, l'organisme y ajouterait, au passage à travers le tractus intestinal, du chlorure de sodium et des ions potassium et bicarbonate à la

même concentration que s'ils n'avaient pas absorbé d'eau ou si on leur avait administré une solution de même composition que celle de leurs selles. Cette constatation est de la plus haute importance car si l'on autorisait un cholérique à boire autant d'eau qu'il le désire, ses réserves de sodium, de chlorure, de bicarbonate et de potassium seraient épuisées à très bref délai et, à en juger d'après certains travaux, l'ingestion de 400 à 500 centimètres cubes d'eau par heure provoquerait la mort en huit heures.

Le choléra est une des maladies dont les conséquences économiques se sont déjà et peuvent encore se révéler désastreuses. Si chaque malade qui contracte cette maladie pouvait être admis dans un hôpital ou un centre de traitement doté de médecins compétents, d'un personnel infirmier suffisant et des solutions salines nécessaires, etc., dans les trois heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes, il n'y aurait pas d'issue fatale dans les cas dépourvus de complication. Bien entendu, cette remarque ne s'applique pas aux diabétiques ou aux sujets dont le coeur ou les reins sont déficients. L'éventualité d'une issue fatale est la principale, ou même l'unique, cause de la crainte du choléra. Dès le moment où des facilités de traitement seraient offertes au malade, il n'est pas douteux que l'anxiété engendrée par cette maladie et les mesures quarantennaires dont elles s'accompagnent disparaîtraient. Le Capitaine Phillips estime que l'OMS devra tôt ou tard reconsidérer la question des dispositions concernant la quarantaine. Il insiste pour que l'on entreprenne de nouvelles recherches sur le choléra dont l'épidémiologie et le mode de transmission géographique sont pour ainsi dire inconnus. Si l'on en juge d'après certaines données sur les pertes financières dues au choléra, données empruntées à un compte rendu publié dans un journal de Taïwan, une épidémie qui se prolonge pendant cinq à six mois coûte, en manque-à-gagner sur les exportations, près de 200 millions

de dollars par an. En multipliant ce chiffre par celui des pays atteints, on obtient une somme qui dépasse de beaucoup celle des recherches à effectuer.

Le VICE-PRESIDENT remercie le Capitaine Phillips de son intéressant exposé relatif au choléra et indique que le document peut désormais être débattu.

Le Dr CHRISTIANSEN (Royaume-Uni) félicite le Capitaine Phillips pour sa communication si bien documentée. Deux jours auparavant, il a lui-même soulevé certaines questions qui pourraient être discutées à propos de ce point de l'ordre du jour. Le Gouvernement du Royaume-Uni s'est intéressé à l'évolution de ce problème car le choléra El Tor a fait pour la première fois son apparition sur la côte orientale du Bornéo du Nord au début de cette année. Il s'attendait du reste à cette apparition, la prévoyant dès lors que les pays voisins étaient aux prises avec la maladie et sa propagation. Il s'est beaucoup préoccupé des mesures à prendre et a entrepris très rapidement une action préventive et curative. En un délai extrêmement bref, en mettant sur pied des équipes prophylactiques et préventives, des campagnes d'innoculation ont été exécutées sur les littoraux oriental et occidental, puis dans l'intérieur du pays et 75% des habitants ont été ainsi protégés. Le Dr Christiansen remercie à cette occasion les gouvernements des pays voisins, Hong Kong et Sarawak, et notamment les directeurs des services médicaux de ces pays, ainsi que le Gouvernement australien qui a envoyé par avion des quantités supplémentaires de vaccins. La question du choléra mérite de retenir l'attention des chercheurs, en raison de sa complexité qui déroute la plupart des spécialistes. Sans doute, il y a eu bien des découvertes, notamment sur la théorie de l'inhibition de la pompe

sodique. Il reste cependant beaucoup à explorer et le Dr Christiansen rappelle six sujets de recherche dont il a déjà été question lors d'une réunion antérieure et qui pourraient être inclus dans les travaux actuels.

Ces sujets sont les suivants :

1) A-t-on découvert un sérum de diagnostic utilisable à des fins préventives et, dans la négative, peut-on prévoir quand il sera possible de mettre au point un tel produit ? Il serait plus facile et moins long d'administrer un sérum de diagnostic par voie de test cutané, comme dans l'épreuve tuberculinique, et l'on éviterait ainsi les inconvénients du prélèvement rectal et le temps perdu avant l'identification des organismes au laboratoire.

