

Bureau régional de
l'OMS
pour la Méditerranée
orientale

rapport annuel du directeur

1964-65



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

RAPPORT ANNUEL
du
DIRECTEUR REGIONAL
à la
QUINZIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

1er juillet 1964 - 30 juin 1965

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1
APERCU GENERAL	
I COMITE REGIONAL, 14 ^e SESSION	16
II SERVICES CONSULTATIFS ET TECHNIQUES	
1. ENSEIGNEMENT ET FORMATION PROFESSIONNELLE	
Enseignement médical	18
Enseignement de la médecine dentaire	22
Formation postuniversitaire en santé publique	22
Formation professionnelle du personnel auxiliaire	24
Programme de bourses d'études	27
2. ERADICATION DU PALUDISME	
Etat d'avancement des activités visant à l'éradication du paludisme	31
Programmes, activités relatives à la planification et à l'évaluation	35
Formation professionnelle et bourses d'études	36
Recrutement de personnel et financement	38
Problèmes techniques et travaux de recherche	40
Activités coordonnatrices	41
Perspectives d'avenir	43
3. MALADIES TRANSMISSIBLES	
Maladies quarantenaires (variole - choléra - typhus)	46
Maladies bactériennes (tuberculose - lèpre)	50
Ophtalmies transmissibles	53
Maladies parasitaires (bilharziose)	54
Santé publique vétérinaire	56
4. SERVICES DE SANTE PUBLIQUE	
Administration de la santé publique (Développement communautaire - Hygiène rurale)	60
Laboratoires de santé publique	63
Soins infirmiers	66

	<u>Page</u>
Education sanitaire	70
Hygiène maternelle et infantile	74
Statistiques démographiques et sanitaires	78
Pharmacie et dépôts de fournitures médicales	81
 5. PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTE	
Lutte anticancéreuse	84
Génétique humaine	87
Nutrition	88
Hygiène et médecine des radiations	91
Hygiène sociale et médecine du travail	92
 6. HYGIENE DU MILIEU ET APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN EAU	94
 III INFORMATION	100
 IV ADMINISTRATION ET FINANCES	
Généralités	104
Personnel	104
Budget et finances	107
Fournitures et matériel médicaux	109

ANNEXES

Annexe I Projets par pays

Annexe II Accords conclus entre le 1er juillet 1964 et le 30 juin 1965

I N T R O D U C T I O N

I N T R O D U C T I O N

Les pays de cette Région sont actuellement engagés dans une course contre l'espace et le temps; ils ont en effet besoin d'espace pour absorber la poussée démographique qui se poursuit à la cadence moyenne de 2,5% par an, et de temps, pour appliquer les progrès technologiques des deux ou trois dernières décennies aux problèmes sociaux et biologiques dont les origines remontent parfois à des milliers d'années.

Pour gagner cette course vitale, les pays de la Méditerranée orientale s'emploient activement à façonner leur avenir à l'aide d'un large éventail de moyens modernes destinés à faire fructifier les déserts au profit de populations qui vont se multipliant, à chasser leurs fléaux ancestraux et à préparer la santé et le bien-être de leurs habitants.

Certains pays de la Région en sont encore au stade du démarrage, ébauchant les grandes lignes d'une croissance sociale régulière. D'autres disposent déjà de solides organes de planification pour l'exploitation maximale de leurs ressources techniques et médicales. Mais on observe avec satisfaction que dans tous les pays de la Région qui s'éveillent et se développent avec une telle rapidité, les programmes sanitaires occupent, somme toute, la place qui leur revient parmi les plans d'ensemble élaborés par les gouvernements en vue d'élever les niveaux de vie, grâce à la généralisation de l'enseignement et à l'accroissement de la production agricole et industrielle.

*

L'année écoulée a renforcé l'impression que dans la plupart des pays de cette Région, les organismes de santé publique ont de plus en plus d'audience lorsqu'ils prônent l'hygiène en tant que principe

fondamental et constructif du gouvernement moderne. La mise sur pied, le fonctionnement et l'expansion des services nationaux de santé, l'incorporation du programme sanitaire national dans le plan de développement général du pays, la coordination et l'intégration croissantes des services sanitaires au sein du programme socio-économique, sont le fruit de leurs efforts incessants.

Toutefois, dans certains pays, le développement harmonieux et approprié des services de santé s'est heurté à certains obstacles, tels que des ressources financières limitées et le manque de personnel qualifié. Ces difficultés ont surtout affecté l'évolution régulière des services sanitaires aux niveaux urbain et rural et, aux niveaux provincial et central, celle des services de coordination et de contrôle. A cet égard, les principes d'aménagement et de fonctionnement des organismes de santé publique laissent encore apparaître des lacunes plus ou moins marquées que seuls les efforts conjugués de tous les intéressés permettront de combler.

Dans le but d'inciter les gouvernements à s'intéresser à l'avenir même éloigné de leurs services sanitaires, l'OMS les a encouragés ces dernières années à préparer des programmes sanitaires nationaux à long terme. Les programmes sanitaires élaborés par les divers gouvernements accusent des différences considérables quant à l'étendue des détails. Les projets qui ont bénéficié de l'aide de l'OMS au cours des quinze dernières années répondaient pour la plupart aux besoins urgents ressentis dans la Région tant du point de vue sanitaire que social. C'est pourquoi on a accordé la priorité aux campagnes de lutte contre les maladies transmissibles, aux programmes intéressant le développement de l'hygiène maternelle et infantile, l'assainissement, l'enseignement et la formation de personnel professionnel et auxiliaire. Bon nombre des pays de la

Région sont désormais en mesure de lancer ces programmes - surtout les campagnes de lutte contre les maladies transmissibles - avec leurs ressources propres, et une aide relativement réduite de l'Organisation.

En revanche, s'ils veulent préparer et mettre en oeuvre un programme sanitaire national, les gouvernements se doivent d'élaborer des politiques sociales et économiques, de mobiliser leurs ressources en hommes et en matériel, de concevoir un appareil administratif stable et adapté aux besoins, et enfin de recourir aux connaissances et à l'expérience techniques tirées de situations analogues. L'OMS peut certainement apporter une contribution notable à la préparation et à la mise en oeuvre des plans sanitaires nationaux, tout comme à leur adaptation aux besoins nouveaux pendant la période d'évolution des services sanitaires des Etats Membres. Cette assistance peut être du type "ad hoc" et porter sur un court terme, selon les divers aspects des programmes sanitaires nationaux, ou bien prendre la forme d'une aide générale à long terme pour la mise en oeuvre du programme sanitaire d'ensemble. Le fait d'utiliser l'assistance de l'OMS pour la réalisation de buts et d'objectifs techniques précis permettrait aux gouvernements d'utiliser à bon escient les compétences professionnelles de leurs ressortissants nationaux, aussi bien que celles que peut leur offrir l'aide extérieure.

En ce qui concerne les activités de la santé publique dans la lutte contre les maladies transmissibles, il convient de mentionner, entre autres réalisations régionales, la création et parfois le renforcement des services épidémiologiques auprès des ministères de la santé. L'OMS y contribue en donnant des avis sur le plan technique, des bourses d'études, et parfois des fournitures et du matériel.

Le bon fonctionnement des services épidémiologiques requiert la présence de laboratoires de la santé publique et de services statistiques dotés d'une organisation rationnelle, et l'on n'insistera jamais assez sur ce point.

Le domaine des statistiques démographiques et sanitaires doit encore subir des améliorations, et bénéficier à ce titre d'une attention particulière, pour pouvoir occuper la place qui lui revient, c'est-à-dire celle d'un instrument important de l'administration de la santé publique.

Les statistiques de morbidité, tout comme celles que fournissent les services sanitaires, sont loin d'être satisfaisantes. Dans certains pays de la Région, il n'est même pas possible d'obtenir de chiffres précis sur les naissances et les décès. Ce problème provient en grande partie de ce que l'on n'apprécie pas à sa juste valeur la nécessité de disposer de données statistiques sanitaires d'ensemble et de statisticiens qualifiés.

On projette d'organiser dans le courant de l'année, à l'échelon régional, une réunion de spécialistes des statistiques sanitaires afin d'examiner quelques-unes de ces questions.

Les efforts tendant à l'éradication du paludisme se sont poursuivis dans les pays de la Région où des campagnes de cet ordre avaient commencé il y a déjà quelques années, et de nouveaux progrès ont été enregistrés. Les difficultés d'ordre pratique et technique rencontrées au cours des années précédentes se sont traduites par la réapparition de foyers de transmission dans des zones où le paludisme avait pratiquement disparu, notamment en Iran, Irak, Jordanie, Libye et République Arabe Syrienne. Mais tout en posant de graves problèmes, ces difficultés ont

provoqué une réaction positive et immédiate des services antipaludiques nationaux, et il en est résulté une amélioration générale de la qualité technique et opérationnelle des campagnes d'éradication.

Ayant pris connaissance des aspects techniques de l'oeuvre accomplie et des difficultés rencontrées lors du déroulement des programmes d'éradication du paludisme, le Bureau régional a, pour sa part, décidé d'augmenter l'aide qu'il apporte aux gouvernements pour l'évaluation technique des progrès réalisés. En conséquence, l'Equipe régionale de Coordination et d'Evaluation a été étoffée, et se trouve désormais dotée des effectifs et de l'équipement qui conviennent pour l'étude des questions épidémiologiques dans les zones difficiles. Les premiers résultats obtenus lors de l'évaluation de la situation épidémiologique en Irak et en Jordanie sont prometteurs, et l'on prévoit que les remèdes envisagés permettront d'éliminer les foyers de paludisme subsistant encore dans ces pays.

Entre autres événements importants, il convient de mentionner la Conférence inter-régionale sur le Paludisme, qui s'est tenue à Tripoli (Libye) du 28 novembre au 5 décembre 1964. Elle a réuni des représentants de quatorze pays de la Région de la Méditerranée orientale, et de trois autres de la Région de l'Europe. Les conclusions et les recommandations formulées lors de cette Conférence, seront certainement d'un grand intérêt pour l'évolution future des programmes d'éradication du paludisme dans notre Région.

La tuberculose reste au premier plan des préoccupations des gouvernements et, lorsque le besoin s'en fait sentir, l'OMS participe à la lutte contre cette maladie.

A ce sujet, les recommandations formulées par le Comité d'Experts en matière de Tuberculose, qui s'est réuni à Genève en 1964, sont très importantes du point de vue pratique¹. Elles insistent sur le caractère

¹ OMS, Sér. Rap. tech. No 290, 1964

simple, économique et efficace que doit revêtir toute méthode préconisée pour la lutte contre la tuberculose; en effet, de la sorte, tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, peuvent mener une lutte efficace et rationnelle contre cette maladie, à l'échelle nationale.

C'est pourquoi, dans les pays où les campagnes de vaccination par le BCG semblent le moyen le meilleur et le plus propre à combattre la tuberculose, on a recommandé la vaccination directe des groupes d'âge jeune, sans test tuberculinique préalable. Des enquêtes récentes ont permis de constater que tout en étant inoffensive, cette méthode offre des avantages certains sur le plan financier et opérationnel. Toutefois, afin d'étudier les possibilités de généralisation de la méthode, il a été recommandé de procéder à des essais limités à certains échantillons de population, avant de l'étendre à l'ensemble. Un petit nombre de pays de cette Région, dont l'Ethiopie et le Pakistan, ont appliqué cette méthode à plus ou moins grande échelle.

D'autre part, on admet généralement que les vaccinations simultanées par le BCG et contre la variole pourraient, le cas échéant, être pratiquées dans le cadre du programme de vaccination de masse.

En ce qui concerne le dépistage systématique, le Comité d'Experts a observé que le fait de porter toute l'attention voulue sur les sujets présentant des signes apparents de tuberculose, et de se fier au seul examen bactériologique des crachats pour diagnostiquer la maladie, pourrait parfois constituer une méthode acceptable, sans qu'il soit nécessaire de procéder à l'examen radiologique. Ainsi, des mesures prophylactiques simples peuvent-elles s'intégrer facilement dans l'arsenal déployé par les services sanitaires de base, et il n'est plus aussi indispensable de disposer d'un équipement radiologique compliqué pour établir le diagnostic. En fait, la plupart des pays de la Région ont pris nettement conscience de

l'intérêt qu'il y a à intégrer la lutte antituberculeuse dans les activités des services sanitaires de base, et certains d'entre eux ont déjà pris des mesures dans ce sens au cours de l'année écoulée.

Il est par ailleurs réconfortant de noter que, dans la majorité des pays de la Région, les programmes de lutte antituberculeuse à long terme sont considérés comme faisant partie des plans nationaux à long terme intéressant le domaine sanitaire dans son ensemble. Ainsi la lutte contre la tuberculose se trouve-t-elle harmonieusement englobée dans l'édifice du système sanitaire. Ce fait, ajouté à la généralisation des techniques et des fiches médicales - dont le principe a été facilement admis par tous ceux qui se consacrent à cette tâche - permet d'augurer favorablement de l'avenir, en ce qui concerne l'élimination de la tuberculose en tant que problème de santé publique.

*

Le trachome et les autres affections conjonctivales continuent de poser de graves problèmes, tant sur le plan social que sur le plan économique, dans divers pays de la Région. On peut espérer que les activités poursuivies dans le cadre de la lutte contre le trachome - traitement des enfants d'âge scolaire et campagnes de masse - donneront des résultats appréciables, surtout quand le relèvement des niveaux de vie et l'amélioration des conditions locales viendront faciliter le processus de guérison et réduire les risques de rechute et de réinfection. Si pour l'instant, l'éducation sanitaire, l'hygiène du milieu et le traitement aux antibiotiques restent les principales armes utilisées contre le trachome, on espère néanmoins pouvoir leur adjoindre d'ici peu la vaccination en tant que moyen efficace de lutte contre cette affection.

*

L'aide accordée par l'OMS aux pays de notre Région en matière d'éducation et de formation professionnelle, s'accroît régulièrement.

On tend actuellement à accorder de plus en plus d'importance à l'assistance à apporter à l'enseignement de la médecine, tant au niveau universitaire que postuniversitaire.

En 1960, la Région ne disposait que de huit écoles de médecine réparties entre sept pays; à l'heure actuelle, on en compte trente-trois. L'ouverture d'une nouvelle école de ce genre est un événement marquant dans l'histoire d'une nation en voie de développement. Au cours des deux dernières années, deux écoles de médecine ont été créées dans le cadre d'un programme d'assistance de l'OMS, l'une en Tunisie, l'autre en Ethiopie. En 1964, dans un troisième pays, la République Arabe Syrienne, un groupe de consultants de l'Organisation a poursuivi l'étude de plans visant à l'établissement d'une nouvelle école de médecine à Alep. Ailleurs encore, en Arabie Saoudite, on explore actuellement les possibilités de création d'une première école de médecine; à cet effet, un consultant à court terme de l'OMS s'est rendu sur place et a présenté des recommandations préliminaires.

On a récemment observé un fait nouveau et intéressant dans le domaine de l'enseignement de la médecine: il s'agit du "jumelage" d'une jeune école avec une autre plus ancienne, toutes deux situées sur le territoire de la Région. Cet événement est sanctionné par l'accord spécial qui a été conclu entre l'Université Hailé Selassié I et l'Université américaine de Beyrouth, et en vertu duquel des étudiants en médecine éthiopiens seront formés au Liban pendant les années précédant les études cliniques, celles-ci devant être suivies ultérieurement en Ethiopie.

L'assistance de l'OMS pour la promotion de l'enseignement de la médecine dans l'un ou l'autre pays, considéré séparément, consiste principalement à fournir des avis au moyen de groupes d'experts consultants, du personnel enseignant, des bourses d'études permettant d'offrir aux

ressortissants nationaux qui se destinent à l'enseignement une formation suffisamment poussée, et enfin le matériel et l'équipement nécessaires à cet enseignement, périodiques et livres compris.

L'assistance de l'OMS s'applique également aux programmes inter-pays pour la promotion de l'enseignement de la médecine. On envisage de constituer un Tableau régional de professeurs de médecine, susceptibles de prêter leur concours à la préparation de colloques, de réunions de groupes sur l'enseignement de la médecine, et de plans relatifs à la création et au fonctionnement d'un Centre régional d'Informations sur l'Enseignement de la Médecine.

Un Conseiller régional pour l'Enseignement de la Médecine a été nommé à titre permanent auprès du Bureau régional et l'on espère que cette nomination contribuera à faciliter la tâche de l'OMS dans cet important domaine.

*

Le programme de bourses d'études de l'OMS représente un aspect très important de l'oeuvre qu'accomplit l'Organisation dans cette Région. Les domaines auxquels elles s'appliquent vont des matières hautement spécialisées, telles que la virologie, à la préparation d'auxiliaires sanitaires, lorsque les moyens de formation appropriés n'existent pas dans les pays d'origine. La formation professionnelle des homologues nationaux du personnel de l'OMS fait l'objet d'une attention spéciale. En 1964, un total (budget ordinaire, Assistance technique et Compte spécial pour l'éradication du paludisme) de \$ 891 108 a été affecté au programme de bourses d'études de la Région, contre \$ 726 654 en 1963, et \$ 688 269 en 1962.

Le nombre de bourses allouées varie légèrement d'une année à l'autre, mais la tendance générale est à l'augmentation. Je désire rappeler à ce propos la contribution que l'OMS a apportée à la formation

de médecins diplômés, grâce au programme régional de bourses dont un certain nombre d'étudiants en médecine ont bénéficié. A la fin de l'année 1964, soixante-douze étudiants, venus de Chypre, d'Ethiopie, de Jordanie, de Libye, d'Arabie Saoudite, de Somalie et du Yémen poursuivaient des études de médecine, sous l'égide de l'OMS. Au cours de cette même année, sept d'entre eux ont terminé leurs études et sont allés rejoindre le premier contingent de pionniers de la profession médicale dans leurs pays d'origine, principalement en Libye, en Somalie et au Yémen.

*

L'attention accordée dans cette Région aux activités spécifiques du domaine de l'éducation sanitaire est un phénomène d'une grande importance.

Le Colloque inter-pays sur l'Education sanitaire dans les Ecoles qui doit se dérouler au Koweït en 1966, et le projet d'organisation d'un cours de formation professionnelle aux techniques d'analyse et d'évaluation de l'éducation sanitaire sont deux indices de cette tendance. Alors qu'autrefois toute l'attention se concentrait sur les campagnes de masse, la tendance actuelle s'oriente vers une éducation sanitaire systématique et soigneusement planifiée, susceptible de se prêter à une évaluation, et partant, à une application ultérieure des résultats obtenus en mesurant l'efficacité de ses activités, notamment du point de vue de leur adaptation aux problèmes sanitaires particuliers à tel ou tel pays.

*

L'éducation sanitaire du public est également un facteur important quand il s'agit de résoudre les problèmes de nutrition qui se posent dans la Région. Elle est nécessaire à tous les niveaux, en fonction des besoins qui se font sentir. Ainsi, on constate parfois que les

administrateurs sanitaires, les médecins, les travailleurs de la santé publique, et autres personnes s'occupant de la formation professionnelle en matière de nutrition, n'apprécient pas à leur juste valeur les principes de la nutrition appliquée.

En dehors des milieux médicaux, on constate souvent un manque de compréhension à l'égard de l'incidence que peut avoir sur la productivité une alimentation rationnelle qui tend à réduire les cas de maladie et à favoriser la prospérité économique. Dans le public, en général, ce sont les croyances et les coutumes locales qui bien souvent empêchent ou retardent la mise en oeuvre des programmes d'éducation en matière de nutrition. Dans ce domaine, l'assistance accordée aux gouvernements par le Bureau régional revêt divers aspects. En premier lieu, le Bureau émet des avis sur les programmes d'études destinés à tous les niveaux de la formation professionnelle en matière de nutrition, ainsi que sur les projets de formation en soins infirmiers et en médecine où la nutrition figure parmi les matières enseignées. Ensuite, grâce au programme de bourses d'études, il permet aux nouvelles générations d'étudier la nutrition dans les meilleurs établissements de formation professionnelle du monde. Enfin, grâce à l'organisation de colloques, tel celui qui est prévu sur le thème de l'alimentation des travailleurs de l'industrie, l'attention des administrateurs et des planificateurs des milieux dirigeants est orientée vers ces problèmes et la manière de les résoudre.

Un des principaux moyens de diffusion des informations consiste à utiliser le personnel travaillant sur le terrain, et une série de notices comportant quelque 250 pages de renseignements pratiques a été préparée à cet effet. Ces notices offrent l'avantage de procurer sur la nutrition, l'éducation en matière de nutrition, les techniques et la méthodologie nutritionnelles, ainsi que sur les aspects sociologiques de la nutrition, des informations fondées sur les acquisitions les plus

récentes. De la sorte, on s'efforce de stimuler la préparation de manuels nationaux sur la nutrition qui seraient extrêmement utiles à tous les pays de la Région.

*

La menace des affections cancéreuses pèse de plus en plus sur de nombreux pays de la Région. Cela est dû à plusieurs raisons, notamment aux progrès déjà réalisés dans la lutte contre les maladies transmissibles, ainsi qu'aux changements intervenus dans la répartition de la population dans les différents groupes d'âge. Le cancer se classe parmi les principales causes de décès et, de problème intéressant la santé individuelle, il tend à devenir un problème de santé publique d'une ampleur considérable. Les gouvernements, conscients de cette évolution, déploient tous leurs efforts pour renforcer les services sanitaires appropriés et continuent à demander conseils et assistance à l'Organisation.

Compte tenu des efforts entrepris de tous côtés en vue d'organiser et de coordonner la lutte contre ce fléau, le moment semble venu pour les gouvernements de la Région d'envisager l'insertion de programmes communs de lutte contre le cancer dans leurs programmes sanitaires. La route à parcourir est encore longue, surtout dans le domaine de la recherche scientifique et appliquée. Toutefois, dans la Région de la Méditerranée orientale, il est urgent de mettre d'ores et déjà l'accent sur la formation professionnelle et la préparation de spécialistes hautement qualifiés, et sur la mise au point des installations cliniques et de laboratoires nécessaires à la création d'un réseau de services anti-cancéreux.

*

La nécessité d'une assistance soutenue dans la planification et l'organisation de services de pharmacie et de fournitures médicales a été reconnue et nettement définie dans un grand nombre de pays de la Région.

Le problème principal auquel on se heurte à ce propos, est celui de la pénurie de personnel qualifié ou de l'inaptitude du personnel dont on dispose dans ce domaine. On s'efforce de plus en plus de remédier à cette carence, notamment par la création de centres régionaux de formation ouverts au personnel des divers domaines que recouvre le terme général de pharmacie.

Il est réconfortant de noter que, tandis que certains gouvernements membres ont déjà installé des laboratoires pour le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques, d'autres se préparent à les suivre dans cette voie. Cette tendance mérite d'être signalée. En outre, la création d'un laboratoire régional pour le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques est à l'étude au Bureau régional.

*

En ce qui concerne le Programme élargi d'Assistance technique, le plan de financement portant sur deux ans a été clôturé et une nouvelle période biennale a été entamée le 1er janvier 1965. L'application du programme devant être répartie à peu près également sur ces quatre années, le programme approuvé pour la Région représente environ 1,1 million de dollars par an. Si l'on considère la Région dans son ensemble, l'application de la part du programme prévue pour les années 1963 et 1964 a dépassé d'environ 31 000 dollars le chiffre primitivement approuvé, et il a fallu couvrir cet excédent par des fonds supplémentaires prélevés sur l'allocation totale de l'OMS et obtenus grâce aux économies réalisées dans d'autres Régions. A moins de circonstances imprévues qui pourraient se produire au cours de la période qui vient de commencer, on peut envisager avec confiance que tous les fonds disponibles de l'assistance technique seront absorbés. En fait, dès le premier semestre de 1965, en vue de venir en aide à certains gouvernements, on a dû adresser au Président-Directeur une demande de crédits supplémentaires à prélever sur le Fonds de réserve pour dépenses imprévues.

Cependant, pour satisfaisante qu'elle soit, l'exécution de ce programme ne devrait pas reléguer dans l'ombre l'évolution moins heureuse d'un autre de ses aspects au cours des dix dernières années. Pendant les six années écoulées de 1954 à 1959, les dépenses du programme de l'Assistance technique mis en oeuvre se sont chiffrées en moyenne à 970 000 dollars par an. Il est donc aisé de constater que le programme annuel approuvé pour la période de 1961 à 1964, n'est que de 13,5% supérieur à la moyenne annuelle du programme réalisé lors des six années précédentes. Si l'on considère que de 1954 à 1964 les ressources prévues pour le Programme élargi dans son ensemble ont presque doublé, on se rendra compte que l'assistance supplémentaire accordée aux activités sanitaires de cette Région a été en réalité, bien modeste. Cela peut certes s'expliquer en partie par le fait que la Région dans son ensemble, et pour tous les types d'activités, n'a pas bénéficié, au-delà des plafonds globaux fixés pour les pays, de suppléments proportionnés à l'accroissement des ressources disponibles au titre du Programme de l'Assistance technique; néanmoins, il semble légitime de conclure que, lorsqu'ils procèdent à la récapitulation des requêtes à présenter au Bureau de l'Assistance technique pour leurs programmes, certains pays ne se rendent peut-être pas suffisamment compte que l'investissement en ressources humaines à des fins sociales et sanitaires favorisent également dans une large mesure le développement économique.

*

Cette année, j'ai eu le privilège de faire le Pèlerinage de la Mecque avec certains de mes collègues, en réponse à l'aimable invitation que nous avait adressée le Gouvernement de l'Arabie Saoudite. Les efforts que ce Gouvernement a déployés pour l'organisation d'un des plus importants rassemblements religieux annuels du monde sont dignes de tous les éloges.

Le total des pèlerins ayant pris part aux cérémonies a largement dépassé le million, et parmi ceux-ci 290 000 venaient de pays autres que l'Arabie Saoudite, ou plus précisément de quatre-vingt-douze pays du monde. D'après les prévisions, ce chiffre sera encore dépassé au cours des années à venir. Les cérémonies du Pèlerinage se déroulent en quatre endroits différents dans un laps de temps déterminé, ce qui ne peut qu'augmenter la complexité des problèmes. Le fait qu'il n'y ait eu ni épidémies ni accidents graves témoigne des efforts déployés par les autorités sanitaires et les autres services gouvernementaux intéressés. En fait, les services de secours médical prévus pour les pèlerins sont bien organisés et disposent de grandes possibilités de mouvement.

Je suis certain que, grâce aux très louables efforts du Gouvernement de l'Arabie Saoudite, les quelques problèmes se rapportant à l'assainissement, aux mouvements des pèlerins, aux abris organisés à leur intention, ainsi qu'à la conservation des viandes sacrifiées, seront résolus en temps voulu.

*

Pour conclure cet aperçu préliminaire, et avant de passer à un examen plus détaillé de l'ensemble du travail effectué au cours de la période considérée, je voudrais remercier ici les Gouvernements de la Région pour la coopération incessante qu'ils apportent à l'Organisation. Toutes réalisations, tous progrès accomplis, sont dus dans une large mesure à leurs directives et à leur coopération.

A P E R C U G E N E R A L

I COMITE REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE
QUATORZIEME SESSION

1. Le Sous-Comité A du Comité régional s'est réuni à Koweït du 3 au 7 octobre 1964, et le Sous-Comité B, à Genève, les 22 et 23 septembre 1964.

2. Les principaux points soulevés, lors de la discussion sur le Rapport annuel du Directeur régional, ont été les suivants: enseignement et formation professionnelle et création de nouvelles écoles de médecine dans la Région; utilité des réunions entre pays limitrophes en vue de la coordination des mesures d'éradication du paludisme sur le plan inter-pays; recherches sur le trachome, en particulier en vue de la préparation de vaccins contre cette maladie; les maladies transmissibles, notamment la variole, la lèpre, la poliomyélite, les infections intestinales, les maladies vénériennes, la bilharziose et l'onchocercose; les recherches sur le cancer, ainsi que les études épidémiologiques qu'il importe d'entreprendre sur la mortalité et la morbidité dues au cancer; le rôle de l'hygiène du milieu et des approvisionnements publics en eau dans le domaine de la santé; la planification sanitaire en tant qu'élément capital des plans nationaux à longue échéance visant au développement socio-économique; la nécessité de mettre sur pied des services de statistiques démographiques et sanitaires bien conçus, ou de développer les services existants; l'éducation sanitaire dans ses rapports avec tous les programmes de santé; le contrôle des médicaments et des produits pharmaceutiques et la nécessité d'assurer leur maintien au niveau requis.

3. Le Projet de Programme et de Budget pour 1966, d'un total de US \$ 4 057 000 au titre du Budget ordinaire, a été examiné et approuvé, hormis quelques petites modifications, en vue de sa transmission au Directeur général. L'importance d'aborder un certain nombre d'activités sur une base inter-pays a été réaffirmée, afin de permettre, soit à la Région

QUATORZIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS (SOUS-COMITÉ A)



Un groupe de participants à la Session 1964 du Sous-Comité A du Comité régional de l'OMS, à Koweït.



S.E. Abdel Latif Al Thunian, Ministre de l'Hygiène (Koweït), a ouvert la Session du Sous-Comité qui s'est tenue du 3 au 7 octobre 1964 à l'Institut des Soins infirmiers de Koweït. A gauche: le Dr. A.H. Taba, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, prononce son allocution inaugurale.

Le Dr A.H. Taba, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, a assisté aux cérémonies du Pèlerinage, et s'est entretenu avec diverses personnalités séoudiennes des aspects sanitaires du pèlerinage de La Mecque. (Photo) Le Directeur régional en compagnie de S.E. le Dr Yousef El Hajiri, Ministre de l'Hygiène, et d'autres représentants du Gouvernement et de l'OMS.



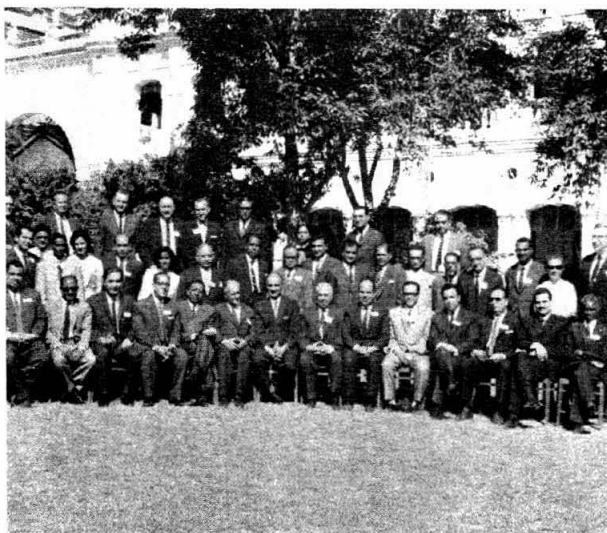
Au centre de santé et de formation professionnelle de Sana'a (Yémen) le Président Abdullah El Salal félicite l'une des neuf nouvelles infirmières auxiliaires diplômées.



Une sage-femme de l'école de formation professionnelle du personnel sanitaire (Mogadiscio) reçoit son diplôme des mains de S.E. Abdullahi Issa Mohamed, Ministre de l'Hygiène, des Services vétérinaires et du Travail, lors de la cérémonie de remise des diplômes qui s'est tenue dernièrement à Mogadiscio



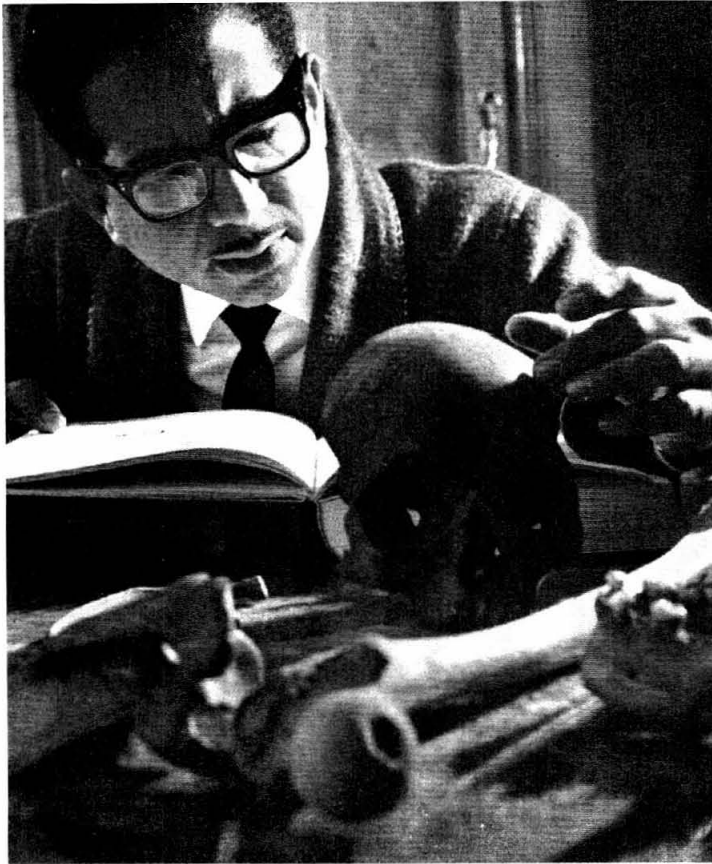
Le Dr M.G. Candau, Directeur général de l'OMS, accompagné du Dr A.H. Taba, Directeur régional, s'est rendu l'automne dernier en visite officielle à Katar et en République Arabe Unie. (Ci-contre) Au Caire, les directeurs de l'OMS visitent le Laboratoire de Recherches virologiques.



Un Colloque OMS/FAO sur l'Hygiène alimentaire, la Lutte contre les Zoonoses et la Santé publique vétérinaire, organisé à Lahore du 29 octobre au 6 novembre, a réuni des représentants de la santé publique et des services vétérinaires de 15 pays.



L'inauguration du Sanatorium Saint-Pierre et du Centre antituberculeux de Harar, a marqué une nouvelle étape dans la lutte contre la tuberculose en Ethiopie. (Photo) Sa Majesté Impériale Hailé Selassié s'entretient avec les représentants des Services sanitaires éthiopiens, et le Consultant de l'OMS en tuberculose, lors de l'inauguration du Sanatorium Saint-Pierre.



Il consacre ses loisirs à parfaire ses connaissances théoriques.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL POST-UNIVERSITAIRE



Le futur chirurgien s'instruit par l'observation et par la pratique: il participe ici à une opération. De retour dans son pays, le Dr Assad aura la responsabilité de centaines d'interventions chirurgicales semblables.



Le Dr Assad flâne avec quelques confrères égyptiens aux abords de l'Université de Kasr-el-Eini.

Le Dr A.Q. Assad, un boursier OMS originaire du Yémen, qui a obtenu son diplôme de médecine avec mention, se spécialise actuellement en chirurgie générale à la Faculté de Médecine de Kasr-el-Eini (RAU).



Le boursier OMS confère avec le Dr G. Rifka Administrateur de la Santé publique pour l'Enseignement et la Formation professionnelle, lors de sa visite au Bureau régional de l'OMS, à Alexandrie.

dans son ensemble, soit à des groupes de pays, d'entreprendre des programmes en commun ou de favoriser l'examen de certaines questions par des colloques ou réunions de groupes. On a estimé que le projet de programme présentait un équilibre satisfaisant entre les divers types d'activités.

