

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

REGIONAL OFFICE FOR THE
EASTERN MEDITERRANEAN

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

Dixième session

SOUS-COMITE A

SUBDIVISION DU PROGRAMME

الهيئة الصحية العالمية
المكتب الاقليمي لشؤون البحر الأبيض

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

BUREAU RÉGIONAL DE LA
MÉDITERRANÉE ORIENTALE

EM/RCL/OA/Prog.Min.1
17 août 1960

ORIGINAL: ANGLAIS

PROCES-VERBAL DE LA PREMIERE SEANCE
tenue à la Bourse du Travail, Tunis
le mercredi 17 août 1960, à 9 h. 20

PRESIDENT: Médecin-Général M. SHARIF (Pakistan)

SOMMAIRE

1. Projet de Programme et de Budget de la Région de la Méditerranée orientale, pour 1962.
2. Questions techniques:
 - a) Eradication du paludisme dans la Région de la Méditerranée orientale.
 - b) La santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale.
 - c) Le kala-azar (leishmaniose viscérale) dans la Région de la Méditerranée orientale.
 - d) Le rôle de la santé publique dans l'élimination des déchets radioactifs.

Représentants

Gouvernement

Représentant

ARABIE SAOUDITE

Dr Hassan Nassif

ETHIOPIE

Mr Hailu Sebsebie

FRANCE

Médecin Colonel P. Faure

IRAK

Dr Farouk Partow

IRAN

Dr M. Etemadian

Dr A. T. Diba

Dr P. Khabir

JORDANIE

Dr A. Nabilsa

KOWEIT

Mr Abdul Rahman S. EL Ateeqi

Dr Abdul Razak Adwani

Dr Kamal Borai

Mr Adel Jarrah

LIBYE

Dr L. D. Khatri

PAKISTAN

Médecin-Général M. Sharif, Président

ROYAUME-UNI

Dr W. A. Glynne

SOUDAN

Dr A. A. Zaki

TUNISIE

Dr Ahmed Ridha Farah

Dr A. Daly

Dr Bahri

Dr A. Chedly

Dr T. Ben Soltane

Observateur

CHYPRE (Etat non Membre invité)

Dr Z. G. Panos

Organisation mondiale de la Santé

Secrétaire du Sous-Comité

Dr A. H. Taba, Directeur régional

Secrétaire adjoint du Sous-Comité

Dr A. A. El Halawani, Directeur régional adjoint

Nations Unies et Institutions spécialisées

Nations Unies

Mr B. Meredith

UNRWA, Division sanitaire

Dr S. Flache

FISE

Mr Gurdial S. Dillon

Agence internationale de
l'Energie atomique

Dr Irwin C. Roberts

Représentants et observateurs d'organisations internationales,
non-gouvernementales, intergouvernementales et nationales

Ligue des Etats Arabes	Dr N. Nabulsi
Centre international pour l'Enseignement de la Statistique, Beyrouth	Mr Faiz El Khuri
Association internationale pour la Prophylaxie de la Cécité	Dr Roger Nataf
Union internationale contre les Maladies vénériennes et les Tréponématoses	Dr R. Ladjimi
Association médicale mondiale	Dr Bermussa
Unité navale No3 de Recherches médicales des Etats-Unis	Dr John R. Seal

1. PROJET DE PROGRAMME ET DE BUDGET DE LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE, POUR 1962 (Document EM/RC10/3 : Point 9 de l'ordre du jour)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le document EM/RC10/3 porte sur le projet de programme et de budget de 1962 et sur le programme et le budget révisés de 1961 ainsi que sur les chiffres afférents aux dépenses prévues et aux dépenses effectives afférentes à l'exercice 1960. Le programme de 1961 a été adopté, l'année précédente, par le Sous-Comité ainsi que par le Conseil exécutif et par la Treizième Assemblée mondiale de la Santé. Cependant, depuis que ce programme a été adopté, certaines modifications y ont été apportées dans le cadre du budget total approuvé, à la suite des demandes présentées par les Gouvernements et des échanges de vues intervenus avec les autorités sanitaires.

Le document se compose de quatre parties principales et de trois annexes: la première partie a trait au Bureau régional, la deuxième aux conseillers régionaux et aux représentants de l'OMS, la troisième aux programmes exécutés dans les pays et la quatrième aux programmes interpays; la première annexe porte sur les programmes antipaludiques, la deuxième sur les programmes d'approvisionnement public en eau et la troisième sur les projets additionnels dont l'exécution a été demandée par les Etats Membres mais pour lesquels on ne dispose pas de crédits. En outre, le document contient une courte section relative aux projets exécutés dans l'ancien Protectorat britannique de la Somalie qui, le 1er juillet 1960, s'est uni avec l'ancien territoire de la Somalie sous tutelle des Nations Unies et sous administration italienne, pour former la nouvelle République de Somalie. Ce Protectorat faisait antérieurement partie de la Région de l'OMS pour l'Afrique, mais l'on s'attend à ce qu'il rallie la Région de la Méditerranée orientale dès que la République de Somalie sera devenue Membre de l'OMS. Le projet de programme et de budget reproduit dans cette section a été établi par les soins du Bureau régional de l'Afrique.

Le Sous-Comité notera que, dans la section relative aux programmes dans les pays, le budget de l'Assistance technique se subdivise en deux

catégories: la catégorie I et la catégorie II. Les chiffres indiqués pour 1961 et 1962 dans la catégorie I - qui est la partie la plus importante - diffèrent légèrement, dans certains cas, de ceux qui ont été présentés initialement par les Gouvernements. La raison en est que la date limite, prévue pour le dépôt auprès du Bureau de l'Assistance technique, des programmes dans les pays, se situe aux environs de la mi-juillet tandis que le document considéré a été terminé le 1er juillet. Il a été possible d'améliorer grandement l'économie du Programme d'assistance technique en raison du fait qu'il sera établi désormais sur une base biennale. Il est donc dorénavant possible de faire des prévisions plus précises, deux années à l'avance, et le programme d'assistance technique cadre désormais de façon satisfaisante avec le programme ordinaire biennal de l'OMS. La catégorie II comprend les projets qui ont été suggérés par les Gouvernements mais qui, en raison du manque de fonds de l'Assistance technique, risquent fort de ne pouvoir être mis à l'exécution. Il est néanmoins utile de les faire figurer dans le document; en effet, si le Sous-Comité les approuve en principe, il sera possible de les substituer aux projets de la catégorie I dont l'exécution se trouverait retardée pour un motif quelconque. Dans la colonne des fonds extrabudgétaires on a inscrit les fonds qui ne sont imputés ni sur le budget ordinaire, ni sur celui de l'Assistance technique. La plupart des sommes indiquées proviennent du FISE et celles qui sont marquées d'un astérisque ont déjà été approuvées par le Conseil d'administration de cette organisation.

Le Directeur régional tient à attirer l'attention du Sous-Comité sur l'assistance supplémentaire accordée à Chypre, au Koweït et à la Somalie, grâce à un crédit spécial prévu en faveur des nouveaux Membres et des Membres associés de l'OMS, par la résolution WHA13.29 de la Treizième Assemblée mondiale de la Santé. A cet égard, le Directeur régional tient à attirer également l'attention du Sous-Comité sur le projet de programme supplémentaire d'assistance technique, prévu à l'intention de Chypre et de la Somalie, figurant dans le document EM/RCL0/3 Add.1. Il reste encore à approuver ce programme après discussion à l'échelon du pays.

Se référant au résumé par rubriques principales qui figure aux pages 10 et 11 du document de base, le Directeur régional signale qu'en raison du fait qu'il est souvent impossible de faire une distinction nette entre les diverses sphères d'activité, il se produit inévitablement un certain chevauchement entre les sujets indiqués. Les dispositions budgétaires concernant l'enseignement et la formation professionnelle - surtout par rapport aux bourses d'études accusent une augmentation sensible.

Sur proposition du PRESIDENT, il est décidé que le document sera examiné, section par section.

Partie 1 - Bureau régional

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le budget afférent au Bureau régional pour 1962 est le même que pour 1961, sauf adjonction d'un poste de commis bibliothécaire.

Partie 2 - Conseillers régionaux et représentants de l'OMS

Le DIRECTEUR REGIONAL indique que les postes proposés pour 1962 sont sensiblement les mêmes que pour les années antérieures. Toutefois, deux nouveaux postes ont été proposés pour la santé publique et le développement communautaire. Ces postes remplaceront celui du conseiller pour la bilharziose, dont le travail sera pris en charge par le Directeur régional adjoint, et celui de l'un des conseillers en soins infirmiers. On a également jugé qu'il y avait intérêt à nommer un conseiller régional pour les radiations et les isotopes.

Le Dr FARAH (Tunisie) demande si le Directeur régional pourrait donner à la réunion un complément d'information sur le nouveau poste de conseiller en matière de développement communautaire et sur la ligne de conduite générale de l'OMS dans ce domaine.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que beaucoup de programmes de développement communautaire sont patronnés par diverses institutions des Nations Unies

et que divers gouvernements ont demandé à l'OMS des avis techniques sur les aspects de ces programmes qui intéressent la santé publique. Ainsi donc, le conseiller en matière de développement communautaire serait chargé, notamment pour répondre à ces demandes, de se rendre en mission dans les pays où des projets de développement communautaire sont en cours d'exécution, afin de donner des avis techniques sur les points qui intéressent la santé publique.

Partie 3 - Programmes dans les pays

Le Dr DIBA (Iran) déclare que son pays voudrait prier le Directeur régional de ne rien épargner afin de pourvoir aussi rapidement que possible les postes indiqués dans le programme de l'Iran.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que pour l'exécution des programmes, le Bureau s'est toujours efforcé d'exécuter les programmes exactement tels qu'ils sont établis. Toutefois, on se heurte à bien des difficultés pour recruter un personnel qualifié qui puisse être agréé par les pays intéressés, ce qui ne laisse pas d'entraîner des retards dans ce recrutement. Tout, néanmoins, sera mis en oeuvre pour donner satisfaction à l'Iran.

Le Dr KHATRI (Libye) souligne que si le Centre antituberculeux de démonstration et de formation professionnelle est établi à Tripoli, et non pas à Benghazi, il sera nécessaire de recruter dès le début un technicien de laboratoire; c'est la raison pour laquelle il espère qu'il sera possible de faire passer de la catégorie II dans la catégorie I le technicien de laboratoire mentionné à la page 83. Il espère également qu'il sera possible de fournir une troisième infirmière monitrice pour le Centre d'enseignement infirmier de Cyrénaïque qui doit s'ouvrir à la fin de 1961

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare qu'il s'efforcera de répondre à la demande de la Libye; il ne se dissimule pas, cependant, que cela risque d'être difficile en raison du manque de fonds de l'Assistance technique. En ce qui

concerne le technicien de laboratoire, une solution possible serait que le Gouvernement libyen demandât une subvention à prélever sur les fonds de l'Assistance technique pour dépenses imprévues, tout au moins pour la période biennale 1961/1962,

Le Dr NASSIF (Arabie Saoudite) fait observer que la mention d'une infection bilharzienne parmi les pèlerins revenant de la Mecque, faite à la page 100 du budget, est inexacte; le danger d'infection parmi les pèlerins est inexistant.