2) Progresse-t-on vers la production d'un vaccin spécifique ? La mise au point et la distribution d'un tel produit constitueraient un avantage indéniable pour la médecine et la santé publique.

3) Il n'existe jusqu'ici aucune norme uniforme et faisant autorité sur la période de quarantaine applicable au choléra El Tor. Il y aurait certainement intérêt à établir une norme à ce sujet.

4) Les rapports dont le Comité a été saisi montrent que les groupes socio-économiques de niveau inférieur sont les plus exposés à cette infection. En outre, le problème de l'apport en protéines et en vitamines A et C paraît lié à celui du choléra, d'où la nécessité d'améliorer à la fois le niveau de nutrition et le niveau d'instruction. Selon le Dr Christiansen, on pourrait étudier la possibilité d'employer la vitamine B<sub>1</sub> en plus de l'alimentation équilibrée en protéines et en vitamines A et C. En effet, la vitamine B<sub>1</sub> augmente d'une façon générale le tonus tissulaire et il est probable que l'ingestion de vitamine B<sub>1</sub> sous une forme naturelle soit insuffisante dans le régime alimentaire des groupes socio-économiques défavorisés.

Il semblerait que la vitamine B<sub>1</sub>, en augmentant le tonus des tissus organiques, puisse jouer un rôle très actif en empêchant l'infection de se déclarer dans l'intestin. Il convient donc d'entreprendre des recherches sur ce point. D'aucuns pourront sans doute affirmer qu'une ingestion suffisante de vitamine B<sub>1</sub> risque de prédisposer à l'état de porteur.

5) On sait que, dans certaines infections, la vésicule biliaire et l'appendice ont servi, chez les porteurs, de nids infectieux. On sait également que l'appendice héberge Entamoeba histolytica et Bacillus typhus chez les porteurs de choléra. Pour étudier cette question, il faudrait s'assurer la collaboration de chirurgiens, pour qu'ils remettent l'appendice de leurs opérés à l'équipe de recherche.

6) Il ne semble pas exister de nomenclature bien définie pour le vibrion du choléra El Tor. On lui applique divers termes comme "vibrio cholera asiatica", "vibrio comma El Tor" et "enteritis choleraformis El Tor". Il serait utile d'envisager et de recommander à quelque autorité supérieure, dont on prévoit déjà la réunion, l'adoption d'une nomenclature applicable d'une part au vibrion du choléra asiatique et, d'autre part, au vibrion du choléra El Tor, ce qui permettrait de simplifier la terminologie.

Le Dr CHANG (Chine) fait un bref exposé sur la récente épidémie de choléra qui a sévi à Taiwan. Le premier cas est apparu le 17 juillet dans la partie médiane de la côte occidentale de l'île et le dernier cas a été confirmé le 4 septembre. On a signalé au total 383 cas, dont 24 mortels. Le 19 septembre, la région a été déclarée indemne d'infection cholérique. Pendant l'épidémie, des mesures préventives et thérapeutiques ont été prises et l'on a appliqué le traitement suggéré par le Capitaine Phillips. Le Dr Chang remercie l'OMS, le FISE, NAMRU-2 et les gouvernements du Japon et

des Philippines pour l'aide qu'ils ont apportée à son pays. Il pense que l'épidémie est actuellement terminée et la plupart des données recueillies sont en voie de compilation, de mise en tableaux et d'analyse. Un des problèmes les plus délicats reste celui des porteurs. Il a revêtu la plus grande acuité au cours des quarante premiers jours, période pendant laquelle on a examiné quelque quinze mille personnes, pour la plupart des contacts, parmi lesquels on a trouvé 290 porteurs, soit un pourcentage de 1,49.

Le VICE-PRESIDENT demande si ces porteurs étaient véritablement des contacts ou s'il s'agissait d'individus prélevés au hasard dans un échantillon général de la population.

Le Dr CHANG répond que les chiffres cités concernent les examens pratiqués jusqu'à la fin du mois d'août et qu'il s'agit essentiellement de contacts de cholériques. Chaque fois qu'un cas était dépisté, on examinait tous les membres de la famille.