4. Le Sous-Comité A déplore le décès du Dr Aly Tewfik Shousha, survenu le 31 mai 1964; afin de perpétuer son souvenir, il a demandé au Directeur régional d'examiner la possibilité de créer un "Fonds Dr Shousha" qui servirait à l'attribution périodique de prix destinés à récompenser des physiciens ou d'autres travailleurs sanitaires de la Région pour leur contribution dans le domaine de la santé publique.

5. Les questions techniques figurant à l'ordre du jour ont été les suivantes: la rougeole dans la Région de la Méditerranée orientale, considérée par rapport à la santé publique; le service de laboratoires de santé publique; examen de certains aspects de l'enseignement médical; la pharmacie et les dépôts de fournitures médicales des hôpitaux dans le cadre de l'administration hospitalière.

6. Les "Diarrhées infantiles" ont constitué le thème des Discussions techniques. Les deux Sous-Comités avaient précédemment choisi "la santé scolaire" pour thème des Discussions techniques en 1965. Le Sous-Comité A a décidé de prendre pour thème, en 1966 "les aspects sanitaires de l'industrialisation en tant que facteur de pollution de l'atmosphère".

II SERVICES CONSULTATIFS ET TECHNIQUES

1. ENSEIGNEMENT ET FORMATION PROFESSIONNELLE

ENSEIGNEMENT MEDICAL

7. Les rapports annuels les plus récents mettent en relief l'accroissement soutenu des activités de l'OMS dans le domaine de l'enseignement médical dans la Région. La Conférence sur l'Enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale, réunie à Téhéran en 1962, a cristallisé les besoins et les aspirations des Etats Membres et a posé des principes d'une grande valeur pour les développements futurs dans ce domaine. Le Groupe spécial sur l'enseignement de la médecine, qui s'est réuni à Alexandrie en 1963, a passé en revue les activités mises en oeuvre à la suite de la Conférence de 1962 et a soumis des recommandations concrètes au Directeur régional. Au cours de ces deux réunions, il a été préconisé qu'une participation de l'OMS à un niveau de plus en plus élevé soit apportée à toutes les phases de la formation. Il a de même été rappelé que les éducateurs médicaux ont tendance à être par trop préoccupés par le progrès technique, et trop peu par les problèmes socio-économiques qui ont une répercussion sur la santé de leurs propres pays. Les services nationaux d'hygiène sont les "consommateurs" des produits des écoles de médecine et, à ce titre, il leur est nécessaire d'assurer une meilleure utilisation des connaissances scientifiques déjà bien établies dans le domaine de la prévention des maladies et de la lutte contre celles-ci.

8. Dans tous les pays, les besoins en médecins, tant en ce qui concerne leur nombre que leur qualité, iront croissant; même dans l'hypothèse la plus favorable, il y aura une pénurie marquée de personnel qualifié pouvant entreprendre les programmes des services sanitaires; dans certaines régions, une pénurie grave persistera pendant un certain nombre d'années à venir.

9. Dans cette Région, les méthodes suivies dans l'enseignement médical sont empruntées, en grande partie, à des institutions extérieures à la Région et ces méthodes ne sont pas nécessairement celles qui conviennent le mieux aux types de culture dans lesquelles elles ont été transplantées. C'est pourquoi, durant cette période d'expansion rapide, une plus grande attention est consacrée au caractère de la formation professionnelle, du double point de vue de la qualité et de la quantité. L'OMS appuie les efforts déployés pour la refonte et le renforcement des programmes d'études des écoles de médecine visant à combiner un enseignement bien conçu avec une intégration totale dans les programmes nationaux de santé.

10. Des changements notables se sont produits à l'intérieur de la Région dans le domaine de l'enseignement médical. Les sections d'enseignement de l'hygiène publique et de la médecine préventive, avec l'assistance de l'OMS, renforcent leurs effectifs et augmentent le nombre d'heures consacrées à l'instruction. Les centres d'hygiène qui y sont affiliés fournissent aux universitaires un champ d'expérience active, parfois dans des villages éloignés. Certaines conférences théoriques, sont remplacées ou complétées par des méthodes d'enseignement plus dynamiques, soit au chevet des malades, soit dans des laboratoires, soit au moyen de colloques.

11. De plus, l'OMS encourage, sur le plan professionnel, des échanges de vues libres et fréquents entre les membres du personnel médical enseignant dans la Région, dans l'espoir que la confrontation de leurs expériences permettra d'atteindre ce qu'une institution travaillant isolément n'est pas en mesure de réaliser. Cette mise en commun des idées sera continuée, voire accentuée, grâce à des réunions de groupes et à des séminaires sur l'enseignement médical, grâce aussi aux délibérations d'un Tableau régional d'Experts de l'Enseignement médical et aux visites des représentants du Bureau régional aux Etats Membres, notamment celle du Conseiller régional pour l'Enseignement médical.

12. Malgré les nombreux problèmes inhérents à leur fondation et à leur croissance initiale, les écoles de médecine nouvellement créées ont l'avantage unique de mettre sur pied un système d'enseignement conçu sur des bases réalistes. Elles sont dégagées de toute tradition encombrante et peuvent élaborer un programme en pleine connaissance des exigences nationales qui ont présidé à leur création. L'OMS apporte le concours de ses consultants à l'organisation de nouvelles écoles de médecine, et met aussi à leur disposition, pour de plus longues périodes, d'autres consultants qui participent à l'enseignement.

13. Répondant au désir exprimé par le Gouvernement de la République Arabe Syrienne, un groupe de consultants de l'OMS pour l'enseignement médical a visité ce pays au cours de l'année, en vue d'étudier la possibilité de créer une nouvelle faculté de médecine à Alep, en supplément de celle qui fonctionne depuis de nombreuses années déjà à Damas, et de formuler des avis à ce sujet. Le Groupe a publié un rapport qui a été transmis au Gouvernement syrien pour étude.

14. A la demande du Gouvernement de l'Ethiopie, l'OMS a prêté les services d'un professeur d'hygiène publique et de médecine préventive qui a assumé ses fonctions en prévision de l'admission du premier contingent d'étudiants à la nouvelle école d'Addis Abeba. La Faculté a pris l'initiative audacieuse de mettre au point un programme d'études destiné à assurer un enseignement médical aux fonctionnaires de la santé formés au Collège de Gondar, au même titre qu'aux étudiants universitaires ordinaires. C'est là une activité qui mérite d'être suivie de près et que l'OMS continuera à appuyer.

15. De même, la nouvelle école de médecine de Tunis s'est assigné un programme qui doit répondre aux besoins sanitaires de sa population. Tous ces efforts auront pour effet d'enrichir l'expérience dont pourront tirer profit d'autres institutions, tant nouvelles qu'anciennes.

16. Une bibliothèque de documentation bien conçue est indispensable, tant pour la recherche que pour l'enseignement. La pénurie de revues et de manuels est vivement ressentie dans plusieurs pays. Le coût du matériel d'une bibliothèque standard est très élevé et comporte souvent des problèmes de devises étrangères. L'OMS ne peut prêter qu'une assistance directe très limitée. Cependant, on envisage de centraliser des bibliothèques sur une base nationale ou régionale, afin d'augmenter le nombre des manuels courants offerts à des prix raisonnables.

17. Un cours de bibliothéconomie, étalé sur dix semaines, portant aussi sur les fonctions des bibliothécaires médicaux, a été organisé, avec l'assistance de l'OMS, à l'Université américaine de Beyrouth au cours de l'été 1964. Neuf boursiers de l'OMS, provenant de l'Iran, de l'Irak, du Pakistan, de la République Arabe Syrienne et de la République Arabe Unie ont achevé le cours; les résultats ont été des plus encourageants, et on projette d'organiser un second cours durant l'été 1965.

18. La réévaluation de l'enseignement médical entreprise dans cette Région n'est pas un phénomène isolé mais mondial. Bien que les problèmes qui se posent localement soient de nature différente et requièrent des solutions différentes, certains principes fondamentaux sont cependant universels et doivent être appliqués par tous. La Région de la Méditerranée orientale compte participer à une conférence interrégionale sur les méthodes d'enseignement de la médecine, qui doit se tenir à New Delhi, en 1965. L'OMS coopèrera également à la Troisième Conférence mondiale sur l'Enseignement médical dont la réunion est prévue pour 1966, à New Delhi. Il convient de relever à ce propos que le thème de cette importante conférence sera: l'"Enseignement médical et le Développement économique".

19. Depuis janvier 1965, un Conseiller pour l'Enseignement médical a été adjoint au Bureau régional, dans le cadre d'un projet inter-pays.

ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE DENTAIRE

20. L'intérêt pour l'enseignement de la médecine dentaire s'est à nouveau manifesté récemment; un consultant de l'OMS pour l'hygiène dentaire a visité l'Irak, la Jordanie et le Pakistan au courant de l'année, afin de mener une enquête sur les services d'hygiène dentaire existants, et plus particulièrement sur l'enseignement de la médecine dentaire. Le rapport sur cette mission est à l'étude. Cependant, pour témoigner du regain d'intérêt que le Bureau porte à ce domaine, une allocation annuelle spéciale de \$ 10 000 a été inscrite au budget à partir de 1965 dans le cadre d'un projet inter-pays pour les bourses d'études en hygiène dentaire, en vue d'aider, en premier lieu, des enseignants de la médecine dentaire à se rendre à l'étranger pour y acquérir une formation postuniversitaire.

FORMATION POSTUNIVERSITAIRE EN SANTE PUBLIQUE

21. Le développement accentué de l'enseignement postuniversitaire de la médecine et de la santé publique dans la Région suscite un intérêt toujours croissant. En plus des trois institutions d'Alexandrie, de Beyrouth et de Lahore, qui dispensent un enseignement postuniversitaire en santé publique, l'OMS a été requise de prêter son assistance pour la création et l'organisation d'un cours postuniversitaire de santé publique à l'Institut de Parasitologie, de Médecine tropicale et d'Hygiène de Téhéran. Deux consultants de l'OMS se sont rendus en Iran vers la fin de l'année 1964 et ont rédigé un rapport détaillé. On envisage d'instituer un cours postuniversitaire en santé publique à l'Institut au cours de l'automne 1965, et l'OMS mettra à la disposition de l'Institut des professeurs

et des consultants étrangers qui prêteront leur concours à l'enseignement; de même, des bourses seront accordées pour la formation de personnel enseignant à l'étranger.

22. Le Bureau régional a pris une part active et directe au Séminaire itinérant organisé par le Bureau régional des Amériques sur l'Organisation et l'Administration des Ecoles de Santé publique, qui a eu lieu dans la Région de la Méditerranée orientale du 7 au 17 mars 1965. Deux écoles de santé publique ont été visitées par les participants qui comprenaient, entre autres, treize doyens et professeurs d'écoles de santé publique du Canada et des Etats-Unis d'Amérique; des représentants de l'Iran, du Pakistan et de la République Arabe Unie y ont également pris part. Le Séminaire a contribué dans une large mesure à favoriser, parmi les participants, des échanges de vues et d'expériences sur la formation postuniversitaire en matière de santé publique, et s'est intéressé, d'une manière particulière, à l'organisation et à l'administration des écoles de santé publique visitées à Alexandrie et à Beyrouth ainsi qu'à leurs programmes d'études. Des plans préliminaires sont en cours de préparation pour qu'un séminaire à peu près analogue soit organisé ultérieurement par les soins du Bureau régional.

23. Conformément à la résolution adoptée par la Seizième Assemblée mondiale de la Santé, des dispositions ont été prises pour étudier les possibilités d'organiser des programmes de formation spéciale au moyen de cours et de séminaires, à l'intention du "Personnel sanitaire national assumant de hautes responsabilités administratives dans les services d'hygiène". Le Médecin régional chargé de l'Enseignement et de la Formation professionnelle a participé à Genève à un groupe d'études tenu au Siège de l'OMS en décembre 1964, au cours duquel on a examiné la situation et formulé des recommandations. Le rapport de ce groupe d'études est en préparation.

FORMATION PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL AUXILIAIRE

24. On constate une grande variété quant aux stades de développement atteints par les divers pays de la Région. Certains d'entre eux disposent déjà d'un noyau de personnel sanitaire bien préparé, alors que d'autres doivent encore faire venir des travailleurs sanitaires de l'étranger, même au niveau auxiliaire.

25. La formation professionnelle des agents sanitaires auxiliaires revêt de jour en jour une importance croissante dans un certain nombre de pays qui s'efforcent d'incorporer dans leurs plans nationaux à long terme des programmes de formation professionnelle, en vue d'assurer un développement plus poussé dans les domaines sanitaire et social. Ceci s'appliquerait plus particulièrement aux pays ayant récemment accédé à l'indépendance, comme la Somalie. Cette tendance s'est imposée, du moins en partie, à la suite de l'accumulation d'un ensemble d'indices selon lesquels les agents sanitaires auxiliaires sont appelés à jouer un rôle essentiel dans l'expansion des services de santé de nombreux pays, en particulier ceux qui souffrent d'une pénurie aiguë de personnel qualifié, tant médical que sanitaire. La nécessité de former des auxiliaires "sur place", dans leurs pays respectifs, ne saurait être contestée.

26. Les programmes de formation professionnelle conduits dans le cadre des divers projets bénéficiant de l'assistance de l'OMS sont minutieusement suivis, soit au cours de visites effectuées sur place par le personnel du Bureau régional, soit au cours de rencontres qui ont lieu avec les membres du personnel de l'OMS opérant sur le terrain lors de leurs visites au Bureau régional.

27. Des projets sont en cours d'élaboration en vue de procéder à des études d'évaluation sur un échantillon représentatif des projets bénéficiant de l'assistance de l'OMS et ayant pour objectif la formation

d'auxiliaires sanitaires, en s'attachant particulièrement aux programmes d'études ainsi qu'à l'utilisation des "diplômés". A cette fin, le projet inter-pays "Evaluation de la formation du personnel auxiliaire dans la Région" sera mis en oeuvre en 1967.

28. Il convient de relever que le nombre de projets bénéficiant de l'assistance de l'OMS et ayant pour objectif la formation d'agents sanitaires auxiliaires dans la Région tend à augmenter. C'est là probablement une tendance bien orientée, si l'on tient compte des besoins immédiats des pays dans le domaine de la santé. Cette tendance indique également que les besoins en personnel auxiliaire ne diminueront pas nécessairement lorsque le nombre de travailleurs qualifiés augmentera.

29. La sélection des stagiaires est actuellement régie par des critères plus sévères que par le passé. Les candidats possédant le niveau d'instruction requis sont habituellement interviewés et un examen d'admission est généralement organisé. De plus, les stagiaires admis aux cours sont aussi soumis à une période probatoire allant de quatre à douze semaines.

30. Les programmes de formation professionnelle fonctionnant dans les divers projets de formation d'agents sanitaires auxiliaires sont l'objet d'un remaniement constant, l'accent étant mis sans cesse sur l'un ou l'autre point d'intérêt général. En premier lieu, il est souhaitable de recruter les stagiaires parmi des candidats ayant un niveau d'instruction aussi élevé que possible. Chacun sait que les stagiaires dotés d'une formation de base assez poussée deviennent des travailleurs sanitaires polyvalents plus efficaces et, partant, mieux préparés à entreprendre des études professionnelles après avoir acquis une expérience pratique de durée variable. En deuxième lieu, l'accent est mis sur le concept d'équipe tout au long de la formation professionnelle afin d'inculquer au stagiaire le désir de prendre part à l'effort concerté d'un groupe. En troisième lieu, on

PROGRAMME DE BOURSES D'ETUDES

33. Le Programme régional de Bourses d'Etudes est en constante expansion, tant sous le rapport des fonds qui lui sont consacrés que du nombre de bourses octroyées. Ainsi en 1964, 275 bourses ont été accordées contre 236 l'année précédente. Le total des bourses accordées pendant la période de 1949 à 1964 inclus a atteint le chiffre de 2 763, compte non tenu des prolongations (voir Figure I). De même, les crédits consacrés en 1964 aux bourses d'études, ont atteint le chiffre record de \$ 891 108, contre \$ 726 654 en 1963, et \$ 688 269 en 1962.

34. Le montant des fonds affectés aux bourses d'études est indiqué sur le graphique (Figure VI). Ce montant était de \$ 264 723 en 1951; pendant les trois années qui ont suivi, on note un fléchissement et la courbe descend à \$ 28 900 en 1954. De 1957 à 1961, le montant des fonds atteint environ un demi million de dollars des Etats-Unis. Depuis lors, une augmentation rapide des fonds affectés aux bourses d'études s'est produite. Sur le même graphique (Figure VI) se trouve tracé le pourcentage du budget régional total consacré aux bourses d'études. En 1964, le pourcentage était de 18,4% contre 17% en 1963.

35. Quant aux domaines d'études, "l'Organisation et les Services de la Santé" (comprenant l'administration de la santé publique, l'assainissement, les soins infirmiers, l'hygiène maternelle et infantile) vient en tête de ligne; les études sur le paludisme occupent la deuxième place sur la liste. (Voir Figure II).

36. La Région de l'Europe continue à être largement utilisée pour le placement des boursiers se rendant à l'étranger et appartenant à des pays de la Région de la Méditerranée orientale. En 1964, environ la moitié du nombre des boursiers a étudié en Europe, alors que trente-et-un pour

cent ont étudié dans la Région. Il convient de signaler que les efforts sont intensifiés au maximum pour utiliser les ressources disponibles dans la Région pour la formation des boursiers. Ceci s'applique clairement aux attributions de bourses pour des études du niveau universitaire. On prévoit que cette même ligne de conduite sera adoptée pour les études post-universitaires, dès qu'il y aura davantage de possibilités dans la Région. (Voir Figures III et IV).

37. De janvier 1950 à décembre 1964, sur 149 boursiers (voir Figure V) ayant suivi des études universitaires de médecine dans le cadre de ce programme, trente-cinq ont achevé leurs études et parmi ceux-ci trente et un travaillent dans leur pays d'origine; quant aux quatre autres, on ne possède pas d'indication précise à leur sujet. Dans quarante-deux cas, les bourses ont dû être annulées pour diverses raisons, entre autres des résultats universitaires insuffisants. Des efforts ont été déployés pour réduire au minimum la proportion d'échecs en perfectionnant les méthodes de sélection des candidats à admettre dans les écoles de médecine, et, également, en prodiguant des conseils aux étudiants au cours de leur formation, mesure qui s'est avérée d'une immense valeur pour les boursiers de l'OMS venus de la Somalie et poursuivant des études universitaires de médecine en Italie.

38. Sur 275 bourses d'études octroyées en 1964, cinquante-cinq (20%) ont été attribuées à des étudiants du sexe féminin. Cette proportion n'était que de 14,8% en 1963, 16,1% en 1962 et 8,5% en 1961. La proportion croissante du nombre des boursières, par rapport à l'ensemble des bourses d'études de l'OMS, apparaît clairement au cours de ces dernières années. En 1964, un peu plus du tiers des boursières ont étudié les soins infirmiers, alors que les autres ont acquis une formation dans divers domaines, notamment l'anesthésiologie, les statistiques sanitaires, la protection contre les radiations, la génétique humaine, les techniques de laboratoire et autres sujets.

FIGURE I

NOMBRE DE BOURSES D'ETUDES OCTROYÉES PAR L'OMS (EMRO) **1949 — 1964**

PROLONGATIONS NON COMPRISES

PAYS	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	TOTAL
ADEN	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	1	6
CHYPRE	-	1	-	3	2	-	-	-	-	1	4	3	11	24	9	10	68
ETHIOPIE	4	13	10	9	6	1	5	3	7	8	5	7	8	7	6	9	108
IRAN	8	10	7	27	34	16	29	15	34	38	27	13	21	41	29	29	378
IRAK	1	2	3	13	19	5	9	7	12	18	16	12	22	26	11	24	201
ISRAEL	1	2	9	15	12	7	7	5	10	11	11	10	8	15	9	7	139
JORDANIE	-	1	5	2	4	3	6	3	5	8	13	18	18	13	16	15	130
KOWEIT *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	1	5	12
LIBAN	1	4	8	6	17	8	8	9	18	17	15	13	12	13	10	7	166
LIBYE	-	-	1	5	6	4	7	3	9	5	13	12	7	2	3	6	83
PAKISTAN	7	4	12	12	14	4	13	4	11	10	20	19	39	35	29	42	275
KATAR **	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
ARABIE SAOUDITE	-	2	4	3	3	1	4	4	5	1	14	14	15	15	4	3	92
SOMALIE	-	-	-	-	-	-	5	1	6	9	12	12	20	21	19	16	121
SOUDAN	-	1	5	1	8	5	7	7	20	19	25	28	28	22	21	19	216
R.A.SYRIENNE	-	4	10	5	16	6	22	10	17	6	8	8	16	20	15	15	178
TUNISIE ***	-	-	-	-	-	-	-	12	14	12	19	22	16	15	19	8	137
R.A.U.	10	7	10	9	31	18	33	11	26	38	12	17	31	37	13	51	354
YEMEN	-	-	-	-	-	2	12	2	2	-	3	13	31	6	20	6	97
TOTAL	32	51	84	110	173	81	167	96	196	201	217	221	306	317	236	275	2763

* S'EST JOINT A L'OMS EN 1960

** S'EST JOINT A L'OMS EN 1964

*** ATTACHÉE AU BUREAU RÉGIONAL DE LA MEDITERRANÉE ORIENTALE EN 1956

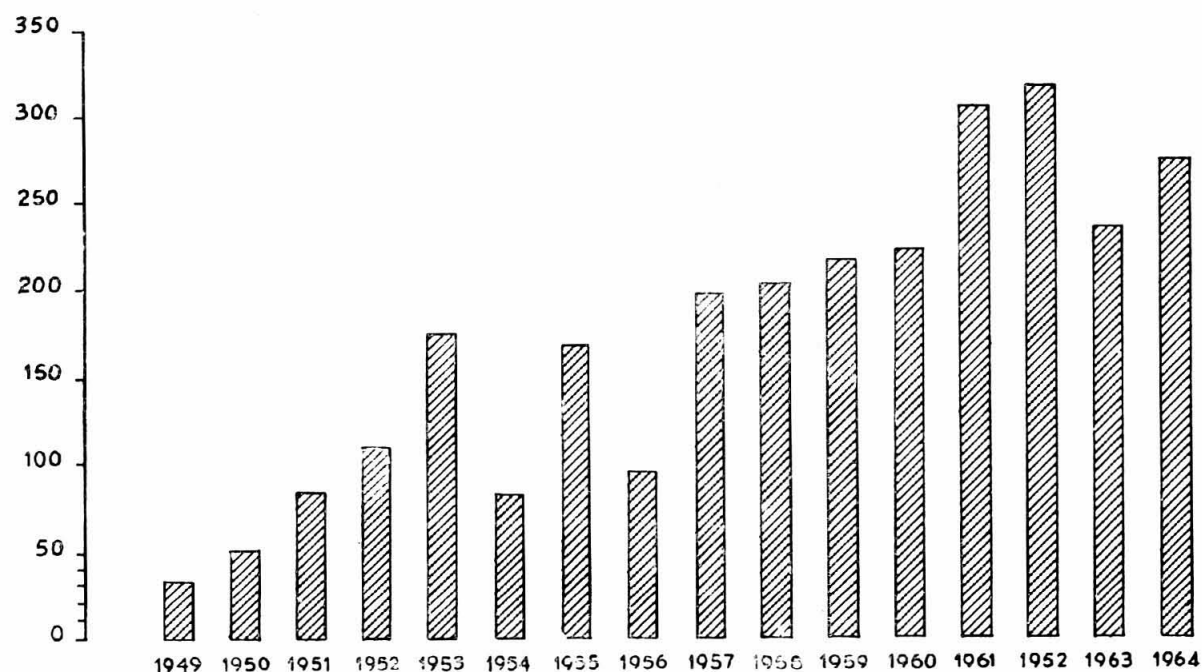
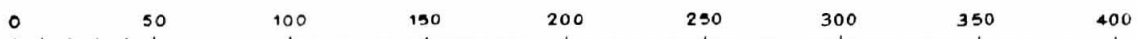
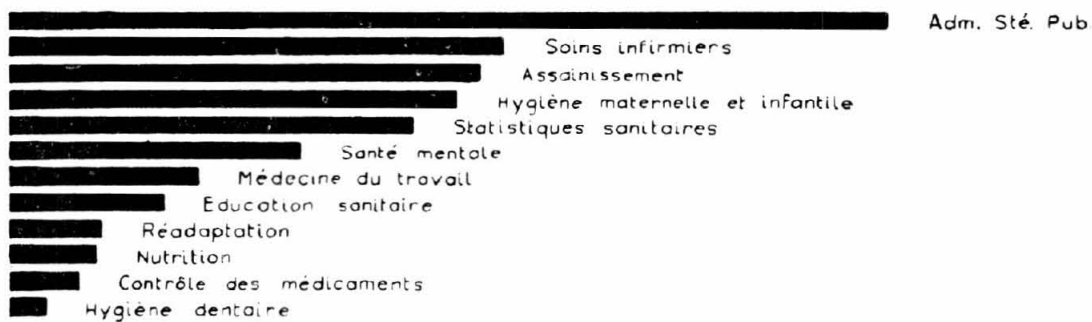


FIGURE II

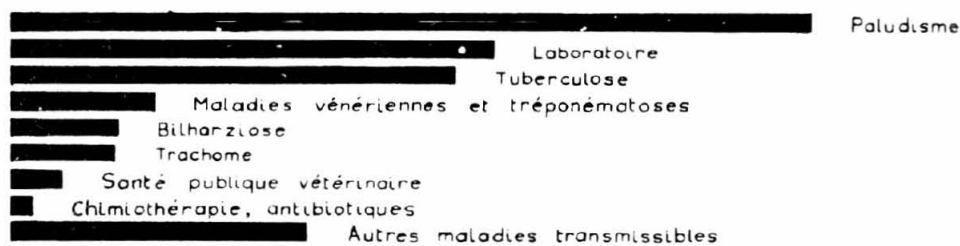
NOMBRE DE BOURSES D'ETUDES OCTROYEES DE 1949 A 1964 REPARTIES PAR SUJET



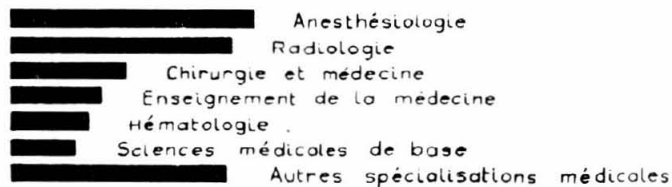
I ORGANISATION ET SERVICES SANITAIRES



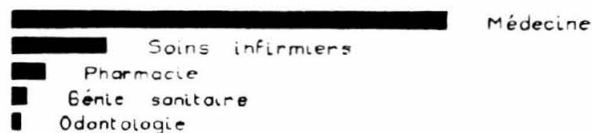
II SERVICES DES MALADIES TRANSMISSIBLES



III ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE, SCIENCES CLINIQUES ET MEDICALES DE BASE



IV ETUDES UNIVERSITAIRES DE BASE (prolongations non comprises)



V PROLONGATION DE LA DUREE D'ETUDES UNIVERSITAIRES DE BASE



BOURSES REPARTIES PAR TYPE D'ETUDES 1949 — 1964

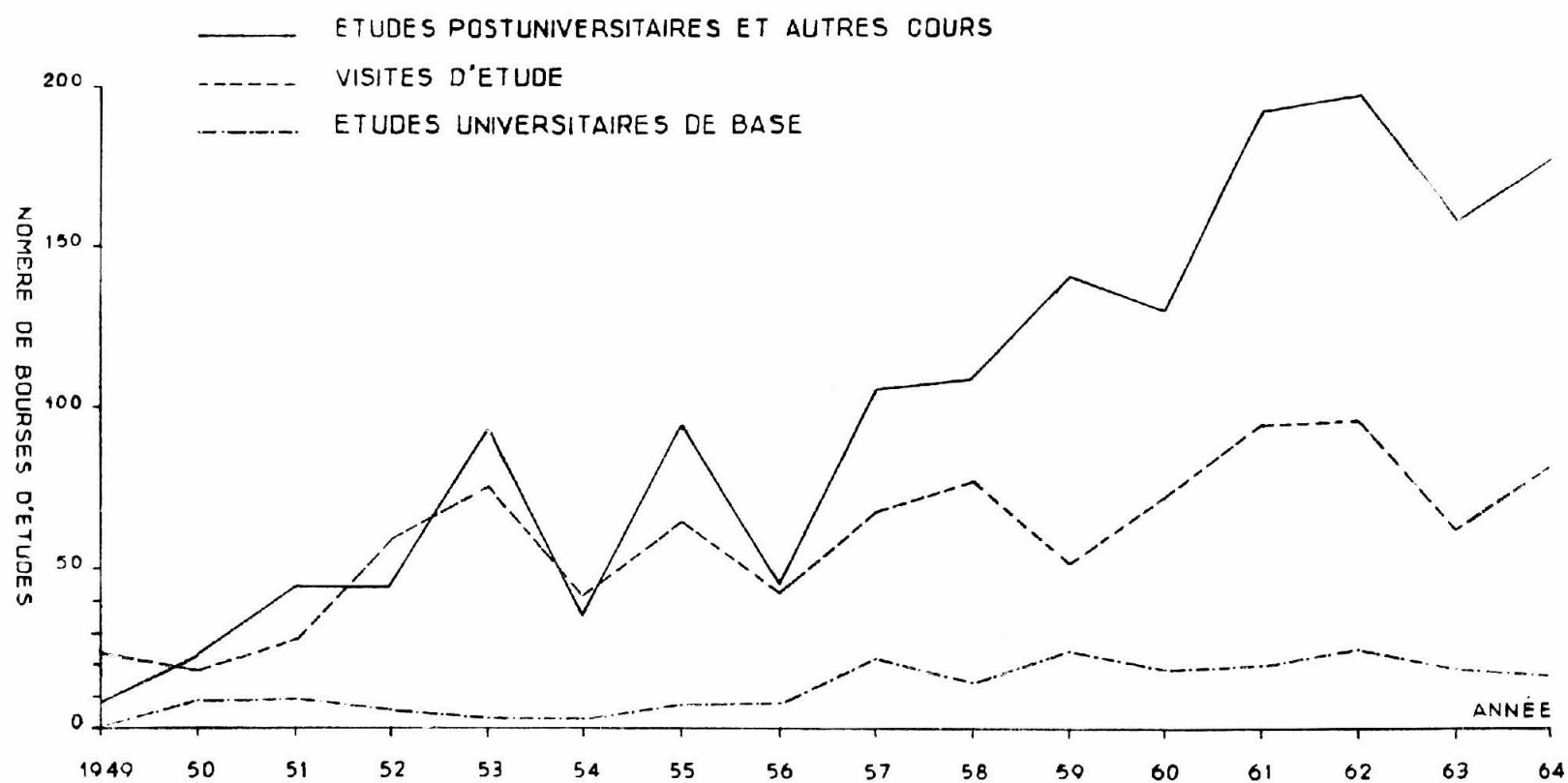


FIGURE III

REPARTITION EN POURCENTAGE DES BOURSIERS DE L'OMS/EMRO
PAR REGION D'ETUDES
1949 — 1964

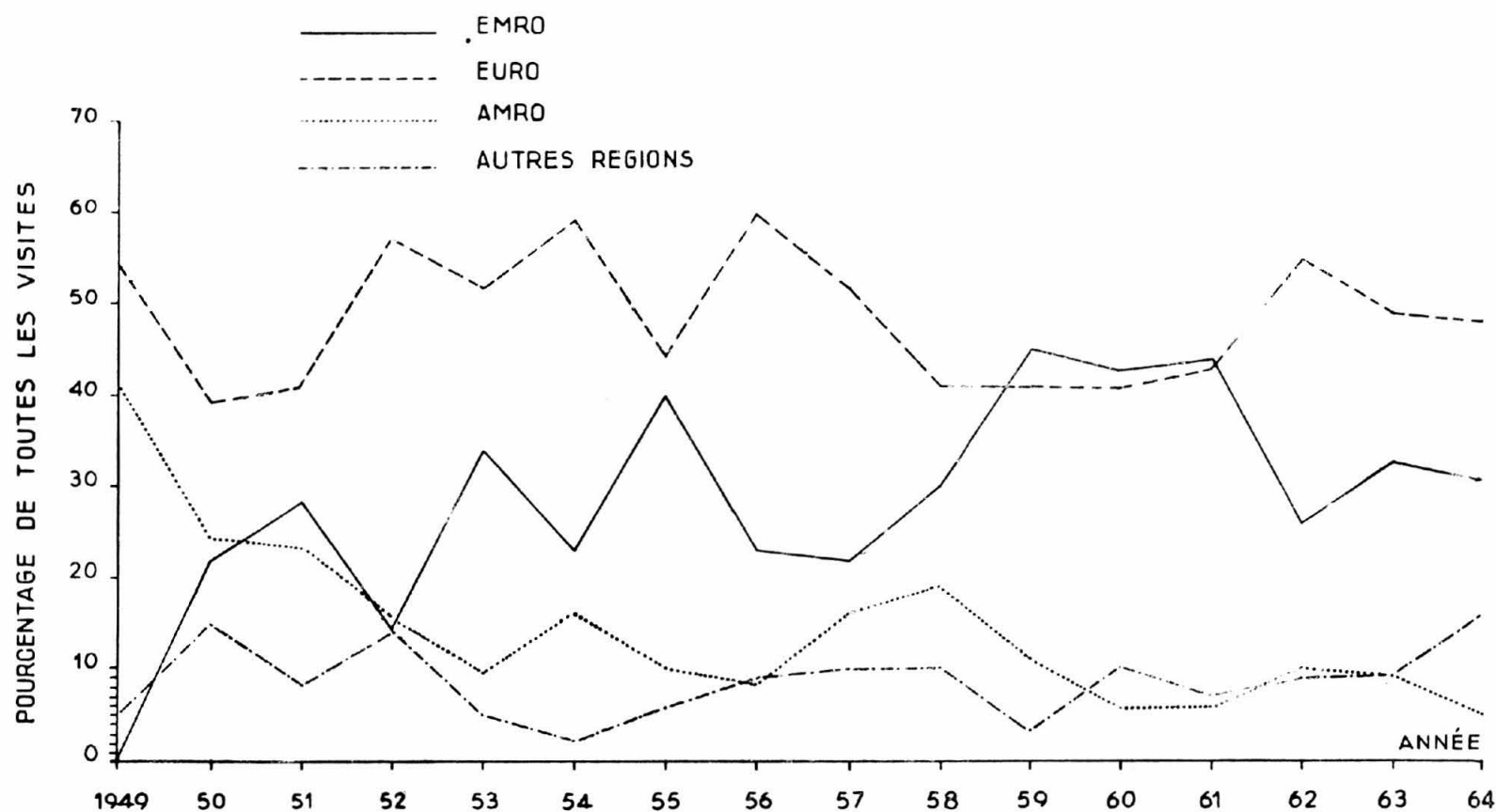


FIGURE IV

BOURSES OCTROYEES POUR DES ETUDES UNIVERSITAIRES DE MEDECINE
POSITION DES BOURSIERS À LA FIN DE CHACUNE DES ANNÉES
1956 — 1964

