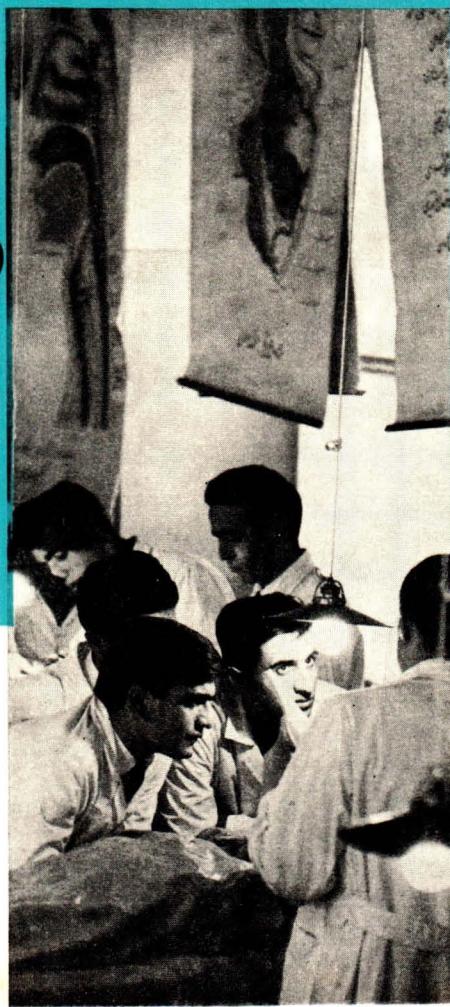


Bureau régional de
l'OMS
pour la Méditerranée
orientale

rapport annuel du directeur

1965-66



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

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

1er juillet 1965 - 30 juin 1966

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1
APERCU GENERAL	
I COMITE REGIONAL, QUINZIEME SESSION	20
II SERVICES CONSULTATIFS ET TECHNIQUES	
1. ENSEIGNEMENT ET FORMATION PROFESSIONNELLE	
Enseignement médical	22
Enseignement de la médecine dentaire	25
Enseignement postuniversitaire	25
Programme de bourses d'études	26
2. ERADICATION DU PALUDISME	
Etat d'avancement de l'éradication du paludisme . .	29
Programmes, activités de planification et	
d'évaluation	31
Formation professionnelle et bourses d'études . . .	35
Recrutement de personnel et financement	36
Problèmes techniques et travaux de recherche . . .	38
Activités coordonnatrices	40
Perspectives d'avenir	42
3. MALADIES TRANSMISSIBLES	
Maladies quarantaines (choléra - variole)	45
Maladies bactériennes (tuberculose - lèpre)	51
Ophtalmies transmissibles	55
Maladies parasitaires (bilharziose)	56
4. EPIDEMIOLOGIE ET STATISTIQUES SANITAIRES	
Epidémiologie	60
Statistiques démographiques et sanitaires	61

	<u>Page</u>
5. SERVICES DE SANTE PUBLIQUE	
Administration de la santé publique (Développement communautaire - Hygiène rurale)	65
Laboratoires de santé publique	68
Soins infirmiers	71
Education sanitaire	73
Hygiène de la maternité et de l'enfance	76
Pharmacie et dépôts de fournitures médicales	80
6. PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTE	
Lutte contre le cancer	82
Nutrition	83
Réadaptation médicale	87
7. HYGIENE DU MILIEU	
Urbanisme	88
Approvisionnement public en eau	89
Autres activités menées dans le domaine de l'hygiène du milieu	92
III INFORMATION	95
IV ADMINISTRATION ET FINANCES	
Généralités	99
Personnel	101
Budget et finances	103
Fournitures et matériel médicaux	104

ANNEXES

- Annexe I Projets par pays
- Annexe II Accords conclus entre le 1er juillet 1965 et le 30 juin 1966
- Annexe III Résolution WHA19.7 - Création d'un fonds de roulement pour le matériel d'enseignement et de laboratoire destiné à l'enseignement médical

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

INTRODUCTION

Lors de mes précédents rapports, j'ai déjà fait allusion à la rapidité du développement industriel et urbain qui intervient dans la Région, ainsi qu'à toutes les exigences qui en découlent sur le plan sanitaire. La Journée mondiale de la Santé, dont le thème était en 1966 "L'homme dans la grande ville", a offert à l'OMS et aux Etats Membres une occasion propice pour insister sur les problèmes sanitaires posés par l'urbanisation, et qui revêtent une importance de plus en plus grande pour notre Région.