Son Gouvernement exprime l'espoir que l'engagement du conseiller pour la santé publique (page 103 du document) sera prolongé pour toute l'année 1962. Il a appris du Directeur régional, non sans préoccupation, que les autorités de l'Assistance technique auraient l'intention de transférer le projet de la banque de sang de Riad (page 107 du document) de la catégorie I à la catégorie II, et il exprime le vif espoir qu'il sera possible de maintenir ce projet dans la catégorie I.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond qu'il est entièrement d'accord avec le délégué de l'Arabie Saoudite sur les deux points que celui-ci vient de soulever; pour sa part, il fera tout son possible pour répondre aux vœux de l'Arabie Saoudite.

Le DIRECTEUR REGIONAL ADJOINT, se référant au premier point soulevé par le délégué de l'Arabie Saoudite, reconnaît que le danger de l'infection bilharzienne que présenteraient les pèlerins revenant de la Mecque est inexistant. Il y a danger quand les pèlerins parcourent d'autres parties du pays où existe le risque d'infection. Le Bureau régional a l'intention de charger un consultant à court terme d'étudier l'ensemble du problème.

Le Dr ZAKI (Soudan) indique que, pour le programme d'hygiène dentaire au Soudan, ce pays a besoin non pas d'un consultant mais d'un chirurgien-dentiste parlant l'arabe, qui dirigerait l'école d'assistants-dentistes. Etant donné qu'il ne sera pas possible, pour le moment, d'organiser le Service des

radiations et des isotopes, il ne sera pas nécessaire de recruter le radiologue qui sera affecté à ce service; le Dr Zaki se demande donc s'il ne serait pas possible de donner aux fonds ainsi économisés une autre affectation, - par exemple pour rémunérer le chirurgien-dentiste dont il a fait mention, ou pour attribuer de nouvelles bourses de perfectionnement. Il rappelle que son pays a demandé la nomination d'un consultant de la santé publique et d'un ingénieur sanitaire pour le projet de réaménagement de Halfa et il espère qu'il sera possible d'obtenir ces experts à tout le moins d'ici 1962. Enfin, il désirerait savoir si le Directeur régional estime possible de prévoir dans le budget en cours, un crédit pour l'exécution du projet contre la propagation de la bilharziose dans le Soudan septentrional.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit qu'il sera heureux de discuter avec le délégué du Soudan la question des utilisations possibles des économies provenant du non recrutement du radiologue.

Le Dr FARAH (Tunisie) rappelle que le virologiste qui a été nommé au Centre ophtalmologique de Tunisie accomplit une oeuvre utile; il espère donc qu'il sera possible de prolonger le contrat de cet expert pour une nouvelle année en 1962. Il espère également qu'il sera possible de faire passer pendant le deuxième semestre de 1962, l'infirmière de la santé publique (page 127 du document) de la catégorie II à la catégorie I.

Le DIRECTEUR REGIONAL signale, par rapport au virologiste, que le principe de l'OMS est que les experts de l'Assistance technique, forment du personnel local qui soit à même de prendre la relève du personnel international pour la poursuite des projets en cours. Il est hors de doute, cependant, que le virologiste a entrepris un travail d'une importance et d'une complexité exceptionnelles; le Directeur régional est donc disposé, en principe, à faire droit à la demande du représentant de la Tunisie. Pour le cas où il ne serait pas possible de prélever les crédits nécessaires sur les fonds de la

Région, la meilleure solution consisterait à s'efforcer d'obtenir les crédits nécessaires sur les fonds de l'OMS consacrés à la recherche, puisque le projet relève essentiellement de la recherche.

Pour ce qui est de l'infirmière de la santé publique, le Directeur régional signale que la nouvelle méthode d'étalement du programme sur deux années permet de reporter les économies réalisées pendant un exercice et de les affecter à l'exercice suivant. Dans ces conditions, il pourrait s'avérer possible d'accéder à la demande de la Tunisie.

Programme interpays

Le DIRECTEUR REGIONAL signale que le projet de construction de logements ruraux relevant de l'administration de la santé publique (EMRO-66) est une entreprise nouvelle. Il est proposé qu'en 1962 un expert entreprenne une étude sur les moyens par lesquels l'OMS pourrait contribuer, notamment du point de vue sanitaire, à la solution des problèmes du logement; le programme n'a pas encore été mis au point dans le détail.

Le Dr FARAH (Tunisie) demande si la période de six mois prévue pour cette étude sera suffisante.

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que cette période de six mois se rapporte exclusivement à l'exercice 1962. On se propose d'entreprendre, en 1962, une enquête par sondage dans deux pays de civilisation différente. Il est probable toutefois que l'exécution du programme se poursuive pendant plusieurs années et, étant donné que le Comité semble approuver l'idée en principe, il pourra même être possible de prendre le départ dès 1961.

Le projet d'assistance aux bibliothèques médicales (EMRO-55) est également nouveau. La dotation des bibliothèques médicales est souvent incomplète et périmée et divers pays ont demandé des conseils sur la manière d'organiser et d'améliorer ces bibliothèques. Le nouveau projet a pour but d'aider les ministères de la santé et les institutions médicales à créer des

bibliothèques ou à améliorer celles qui existent déjà. Le projet consisterait à venir en aide chaque année à un ou deux pays et se poursuivrait sans interruption. L'ordre de priorité serait établi d'après les demandes des pays et la valeur scientifique de leurs bibliothèques.

Le cours de perfectionnement pour techniciens de laboratoire (EMRO-61) et les bourses d'études pour le personnel supérieur de l'enseignement médical (EMRO-69) sont, l'un et l'autre, des projets nouveaux envisagés pour 1962. Le second projet doit permettre aux enseignants, tels que les maîtres de conférence et les professeurs, d'étudier les méthodes d'éducation nouvelle dans les établissements universitaires des pays où l'éducation sanitaire du public est déjà avancée. Ce projet vise exclusivement les éducateurs sanitaires et non pas les agents administratifs.

Le Dr KHATRI (Libye) demande si le cours de perfectionnement pour techniciens de laboratoire sera organisé dans chaque pays ou dans un seul centre.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond qu'aucun programme précis n'a encore été arrêté, mais on prévoit que ce cours aura lieu à Beyrouth, qui est dotée d'un bon laboratoire central national. Tous les pays de la Région seront invités à proposer des candidats et ceux qui auront été retenus se verront attribuer des bourses d'études. L'OMS fournira deux instructeurs pour techniciens de laboratoire, afin d'aider le personnel Libanais, et procurera aussi du matériel.

Le Dr DIBA (Iran) signale qu'il y aurait lieu d'indiquer d'avance la langue dans laquelle le cours sera donné, pour permettre la désignation de candidats remplissant les conditions d'aptitude requises.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que les gouvernements seront informés de la langue qui sera utilisée.

Le Dr PARTOW (Irak) demande s'il serait possible de nommer un technicien ou un conseiller en hygiène publique vétérinaire qui relèverait du Bureau régional.

En effet, l'Irak et d'autres pays sont éprouvés par les zoonoses, plus particulièrement par l'épizootie de peste chevaline qui s'est déclarée cette année, ce qui a pour effet d'entraver le développement agricole et le progrès économique.

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle qu'il y a deux ans, un conseiller a été nommé à ce titre pour un an et qu'après avoir visité les pays intéressés, il a présenté, sur les principaux problèmes, des rapports qui ont été transmis aux gouvernements. Ce poste a été supprimé car d'autres services ont été considérés comme présentant plus d'importance, mais il pourrait être possible de le rétablir en 1963.

Activités relatives à l'éradication du paludisme

Mr SEBSEBIE (Ethiopie) dit que, dans son pays, le Centre de formation en paludologie s'acquitte magnifiquement de sa tâche, et que son Gouvernement apprécie grandement l'aide de l'OMS.

Le Dr NABILSI (Jordanie) déclare que la région occidentale de la Jordanie est complètement libérée du paludisme et que l'on s'attend à ce que, dans trois ou quatre ans, cette maladie soit éliminée de tout le territoire. Il espère que l'OMS maintiendra son assistance.

Le Dr KHATRI (Libye) rappelle que, dans son pays, 10 800 habitants seulement sont exposés au paludisme. Un technicien de l'assainissement a été envoyé dans la zone d'endémicité et deux autres suivent actuellement un stage de formation. Il demande quelles seraient les fonctions du technicien qu'il est envisagé d'envoyer en Libye (Libye-9).

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que ce poste avait été initialement prévu pour un technicien de l'assainissement; toutefois, comme la Libye possède désormais un nombre suffisant de ces spécialistes, le Gouvernement a proposé de le remplacer par un technicien de laboratoire. La nature exacte du poste sera décidée définitivement de concert avec le Gouvernement.

Le Dr FARID, Administrateur de la santé publique (paludisme), indique que le technicien se chargera probablement de l'exécution du programme de surveillance et qu'il sera hautement qualifié, particulièrement dans les techniques d'analyse du sang et en entomologie.

Le PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de représentant du Pakistan, déclare qu'en raison du coût élevé de son programme, son pays serait désireux d'obtenir une assistance extrabudgétaire.

Le Dr NASSIF (Arabie Saoudite) fait observer qu'aucune disposition n'est prévue pour fournir une assistance à son pays, en matière d'activités de pré-éradication. Son Gouvernement a projeté de commencer l'éradication en 1962, mais il se peut que l'enquête de pré-éradication ne soit pas achevée à cette époque. Il faut donc espérer que l'aide sera maintenue aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour mener à bien ladite enquête.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que, si l'enquête pré-éradication en Arabie Saoudite n'a pas pris fin en 1961, les fonds alloués pour l'éradication proprement dite seront affectés à la pré-éradication.

Programme antipaludique interpaye

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que le cours de formation professionnelle pour les équipes antipaludiques (EMRO-70) a pour objet de remédier à la pénurie d'agents qualifiés, notamment de ceux qui sont familiarisés avec les techniques nouvelles. Les agents déjà qualifiés dans un domaine particulier bénéficieront d'une formation en cours d'emploi lors de l'exécution de l'un des grands projets d'éradication, afin de se familiariser avec tous les aspects de la question. Après quoi, ils pourront faire fonction de conseillers. Ces postes seront de la classe P-2, parce que les intéressés auront le statut de stagiaires.