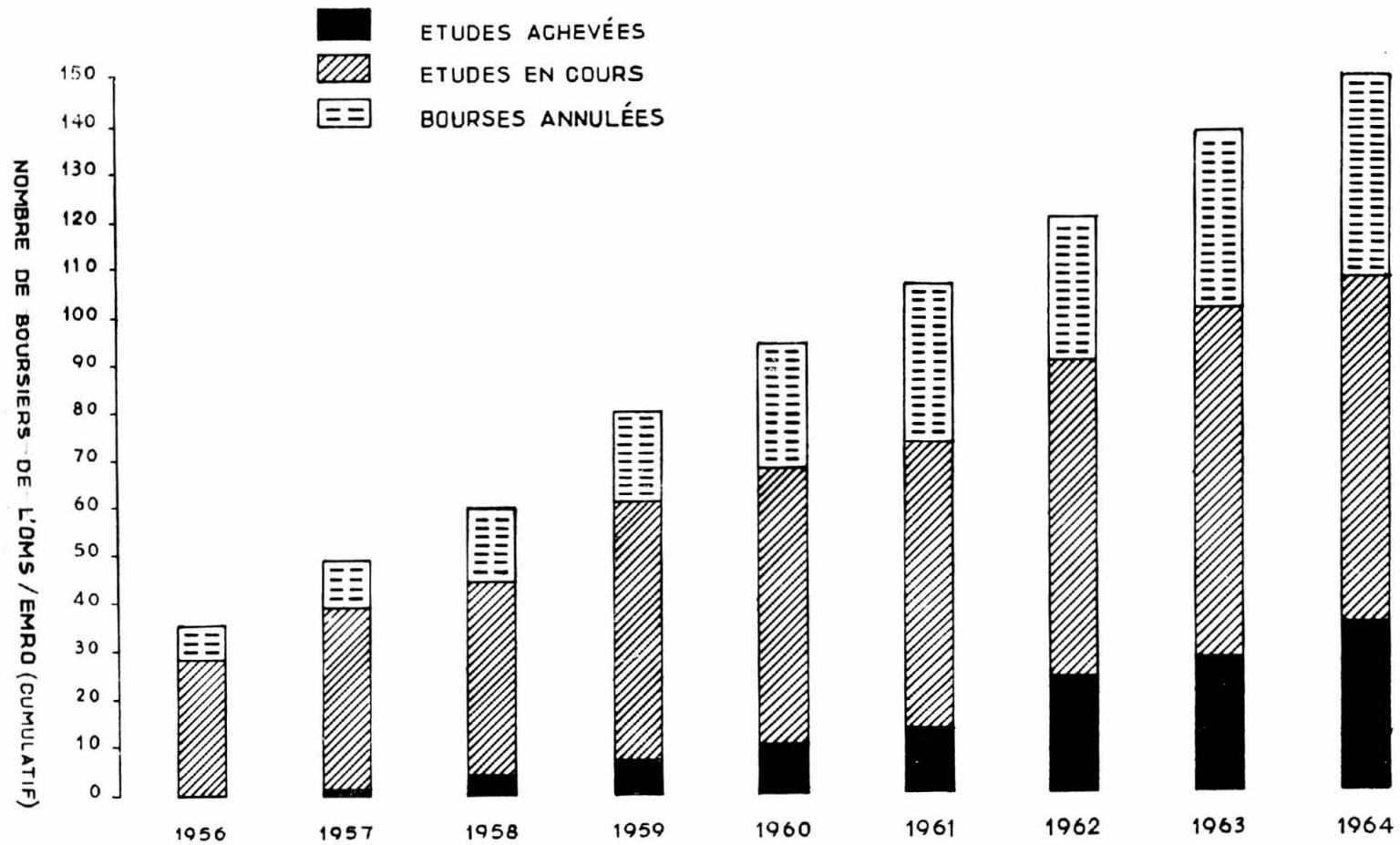
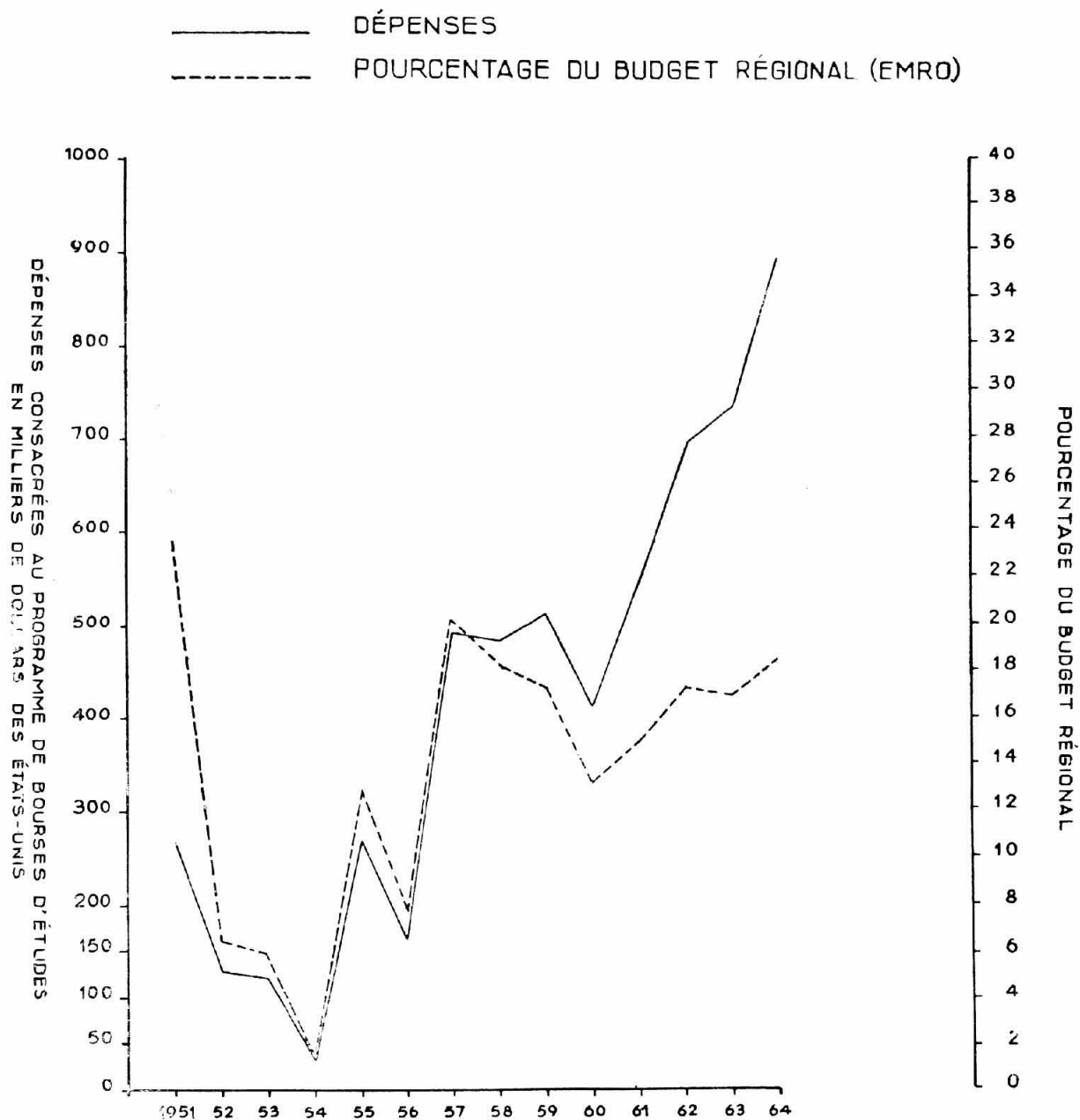


FIGURE V

FIGURE VI

PROGRAMME DE BOURSES D'ETUDES DE L'OMS (EMRO)
DEPENSES EFFECTIVES ET POURCENTAGE DU BUDGET REGIONAL
1951 — 1964



39. Les aspects du Programme de Bourses d'Etudes qui constituent encore un problème nécessitant une attention plus poussée demeurent toujours la sélection des candidats, le placement des boursiers, et l'utilisation des boursiers à leur retour dans leur pays.

40. Une importance considérable a été donnée à l'évaluation du programme de bourses d'études et, comme il a été signalé dans le Rapport de l'année 1963-1964, des études ont été entreprises par un consultant spécial de l'OMS dans deux pays de la Région au cours de l'année 1963; ces études ont porté sur un échantillon représentatif d'anciens boursiers qui ont été interviewés et jugés quant à la formation qu'ils avaient acquise au cours de leurs études de boursiers. Les résultats de cette étude ont été des plus encourageants.

41. Une autre tendance importante relevée au cours de l'année est l'inclusion d'allocations spéciales pour des bourses d'études spécifiques dans le cadre des projets individuels. En d'autres termes, la bourse d'études est maintenant considérée comme un des éléments essentiels du projet individuel, quel qu'il soit. Cette tendance est une application du principe en vertu duquel les bourses d'études devraient être accordées pour faire face aux plans à long terme intéressant le développement des services d'hygiène et ne pas se borner à être des "prescriptions" temporaires destinées uniquement à porter remède à une situation donnée.

42. Il a également été relevé que, bien que les candidats admissibles aux bourses d'études de l'OMS soient d'un niveau plus élevé, certains pays de la Région continuent à éprouver des difficultés à recommander et à fournir des candidats aptes à suivre des études grâce aux bourses offertes par l'Organisation, principalement à cause du niveau inférieur de la culture générale de ces candidats et de leur préparation médiocre sur le plan linguistique. Il advient parfois aussi que du fait des besoins locaux, on ne peut envoyer les candidats possibles à l'étranger au titre de ces bourses.

43. En dépit d'un certain nombre de difficultés encore à surmonter, le programme de bourses d'études de l'OMS n'en demeurera pas moins un élément de valeur dans la préparation des générations futures de personnel qualifié nécessaire au développement des services nationaux de santé.

2. ERADICATION DU PALUDISME¹

ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITES VISANT A L'ERADICATION DU PALUDISME²

44. Le tableau figurant à la page 33 indique l'état actuel d'avancement des programmes d'éradication du paludisme dans vingt-cinq pays et territoires de la Région.

45. Aucun cas autochtone n'a été signalé au cours de l'année 1964 dans les cinq pays et territoires d'où le paludisme a été extirpé, ou qui en étaient primitivement exempts. Ces pays et territoires sont: la Région d'Aden, Chypre, la Côte française des Somalis, la Bande de Gaza et le Koweït, groupant une population totale d'environ 1 640 000 habitants.

46. En Israël et au Liban, où les activités de pulvérisations ont été interrompues au cours des dernières années, aucun foyer actif de transmission n'a été repéré en 1964 et la plupart des cas survenus ont été classés comme importés de l'étranger, principalement d'Afrique.

47. En République Arabe Syrienne, on a enregistré une baisse importante du nombre de cas dans la zone dite " focale ", où les pulvérisations d'insecticides ont repris en 1964.

48. En Jordanie et en Libye, la cessation prématurée de l'emploi de larvicides et des pulvérisations à effet rémanent s'est traduite par une réapparition de la transmission dans les foyers à un degré tel que les mesures d'attaque ont dû reprendre au début de 1965. En Jordanie, la vallée du Jourdain tout entière et les zones adjacentes situées sur la Rive Est, soit une population de 330 000 âmes, seront le théâtre d'opérations de pulvérisations qui s'ajouteront à l'emploi des larvicides et aux opérations de surveillance. Quant à la Libye, on projette d'y accroître les mesures d'attaque dans la Région du Fezzan, qui groupe une population d'environ 40 000 âmes.

¹Voir Figures VII et VIII

²Voir Document EM/RC15/4

49. Malgré la faible sensibilité du principal vecteur local au DDT, des résultats encourageants ont été obtenus en 1964 par les pulvérisations de cet insecticide dans l'Irak méridional, où l'on a dû faire face à une poussée épidémique de paludisme en 1963. Par suite de difficultés locales d'ordre administratif, des foyers de paludisme se sont réactivés dans la région centrale à tel point que, lors de l'évaluation de l'épidémiologie du paludisme à la fin de 1964, on a décidé d'en revenir à la phase d'attaque également dans cette zone. Par conséquent, on projette de lancer en 1965 une campagne de pulvérisations de DDT à effet rémanent dans les régions septentrionale et centrale, et, dans la région méridionale, cette opération sera complétée par des mesures comportant l'emploi de larvicides.

50. En Iran, dans les régions septentrionale et centrale, où les vecteurs sont encore sensibles au DDT, qui est l'insecticide employé, les opérations effectuées au cours de l'année écoulée ont été orientées vers la consolidation des résultats acquis. Dans les régions méridionales de la plaine du Khuzistan et le long du littoral du Golfe, où le A.stephensi s'est révélé résistant à la dieldrine et tolérant au DDT, et dans lesquelles s'ajoutent les problèmes que posent le nomadisme et d'autres mouvements migratoires de la population, l'interruption de la transmission du paludisme n'a pu être réalisée jusqu'à ce jour. Les recherches se poursuivent, et se concentrent notamment sur les essais d'application du malathion, du carbamate (OMS 33), du DDVP et d'un sel médicamenteux à base de chloroquine.

51. A la fin de 1964, la population du Pakistan protégée par les mesures de la phase d'attaque était estimée à environ 25 700 000 habitants. Au cours de l'année dernière, l'installation de certains des nouveaux bureaux de zone et de secteur a subi des retards en raison de difficultés d'ordre administratif et financier. Récemment, la signature de l'accord de prêt conclu entre le Gouvernement et l'US AID a causé un

ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITES RELATIVES A L'ERADICATION DU PALUDISME
DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE - FIN 1964

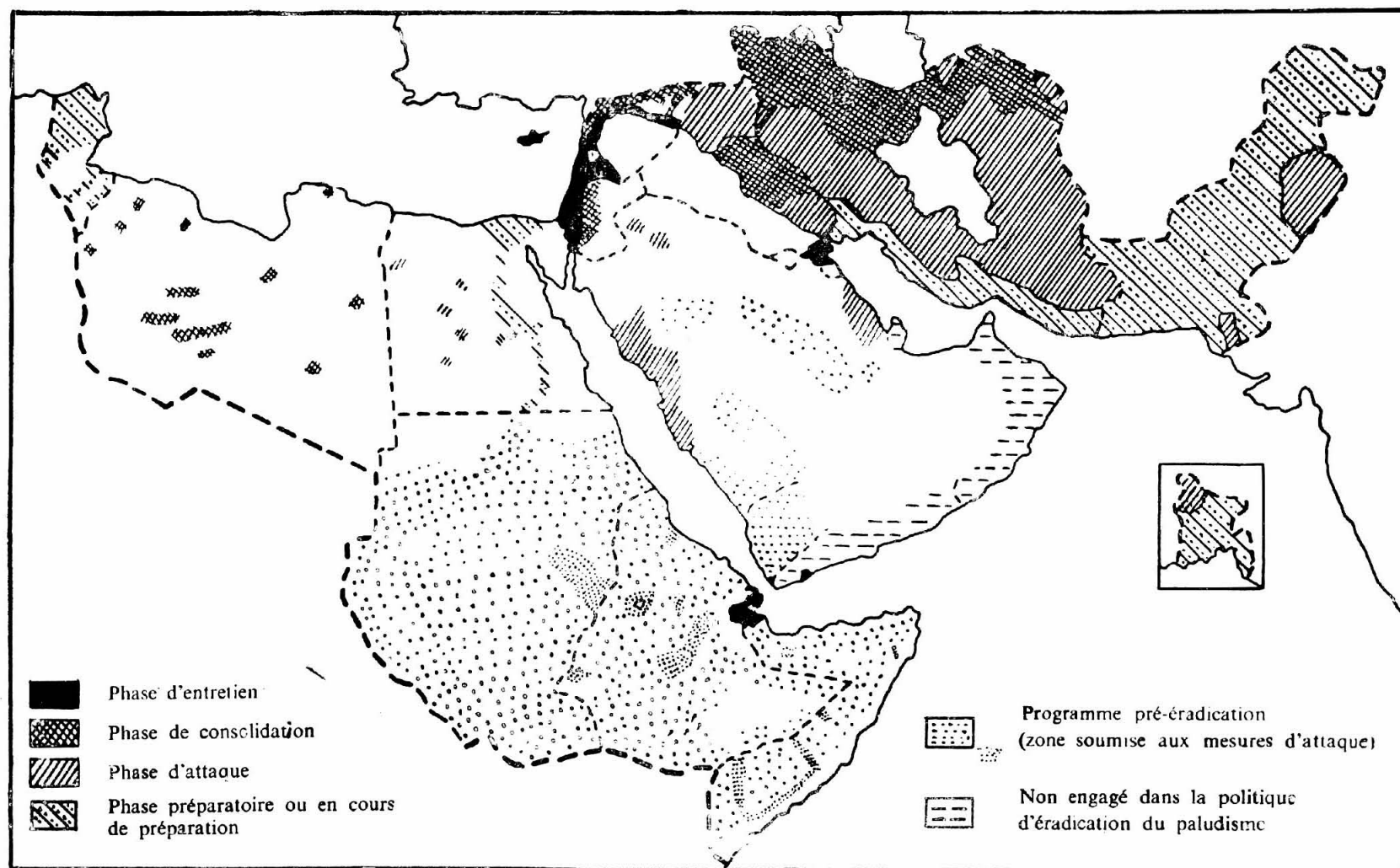
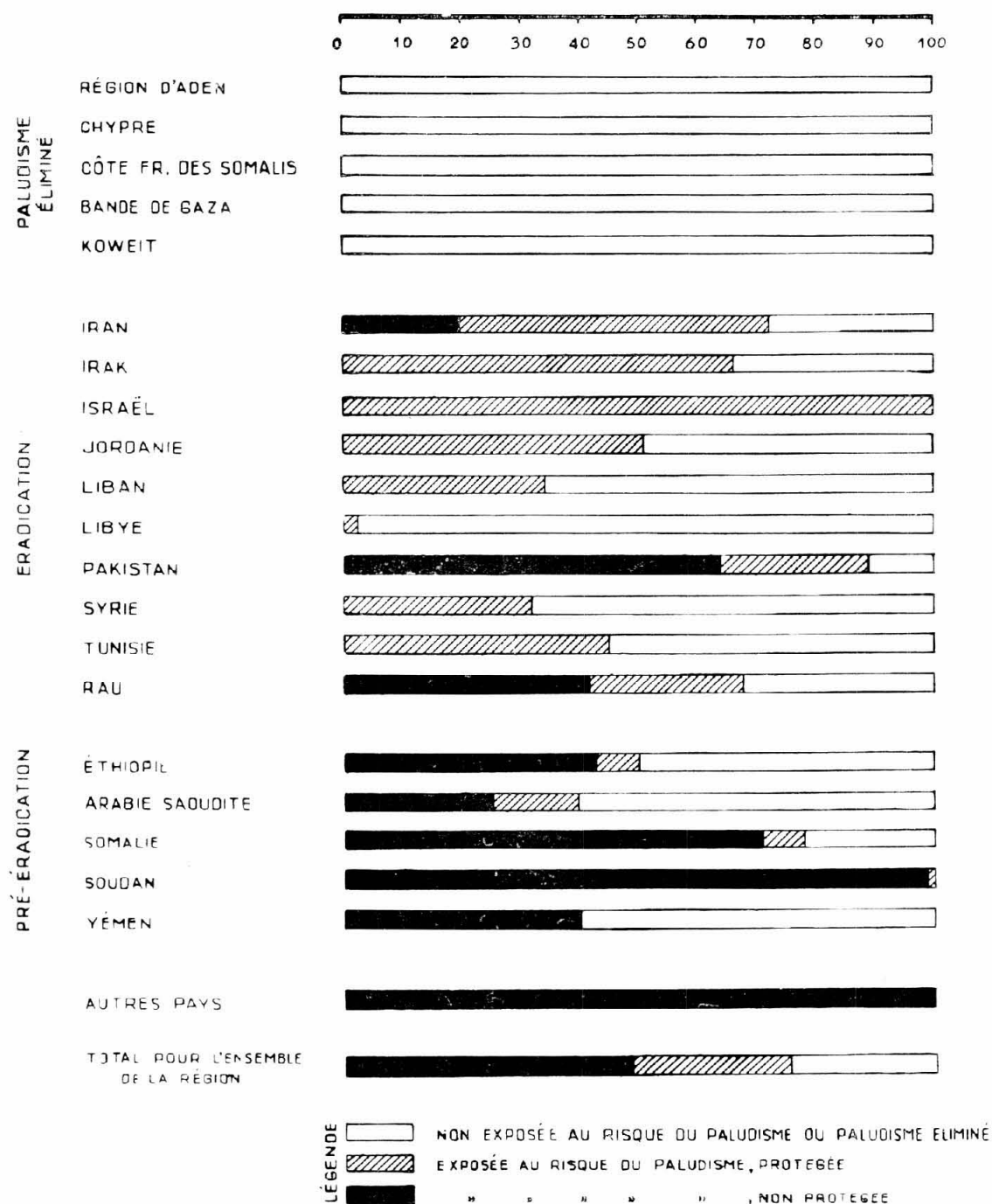


FIGURE VII

FIGURE VIII

ETAT D'AVANCEMENT DES PROGRAMMES ANTIPALUDIQUES EN 1964

REPARTITION PROPORTIONNELLE DE LA POPULATION
SELON LE DEGRE D'EXPOSITION AU RISQUE DU PALUDISME



ETAT D'AVANCEMENT ET DEROULEMENT DES PROGRAMMES ANTIPALUDIQUES
DANS LES PAYS APPARTENANT A LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE - FIN 1964
(POPULATION: EN MILLIERS D'HABITANTS)

Type de Programme	Pays	Population totale	Population exposée au risque du paludisme	Population protégée par tous procédés	Eradication		
					année début attaque	année fin consolid.	Type
Paludisme éliminé ou originellement absent	Région d'Aden	242	242	242	Paludisme éliminé depuis 1950		
	Chypre	598	598	598	Paludisme éliminé depuis 1949		
	Côte Fr. Som.	70	70	70	Paludisme éliminé depuis 1957		
	Bande de Gaza	382	382	382	Paludisme éliminé depuis 1954		
	Koweït	347	-	-	Exempt de paludisme		
T O T A L		1 639	1 292	1 292			
Eradication	Iran	22 807	16 293	11 813	1957	1976	par étapes
	Irak	7 005	4 600	4 600	1957	1971	tout le pays
	Israël	2 492	2 492	2 492	1957	1965	"
	Jordanie	1 890	980	980	1959	1967	"
	Liban	2 200	744	744	1957	1965	"
	Libye	1 560	40	40	1959	1967	"
	Pakistan	100 964	90 199	25 719	1961	1976	par étapes
	Rép. Arabe Syrienne	5 351	1 744	1 744	1956	1967	tout le pays
	Tunisie	4 589	2 094	2 094	Phase préparatoire		
	R.A.U.	28 835	19 553	7 600	Phase préparatoire		
T O T A L		177 693	138 739	57 826			
Pré-éradication	Ethiopie	21 000	10 500	1 400			
	Arabie Saoud.	6 000	2 400*	838			
	Somalie	2 500	1 800	145			
	Soudan	13 357	13 357	155			
	Yémen	5 000	2 000*				
T O T A L		47 657	30 057	2 538			
Pays non engagés (avec contrôle limité)	Bahreïn	167	167	-			
	Mascate et Omar	571	571	-			
	Katar	55	48	-			
	Féd. Arabie Sud (Rég. Aden excl.)	850	850	-			
	Et.s/rég. de traités (Oman)	111	111	-			
T O T A L		1 754	1 747	-			
T O T A L G E N E R A L		228 743	171 835	61 656			

* Estimation

certain retard dans la passation des commandes de fournitures et de matériel, dont le besoin est vivement ressenti pour permettre l'expansion ultérieure du programme, prévue pour 1965. Un plan d'attente a donc été préparé pour 1965 afin d'atténuer les effets du retard dans l'arrivée des fournitures et du matériel.

52. En République Arabe Unie, la lutte antipaludique s'est poursuivie durant l'année écoulée, et le Gouvernement a exprimé le désir de mettre en train un programme d'éradication du paludisme à partir de juillet 1965.

53. En Tunisie, la lutte antipaludique et la situation épidémiologique ont été évaluées en juin et juillet 1964, par un consultant dont les observations ont fait apparaître qu'un progrès soutenu avait été accompli grâce au développement des services d'hygiène rurale et aux activités de lutte régulièrement poursuivies dans le pays. On prévoit qu'en 1967 le développement des services d'hygiène rurale aura atteint le niveau minimum requis pour le lancement d'un programme d'éradication.

54. La mise en oeuvre des programmes pré-éradication en Ethiopie, en Arabie Saoudite, en Somalie et au Soudan a été plutôt lente, notamment pour ce qui concerne la mise au point de l'infrastructure des services d'hygiène rurale. Il convient cependant de relever que d'une manière générale, l'organisation du service antipaludique a progressé de façon encourageante. En octobre 1964, un programme pré-éradication supplémentaire a été lancé au Yémen et l'OMS a désigné un paludologue chargé d'entreprendre l'étude de la situation de ce pays au point de vue du paludisme. L'OMS a également envoyé un paludologue en Ethiopie et un autre en Somalie, pour assumer les fonctions de Directeur du service antipaludique dans chacun de ces pays. En 1964, ces experts ont été fournis l'un au titre du programme OPEX des Nations-Unies, et l'autre à celui de l'Assistance opérationnelle directement accordée par l'OMS aux pays ayant récemment accédé à l'indépendance; en 1965, tous deux ont été incorporés dans le Programme d'Assistance technique.

PROGRAMMES, ACTIVITES RELATIVES A LA PLANIFICATION ET A L'EVALUATION

55. Dans la Région, on compte huit pays dans lesquels des programmes d'éradication du paludisme sont en cours; à ces pays, s'ajoute la République Arabe Unie qui, au cours des dernières années, a pris des mesures positives pour la préparation du pays à un programme d'éradication, et qui est désormais prête à le mettre en train. Des crédits ont été prévus à cet effet au budget du Deuxième Plan quinquennal de Développement, qui prend égard à partir du 1er juillet 1965, et l'OMS étudie, de son côté, la question de l'assistance à fournir au programme.

56. Le lancement du programme pré-éradication du paludisme au Yémen, a porté à cinq le nombre des programmes pré-éradication dans la Région. Dans le cadre de l'assistance de l'OMS, un paludologue de l'Organisation a été chargé de ce programme dès son lancement en octobre 1964, et il a entrepris des enquêtes paludométriques et entomologiques dans le pays.

57. La pratique de l'évaluation et de la planification annuelles s'est poursuivie pour tous les programmes antipaludiques. En vue de faciliter la coordination de la planification et la synchronisation des phases des programmes antipaludiques les plus avancés, un Comité de Coordination des programmes d'Eradication du Paludisme a été constitué par la Jordanie, le Liban et la République Arabe Syrienne. La première réunion de ce Comité s'est tenue à Beyrouth (Liban) les 21 et 22 juin 1965, et a donné des résultats très encourageants. On prévoit que les réunions ultérieures de ce Comité auront lieu deux fois par an dans les pays participants, à tour de rôle.

58. L'accent a été mis, avec insistance, sur la planification des activités pré-éradication à entreprendre dans les pays où des programmes de ce genre sont en cours d'exécution. Le premier Plan d'Action relatif au Programme de l'Ethiopie, et le Deuxième Plan d'Action relatif au

Programme de la Somalie ont été signés par les parties intéressées au cours de la période considérée. Le premier Plan d'Action relatif aux programmes de l'Arabie Saoudite et du Soudan est actuellement mis au point.

59. Une évaluation minutieuse de l'état actuel d'avancement du programme d'Eradication du Paludisme en Jordanie a été effectuée par les soins d'une équipe de l'US AID, en janvier 1965. Grâce à son Equipe inter-pays d'Evaluation des Programmes d'Eradication du Paludisme, l'OMS a également apporté une précieuse contribution à cette évaluation, tant avant que pendant les travaux effectués par l'Equipe de l'US AID. A la suite des pulvérisations de DDT entreprises contre le vecteur sensible à ce procédé, la situation épidémiologique et entomologique de l'Irak méridional a été soumise à une évaluation constante de la part du Service national d'Eradication du Paludisme, aidé par l'Equipe d'Evaluation de l'OMS. En Libye, l'état d'avancement du Programme d'Eradication du Paludisme du point de vue épidémiologique fait actuellement l'objet d'une étude approfondie de la part du Paludologue de l'OMS, qui a été affecté au projet en mars 1965.

60. Afin que les évaluations épidémiologiques et les études spéciales intéressant les zones difficiles puissent être conduites d'une manière efficace et en temps opportun, dans les pays desservis par l'Equipe d'Evaluation des Programmes d'Eradication du Paludisme de l'OMS, cette équipe a été renforcée par l'adjonction d'un entomologiste et d'un technicien de laboratoire.

FORMATION PROFESSIONNELLE ET BOURSES D'ETUDES

61. Les activités de formation professionnelle ont été poursuivies de manière intensive, notamment dans les pays où le besoin s'en fait sentir. Au Pakistan, l'OMS a continué à prêter assistance aux Centres de Formation professionnelle pour l'Eradication du Paludisme, qui

fonctionnent dans chacune des deux provinces du pays. Le programme continue à se développer et l'on pense que les activités déployées dans le domaine de la formation professionnelle atteindront leur point maximum en 1966-1967. En vue de faire face à la demande accrue de personnel d'encadrement qualifié, on a déjà dû créer deux ou trois cours parallèles. En 1964, onze cours ont ainsi été créés au Pakistan oriental, suivis avec succès par 256 stagiaires, tandis qu'au Pakistan occidental huit cours se terminaient par la réussite de 207 candidats.

62. Dans la Région, les deux autres Centres de Formation professionnelle bénéficiant de l'aide de l'OMS sont celui de Nazareth, en Ethiopie, et celui de Sennar au Soudan; dans ces deux pays, des programmes pré-éradication sont mis en oeuvre, et les cours se limitent à la formation de personnel auxiliaire et de spécialistes. A Nazareth, deux cours destinés aux techniciens ont été menés à bien pendant la période considérée; soixante-trois candidats y ont participé avec succès; à Sennar, le premier cours a débuté en octobre 1964 avec quinze surveillants sanitaires, qui l'ont terminé avec succès.

63. En Iran, l'Institut de Parasitologie, de Médecine tropicale et d'Hygiène, qui a fourni la plupart des cadres actuellement employés par l'Organisation d'Eradication du Paludisme, a poursuivi son oeuvre au cours de cette année.

64. En 1964, des bourses d'études ont été offertes pour la formation de personnel national dans les Centres internationaux de Formation professionnelle en matière d'éradication du paludisme, financés par l'OMS tels que ceux de Lagos (Nigeria), Lomé (Togo) et Manille (Philippines). En outre, les cadres nationaux ont eu la possibilité d'entreprendre des voyages d'études au titre du Programme d'Echange de Travailleurs scientifiques. Au total, vingt-huit bourses d'études ont été accordées en 1964

par l'OMS à dix pays de la Région, et dans ce nombre sont comprises les bourses accordées dans le cadre du Programme d'Echange de Travailleurs scientifiques.

65. Au cours de la réunion tenue à Tripoli (Libye) du 6 au 10 décembre 1964, un groupe de travail sur l'épidémiologie du paludisme dans les programmes d'éradication de cette maladie a procédé - sous la conduite des principaux participants à la discussion - à l'illustration des travaux effectués et des conclusions obtenues en matière d'épidémiologie, et à l'étude des problèmes qui se posent dans ce domaine. Cette réunion comptait vingt-huit participants, dont huit fonctionnaires nationaux des services antipaludiques, quatorze membres du personnel de l'OMS et deux consultants de l'OMS.

RECRUTEMENT DE PERSONNEL ET FINANCEMENT

66. En ce qui concerne les effectifs utilisés pour les programmes nationaux d'éradication du paludisme, la situation a été, dans l'ensemble, satisfaisante. En raison de la brièveté relative de la période pendant laquelle peuvent être appliquées les pulvérisations, le personnel affecté à ces opérations - agents pulvérisateurs, chefs de brigades et, dans certains cas, chefs d'équipes - est engagé à titre saisonnier. De ce fait on s'est heurté à des difficultés de recrutement, et cela advient surtout lorsque l'époque des pulvérisations coïncide avec celle de la moisson. On a également éprouvé certaines difficultés à maintenir la qualité des pulvérisations au niveau requis par suite du recrutement insuffisant de travailleurs temporaires.

67. La pénurie de personnel qualifié continue à constituer un problème dans les programmes pré-éradication du paludisme. C'est là un phénomène naturel, car le personnel qualifié ne s'obtient que progressivement, grâce à l'enseignement et à la formation professionnelle, ce qui demande d'assez longs délais.

68. L'OMS continue à assurer des services consultatifs pour les programmes. En 1965, les postes fixes affectés aux programmes d'éradication et de pré-éradication dans la Région sont au nombre de cinquante-deux; dans ce chiffre, sont inclus ceux qui sont prévus pour vingt-deux paludologues, un conseiller pour la santé publique, sept entomologistes, trois ingénieurs sanitaires, neuf agents sanitaires, six techniciens, deux administrateurs et deux autres fonctionnaires. Seuls quelques postes restent encore vacants et l'on se préoccupe de les pourvoir au plus tôt.

69. Les autorités nationales ont continué à accorder sans réserve leur appui financier aux programmes d'éradication du paludisme et de pré-éradication. Aucune difficulté d'ordre financier n'a entravé sérieusement le déroulement de ces campagnes.

70. Les sommes affectées par l'OMS à l'éradication du paludisme, tant au titre du programme ordinaire que de celui de l'Assistance technique, s'élèvent pour 1965 à \$ 854 000, soit à peu près 19% de la totalité des crédits alloués à ce double titre à la Région pour ses activités sur le terrain. Ce montant ne comprend pas les crédits alloués au titre du Compte spécial pour l'Eradication du Paludisme pour les Programmes accélérés. Comme par le passé, la majeure partie de cette somme est destinée à couvrir les frais des services consultatifs et des bourses d'études. Le FISE a maintenu son assistance à certains des programmes d'éradication de la Région et a augmenté le montant des fournitures importées en 1965 jusqu'à un total de US \$ 1 679 000, englobant un crédit exceptionnel d'urgence en faveur du programme du Pakistan. L'US AID a, elle aussi, maintenu son assistance à quelques programmes antipaludiques de la Région, sous forme de services consultatifs, de bourses d'études et de fournitures, en vertu d'accords bilatéraux. L'intérêt que le FISE et l'US AID continuent à témoigner à l'éradication du paludisme est un indice encourageant.

PROBLEMES TECHNIQUES ET TRAVAUX DE RECHERCHE

71. Aucune nouvelle zone difficile n'a été signalée au cours de la période considérée, et la partie méridionale de l'Iran, déjà signalée précédemment et englobant une population d'environ 4 300 000 habitants, reste la seule officiellement connue. Les recherches se sont poursuivies dans cette zone, et les projets pilotes, comportant l'emploi du carbamate (OMS 33) et d'un sel médicamenté, donnent des résultats encourageants. Le dernier projet utilisant du sel additionné de chloroquine a été appliqué à environ 11 000 individus vivant en tribus et à une population sédentaire de 7 000 habitants dans la Région de Kazeroun. Les expériences faites avec le malathion à l'échelle des villages ont donné de bons résultats et ont abouti à la mise en oeuvre d'un projet pilote à Bandar-Abbas, qui compte une population d'environ 120 000 âmes.

72. En ce qui concerne les moustiques vecteurs de la Région et leur résistance aux insecticides à base d'hydrocarbures chlorés, on peut noter que A.culicifacies du Pakistan occidental, résistant au DDT, et A.gambiae du Soudan, résistant à la dieldrine, viennent s'ajouter à la liste des autres vecteurs résistants.