Les villes de la Méditerranée orientale croissent à la cadence moyenne de 4% par an, soit à un rythme largement supérieur à celui de la poussée démographique pour l'ensemble de la Region, qui est d'environ 2,5% par an. Dans leurs estimations, les Nations Unies vont jusqu'à donner à certaines grandes villes le taux de croissance explosif de 7%. A ce rythme, la population urbaine de la Région devrait doubler d'ici vingt ans, ce qui alourdirait encore la tâche des urbanistes et des autorités sanitaires. Ces chiffres suffisent à illustrer le progrès rapide de l'urbanisation, qui est l'un des traits les plus marquants de l'allure effrénée à laquelle la Région se développe aujourd'hui.

L'attrait d'un emploi lucratif dans l'industrie - facteur principal de l'exode actuel vers les grands centres - draine chaque année des centaines de milliers de cultivateurs et de bédouins vers les villes, où les possibilités de logement, les systèmes d'adduction d'eau et les installations d'égouts ont déjà du mal à répondre aux besoins croissants des populations. De nombreuses villes démolissent leurs taudis

et construisent des habitations convenables pour abriter les millions d'êtres humains qui s'accumulent dans leurs murs; de leur côté, les urbanistes s'efforcent d'empêcher la profusion de nouveaux taudis.

Les travailleurs sanitaires ont aussi un rôle à jouer dans la résolution de ces problèmes: l'entassement dans des locaux exigus facilite la transmission des maladies; d'innombrables cas de maladies d'origine hydrique surviennent dans les faubourgs tentaculaires par suite de l'insuffisance des systèmes de distribution d'eau; les mauvaises conditions de logement déterminent un état permanent d'irritation et de tension mentale; la pollution urbaine, en dehors de ses manifestations bien connues sur le milieu, revêt trop souvent la forme infiniment plus pernicieuse de "degradation mentale"; c'est pourquoi on ne saurait accorder trop d'attention à l'adaptation des nouveaux venus, dont la rencontre traumatisante avec de nouveaux concepts des valeurs urbaines et des techniques industrielles se traduit souvent par des troubles mentaux.

Quel que soit le degré d'agressivité des villes de la Région contre les millions de personnes qui y vivent et dont le nombre s'accroît sans cesse, l'urbanisation fait partout peser des responsabilités plus lourdes, tant sur les urbanistes que sur les autorités sanitaires, et tous doivent conjuguer leurs efforts pour faire des villes des endroits plus agréables à vivre. L'OMS porte fermement ses efforts dans ce sens en fournissant l'avis d'experts dans plusieurs domaines connexes, notamment l'assainissement du milieu, la planification sanitaire des municipalités (y compris la planification des canalisations d'eau, des réseaux d'égouts et des systèmes d'élimination des déchets), l'approvisionnement public en eau et la lutte contre la pollution de l'air.

Je viens de parler de l'expansion démographique observée dans l'ensemble de la Région, estimée à environ 2,5% par an.

L'intérêt accru qui se manifeste dans nos pays pour la planification de la famille est donc une conséquence naturelle du souci qu'ont les Gouvernements d'améliorer le bien-être sanitaire et social de leurs populations, tout en mettant à profit les connaissances scientifiques susceptibles de hâter le développement socio-économique.

Ces dernières années, l'Organisation mondiale de la Santé s'est de plus en plus penchée sur la biologie de la reproduction humaine. Cinq groupes scientifiques se sont réunis pour faire le point des connaissances actuelles et des lacunes dans ce domaine, et pour indiquer à l'Organisation quelle est l'évolution de la situation et quels sont les problèmes les plus importants à confier à la recherche, avec son assistance éventuelle. Ces groupes scientifiques ont étudié la biologie de la reproduction, la biologie des gonades et des gamètes, la fécondation et la gestation, la biochimie des stéroïdes sexuels, les aspects immuno-logiques et pharmaceutiques de la reproduction, la clinique de l'utilisation des gestogènes oraux, et les aspects physiologiques et cliniques des dispositifs intra-utérins, en vue d'établir des comparaisons entre ces divers domaines.