Le Dr CRUZ (Philippines) indique qu'aux Philippines il n'y a pas eu de difficultés à traiter les cas de choléra apparus dans le pays, là où l'on disposait d'installations hospitalières. Par contre, les cas rencontrés dans les zones rurales, qui englobent environ 80% des habitants, ont présenté certains problèmes. Ceux-ci ont été résolus grâce aux directives formulées par l'actuel Secrétaire d'Etat à la Santé, selon lesquelles des solutions salines sont mises à la disposition du personnel des unités de santé rurale (médecins, infirmières de la santé publique, sages-femmes et inspecteurs sanitaires) en vue de leur administration immédiate aux malades que l'on transporte vers le centre de réhydratation ou à l'hôpital le plus proche. On a pu ainsi sauver des vies humaines et abaisser le taux de létalité. Les



centres de réhydratation, institués par les directeurs régionaux de la santé et les agents de la santé publique dans les zones éloignées des hôpitaux provinciaux ont servi de lieu de triage en même temps que les malades y étaient mieux traités et soignés. Revenant sur la question posée par le Président et tendant à savoir si les porteurs isolés en Chine étaient des contacts de cas avérés, le Dr Cruz indique que, selon Somiatno d'Indonésie, 4% environ des habitants étaient des cas positifs que l'on appelait "porteurs accidentels" (casual carriers). Il s'agissait là d'une terminologie nouvelle indiquant que les porteurs se trouvaient non seulement parmi les contacts effectifs, mais également parmi la population générale. Aux Philippines, le centre de renseignements épidémiologiques a trouvé que le taux des "porteurs accidentels" pouvait atteindre 11%.

Le Dr ROZALLA (Royaume-Uni) indique qu'au Sarawak, le choléra a fait son apparition le 12 juillet 1961 et que le territoire a été déclaré indemne de l'infection le 19 octobre. On y a enregistré environ 301 cas, dont 70 mortels, notamment dans les régions rurales. En dépit de la disparition de l'infection, le Sarawak a continué d'exercer un contrôle serré sur les immigrants et les voyageurs. Depuis le mois d'octobre, il n'a pas été procédé à des vaccinations massives de la population. Dans les environs, facilement accessibles, de la capitale de Kuching vivent à peu près dix à quinze mille habitants qui n'ont pas subi de vaccinations depuis près d'une année et comme ils se trouvent dans une région anciennement infectée, cela permettrait d'effectuer des travaux de recherche sur les porteurs et leur répartition au sein de la population. Malheureusement, le Sarawak n'est pas équipé pour entreprendre de tels travaux. Le Dr Rozalla estime que les représentants au Comité régional, l'Organisation

et éventuellement le Capitaine Phillips seraient heureux d'apprendre que des recherches intéressantes pourraient être effectuées à Sarawak qui ne disposait malheureusement pas des moyens nécessaires pour les entreprendre lui-même.

Le Dr TRUONG déclare qu'il a suivi la discussion avec un très vif intérêt et remercie les représentants qui y ont pris part, car il s'agit de problèmes qui intéressent tous les pays de la Région du Pacifique occidental. A son avis, l'OMS devrait prendre toutes les mesures qui s'imposent pour recueillir toutes les études entreprises dans les divers pays et envoyer à tous les gouvernements les données ainsi rassemblées pour que les autorités des différents Etats Membres soient tenues au courant de toute évolution de l'épidémie. Il demande également que la discussion fasse l'objet d'un procès-verbal détaillé qui puisse être étudié avec toute l'attention voulue.

Le VICE-PRESIDENT déclare qu'il sera tenu compte des observations du Dr Truong.

Le Dr JAYESURIA (Malaisie) précise que le Gouvernement de la Malaisie serait très heureux de se voir communiquer tous renseignements supplémentaires sur les progrès réalisés en matière de recherche sur le choléra El Tor. Heureusement, son pays a jusqu'ici été épargné par cette infection, mais son Gouvernement n'a pas manqué de préciser au personnel sanitaire l'importance d'une vigilance constante et de la déclaration de tout cas d'affection gastro-intestinale susceptible de constituer le début d'une épidémie de choléra El Tor. Le représentant de la Malaisie demande que tous les renseignements actuels et ceux qui deviendraient disponibles dans

un proche avenir soient communiqués dès que possible par l'entremise du Bureau régional de l'OMS.

Le Dr MARTINS (Portugal) déclare qu'il y a eu, l'année dernière, deux cas de choléra à Macao. Cette année, il a été possible de vacciner 99% de la population et aucun cas ne s'est déclaré. La question des porteurs est très importante et de nombreux individus appartenant aux couches moins favorisées de la population ont été examinés et jusqu'à maintenant, aucun porteur n'a été décelé à Macao.