73. Dans la zone du Pakistan occidental où sévit A.culicifacies résistant, qui présente par ailleurs une nette tendance à la zoophilie, on a observé que les réservoirs de parasites étaient extrêmement rares, voire inexistants, et en outre, lors des tests de sensibilité, on a encore enregistré un certain pourcentage de cas mortels au bout d'une heure d'exposition à des feuillets imprégnés de DDT à 4%, pour ces diverses raisons, on a continué les pulvérisations de DDT dans cette zone pendant l'année 1964, et malgré une intensification des activités de détection, on n'a relevé aucun cas de transmission.

74. La résistance d'A.gambiae à la DLD a été signalée au Soudan pour la première fois en octobre 1964 sur des spécimens recueillis dans une zone de plantation de coton du Sennar. Des essais continuent d'être pratiqués en vue de délimiter la zone d'action de ce vecteur résistant à la DLD. Les expériences pratiquées sur ce moustique vecteur à l'aide du DDT indiquent qu'il est encore sensible à cet insecticide.

ACTIVITES COORDONNATRICES

75. L'importance de la coordination des activités d'éradication du paludisme entre pays limitrophes, particulièrement le long des deux côtés des frontières, a été reconnue par les autorités des gouvernements intéressés. Grâce aux efforts de la Section de Coordination de l'Eradication du Paludisme du Bureau régional, les Représentants d'un certain nombre de pays se retrouvent régulièrement pour des réunions entre pays ayant des frontières communes, en vue de discuter de problèmes d'intérêt commun. Ces réunions donnent lieu à des échanges de vues très utiles, sur la structure administrative des services d'éradication du paludisme (personnel, financement, législation spéciale, etc.), sur les mesures opérationnelles et les méthodes d'évaluation de la situation épidémiologique au cours du déroulement des programmes des pays participants, et surtout sur ce qui intéresse les zones frontières. L'expérience acquise dans un pays peut ainsi être mise à profit dans un ou plusieurs des pays participants.

76. Parmi les réunions de ce genre tenues au cours de l'année, on peut citer: les deuxième, troisième et quatrième réunions de coordination des programmes d'éradication du paludisme Jordanie-Syrie, tenues respectivement les 14 juillet et 9 novembre 1964, puis le 24 avril 1965; la cinquième conférence de coordination des programmes d'éradication du paludisme Birmanie-Inde-Pakistan tenue à Chandigarh (Inde), du 21 au 23 décembre 1964 (malheureusement, par suite d'un changement de dernière minute apporté par le pays d'accueil à l'itinéraire des délégués du

Pakistan, ceux-ci n'ont pu prendre à temps les dispositions nécessaires et se sont trouvés dans l'impossibilité de participer à la conférence); la deuxième réunion de coordination Jordanie-Arabie Saoudite, tenue à Amman (Jordanie), les 15 et 16 mars 1965; et la troisième réunion de coordination des programmes d'éradication du paludisme Syrie-Turquie, tenue à Adana (Turquie), du 7 au 9 avril 1965. Assistèrent également à ces réunions, les conseillers de l'OMS désignés auprès des pays participants, et, pour les pays desservis par l'Equipe d'Evaluation des Programmes d'Eradication du Paludisme, le Conseiller principal de l'OMS affecté à cette Equipe.

77. Une Conférence inter-régionale sur le Paludisme a été organisée pour les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Europe et s'est réunie à Tripoli (Libye), du 28 novembre au 5 décembre 1964; des représentants de quatorze pays de cette Région et de trois pays de la Région de l'Europe y ont pris part. Cette Conférence a fourni aux participants une excellente occasion de procéder à un échange d'informations et de vues sur leurs programmes antipaludiques respectifs. En vue de faciliter la synchronisation des activités entreprises dans le cadre des programmes d'éradication du paludisme, notamment lorsque ceux-ci ont atteint un stade avancé, la Conférence a recommandé aux pays présentant des conditions épidémiologiques analogues de créer des Comités inter-pays de Coordination de l'Eradication du Paludisme. Conformément à cette recommandation, un comité de coordination a été constitué par la Jordanie, le Liban et la République Arabe Syrienne, et, comme nous l'avons indiqué plus haut, la première réunion de ce comité s'est tenue à Beyrouth (Liban), en juin 1965, et a donné des résultats encourageants.

78. Le Service établi auprès du Bureau régional pour la Coordination des activités relatives à l'Eradication du Paludisme s'est constamment efforcé de rester en liaison étroite et travailler de façon coordonnée

avec la Division de l'Eradication du Paludisme du Siège de l'OMS, ainsi qu'avec le FISE et l'US AID, qui accordent leur assistance à certains des pays qui ont entrepris des programmes d'éradication du paludisme. L'Equipe OMS inter-pays d'Evaluation dont le siège est à Beyrouth, a continué à jouer un rôle actif dans la coordination des divers programmes d'éradication du paludisme dont elle a la charge.

PERSPECTIVES D'AVENIR

79. On a enregistré en Israël et au Liban des progrès dans la voie de la réalisation de l'éradication du paludisme. En 1964, ces deux pays n'ont signalé qu'un nombre limité de cas, dont la plupart avaient été importés de l'étranger, principalement d'Afrique. Afin de se faire une juste idée de la situation dans ces pays, on projette de procéder à l'évaluation des programmes d'éradication du paludisme de chacun d'eux, soit au Liban vers la fin de 1965, et en Israël d'ici la fin de 1966.

80. En Iran, des progrès ont été enregistrés grâce à la mise en oeuvre de projets pilotes, et l'on s'efforce de trouver la meilleure méthode à appliquer dans cette zone difficile lors de la prochaine campagne.

81. Dans le sud de l'Irak, les campagnes de pulvérisations au DDT, ont donné des résultats encourageants malgré la faible sensibilité du vecteur local à cet insecticide, ce qui laisse supposer que le DDT est encore efficace dans certaines conditions.

82. En 1963, on n'a dépisté que fort peu de cas en Jordanie et en Libye, ce qui a donné l'illusion d'un nouveau progrès dans l'élimination des foyers de paludisme. En réalité, la surveillance relâchée, et l'insuffisance des services d'hygiène rurale entre autres, sont les principales raisons auxquelles il faut attribuer l'impuissance à découvrir en temps voulu le nombre croissant de cas positifs, témoignant d'une reprise de

la transmission dans les foyers en 1964. Dès le début de 1965, les activités de pulvérisations reprendront dans toute la région où s'est produite cette transmission dans les foyers.

83. Au Pakistan, où le programme d'éradication est le plus vaste de la Région, l'éradication du Paludisme s'est développée en 1964 conformément au plan établi, et vers la fin de l'année la population protégée avait atteint le chiffre de 25 700 000 habitants.

84. Le chiffre total de population de la Région vivant dans des zones exemptes de paludisme, ou dans des zones protégées par les diverses méthodes d'éradication, s'est élevé à plus de 61 600 000 en 1964.

85. Actuellement des programmes pré-éradication sont appliqués dans les cinq pays suivants: Ethiopie, Arabie Saoudite, Somalie, Soudan et Yémen; tous les efforts y convergent au développement coordonné des services d'hygiène rurale et du service antipaludique afin de préparer l'implantation, au moment voulu, d'un programme d'éradication à l'échelle du pays tout entier.

86. Il faut se rappeler, et ceci s'applique particulièrement aux pays où les programmes d'éradication ont atteint un stade avancé, qu'une évaluation technique s'impose tout au long du déroulement des activités d'éradication, si l'on veut réellement atteindre l'objectif prévu. Des investigations épidémiologiques et entomologiques doivent intervenir rapidement dans tous les foyers de paludisme, afin de permettre l'application immédiate des remèdes appropriés, et éviter ainsi la réintroduction de la transmission du paludisme dans des zones qui en ont déjà été débarrassées. Les manifestations imprévues du paludisme instable, rencontrées dans pratiquement tous les pays de la Région, suffisent à motiver une telle vigilance. Les obstacles auxquels on s'est heurté récemment dans le sud de l'Iran et de l'Irak, ainsi qu'en Jordanie,

ENSEIGNEMENT ET FORMATION PROFESSIONNELLE

Afin de résoudre le problème que pose la pénurie de personnel sanitaire qualifié — l'un des principaux obstacles au développement des services nationaux de santé — l'OMS apporte une contribution croissante à la formation du personnel sanitaire de toutes catégories. Un projet de santé sur trois porte sur l'enseignement et la formation professionnelle qui représentent une part importante du budget régional de l'Organisation (plus de 40% cette année).



Gondar (Ethiopie): pour les auxiliaires sanitaires, la formation en cours d'emploi comporte une large part de travaux pratiques dans les hôpitaux.



Khartoum (Soudan): au cours d'un stage de formation pratique dans un hôpital rural, des étudiants en médecine discutent d'un cas relevant de la pédiatrie.



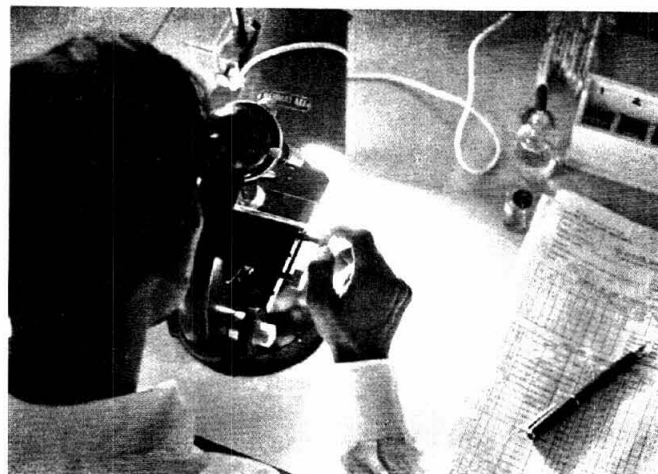
Alexandrie (RAU): à l'Institut supérieur de Soins infirmiers, des élèves de quatrième année font, devant un groupe de jeunes mères, la démonstration de soins



Sana'a (Yémen): de nouvelles infirmières auxiliaires sont formées au Centre sanitaire de Sana'a pour répondre à la croissante demande d'auxiliaires médicaux.



On enregistre les prélèvements sanguins pour examen microscopique ultérieur.



Examen microscopique d'un échantillon suspect.

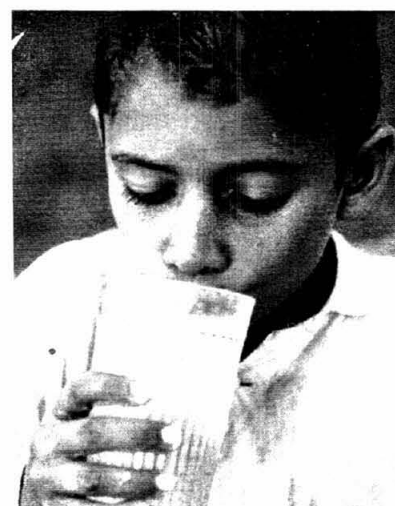
Etude des dossiers individuels pour l'identification complémentaire du cas de paludisme.



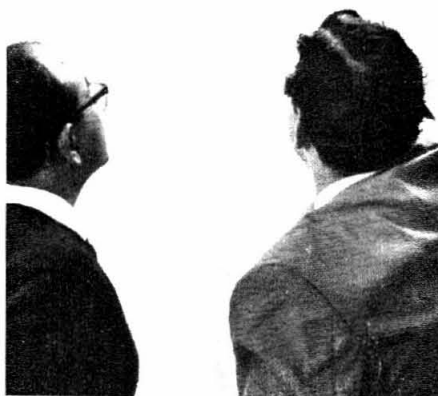
Toute enquête approfondie sur un cas et son lieu d'origine impose à l'équipe de longs déplacements.



L'examen clinique de la rate confirme les résultats de l'examen microscopique. C'est alors qu'intervient le traitement antipaludique.



ÉRADICATION DU PALUDISME
(PAKISTAN OCCIDENTAL)



Préparation de l'itinéraire pour l'enquête épidémiologique d'un cas suspect.



Un auxiliaire médical prend des notes pour compléter la fiche du nouveau malade.

LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PAKISTAN, TUNISIE, SOMALIE)

La vaccination par le BCG sans test à la tuberculine permettrait d'accélérer les mesures de lutte contre la tuberculose, et conviendrait parfaitement pour les campagnes de prévention massive. (Photo) Une femme tunisienne présente son fils à la vaccination.



L'examen de laboratoire constitue actuellement le plus simple moyen de dépister la tuberculose. (Photo) Des techniciens de laboratoire somalis effectuent des travaux pratiques sous l'oeil vigilant d'un conseiller de l'OMS.



Dans cette Région où plus de 80% des populations vivent dans les zones rurales, la lutte antituberculeuse pourrait être assurée en partie par des centres ruraux de santé. Exemple: celui de Warburton, l'un des 300 centres ruraux du Pakistan.



fournissent un exemple dont on peut tirer d'excellentes leçons, et sans aucun doute cette expérience servira de guide pour le travail futur du Bureau régional.

87. La plupart des pays de la Région ont pris conscience du rôle des Services généraux d'Hygiène dans les campagnes d'éradication, mais on ne saurait trop en souligner l'importance.

88. Bien que les moyens sanitaires dont disposent les populations rurales se soient améliorés au cours des dernières années, de nouveaux efforts sont nécessaires pour leur expansion, si l'on veut que les Services généraux d'Hygiène puissent faire face à leurs responsabilités dans le dépistage précoce des cas de paludisme, et conserver ainsi les résultats obtenus par les campagnes d'éradication.

89. En dépit des difficultés et obstacles nombreux auxquels on s'est heurté dans les Pays de la Région de la Méditerranée orientale, lors des campagnes d'éradication, il est permis d'espérer que l'enthousiasme manifesté pour l'objectif final ne perdra rien de sa vigueur, et que, grâce aux techniques modernes et à l'expérience acquise, l'éradication du paludisme deviendra un fait accompli.

3. MALADIES TRANSMISSIBLES

MALADIES QUARANTENAIRES

VARIOLE

90. Au cours de la période considérée, on a enregistré une diminution notable de l'incidence de la variole en Ethiopie et au Pakistan oriental. Les chiffres recueillis dans les autres zones d'endémicité ne font apparaître aucune amélioration.

91. Au Pakistan oriental, une étude de la fréquence de la variole a été entreprise à Dacca en mars 1965. Dans cette ville, peuplée de 600 000 habitants répartis en trente-deux secteurs administratifs, l'étude se déroulera de la façon suivante: interrogatoire de 12 800 personnes (400 de chaque secteur) et revaccination de mille d'entre elles, pour contrôle des réactions. Bien qu'il soit encore prématuré de tirer des conclusions des premiers résultats obtenus, on a déjà pu constater que la population soumise à l'évaluation avait été vaccinée au cours de la campagne 1961-1964 dans une proportion de 90% au moins. La plupart de ces personnes avaient été vaccinées trois fois: pendant l'enfance, puis avant et pendant la campagne de vaccination.

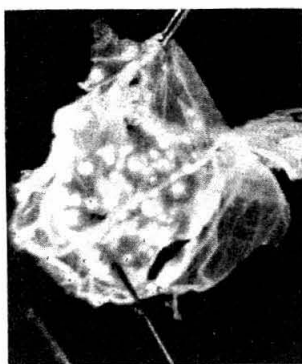
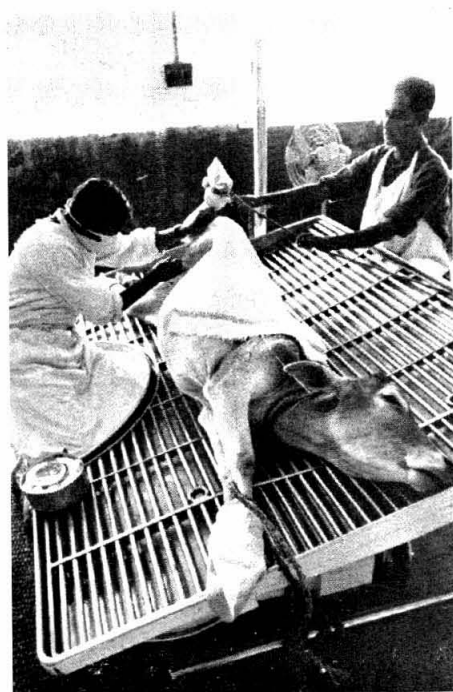
92. En automne 1964, au cours d'une enquête effectuée à Dacca, l'examen de 5 659 personnes a permis de constater que quatre-vingt-une d'entre elles n'avaient jamais été vaccinées auparavant et que 201 l'avaient été, mais sans réaction. Sur les soixante-dix-sept personnes qui avaient eu la variole quelque temps auparavant, vingt-huit avaient été vaccinées.

93. Des expériences ont été entreprises à l'aide des méthodes de vaccination à la lancette, et à l'aiguille, par pressions successives. Il est apparu que ces deux méthodes donnaient de bons résultats et que les réactions dites d'immunité ou nulles, devaient être attribuées soit à un vaccin dont la validité était périmée, soit à un vaccin inactif.



ÉRADICATION DE LA VARIOLE (PAKISTAN ORIENTAL)

Dans le cadre des programmes d'éradication de la variole, l'OMS aide les pays intéressés à promouvoir la production de vaccin lyophilisé, qui résiste aux températures élevées. Au Pakistan, l'Institut d'Hygiène et de Santé publique de Dacca produit désormais suffisamment de vaccin pour assurer la protection de toute la population du pays.

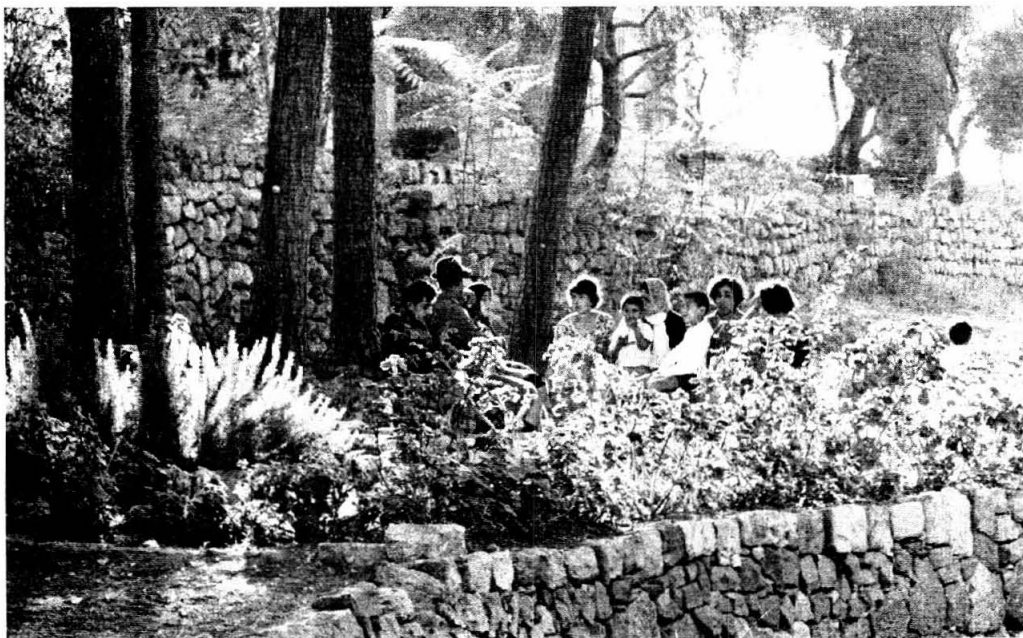


La numération des pustules permet d'évaluer l'activité du vaccin.

Inoculation de lymphes d'ensemencement chez un veau, pour culture et préparation du virus antivariolique lyophilisé.



Vaccination imposée: au cours de leurs tournées quotidiennes dans les faubourgs de Dacca, les équipes de vaccination frappent à chaque porte et immunisent chacun contre la variole.

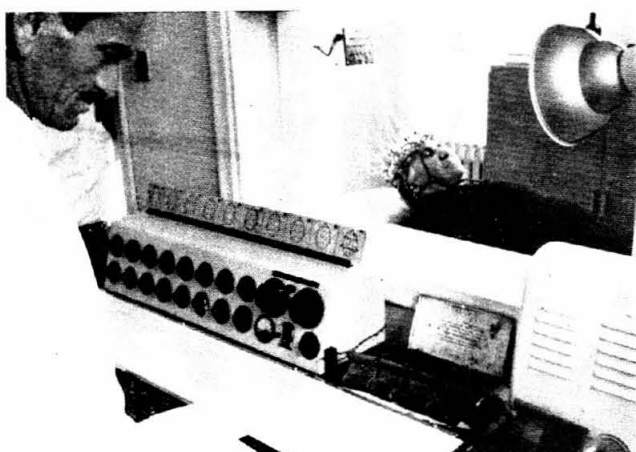


La conception psychiatrique de la porte ouverte est de règle à l'Hôpital libanais d'Asfourieh pour les Troubles mentaux et nerveux (Beyrouth).

SANTÉ MENTALE (LIBAN)



Le personnel chargé des soins psychiatriques reçoit une formation théorique et pratique approfondie à Asfourieh, sous les auspices de l'OMS.



Une séance d'électro-encéphalographie à l'hôpital psychiatrique d'Asfourieh.



L'ergothérapie offre aux pensionnaires des activités créatrices en rapport avec leurs goûts et aptitudes.

94. Un consultant de l'OMS ayant été envoyé à Dacca pour trois mois, le plan d'opérations a été remanié, et l'on a suggéré que le Conseiller de l'OMS pour la Santé publique, en poste à Dacca, collabore avec le Directeur adjoint des Services de Santé responsable de la variole, tant pour la vaccination que pour le déroulement effectif des opérations d'éradication sur le terrain.

Arabie Saoudite

95. Un manuel d'introduction aux techniques de la vaccination a été préparé à l'intention des surveillants et des vaccinateurs. La campagne a débuté dans les parties méridionales du Royaume vers la fin de décembre 1964.

Yémen

96. En 1964, l'URSS a fait don de 500 000 doses de vaccin anti-variolique pour les besoins de la campagne de vaccination. Un Comité permanent a été constitué au Ministère de la Santé publique sous la présidence du Ministre, afin de surveiller les opérations et de donner des avis sur les méthodes les plus propres à assurer un déroulement régulier et satisfaisant de la campagne.

97. Le tableau suivant indique la fréquence de la maladie dans la Région:

Fréquence de la variole dans la Région

Pays	Nombre de cas de juillet 1963 au 29 juin 1964	Nombre de cas de juillet 1964 à la semaine finissant le:
		<u>1965</u>
Région d'Aden	0	0 10 avril
Ethiopie	148	20 1er mai
		(à suivre)

(Suite du tableau précédent)

Pays	Nombre de cas de juillet 1963 au 29 juin 1964	Nombre de cas de juillet 1964 à la semaine finissant le:
		<u>1965</u>
Pakistan:		
Karachi	16 (chiffre approx.)	394 (chiffre approx.) 15 mai
Oriental	276 (chiffre approx.)	96 (chiffre approx.) 1er mai
Occidental	443 (chiffre approx.)	391 (chiffre approx.) 1er mai
Arabie Saoudite	-	- 17 avril
Soudan	-	1 13 mars
Yémen	2	5 (jusqu'à la fin de 1964)

CHOLERA

98. Un Colloque sur la Lutte contre le Choléra s'est tenu à Manille (Philippines) du 12 au 18 novembre 1964, et deux représentants du Pakistan y ont été invités.

99. Au cours de la période considérée, des cas de choléra ont été signalés à Sylhet, Khulna, Mymensingh, Faridhpur, Dacca, Comilla et Bakerganj, au Pakistan oriental. Une équipe composée d'un bactériologiste de l'OMS et de membres de l'Institut d'Hygiène publique de Dacca s'est rendue sur les lieux et a effectué des prélèvements sur les malades, leurs contacts et dans l'eau, ce qui a permis de découvrir que le vibron cholérique Inaba était à l'origine de ces manifestations. Aucun cas de vibron El Tor n'a été signalé à Chittagong depuis mai 1964. Au cours de la première visite, cinquante-trois échantillons ont été recueillis, dont vingt ont révélé la présence du vibron cholérique Inaba, tandis que les échantillons recueillis lors de la deuxième visite ont tous été négatifs.

100. Une troisième visite a eu lieu au début de 1965, dans les zones méridionales du pays qui avaient été le plus fortement atteintes (Feni, Nohakhali, Khulna et Bakerganj) et on a pu y constater une diminution du nombre de cas par rapport au passé. Aucune souche de vibrion El-Tor n'y a été découverte.

101. Le Laboratoire de l'Institut d'Hygiène publique a entrepris un typage complet des bactériophages de toutes les souches isolées, à la suite de l'obtention d'un nouveau phage El-Tor, grâce auquel toutes les souches El-Tor pourraient être identifiées. Jusqu'à ce jour, dans la pratique courante, seules les souches de choléra classique se montraient sensibles aux phages du choléra, tandis que les souches El-Tor étaient, pour la plupart, autentiées par leur résistance au phage (test négatif) et leur agglutination dans les sérums Inaba et Ogawa. Le bactériologiste de l'OMS et ses collègues se penchent sur le problème d'une application pratique et rapide des phages aux cultures primaires de choléra.

Le Choléra au Pakistan oriental

1960 - 1964

Mois ou périodes de quatre semaines	1960	1961	1962	1963	1964
J I	1 481	143	313	311	211
F II	398	32	151	101	109
M III	487	52	181	310	59
A IV	2 686	68	475	502	234
M V	1 670	26	489	390	103
J VI	297	42	240	146	87
- VII	80	11	74	66	112
J VIII	92	106	83	51	43
A IX	47	43	33	22	79
S X	19	36	32	52	281
O XI	120	50	128	507	264
N XII	456	256	114	986	190
D XIII	468	454	184	543	246
Total	8 301	1 319	2 497	3 987	2 018

TYPHUS

102. Le bactériologiste de l'OMS en poste au Pakistan oriental a entrepris une enquête immuno-sérologique sur une centaine de sérums prélevés sur la population de Dacca. On a enregistré des titres anormalement élevés d'anticorps de proteus X, et surtout de proteus XK, sur les sérums soumis à des épreuves destinées à démontrer l'immunisation contre le typhus de brousse.

MALADIES BACTERIENNES

TUBERCULOSE

103. Pendant l'année écoulée, la tuberculose est restée l'une des pré-occupations principales, aussi bien de l'OMS que des Gouvernements de la Région.

104. Le Comité d'Experts qui s'est réuni à Genève en août 1964 a formulé ses recommandations, qui sont contenues dans le No 290 de la Série des Rapports techniques de l'OMS. Au cours de sa réunion de février 1965, le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires avait également inscrit à son ordre du jour la question de la tuberculose et l'accent avait été mis sur la vaccination par le BCG comme mesure efficace de protection contre la tuberculose et faisant partie du programme général national de lutte antituberculeuse. L'assistance que le FISE prête à de tels programmes nationaux reste toujours régie par les critères qui ont été établis antérieurement par le Comité mixte. Un Séminaire interrégional sur la Tuberculose s'est également réuni à Kuala Lumpur (Malaisie). Au cours de ce séminaire, les méthodes actuelles de lutte antituberculeuse ont été passées en revue et les conclusions auxquelles ont abouti les participants rejoignent, à quelques nuances près, celles du Comité d'Experts. La Région de la Méditerranée orientale y était largement représentée, aussi

bien par le personnel de l'OMS que par les directeurs nationaux des services antituberculeux de quelques pays. Les projets antituberculeux entrepris avec le concours de l'OMS se déroulent comme prévu, avec peut-être certains réajustements de manière à augmenter leur efficacité.

105. Au Pakistan, l'amalgamation de deux projets séparés, l'un concernant la campagne de masse de vaccination par le BCG, l'autre la zone nationale pilote de lutte antituberculeuse à Rawalpindi, a été jugée préférable. Le canevas d'un plan général et national de lutte antituberculeuse a été établi par les soins du gouvernement avec l'aide de l'Organisation. Ce plan doit couvrir toutes les activités de lutte antituberculeuse et fait partie intégrante du plan à long terme de développement sanitaire.

106. En Ethiopie, l'année écoulée a vu la promotion de plusieurs activités de lutte antituberculeuse dont la principale se concentre sur l'établissement et le fonctionnement du Centre antituberculeux d'Asmara. Actuellement, les efforts du Gouvernement éthiopien en matière de tuberculose se sont multipliés et ont atteint un point tel, que l'évaluation des moyens mis en oeuvre et des résultats obtenus s'avère indispensable. C'est pour cela que les services d'un statisticien ont été jugés nécessaires pour aider à cette évaluation.

107. En Libye, le projet de lutte antituberculeuse entrepris en commun en est maintenant à sa deuxième phase; après l'établissement et l'ouverture du centre de Benghazi, les opérations sur le terrain débiteront dans la zone nationale pilote. Le personnel de l'OMS déjà sur place depuis bientôt deux ans, va être étoffé, ce qui permettra la progression du projet dans les deux sens, au centre même, et sur le terrain dans la zone nationale pilote.

108. En Somalie, le centre de Mogadiscio va voir ses activités renforcées à la suite d'opérations qui seront entreprises sur le terrain.

109. En Arabie Saoudite, les autorités sanitaires, conscientes de l'importance du problème de la tuberculose, envisagent d'ores et déjà l'acquisition de moyens importants sous forme d'unités mobiles qui seraient mises en service pour répondre aux besoins sanitaires de la population, la lutte contre la tuberculose étant elle-même intégrée dans les activités polyvalentes que les autorités projettent d'entreprendre au moyen desdites unités. De plus, le Centre antituberculeux de Riad - déjà aidé par l'OMS - sera intimement lié à la planification de ces activités.

LEPRE

110. Au Pakistan, une bourse d'études de l'OMS a été octroyée à un fonctionnaire du gouvernement pour lui permettre d'acquérir, en Thaïlande et en Malaisie, une formation dans le domaine de la lutte contre la lèpre.

111. Au Pakistan oriental, des équipes mobiles de soins ont parcouru les districts de Dacca, Sylhet, Nilphamari et Rajshahi, où environ 5 660 malades ont été soignés. En outre, 1 500 malades ont été traités, durant le dernier trimestre de 1964, dans des institutions dirigées par des missionnaires recevant des médicaments du FISE.

112. Dans ce pays le projet de lutte contre la lèpre a progressé au ralenti. Toutefois, on note qu'une coopération étroite s'établit entre les unités mobiles gouvernementales, la Léproserie Marie Adélaïde et celle de Manghopir à Karachi. Le léprologue de l'OMS a terminé sa mission et quitté le pays à la fin de mars 1965. Le recrutement de son remplaçant est en cours.

113. Le médecin sanitaire appartenant à la Section de la Lèpre du Bureau du Siège a visité le Pakistan et l'Iran et a procédé à un échange de vues sur les problèmes que pose la lèpre dans ces deux pays.

OPHTALMIES TRANSMISSIBLES

114. L'ampleur du problème que posent le trachome et les infections similaires dans les pays de notre Région, a fait l'objet d'une étude particulière. Les statistiques de fréquence du trachome résultant des observations et des enquêtes effectuées dans divers pays, ont été rassemblées dans un rapport qui sera sans doute publié ultérieurement sous forme de document séparé.

115. L'assistance du personnel de l'OMS dans le domaine de la lutte contre les ophtalmies transmissibles a été maintenue en Jordanie et au Soudan, tandis que le Laboratoire de Recherches virologiques relevant du Centre ophtalmologique de Tunis, était pris en charge par le Gouvernement de la Tunisie dès le début de 1965. Toutefois, les recherches virologiques s'y poursuivent dans le cadre d'un nouveau projet interrégional, sous les auspices du Bureau du Siège de l'OMS.

116. Les services des conseillers techniques de l'OMS ont été étendus à plusieurs pays. En juillet 1964, le Conseiller régional de l'OMS pour les Ophtalmies transmissibles a participé aux discussions qui se sont déroulées à Amman, en Jordanie, sur l'élargissement éventuel du projet de lutte contre les ophtalmies transmissibles. Plus récemment, il s'est rendu en Ethiopie et au Soudan. En Ethiopie, le travail de lutte anti-trachomateuse, entrepris par le personnel du Centre d'Hygiène rurale, fait l'objet d'une inspection; au Soudan, le conseiller a observé l'évolution du projet de lutte contre les ophtalmies transmissibles. Vers la fin de 1964, un consultant temporaire de l'OMS a procédé à l'évaluation des progrès réalisés en Tunisie dans le cadre du programme de lutte contre les ophtalmies transmissibles.

MALADIES PARASITAIRES

BILHARZIOSE

117. Par suite de l'extension prise par les projets d'irrigation et de réforme agraire dans plusieurs pays de la Région, une importance grandissante est accordée aux problèmes que soulève la bilharziose; il en est résulté que les projets bénéficiant de l'assistance de l'OMS se sont vus fortement appuyés par les gouvernements intéressés.

118. Des progrès satisfaisants ont été réalisés dans les études entreprises dans les domaines de l'épidémiologie, de la malacologie et de la chimiothérapie au cours de la période considérée. L'étude portant sur la répartition géographique de la bilharziose se poursuit dans le cadre des projets bénéficiant de l'assistance de l'OMS, en Iran, en Irak et en République Arabe Unie. Cette étude s'est étendue, au cours de l'année, à davantage de villages et un plus grand nombre d'individus ont été examinés dans chacune des zones des projets précités.

119. Des épreuves de cuti-réaction ont été pratiquées lors du déroulement de projets assistés par l'OMS, avec utilisation de l'antigène Melcher, et l'on a pu établir une comparaison entre diverses espèces d'antigènes. L'étude sur la transmission de la maladie, entreprise dans le cadre du projet OMS, se poursuit par l'immersion partielle de petits animaux dans l'eau des canaux et autres aires d'habitation..

120. Dans cette zone du projet, on a constaté que les populations vivant sur le parcours des principaux canaux risquent davantage d'être contaminées par S.haematobium, que celles qui résident dans d'autres endroits. La contamination provient ensuite, par ordre d'importance, des canaux de distribution et de ceux des champs éloignés. En ce qui concerne S.mansoni les canaux de distribution semblent jouer un rôle plus important que les principaux.

121. Un nouveau molluscicide, le WL 8008 basé sur la formule FX/28, a été essayé dans un canal de 8 600 mètres, d'un débit journalier de 85 000 m³ d'eau; il s'est révélé très efficace pour la destruction tant des mollusques *Bulinus* que des *Biomphalaria* à des doses très inférieures à celles du Bayluscide. Ce nouveau molluscicide a toutefois le désavantage de n'avoir aucune action sur les oeufs de mollusques. Les essais biologiques sur l'efficacité des préparations à base de Bayluscide, liquide et sous forme de poudre mouillable, contre les mollusques adultes et leurs oeufs se sont poursuivis.

122. Une expérience visant à déterminer la répartition et le mouvement des mollusques dans un canal a fait apparaître que les *Biomphalaria* sont capables de parcourir 650 mètres vers l'aval en l'espace de trente minutes et 2,5 km en six heures. Des études se poursuivent sur le terrain et en laboratoire sur l'écologie et la biologie des mollusques.

123. Des enquêtes sur le comportement général des villageois devant la pollution de l'eau, et sur leurs contacts avec l'eau sont également en cours. Une étude a été entreprise dans les écoles d'Abis (zone d'application du projet) en vue de découvrir s'il existe des relations entre le taux de croissance physique et les résultats scolaires des enfants, selon qu'ils sont atteints ou non de bilharziose.