Le Dr GLYNNE (Royaume-Uni) pense qu'il importe que le financement de l'ensemble du programme d'éradication du paludisme soit garanti. Avec le système actuel de contributions volontaires, les contributions afférentes à 1960 présentent un déficit de \$ 1 000 000 et aucune contribution n'a encore été reçue pour 1961. Il serait préférable de financer le programme au moyen du budget ordinaire de l'OMS.

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que les contributions récemment reçues ont permis de réduire le déficit de 1960 et que des annonces de contribution ont été faites pour 1961, par divers pays, y compris le principal Etat contributaire. Toutefois, les perspectives financières se présentent sous un jour peu satisfaisant et il pourrait y avoir intérêt à reconsidérer le système des contributions volontaires. Le Directeur général de l'OMS a l'intention de faire rapport sur la question à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé. Il pourrait être nécessaire d'inclure le programme dans le cadre du budget ordinaire, mais ceci comporterait une augmentation notable des contributions des Pays Membres.

Le Dr GLYNNE (Royaume-Uni) fait observer que, s'il figure au budget ordinaire, le programme influera sur l'ordre de priorité des prévisions budgétaires.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que, la question relevant de la compétence de l'Assemblée, le Comité ne peut prendre aucune décision à cet égard.

Programme d'approvisionnement public en eau

Pas d'observations.

Projets additionnels

Pas d'observations.

Le PRESIDENT demande si les représentants désirent formuler sur le point examiné des observations d'ordre général.

Le Dr GLYNNE (Royaume-Uni) fait observer que le budget a tendance à augmenter automatiquement de sept à dix pour cent tous les ans. Il est hors de doute que les programmes répondent à des fins humanitaires et que, d'autre part, le Directeur régional examine très soigneusement tous les projets proposés; toutefois, il pourrait y avoir intérêt à évaluer tous les projets, comme on le fait pour les programmes des bourses d'études, afin de veiller à ce que les crédits reçoivent la meilleure affectation possible.

Pour ce qui est de l'Assistance technique, plusieurs pays ont demandé que les projets soient transférés, de la catégorie II à la catégorie I, en faisant valoir que, malgré leur urgence, ces projets ne pouvaient être exécutés, faute de crédits. Il conviendrait peut-être de stipuler que les projets de la catégorie I devraient être réalisables pendant l'année au titre de laquelle les crédits sont alloués, de façon qu'ils n'empêchent pas l'exécution de projets utiles de la catégorie II.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que c'est à l'Assemblée mondiale de la Santé qu'il appartient de fixer le budget global d'après les recommandations du Directeur général. Le Comité régional a seulement qualité pour examiner le budget de la Région. Il est inévitable que ce budget accuse, chaque année, une certaine augmentation, et il faut voir là une tendance favorable si l'OMS doit poursuivre son activité dynamique. Le budget est établi d'après les principes généraux posés par l'Assemblée, compte tenu des vues des gouvernements.

Le PRESIDENT soumet à l'attention du Comité le projet de résolution suivant:

PROJET DE PROGRAMME ET DE BUDGET POUR 1962
ET PROGRAMMES SUPPLEMENTAIRES D'ASSISTANCE TECHNIQUE
POUR CHYPRE ET LA SOMALIE

Le Sous-Comité,

- I. Ayant pris connaissance du projet de programme et de budget pour 1962, présenté par le Directeur régional,

Tenant compte des besoins particuliers des nouveaux Etats, en matière d'assistance dans le domaine de la santé,

1. APPROUVE le projet de programme et de budget pour 1962, à exécuter au moyen des ressources fournies par le budget ordinaire de l'Organisation mondiale de la Santé, le Programme élargi d'assistance technique, le Compte spécial pour l'Eradication du Paludisme et le Compte spécial pour l'Approvisionnement public en Eau (subdivision du Compte du Fonds bénévole pour l'Amélioration de la Santé);

2. EXPRIME son appréciation pour l'importance qui continue à être accordée aux maladies transmissibles, à l'assainissement, à la santé mentale, à la nutrition, et aux bourses d'études;

3. NOTE avec satisfaction l'assistance supplémentaire prévue au budget régional en faveur des nouveaux Membres et des Membres associés, ainsi que des Etats nouvellement devenus indépendants ou accédant à l'indépendance, faisant partie de la Région, aux termes de la résolution WHA13.29 de la Treizième Assemblée mondiale de la Santé;

4. REMERCIE le FISE pour la coopération qu'il continue à offrir;

II. Ayant étudié le document relatif au Programme supplémentaire d'Assistance technique en faveur de Chypre et de la Somalie, présenté par le Directeur régional,

1. APPROUVE le programme supplémentaire proposé en faveur de Chypre et de la Somalie par le Directeur régional, au titre du Programme élargi d'Assistance technique;

2. PRIE le Directeur régional de transmettre cette proposition, par les voies habituelles, au Bureau de l'Assistance technique pour être examinée par le Comité de l'Assistance technique en vue de sa mise à exécution, pourvu que les ressources supplémentaires requises soient rendues disponibles, conformément aux procédures constitutionnelles de l'Assistance technique.

Le Dr KHATRI (Libye) propose que dans le second paragraphe du dispositif de la partie I, le mot "bourses d'études" soit remplacé par les mots "enseignement et formation professionnelle".

Il en est ainsi décidé.

Le Dr NASSIF (Arabie Saoudite) propose que, dans le texte arabe du premier paragraphe du dispositif de la partie I, le mot "khaïry" soit remplacé par "irady", pour traduire le terme "bénévole".

Il en est ainsi décidé.

Le projet de résolution concernant le projet de programme et de budget pour 1962 et le programme supplémentaire d'assistance technique pour Chypre et la Somalie est, sous sa forme amendée, adopté à l'unanimité.

La séance est suspendue à 11 h. 25 et reprise à 11 h. 45

PROGRAMMES D'ERADICATION DU PALUDISME DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE (Point 10(a) de l'ordre du jour, document EM/RC10/4)

Le Dr FARID, Administrateur de la santé publique (paludisme), en présentant le rapport sur les programmes d'éradication du paludisme dans la Région de la Méditerranée orientale (EM/RC10/4), déclare que ce rapport résume les efforts des gouvernements en matière d'éradication du paludisme et l'oeuvre accomplie par le Bureau régional en vue d'assurer des services consultatifs, de fournir des bourses d'études, de favoriser des recherches sur les problèmes techniques et de coordonner les activités dans l'ensemble de ce domaine. L'OMS et le Bureau régional comptent sur les directives et l'appui donnés par leurs Membres pour l'exécution de leur tâche.

L'expérience acquise par les gouvernements durant ces cinq dernières années ressort des recommandations formulées par la Deuxième Conférence régionale sur l'Eradication du Paludisme qui s'est tenue à Addis-Ababa, en 1959. Ces recommandations montrent que les gouvernements comprennent maintenant les principes de l'éradication et elles ont soulevé un vif intérêt parmi les savants et les organisations internationales. Elles ont été publiées dans le Bulletin du Paludisme de l'OMS, No 265. Il n'est plus nécessaire de persuader les gouvernements de la nécessité de passer du système de lutte antipaludique à celui de l'éradication. Cette dernière est moins coûteuse et aboutit à l'établissement de rouages administratifs qui peuvent être utilisés dans le cas d'autres maladies. Chacun des pays de la Région met actuellement en oeuvre ou prévoit des programmes d'éradication. Les pays où le paludisme sévit à l'état

endémique ont compris qu'il était impossible de mettre au point les plans d'un développement économique et social avant que la menace causée par la maladie ne fût écartée. La lutte antipaludique, à elle seule, ne suffit pas à prévenir les décès et les dommages d'ordre économique provoqués par la maladie.

Il est essentiel que les efforts des divers gouvernements soient intégrés sur des bases régionale et mondiale. Le Bureau régional s'efforce d'atteindre cet objectif en coordonnant des projets, en communiquant des informations et en favorisant les recherches et les échanges de vues. Il encourage les accords portant sur des activités communes entre pays limitrophes.

Des progrès satisfaisants ont été réalisés dans les opérations d'éradication du paludisme qui sont en cours, depuis quatre ans environ, dans six pays septentrionaux de la Région, de l'Iran au Liban, où 22,5 millions de personnes se trouvent en danger. Certaines poches de résistance existent encore, et il est indispensable que les gouvernements ne ralentissent pas leurs efforts au moment où l'objectif visé est en vue.

L'Annexe III du rapport décrit les opérations en Iran, en Irak, en Jordanie, au Liban et dans la République Arabe Unie (Province de Syrie). La Libye a entrepris l'éradication au cours de la présente année et la République Arabe Unie (Province d'Egypte) a l'intention d'en faire autant en 1961. Les points faibles et les difficultés n'ont pas été perdus de vue. La cause principale de ces difficultés réside dans l'insuffisance des ressources administratives et financières allouées aux organisations responsables de l'éradication. Ces organisations doivent disposer des moyens nécessaires pour mener à bien leurs projets et doivent bénéficier de l'entière coopération de l'administration et de la population. Les organisations internationales ont récemment adopté le principe de stipuler, avant la conclusion d'un accord d'assistance, que les services sanitaires nationaux démontrent leur aptitude à exécuter le programme et que le gouvernement intéressé s'engage à fournir les moyens financiers nécessaires. La preuve doit être également donnée de l'aptitude du pays à

empêcher la réapparition de la maladie après son éradication, et une évaluation annuelle des progrès réalisés doit être effectuée. Cette procédure garantira que, seuls, seront entrepris les projets qui en valent la peine.

Le rapport susmentionné passe en revue les activités en matière d'éradication qui ont été en cours, depuis une année ou davantage, au Pakistan, en Arabie Saoudite et en Tunisie. Les opérations, au Pakistan et en Tunisie, devront être achevées à la fin de 1960 et, en Arabie Saoudite, à la fin de 1961. Ainsi, tous les pays d'Asie de la Région, à l'exception du Yémen, du Protectorat d'Aden, d'Oman, de Katar et de Bahrein, rentrent dans le cadre du programme d'éradication.

Des projets-pilotes, réalisés par l'Ethiopie, le Soudan et la Somalie, ont montré que le dangereux moustique A. Gambiae, qui s'est avéré résistant à l'égard de nombreux insecticides, pouvait être éliminé grâce à des pulvérisations minutieuses, effectuées dans toutes les habitations au moyen de DDT. Des enquêtes d'ensemble débiteront bientôt en Ethiopie et au Soudan, qui ont créé des départements spéciaux d'éradication du paludisme.