Les rapports des cinq groupes scientifiques ont été publiés. Cependant, nos connaissances scientifiques sur la reproduction humaine sont encore insuffisantes, et l'on projette de constituer de nouveaux groupes pour l'étude d'autres aspects de ce problème.

Lors de sa session de mai dernier, la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a fait état du travail accompli par les groupes scientifiques, et a redéfini la politique adoptée par l'OMS à l'égard des

aspects sanitaires des problèmes de population mondiale et de planification de la famille. Elle a confirmé à ce propos que "le rôle de l'OMS est de fournir des avis techniques aux Membres qui en font la demande pour la mise en oeuvre d'activités relatives à la planification de la famille, dans le cadre d'un service de santé organisé, sans que les fonctions préventives et curatives de ce service s'en trouvent affectées".

La question de la planification de la famille a également été examinée par le FISE lors de la réunion de son Conseil d'Administration, qui s'est tenue à Addis-Abeba en juin 1966. Étudiant le rapport de son Directeur général sur le rôle que pourrait jouer le FISE dans la planification de la famille, le Conseil a décidé "d'attendre jusqu'à sa session de 1967 pour donner suite aux recommandations de son Directeur général", et a demandé "l'avis du Comité mixte FISE/CMS des directives sanitaires sur la meilleure façon dont le FISE pourrait coopérer au programme de planification de la famille, et notamment à ses aspects techniques".

*

Pendant l'été de 1965, l'attention mondiale s'est portée sur la propagation du choléra El Tor vers l'ouest, des poussées épidémiques s'étant manifestées dans des zones de la Région qui en étaient restées exemptes depuis plusieurs décennies. Pour conjurer cette menace, les gouvernements intéressés se sont immédiatement employés à mettre en œuvre des mesures destinées à arrêter l'expansion de la maladie. L'OMS a été amenée à aider les zones nouvellement affectées, par l'envoi d'experts du choléra et par la diffusion d'informations pertinentes sur les récents progrès accomplis dans la recherche sur cette maladie, notamment en matière de bactériologie, d'épidémiologie et de mesures de lutte, l'ensemble de cet effort visant à empêcher la maladie de prendre pied et

de se constituer un tremplin pour une invasion ultérieure. En outre, les gouvernements ont été régulièrement tenus au courant de l'évolution du choléra dans cette Région et dans les secteurs voisins.

Pour préparer les pays à faire face à toute éventualité et à se constituer un noyau de travailleurs sanitaires qualifiés en la matière, le Bureau régional a organisé deux cours d'initiation à la bactériologie du choléra, l'un à Beyrouth et l'autre à Téhéran. Il n'est nul besoin de souligner l'importance que présentent de bons laboratoires dotés de personnel dûment qualifié pour les recherches épidémiologiques et la lutte contre le choléra. Trois séminaires ont été organisés pour familiariser les travailleurs sanitaires avec l'épidémiologie, la bactériologie, le traitement et les mesures de lutte modernes. Un de ces séminaires s'est déroulé sur le mode itinérant à travers les régions où le choléra El Tor est depuis un certain temps endémique; ce séminaire visait à offrir une formation sur place, et à permettre des échanges de vues avec des travailleurs rompus à ces questions.

Une équipe régionale consultative sur le choléra, composée d'un épidémiologiste et d'un bactériologiste, a été constituée et chargée de se rendre dans divers pays de la Région pour les aider à mettre au point des mesures et méthodes de lutte efficaces. Grâce aux efforts déployés au moment opportun par les gouvernements intéressés, l'épidémie était arrêtée en novembre 1965, mais l'OMS et tous les pays de la Région doivent rester sur leurs gardes pour tenir en échec toute nouvelle offensive de la maladie.