124. Afin de déterminer la quantité d'oeufs produits à intervalles réguliers pendant la journée, on a examiné plusieurs échantillons d'urines toutes les trois heures, entre 6 heures du matin et 6 heures du soir, dans le cadre du projet assisté par l'OMS en Iran. Une reconnaissance géographique, comportant des relevés cartographiques et des observations démographiques, a été menée dans 137 villages en automne 1964.

125. En Irak, on a continué d'étudier l'efficacité du pentachlorophénate de sodium dans la lutte contre les mollusques; d'autre part, les études de laboratoire se sont poursuivies en vue de déterminer les effets

d'une concentration réduite du pentachlorophénate de sodium sur la fréquence et la viabilité des oeufs de B.truncatus, ainsi que sur la longévité, l'incubation et l'éclosion des oeufs de B.truncatus. Les données relatives à la biologie, à l'écologie et à la transmission des espèces de B.truncatus, ont continué à être recueillies, comme par le passé.

SANTE PUBLIQUE VETERINAIRE

126. Un Colloque mixte FAO/OMS sur l'Hygiène des Denrées alimentaires, la Lutte contre les Zoonoses et la Santé publique vétérinaire s'est tenu à Lahore (Pakistan occidental), du 29 octobre au 6 novembre 1964; il a été suivi d'une visite sur le terrain, effectuée à Téhéran du 7 au 11 novembre 1964.

127. Les objectifs de ce Colloque étaient les suivants: définir les principaux problèmes relatifs à l'hygiène des denrées alimentaires et aux zoonoses dans la Région de la Méditerranée orientale, discuter des méthodes d'organisation technique afin de considérer ces problèmes sur le plan de l'équipement et des ressources, et enfin prévoir le développement des activités relevant de la santé publique vétérinaire, de manière que l'ensemble des ressources des domaines sanitaire, vétérinaire et agricole puissent être utilisées aussi efficacement que possible pour la protection et la promotion de la santé humaine.

128. Un certain nombre de thèmes ont été traités au cours de ce colloque, et nous n'en citerons que quelques-uns.

a. La corrélation entre la santé et les maladies des hommes et des animaux a été étudiée, et il a été convenu que la lutte contre les zoonoses est un aspect essentiel de la santé publique vétérinaire, car les maladies des animaux sont bien souvent à l'origine d'une santé déficiente chez l'homme, et de pertes

économiques considérables tant dans l'agriculture que dans le commerce. Ces maladies ne sauraient être combattues efficacement que par une action conjuguée des services sanitaires et agricoles. L'échange de données numériques sur les maladies est important.

b. Il s'est avéré que l'inspection ante-mortem était un bon moyen de dépister les salmonellas chez les animaux destinés à l'abattage. L'éducation sanitaire des personnes travaillant à la manipulation de denrées alimentaires joue un rôle important dans tout programme prophylactique appliqué aux salmonelloses d'origine alimentaire.

c. En ce qui concerne la lutte contre la brucellose, on expérimente en ce moment en Iran la vaccination des humains à l'aide d'une souche 19-BA, et celle des ovins et caprins au moyen d'une souche Rev.1. Il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité de ces mesures.

d. Divers types de vaccins ont été mis au point contre le charbon, depuis le premier type Pasteur jusqu'au type actuel (Sterne) atténué et non-encapsulé. Ce dernier semble très efficace dans la lutte contre cette affection et son emploi s'impose dans les régions où elle sévit. Au Royaume-Uni et en URSS, un "type agressif" ou Sterne est utilisé pour l'immunisation des personnes qui y sont plus particulièrement exposées de par leur profession.

e. Aucune étude systématique sur les leptospiroses n'a encore été amorcée dans la Région, mais quelques enquêtes locales ont révélé la présence de cette affection dans des pays tels que l'Iran, le Soudan et la République Arabe Unie. De nouvelles recherches sont nécessaires pour permettre d'évaluer la situation.

f. Les participants se sont à nouveau penchés sur le tableau mondial de prévalence de la rage, et sur celui des principaux animaux vecteurs, en insistant sur le rôle des animaux sauvages dans la transmission de cette maladie. Ils ont également apprécié la valeur du sérum antirabique hyperimmun et son rôle curatif. Il semble présenter un certain intérêt, notamment chez les personnes très exposées. Toutefois, l'antisérum peut entraver ultérieurement l'immunisation active, ce qui justifie les injections de rappel. Le vaccin préparé à partir de souche Flury adaptée à l'oeuf, et les autres vaccins préparés à partir de cultures de tissus ont donné de bons résultats au stade expérimental, mais ils n'ont pas encore été appliqués à la vaccination des humains.

g. Les maladies parasitaires semblent figurer au nombre des zoonoses les plus répandues dans la Région. Elles englobent les leishmanioses, les hydatidoses, les taeniasés et les schistosomiasés de la peau et des viscères.

h. La tuberculose bovine a fait l'objet d'une mention. Il n'y a en fait chez l'homme aucune différence de pathogénicité entre la tuberculose bovine et la tuberculose humaine, mais l'homme est plus exposé à la seconde qu'à la première. Cependant, les jeunes enfants risquent davantage d'être atteints de tuberculose bovine du fait des dangers de contamination par le lait.

i. A l'exception du vaccin anti-typhoïdique, aucun de ceux dont on dispose à l'heure actuelle contre les maladies d'origine alimentaire ne semble réellement efficace. Les anatoxines staphylococciques n'ont apparemment aucun rôle protecteur chez l'homme, sauf dans les conditions expérimentales. Tous

les services sanitaires devraient accorder la priorité aux questions d'épidémiologie et à la déclaration des **affections** d'origine alimentaire. L'hygiène et le contrôle de la viande ne visent pas à la simple prévention des maladies provoquées par la viande, et s'appliquent également à d'autres aspects du contrôle des denrées alimentaires. Les services d'hygiène de la viande ne devraient pas limiter leurs activités à l'inspection des carcasses mais y inclure également la surveillance des conditions sanitaires des abattoirs, des moyens de transport, des entrepôts, des manufactures et de la vente au détail.

j. Quant aux maladies transmises par le lait, un programme de contrôle bien compris ne saurait se borner à la seule pasteurisation ou stérilisation; il doit également comporter le contrôle des maladies et des conditions sanitaires dans les fermes et laiteries.

k. Enfin, la discussion a porté sur les questions intéressant l'organisation et l'administration de l'hygiène alimentaire (enregistrement, législation, enquêtes en cas d'intoxications alimentaires).

4. SERVICES DE SANTE PUBLIQUE

ADMINISTRATION DE LA SANTE PUBLIQUE

DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

129. On peut affirmer, à juste titre, que les services sanitaires jouent un rôle capital dans le développement communautaire, et c'est là un aspect qu'il ne faut pas perdre de vue toutes les fois que des programmes de santé publique sont mis au point dans la Région.

130. Un certain nombre de projets pilotes d'hygiène rurale, bénéficiant de l'assistance de l'OMS, et se rattachant à des programmes de développement communautaire sont en cours d'exécution en Irak, au Liban, en Arabie Saoudite, en Somalie, au Soudan, en République Arabe Syrienne et au Yémen. Le personnel de l'OMS affecté à ces projets, collabore avec ses homologues nationaux du développement communautaire et se charge de coordonner ses activités avec celles des autres institutions internationales et bilatérales qui s'intéressent au développement communautaire. Au stade de la planification, l'accent porte surtout sur la nécessité d'un effort concerté, et d'une participation active de la population aux activités du développement communautaire.

131. Les programmes sanitaires contribuent largement à la promotion du développement communautaire. Bien conçus, les services techniques spécialisés ne manqueront pas de susciter dans la communauté un vif intérêt pour l'amélioration des niveaux de vie.

132. Parallèlement aux programmes nationaux de développement communautaire, des projets de services sanitaires de base bénéficiant de l'appui du FISE, sont en cours d'exécution dans plusieurs pays de la Région, l'accent étant mis spécialement sur l'élément hygiène.

133. Dans cette Région, le Centre de Préparation au Développement communautaire pour les Etats Arabes (ASFEC Sirs El Layyan, RAU), patronné par l'UNESCO, continue à être l'instrument principal de formation professionnelle du personnel de ce domaine. L'OMS prête les services d'un conseiller permanent, chargé de l'enseignement des questions sanitaires et notamment de l'éducation sanitaire. A la réunion du Comité consultatif de l'ASFEC, qui s'est tenue au Caire en avril 1965, l'OMS était représentée par des conseillers régionaux pour l'éducation sanitaire et le développement communautaire, ainsi que par le Conseiller de l'OMS auprès de l'ASFEC.

134. Le Bureau régional reste en liaison étroite avec la Commission économique pour l'Afrique (CEA), la Commission économique pour l'Asie et l'Extrême-Orient (CEAEO) et le Bureau économique et social des Nations Unies à Beyrouth; il participe également aux réunions inter-institutionnelles sur le développement communautaire.

HYGIENE RURALE

135. Parmi les projets d'hygiène rurale auxquels le Bureau régional a continué à prêter une assistance au cours de l'année écoulée, on peut citer, à l'échelon local, le Service d'Hygiène rurale du Liban, les Services sanitaires de Base de Somalie, et le Centre de démonstration et de formation professionnelle en matière d'hygiène rurale de la République Arabe Syrienne. Au Yémen, les services sanitaires et les activités de formation professionnelle du Centre sanitaire et Ecole de Formation professionnelle de Sana'a s'étendent à d'autres zones du pays notamment à Hodeida et Taiz, ainsi qu'aux districts ruraux situés dans le voisinage des trois villes principales. A l'échelon intermédiaire, l'assistance de l'OMS est assurée au projet relatif aux Services fondamentaux de Santé publique et de Soins médicaux dans la province orientale de l'Arabie Saoudite. En Ethiopie,

l'équipe de direction des centres de santé, qui, jusqu'ici, a prêté une assistance au niveau périphérique reporte actuellement l'essentiel de son assistance aux départements d'hygiène de province et à la mise sur pied d'un département des services fondamentaux de santé au sein du Ministère.

136. Les projets intéressant les services consultatifs de la santé publique au Pakistan oriental et occidental, accordent une attention spéciale au développement des services sanitaires. A Sheikhapur (Pakistan occidental) le Gouvernement met au point une zone pilote pour guider le développement des services sanitaires municipaux et préparer le terrain à l'intégration de campagnes sanitaires spécifiques. Dans tous les projets d'hygiène rurale bénéficiant de l'assistance de l'OMS, on se préoccupe de réaliser une intégration graduelle. Une évaluation des services fondamentaux de santé et des projets assistés par le FISE est à l'étude.

137. En Ethiopie, l'évaluation des services de santé rurale a commencé en janvier 1965, dans cinq centres sanitaires. D'après les prévisions, cela devrait faciliter la détermination du niveau de formation professionnelle du personnel sanitaire travaillant dans les centres de santé.

138. On examine actuellement les divers problèmes et les dangers éventuels que présenterait l'installation des nomades du point de vue sanitaire. Le projet de l'Organisme de mise en valeur des régions désertiques ayant pour objet l'amélioration du cheptel et la mise en valeur des terres de la République Arabe Unie, projet bénéficiant de l'assistance du Programme alimentaire mondial, est à l'étude. Dans d'autres pays de la Région, tels que l'Arabie Saoudite et le Soudan, les institutions des Nations-Unies mènent des enquêtes sur les possibilités de fixation des nomades; ces enquêtes sont suivies avec intérêt, et l'on envisage d'étendre à ces pays l'Assistance consultative de l'OMS pour les besoins sanitaires des communautés de ce genre.

LABORATOIRES DE SANTE PUBLIQUE

139. Dans la plupart des pays de la Région l'évolution des services de laboratoire s'est poursuivie selon des schémas identiques dans leurs grandes lignes. Des laboratoires de diagnostic ont été créés, tout d'abord pour aider les médecins dans l'établissement de leur diagnostic. Cependant, du fait de l'importance croissante de l'épidémiologie, les activités des laboratoires de santé publique ont acquis une importance de premier plan, et l'on s'est préoccupé de les organiser dans plusieurs pays de la Région. Les deux catégories de laboratoires étaient liées, et plusieurs pays, notamment les pays en voie de développement, ont adopté un système d'organisation centralisée en raison des avantages évidents qu'il présente.

140. La pénurie de personnel qualifié est le principal problème qui se pose lorsqu'il s'agit de la mise au point des laboratoires de santé publique. La formation professionnelle des techniciens a été convenablement assurée dans plusieurs pays surtout au niveau subalterne, avec, dans certains cas l'appui de l'OMS. Il s'ensuit que le problème des techniciens subalternes a perdu de son acuité, mais on prévoit que l'on aura davantage besoin de former des spécialistes et des techniciens de niveau supérieur.

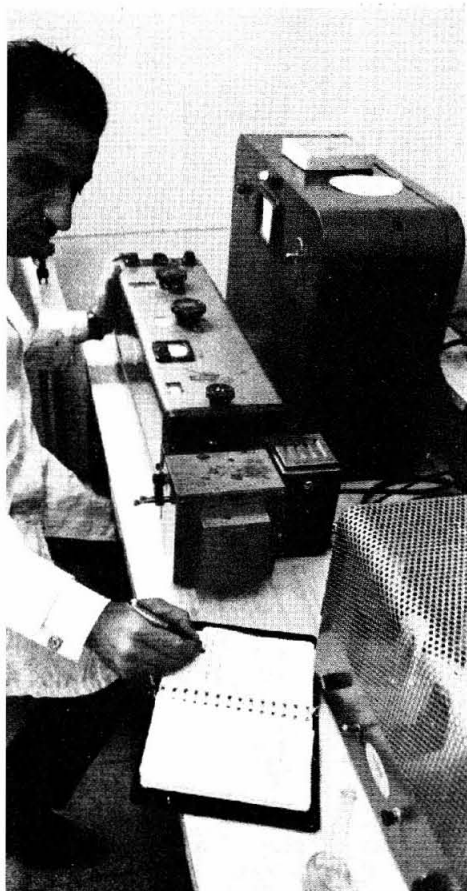
141. Un cours inter-pays de formation professionnelle, d'une durée de dix-huit mois, a commencé à Beyrouth en 1962, à l'intention des techniciens de laboratoire; ce cours vise à préparer des techniciens d'un niveau supérieur, qui pourraient éventuellement faire fonction de moniteurs dans leurs pays respectifs, et contribuer à élever la formation professionnelle des techniciens à un niveau supérieur à celui qui est habituellement obtenu. Le cours se poursuivra jusqu'à fin 1966, et

l'on se propose de le prolonger encore afin de pouvoir offrir une formation approfondie dans des domaines plus spécialisés tels que l'immunohématologie et la sérologie. Cette adaptation est une conséquence naturelle des progrès réalisés par les pays de la Région, et de l'accroissement remarquable du nombre de banques du sang et de centres de transfusion sanguine, dont les activités ne se limiteront plus au travail courant de récolte, de détermination des groupes, d'emmagasinage et de distribution de sang, mais serait élargie de manière à englober la préparation du typage des antisérums, des divers produits contenus dans le sang et la recherche, et à prendre en mains la direction et l'orientation des autres banques du sang situées dans leur champ d'action.

142. Plusieurs pays, dont le Liban et la République Arabe Unie ont développé leurs activités en vue de créer des services de virologie; d'autres, tels que l'Iran, l'Irak et la Jordanie ont demandé une assistance pour la mise au point d'activités analogues. S'il est souhaitable que ces pays commencent à stimuler les activités du domaine de la virologie, il convient toutefois de les limiter, pour commencer, aux méthodes de sérodiagnostic, quitte à les laisser se développer ultérieurement en fonction du personnel qualifié, du matériel et des fournitures disponibles. Il est possible que les études virologiques relèguent à l'arrière-plan celles qui, relevant de la bactériologie et de la parasitologie, disposent déjà de services correctement organisés, où le travail est exécuté de façon satisfaisante, mais il faut absolument obtenir une exécution parfaite dans ces disciplines de base, avant de se lancer dans d'autres, plus complexes. Aux budgets de 1966 et 1967, l'OMS a prévu des fonds pour bourses d'études, afin de permettre la formation professionnelle de techniciens en virologie.

143. Les pays producteurs de vaccins s'efforcent de purifier et concentrer leurs produits, d'augmenter leur activité et leur innocuité, et enfin d'étendre leur portée. Certains pays ont réussi à produire des

LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE



RAN: A l'Institut de la Nutrition de Téhéran, un technicien utilise un spectrophotomètre pour déterminer la teneur du sang en vitamines.



RAU : Au Centre de Recherches virologiques d'Agouza, ces laborantines étudient l'étiologie des maladies respiratoires à virus, en effectuant des cultures de tissus.



TUNISIE: Au Laboratoire de Recherches virologiques de l'Institut ophtalmologique de Tunis, des souches de trachome sont cultivées dans des oeufs fécondés pour étudier leur sensibilité à divers antibiotiques.



PHYSIOTHÉRAPIE (LIBAN, IRAN)

Jeunes pensionnaires du Centre iranien de réadaptation de Jamalabad, qui bénéficie de l'assistance de l'OMS.



Au Centre de réadaptation d'Ouzai (Liban), qu'assiste l'OMS, une physiothérapeute suit de près les exercices d'un jeune garçon.



Séance d'hydrothérapie pour une victime de la poliomyélite, au Centre d'Ouzai. (Liban).



(Ci-dessus) Préparation de jeune handicapés à un exercice spécial de jambes, au Centre de réadaptation de Jamalabad (Iran).

(A gauche) Au même Centre, exercice à l'aide d'attelles.



vaccins anti-bactéries, anti-virus, et anti-rickettsies. L'Ethiopie, le Pakistan et la République Arabe Unie produisent du vaccin antivariolique lyophilisé en grandes quantités, et plusieurs autres pays, comme l'Irak, la Jordanie, le Soudan et la République Arabe Syrienne commencent à les imiter. Dans la Région, la production des antisérums est limitée à un petit nombre de pays, mais ceux-ci s'efforcent de relever la qualité de leurs produits en les concentrant davantage et en les dotant d'une plus grande efficacité.

144. Pour l'avenir, les tendances des activités de développement semblent mettre l'accent sur:

- a. le relèvement du rendement;
- b. l'extension des services de manière à y inclure de nouveaux domaines de spécialisation;
- c. l'accroissement des moyens destinés à la formation du personnel de laboratoire;
- d. le redoublement des activités dans le domaine de la recherche fondamentale et appliquée.

A ce stade, il est encore prématuré d'entreprendre des recherches purement théoriques.

145. Un autre problème sérieux mérite de retenir l'attention: celui de l'entretien du matériel et des instruments. La pénurie aiguë de personnel qualifié, capable d'entretenir certains des instruments délicats actuellement utilisés, pose un problème aux pays de la Région. Il serait bon que les gouvernements élaborent des plans pour combler cette lacune, et que l'OMS, de son côté, prête son assistance pour la résolution de ce problème.

146. L'OMS accorde son appui à plus de vingt projets, dans des pays différents, en envoyant des conseillers et des consultants, ainsi que du matériel et des fournitures. De même, elle offre des bourses d'études pour la formation professionnelle dans les divers domaines des sciences de laboratoire.

147. Il est réconfortant d'observer que dans leurs plans les gouvernements assignent un rang de priorité aux projets intéressant les laboratoires, et qu'ils leur accordent leur appui financier; en outre, ils étudient et préparent soigneusement l'avenir de ce domaine.

SOINS INFIRMIERS

148. L'horizon des soins infirmiers continue à s'élargir: en effet, les écoles se développent et s'accroissent en nombre, on a de plus en plus conscience du rôle et des fonctions de l'infirmière que l'on apprécie davantage, et enfin, des infirmières de premier plan, capables d'adapter la profession aux besoins de leurs pays respectifs, sont entrées en scène.

149. La Région s'intéresse tout particulièrement à l'apparition de ces infirmières "chefs de file" et veille à ce que ce phénomène nouveau vienne s'intégrer dans la croissance générale des services sanitaires de chaque pays.

150. Pour atteindre ce but, on a créé à titre expérimental, un Tableau régional d'Infirmières Experts auquel cinq des vingt pays de la Région ont été invités à participer pour l'instant. Les Gouvernements de l'Iran, du Liban, du Pakistan, du Soudan et de la République Arabe Unie ont bien voulu approuver le choix de candidates proposé par le Bureau régional.

151. Une liste d'ouvrages présentant un intérêt général pour les infirmières, a été distribuée au Tableau d'Experts, à titre indicatif et d'information. De même, on s'occupe de rassembler des documents traitant de la mise au point des programmes d'enseignement, notamment des programmes et de la législation de base en vigueur dans la Région, et, une fois réunie, cette documentation sera mise à la disposition des intéressées pour étude.

On prévoit qu'en août 1965 le Tableau rencontrera un Professeur de Soins infirmiers de l'Université de Yale, afin de discuter et d'examiner ensemble ses objectifs et son champ d'action.

152. Entre autres activités importantes, le Tableau d'Experts devra préparer le Colloque sur l'Administration des Services infirmiers, qui se tiendra en 1966. On prévoit que l'assistance du Tableau permettra une participation régionale plus complète et la mise en lumière de problèmes courants, communs à tous les pays. Lors du Colloque sur les Soins infirmiers organisé il y a quatre ans, on a fait appel à des infirmières appartenant à un certain nombre d'institutions internationales, car leur expérience et leurs connaissances étaient un précieux adjuvant. Pour le prochain colloque, on prévoit qu'une large part de leurs responsabilités retombera sur le Tableau régional d'Experts.

153. Un indice important pour le développement des soins infirmiers, c'est qu'à l'exception des infirmières appartenant à l'OMS, un nombre relativement peu élevé d'Experts internationaux restent encore dans la Région, bien que le nombre de postes d'infirmières de l'OMS se soit accru d'un tiers, ce qui témoigne de l'extension des programmes de formation professionnelle aux pays les moins développés. Dans les pays ayant bénéficié les premiers d'une assistance, les équipes d'infirmières monitrices internationales sont graduellement remplacées à l'échelon central par des consultantes ou des conseillères à court terme, et les infirmières nationales occupent désormais les postes d'infirmières-chefs, de directrices d'écoles, ou de chefs de services de soins infirmiers.

154. On envisage actuellement d'organiser et d'appuyer financièrement un colloque d'études à l'intention des infirmières "chefs de file" d'un certain nombre de pays de la Région; cette manifestation aurait pour but de les rompre aux méthodes de recherche, les mettant ainsi à même d'isoler

les problèmes qui se posent, parmi les nombreux facteurs qui les constituent, et de les guider pour l'application de solutions appropriées. Ainsi, espère-t-on assurer le développement de la profession grâce à une planification plus efficace, réduisant le gaspillage de temps au minimum.

155. En Iran les programmes de soins infirmiers ont été renforcés au cours des cinq dernières années, tant en ce qui concerne les infirmières diplômées que les non diplômées. Pour les infirmières diplômées, des méthodes élaborées de sélection ont été appliquées dans un certain nombre d'écoles, ce qui a entraîné une diminution considérable du nombre d'abandons et une amélioration sensible des résultats terminaux. Autre fait notoire, les candidates ne manquent pas, ce qui prouve que dans cette profession, comme dans tous les autres domaines de l'activité humaine, plus le but à atteindre est difficile et plus vif est son attrait.

156. Les soins infirmiers ont été établis en Iran sur des bases solides; tout en se souciant du perfectionnement de l'étudiante sur le plan professionnel - sans lequel les services qu'elle est appelée à rendre ne s'amélioreront jamais - on a tenu compte du milieu culturel dans lequel elle travaille et des besoins des malades sous le rapport des soins. Au cours de l'année écoulée, on a mis au point des projets d'expansion des services sanitaires, de manière à ce qu'ils pénètrent dans tous les coins du pays; de même les services médicaux spécialisés ont été développés. Le besoin d'enseignants et de personnel d'encadrement dans les écoles qui se développent à une allure rapide, ainsi que d'infirmières, intelligentes et compétentes, capables d'aider les médecins dans leur travail, est vivement ressenti. Pour y faire face, des plans sont en voie d'élaboration pour l'institution d'un programme de base menant au "degré" en soins infirmiers (niveau licence), ainsi que de programmes d'études complémentaires et postuniversitaires en soins infirmiers. Ces programmes seront administrés par des infirmières nationales diplômées, dont le nombre augmente rapidement.

157. Outre l'Institut supérieur de Soins infirmiers d'Alexandrie, un deuxième institut supérieur, rattaché à l'Université du Caire a commencé à fonctionner en République Arabe Unie. Les deux instituts offrent un programme de quatre années, menant au "Bachelor's degree", équivalent à une licence en soins infirmiers. L'Institut d'Alexandrie a été dirigé l'année dernière, par deux infirmières-experts qui bénéficiaient de bourses Fulbright. Des infirmières nationales, dont le nombre a atteint la trentaine, exercent, depuis 1959, des activités d'ordre administratif et d'enseignement. Dix-huit d'entre elles termineront en 1965 les études entreprises à l'étranger pour l'obtention du "Master's degree" (niveau agrégation) et cinq autres obtiendront en 1966 le "Doctoral degree" (équivalent d'un doctorat) pour l'Enseignement. A l'avenir, il sera possible d'émulser la préparation universitaire de stages pratiques.

158. Le Collège de Soins infirmiers de Khartoum (Soudan) a atteint le plafond des inscriptions, et l'on y adopte actuellement de nouvelles méthodes de sélection en vue d'assurer un niveau plus élevé du point de vue des aptitudes, de la responsabilité sociale et de la compréhension en matière de soins infirmiers. L'équipe d'enseignement infirmier de l'OMS s'est retirée en 1964, et les services de la Conseillère principale de l'OMS ont été prolongés pour lui permettre d'aider au développement général des soins infirmiers dans le pays.

159. Les pays dont on vient de parler, auxquels s'ajoutent plusieurs autres pays de la Région, pourront très prochainement se suffire à eux-mêmes et ne plus avoir besoin que de directives ad hoc.

160. D'autre part, dans certains pays, les soins infirmiers n'ont été introduits que tout récemment. Ainsi, au Yémen, il est très intéressant d'observer l'ardeur avec laquelle les jeunes femmes du pays cherchent à s'instruire. Quarante-six infirmières auxiliaires ont été formées jusqu'à ce jour

au Centre sanitaire et Ecole de Formation professionnelle de Sana'a (projet OMS), et bon nombre d'entre elles, une fois diplômées et reprises par leur vie de famille y reviennent pour suivre des cours de vulgarisation en matière d'hygiène, et recevoir un enseignement général de base. Ces femmes sont souvent accompagnées d'amies et de voisines, aussi avides qu'elles de s'instruire.

161. Dans la Région, les soins infirmiers sont dispensés en fonction des niveaux de compétence technique, variables d'un pays à l'autre. L'Organisation est peu optimiste et n'est guère satisfaite des progrès réalisés, mais on espère que les programmes actuels favoriseront l'accession à des compétences plus élevées. On ne peut nier cependant que les programmes d'enseignement infirmier ont fourni à un grand nombre de jeunes femmes l'occasion de chercher à s'instruire, à étudier, et même à s'engager dans des activités visant à l'amélioration des conditions sociales des collectivités et de leurs pays.

EDUCATION SANITAIRE

162. L'éducation sanitaire entre dans une phase intéressante dans un certain nombre de pays de la Région. Les temps sont révolus où les seuls problèmes qui préoccupaient les gouvernements étaient la lutte contre la variole, la promotion de l'hygiène individuelle et l'utilisation des services d'hygiène existants. A cette époque-là, on n'attendait que peu de chose du public, et tous les efforts de l'éducation sanitaire se bornaient à encourager le public à utiliser les services existants et à se rendre à un centre d'hygiène, un hôpital ou une clinique pour s'y faire immuniser ou vacciner. Cela fait, la besogne était achevée et l'éducation sanitaire était considérée comme couronnée de succès. D'où la raison d'être de moyens d'information de masse au service de l'éducation sanitaire, pour renseigner le public et l'inciter à utiliser les services existants.

163. De nos jours, de pair avec les nouveaux besoins qui surgissent, un certain nombre de problèmes de nature plus complexe et requérant des efforts plus poussés dans le domaine de l'éducation sanitaire se posent dans divers pays. En ces périodes transitoires qui se succèdent rapidement dans les pays en voie de développement, la santé mentale chez les adolescents, le cancer, l'éradication du paludisme, l'hygiène du milieu, l'hygiène maternelle et infantile, ne sont que quelques-uns des problèmes qui réclament plus qu'une simple visite à un centre d'hygiène pour y recevoir tel ou tel soin type.

164. Aujourd'hui, chaque individu devrait jouer un rôle actif dans la promotion de la santé de l'ensemble de la communauté dont il fait partie, de la chaîne dont il constitue un maillon. Bien entendu, cela exige de sa part des efforts, du temps et de l'argent. Le moment est venu pour les communautés de prendre en main la détermination de leurs besoins et de trouver les voies et moyens de les satisfaire. Parallèlement aux services déjà existants, il faudra donc en créer de nouveaux. Dans certains pays, cette période de transition s'est traduite par un ralentissement du développement des services d'éducation sanitaire.

165. Maintes autorités sanitaires, se rendant compte des résultats obtenus grâce à l'éducation sanitaire dans la lutte contre certaines maladies, se demandent si des expériences analogues ne pourraient pas être tout aussi fructueuses dans les cas de délinquance juvénile ou même pour l'éradication du paludisme. Il est évident que des problèmes aussi essentiels requièrent la présence de services adéquats, mais leur résolution dépend dans une mesure plus ou moins grande d'un changement du mode de vie, entraînant à son tour une attitude nouvelle, assez forte pour le tolérer, l'accepter et le mettre en pratique. Cela ne sera pas le fait de moyens de masse, mais d'une éducation sanitaire fonctionnelle basée sur la situation effective et capable de s'adapter à une société en constante évolution.

166. Dans un certain nombre de pays de la Région, l'éducation sanitaire, d'abord centrée sur les masses, évolue lentement vers des activités sanitaires convergeant vers la satisfaction d'un besoin spécifique.

167. Le Bureau régional a conscience de ce changement inévitable et tant dans ses rapports avec les Gouvernements, que dans son assistance, il a déplacé progressivement le centre d'intérêt des activités d'éducation sanitaire d'ensemble vers des activités portant sur certains points particuliers. Le Colloque inter-pays sur l'enseignement de l'hygiène scolaire, dont la réunion est prévue au Koweït, en mars 1966, fournit un exemple de cette tendance; au cours de ce colloque, les débats porteront sur tous les thèmes susceptibles d'avoir une incidence sur l'enseignement de l'hygiène scolaire, et les participants pourront mettre leurs expériences en commun et procéder à des échanges de vues sur les possibilités d'améliorer ces services dans leurs pays respectifs. L'UNESCO a témoigné à cet égard d'un grand esprit de coopération et se propose de prendre à sa charge, dans la mesure du possible, la participation des délégués des Ministères de l'Education des pays de la Région.

168. L'attention accordée à l'enseignement de l'hygiène scolaire est un symptôme très encourageant de ce glissement des domaines généraux à des domaines plus spécifiques. En République Arabe Unie, deux projets sur l'hygiène scolaire ont été lancés récemment, l'un ayant pour objet les services d'hygiène scolaire, l'autre portant spécialement sur l'enseignement de l'hygiène scolaire, et prévoyant de donner à tous les enseignants que cela concerne une certaine formation en matière d'hygiène et d'enseignement sanitaire. Dans les deux cas, le FISE a accordé une assistance financière, et l'OMS des avis techniques. Le Koweït, la Tunisie et le Yémen ont également élargi, dans une certaine mesure, leurs activités dans ce domaine.

169. Autre activité envisagée par le Bureau régional, l'organisation d'un cours de formation professionnelle aux techniques d'analyse et d'évaluation de l'efficacité de l'éducation sanitaire. Cela devrait permettre de donner aux éducateurs sanitaires une formation approfondie, comportant une introduction plus précise aux techniques de planification, de mesure, et d'évaluation, grâce à quoi de nouveaux critères pourraient se faire jour, reléguant à l'arrière-plan les hypothèses dont se réclament bien souvent les activités de l'éducation sanitaire.

170. Un gros travail a été accompli dans le domaine de l'éducation sanitaire en matière d'éradication du paludisme: au Pakistan, de nouveaux travailleurs de l'éducation sanitaire ont reçu une formation professionnelle et sont entrés en fonctions; en Ethiopie et en Iran, des efforts redoublés ont été consacrés à l'éducation sanitaire notamment en ce qui concerne les programmes d'éradication du paludisme. Il en va de même au Soudan, où le Centre de préparation à l'éradication du paludisme, de Sennar, a donné à l'éducation sanitaire la place qui lui revient dans le programme de formation professionnelle des techniciens supérieurs en matière de paludisme. Au Centre de Préparation au Développement communautaire pour les Etats Arabes (à Sirs-el-Layyan, RAU), on a entrepris, grâce aux efforts conjugués de l'ASFEC et du Bureau régional, la production de documents de lecture et de référence destinés aux étudiants du développement communautaire.

171. Le fait que certains pays de la Région aient demandé, pour la première fois, les services d'un conseiller pour l'éducation sanitaire est un indice encourageant; cela prouve en effet que l'intérêt porté à l'éducation sanitaire en tant que partie intégrante des services fondamentaux d'hygiène, va croissant.

172. D'une manière générale, l'éducation sanitaire se déroule dans l'ensemble de la Région en deux phases distinctes: la phase de développement, pendant laquelle les pays réclament les services d'un spécialiste

pour organiser leurs services généraux d'éducation sanitaire, et la phase de transition, au cours de laquelle on cherche à centrer l'activité des services d'éducation sanitaire sur tel ou tel problème particulier, cette dernière phase étant, comme on l'a dit plus haut, un processus lent.

173. Le Bureau régional aide les pays dans lesquels l'éducation sanitaire se développe, en élaborant des plans, en organisant des colloques et des cours de formation professionnelle, et en s'efforçant de réduire la période de transition, pour permettre à l'éducation sanitaire de jouer le rôle qui lui est dévolu en tant que partie intégrante des services fondamentaux de santé.

HYGIENE MATERNELLE ET INFANTILE

174. Au cours de la période considérée, l'expansion des services d'hygiène maternelle et infantile et leur intégration dans l'infrastructure de l'hygiène publique ont de plus en plus retenu l'attention des pays de la Région. En outre, l'accent a été mis sur le développement et le renforcement des méthodes préventives et de l'enseignement de la pédiatrie. A cet égard, le Bureau régional a continué à prêter assistance aux projets d'hygiène publique et de formation professionnelle en Ethiopie, en Irak, en Libye, en Arabie Saoudite, en Somalie, au Soudan, en Tunisie, en République Arabe Unie et au Yémen.

175. Tant le Bureau régional que le personnel opérant sur le terrain ont continué à se préoccuper des activités d'hygiène maternelle et infantile. Le Conseiller régional de l'OMS, venu en Irak en décembre 1964, a procédé à une révision de la situation du point de vue de l'hygiène maternelle et infantile et de celui des services d'hygiène scolaire; par ailleurs, un Consultant de l'Organisation s'est rendu à Bagdad en mars 1965 pour trois mois, afin d'aider le Gouvernement à développer, élargir

et améliorer les services d'hygiène scolaire existants et à resserrer les liens qui les unissent aux domaines de l'hygiène maternelle et infantile, de l'éducation sanitaire, de la nutrition et des soins infirmiers. Il a également fourni certains avis sur l'hygiène scolaire en tant que partie intégrante de l'assistance médicale et de la santé publique, dans le pays.