Il est satisfaisant de noter la présence, à la session, de représentants du Koweït, qui est indemne de paludisme, et de Chypre, qui en est indemne depuis 1948. La Somalie, où la maladie sévit à l'état endémique, mettra en oeuvre un projet-pilote sur les méthodes d'éradication à utiliser parmi les nomades.

Le Directeur régional consacre une attention particulière à la formation du personnel de lutte antipaludique. Le rapport donne des détails sur les centres créés et sur les bourses accordées. On prévoit que le nombre de stagiaires sera suffisant. Le Directeur régional attache également une importance considérable à la solution des problèmes techniques. Le rapport indique, à titre d'exemple, les recherches sur la résistance des vecteurs du paludisme à l'égard des insecticides. Ces recherches semblent indiquer qu'il est nécessaire d'éviter qu'une résistance ne naisse à la faveur de l'utilisation d'insecticides à des fins agricoles ou pour la lutte contre les sauterelles. Un autre problème technique

en cours d'étude est celui du nomadisme. Les méthodes adoptées à cet égard comportent la formation de jeunes gens destinés à accompagner les tribus nomades et à faire oeuvre de surveillance, la distribution de médicaments, les opérations de pulvérisation dans les huttes au moyen d'insecticides et le mélange de sel de table aux produits antipaludiques. Cette dernière méthode a donné de bons résultats et devrait être généralisée.

Le Bureau régional exhorte les gouvernements à créer des départements de propagande et d'éducation sanitaires afin de mobiliser leur pays tout entier en vue de la lutte contre le paludisme. L'éducation sanitaire figure dans tous les cours de formation destinés aux agents de la lutte antipaludique. Le Directeur régional a donné suite à la résolution adoptée par le Comité, lors de la session précédente, au sujet de la constitution d'une équipe internationale chargée de l'évaluation et de la coordination des activités dans les pays limitrophes. Cette équipe a pour mission d'étudier l'épidémiologie de la maladie, notamment dans les poches de résistance, de coordonner les opérations sur les frontières entre les différents pays et de fournir aux gouvernements des avis consultatifs.

Pour conclure, l'orateur remercie les gouvernements de leur coopération dans l'exécution du programme international d'éradication du paludisme.

Le Dr KHABIR (Iran) souligne l'importance du programme antipaludique dans la Région. En Iran, le programme d'éradication du paludisme a la priorité, non seulement dans le domaine sanitaire, mais aussi dans la planification économique du pays. L'Organisation du Plan, qui se rend compte de l'importance primordiale de la question, a affecté à ce programme, sur les fonds publics dont elle dispose, une somme de \$ 17 000 000.

La lutte antipaludique a commencé en 1946. Les premières années ont été surtout consacrées à des études et à des enquêtes. La campagne d'éradication proprement dite a débuté en 1957 et la date-limite, fixée pour l'éradication dans tout le pays, est 1961, époque à laquelle les opérations de pulvérisation

se seront étendues à toutes les collectivités. Au cours de l'année examinée, des opérations d'éradication se sont poursuivies dans 34 051 villages. On a utilisé 1 109 760 kgs d'insecticides et traité une superficie de 438 572 000 m². Les opérations de surveillance s'étendent à 27 883 villages groupant une population de 7 768 687 habitants.

Etant donné l'ampleur de cette campagne, et malgré de nombreuses difficultés, il y a lieu d'espérer que la lutte incessante engagée contre les ennemis de la santé du pays sera menée jusqu'au stade final de l'éradication.

Parmi les problèmes rencontrés se présente la résistance de A. stephensi, constatée dans l'Iran méridional, à laquelle on fait face avec l'assistance de l'O.M.S. La résistance à la dieldrine est observée dans des villages isolés mais ne risque pas, semble-t-il, de poser un problème d'ampleur régionale. Les difficultés sont progressivement surmontées et la campagne se poursuit sans encombre.

Le document en discussion (Annexe III, page iv) mentionne les problèmes de financement. Presque tous ces problèmes ont déjà été résolus et le petit nombre qui persistent seront surmontés.

Etant donné que les opérations de pulvérisation seront bientôt achevées, le moment est venu de procéder à une évaluation technique du programme en Iran avant le passage au stade de surveillance qui durera plusieurs années. Une assistance a été reçue de l'O.M.S, à cet égard, mais elle continuera à constituer un facteur important, d'autant plus que l'Organisation du Plan prépare son budget quinquennal.

L'orateur tient ensuite à souligner combien l'assistance de l'O.M.S est appréciée et exprime l'espoir que cette assistance sera maintenue dans l'avenir.

Le Dr BAHRI (Tunisie) déclare que les progrès significatifs accomplis par son pays sont dus, pour une large part, à l'existence d'un vaste système de services sanitaires polyvalents qui s'étendent au pays tout entier.

A la base de cette structure, il convient de mentionner 345 infirmiers, partiellement ou totalement itinérants, dont l'activité s'étend à tout le territoire tunisien. Les infirmiers partiellement itinérants visitent leurs secteurs une fois par quinzaine et ceux qui sont totalement itinérants chaque semaine. Le moyen de transport généralement utilisé est le scooter. Tous ces infirmiers ont reçu une formation complète pour dépister les maladies transmissibles et pour préparer les échantillons nécessaires en vue des analyses de laboratoire. Ils se tiennent en contact étroit avec tous les éléments de la population rurale et constituent une source précieuse pour l'éducation sanitaire. Après les diagnostics de laboratoire, ce sont eux qui procèdent à l'exécution des mesures préventives et curatives nécessaires. En conséquence, l'apparition, en territoire tunisien, d'une maladie transmissible quelconque est invariablement dépistée dans les huit ou quinze jours qui suivent son apparition.

Les activités des infirmiers itinérants sont coordonnées et contrôlées par des surveillants médicaux régionaux qui rassemblent toutes les données épidémiologiques et en effectuent le dépouillement en vue de les soumettre aux fonctionnaires principaux de la santé. Ils décident des mesures qu'il y a lieu de prendre. Des rapports hebdomadaires sont envoyés par les régions aux autorités sanitaires pour être utilisés en vue de la préparation et de la surveillance de l'action antipaludique.

L'orateur décrit ensuite les mesures prises par les infirmiers itinérants lorsqu'ils découvrent un cas de fièvre.

On compte actuellement cinq laboratoires hématologiques pour l'examen des frottis préparés par les infirmiers et d'autres laboratoires seront bientôt établis dans les hôpitaux régionaux, de manière à accélérer les diagnostics. Chaque fois qu'un diagnostic de laboratoire est positif, il est procédé à une enquête épidémiologique dans le secteur suspect. Ces enquêtes sont effectuées par des entomologistes officiels qui sont au nombre de quatorze, à raison d'un par province.

Bien que l'action antipaludique ne constitue que l'un des aspects de la lutte contre les maladies transmissibles dont elle fait partie intégrante, elle a absorbé 66% du budget consacré à l'épidémiologie, en 1959.

Une attention particulière est accordée, sur le plan administratif, à la lutte contre les larves et à la chimioprophylaxie de masse. Chaque année, 40 000 litres de "malariol DD", d'un coût de 11 000 dinars, sont utilisés pour le traitement des eaux stagnantes dans tout le pays, sauf dans le voisinage de Tunis et de Bizerte, où les lacs sont traités par des épandages de Cyron par la voie aérienne. Une coopération avec les autorités chargées du service des eaux a permis d'éliminer un grand nombre de sources au cours des travaux d'aménagement hydraulique. L'éducation sanitaire de la population donne d'excellents résultats et les habitants participent à l'action antipaludique en traitant, dans leur localité, les puits abandonnés par la vidange des huiles usées de leurs véhicules. La chimioprophylaxie de masse est pratiquée dans toutes les zones où le minimum épidémiologique est dépassé. En 1959, on a traité sept zones de cette catégorie. Les médicaments utilisés appartiennent aux groupes chloroquine et amodiaquine et le coût en atteint 10 000 dinars. Des doses plus fortes sont administrées aux suspects, la nivaquine étant réservée au traitement des cas déclarés. La lutte antilarvaire et la chimioprophylaxie de masse portent essentiellement sur la principale période de transmission (juin à octobre inclusivement). Les médicaments sont distribués par l'infirmier itinérant à la suite d'un appel nominal.

L'orateur rappelle ensuite quelle a été l'incidence de la maladie depuis la fin de la première guerre mondiale. Bien que la maladie ait été soumise à déclaration depuis 1958, l'absence d'installations de laboratoire a amoindri l'efficacité de cette mesure. L'action antipaludique organisée a commencé au moment de l'épidémie de 1932-1933 et a consisté en travaux de drainage, de canalisation et d'élimination des eaux excédentaires, de prophylaxie individuelle et collective et d'une lutte à la fois mécanique, chimique et biologique contre les larves. Ces mesures ont ramené l'incidence du paludisme

de 15 912 lames positives, en 1934, à 5 601 en 1937. Les statistiques font défaut pour les années de guerre et sont de nouveau disponibles à partir de 1944. Malheureusement, le ralentissement de l'action prophylactique et le manque de médicaments ont coïncidé avec un certain nombre d'années où les pluies ont été particulièrement abondantes, de sorte qu'on a constaté une recrudescence de la maladie, se traduisant par 3 711 cas en 1945 et 16 166 en 1948. La lutte contre les larves et la chimioprophylaxie de masse au moyen de médicaments synthétiques modernes de valeur éprouvée a dû être reprise à titre de mesure d'urgence et, en 1949, le budget de la lutte antipaludique s'élevait à environ 100 millions de francs. Cette lutte a donné de bons résultats et en 1958, l'incidence de la maladie a été ramenée au niveau le plus bas qui ait jamais été enregistré, soit 229 cas notifiés.

Toutes les informations disponibles indiquent que la maladie ne revêt plus maintenant qu'un caractère hypo-endémique. La mortalité est insignifiante. Le paludisme a entièrement disparu des villes et ne persiste qu'à un très faible degré dans les collectivités rurales. On a enregistré un renversement complet dans la proportion des cas provoqués par les deux vecteurs principaux: en 1959, 4,8% par A. falciparum et 94,5% par A. vivax contre 59% par A. falciparum et 3% par A. vivax en 1935. La proportion des frottis positifs a diminué et les indices paludologique, splénique et plasmatique sont tombés à un niveau très faible.

Une amélioration plus accentuée est escomptée à la suite de l'intensification des travaux d'aménagement, qui comprennent une amélioration des logements, la mise en valeur de la vallée de la Medjerba, l'irrigation, certaines redistributions de terres et la disparition du nomadisme. Un reboisement systématique, destiné à prévenir l'érosion du sol, doit modifier les effets des pluies torrentielles qui marquent le début de la saison humide et pourrait même modifier entièrement le régime des pluies.