Le pèlerinage de la Mecque a rassemblé cette année plus d'un million six-cent mille fidèles venus de quatre-vingt treize pays. Je suis heureux de pouvoir dire qu'aucun cas de choléra ou d'autre maladie

quarantenaire n'est survenu parmi les pèlerins. Un des pays de la Région a effectué l'examen des cultures de selles de tous les pèlerins (quelque 23 000) avant leur départ pour l'Arabie Saoudite, ce qui témoigne d'un esprit de coopération sanitaire internationale digne d'éloges.

Dans la plupart des pays de la Région de la Méditerranée orientale de l'CMS, la mise au point d'installations et de programmes sanitaires, entreprise dans le cadre du plan de développement du bien-être économique et social, est devenue une affaire de politique nationale. La préparation et la mise en œuvre de plans nationaux d'action sanitaire conçus sur des bases saines et réalistes sont actuellement au nombre des fonctions majeures des administrateurs sanitaires de ces pays.

La majorité des Etats Membres de la Région ont établi des programmes de développement de leurs services sanitaires portant sur des périodes déterminées. D'autres ont créé dans ce but des organes de planification, et d'autres enfin se proposent de le faire ultérieurement. La plupart de ces plans d'action sanitaire forment partie intégrante du plan général de développement socio-économique du pays, tandis que d'autres pays se préoccupent surtout, à ce stade initial, de mettre sur pied des services et des installations sanitaires à intégrer par la suite dans le cadre du plan de développement général du pays.

Chaque fois qu'elle en a été requise, l'OMS a apporté une aide active à la préparation d'un certain nombre de ces plans d'action sanitaire à long terme. A cette occasion, un volume important de connaissances et d'expériences sur la planification sanitaire et sociale ont été rassemblées, et les conclusions qui en ont été tirées se sont révélées d'un intérêt considérable. Elles embrassent une vaste gamme de sujets.

A ce propos il convient de ne pas perdre de vue l'importance capitale du caractère indissociable de la planification et de l'établissement de politiques. Il importe que les plans d'action sanitaire à long terme tiennent compte des ressources nationales et soient rattachés aux politiques fondamentales du pays sur les plans économique, financier, fiscal et social; bien entendu, pour conserver un minimum de chances de succès, ils doivent bénéficier de l'appui solide et soutenu du Gouvernement.

Je n'ai nul besoin d'insister sur l'importance que présentent l'évaluation périodique de l'évolution du plan, et l'adaptation de ses divers éléments pour répondre aux besoins nouveaux susceptibles de se faire jour pendant la période d'application du plan.

D'une manière générale, on peut affirmer que les plans d'action sanitaire en cours dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, sont bien adaptés aux besoins nationaux et aux conditions locales. Cependant, dans la grande majorité de ces pays, un fossé important persiste entre les besoins réels du pays et les ressources sanitaires dont il dispose. L'obstacle principal au développement satisfaisant des services et institutions sanitaires est constitué par la pénurie de personnel technique et professionnel qualifié. C'est pourquoi l'enseignement et la formation professionnelle de ce personnel demeureront au centre même de tous les plans de développement sanitaire, et figureront toujours au premier plan des préoccupations des gouvernements et de l'Organisation.

Près d'un tiers du budget de l'OMS pour cette Région est consacré aux projets visant principalement à l'éducation et à la formation. Cette proportion grandira probablement encore à l'avenir. Les projets visant à la formation de personnel de toutes catégories, dont la nature varie

considérablement d'un pays à l'autre, bénéficiant d'une assistance, mais les études universitaires de médecine forment un domaine qui fait l'objet d'une attention croissante. Dans l'exposé général, le chapitre "Enseignement et Formation professionnelle" présente un tableau détaillé de nos activités à cet égard; je me bornerai donc à signaler ici l'inauguration, en cours d'année, d'une nouvelle faculté de médecine à l'Université Haile Sélassié I d'Addis-Abéba (Ethiopie), et les travaux préliminaires à la création de nouvelles facultés de médecine à Alep (République Arabe Syrienne) et à Koweit, qui ont également bénéficié de l'assistance de l'CMS. Des études préliminaires sont également engagées pour la création d'écoles de médecine en Libye et en Arabie Saoudite. Dans le programme de bourses d'études, priorité est toujours donnée à la préparation d'un noyau de personnel enseignant, car les progrès d'une école de médecine sont essentiellement liés à la présence d'un personnel national.