176. Le projet de création d'un Service de Prématurés à l'Hôpital universitaire Manial, au Caire, a été mis en chantier au 1er novembre 1964. L'infirmière monitrice de puériculture et de santé publique de l'OMS a partagé son temps entre ce service et le centre d'hygiène maternelle et infantile de Guizeh. En ces deux endroits, on s'est efforcé de mettre sur pied les installations et de pourvoir à l'équipement nécessaires; de plus une formation en cours d'emploi y a été organisée à l'intention du personnel infirmier. On a essayé de transformer le Centre de Guizeh en centre spécialisé pour les soins à domicile des enfants prématurés. Des conférences ont été faites pour les médecins et les "hakimas", et des réunions hebdomadaires ont été organisées pour le personnel. Les visites à domicile se poursuivent pendant les trois premières semaines de vie des nouveau-nés et prématurés. De même, une assistance a été fournie aux familles pour les soins à donner aux bébés. Des cours de perfectionnement d'une durée de deux semaines, portant sur les soins à domicile des nouveau-nés et des prématurés ont commencé au premier trimestre de 1965 au Centre d'Hygiène maternelle et infantile de Guizeh, à l'intention des aides-sages-femmes de la zone du projet; ces cours se poursuivront régulièrement pour quatre participantes à la fois. Un cours de formation professionnelle de six mois, sur les soins aux prématurés a débuté en février à l'Hôpital Manial pour les infirmières et "hakimas". Une infirmière diplômée de l'Institut supérieur de Soins infirmiers d'Alexandrie a été désignée comme homologue de l'infirmière puéricultrice de l'OMS, et elle devra assumer les fonctions d'infirmière-chef du Service de Prématurés de l'Hôpital Manial.

177. Au centre pilote d'HMI de Tunis, la formation professionnelle des diverses catégories de personnel paramédical s'est régulièrement poursuivie au cours de l'année. Cinq sages-femmes ont achevé en octobre un cours de formation professionnelle d'une durée de trois mois. Un nouveau cours, à la fois théorique et pratique, a démarré le même mois et au même centre, à l'intention de quinze animatrices sanitaires et sociales. Le Conseiller principal de l'OMS et l'Infirmière sage-femme de la santé publique de l'OMS ont participé aux cours organisés à l'intention des assistantes sociales et des animatrices sanitaires et sociales dans le cadre du nouveau projet du FISE, et portant sur la "Protection infantile dans une zone péri-urbaine de Tunis". Le Centre d'HMI de Djebel-Lahmar (Tunis), situé dans le secteur de ce nouveau projet, a été organisé par le Directeur du Centre pilote d'HMI, avec l'aide du personnel de l'OMS. Un certain nombre de membres du personnel paramédical ont été envoyés au nouveau centre pour compléter les effectifs nécessaires à son fonctionnement. On prévoit qu'à l'avenir le centre de Djebel-Lahmar rendra les mêmes services que le centre pilote. Le personnel de l'OMS a visité un certain nombre de centres d'HMI dans diverses provinces en vue d'aider le personnel local à organiser et améliorer les services. Le Conseiller principal de l'OMS affecté à ce projet a terminé sa mission à la fin de novembre 1964. L'Infirmière de la santé publique de l'OMS sera maintenue jusqu'à fin 1965. Les services d'HMI se sont développés d'une manière satisfaisante en Tunisie et leur intégration dans les services d'hygiène publique du pays s'effectuera conformément au plan de développement du pays.

178. En octobre 1964, le Conseiller régional pour l'HMI a visité, à Tunis et dans les zones rurales, un certain nombre de centres d'HMI et de "Groupes Maternité-P.M.I.", ainsi que diverses autres institutions dont les activités sont liées à celles de l'hygiène maternelle et infantile. Il s'est également entretenu avec l'équipe de l'OMS et les fonctionnaires intéressés des divers problèmes se rattachant au développement de l'HMI en Tunisie.

179. Au Centre de Démonstration et de Formation professionnelle d'HMI de Benghazi, en Cyrénaïque (Libye), l'enseignement et la formation professionnelle, ainsi que la surveillance des étudiantes, se sont poursuivis normalement, et l'on a noté des améliorations par rapport aux années précédentes. Pour les stagiaires de la promotion actuelle, des examens suivis de stages pratiques dans les divers hôpitaux et dispensaires, ont donné des résultats satisfaisants. Un cours assez bref sur les tests tuberculiniques et la vaccination par le BCG a été organisé dans les centres antituberculeux à l'intention des étudiantes, qui devront ensuite effectuer pendant un certain temps des stages sur le terrain en vue d'enrichir leur expérience pratique. Des films sur l'hygiène maternelle et infantile ont été projetés à raison d'une séance par semaine dans les centres d'HMI, pour les mères de famille. La nouvelle promotion de "dayas" (sages-femmes non-diplômées), recrutées localement a poursuivi sa formation professionnelle. L'insuffisance des moyens de transport a contre-carré pendant plusieurs mois la formation pratique des étudiantes, et a entraîné une diminution des visites et des accouchements à domicile. L'infirmière sage-femme de l'OMS a accompagné l'infirmière surveillante générale du Ministère de la Santé publique pour l'HMI dans la visite de plusieurs centres d'HMI, dans les villes et les villages, afin d'y contrôler le travail du personnel. Le conseiller régional de l'OMS pour l'HMI s'est rendu en octobre sur les lieux d'application du projet ainsi que dans un certain nombre de centres d'HMI à Benghazi et à Tripoli, et il a discuté avec des représentants du Gouvernement, de l'amélioration et du renforcement des services d'HMI en Libye. En réponse à la demande du Gouvernement de la Libye, le Bureau régional s'efforce de recruter un certain nombre d'infirmières sages-femmes de l'HMI, suffisamment compétentes pour pouvoir se charger de la formation professionnelle et des activités de surveillance.

180. A la suite de la visite du Conseiller régional de l'OMS pour l'HMI à Khartoum (Soudan), en septembre 1964, un consultant de l'OMS a été engagé à titre temporaire pour se rendre à Khartoum en janvier et y mener une enquête sur les ressources actuelles de l'Ecole de Médecine de l'Université de Khartoum, pour l'enseignement et la formation professionnelle en matière de pédiatrie, la situation des services d'HMI et le personnel dont ils disposent. Le Consultant de l'OMS a procédé à une évaluation des besoins en vue de la création d'un institut de pédiatrie à l'Ecole de Médecine. Après avoir visité l'Ecole de Médecine, l'Hôpital civil de Khartoum, les centres d'HMI et un certain nombre d'établissements à Khartoum et à Omdourman, il a eu au Ministère de l'Hygiène et à l'Ecole même des entretiens avec les fonctionnaires responsables, sur les divers aspects du projet et les possibilités de développement qu'il offre. Au titre de l'Assistance prévue pour ce projet, l'OMS fournira en 1965 une infirmière-puéricultrice, et en 1966, un professeur de pédiatrie.

STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES

181. En dépit des efforts notables déployés par certains pays de la Région pour mettre sur pied des services statistiques, le manque de données démographiques et sanitaires complètes et précises constitue toujours la pierre d'achoppement lorsqu'il s'agit de donner une idée exacte de la situation de la population du point de vue sanitaire, et de mettre en évidence les tendances de la mortalité et de la morbidité dans les divers pays.

182. Bien que la plupart des pays de la Région aient procédé à un ou plusieurs recensements démographiques, un certain nombre d'entre eux n'ont pu le faire à l'échelon national et de ce fait l'importance de leurs populations ne peut être estimée que d'une manière approximative. Dans les

pays où de tels recensements ont été effectués, les caractéristiques intéressant le sexe, l'âge, l'emploi et la résidence urbaine ou rurale, ne sont valables que pour l'année du recensement. Ces données se trouvent vite dépassées, et si l'on considère que l'enregistrement des actes d'état civil se fait rarement de façon régulière on s'aperçoit qu'il est impossible de calculer exactement le nombre annuel des naissances et des décès, et que l'on doit se contenter d'indications approximatives sur les tendances relatives à la composition des populations et à l'évolution de l'état sanitaire des divers groupes de population.

183. Dans les pays de la Région les taux de natalité sont parmi les plus élevés du monde. Ces dernières années, les taux approximatifs oscillaient entre quarante et cinquante naissances pour 1 000 habitants, et se rapprochaient probablement davantage de cinquante que de quarante. Les taux de mortalité restent autour ou au-dessus de 20%, ce qui représente un accroissement annuel de la population d'environ 2,5%. En 1962, dernière année pour laquelle on dispose de données, le taux de mortalité infantile enregistré en République Arabe Unie dans les régions pourvues de bureaux sanitaires s'élevait à 155, pour 1 000 naissances d'enfants vivants. Dans plusieurs autres pays, pour lesquels on ne possède pas de données permettant d'établir des estimations raisonnables, le taux de mortalité chez les nourrissons est probablement encore plus élevé. Les statistiques des causes de décès ne nous renseignent que sur moins de 1% de l'ensemble de la population de la Région. Nul n'ignore cependant que dans cette partie du monde les maladies transmissibles et parasitaires contribuent dans une forte proportion à élever le taux de mortalité, en particulier chez les nourrissons et les enfants.

184. Au cours de l'année, des progrès ont été réalisés dans plusieurs pays sur le plan des statistiques démographiques et sanitaires. Au Pakistan, le Ministère de la Santé a publié un plan d'ensemble pour le

développement de ces statistiques à l'échelon national portant sur une période allant jusqu'en 1985. La République Arabe Syrienne a entrepris la publication d'un Rapport annuel sur les Statistiques démographiques et sanitaires. En Iran, en Irak et au Soudan, les Bureaux Statistiques relevant des Ministères de la Santé ont été renforcés au cours de l'année.

185. Des plans pour la consolidation des services statistiques, auxquels l'OMS prêtera une assistance, ont été élaborés dans d'autres pays, notamment Chypre, l'Ethiopie, le Pakistan, l'Arabie Saoudite, la Somalie et la Tunisie.

186. A l'instar des années précédentes, le Bureau régional a fourni des conseillers et accordé des bourses pour l'étude des statistiques dans des universités et autres centres d'enseignement, permettant ainsi à des stagiaires d'acquérir une formation pratique dans des pays où les administrations sanitaires sont dotées de services statistiques bien développés. La mise en oeuvre d'un projet de statistiques démographiques et sanitaires a commencé au Soudan, en janvier 1965; un expert en chiffrage des archives médicales a été mis à la disposition du Gouvernement du Pakistan et chargé d'organiser de mars à mai 1965 un cours à l'intention des chiffreurs; un expert en biostatistique doit, selon les prévisions, entrer prochainement en fonctions à l'Institut d'Hygiène publique de Téhéran où il devra enseigner, et participer à des projets de recherche.

187. Au cours de l'année, un total de dix-sept bourses ont été accordées pour l'étude des statistiques sanitaires. Onze de ces bourses étaient destinées à former des statisticiens auxiliaires au Centre international d'Enseignement de la Statistique, à Beyrouth, pendant l'année universitaire 1964-1965.

188. Les pays ayant pris nettement conscience de la nécessité d'améliorer les archives des statistiques hospitalières de morbidité, le Bureau régional s'occupe de recruter un fonctionnaire spécialiste de la documentation

médicale dans le cadre d'un projet inter-pays. Ce fonctionnaire sera mis à la disposition des pays pour donner des avis sur l'adoption de méthodes appropriées d'enregistrement, sur la formation professionnelle des fonctionnaires nationaux chargés de la tenue de la documentation médicale et sur la mise au point d'un système de codage des données relatives à la morbidité et à la mortalité selon la Classification internationale des Maladies. On envisage également, dans le cadre de ce projet, la préparation de petits manuels sur les méthodes d'enregistrement des données, destinés à l'administration hospitalière et aux statistiques de morbidité.

189. Le Centre statistique créé en 1960 au Bureau régional a procédé au dépouillement et à l'analyse des données statistiques recueillies au cours de diverses enquêtes qui portaient notamment sur la tuberculose, la bilharziose et les maladies diarrhéiques. Il a également rendu des services d'ordre statistique à d'autres sections du Bureau régional.

190. Une réunion de groupe sur les statistiques démographiques et sanitaires est prévue au Bureau régional pour la fin de l'année 1965. Elle rassemblera les chefs des bureaux de statistiques sanitaires relevant des ministères de la Santé, et leur offrira l'occasion de discuter des statistiques intéressant le personnel sanitaire, les établissements et services sanitaires existants et l'utilisation de ces services. On espère ainsi promouvoir l'établissement de services analogues dans les divers pays de la Région et les améliorer du point de vue de la comparabilité des résultats.

PHARMACIE ET DEPOTS DE FOURNITURES MEDICALES

191. Sur ce point, l'assistance de l'OMS est désormais solidement enracinée, et les pays de la Région prennent de plus en plus nettement conscience de l'importance des services de pharmacie et de fournitures médicales.

La pénurie de personnel professionnel et auxiliaire expérimenté pose un véritable problème à plusieurs pays de la Région, notamment dans leurs zones rurales. Chacun de ces pays déploie actuellement des efforts considérables en vue d'organiser des moyens de formation professionnelle dont bénéficieraient quelques candidats; à leur tour ceux-ci constitueraient le centre d'activités suivies de formation afin de répondre parfaitement aux besoins du pays intéressé.

192. La formation aux techniques de réparation et d'entretien de l'équipement médical figure parmi les domaines qui ont bénéficié d'une attention particulière: un centre a été créé à cet effet en Tunisie avec l'aide de l'OMS et deux autres sont encore à l'état de projet, dont l'un au Koweït et l'autre en Somalie.

193. Des changements progressifs mais très importants surviennent actuellement dans la Région en ce qui concerne le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques. En République Arabe Unie, l'OMS n'a fourni qu'une assistance assez limitée pour l'achèvement de l'organisation d'un laboratoire. En Iran, l'OMS a prévu pour 1965 des crédits couvrant les services d'un conseiller permanent, et un certain nombre de bourses d'études. En Jordanie, un pharmacien s'est vu attribuer une bourse lui permettant d'être formé aux méthodes de contrôle de la qualité. En Tunisie, deux stagiaires viennent de rentrer l'un de France et l'autre de Belgique où grâce à des bourses de l'OMS ils avaient pu s'initier aux méthodes de contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques.

194. L'importance du contrôle de la qualité, surtout dans des pays littéralement inondés de produits pharmaceutiques venus du monde entier, a retenu toute l'attention des pouvoirs publics et du Bureau régional. L'Ethiopie, le Koweït, le Liban et le Pakistan se préparent à ouvrir des laboratoires de contrôle de la qualité. L'université américaine de Beyrouth vient d'annoncer pour 1966 la création d'un cours postuniversitaire menant au diplôme

de "Master of Sciences" (niveau agrégation) pour le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques. Grâce à ces nouvelles possibilités, on s'attend que la Région dispose rapidement de ressources importantes pour le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques.

5. PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTE

LUTTE ANTICANCEREUSE

195. L'assistance aux gouvernements pour la lutte anticancéreuse entreprise depuis plusieurs années déjà par le Bureau régional a donné des résultats très encourageants, et il paraît utile d'établir dès à présent le bilan des réalisations obtenues et des développements à prévoir. Le cancer, en tant que maladie sociale, tend à devenir prioritaire dans les préoccupations des services de la santé publique pour deux raisons: tout d'abord les maladies transmissibles voient leur importance décroître dans de nombreux pays à mesure que leur contrôle devient plus effectif; ensuite le développement social des populations du monde entier entraîne une augmentation de la durée moyenne de vie et, par conséquent, une augmentation du nombre des cas de cancer. Le problème du cancer ne présente évidemment pas la même acuité que celui des maladies épidémiologiques, mais dans un proche avenir on peut envisager que les cancéreux, du fait de la longueur d'évolution de leur maladie et de leur nombre sans cesse croissant, constitueront probablement la majeure partie de la clientèle hospitalière.

196. Ces nouvelles données ont amené à modifier les concepts de base de la santé publique et justifient l'établissement dans tout pays d'un programme complet de lutte anticancéreuse qui sera, selon les circonstances, progressivement appliqué. Ce programme, placé entièrement sous la responsabilité des autorités sanitaires, peut varier avec le système du gouvernement, le statut de la santé publique, la densité et la répartition des populations, les facteurs géographiques de fréquence ou de prévalence du cancer, le développement en personnel et équipement des services médicaux, enfin les disponibilités financières du pays.

197. L'assistance que l'Organisation mondiale de la Santé est en état d'apporter à l'établissement de ces programmes se divise en trois étapes.

198. La première consiste à intéresser les autorités sanitaires à l'organisation de services cliniques pour le diagnostic et le traitement des cancéreux. Dans la Région de la Méditerranée orientale un premier projet anticancéreux fut institué en Iran en 1955; il aboutit à la création à Téhéran d'un Institut du Cancer qui servit d'exemple aux autres pays. Mais ce fut surtout après la présentation à la Onzième Session du Comité régional d'un document technique sur les "Problèmes du Cancer" que la question du cancer fut abordée plus intensivement par les gouvernements.

199. Actuellement, plus de la moitié des pays de la Région ont entrepris d'organiser des services du cancer, soit en les intégrant dans les services hospitaliers déjà existants, soit en créant des instituts spécialisés indépendants. Il est certain que la capacité hospitalière de ces services est loin de correspondre aux besoins réels du pays où ils se trouvent, mais on peut les considérer comme la base d'un réseau qui sera ultérieurement étendu. Durant cette première étape, l'aide apportée par l'OMS consista surtout en l'envoi d'experts qualifiés et en avis circonstanciés pour l'organisation de ces services.

200. La deuxième étape avait pour objet la formation du personnel spécialisé. Au début, cette formation fut assurée au moyen de bourses d'études accordées à des chirurgiens, des radiologistes, des anatomo-pathologistes, des manipulateurs (techniciens), des infirmières. Ce stade de bourses à l'étranger en dehors de la Région est actuellement dépassé, et il est maintenant possible de former du personnel qualifié localement, soit au moyen de cours nationaux de perfectionnement, soit au moyen de cours institués par l'OMS sur un plan régional. C'est ainsi qu'un premier cours régional de formation pour cytopathologistes est prévu cette année à l'Institut du Cancer de Téhéran.

201. L'aide apportée par le Bureau régional prend également une nouvelle forme par l'envoi dans quelques pays de consultants sur des sujets très spécialisés. Par exemple un expert de la culture des tissus, un autre de l'élevage des animaux de laboratoire, en particulier des lignées pures utilisées pour la recherche anticancéreuse, ont été recrutés pour des missions à court terme. Il est intéressant de noter à ce sujet que certaines de ces missions ont été effectuées par des spécialistes appartenant à la Région, ce qui est une indication du développement déjà atteint dans le domaine.

202. La troisième étape correspondra à la recherche, dont deux aspects sont à considérer: l'un se rapporte à la recherche fondamentale, qu'il n'y a pas lieu d'envisager pour l'instant dans la Région en raison de l'insuffisance en personnel qualifié et en équipement; le deuxième aspect est celui qui a trait à l'étiologie du cancer et qui mérite de recevoir une attention toute particulière de la part du Bureau régional.

203. Après avoir réalisé l'organisation des services cliniques et la formation du personnel, une certaine proportion de cancéreux peut être décelée et traitée; au moyen de statistiques correctement recueillies, il est alors possible d'avoir confirmation, et non plus seulement une impression, de la fréquence exacte du cancer dans les groupes de population, de ses taux d'incidence et de la prévalence de certaines de ses formes. Il importe donc d'instituer dans le service des statistiques sanitaires du pays, une rubrique spéciale concernant la morbidité et la mortalité cancéreuses. Les statistiques du cancer diffèrent de celles habituellement utilisées pour les autres maladies, mais l'OMS est en mesure de fournir une assistance aux gouvernements pour leur établissement. Il est certain que les résultats les plus complets concernant le cancer sont obtenus au moyen de la déclaration obligatoire de tous les cas de cancer reconnus, ce

qui permet d'avoir un fichier permanent du cancer. Cette méthode est parfois difficile à appliquer et nécessite des ressources importantes mais elle est recommandée si on veut avoir des données précises.

204. Parmi celles-ci figureront les taux d'incidence anormaux de certaines localisations qui devront faire l'objet d'enquêtes épidémiologiques spéciales qui sont d'une importance primordiale pour évaluer à l'avance les programmes anticancéreux, compléter les connaissances sur l'étiologie générale du cancer, enfin pour instituer des mesures utiles de protection et de prévention.

205. Le champ d'expérience dans le monde est encore très vaste et peu prospecté en ce qui concerne le cancer et son étiologie, et l'OMS se doit d'envisager un programme de planification et de coordination de toutes ces recherches.

GENETIQUE HUMAINE

206. Les activités du Bureau régional dans le domaine de la génétique humaine sont actuellement à leur début, car le problème ne peut évidemment présenter d'intérêt que pour les pays où les services médicaux ont atteint un certain développement. Il y aurait cependant lieu de favoriser l'installation, surtout dans les services d'enseignement médical, de laboratoires pour l'étude des chromosomes qui ne nécessitent actuellement aucun équipement spécial.

207. Le projet de recherches de l'OMS sur la fréquence des malformations congénitales a été achevé au cours de l'année, et la contribution apportée par un pays de la Région s'est avérée d'un intérêt scientifique indiscutable.

NUTRITION

208. Le nombre de programmes de nutrition actuellement en cours d'exécution dans la Région ou en projet témoigne de l'intérêt croissant porté à ce domaine.

209. Bien que la nature et l'étendue de la malnutrition soient encore à préciser, il est évident que la Région dans son ensemble doit affronter des problèmes nutritionnels, qui non seulement affectent défavorablement la santé de la population, mais retardent le développement économique des divers pays. La détermination des problèmes nutritionnels en rapport avec la santé, incombe principalement à l'OMS; mais on s'efforce de maintenir et de coordonner au maximum les activités entreprises dans ce domaine, afin d'éviter tout double emploi. Ainsi, le Bureau régional a-t-il bénéficié de la coopération soutenue de la FAO et d'autres institutions, en particulier des institutions bilatérales, dans le domaine de la nutrition. Dans certains pays, cela a permis l'évaluation de l'état nutritionnel des populations, qui a servi ultérieurement de base à l'élaboration des programmes de nutrition du pays. Ces divers programmes prévoient d'ordinaire, au sein du Ministère de la Santé, la création d'un Département de la Nutrition, qui bénéficie de l'assistance directe d'experts de l'OMS, ou de celle du personnel régional au moyen de consultations officielles et de visites sur le terrain.

210. Dans les pays où l'on dispose de personnel qualifié, des Instituts de Nutrition ont été créés; ils ont joué un rôle important dans la définition des problèmes nutritionnels qui s'y posent, dans les recherches sur la nutrition et les aliments, ainsi que dans la formation du personnel et l'éducation des masses.

211. Cependant, il est indéniable que certains pays se trouvent encore aux prises avec des problèmes de nutrition, et doivent adopter des mesures radicales pour en atténuer l'acuité. Cela est dû à plusieurs raisons: en

premier lieu, à ce que des problèmes médicaux dont l'importance n'est pas difficile à démontrer s'imposent à l'attention, et obtiennent de ce fait la priorité dans les programmes de lutte contre les maladies; en second lieu, à la pénurie chronique de personnel qualifié qui pourrait être affecté à des travaux intéressant la nutrition; enfin, à l'absence de ressources suffisantes - en personnel, matériel et compétences - pour permettre la détermination de ces problèmes. Il semble qu'on ne se rende pas suffisamment compte de l'importance des résultats qui pourraient être obtenus si l'on avait recours aux services de médecins nutritionnistes de l'OMS, recrutés en tant que consultants à court terme pour parcourir le pays, évaluer la situation et donner des avis sur les programmes futurs.

212. La pénurie de personnel constitue un grave problème, mais les nouveaux cours de formation professionnelle, organisés en matière de nutrition sous le patronage de l'OMS et dans le cadre des programmes de bourses d'études pour la formation du personnel, permettent à des éléments extra-médicaux, généralement assez nombreux, de jouer un rôle actif dans le développement des services de nutrition du pays. Enfin pour résoudre le problème que représente le manque de compréhension de l'importance de la nutrition, du double point de vue économique et sanitaire, l'éducation nutritionnelle du public s'impose, et la plupart des programmes de nutrition consacrent une partie considérable de leur temps à cette activité. L'éducation dans le domaine de la nutrition n'est pas traitée comme une spécialité per se, mais elle est peu à peu intégrée dans les programmes d'éducation sanitaire, ainsi que dans toute activité qui favorise l'éducation du public.

213. A l'échelon régional, on se rend compte que l'on pourrait faire beaucoup pour éveiller l'intérêt pour les questions de nutrition, notamment en diffusant des renseignements sur le travail effectué dans ce domaine, soit directement aux gouvernements, soit par l'intermédiaire du personnel

de l'Organisation travaillant sur le terrain. Le Bureau régional s'efforce d'intégrer la nutrition dans les diverses disciplines sanitaires comportant des problèmes d'ordre nutritionnel. Ainsi, une liaison très étroite est établie, grâce aux projets d'hygiène maternelle et infantile, aux programmes de formation professionnelle et d'enseignement des soins infirmiers qui permettent de souligner l'importance de la nutrition et de son application pratique par les infirmières de la santé publique. Dans les activités du domaine de l'hygiène rurale, une part de plus en plus large est accordée à la nutrition, que l'on insère peu à peu dans certains des programmes nationaux déjà établis.

214. Bon nombre des dernières nouveautés intéressant la nutrition sont portées à la connaissance du personnel opérant sur le terrain, au moyen de bulletins pratiques préparés par le Bureau régional et envoyés régulièrement. On a bien compris l'augmentation des besoins en matériel d'enseignement, et les plans établis pour l'avenir comportent la mise au point d'un Manuel régional sur la Nutrition. On espère aussi être en mesure d'élaborer des plans pour élargir le champ d'action de la formation professionnelle en matière de nutrition et multiplier les ressources requises à cet effet dans la Région. Le programme de bourses d'études est intensifié, afin de permettre à chaque pays de disposer d'au moins un élément compétent en matière de nutrition et capable d'assumer la responsabilité des problèmes de cet ordre au niveau national. Quant au personnel déjà en poste, il faudrait qu'il puisse bénéficier de cours de perfectionnement; on pense qu'un cours de formation pourrait peut-être se concrétiser d'ici quelques années à l'échelon régional.

215. En dehors des caractères les plus marquants de la nutrition, dans ses rapports avec la santé du public, il en est d'autres qui pour être moins évidents n'en revêtent pas moins une importance primordiale et font l'objet d'une attention vigilante de la part de l'OMS. De tous

côtés l'on est préoccupé par la contamination des denrées alimentaires par des agents toxiques; le respect des normes d'hygiène des denrées alimentaires établies pour l'ensemble de la Région, laisse encore beaucoup à désirer, et l'on a de plus en plus conscience des quantités énormes de denrées alimentaires détériorées pendant l'entreposage. Bien que retenant l'attention générale, les effets des toxines génératrices de moisissures ne sont pas plus importants que la détérioration résultant de la contamination des aliments par les matières fécales des oiseaux, des insectes, de la vermine et des autres animaux. Au danger direct que cela présente pour la santé s'ajoute la perte matérielle d'aliments de première nécessité. Le Bureau régional donne à cette question une attention soutenue, et recherche les moyens susceptibles de permettre l'évaluation de l'importance des pertes alimentaires, tant du point de vue quantitatif que du point de vue qualitatif.

HYGIENE ET MEDECINE DES RADIATIONS

216. Le rôle du Bureau régional dans le domaine des radiations peut être difficilement mis en relief, car il n'apparaît pas sous la forme de projets nettement concrétisés. Il est certain que les dangers causés par les radiations ionisantes dans la plupart des pays de la Région n'ont pas la même importance que dans ceux où l'énergie nucléaire s'est considérablement développée, et qui utilisent sur une grande échelle les sous-produits atomiques.

217. Il n'apparaît donc pas nécessaire de créer dans chaque pays un service spécialisé de protection contre les radiations. Par contre, le danger provenant de l'emploi abusif ou inadéquat des rayons X ne cesse de s'accroître du fait du développement de la radiologie médicale. C'est dans la formation du personnel, radiologistes et manipulateurs de radiologie,

que les activités du Bureau régional se sont concentrées. Des bourses d'études ont été accordées au personnel national et des cours de perfectionnement institués, soit sur le plan gouvernemental pour les techniciens, soit sur le plan régional pour les instructeurs.

218. Faisant suite au Séminaire itinérant organisé en 1963 par l'OMS sur les règles d'hygiène en radiologie médicale, il est projeté dans le programme de 1965 d'organiser dans un pays de la Région de la Méditerranée orientale un cours inter-régional destiné aux moniteurs techniciens de radiologie pour les perfectionner dans les questions de protection.

HYGIENE SOCIALE ET MEDECINE DU TRAVAIL

219. L'industrialisation de la Région se poursuit dans le cadre des plans de développement socio-économique visant à élever le niveau de vie des populations. Plusieurs facteurs liés à l'industrialisation influent sur la santé physique, mentale et sociale des travailleurs, et ont des répercussions sur la santé de la collectivité prise dans son ensemble.

220. L'industrialisation s'accompagne la plupart du temps d'une urbanisation accrue, qui peut avoir une influence défavorable sur le niveau sanitaire de la population, si elle ne fait pas l'objet d'un plan judicieusement conçu, tenant compte des risques spécifiques inhérents au milieu professionnel, auxquels sont exposés les travailleurs.

221. La participation des autorités sanitaires à l'élaboration de plans de développement socio-économique s'impose, et elle devrait commencer dès la phase initiale de la planification. Les services de médecine du travail devraient y figurer en tant que partie intégrante des plans sanitaires nationaux. En fait, certains pays de la Région ont déjà inclus les services de médecine du travail dans l'infrastructure de leurs ministères de la santé respectifs.

222. La formation professionnelle des diverses catégories de personnel affecté à la médecine du travail est d'une importance capitale si l'on veut que le développement de ces services s'accomplisse avec succès; dans ce domaine, l'OMS accorde l'assistance de son programme de bourses d'études, et fournit des avis consultatifs aux ministères de la santé. L'Organisation projette de prêter assistance à des projets de médecine du travail prévus pour 1967 en Iran, au Liban et au Pakistan occidental.

6. HYGIENE DU MILIEU ET APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN EAU

223. Au cours de l'année écoulée, les problèmes de génie sanitaire engendrés par une urbanisation et une industrialisation rapides, ont acquis une place de premier plan dans la Région de la Méditerranée orientale, et à leur tête, ceux qui intéressent l'amélioration et l'extension des systèmes d'adduction d'eau, ainsi que les dispositions à prendre pour l'élimination des eaux usées domestiques et industrielles. De même, on manifeste de plus en plus d'intérêt pour l'élimination des déchets municipaux de façon conforme aux principes d'hygiène car ils constituent une source de désagréments et servent de foyers de multiplication pour les mouches. Enfin, l'on commence à se rendre compte des conséquences fâcheuses et dangereuses qu'entraîne la pollution constante de l'atmosphère et de la surface des eaux par les déchets industriels, et de la nécessité de prendre les mesures qui conviennent pour l'arrêter.

224. A l'heure actuelle et dans certains pays, l'accroissement démographique est pratiquement limité aux zones urbaines. Ce phénomène impose un effort démesuré aux installations sanitaires existantes, et il n'en est que plus urgent de procéder à une évaluation rationnelle de la situation et de mettre au point un plan d'action pour la résolution de ce problème. Dans certaines villes, la population a doublé, et parfois triplé depuis la guerre, mais sans que la construction de nouveaux systèmes d'adduction d'eau, de nouveaux égouts et de logements puissent soutenir le même rythme. Cet échec est dû, la plupart du temps, à un manque de compréhension de la part des autorités officielles, à l'insuffisance des crédits et à la rareté des éléments compétents en matière de génie sanitaire, capables d'étudier et d'élaborer des plans puis de concevoir, construire, mettre en service et entretenir les installations.

225. Jusqu'à ce jour, les besoins des populations rurales, sous le rapport de l'approvisionnement en eau ont été subordonnés à ceux des populations urbaines. Toutefois, on commence à se pencher avec plus d'attention sur l'approvisionnement en eau des agglomérations rurales. La majorité des habitants de la Région vit dans les zones rurales, et du fait du développement général de l'instruction, ils sont plus à même de formuler leurs besoins et au tout premier rang de ces derniers, l'approvisionnement en eau. Ces populations commencent à se rendre compte par elles-mêmes que l'eau pure est indispensable à leur bien-être. L'importance qu'elles attachent à cette question est illustrée par le fait suivant: dans certaines localités, des fonds ont été rassemblés spontanément pour l'achat de tuyaux et d'accessoires pour l'aménagement de systèmes de distribution d'eau. De telles initiatives reçoivent, il va sans dire, tout l'appui et toute l'assistance de l'OMS.

226. Le coût initial de la construction de systèmes d'adduction d'eau est très élevé et dépasse bien souvent les possibilités. A cela s'ajoutent parfois des difficultés pour l'obtention de devises en quantités suffisantes pour permettre l'importation de matériaux introuvables sur place. Dans plusieurs pays de la Région, on a pu temporairement surmonter ces difficultés par des emprunts destinés à l'achat de matériel importé pour l'aménagement d'un certain nombre de systèmes d'adduction d'eau dans les centres urbains. La nécessité d'importer diminuera à la longue, au fur et à mesure que les pays de la Région seront plus nombreux à produire sur place les matériaux nécessaires.

227. Le problème qui consiste à trouver du personnel de tous niveaux et techniquement compétent reste l'un des plus épineux. Le nombre de personnes à former est impressionnant, et très étendue la gamme des compétences nécessaires. Ce problème a été mis en évidence au cours du Colloque de l'US AID sur l'Approvisionnement en Eau des Zones rurales, tenu à Addis Abeba

en juillet 1964. L'OMS envisage la possibilité d'instituer des équipes internationales de formation professionnelle, qui assureront une formation sur place, auprès d'installations hydrauliques choisies dans certains pays, et d'organiser des cours destinés à permettre aux Gouvernements d'assumer eux-mêmes la continuation de cette formation. Une équipe de ce genre pourrait opérer au Pakistan, et une autre, itinérante, pourrait se déplacer d'un pays à un autre avec des séjours d'environ six semaines dans chaque. D'autres institutions s'occupent également de la formation de personnel pour les services d'adduction d'eau, dans le cadre des programmes qu'elles se sont assignés.

228. Les travaux touchant à l'approvisionnement public en eau sont en constante expansion, mais il reste encore beaucoup à faire; on peut même dire qu'il faudra redoubler d'efforts dans ce domaine, puisque les progrès accomplis à l'heure actuelle sont loin de soutenir la concurrence avec la poussée démographique.

229. Dans le domaine du traitement des eaux d'égouts, l'OMS a prêté cette année une assistance à trois pays: l'Etat de Katar, la Jordanie, et la République Arabe Unie. La section régionale de l'hygiène du milieu a examiné les plans d'un nouveau système d'égouts qui doit être installé à Katar; l'ingénieur sanitaire de l'OMS, affecté en Jordanie, a prêté son concours à divers stades de l'élaboration de nombreux programmes d'évacuation des eaux d'égouts dans ce pays; un autre consultant a étudié les systèmes d'égouts de toutes les grandes villes de la République Arabe Unie, visitant la plupart des installations, et formulant des recommandations pour les améliorations à apporter à leur construction, à leur fonctionnement et à leur entretien. Un consultant est en voie de recrutement pour aider le Gouvernement de Chypre à préparer le plan d'un nouveau système d'égouts pour la ville de Nicosie. On a suggéré de recourir au Fonds spécial des Nations Unies pour le financement d'études préalables aux investissements et relatives aux systèmes d'égouts dans trois pays.