Le VICE-PRESIDENT résume brièvement la situation à Hong Kong. Le dernier cas bactériologiquement confirmé a été enregistré le 8 novembre 1961, à la fin de l'épidémie de l'année dernière et des analyses régulières des matières d'égouts, des approvisionnements en eau et d'autres sources possibles d'infection se sont poursuivies depuis lors. La première culture positive de vibron a été pratiquée sur le premier cas décelé le 23 août et, depuis, un ou deux autres cas ont été trouvés à environ une semaine d'intervalle. Jusqu'à hier, neuf cas ont été décelés, dont huit bactériologiquement confirmés. Quant au neuvième, il s'agissait d'un cas typiquement clinique en dépit du fait que la culture demeurait négative. Une campagne de vaccination massive a été effectuée en mars et avril de cette année et n'a permis de couvrir qu'environ 53% de la population, tout en permettant d'atteindre entre 80 et 90%, voire davantage, des habitants considérés comme étant les plus exposés, à savoir ceux vivant sur des jonques et ceux des Nouveaux Territoires. Les analyses des matières d'égouts se sont poursuivies pendant toute cette période et la première culture positive a pu être effectuée dans un réservoir de matières d'égouts à Kowloon, il y a environ dix jours. Il a ensuite été

décidé de prélever des échantillons de matières d'égouts de tous les réservoirs de la région urbaine de Kowloon et de l'île de Hong Kong et, au cours des deux jours suivants, il a été possible de trouver cinq districts infectés à Kowloon et, au moment du départ du Dr MacKenzie, neuf autres districts étaient infectés, ainsi que la grande partie de la zone portuaire de Hong Kong. En dépit de la concentration massive du vibrion, le nombre des cas ne s'est pas accru dans les proportions que l'on aurait pu prévoir. En effet, il a été possible de déceler une culture non agglutinable de vibrion chez un malade atteint de gastro-entérite et, de temps à autre, de trouver un vibrion non agglutinable dans les matières d'égouts.

Le Capitaine PHILLIPS se réfère au traitement des malades dans les régions éloignées et souligne qu'un cholérique qui doit voyager douze heures pour se rendre à un centre de traitement est tout aussi condamné que l'individu atteint d'appendicite aiguë. En ce qui concerne l'évaluation du vaccin, le Capitaine Phillips constate que s'il existe un centre de traitement disposant des solutions salines nécessaires et doté de médecins et d'infirmières, tous les habitants vivant dans un périmètre leur permettant d'atteindre le centre en trois heures peuvent être considérés comme sujets expérimentaux car ils pourront tous bénéficier d'un traitement approprié, sans que cela pose de problèmes d'ordre déontologique ou moral. Cela permettrait en effet d'administrer du vaccin anticholérique à 50% des individus et du vaccin anti-typhoïdique à l'autre moitié pour procéder ainsi à une évaluation appropriée du vaccin. Le Capitaine Phillips est toutefois conscient du fait que cette méthode présenterait certaines difficultés. En présence d'un taux d'attaque de un sur deux mille, il convient d'examiner environ 200 000 individus pour déceler 100 cas. En ce qui concerne la terminologie, le malade est incapable

de discerner le vibrion El Tor du vibrion choléra asiatique. Selon le Capitaine Phillips, on a jusqu'à maintenant considéré le choléra El Tor comme une maladie plus bénigne que le choléra classique et il précise que cela n'est pas le cas. Tout individu pesant 50 kg avec un vibrion El Tor dans son tractus intestinal et émettant 80 litres de selles est atteint d'une maladie fort grave. Enfin, en matière de diagnostic, le Capitaine Phillips estime que tout individu qui émet plus de 3 litres de selles en vingt-quatre heures est atteint de choléra.

Le VICE-PRESIDENT déclare que, sur le nombre des cas qu'il a indiqués antérieurement, on a enregistré un décès mais que l'individu en question a été hospitalisé comme moribond et qu'il est décédé avant le début de tout traitement. En ce qui concerne les porteurs, tous les contacts ont été isolés et quatre contacts-porteurs ont été découverts, tous apparentés au premier cas. A son départ de Hong Kong, aucun autre contact-porteur n'avait été dépisté parmi les autres cas.

L'attention du Comité est ensuite appelée sur le document WP/RCl3/7 Add.1, Arrangements aux termes de l'Article 10<sup>4</sup> du Règlement sanitaire international.