Il est à prévoir que le Fonds de roulement récemment créé (voir Annexe III: texte de la Resolution WHA19.7) fera l'objet de nombreux appels pour l'achat de matériel d'enseignement et de laboratoire pour l'enseignement et la formation professionnelle. Cela nous permettra de procurer, contre remboursement en devises nationales, des fournitures et du matériel destinés aux écoles de médecine et aux laboratoires, notamment aux pays dépourvus de monnaie forte. Le recours à ce Fonds nous aidera considérablement dans notre nouvel effort d'assistance aux établissements de formation professionnelle.

La recherche médicale est un domaine d'activité récent dans lequel plusieurs pays se sont engagés. Devant l'intérêt considérable manifesté pour les principaux centres de recherche de la Région, notre Bureau régional a organisé, en accord avec l'Institut de Recherches médicales d'Alexandrie, un Colloque sur la Recherche médicale qui s'est tenu à Alexandrie du 22 au 26 février 1966. Treize participants venus de sept pays ont assisté à cette réunion au cours de laquelle ils ont pu confronter leurs expériences et procéder à d'importants échanges d'informations scientifiques. Un rapport contenant des recommandations utiles pour la promotion, la coordination et l'harmonisation des activités de la recherche médicale dans la Région a été publié.

*

Le programme de bourses d'études continue à représenter un aspect important des activités d'Enseignement et de Formation professionnelle. Les 274 bourses d'études qui ont été allouées en 1965 ont absorbé près de 750 000 dollars. Les répercussions favorables engendrées par ce programme se mesurent difficilement en chiffres, mais leur influence sur le développement des services sanitaires de chacun des pays est immense. Pour plusieurs pays de la Région, dont la Libye, l'Arabie Saoudite, la Somalie et le Yémen, les études universitaires de médecine représentent un domaine important d'attribution de bourses d'études. Dans d'autres, l'accent se reporte de plus en plus sur les études complémentaires et postuniversitaires des divers domaines de spécialisation. L'évaluation du programme de bourses d'études qui, à bien des égards, est un processus continu, s'est accomplie, entre autres, au moyen de visites rendues à certains pays par un consultant de l'OMS spécialement désigné à cet effet. On prévoit que des évaluations du même type se

répèteront à l'avenir sur une plus grande échelle, notamment pour permettre de savoir quel est le rendement du programme de bourses d'études de l'CMS au bout d'un certain nombre d'années, et pour étudier les moyens d'améliorer cet aspect important de notre activité.

*

Dans chacun des pays de la Région, se déroule un projet de formation de personnel infirmier bénéficiant de l'assistance de l'CMS; les Gouvernements Membres et l'Organisation continuent à accorder un rang de priorité élevé à l'enseignement et à la formation du personnel infirmier professionnel et auxiliaire et aux niveaux du diplôme d'état et de l'université. En vue d'enrichir l'expérience pratique des élèves infirmières - au triple point de vue de la quantité, de la qualité et de la nature - on s'attache à renforcer les services de soins infirmiers préventifs et curatifs, et à resserrer l'entente et la coopération mutuelles entre services et établissements d'enseignement. Cette préoccupation s'est manifestée en août 1965, lorsqu'à l'occasion de leur première réunion, les membres du Tableau régional d'experts des soins infirmiers, récemment créé, ont recommandé le thème "Formation pratique des élèves infirmières" pour le séminaire sur les soins infirmiers qui doit se tenir à Téhéran à la fin de l'automne 1966. L'étude de ce thème intéressera administrateurs et éducateurs, et servira de point de départ aux "discussions techniques" de la dix-septième session du Comité régional, qui porteront sur l'"Examen de la formation théorique et pratique donnée au personnel infirmier pour répondre aux besoins de la Région".