Toutes les organisations nationales coopèrent aux campagnes de masse et, n'étant la menace éventuelle de poussées épidémiques, survenues jusqu'en 1954, le paludisme pourrait être considéré comme une chose du passé. Toutefois, il existe encore des régions d'endémicité moyenne qui sont surtout concentrées dans le nord. En direction du sud, la maladie se limite de plus en plus à des secteurs relativement restreints et bien délimités. Bien que des progrès plus considérables puissent encore être réalisés grâce à l'accroissement de l'effectif en personnel de surveillance et à l'ouverture d'un registre du paludisme pour chaque cas confirmé par un test sanguin, la poursuite de l'action antipaludique actuelle doit logiquement aboutir à l'éradication de la maladie.

La crainte d'une recrudescence de la maladie au cours d'une saison de pluies particulièrement abondantes a été le facteur déterminant de la décision de passer de la lutte antipaludique à l'éradication. Toutefois, le Gouvernement n'a pas l'intention de procéder à cette transition tant que durera la guerre d'Algérie, car les conditions sanitaires régnant sur le théâtre du conflit compromettraient le succès d'un programme d'éradication et les changements qui pourraient résulter du règlement de ce conflit exigeront peut-être des plans différents.

Dans l'intervalle, un projet-pilote est en cours d'exécution à Gabon et pourrait être élargi de façon à servir de projet international de démonstration. Les autorités sont vivement désireuses de procéder à l'éradication aussi rapidement que possible afin de pouvoir consacrer plus d'attention aux autres problèmes sanitaires qui, nécessairement, ne viennent, pour le moment, qu'au second rang.

Le Dr PARTOW (Irak) dit combien il apprécie le rapport très complet qui a été présenté ainsi que les détails qui y sont fournis. Ce document souligne, comme il se doit, la nécessité d'une grande vigilance à toutes les étapes. Les gouvernements auront besoin de l'aide d'experts, tant au niveau administratif qu'à celui des mesures locales d'exécution. Aucun échec ne saurait être toléré. Toutefois, plusieurs succès ont été enregistrés, et des accords devraient être conclus entre les gouvernements de la Région pour la mise

en commun, au bénéfice de tous, de l'expérience acquise. Il se déclare extrêmement reconnaissant à l'OMS de l'assistance qu'elle a fournie.

Comme on peut le constater dans l'Annexe I, il reste encore beaucoup à faire et de nombreux problèmes n'ont pas encore été résolus. Le Gouvernement irakien espère recevoir une aide de diverses organisations pour assurer le succès de ses activités d'éradication.

Les autorités sanitaires ont entrepris un effort conscient pour éviter tout procédé routinier et assurer à leur action le maximum d'efficacité.

Le paludisme a été décrété maladie à déclaration obligatoire pour faciliter l'élaboration des plans. Pour le moment, on observe dans le déroulement des opérations de surveillance un certain ralentissement dû à une pénurie de personnel. De récentes conversations, à Genève, ont mis en relief la nécessité d'augmenter les crédits auxquels les pays pourraient recourir pour l'exécution de leurs programmes d'éradication. En 1959, le Conseil d'Administration du FISE a conclu à la nécessité de subordonner l'assistance en faveur des programmes d'éradication à une décision à prendre d'année en année. Il espère que ceci ne signifie pas qu'une assistance déjà accordée à un projet sera retirée. Il émet le vœu que le FISE maintienne au même niveau son aide en faveur de l'éradication du paludisme, et que l'Irak bénéficie d'une assistance suffisante pour l'aider à extirper la maladie.

Le Dr Partow remercie le FISE de son assistance et exprime à l'OMS la gratitude de son Gouvernement pour l'envoi d'une équipe d'évaluation. Le Gouvernement irakien s'attend à ce que la mise à exécution, par lui, des recommandations de l'équipe amènera une amélioration dans les méthodes actuelles.

Le Dr ZAKI (Soudan) félicite le Directeur régional de l'excellent document dont le Sous-Comité a été saisi et remercie l'OMS du travail qu'elle a accompli au Soudan.

L'expérience acquise au cours d'un projet-pilote a montré qu'on ne saurait recourir à la dieldrine, car elle est toxique pour les animaux domestiques et, en conséquence, n'est pas acceptée par la population.

Le Gouvernement du Soudan a besoin d'une assistance accrue car son budget n'est pas considérable. A cet égard, le Dr Zaki appuie les observations du représentant du Royaume-Uni et exprime l'espoir que ce pays fournisse une partie de l'assistance financière supplémentaire requise.

Une étude de la géographie du Soudan et de sa structure sociale a montré qu'aucun projet ne pouvait réussir si un autre du même genre n'était entrepris simultanément par les pays limitrophes.

Le Dr GLYNNE (Royaume-Uni) signale que les pulvérisations d'insecticides ne sauraient constituer qu'une solution partielle du problème et qu'il importe de ne pas négliger les principes bien établis d'hygiène.

Le Dr FARID, Administrateur de la santé publique (paludisme), remercie tous les Membres du Sous-Comité de leurs observations qui revêtent un caractère constructif.

Le PRESIDENT invite le Sous-Comité à examiner le projet de résolution ci-après:

PROGRAMMES D'ERADICATION DU PALUDISME
DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

Le Sous-Comité,

Ayant étudié le document sur les programmes d'éradication du paludisme dans la Région de la Méditerranée orientale, présenté par le Directeur régional,

Prenant acte avec satisfaction des efforts faits par la plupart des pays de la Région pour la mise à exécution de programmes d'éradication du paludisme et la coordination des activités entreprises à cet égard, dans le but de s'acquitter de la tâche qui leur incombe dans l'éradication du paludisme sur le plan mondial,

Reconnaissant que le paludisme ne représente pas seulement un grave danger pour les conditions sanitaires et la prospérité économique des pays n'appliquant pas encore des programmes d'éradication du paludisme, mais fait également peser une menace sur les pays voisins, dont les projets à cet égard sont déjà à un stade avancé,

Constatant que certains pays ayant déjà lancé des campagnes d'éradication du paludisme n'ont pas encore atteint leur but dans les limites du temps prévu et selon le plan établi, parce que leurs organisations nationales d'éradication du paludisme ne sont pas pourvues du dispositif

administratif et financier approprié, et que, du fait de l'extension des programmes, ils se sont trouvés engagés, ainsi que les organisations participantes, dans des dépenses inutiles,

Constatant que certains autres pays, en obtenant des résultats favorables, ont relâché leurs efforts et leur intérêt au moment où, précisément, il aurait fallu les intensifier pour atteindre le but de l'éradication,

Prenant acte des recommandations significatives de la Seconde Conférence régionale sur l'Eradication du Paludisme, à Addis-Ababa, qui constituent une synthèse de l'expérience acquise en cette matière par les experts techniques, et l'essence des programmes d'éradication du paludisme dans la Région,

1. EXPRIME son appréciation des mesures prises par les Pays Membres pour mettre au point et exécuter des programmes d'éradication;
2. FELICITE le Directeur régional du rôle efficace que les services consultatifs techniques de l'Organisation mondiale de la Santé ont joué dans les réalisations jusqu'ici enregistrées;
3. PRIE INSTAMMENT tous les Pays Membres d'accorder à l'éradication du paludisme l'ordre de priorité qui lui revient dans leurs plans nationaux sanitaires et de développement, et d'assurer l'unité et la coordination des efforts par un libre échange d'informations, par la participation à des conférences régionales, la conclusion d'accords entre pays et des mesures susceptibles de faciliter les travaux de l'équipe d'évaluation interpays, désignée par l'OMS;
4. ATTIRE l'attention des Gouvernements sur l'importance fondamentale qu'il y aurait à étendre à leurs programmes d'éradication du paludisme l'appui qu'il est nécessaire de leur fournir en permanence, du point de vue de l'organisation et des ressources financières, pour en assurer la réussite, et à répondre aux critères établis pour l'assistance internationale;
5. FAIT SIENNES les recommandations de la Deuxième Conférence régionale sur l'Eradication du Paludisme;
6. FAIT APPEL aux Gouvernements et aux organisations participantes intéressées pour donner suite à ces recommandations.

Le Dr KHABIR (Iran), considérant qu'en raison des progrès réalisés, le paludisme ne peut plus être considéré comme un "grave" danger, suggère que cet adjectif soit supprimé.

Il en est ainsi décidé.

Le Dr GLYNNE (Royaume-Uni) indique que le paludisme ne constitue une menace que dans certains pays, qui n'ont pas encore mis en oeuvre des programmes

d'éradication. Quelques-uns ont déjà réalisé des progrès suffisants pour que le problème ne se pose plus et, en conséquence, ne participent pas au Programme de l'OMS.

Le Dr FARID, Administrateur de la santé publique (paludisme), craint que la réserve proposée par le représentant du Royaume-Uni ne soit de nature à amoindrir l'urgence de la question.

Le Dr KHABIR (Iran) ajoute que, si le membre de phrase en question était amendé comme on le propose, il risquerait d'être interprété comme signifiant que le paludisme peut exister dans un pays sans menacer sa santé et sa prospérité économique. Il se déclare donc opposé à la suggestion du Royaume-Uni.

Mr ATHEEQI (Koweït) appuie l'opposition des orateurs précédents à cette suggestion.

Le Dr GLYNNE (Royaume-Uni) retire sa suggestion.

Décision: La résolution est adoptée sous sa forme amendée.

LA SANTE MENTALE DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE (point 10(b) de l'ordre du jour, document EM/RC10/5)

Le Dr TIGANI EL MAHI, Conseiller pour la santé mentale, prenant la parole sur l'invitation du Président, présente le rapport dont le Sous-Comité est saisi et appelle particulièrement l'attention sur l'interdépendance de la notion de santé mentale et d'autres facteurs tels que le degré d'évolution sociale, la religion et les conceptions économiques. Cette interdépendance, que fait ressortir le début du rapport, confère une importance particulière au travail d'équipe et tout programme de santé mentale doit couvrir à la fois les aspects sociaux, économiques et traditionnels, aussi bien que les aspects psychiatriques du problème. D'ailleurs, l'importance accordée à chacun de ces éléments n'a cessé de varier et il en sera toujours ainsi. Cette observation s'applique à la fois aux aspects préventifs et curatifs de l'action

sanitaire, - et plus particulièrement aux aspects curatifs; en effet, les rapports entre le malade et ses médecins sont d'ordre éminemment personnel, de sorte que les méthodes adoptées dans les divers pays ne sont pas toujours interchangeables. Le succès dépend d'une étroite collaboration entre les membres des diverses branches des professions médicales et autres professions apparentées et de leur aptitude à situer le malade dans son propre milieu.