Le VICE-PRESIDENT fait remarquer que ce document a été rédigé à la suite de la réunion qui s'est tenue à Manille pour discuter le problème du choléra El Tor et au cours de laquelle il a été recommandé d'étudier la possibilité d'aboutir à des accords inter-pays aux termes de l'Article 10<sup>4</sup> du Règlement sanitaire international. Le Bureau régional s'est déclaré disposé à aider à la préparation de tels accords, sous réserve que le Directeur général autorise cette mesure, si un pays en fait la demande. Le document soumis au

Comité fournit des précisions sur la manière de conclure de tels accords inter-pays, en précisant toutefois qu'ils ne doivent nullement être contraires aux dispositions et aux articles du Règlement sanitaire international.

En l'absence de tout commentaire, le Vice-Président invite les rapporteurs à préparer, de concert avec le Secrétariat, un projet de résolution qui sera soumis à la prochaine séance plénière du Comité. (Pour l'adoption de la résolution, voir procès-verbal de la quatrième séance, chapitre 3.)

6. RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR LE CONSEIL EXECUTIF A SES VINGT-NEUVIEME ET TRENTIEME SESSIONS ET PAR LA QUINZIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : point 14 de l'ordre du jour (document WP/RC13/5)

Le SECRETAIRE indique que le document WP/RC13/5 reproduit les résolutions d'intérêt régional adoptées par le Conseil exécutif et la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé. Une notice explicative a été ajoutée à certaines de ces résolutions. Il tient à souligner l'importance de la résolution WHA15.19, page 10, "Rapport sur l'état d'avancement du programme d'éradication du paludisme" et notamment le passage relatif à la coordination des travaux entre les activités antipaludiques et les services de santé (page 11).

Le Dr THIEME déclare que deux des résolutions d'intérêt régional adoptées par le Conseil exécutif à ses 29ème et 30ème sessions et par la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé concernent plus particulièrement le Samoa occidental, à savoir : résolution WHA15.16, "Admission de nouveaux Membres - Samoa occidental" et résolution WHA15.22, "Maintien de l'assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance". La première a déjà fait l'objet d'une discussion. Quant à la deuxième, elle constitue un important jalon dans l'aide apportée par l'OMS à son pays. Elle prévoit que l'assistance

aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance doit être accélérée dans le sens préconisé dans le rapport du Directeur général et autorise ce dernier à mettre en oeuvre un programme d'assistance aux Etats en cause. Ce programme porterait essentiellement sur l'élaboration de plans sanitaires nationaux et activités connexes de formation, le développement et l'accélération de l'enseignement et de la formation professionnelle du personnel national dans le domaine médical et l'octroi d'une assistance opérationnelle. Cette assistance doit porter notamment sur la formation de base et sur le perfectionnement du personnel médical national. La création d'un compte spécial dans le cadre du Fonds volontaire pour la promotion de la santé a été autorisée. Dans une lettre, le Directeur régional a suggéré que le Samoa occidental requière une assistance de l'Organisation pour la mise en oeuvre d'un programme à long terme dans le domaine de la formation médicale et sanitaire. Une deuxième lettre esquissait le plan d'une demande d'assistance à un programme décennal, à partir de 1964. Il est cependant apparu que ce compte spécial, bien que volontaire, était destiné avant tout à aider les pays nouvellement indépendants d'Afrique, et passait sous silence les pays de l'Asie et de l'Amérique latine. Pendant des années, le Samoa occidental a reçu une assistance de l'OMS et ses besoins sont inférieurs à ceux d'autres pays. Il est le seul pays qui tombe, dans la Région du Pacifique Occidental, sous la définition d'Etats ayant récemment accédé à l'indépendance ou qui sont sur le point d'y accéder; il serait reconnaissant si le Directeur régional voulait accorder son soutien à la demande d'assistance portant sur une période décennale. La population de son pays s'accroît rapidement et, pour faire face à ce phénomène, les services sanitaires doivent croître en proportion; ses ressources financières étant limitées, le Gouvernement se heurte à des difficultés. Cependant, un montant restreint a pu

être alloué au développement de ces services et si, aux termes de la résolution en cause, l'OMS pouvait prendre des mesures en vue d'une assistance accélérée à la formation de personnel médical et sanitaire, un montant additionnel pourrait être affecté à cet effet à l'avenir.