*

De nouveaux progrès ont été inscrits à l'actif des programmes d'éradication du paludisme dans les pays de la Region, bien que certains reculs se soient manifestés sous forme de recrudescence de la transmission de la maladie dans des zones jusqu'alors considérées comme en étant exemptes (Libye, République Arabe Syrienne). Cependant, on espère que l'intervention rapide des Gouvernements intéressés pourra, avec l'aide de l'CMS, avoir raison de ces foyers réactivés au cours des deux années à venir.

Ces reculs mis à part, des résultats très encourageants ont été obtenus dans le sud de l'Irak, dans des zones où A. stephensi - seul vecteur présent - opposait depuis quelques années une résistance aux hydrocarbures chlorés. Les études épidémiologiques approfondies effectuées en 1965 ont révélé que malgré la résistance physiologique de A. stephensi au DDT et à la dieldrine, il était possible de continuer les applications de DDT pour interrompre la transmission, à condition de le faire en assurant une couverture raisonnable au moment voulu, et sous surveillance renforcée. Cette étude a également mis en évidence le phénomène suivant: malgré l'application continue de DDT à dose égale en 1963, 1964 et 1965, la résistance à cet insecticide résultant d'une sélection naturelle de la population de A. stephensi n'a pas augmenté. En d'autres termes, il semble qu'en ce qui concerne A. stephensi, une fois que la résistance est établie et que le taux de survie aux attaques du DDT a atteint un certain niveau, le degré de résistance n'augmente plus malgré la continuation des pulvérisations. En revanche, la vigueur de l'effet meurtrier conservé par le DDT semble encore suffisante pour interrompre la transmission, à condition que les pulvérisations, associées à des opérations de surveillance, soient effectuées avec la précision voulue. Cette constatation importante ne manquera pas

de rétablir la confiance accordée au DDT en tant qu'insecticide de choix, et d'inciter à l'adoption d'une méthode opérationnelle appropriée pour aborder les problèmes techniques liés à la résistance physiologique des vecteurs du paludisme.

La tuberculose continue à poser un problème de santé publique majeur dans la Région. Il est cependant réconfortant de noter que dans un certain nombre de pays, la méthode traditionnelle selon laquelle on abordait le problème de la tuberculose est actuellement modifiée, pour devenir plus simple et plus pratique, profitant en cela des derniers acquis de la science.

Les recommandations formulées en 1964 à l'occasion du dernier Comité d'experts de la Tuberculose, ont été progressivement appliquées dans les programmes de lutte de quelques pays de la Région. Ces recommandations ont une grande importance sur le plan pratique, notamment lorsqu'elles concernent la vaccination par le BCG - méthode préventive efficace - dont l'application massive est aisée. Des essais de vaccination par le BCG sans épreuve tuberculinique préalable ont été pratiqués et les résultats ont confirmé que cette méthode peut être appliquée sans danger et même recommandée, surtout pour le groupe d'âge le plus jeune (de 0 à 20 ans). Cette méthode gagne actuellement de plus en plus de terrain et toutes les informations recueillies dans la Région attestent de l'intérêt croissant dont elle fait l'objet, car elle permet de protéger facilement le groupe d'âge le plus vulnérable. Certains pays de la Région ont entrepris des essais de vaccination anti-tuberculeuse (BCG) et antivariolique associées. Cette combinaison présente d'indéniables avantages sur les plans financier et opérationnel.

Pour le diagnostic des cas infectieux, on attache moins d'importance aux équipes mobiles de radiologie, dont l'utilité s'est révélée assez limitée, et l'on a de plus en plus tendance à considerer l'examen microscopique des crachats comme une méthode bien plus sûre et beaucoup plus économique. D'une manière générale, les cas hospitalisés sont moins nombreux et toute l'attention voulue est accordée à la mise sur pied de services efficaces pour le traitement des malades ambulants.

La plupart des pays de la Région mènent actuellement des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans les zones urbaines et rurales, et prévoient leur intégration finale dans les services généraux de santé.