Le Dr BEN SOLTANE (Tunisie), prenant la parole sur l'invitation du Président, félicite l'auteur du rapport d'avoir souligné les relations existant, à toutes les périodes de l'histoire, entre la santé mentale et le milieu.

Après avoir retracé à grands traits cet historique et rappelé les noms des personnalités qui ont joué un rôle éminent à cet égard, le Dr Ben Soltane, parlant de l'action pour la santé mentale, menée dans son pays, résume les progrès réalisés en Tunisie depuis l'accession de ce pays à l'indépendance, il y a quatre ans. Ces progrès ont porté notamment sur l'amélioration des conditions hospitalières ainsi que sur la suppression progressive de tous les aspects pénitentiaires de l'internement, et, dans une mesure notable, de l'internement lui-même, grâce aux progrès de l'ergothérapie et de la sociothérapie. Le Dr Ben Soltane fait état, en particulier, des activités agricoles organisées à l'hôpital de Manouba, de la création d'ateliers spéciaux de rééducation et de l'élaboration d'un programme méthodique de sociothérapie. Après avoir analysé les programmes d'ergothérapie et de sociothérapie progressives et décrit les étapes qui marquent la guérison du malade, le Dr Ben Soltane expose les efforts déployés par son Gouvernement pour améliorer aussi bien les aptitudes du personnel appelé à soigner les malades mentaux que les installations de physiothérapie. Le recours à cette dernière thérapeutique comporte une expérience intéressante d'hospitalisation de jour entreprise en mai 1958 à l'hôpital Charles Nicolle. Cette expérience a contribué si heureusement, avec les moyens existants, à la guérison des malades et à l'intégration des services de santé mentale dans l'ensemble de l'activité hospitalière que le Gouvernement a l'intention de la généraliser.

Au nombre des autres améliorations apportées au traitement médical des maladies mentales pendant la même période, il y a lieu de mentionner la création de deux services d'électro-encéphalographie, l'extension de l'insulinothérapie et la généralisation du traitement ganglioplégique.

Le programme de formation professionnelle prévoit un certain nombre de bourses d'études qui se révéleront utiles pour la formation supérieure en neuro-psychiatrie, ainsi que des bourses d'études de neuro-psychiatrie infantile, à l'intention des médecins, des enseignants ou moniteurs, ainsi que des assistances sociales. Le budget de la psychiatrie a été porté de 261 000 dinars en 1956-57, à 376 000 dinars en 1960, tandis que, pendant la même période, le personnel a passé de 256 à 411 agents. Les heureux résultats obtenus au cours des quatre premières années ressortent des chiffres relatifs à l'hôpital Razi. En 1959, on a compté 2 993 admissions et 3 022 malades, grandement améliorés, ont pu quitter l'hôpital. La différence entre ces deux chiffres représente les cas jugés antérieurement incurables qui ont été récupérés par les méthodes auxquelles le Dr Ben Soltane s'est précédemment référé.

L'accession de la Tunisie à l'indépendance a beaucoup contribué à l'intensification des activités de santé mentale; elle a, en effet, permis d'aborder la question dans un esprit plus libéral et d'améliorer la santé mentale de la population, qui a cessé de vivre dans une atmosphère de conflit et de contrainte. Elle a facilité, d'une part, la collaboration entre les membres du corps médical et ceux des autres professions et, d'autre part, entre ceux-ci et le malade, - cette dernière forme de collaboration jouant un rôle très capital.

Les maladies mentales posent, en fait, un problème de libre arbitre et de libération: le libre arbitre vise à la rééducation sociale du malade par la thérapeutique, afin de développer son initiative et intégrer sa personnalité; d'autre part, la libération du malade a pour effet de l'affranchir des conflits qui l'entravent et qui en font un être asocial, empêchant ainsi l'évolution psychologique normale de sa personnalité. L'ergothérapie et la sociothérapie intensives et surveillées dont le Dr Ben Soltane a précédemment parlé permettent

au malade de s'extérioriser et de se libérer de ses conflits grâce à un égo régénéré et restructuré, affranchi de la contrainte par un effort personnel soutenu.

Cette manière dynamique et progressive d'envisager le traitement du malade dans son propre milieu culturel et historique semble être la plus susceptible de remplacer l'inhibition et l'inadaptation par l'émulation dans le développement et la régénération de la personnalité.

Le Dr ZAKI (Soudan) se félicite de l'initiative qu'a prise le Directeur régional d'entreprendre une activité, nouvelle pour la Région, dans un domaine où il reste beaucoup à faire.

Le Ministère soudanais de la Santé augmente le nombre des cliniques de santé mentale et les organise en étroite liaison avec la faculté de médecine de Khartoum afin de permettre à l'omnipraticien de bien se pénétrer des responsabilités qu'il assume dans ce domaine.

Le soin de s'occuper de la santé mentale sera confié à une administration distincte. Celle-ci sera chargée du traitement des maladies mentales, des recherches sur les problèmes de santé mentale chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, de la prophylaxie des maladies mentales, de la formation professionnelle dans le domaine de l'hygiène mentale et de l'hygiène mentale, considérée par rapport à l'instruction générale.

Le PRESIDENT invite le Comité à examiner le projet de résolution suivant:

LA SANTE MENTALE
DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

Le Sous-Comité,

Ayant examiné le rapport sur la santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale, présenté par le Directeur régional,

Considérant que l'utilité de tout service se rattache directement à la situation qui lui est faite dans la collectivité, et que l'efficacité des programmes de santé mentale se trouve compromise lorsque la santé mentale est tenue pour une branche secondaire de la médecine, comme le cas se présente dans certains pays,

Constatant que la santé mentale est inséparable de la médecine générale et, comme telle, fait partie intégrante de la collectivité ainsi que de son développement biologique, social et économique,

1. PRIE INSTAMMENT les Gouvernements:

- (1) de déployer des efforts concrets pour favoriser la création d'un service plus efficace de santé mentale dans le cadre du fonctionnement des services sociaux de santé publique;
- (2) d'entreprendre un programme de formation professionnelle du personnel à tous les échelons;
- (3) de relever le niveau du travail et des travailleurs dans le domaine de la santé mentale;
- (4) de moderniser ou de créer de nouvelles institutions dans le but de se maintenir au niveau des normes techniques et sociales établies pour le traitement dans une société en voie de développement;

2. PRIE le Directeur régional de prêter aux gouvernements qui en feront la demande une aide intégrale ou partielle dans les efforts qu'ils déploieront en ce sens."

Le Dr FARAH (Tunisie) propose de supprimer le membre de phrase "comme le cas se présente dans certains pays" qui laisse entendre que le problème est moins répandu qu'il ne l'est en réalité.

Le Dr KHABIR (Iran) appuie cette suggestion.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare qu'avant de se prononcer sur la suggestion du représentant de la Tunisie, le Sous-Comité devrait déterminer à quel point est répandue l'opinion selon laquelle la psychiatrie représente une branche secondaire de la médecine. Personnellement, il est d'avis que cette opinion est très courante et qu'il y aurait lieu de souligner davantage l'importance de la santé mentale. Ce dernier but ne serait pas atteint si le membre de phrase était supprimé.

Le Dr TIGANI EL MAHI, Conseiller pour la santé mentale, reconnaît que la santé mentale est tenue pour une branche secondaire de la médecine dans certains pays de la Région; dans d'autres, toutefois, elle est mise sur le même pied que les autres disciplines. Le membre de phrase a été inséré pour traduire exactement la situation telle qu'elle se présente dans la Région. Si on le supprime, la clarté en souffrira.

Le Dr FARAH (Tunisie) craint que, dans sa forme actuelle, le paragraphe ne laisse entendre que le Sous-Comité porte un jugement sur certains des Etats Membres représentés, ce qu'il y aurait lieu d'éviter.

Le DIRECTEUR REGIONAL admet que, s'il peut donner lieu à un tel malentendu, le membre de phrase devrait être supprimé.

Décision: La résolution, ainsi amendée, est adoptée.

LE KALA-AZAR (LEISHMANIOSE VISCERALE) DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE (Document EM/RC10/6, point 10(c) de l'ordre du jour)

Le Dr OMAR, Chef du Service épidémiologique et statistique, prenant la parole sur l'invitation du Président, signale que la leishmaniose est très répandue dans la plupart des pays de la Région. Le document dont le Sous-Comité est saisi contient une brève étude des parasites humains auxquels est due la maladie. En raison des analogies morphologiques des divers parasites, deux thèses s'affrontent: les uns prétendent qu'il existe une espèce distincte, les autres qu'il y a des variantes géographiques de la même espèce. Les deux premières formes cliniques de la maladie ont toujours été très répandues dans la Région, mais la troisième n'a été observée que récemment, dans le Soudan.

Se référant aux cartes annexées au document, le Dr Omar informe le Sous-Comité que, la déclaration de la leishmaniose n'étant obligatoire que dans cinq pays, les renseignements épidémiologiques sur la répartition et l'incidence de la maladie ne sont ni détaillés, ni sûrs au point de vue statistique. Il semble néanmoins que l'on puisse observer les leishmanioses cutanée et viscérale dans le Nord de l'Afrique et qu'il existe une autre zone traversant le continent plus au sud. Il paraît hors de doute qu'il existe deux principaux foyers hyper-endémiques de leishmaniose viscérale, dont l'un est situé dans le Soudan et l'autre dans le Pakistan oriental.

Ces deux foyers donnent lieu à des poussées épidémiques, périodiques, dont la plus récente a eu lieu, en 1956, au Soudan. A la suite de quoi, le

Gouvernement soudanais, auquel l'OMS avait prêté assistance pour l'enquête préliminaire, a intensifié son action contre la maladie. Il ne semble pas qu'il soit possible de réaliser des progrès sensibles avant que l'on ne soit mieux renseigné sur le mécanisme et le milieu de la transmission et sur les réservoirs possibles de virus. Les phlébotomes semblent constituer un important vecteur virtuel. Les recherches entreprises récemment ont donné un regain d'importance à une ancienne théorie selon laquelle l'infection directe par les voies respiratoires présentait de l'importance. Le document donne ensuite des détails sur la transmission et les réservoirs possibles de virus dans les pays asiatiques (pages 12 et suivantes), et conclut en émettant une hypothèse intéressante sur le réservoir humain. Il résulte du compte-rendu d'une enquête de l'OMS sur le kala-azar, entreprise à l'est du Bengale (Pakistan) que le traitement des habitations par le DDT avait pour effet de réduire presque à néant, dans la zone traitée, la population des phlébotomes et d'interrompre le cycle de transmission du kala-azar. Ce phénomène a été observé également en Grèce et en Italie.