230. Une étude sur les méthodes d'élimination des déchets a été effectuée dans deux villes de Jordanie ainsi que dans les camps de l'UNRWA et l'on envisage une enquête approfondie et de plus grande envergure. Un consultant versé dans ces questions sera également envoyé au Koweït.

231. La lutte contre la pollution de l'air bénéficie d'un intérêt croissant ainsi qu'en témoignent les demandes reçues de trois pays pour que des études y soient entreprises dans ce domaine. En février, une étude de ce genre a été menée au Koweït, et une autre, préliminaire, en Iran; on envisage d'autre part d'envoyer un consultant à Téhéran en cours d'année, pour émettre des avis sur les perfectionnements à apporter aux méthodes de combustion des carburants afin de réduire les fumées, et pour mettre au point un travail de recherche de faible envergure mais à long terme. Le Gouvernement d'Israël a demandé l'assistance d'un expert pour l'élaboration d'un projet d'étude à long terme sur les polluants, et de formation professionnelle du personnel recruté localement; on compte entreprendre cette année la mise en oeuvre de ce projet.

232. Des informations fournies par six pays, il ressort qu'un très petit nombre de systèmes d'égouts à entraînement par l'eau sont en service, mais que ce nombre s'accroîtra probablement dans un proche avenir. De même, l'activité industrielle, productrice de déchets liquides toxiques ou nuisibles, est encore peu développée, mais il y a lieu de prévoir son extension. Bénéficiant de l'expérience acquise par les pays industrialisés, ceux qui se trouvent actuellement au seuil de l'industrialisation peuvent prendre, pour prévenir la pollution des eaux souterraines et de surface, des mesures plus énergiques que ne le firent à ce stade les nations industrialisées. Les Gouvernements du Soudan et de la République Arabe Unie interdisent déjà de déverser les eaux usées et les effluents industriels dans les fleuves et les canaux d'irrigation. Un travail considérable reste encore à accomplir sur le plan technique et administratif pour l'élimination

des déchets liquides dans les zones où les cours d'eau sont peu nombreux, et pour la plupart irréguliers, et où bien souvent les autochtones se servent de l'eau sans l'avoir préalablement traitée.

233. En 1964, un consultant de l'OMS a conseillé le Gouvernement de la République Arabe Syrienne et l'UNRWA sur les problèmes que pose la lutte contre les insectes. Le Gouvernement du Koweït a demandé une assistance dans ce sens, et principalement contre les mouches domestiques; un consultant se rendra prochainement sur place pour étudier ce problème. Au cours de l'année écoulée, des consultants de l'OMS ont parcouru la Région pour étudier divers problèmes que pose la lutte contre les vecteurs, notamment la pratique de la désinsectisation des aéronefs, et la distribution des sous-espèces de Culex pipiens le long du Nil.

234. Dans certains pays comme l'Ethiopie, le Liban, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et la Tunisie, l'OMS prête son assistance à la création et au renforcement des services d'assainissement des administrations sanitaires. Le but final de cette assistance est d'arriver à instaurer un service d'assainissement efficace, capable de donner des avis sur les questions techniques, et, le cas échéant, de diriger la mise en oeuvre d'un programme sur le terrain. La complexité croissante des problèmes engendrés par le milieu, dont plusieurs nécessitent des solutions qui relèvent du génie sanitaire, oblige les autorités sanitaires à adopter des mesures en conséquence. Bien que plusieurs ministères soient intéressés à la résolution de ces problèmes, c'est au Ministère de la Santé publique qu'incombe en dernier ressort la responsabilité de protéger la santé de la population. C'est pourquoi les ministères de la santé publique s'efforcent de s'entourer des compétences techniques nécessaires, afin d'être à tout moment à même d'assumer cette responsabilité.

235. La demande d'ingénieurs spécialisés dans une des branches du génie sanitaire, et au courant des principes et des buts du programme de santé publique, augmente peu à peu. Actuellement, une formation postuniversitaire

destinée aux ingénieurs est offerte dans la Région par les institutions suivantes: l'Institut supérieur de Santé publique d'Alexandrie, l'Université américaine de Beyrouth, l'Université de Téhéran, l'Université Polytechnique de Lahore et le Technion de Haifa. L'OMS suit avec intérêt l'évolution de ces cours, qui ont d'ailleurs bénéficié de son assistance à certains stades de leur développement. Toutefois, pendant quelques années encore, le nombre des ingénieurs sanitaires qualifiés sera assez restreint, et le gros des travaux **relevant du génie sanitaire sera assuré** par des ingénieurs civils et mécaniciens. Aussi plusieurs universités ont-elles commencé à inclure dans les programmes d'études universitaires des ingénieurs une introduction au génie sanitaire et aux problèmes d'hygiène du milieu, mouvement que l'OMS ne peut qu'encourager.

III INFORMATION

236. L'attention croissante que la presse de la Région accorde aux questions sanitaires, le développement de la radio et de la télévision, les possibilités offertes par la presse illustrée, l'intérêt porté par la presse étrangère aux articles émanant de cette partie du monde - autant de facteurs qui ont commandé, ces dernières années, une extension continue des activités d'information du Bureau régional.

237. Le premier souci du Service de l'Information a été de diversifier et d'articuler ses canaux de diffusion: expédition directe, utilisation des téléscripteurs d'agences, inclusion dans les dépêches des correspondants de presse, dont le concours a été sollicité de plus en plus souvent, de façon de plus en plus positive.

238. Les liens solides noués avec les grandes agences de presse - notamment United Press International et Associated Press, l'Agence du Moyen-Orient (Le Caire), l'Agence PARS (Iran), l'Agence Arabe d'Information (Beyrouth) et les trois principales agences pakistanaïses - se révèlent très efficaces et permettent d'atteindre à bref délai un vaste public.

239. Ainsi "relayé", le matériel écrit produit par ce Service (un ensemble soigneusement dosé d'une cinquantaine de communiqués, notes, bulletins et articles) a trouvé large accès dans les journaux et les périodiques de la Région et de l'étranger: au total, la matière de plus de 400 colonnes, soit deux fois plus que la somme des textes reproduits en 1960.

240. Les contacts personnels contribuent également à entretenir l'intérêt des cercles journalistiques pour les activités réalisées sous les auspices de l'OMS, lesquelles ont été commentées avec faveur, à maintes reprises, dans des articles de fond. Rédacteurs et éditorialistes prennent

de plus en plus souvent la peine d'écrire des articles originaux sur la base de la documentation fournie par l'OMS. Le nombre des éditoriaux et des articles de ce genre a pratiquement triplé en l'espace de trois ans.

241. Les sujets qui ont spécialement attiré l'attention des journalistes sont le quinzième anniversaire du Bureau régional, l'oeuvre de l'OMS dans les pays récemment parvenus à l'indépendance, l'enseignement médical, les recherches sur le cancer, l'éradication du paludisme et de la variole, le contrôle des médicaments, la nutrition.

242. Naturellement, le concours de la presse écrite et parlée a été particulièrement actif lors des réunions convoquées dans la Région sous les auspices de l'OMS, notamment la Conférence inter-régionale sur l'Eradication du Paludisme, tenue à Tripoli (Libye), et le Séminaire OMS/FAO sur l'Hygiène alimentaire, la Lutte contre les Zoonoses et la Santé publique vétérinaire, convoqué à Lahore (Pakistan occidental). La réunion à Koweït du Comité régional a été l'occasion de faire mieux connaître l'OMS dans ce pays et de promouvoir la cause de la coopération internationale dans le domaine de la santé - sujet d'interviews obtenues de nombreux délégués et conseillers de l'OMS, et diffusées par la presse, la radio et la télévision.

243. Autre occasion marquante de populariser les activités soutenues par l'OMS: la Journée mondiale de la Santé qui a été observée dans tous les pays. Dans le cadre très extensif de cette célébration, le thème suggéré: "Variole, alerte permanente" a spécialement retenu l'attention dans une région où les risques de diffusion du fléau sont considérables, au carrefour des grandes voies de communication, à mi-chemin entre les zones de haute endémicité d'Afrique et d'Asie.

244. Un dossier spécial, publié par le Siège mais actualisé par un texte d'intérêt régional, a été expédié à 3 500 intéressés, et 800 clichés photographiques ont été fournis aux organes de presse de la Région.

245. Appui accru, également, de la part de la radio qui, à l'âge du transistor, dans un secteur où l'avantage est grand de s'adresser aussi bien aux illettrés qu'aux personnes instruites, atteint un auditoire beaucoup plus étendu que la presse écrite. Des "scripts" ont été rédigés et des interviews enregistrées pour vingt programmes diffusés par les principaux postes de la Région. Fait significatif: rien qu'à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé, Radio le Caire a programmé plus de dix émissions en rapport avec l'événement, dont deux interviews et une émission de vingt minutes sur l'éradication de la variole.

246. La télévision est un moyen d'information en plein devenir dans cette Région - autre évolution qui retient l'attention de ce Service. Des films sur des sujets sanitaires ont été projetés sur le petit écran en diverses occasions, dont la Journée mondiale de la Santé. "Le Médecin d'Addis", un documentaire de vingt minutes tourné en partie au Centre de Santé publique de Gondar (Ethiopie) et réalisé en co-production par l'OMS et une firme allemande, a déjà été au programme de deux des principales chaînes de télévision de la Région.

247. Des films de télévision ont été préparés au cours de l'année écoulée, avec l'aide du Service de l'Information, par un groupe de cinéastes polonais, qui ont filmé le Projet de lutte contre le trachome à Atbara (Soudan) et le Projet-pilote de lutte contre la bilharziose dans le Behera (République Arabe Unie). Ils en sont revenus avec plus de 4 000 mètres de pellicule, dont ils ont tiré deux films, qui seront distribués incessamment.

248. Le Conseil de l'Information visuelle des Nations Unies a tenu sa dernière session à Beyrouth. Ce fut l'occasion de rencontres entre des membres de cet organisme et des producteurs régionaux de télévision, en vue de préciser la part que ceux-ci pourraient prendre à la réalisation du "Magazine Arabe", une émission périodique qu'envisage de réaliser le

Département de l'Information des Nations Unies. Trois projets de santé en cours dans la Région ont été retenus comme pouvant donner, dans ce cadre, la matière de séquences filmées, le Bureau régional fournissant la documentation voulue.

249. L'expérience ne cesse de confirmer la force communicative de l'image, sa puissance de suggestion, aux limites du conscient et de l'inconscient. Le Service de l'Information a continué à grossir ses archives photographiques (plus de 2 500 clichés) en dépêchant des reporters-photographes sur les lieux de différents projets en cours: enseignement médical (Soudan), recherche et enseignement médical postuniversitaire (République Arabe Unie), éradication de la variole (Pakistan), éradication du paludisme (Arabie Saoudite), contrôle des médicaments (Iran), hygiène mentale (Liban, Koweït). Une cinquantaine de reportages photographiques ont été publiés dans des périodiques régionaux ou internationaux, et de nombreuses photos d'actualité dans les quotidiens.

250. La mise en chantier d'un ouvrage rétrospectif sur les communes réalisations de l'OMS et de ses Etats Membres régionaux, au cours des quinze dernières années, a nécessité un travail considérable de recherche, de compilation et de rédaction, que ce Service entend mener à bien dans le courant de l'année à venir.

251. Conclusion: ce Service, tout en recourant davantage pour diffuser sa matière aux organes d'information qui s'offrent dans cette Région, s'efforce d'encourager la production accrue d'articles et de programmes originaux, en offrant aux intéressés la documentation requise. Il est certes hasardeux d'évaluer la portée de tels efforts sur l'opinion publique de cette Région, mais l'attention croissante que leur portent les milieux journalistiques est à coup sûr un symptôme positif, qui autorise l'espoir de gagner aux activités sanitaires l'adhésion et l'appui d'un public de plus en plus large.

IV ADMINISTRATION ET FINANCES

GENERALITES

252. Au cours de ces dernières années, le champ des activités régionales s'est élargi de façon régulière. Si l'on compare les comptes de fin d'exercice (1963) et les ressources prévues pour 1965, on constate qu'en trois ans, une augmentation d'environ un million de dollars a modifié le montant des fonds affectés aux activités techniques au titre du programme ordinaire, de celui de l'Assistance technique, ainsi que des accords relatifs aux Fonds en Dépôt qui sont en constant développement. Cet accroissement du volume de travail se reflète également sur le nombre des opérations effectuées sur les comptes, qui est passé de 4 300, en 1963, à 5 000 en 1964; la même tendance se poursuit en 1965.

253. Le Bureau régional n'en a pas moins fait face à la situation sans apporter de grands changements aux effectifs de son personnel, ni de modifications structurelles à son organisation; tant au bureau que sur le terrain, on a pu surmonter les périodes de pointe grâce à un effort supplémentaire du personnel, et à un recours accru aux services de consultants à court terme pour les projets sur le terrain, comme on pourra le voir en lisant dans le présent Rapport la partie consacrée au Personnel.

254. Les modifications intérieures déjà mentionnées dans le rapport de l'année dernière pour l'immeuble du Bureau régional ont été effectuées. Un nouvel ascenseur a été installé, et, grâce à une utilisation rationnelle du sous-sol, on a pu aménager suffisamment de locaux pour le personnel actuel et pour celui dont l'engagement est prévu pour les années 1966-1967.

PERSONNEL

255. Un certain nombre de changements sont intervenus en cours d'année parmi les membres du personnel du Bureau régional. Le Dr A.A. El Halawani, qui depuis plus de six ans exerçait les fonctions de Directeur adjoint, a

FIGURE IX

EFFECTIF DU PERSONNEL EN FONCTION
AU 30 JUIN DE CHACUNE DES ANNEES 1949-1965
BUREAU REGIONAL, BUREAUX DES REPRESENTANTS DE L'OMS
ET PERSONNEL SUR LE TERRAIN

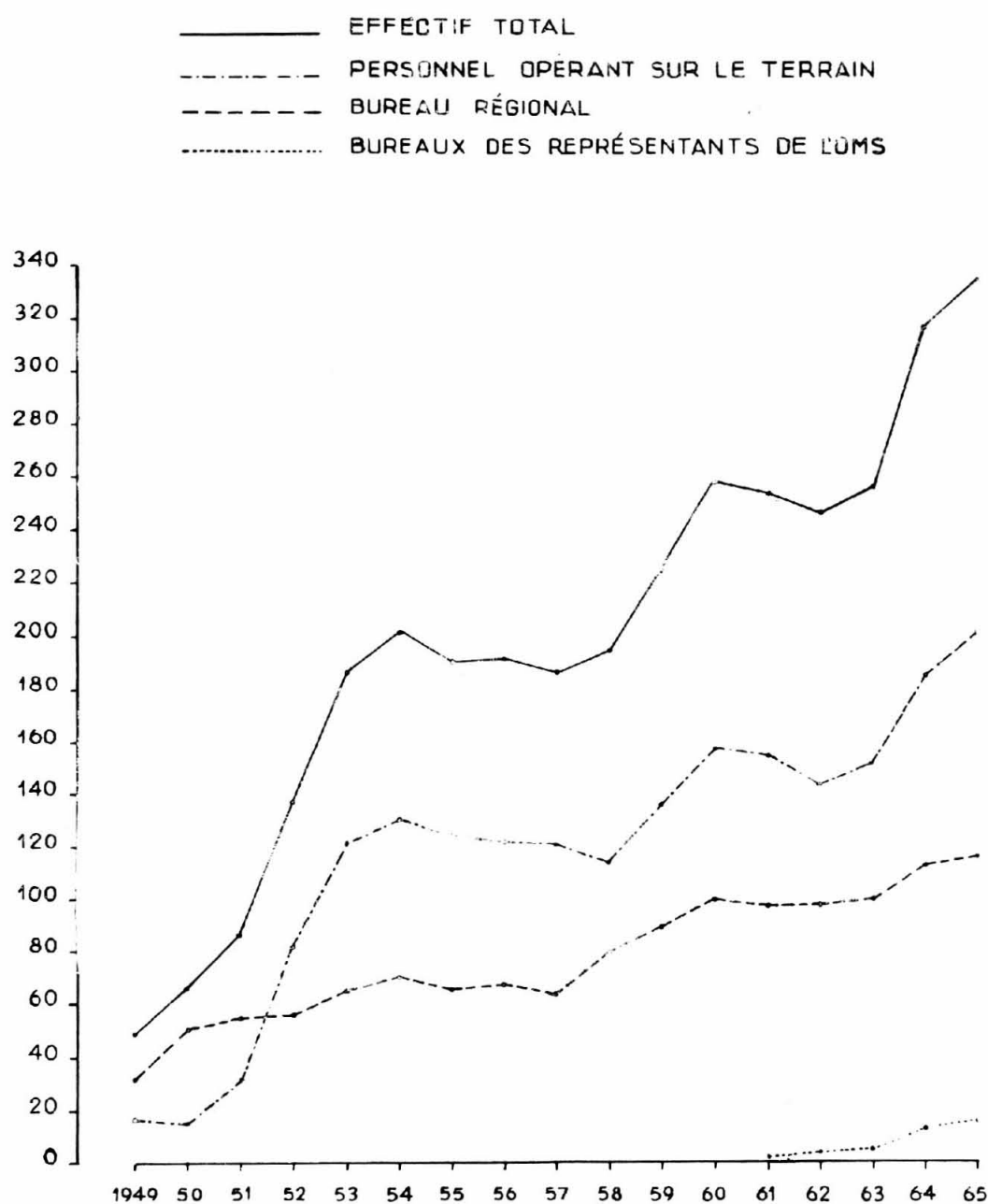
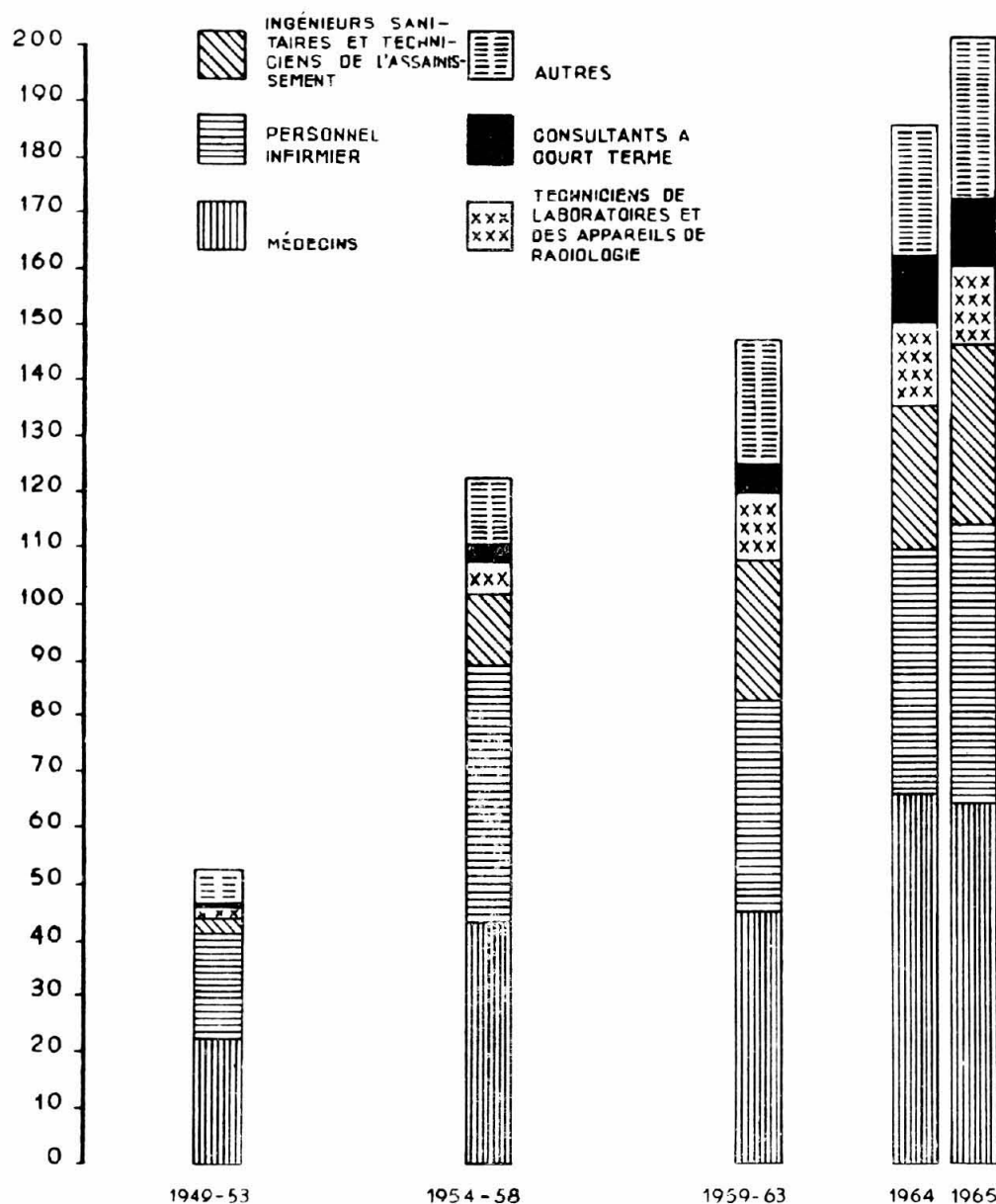


FIGURE X

**PERSONNEL EN FONCTION SUR LE TERRAIN
AU 30 JUIN DE CHACUNE DES ANNEES 1949-1965^{*}
REPARTI SELON SA CATEGORIE PROFESSIONNELLE**



^{*} MOYENNES DE CINQ ANNÉES PENDANT LA PÉRIODE 1949-1963
CHIFFRES ANNUELS POUR 1964 ET 1965

pris sa retraite en février 1965. Je considère qu'il est de mon devoir de rendre ici un hommage particulier au Dr El Halawani; le Bureau régional conservera longtemps le souvenir non seulement de ses compétences techniques, mais aussi de la compréhension qu'il manifestait à l'égard des problèmes de chacun, et de l'extrême amabilité qui le portait à aider tous ceux qui s'adressaient à lui. Le Dr M. O. Shoib a remplacé le Dr El Halawani en qualité de Directeur des Services sanitaires. Le Dr Shoib a occupé pendant de nombreuses années le poste de Chef de la Médecine du Travail, au Bureau du Siège de l'OMS; il s'est en outre rendu dans quelques-uns des autres Bureaux régionaux pour y observer les méthodes de préparation et d'exécution du travail, avant de prendre possession de ses fonctions à Alexandrie, au début de 1965.

256. D'autres importants mouvements de personnel se sont produits, notamment: Après avoir occupé ces fonctions pendant plus de sept ans au Bureau régional, l'Administrateur de la Santé publique pour l'Enseignement et la Formation professionnelle, a été transféré, et le Médecin chargé de l'Enseignement et de la Formation professionnelle a été promu à son remplacement. Un autre Administrateur supérieur de la Santé publique est reparti en tant que Représentant de l'OMS dans la Région, et un troisième s'est absenté pour études pour toute l'année universitaire 1964-1965. Un Paludologue est entré en fonctions en juillet 1964; le poste de Conseiller régional pour la Nutrition a été pourvu en août 1964, et un troisième conseiller a été affecté en Somalie en qualité de Représentant de l'OMS, le titulaire de ce poste partant en congé pour études; il a été remplacé à son tour par le déplacement d'un médecin précédemment affecté à un projet inter-pays. Enfin, en application du système de rotation des membres du personnel, le chef traducteur, un fonctionnaire du budget, le chef des services administratifs et le chef du personnel ont quitté le Bureau régional en cours d'année, et des dispositions provisoires ont dû être prises pour deux de ces postes, dont le remplacement n'avait pas encore été assuré au 30 juin 1965.

257. En dehors des mesures prises pour la Somalie, on a dû désigner des membres du personnel en opération sur le terrain, pour exercer les fonctions de représentants de l'OMS aux postes restés vacants en Irak, en Arabie Saoudite, et en Tunisie.

258. Le recrutement du personnel chargé de l'exécution du travail sur le terrain continue à s'améliorer peu à peu, mais bien lentement. Indépendamment des postes occupés par le personnel affecté à quatre projets sur le terrain, temporairement absent pour études, le nombre de postes de catégorie professionnelle effectivement occupés était de 183 au 14 juin 1965; ce chiffre comprend trois postes d'experts au titre du nouveau plan d'Assistance technique pour l'assistance opérationnelle, et trois postes réguliers, qui ont été pourvus par la nomination de consultants pour une période de onze mois chacun. Au 30 juin 1964 le chiffre correspondant était de 168. En réalité, ces quinze postes supplémentaires sont en grande partie compensés par la demande sans cesse croissante de personnel. Autre fait de bon augure au moins vingt-quatre postes sur le terrain ont été pourvus au courant de l'année par réaffectations à l'intérieur de la Région au fur et à mesure que des membres du personnel devenaient disponibles, et bien souvent au terme des travaux entrepris dans le cadre d'autres projets. On s'est toujours efforcé de respecter le principe de la répartition géographique équitable du personnel. Vers la fin de mai, le personnel en fonction à Alexandrie ne représentait pas moins de vingt-six nationalités différentes. Si l'on compte le personnel opérant sur le terrain, il faut porter ce chiffre à quarante-deux; si enfin l'on y ajoute le personnel engagé sur place pour les projets sur le terrain, on relève en tout quarante-cinq nationalités sur les feuilles d'émargement de la fin du mois de mai.

259. La tendance à utiliser les services de consultants à court terme en plus ou au lieu de personnel à plus long terme pour les projets se dessine de plus en plus nettement. Entre le 1er juillet 1964 et le 11 juin 1965,

quarante-huit nouveaux consultants à court terme ont été recrutés, portant ainsi à soixante le total des consultants affectés à des projets sur le terrain au cours de la période considérée. Onze d'entre eux n'avaient pas encore terminé leur mission au 11 juin dernier.

BUDGET ET FINANCES

260. Le déroulement du programme régional prévu pour 1964, tel qu'il a été modifié en étroite collaboration avec les Gouvernements Membres, s'est effectué de façon satisfaisante dans l'ensemble. Toutes les économies réalisées sur le programme ordinaire et sur celui de l'Assistance technique ayant été utilisées pour faire face à des besoins prioritaires au fur et à mesure des disponibilités, le taux d'application des plafonds régionaux, exprimé en dollars et en cents, a atteint cent pour cent.

261. On peut résumer la situation comme suit:

Au début de 1964, les sommes régulièrement allouées pour le Bureau régional et pour les activités techniques - y compris les projets d'éradication du paludisme financés par la même source, s'élevaient à \$ 3 230 000. En cours d'année, le Directeur général a consenti quelques petits ajustements et de ce fait à la fin de l'année, le montant des dépenses effectivement engagées était de \$ 2 000 supérieur au chiffre initialement fixé. D'autre part, les projets intéressant le paludisme ont bénéficié d'une allocation supplémentaire d'environ \$ 174 000, prélevés sur le Compte spécial pour l'Eradication du Paludisme au titre du Programme accéléré.

262. La mise en oeuvre du Programme de l'Assistance technique pour le cycle biennal 1963-1964 est commentée dans l'introduction de ce rapport. En 1963, l'application du programme est restée légèrement en deçà des prévisions, mais en compensation, on a réussi à utiliser en 1964 la totalité des fonds alloués pour les deux années, et à obtenir, en plus, des fonds provenant d'économies réalisées dans d'autres régions, de telle sorte que

pour la première fois, les dépenses encourues pour la mise en oeuvre du programme ont dépassé d'environ \$ 31 000 le montant initialement approuvé pour le programme de Catégorie I. Avec les fonds alloués pour 1964 on s'est par ailleurs efforcé de couvrir, pendant une période donnée, le maintien de toutes les bourses d'études à long terme, notamment pour les études universitaires de médecine. En conséquence, à compter de 1965, ces bourses ne nécessiteront aucun prélèvement sur le budget, de telle sorte qu'en 1965, et pendant les années qui suivront, les sommes disponibles pourront être consacrées en totalité à de nouvelles bourses.

263. Les crédits inscrits au budget du premier semestre 1965 ont été extrêmement limités, particulièrement ceux qui l'étaient au titre du programme de l'Assistance technique. Ceci est dû principalement à ce que parmi les demandes de crédits présentés au BAT par les gouvernements pour 1965-1966, plusieurs ne portaient que sur une partie du cycle biennal. Une fois les demandes, révisées, on s'est aperçu que l'assistance consultative et l'objet des requêtes de domaines apparentés seraient en fait nécessaires pendant plus longtemps. D'autre part, certains projets avaient été présentés comme des projets à court terme à mettre en oeuvre pendant le cycle biennal, mais il apparaît d'ores et déjà que l'assistance devra également être fournie pendant le cycle biennal suivant; somme toute, il eut été préférable de les présenter dès le départ comme projets à long terme. Pour réparer, au moins partiellement cette erreur on a eu recours, dans deux pays, à des accords portant sur les "Fonds en dépôt". On espère qu'avec la coopération du gouvernement intéressé, il sera possible d'obtenir des fonds supplémentaires du Fonds de Réserves pour Dépenses imprévues mis à la disposition du Président-directeur, dans les cas où les modifications des besoins seront dues à une redéfinition des objectifs du projet.

264. Les pouvoirs élargis conférés aux Représentants-résidents du BAT pour approuver, à la demande des gouvernements, les modifications apportées au programme de la Catégorie I par adjonction de suppléments au

FIGURE XI

DEPENSES DU BUREAU REGIONAL PAR SOURCE DE FONDS 1949 — 1964

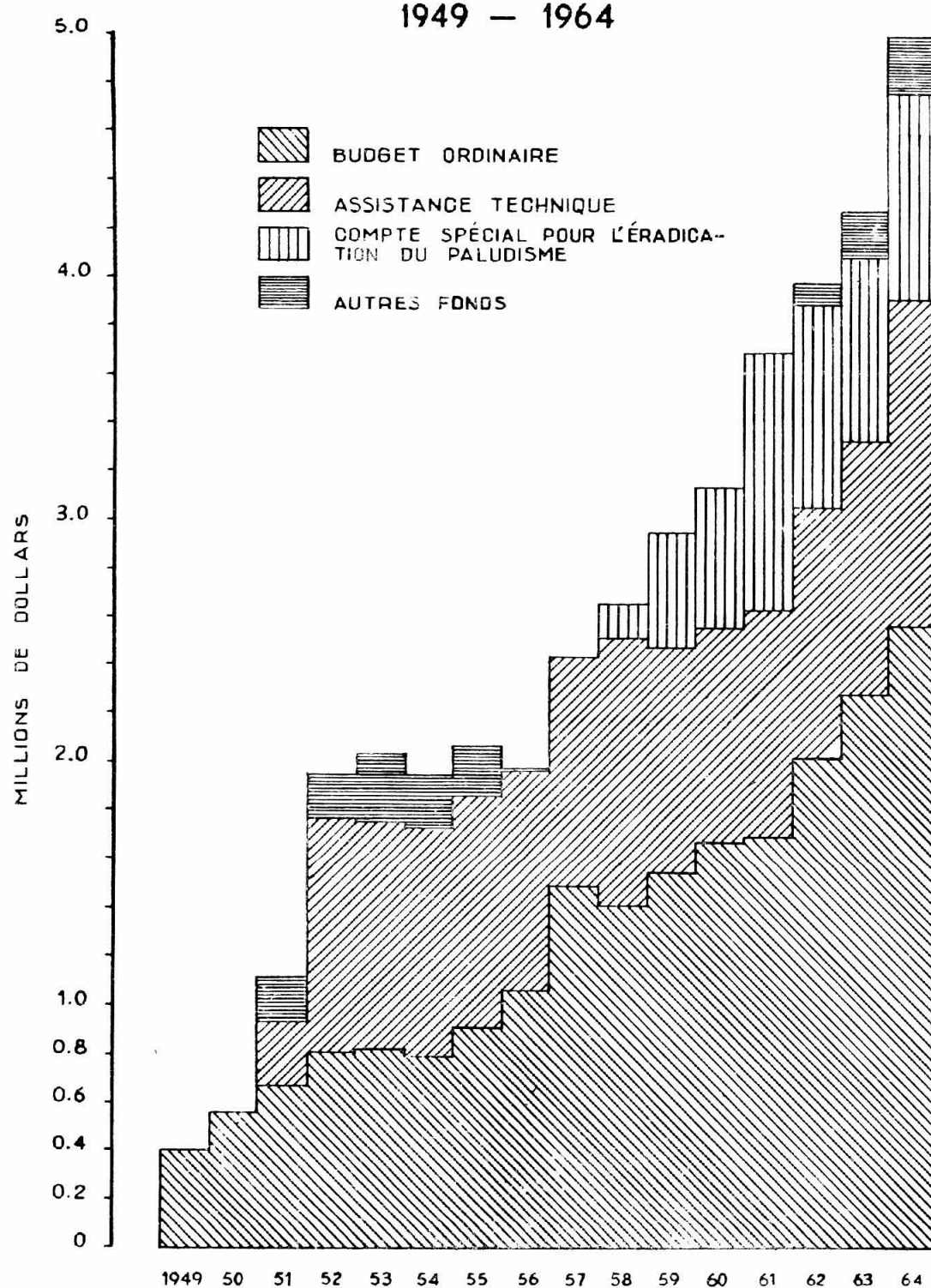
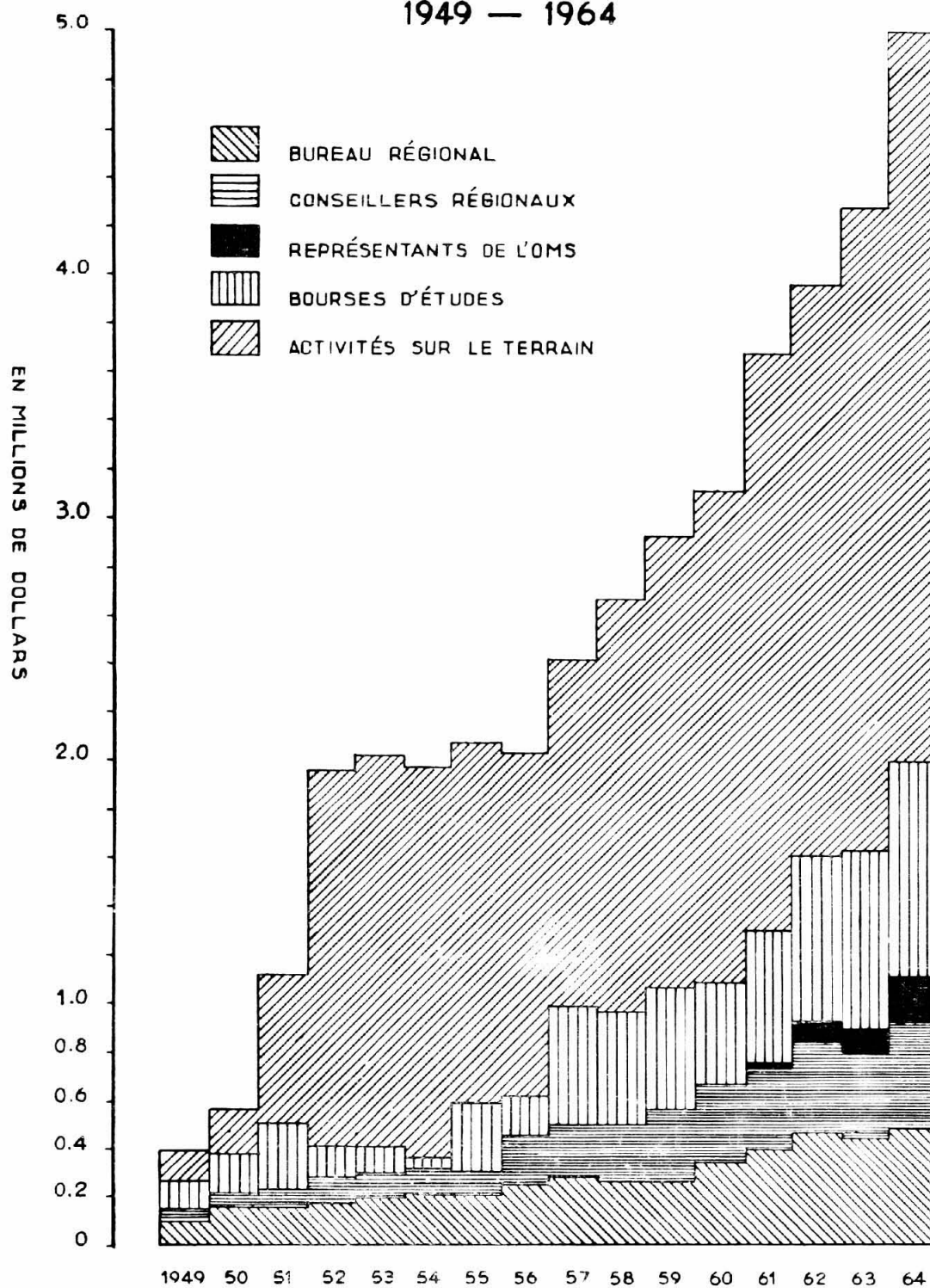


FIGURE XII

DEPENSES DU BUREAU REGIONAL PAR GENRE D'ACTIVITE 1949 — 1964



projet ou par passage de certains projets de la Catégorie II dans la Catégorie I, en fonction des disponibilités afférentes au programme national - sont considérés comme utiles en ce sens qu'ils permettent d'activer l'application de ces modifications.