Le SECRETAIRE confirme qu'une demande lui a récemment été adressée par le Gouvernement du Samoa occidental. Pour l'instant, il ne peut prendre aucun engagement ferme sur cette requête qui doit être transmise au Siège de l'Organisation. Il assure néanmoins le Dr Thieme que l'appui du Bureau régional lui est acquis d'avance, dans la limite des moyens existants et des disponibilités financières.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie le représentant du Samoa occidental de sa déclaration et dit le plaisir qu'il éprouve à voir son pays représenté pour la première fois au Comité régional du Pacifique occidental. La résolution en cause énonce explicitement que l'assistance doit être accordée à tous les pays ayant récemment accédé à l'indépendance, non seulement à ceux de l'Afrique, mais aussi à ceux des Amériques ou du Pacifique occidental, pour ne citer que ceux-là. Il indique que le Fonds spécial d'assistance accélérée aux pays ayant récemment accédé à l'indépendance ou à ceux sur le point d'y accéder a effectivement été créé, mais qu'aucun versement n'y a encore été fait. De telles réunions fournissent une excellente occasion de voir les deux volets du diptyque : le désir de l'Organisation de servir et les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins.

Au nom de son Gouvernement, le Dr CHRISTIANSEN remercie le Directeur régional, ses conseillers et le FISE de l'aide apportée au programme d'éradication du paludisme dans son pays. Depuis 1955, date à laquelle le



programme de pré-éradication a été lancé, le travail de contrôle s'est constamment poursuivi sous l'égide du Bureau régional. Au début de 1961, le Gouvernement a estimé le moment venu pour lancer un programme d'éradication et il faut espérer que la phase de consolidation et d'entretien pourra être atteinte vers 1968. Le Dr Christiansen souligne qu'il est nécessaire de procéder à des enquêtes de pré-éradication avant tout programme d'éradication. Au vu des résultats de ces enquêtes, son Gouvernement entrevoit le succès du programme d'éradication, méthodiquement conçu et appliqué. Le siège du programme au Bornéo du Nord est situé à Keningau, dans les montagnes, où est stationné le personnel de l'OMS. Le siège de l'administration se trouve au bureau du Directeur des Services médicaux et sanitaires, à Jesselton. Une coordination et une collaboration des plus parfaites existent entre le personnel de l'OMS et celui du Gouvernement, comme en font preuve les conférences mensuelles avec les cadres supérieurs du paludisme qui discutent des progrès réalisés et des difficultés rencontrées. A son tour, le Gouvernement s'efforce de mettre en oeuvre tous les conseils formulés par le Bureau régional et ses conseillers travaillant sur le terrain.

Le VICE-PRESIDENT remercie le Dr Christiansen de ses observations.

En l'absence d'autres commentaires, le Vice-Président suggère que le Comité prenne note des résolutions énoncées dans le document WP/RC13/5.

7. AMENDEMENTS AU REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE REGIONAL : point 15 de l'ordre du jour (documents WP/RC13/9 et Add.1) (suite de la première séance, chapitre 11)

Le VICE-PRESIDENT indique que ce point a trait au rapport du Sous-Comité du Règlement intérieur. En sa qualité de président de ce Sous-Comité,

il fait rapport de ce qui suit : le Sous-Comité s'est réuni le vendredi 21 septembre 1962 à 14h. 30. En faisaient partie : le Dr L. W. Jayesuria (Malaisie), le Dr Lo-Cuu-Truong (Viet-Nam) et M. H. Okazaki (Japon). Après avoir étudié les documents WP/RC13/9 et WP/RC13/9 Add.1, le Sous-Comité a décidé de recommander au Comité l'adoption de la résolution figurant au document WP/RC13/WP/3. Il invite le Comité régional à demander au Secrétariat de classer les articles dans l'ordre qui convient, en y incorporant les modifications adoptées. Il indique que la numérotation des articles doit être changée en fonction des amendements apportés. Il y a également lieu d'inviter le Secrétariat à publier le Règlement modifié sous forme de brochure.

Le projet de résolution est soumis à l'examen du Comité.

Décision : En l'absence de tout commentaire ou objection, les recommandations du Sous-Comité sont approuvées et le projet de résolution est adopté à l'unanimité (voir résolution WP/RC13.R3).

8. ETUDE DU PROJET DE RESOLUTION RELATIF A LA PREPARATION DES MISSIONS DE CONSULTANTS A COURT TERME (suite du chapitre 4 ci-dessus)

Le VICE-PRESIDENT se réfère au projet de résolution WP/RC13/WP4 qui a été distribué et demande s'il y a des commentaires. En l'absence de toute observation, il suggère que la résolution soit adoptée.

Décision : Le projet de résolution est adopté à l'unanimité (voir résolution WP/RC13.R4).

La séance est levée à 12 heures.