Le Dr PARTOW (Irak), se référant à la description de la situation dans son pays (page 12), signale que le bouton d'Orient y a toujours existé mais que le nombre des cas nouveaux ne cesse de diminuer. Il reconnaît avec le Dr Omar que les pulvérisations de DDT ont permis d'améliorer la situation en ce qui concerne le kala-azar. Toutefois, des cas sporadiques se produisent tous les ans. Au cours d'une étude-pilote, on en a dépisté quelques-uns à Bagdad. Avant l'augmentation récente du nombre des cas de leishmaniose viscérale, la moyenne avait été de dix à vingt cas par an, tous chez des enfants. D'après les observations récentes, il semble que les recrudescences tendent à se manifester au printemps et qu'elles soient plus marquées chez les enfants d'un à trois ans. Toutefois, cette information ne se fonde sur aucune étude scientifique et épidémiologique préalablement conçue, et le Gouvernement irakien serait heureux d'obtenir l'aide de l'OMS pour conduire une enquête méthodique.

Le Dr CHEDLI (Tunisie), prenant la parole sur l'invitation du Président, remercie le Dr Omar de son rapport et de la manière dont il l'a présenté.

Contrairement à la tuberculose et au paludisme, le kala-azar, qui est hypo-endémique en Tunisie, n'a pas donné lieu à des campagnes de lutte spéciales, bien que l'on ait enregistré et observé des cas entre 1907 et 1938 et depuis 1956.

Le document dont le Sous-Comité est saisi ne fait pas mention d'une quatrième forme de leishmaniose: l'infection dermique généralisée, observée en Amérique du Sud et, plus récemment, en Ethiopie - qui, du point de vue morphologique n'est pas encore bien définie.

Actuellement, le nombre des cas de kala-azar diagnostiqués en Tunisie s'élève à un total de 182. En 1957, il avait été de 169. Les treize nouveaux cas enregistrés depuis lors l'ont été dans deux hôpitaux de Tunis et un de Sousse. Comme l'Institut Pasteur ne peut étendre son activité à tous les hôpitaux de Tunis, il n'est guère douteux qu'un certain nombre de cas ont échappé à l'enregistrement. Tous les cas nouveaux sont constatés chez des enfants âgés de quatorze mois à huit ans et dont la plupart se rangent dans le groupe d'âge d'un à trois ans. Douze sont des musulmans tunisiens et le treizième est italien. Dix proviennent de Tunis, deux du Cap Bon et un de Sousse. Sur un total de 182 cas enregistrés, 140 sont de Tunis et la quasi totalité proviennent du nord. Les garçons semblent plus vulnérables que les filles et les enfants âgés d'un à trois ans plus réceptifs que les adultes, bien que l'on ait observé aussi des cas chez ces derniers.

Les statistiques dont on peut faire état accusent, après 1956, un curieux renversement des tendances observées antérieurement à 1938. Pendant la première période d'observation, le nombre des cas de nationalité italienne a dépassé considérablement le nombre des Tunisiens musulmans et juifs. Pendant la seconde période, on a observé une augmentation rapide et persistante du nombre des cas chez les Tunisiens musulmans et une diminution impressionnante chez les Italiens. Charles Nicolle a attribué la prédominance des cas chez les Italiens au fait qu'ils possédaient souvent des chiens qu'ils avaient amenés d'Italie et qui, en raison du changement de climat, devenaient particulièrement sensibles à la leishmaniose canine et jouaient ainsi le rôle de réservoirs de la maladie. Toutefois, le renversement de la tendance ne semble pas avoir été accompagné d'une augmentation du nombre des

chiens appartenant à des Tunisiens, encore que l'acquisition progressive de l'immunité par les chiens d'origine italienne soit de nature à expliquer la diminution du nombre des cas parmi les Italiens.

Il ne semble pas qu'on ait constaté une augmentation de la fréquence globale de la maladie depuis que des statistiques sont établies.

Le Gouvernement s'est efforcé récemment d'assurer le diagnostic précoce, mesure qui a été facilitée par l'éducation sanitaire de la population et par l'augmentation du nombre des centres de consultation pour enfants. L'action anti-paludique aura pour effet de réduire le nombre des cas de splénomégalie et de rendre plus facile le diagnostic de la leishmaniose. L'abattage des chiens errants au cours de la lutte contre la rage sera également de nature à entraîner une diminution des cas de leishmaniose. Il y aurait intérêt, dans l'avenir, à traiter les maisons par des pulvérisations et à détruire les phlébotomes, car ces mesures se sont révélées efficaces au Pakistan, en Grèce et en Italie. Indépendamment du maintien des mesures prophylactiques, le Gouvernement tunisien a l'intention de continuer à enregistrer les cas, dans l'espoir de combler certaines lacunes des connaissances épidémiologiques. L'omnipraticien a, lui aussi, une contribution à apporter à la lutte contre la leishmaniose et ses observations pourraient revêtir une importance décisive.

Pour assurer la diffusion de ces observations parmi le public, il y aurait lieu de rendre la déclaration de la maladie obligatoire, là où elle ne l'est pas encore.

L'OMS devrait venir en aide à tous les pays dans lesquels le manque de connaissances fait obstacle au progrès, en vue d'organiser des enquêtes épidémiologiques dont les résultats présenteraient un intérêt général.

Le Dr ETEMADIAN (Iran) félicite le Bureau régional de son excellent rapport.

Se référant au paragraphe relatif à son pays, à la page 12, il précise que la leishmaniose viscérale est une curiosité clinique et que la fréquence de la forme dermique de la maladie ne cesse de décroître.

Le Dr ZAKI (Soudan) exprime toute sa satisfaction de ce rapport qui présente un exposé complet de la situation.

La leishmaniose est endémique au Soudan et on a observé une épidémie de la forme viscérale de la maladie en 1956-57, période au cours de laquelle on a diagnostiqué jusqu'à 7 436 cas. La mortalité a été élevée au début de l'épidémie (60%), parce qu'un traitement précoce, qui aurait permis d'améliorer sensiblement la situation, a été rendu difficile du fait de la saison et de l'absence d'autres infections telles que le paludisme. Le Dr ZAKI expose ensuite, dans ses grandes lignes, le mode de traitement qui a été administré aux malades.

Dans ces circonstances critiques, le Gouvernement a fait appel au concours de l'OMS et du Gouvernement des Etats-Unis. Répondant à cet appel, le Dr Seal, de l'Unité navale No3 de Recherches médicales des Etats-Unis (United States Naval Medical Research Unit No3), au Caire, s'est rendu dans la région infectée et un centre d'étude de la maladie est en voie de création dans la Province du Haut-Nil. On prévoit que, dans l'automne de l'année 1960, ce centre sera achevé, doté de son personnel et mis en mesure de fonctionner. Entre autres questions, il étudiera le mécanisme de la transmission et, plus particulièrement, l'existence possible d'un réservoir humain. Il procédera également à des études sur la nutrition.

Pour conclure, le Dr Zaki remercie l'OMS et le Dr Seal de l'assistance dont son pays a bénéficié.

Le Dr SEAL, Directeur de la Recherche (Unité navale No3 de Recherches médicales des Etats-Unis), au Caire, prenant la parole sur l'invitation du Président, déclare que durant un voyage au Soudan, fait en 1959 sur l'invitation du Gouvernement soudanais, lui-même et l'entomologiste qui l'accompagnait se sont intéressés à la maladie et se sont convaincus de la nécessité et de l'intérêt pratique que présentaient les recherches.

Un point que le document ne met pas en évidence est que certaines mesures de prophylaxie ont été couronnées de succès à la suite de l'élimination, dans certains pays, de la population canine et de pulvérisations d'insecticides

à effet rémanent contre les phlébotomes soit dans les habitations, soit par voie aérienne dans la périphérie des villes. En procédant ainsi, il est possible de réduire notablement l'incidence du bouton d'Orient, mais les études épidémiologiques satisfaisantes montrant que le véritable kala-azar peut être enravé, sont peu nombreuses.

La leishmaniose viscérale pose un problème différent. Il est, en effet, manifeste qu'elle se présente au Soudan et dans le Kenya autrement que dans d'autres régions du globe. Il ne semble pas que les chiens y soient un réservoir de virus et l'on n'a pas identifié d'autres réservoirs. Il est probable que le phlébotome est encore le vecteur le plus important au Soudan, ce qui n'exclut pas la possibilité qu'il y en ait d'autres. Au Soudan, la maladie est caractérisée par la résistance aux composés stibiés et une cure de quinze jours de "pentostam" ne permet pas de guérir plus de 50% des cas, bien que le pourcentage des guérisons soit beaucoup plus élevé dans l'Inde. Au Kenya, les cas se montrent également rebelles à cette médication. Les différences entre l'épidémiologie de la maladie, telle qu'elle se présente au Soudan et au Kenya et telle qu'elle se présente dans les autres pays, sont si nombreuses qu'il semble y avoir tout lieu de suspecter une souche différente de leishmaniose. La nécessité évidente de poursuivre les recherches pour déterminer la manière de s'attaquer à ce problème particulier est telle que l'Unité navale No 3 de Recherches médicales des Etats-Unis a offert au Gouvernement soudanais ses bons offices en vue de trouver des solutions à ce problème.

Quoiqu'il en soit, il ne semble guère y avoir d'espoir de mettre au point, dans un avenir immédiat, un agent thérapeutique nouveau et plus actif. Une enquête préliminaire, effectuée au printemps de l'année 1960, a confirmé les observations formulées par le représentant du Soudan et par d'autres spécialistes. On examine la possibilité de l'existence d'un réservoir de virus chez les rongeurs, et les techniques de culture seront étudiées à bref délai. Pendant l'année écoulée, il a été constaté que la seule espèce qui pique l'homme est P.papataci, bien que les observations précédemment faites eussent mis en cause P.clydei et d'autres espèces.

Des observations de Kirk, il semble ressortir que la maladie est contractée dans la brousse plutôt que dans les villes ou même les villages, de sorte que les pulvérisations risquent fort de ne pas donner les résultats que l'on pourrait escompter d'après l'expérience rapportée dans le document. On ne perd pas de vue la possibilité de l'existence d'un réservoir humain avec transmission soit directe, soit par un hôte intermédiaire qui pourrait être le phlébotome.