FOURNITURES ET MATERIEL MEDICAUX

265. Les demandes adressées à l'Organisation pour l'obtention de matériel et de fournitures, documentation médicale comprise, marquent une tendance croissante à l'augmentation du recours à la contribution d'autres sources, dont le FISE. En pratique, cela se traduit de deux façons: d'une part, l'Organisation fournit directement le matériel demandé, et de l'autre, les gouvernements financent eux-mêmes les achats que l'Organisation effectue pour leur compte.

266. Entre le 1er juillet 1964 et le 11 juin 1965, des fournitures d'une valeur approximative de ₣ 225 000 ont été octroyées par imputation sur les allocations régionales, alors que les achats effectués pour le compte de huit gouvernements ont représenté plus de ₣ 385 000. Ces sommes ne comprennent pas la valeur d'une donation de vaccin antivariolique ni le don en nature de matériel médical.

A N N E X E S

ANNEXE I

PROJETS PAR PAYS

Pays	No	Projet	Origine des fonds ¹	Etat d'avancement
ADEN	8	Programme pré-éradication du paludisme	Ordinaire/CSEP	En cours d'élaboration
	9	Lutte antituberculeuse	Ordinaire	Terminé
ARABIE SAOUDITE	4	Programme pré-éradication du paludisme	Ordinaire/CSEP	En cours d'exécution
	7	Laboratoire de santé publique	Ordinaire/FD	En cours d'exécution
	13	Lutte antituberculeuse (zone pilote nationale)	Ordinaire	En cours d'exécution
	15	Institut d'assistants sanitaires et de techniciens de l'assainissement, Riyad	FD	Interrompu, reprise en préparation
	24	Lutte contre la bilharziose	Ordinaire	En cours d'élaboration
	27	Planification et administration des hôpitaux	FD	Terminé
	29	Services fondamentaux de santé publique et de soins médicaux	FD	En cours d'exécution

- ¹AT - Crédits de l'Assistance technique
Ordinaire - Crédits provenant du budget ordinaire de l'OMS
CSEP - Compte spécial pour l'Eradication du Paludisme
APE - Compte spécial pour l'Approvisionnement public en Eau
OPAS - Assistance opérationnelle directe de l'OMS
FISE - Crédits provenant du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
FD - Fonds en dépôt

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
ARABIE SAOUDITE (suite)	30	Eradication de la variole	Ordinaire	Ajourné
	31	Services consultatifs (soins infirmiers)	FD	Terminé
	32	Conservation des viandes	Ordinaire	Annulé
	33	Approvisionnement public en eau	FD	Terminé
	34	Services consultatifs pour l'élaboration des programmes sanitaires	FD	En cours d'exécution
	35	Formation de personnel médical et sanitaire	FD	En cours d'exécution
	36	Gestion des dépôts de fournitures médicales et pharmacie	FD	En cours d'élaboration
	38	Programmes de génie sanitaire et d'hygiène municipale	FD	En cours d'exécution
CHYPRE	1	Enseignement infirmier	AT	En cours d'exécution
	15	Laboratoire de santé publique	Ordinaire	Terminé
	18	Elimination des eaux d'égout	Ordinaire	En cours d'élaboration
	19	Statistiques démogra- phiques et sanitaires	AT	En cours d'élaboration
	20	Planification et adminis- tration des hôpitaux	Ordinaire	Terminé
ETHIOPIE	3	Services consultatifs en matière d'épidémiologie et de statistiques sa- nitaires	AT	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
ETHIOPIE (suite)	4	Lutte contre les maladies vénériennes	AT/FISE	Terminé
	6	Lutte antituberculeuse	AT/FISE	En cours d'exécution
	9	Centre de formation en santé publique, Gondar	Ordinaire	En cours d'exécution
	14b	Centre de formation professionnelle en matière d'éradication du paludisme	Ordinaire	En cours d'exécution
	14c	Programme pré-éradication du paludisme	Ordinaire/AT/CSEP	En cours d'exécution
	17	Enseignement de la médecine	Ordinaire	En cours d'exécution
	24	Lutte contre la bilharziose	AT	En cours d'élaboration
	25	Equipe de direction des centres de santé	Ordinaire	En cours d'exécution
	29	Cours pour techniciens de radiologie	AT	En cours d'exécution
	30	Département de la nutrition	Ordinaire	En cours d'exécution
	32	Approvisionnement public en eau	APE	En cours d'élaboration
	34	Assistance au service sanitaire municipal, Addis Abeba	Ordinaire	Terminé
	35	Planification et administration des hôpitaux	Ordinaire	Terminé
IRAK	7	Lutte antituberculeuse	Ordinaire	En cours d'élaboration
	11	Eradication du paludisme	Ordinaire/CSEP/FISE	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
IRAK (suite)	15	Lutte contre la bilharziose	AT	En cours d'exécution
	18	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	Ordinaire/FISE	Ajourné
	23	Services d'hygiène scolaire	AT/FISE	Ajourné
	25	Banque du sang	Ordinaire	En cours d'élaboration
	33a	Collège de médecine, Baghdad	Ordinaire	En cours d'exécution
	33b	Collège de médecine, Mossoul	Ordinaire	Annulé
	35	Formation de personnel sanitaire	AT	En cours d'exécution
	37	Collège de soins infirmiers, Baghdad	Ordinaire	En cours d'exécution
	38	Laboratoire de virologie	Ordinaire	Terminé
	42	Services consultatifs en matière d'épidémiologie	AT	En cours d'exécution
	43	Lutte contre le cancer	Ordinaire	En cours d'élaboration
	46	Etude sur la qualité de l'approvisionnement en eau	AT	Interrompu, reprise en préparation
	47	L'habitat dans ses rapports avec la santé publique	AT	En cours d'exécution
	49	Services consultatifs en matière de santé rurale	AT	En cours d'exécution
	55	Planification sanitaire nationale	Ordinaire	Annulé

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
IRAN	1	Eradication du paludisme	Ordinaire/CSEP/FISE	En cours d'exécution
	7	Institut de la nutrition	AT	En cours d'exécution
	25	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	AT	Ajourné
	26	Laboratoire de santé publique	Ordinaire	Terminé
	28	Services de santé mentale	Ordinaire	En cours d'exécution
	30	Hygiène industrielle et médecine du travail	Ordinaire	Terminé
	33a	Centre national de transfusion sanguine	Ordinaire	En cours d'élaboration
	37	Enseignement infirmier, Ecole d'Infirmières de la Société Lion et Soleil rouges, Rey	AT	En cours d'exécution
	38	Lutte contre la bilharziose	AT	En cours d'exécution
	43	Enseignement postuniversitaire de la santé publique, Téhéran	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	45	Lutte contre la pollution de l'air	Ordinaire	En cours d'élaboration
	47	Programme de formation en matière de réadaptation (physiothérapie), Téhéran	Ordinaire	En cours d'exécution
	49	Institut supérieur de soins infirmiers, Téhéran	AT	En cours d'élaboration

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
IRAN (suite)	50	Ecole de techniciens de l'assainissement (Ecole Palasht)	AT	Terminé
	52	Enseignement infirmier supérieur	Ordinaire	En cours d'élaboration
	53	Laboratoire pour le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques	AT	En cours d'élaboration
	57	Ecole supérieure d'obstétrique, Meshed	Ordinaire	En cours d'exécution
	58	Enseignement du génie sanitaire	Ordinaire	En cours d'exécution
	59	Faculté de médecine, Ispahan	Ordinaire	En cours d'élaboration
ISRAEL	5	Eradication du paludisme	Ordinaire	En cours d'exécution
	7	Enseignement infirmier	Ordinaire	En cours d'élaboration
	11	Centre antituberculeux de démonstration et de formation professionnelle	Ordinaire	Terminé
	24	Psychiatrie et santé mentale de l'enfance	Ordinaire	Terminé
	25	Enseignement de la médecine	Ordinaire	En cours d'élaboration
	29	Ecole de médecine Hadassah, Jerusalem, (b) Médecine préventive et sociale	FD	Terminé
	38	Enquête sur la pollution de l'air	Ordinaire	En cours d'élaboration

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
JORDANIE	2	Enseignement infirmier	AT	En cours d'exécution
	6	Eradication du paludisme	AT/FISE	En cours d'exécution
	9	Laboratoire de santé publique	Ordinaire	En cours d'élaboration
	11	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	AT/FISE	En cours d'exécution
	16	Division de la nutrition	Ordinaire	En cours d'élaboration
	23	Production de vaccins	Ordinaire	En cours d'exécution
	24	Assistance à l'hôpital pédiatrique, Amman	AT	Terminé
	25	Services consultatifs (santé publique)	Ordinaire	En cours d'élaboration
	27	Services municipaux de distribution d'eau et d'évacuation des eaux usées	AT	Terminé
	28	Services de réadaptation	Ordinaire	Annulé
	29	Lutte antituberculeuse (zone pilote nationale)	Ordinaire/FISE	En cours d'exécution
	32	Etude sur l'élimination des déchets, Jérusalem	Ordinaire	Terminé
KOWEIT	8	Services consultatifs (santé publique)	Ordinaire	Annulé
	9	Contrôle des médicaments	FD	Terminé
	11	Enquête sur la pollution de l'air	Ordinaire	Terminé

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
KOWEIT (suite)	13	Centre de formation professionnelle en matière de réparation et d'entretien du matériel médical	FD	En cours d'élaboration
	14	Déchets solides	FD	En cours d'élaboration
	15	Lutte contre les insectes	FD	En cours d'exécution
LIBAN	1	Services d'éducation sanitaire	Ordinaire	Ajourné
	4	Service de santé rurale	AT/FISE	En cours d'exécution
	10	Enseignement infirmier	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	17	Hygiène du milieu	AT	En cours d'exécution
	31	Réadaptation des individus physiquement diminués	Ordinaire	En cours d'exécution
	41	Banque du sang	Ordinaire	En cours d'exécution
	42	Services de santé municipaux	Ordinaire	En souffrance
	45	Lutte contre la bilharziose	AT	Terminé
LIBYE	3	Enseignement infirmier, Tripoli	Ordinaire	En cours d'exécution
	6	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	Ordinaire	Terminé

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
LIBYE (suite)	7	Ecole de techniciens de la santé, Benghazi	AT/FD	En cours d'exécution
	9	Programme d'éradication du paludisme		
	12	Protection maternelle et infantile, Cyrénaïque	Ordinaire/FD	En cours d'exécution
	20	Enquête sur la nutrition	AT/FAO	En cours d'élaboration
	22	Lutte contre la tuberculose	AT/FD	En cours d'exécution
	24	Lutte contre la bilharziose	AT	En cours d'élaboration
PAKISTAN	11	Institut d'Hygiène, Lahore	Ordinaire	Ajourné
	30	Enseignement infirmier, Pakistan oriental	Ordinaire	En cours d'exécution
	33	Institut de Santé publique, Pakistan oriental	AT	En cours d'exécution
	34	Enseignement du génie sanitaire: Université polytechnique de Lahore	Ordinaire	En cours d'élaboration
	36	Eradication du paludisme	Ordinaire/CSEP/FISE	En cours d'exécution
	39	Lutte contre la lèpre	Ordinaire/FISE	En cours d'élaboration
	40	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	AT	Annulé
	41	Evaluation de la campagne d'éradication de la variole	Ordinaire	Terminé
	42	Atelier de fabrication d'appareils de prothèse	AT/FISE	Annulé

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
PAKISTAN (suite)	44	Enseignement infirmier, Pakistan occidental	AT	En cours d'exécution
	48	Laboratoires nationaux de santé publique, Islamabad	Ordinaire	En cours d'élaboration
	49	Centres de préparation à l'éradication du paludisme	Ordinaire	En cours d'exécution
	50	Lutte contre la tuberculose	AT/FISE	En cours d'exécution
	51	Services consultatifs (santé publique) Pakistan oriental	Ordinaire/ FISE	En cours d'exécution
	52	Services consultatifs (santé publique) Pakistan occidental	Ordinaire/ FISE	En cours d'exécution
	54	Approvisionnement public en eau et assainissement rural, Pakistan occidental	Ordinaire	En cours d'exécution
	55	Services d'hygiène du milieu auprès du Gouver- nement central	Ordinaire	En cours d'élaboration
	57	Statistiques des hôpitaux et centres de santé	AT	En cours d'élaboration
	59	Cours de formation en matière de codage des archives médicales	Ordinaire	Terminé
REPUBLIQUE ARABE UNIE	64	Services consultatifs (épidémiologie et sta- tistiques sanitaires)	Ordinaire	En cours d'élaboration
	23	Eradication du paludisme	Ordinaire/ CSEP	En cours d'élaboration
	27	Institut supérieur de Santé publique	Ordinaire	En cours d'élaboration

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
REPUBLIQUE ARABE UNIE (suite)	30	Service de prématurés, Le Caire	Ordinaire	En cours d'exécution
	35	Institut de la nutrition	AT	En cours d'élaboration
	37	Laboratoire de recherches virologiques	Ordinaire	En cours d'exécution
	38	Centre de recherches de génie sanitaire	AT	Interrompu, reprise en préparation
	44	Centre de production de sérums concentrés	AT	En cours d'élaboration
	48	Laboratoire de contrôle des médicaments	AT	Terminé
	49	Projet pilote et centre de formation pour la lutte contre la bilhar- ziose	Ordinaire/ FISE	En cours d'exécution
	50	Enseignement infirmier	AT	En cours d'exécution
	55	Etude sur la santé rurale	AT/FISE	Terminé
	57	Centre audiométrique pour écoliers	AT	Annulé
	58	Centre antipoliomyé- litique - Le Caire	Ordinaire	En cours d'élaboration
	59	Evacuation des eaux d'égout	AT	Terminé
	60	Institut supérieur de soins infirmiers, Université du Caire	Ordinaire	En cours d'élaboration
SOMALIE	2	Paludisme: programme pré-éradication	Ordinaire/ AT/CSEP	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
SOMALIE (suite)	8	Formation de personnel sanitaire	Ordinaire	En cours d'exécution
	11	Lutte contre la tuberculose	AT/FISE	En cours d'exécution
	13	Services sanitaires de base	AT/FISE	En cours d'exécution
	15	Enseignement infirmier	AT	En cours d'exécution
	18	Services d'hygiène du milieu	Ordinaire	En cours d'exécution
	19	Lutte contre la variole et éradication de cette maladie	Ordinaire	Annulé
	20	Organisation des soins médicaux	AT	En cours d'exécution
	21	Gestion des dépôts de four- nitures médicales et pharmacie	AT	En cours d'exécution
	25	Laboratoires de santé publique	Ordinaire	Ajourné
	26	Formation d'assistants dentistes, Hargeisa	Ordinaire	En cours d'élaboration
	27	Planification sanitaire nationale	AT/dépenses imprévues	Interrompu, reprise en préparation
	28	Lutte contre la tuberculose	OPAS	Annulé
SOUDAN	5	Lutte contre la bilharziose	AT	Ajourné
	6	Paludisme: programme pré-éradication	Ordinaire/ CSEP	En cours d'exécution
	7	Enseignement infirmier, Khartoum	Ordinaire	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
SOUDAN (suite)	12	Lutte contre la lèpre	Ordinaire	En cours d'élaboration
	15	Lutte contre les ophtal- mies transmissibles	AT/FISE	En cours d'exécution
	16	Lutte contre les maladies vénériennes	AT	Ajourné
	19	Zone de démonstration de santé rurale	AT/FISE	Interrompu, reprise en préparation
	20	Division de la nutri- tion, Khartoum	Ordinaire	En cours d'élaboration
	22	Planification et ad- ministration hospi- talières	Ordinaire	Terminé
	26	Lutte contre l'onchocercose	Ordinaire	En cours d'exécution
	28	Eradication de la variole	Ordinaire	En cours d'élaboration
	30	Lutte contre le cancer	Ordinaire	En cours d'élaboration
	32	Centre de préparation à l'éradication du paludisme	Ordinaire	En cours d'exécution
	36	Hygiène du milieu	Ordinaire	En cours d'exécution
	38	Services consultatifs (statistiques démogra- phiques et sanitaires)	Ordinaire	En cours d'exécution
	39	Enseignement de la pédiatrie	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	42	Approvisionnement public en eau, Guézira	Ordinaire	En cours d'élaboration

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE	2	Programme d'éradication du paludisme	Ordinaire/AT/ FISE	En cours d'exécution
	4	Lutte contre la bilharziose	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	16	Centre de santé rural	AT	En cours d'exécution
	20	Lutte contre les ophtal- mies transmissibles	Ordinaire	En cours d'élaboration
	30	Laboratoire de la santé publique et des maladies endémiques	Ordinaire	En cours d'élaboration
	33	Lutte contre le cancer	Ordinaire	Ajourné
	37	Enseignement infirmier, Damas	Ordinaire	En cours d'exécution
	39	Formation de techniciens de l'assainissement	AT	En cours d'exécution
	45	Lutte contre la tuberculose	Ordinaire/ FISE	En cours d'exécution
	47	Assistance à l'Ecole de Médecine d'Alep	AT	En cours d'élaboration
TUNISIE	48	Centre de réadaptation médicale	Ordinaire	En cours d'élaboration
	3	Lutte contre les ophtal- mies transmissibles	AT/FISE	Interrompu, reprise en préparation
	6	Protection maternelle et infantile	AT/FISE	En cours d'exécution
	17	Eradication du paludisme	AT/CSEP	Interrompu, reprise en préparation

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
TUNISIE (suite)	18	Hygiène du milieu	AT	En cours d'exécution
	20	Laboratoire de santé publique	Ordinaire	Terminé
	22	Centre d'ophtalmologie, Tunis	Ordinaire	Terminé
	27	Enseignement de la médecine	Ordinaire/ AT/dépenses imprévues	En cours d'exécution
	29	Centre de réadaptation médicale	AT	Interrompu, reprise en préparation
	31	Formation de personnel sanitaire	Ordinaire	En cours d'exécution
	33	Formation professionnelle en matière de réparation et d'entretien des appareils médicaux	AT	En cours d'exécution
	34	Enseignement infirmier	AT	En cours d'élaboration
	35	Lutte contre le cancer	Ordinaire	En cours d'élaboration
	39	Planification sanitaire	AT	Annulé
YEMEN	3	Administration de la santé publique	Ordinaire	En cours d'exécution
	4	Paludisme. programme pré-éradication	Ordinaire/ CSEP	En cours d'exécution
	8	Centre de santé et de formation sanitaire, Sana'a	AT	En cours d'exécution
	13	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	Ordinaire	Annulé

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
YEMEN (suite)	15a	Services de santé locaux, Hodeida	Ordinaire	En cours d'exécution
	15b	Services de santé locaux, Taiz	Ordinaire	En cours d'exécution
	16	Eradication de la variole	Ordinaire	En cours d'élaboration
PROJETS INTER- PAYS	5	Institut supérieur de soins infirmiers, Univer- sité d'Alexandrie	AT	Terminé
	7	Centre de préparation au développement communau- taire pour les Etats Arabes - Sirs-el-Layyan	AT	En cours d'exécution
	23	Hygiène dentaire	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	36b	Réunion de groupe sur les statistiques démo- graphiques et sanitaires	Ordinaire	En cours d'élaboration
	38	Séminaire sur l'hygiène alimentaire, la prophy- laxie des zoonoses et la pratique de la santé pu- blique vétérinaire, Lahore (Pakistan)	Ordinaire	Terminé
	43	Services consultatifs	Ordinaire	En cours d'exécution
	44	Documentation médicale	Ordinaire	En cours d'exécution
	45	Participation à des réunions éducatives	Ordinaire	En cours d'exécution
	51	Centre d'épidémiologie et de statistique	Ordinaire	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
PROJETS INTER- PAYS (suite)	53	Formation en virologie	Ordinaire	Annulé
	55a	Assistance aux biblio- thèques médicales	Ordinaire	En cours d'élaboration
	55b	Cours de formation pour bibliothécaires médicaux, Liban	Ordinaire	En cours d'élaboration
	58	Equipe d'évaluation de l'éradication du paludisme	Ordinaire/ CSEP	En cours d'exécution
	59	Etude régionale sur les affections diarrhéiques	Ordinaire	Terminé
	61	Cours pour techniciens de laboratoire	Ordinaire	En cours d'exécution
	62	Cours régional pour techniciens de radio- logie médicale	AT	En cours d'élaboration
	66	Habitat rural	Ordinaire	Terminé
	75	Centre national de formation pour la lutte contre la tuberculose, et programme régional de formation	Ordinaire	Terminé
	76	Conseiller pour la gestion des dépôts de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales	Ordinaire	En cours d'exécution
	79	Formation supérieure de techniciens de l'assai- nissement	AT	En cours d'élaboration
	84	Enseignement de la médecine	Ordinaire	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
PROJETS INTER- PAYS (suite)	88	Eradication de la variole	Ordinaire	En cours d'élaboration
	90	Cours régional sur la lutte anti-cancéreuse	Ordinaire	En cours d'exécution
	91	Cours de préparation à la lutte contre la bilharziose	Ordinaire	En cours d'élaboration
	96	Services municipaux d'en- lèvement des ordures et lutte contre les mouches	Ordinaire	En cours d'élaboration
	97	Formation de personnel pour l'approvisionnement en eau	Ordinaire	En cours d'élaboration
	100	Séminaire mixte OMS/FAO sur l'alimentation des travailleurs de l'indus- trie au Proche-Orient, 1965	Ordinaire	En cours d'élaboration
	101	Services consultatifs en matière d'archives médicales	AT	En cours d'élaboration
	107	Séminaire sur l'adminis- tration des services infirmiers	Ordinaire	En cours d'élaboration

ANNEXE II

ACCORDS CONCLUS ENTRE LE 1er JUILLET 1964 ET LE 30 JUIN 1965

1. ACCORDS DE BASE

TUNISIE	Accord de base entre l'OMS et le Gouvernement de la Tunisie
---------	--

2. ACCORDS D'ASSISTANCE OPERATIONNELLE

ETHIOPIE	Accord d'assistance opérationnelle entre l'OMS et le Gouvernement de l'Ethiopie
----------	---

3. PLANS D'OPERATIONS, AVENANTS ET LETTRES D'ACCORD

ADEN 9	Lutte contre la tuberculose Lettre d'accord Consultant à court terme en 1965
--------	--

ADEN/FISE 1	Formation professionnelle et hygiène maternelle et infantile, Aden Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964
-------------	---

ADEN/FISE 3	Hygiène maternelle et infantile: services de base Avenant II au Plan d'opérations Maintien et amélioration du service d'hygiène rurale en 1963-1964
-------------	---

ADEN/FISE 3	Hygiène maternelle et infantile: services de base Avenant III au Plan d'opérations Maintien et amélioration du service d'hygiène rurale en 1964-1965
-------------	--

ARABIE SAOUDITE 4	Paludisme: Programme pré-éradication Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966.
-------------------	--

ARABIE SAOUDITE 27	Planification et administration hospitalières Lettre d'accord Consultant à court terme (quatre semaines en septembre-octobre 1964)
--------------------	--

ARABIE SAOUDITE 29	Services fondamentaux de santé publique... et de soins médicaux Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1963-1966
--------------------	---

CHYPRE 1	Enseignement infirmier Avenant I au Plan d'opérations Infirmière monitrice jusqu'au milieu de l'année 1965
----------	---

CHYPRE 18	Elimination des eaux d'égout Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
-----------	---

CHYPRE 20	Planification et administration hospitalières Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
-----------	---

CHYPRE/FISE 1	Hygiène maternelle et infantile et Services d'hygiène rurale Avenant I au Plan d'opérations Prolongation de validité jusqu'à fin 1965
---------------	--

ETHIOPIE 14c	Paludisme: Programme pré-éradication Avenant III au Plan d'opérations Fournitures, matériel, dépenses locales et bourses d'études en 1964
--------------	--

ETHIOPIE 14c	Paludisme: Programme pré-éradication Avenant IV au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
--------------	--

ETHIOPIE 17	Enseignement de la médecine Lettre d'accord Consultant à court terme en 1965
-------------	--

ETHIOPIE 30	Département de la nutrition Lettre d'accord sur l'engagement d'un consultant pendant deux ans jusqu'à la signature du Plan d'opérations
-------------	--

ETHIOPIE 34	Département municipal de la santé publique, Addis Abeba Lettre d'accord Consultants à court terme en 1964
-------------	--

IRAK 11	Eradication du paludisme Avenant IV au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964
---------	---

IRAK 11	Eradication du paludisme Avenant V au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
---------	---

IRAK 23	Services d'hygiène scolaire Lettre d'accord Consultant à court terme en 1965
---------	--

Irak 33a	Ecole de Médecine de Baghdad Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
----------	---

Irak 42	Services consultatifs (épidémiologie) Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'à fin 1965
---------	--

Irak 43	Lutte contre le cancer Lettre d'accord Consultant à court terme en 1965
---------	---

Irak 46	Etude de la qualité des approvisionnements en eau Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
---------	---

IRAK 49	Santé rurale: services consultatifs Plan d'opérations portant sur l'assis- tance de 1964 à fin 1966
---------	---

IRAN 1	Eradication du paludisme Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964
--------	---

IRAN 1	Eradication du paludisme Avenant III au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
--------	---

IRAN 25	Laboratoire de santé publique Lettre d'accord Prolongation de la validité jusqu'à la mi-août 1964
---------	--

IRAN 28	Services de santé mentale Lettre d'accord Prolongation de la validité jusqu'au milieu de 1966 (infirmière psychiatrique comprise)
---------	---

IRAN 33a	Centre national de transfusion sanguine Lettre d'accord Consultant à court terme en 1965
----------	--

IRAN 37	Enseignement infirmier, Ecole d'infirmières de la Société Lion et Soleil rouges, Rey Consultant à court terme en 1965
---------	---

IRAN 45	Pollution de l'air Lettre d'accord Consultant à court terme en 1965
---------	---

IRAN 52	Enseignement infirmier supérieur Lettre d'accord Consultant à court terme en 1965
---------	---

IRAN 58	Enseignement du génie sanitaire Plan d'opérations portant sur les engagements pris pour la fin de 1964, et 1965
---------	---

ISRAEL 24	Psychiatrie et santé mentale de l'enfance Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
-----------	--

ISRAEL 24	Psychiatrie et santé mentale de l'enfance Lettre d'accord Consultant à court terme en 1965
-----------	--

ISRAEL 25	Enseignement de la médecine Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
-----------	--

JORDANIE 2	Enseignement infirmier Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
------------	--

JORDANIE 6	Eradication du paludisme Avenant V au Plan d'opérations Révision du Plan d'action pour 1964
------------	---

JORDANIE 6	Eradication du paludisme Avenant VI au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
------------	--

JORDANIE 23	Production de vaccins Avenant II au Plan d'opérations pro- longeant de trois mois les services du consultant à court terme, en 1964
-------------	--

JORDANIE 23	Production de vaccins Avenant III au Plan d'opérations portant sur la prolongation des services du technicien de laboratoire jusqu'à fin 1964
-------------	--

JORDANIE 23	Production de vaccins Avenant IV au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965
-------------	--

JORDANIE 32	Etude sur l'élimination des déchets, Jérusalem Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
-------------	--

KOWEIT 8	Services consultatifs (santé publique) Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
----------	---

LIBAN 42	Services de santé municipaux Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
----------	---

LIBYE 3	Enseignement infirmier, Tripoli Avenant II au Plan d'opérations Personnel, fournitures et matériel jusqu'à fin 1965
---------	--

LIBYE 7	Ecole de techniciens de la santé, Benghazi Avenant III au Plan d'opérations Engagement d'une deuxième infirmière monitrice et prolongation de validité jusqu'à fin 1966
---------	---

LIBYE 9	Eradication du paludisme Avenant III au Plan d'opérations Prolongation de validité du Plan d'opérations jusqu'en 1965-1966
---------	---

LIBYE 12	Protection maternelle et infantile, Cyrénaïque Avenant III au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965
----------	---

PAKISTAN 13	Lutte contre la tuberculose (vaccination par le BCG) Avenant XI au Plan d'opérations Prolongation jusqu'au milieu de 1965
-------------	--

PAKISTAN 33	Institut de Santé publique, Pakistan oriental Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
-------------	--

PAKISTAN 36	Eradication du paludisme Lettre d'accord Répartition de l'allocation du FISE pour fournitures en 1964
-------------	--

PAKISTAN 36	Eradication du paludisme Lettre d'accord Fournitures et équipement en 1965
-------------	--

PAKISTAN 36	Eradication du paludisme Avenant VI au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
-------------	--

PAKISTAN 42	Atelier de fabrication d'appareils de prothèse Avenant I au Plan d'opérations Prolongation de validité jusqu'à fin 1964
-------------	--

PAKISTAN 44	Enseignement infirmier, Pakistan occidental Avenant II au Plan d'opérations Prolongation de la validité jusqu'au 30 juin 1965
-------------	--

PAKISTAN 59	Cours de formation en matière de chiffrage des archives médicales Lettre d'accord Engagement d'un consultant à court terme pour deux mois et demi en 1965
-------------	---

PAKISTAN/FISE 2	Centres de protection maternelle et infantile Avenant VIII au Plan d'opérations Prolongation de validité jusqu'à fin 1965
-----------------	--

PAKISTAN/FISE 16	Développement communautaire urbain Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964
------------------	---

PAKISTAN/FISE 17	Services de santé ruraux Avenant III au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964
------------------	--

PAKISTAN/FISE 17	Services de santé ruraux Avenant IV au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964-1965
------------------	--

PAKISTAN/FISE 20	Production de vaccin antivariolique lyophilisé Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964 à 1966 compris
------------------	---

RAU-EGYPTE 48	Laboratoire de contrôle des médicaments Lettre d'accord Révision des crédits pour les fournitures et le matériel de 1964
---------------	---

RAU-EGYPTE 49	Projet pilote et centre de formation pour la lutte contre la bilharziose Avenant I au Plan d'opérations Prolongation de validité
---------------	---

RAU-EGYPTE 55	Etude sur la santé rurale Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
---------------	--

SOMALIE 2	Paludisme: programme pré-éradication Avenant VII au Plan d'opérations, comportant les engagements supplémentaires prévus pour 1964 et un Plan d'action jusqu'à fin mai 1965
-----------	--

SOMALIE 2	Paludisme: programme pré-éradication Avenant VIII au Plan d'opérations Engagements supplémentaires prévus pour 1964-1965 et 1966
-----------	--

SOMALIE 2	Paludisme: programme pré-éradication Avenant IX au Plan d'opérations Engagements supplémentaires prévus pour 1965
-----------	---

SOMALIE 15	Enseignement infirmier Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964-1966
------------	---

SOMALIE 20	Organisation des soins médicaux Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965
------------	---

SOMALIE 21	Gestion des dépôts de fournitures médicales et pharmacie Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965
------------	--

SOMALIE 27	Planification sanitaire nationale Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964
------------	---

SOUDAN 6	Paludisme: programme pré-éradication Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
----------	--

SOUDAN 19	Zone de démonstrations de santé rurale Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'au 30 juin 1965
-----------	--

SOUDAN 30	Lutte contre le cancer Lettre d'accord Fournitures et matériel pour 1964
-----------	--

SOUDAN 32	Centre de préparation à l'éradication du paludisme Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
-----------	--

SOUDAN 38	Services consultatifs (statistiques démographiques et sanitaires) Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
-----------	--

SOUDAN/FISE 1	Protection maternelle et infantile et formation professionnelle Avenant II au Plan d'opérations Amendements aux stipulations du présent avenant (1964)
---------------	--

SYRIE 2	Programme d'éradication du paludisme Avenant VI au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964
---------	---

SYRIE 2	Programme d'éradication du paludisme Avenant VII au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964 à 1966 compris
---------	--

SYRIE 4	Lutte contre la bilharziose Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
---------	--

SYRIE 5 SYRIE/FISE 3	Services de protection maternelle et infantile Formation professionnelle Plan d'opérations Conseils techniques et bourses d'études en 1964
-------------------------	--

SYRIE 30	Laboratoire de la santé publique et des maladies endémiques Plan d'opérations (II) portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
----------	---

SYRIE 48	Centre de réadaptation médicale Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
----------	--

TUNISIE 3	Lutte contre les ophtalmies transmissibles Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
-----------	---

TUNISIE 6	Services de protection maternelle et infantile Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964-1965
-----------	---

TUNISIE 31	Formation de personnel sanitaire Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1964 à 1966 compris
------------	--

TUNISIE 34	Enseignement infirmier Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
------------	--

TUNISIE/FISE 1	Services d'assistance à l'enfance dans la zone péri-urbaine de Tunis Plan d'opérations portant sur l'assistance technique en 1964
----------------	--

YEMEN 4	Paludisme: Programme pré-éradication Lettre d'accord portant sur les engagements prévus pour 1964
---------	--

YEMEN 8	Centre de santé et d'enseignement sanitaire, Sana'a Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1966
---------	---

YEMEN 8/15 YEMEN/FISE 2	Services et formation sanitaires de base Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965
----------------------------	--

YEMEN 15	Services de santé locaux, Hodeida Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
----------	---

YEMEN/FISE 1	Nutrition Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
--------------	--

EMRO 61	Cours pour techniciens de laboratoire Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'au 30 juin 1966
---------	---

EMRO 66	Aspects sanitaires de l'habitat Lettre d'accord Consultant à court terme en 1964
---------	--

EMRO 90

Cours régional sur la lutte contre
le cancer
Lettre d'accord
Consultant à court terme en 1965-1966