Le Dr Seal rend alors hommage aux énergiques efforts déployés par le Gouvernement soudanais pour assurer le dépistage des cas et le traitement, - effort qui ont permis de réduire le nombre des cas nouveaux. Le Centre nouvellement créé étudiera à fond le mécanisme de la transmission, le problème des réservoirs de virus, les méthodes de dépistage et de thérapeutique appropriées aux campagnes de masse et les conditions d'immunité de l'organisme à l'égard de la maladie.

Le Dr OMAR, Chef du Service épidémiologique et statistique, signale que la forme de leishmaniose mentionnée par le représentant de la Tunisie est visée dans le document EM/RC10/6, Section I, premier paragraphe, alinéa 2, et Section V. Il se range à l'avis du représentant de la Tunisie en ce qui concerne la déclaration obligatoire de la maladie et propose de faire figurer une disposition à cet effet dans le projet de résolution.

Le PRESIDENT attire l'attention du Comité sur le projet de résolution reproduit ci-après:

LE KALA-AZAR (LEISHMANIOSE VISCERALE)
DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

Le Sous-Comité,

Prenant acte avec intérêt du rapport sur le kala-azar (leishmaniose viscérale) présenté par le Directeur régional,

Reconnaissant que les diverses formes de leishmaniose sont endémiques en diverses parties de la Région de la Méditerranée orientale,

Constatant qu'en dépit des études déjà entreprises la question de la transmission de la maladie et du réservoir animal de l'infection n'a pas encore été résolue,

PRIE le Directeur régional de suivre de près les recherches récemment entreprises dans la Région et de prêter aux pays qui en feront la demande, une assistance en matière de lutte contre la maladie, d'enquêtes ou de recherches concernant ce problème.

Le DIRECTEUR REGIONAL propose d'insérer, dans le dispositif, le paragraphe suivant avant le paragraphe existant actuellement:

"RECOMMANDE l'addition de la leishmaniose à la liste des maladies à déclaration obligatoire dans les pays de la Région où il n'existe pas de réglementation à cet effet".

Le Dr GLYNNE (Royaume-Uni) fait observer que, dans des territoires comme Aden, où la maladie n'apparaît que très rarement, une réglementation de ce genre n'est pas nécessaire. Il suggère donc d'ajouter, en la place appropriée, le membre de phrase: "selon qu'il sera jugé convenable" dans l'amendement proposé par le Directeur régional.

Le DIRECTEUR REGIONAL accepte cette suggestion.

L'amendement suggéré par le Directeur régional est adopté.

Le projet de résolution sur le kala-azar (leishmaniose viscérale) dans la Région de la Méditerranée orientale est adopté sous sa forme amendée.

LE ROLE DE LA SANTE PUBLIQUE DANS L'ELIMINATION DES DECHETS RADIOACTIFS
(document EM/RC10/7, point 10(d) de l'ordre du jour)

Le Dr EL HALAWANI, Directeur régional adjoint, présente le rapport sur le rôle de la santé publique dans l'élimination des déchets radioactifs (EM/RC10/7). Ce document a été établi à l'intention des administrations de la santé publique plutôt que des spécialistes; il porte sur deux sujets principaux: l'importance du rôle de l'administration de la santé publique dans ce domaine et les dangers de l'utilisation croissante de l'énergie atomique. Sans doute, tous les pays de la Région ne sont pas encore dotés de programmes d'énergie atomique mais il y a lieu de prévoir qu'ils ne tarderont pas à l'être, eux aussi, au moment voulu. Il y a donc lieu de mettre à l'étude tous les moyens de protection possibles contre les dangers des radiations ionisantes.

La contamination ambiante peut provenir de sources diverses, notamment de l'industrie, des exploitations minières, des réacteurs, de la production de combustible nucléaire, etc. L'atmosphère peut être contaminée, non seulement par les essais mais encore par les fumées des établissements industriels, des réacteurs, etc. Cette contamination peut se produire dans des conditions normales ou à la suite d'un accident. Quoiqu'il en soit, les administrations de la santé publique ne devraient rien ignorer de la question puisque c'est à elles qu'il appartiendra de faire face à la situation. A la suite d'accidents survenus dans les pays évolués, tel que celui qu'on a déploré à Windscale, on a pu obtenir des précisions utiles.

Le rapport fait une distinction entre les matières radioactives utilisées dans les hôpitaux et les laboratoires comme sources solides ou closes et celles qui sont utilisées sous une forme ouverte; il expose également les moyens d'éliminer les déchets. Les radioisotopes sont largement utilisés en médecine, en agriculture, dans l'industrie, et en matière de nutrition, de sorte que de nombreux agents risquent d'être exposés aux radiations. L'administration de la santé publique devrait donc contrôler l'utilisation des isotopes, en tenant registre des activités qui s'y rattachent et de l'élimination des déchets. Jusqu'ici, la question a été de la compétence des savants, mais il est temps que les administrations de la santé publique assument leurs responsabilités.

L'OMS a établi, sur les méthodes d'analyse radiochimique, un rapport qui a rendu de grands services aux laboratoires. Le Laboratoire de l'Agence internationale de l'Energie atomique à Vienne, a analysé les produits alimentaires et autres, en vue d'y déceler la présence de strontium et d'autres isotopes radioactifs. Son expérience a été utile à de nombreux autres laboratoires.

L'enfouissement des déchets radioactifs présente l'inconvénient qu'on risque de les déterrer au cours des travaux agricoles. Il y a également risque d'irradiation lors des opérations d'autopsie, d'incinération et d'embaumement des corps. Une conférence spéciale a étudié la possibilité de décharger les

déchets radioactifs dans la mer. Cette question est très vaste et il a été seulement possible de l'effleurer dans le rapport. Ce document traite de l'importance que présentent les stations météorologiques pour déceler la contamination de l'atmosphère à la suite d'essais, d'opérations industrielles ou d'accidents.

Enfin, le Dr El Halawani attire l'attention du Comité sur une brochure relative à la manipulation sans danger des radioisotopes, publiée par l'Agence internationale de l'Energie atomique et sur les recommandations de la Commission internationale de Protection contre les Rayonnements, dont un bref extrait est reproduit à l'Annexe II du rapport.

Le Dr ZAKI (Soudan) déclare que les administrations de la santé publique ont un rôle capital à jouer dans l'élimination des déchets radioactifs. Bien que l'industrie atomique ne soit pas encore très développée dans la Région, les gouvernements s'intéressent à la construction de réacteurs, à la création de services d'isotopes radioactifs et à l'utilisation des radiations pour le traitement du cancer. En outre, on a déjà détecté, dans la Région, des déchets radioactifs et ces déchets augmenteront à mesure que l'industrie sera de plus en plus tributaire de l'énergie atomique. Il est donc essentiel que les pays intéressés prennent des mesures immédiates pour résoudre les problèmes que posent ou que poseront les déchets radioactifs, notamment ceux que soulève la contamination des produits alimentaires et de l'eau. Le Dr Zaki se félicite de constater, d'après le document EM/RC10/7, que l'OMS joue, à cet égard, un rôle important, notamment en organisant des groupes d'étude chargés d'examiner les problèmes que soulèvent les déchets radioactifs. A son avis, il y aurait lieu de créer un service spécial pour étudier le problème dans son ensemble.

Mr ROBERTS (Agence internationale de l'Energie atomique), prenant la parole sur l'invitation du Président, tient à exprimer les meilleurs voeux du Directeur général de son Organisation pour le succès de la réunion du Sous-Comité et à dire combien il se félicite d'avoir été invité à y participer.

Le document EM/RCIO/7 lui semble décrire d'une manière très complète le rôle que peuvent jouer les administrations de la santé publique pour protéger les populations contre les radiations. L'Organisation à laquelle appartient l'orateur apprécie hautement l'activité que déploie l'OMS dans ce domaine, notamment en ce qui concerne l'élimination des déchets radioactifs. Il est hors de doute que la protection contre les radiations ne pourra être vraiment efficace que grâce à la coopération des autorités sanitaires qui doivent, entre autres attributions, avoir voix prépondérante lorsqu'il s'agit de prescrire les doses admissibles maxima.

Afin que le Sous-Comité soit pleinement informé des efforts déployés pour permettre aux pays de bénéficier sans danger des avantages de l'énergie nucléaire, l'orateur rend brièvement compte des activités récemment entreprises ou patronnées par l'Agence internationale de l'Energie atomique en ce qui concerne l'élimination des déchets radioactifs.

Après avoir remercié le représentant de l'Agence internationale de l'Energie atomique de son exposé, le PRESIDENT propose d'adopter le projet de résolution suivant:

ROLE DE LA SANTE PUBLIQUE
DANS L'ELIMINATION DES DECHETS RADIOACTIFS

Le Sous-Comité,

Ayant pris connaissance avec intérêt du document sur le rôle de la santé publique dans l'élimination des déchets radioactifs, présenté par le Directeur régional,

Rappelant la résolution EM/RC9/R.8, adoptée par le Comité régional de la Méditerranée orientale à sa session de 1959, concernant les radiations ionisantes dans les domaines de la médecine et de la santé publique,

Prenant acte de la résolution EB25.R63 du Conseil exécutif, et de la résolution subséquente, WHA13.56, de la Treizième Assemblée mondiale de la Santé, sur "les radiations et la santé, y compris la protection de l'humanité contre les dangers des radiations ionisantes, quelle que soit leur source",

Considérant que l'utilisation des isotopes radioactifs pour les recherches, le diagnostic et la thérapie s'est développée dans la Région, et que des plans sont à l'étude pour l'exercice d'une plus grande activité dans le domaine de la radiologie,

Notant que des problèmes se posent ou se poseront du fait de l'extension de l'industrie atomique ainsi que de l'évacuation des déchets atomiques et de la contamination ambiante qui en résultent, notamment par rapport à l'eau et aux denrées alimentaires, en particulier le lait,

Considérant que la responsabilité d'assurer la protection du public contre les dangers des radiations pour la santé incombe en définitive aux administrations de la santé publique,

1. PRIE instamment les Etats Membres du Comité régional d'organiser au sein de leur ministère de la santé un département spécial, chargé de s'occuper particulièrement du contrôle des radiations, afin de s'assurer qu'elles demeurent dans les limites des doses admissibles, et de procéder à l'inspection des diverses sources d'irradiation dans le pays;
2. PRIE le Directeur régional d'aider les gouvernements dans leurs efforts à cet égard, notamment en procurant des avis d'experts sur la protection contre les dangers des radiations, notamment, par une évacuation, assurée dans des conditions efficaces, des déchets radioactifs, et par l'octroi de bourses de formation professionnelle en ce domaine;
3. SOULIGNE la nécessité de maintenir un contact étroit avec l'AIEA, l'UNSCEAR et d'autres agences ou organisations s'intéressant au problème des radiations.

Il en est ainsi décidé.

La séance est levée à 16 h. 10