*

Les problèmes de nutrition font l'objet d'une attention croissante dans toute la Région et, au cours de l'année, de nouveaux projets d'assistance sous forme d'avis consultatifs ont été entrepris dans un certain nombre de pays. La variété des avis fournis reflète les aspects multiples que présente le problème de la nutrition, et la nécessité d'établir une coopération et une collaboration étroites entre les ministères de la santé et les autres services intéressés. Ainsi les médecins nutritionnistes chargés de fournir des avis sur la création d'un service de nutrition au sein du Ministère de la Santé ont-ils été inévitablement amenés à entrer en contact avec les Ministères de l'Education, de l'Agriculture, du Commerce et du Développement communautaire, qui tous poursuivent des programmes de nutrition, et dont les activités sont donc intimement liées aux activités sanitaires. Les conseillers ont découvert que, surtout dans les services de laboratoires de nutrition, divers organismes traitent des aspects différents d'un même sujet, ce qui

mène à un chevauchement regrettable des activités poursuivies tant par le Ministère de la Santé que par celui de l'Agriculture, et même par les Services des Contributions indirectes. Ainsi un échantillon de denrée alimentaire est-il analysé dans un laboratoire pour savoir s'il répond aux conditions exigées sur le plan de l'hygiène, dans un autre pour sa qualité commerciale et dans un troisième pour la question de son assujettissement éventuel à des taxes. La coordination de toutes ces activités se traduira inévitablement par une économie de travail, de main-d'œuvre et de matériel. C'est aux ministères de la santé qu'il appartient de jouer ce rôle coordonnateur.

Les services diététiques des hôpitaux retiennent de plus en plus l'attention, et dans l'unique projet mis en œuvre cette année, ce ne sont pas seulement les services des cuisines et de régime de l'hôpital qui ont bénéficié des recommandations du Consultant de l'OMS, mais aussi ceux de la formation professionnelle en ce domaine. La cuisine de l'hôpital devient un laboratoire où les futurs nutritionnistes, infirmières, et médecins peuvent acquérir des connaissances pratiques sur l'importance du traitement dietétique, de l'enseignement nutritionnel et de la gestion des établissements de ce genre. De vastes possibilités s'offrent aux programmes de nutrition de cette nature.

*

Au cours de l'année, l'amélioration des statistiques sanitaires a fait l'objet d'une grande attention. Le Comité régional de 1965 a souligné l'importance du renforcement des services nationaux de statistiques démographiques et sanitaires, et a exhorté les pays de la Région à promouvoir le rassemblement de données fondamentales sûres.

Une réunion de groupe sur les statistiques démographiques et sanitaires, comprenant huit experts venus de divers pays de la Région, s'est tenue au Bureau régional en décembre 1965. Le groupe a étudié et défini les principes à suivre pour garantir l'efficacité du rassemblement, du traitement et de la classification des renseignements **statistiques**, intéressant le personnel sanitaire, les établissements sanitaires et leurs activités, et enfin la morbidité hospitalière.

La tenue des archives hospitalières constitue un problème important pour tous les pays de la Région. Un système d'enregistrement des informations médicales, bien organisé est indispensable pour l'évaluation et la planification hospitalières ainsi que pour les statistiques de morbidité hospitalière. Un projet inter-pays de services consultatifs en matière d'archives médicales a été institué pendant l'année, et grâce à la présence d'un expert à ce titre, les pays bénéficient de l'assistance de l'OMS pour la mise au point de méthodes d'enregistrement appropriées et la formation de personnel à la tenue des archives médicales.

*

Les problèmes posés par les systèmes d'approvisionnement public en eau demeurent d'une importance capitale pour la santé des populations de la Région. La grande pauvreté des ressources en eau est une difficulté qui s'accroît de jour en jour dans plus d'un pays de la Région, et qui se trouve accentuée par l'industrialisation rapide et l'urbanisation qui s'ensuit. Les sources d'eau peu éloignées s'avèrent insuffisantes et ce liquide doit être amené en quantités toujours plus considérables depuis des points de plus en plus lointains. Un nombre croissant de pays de la Région doivent avoir recours à des méthodes aujourd'hui encore très

coûteuses de dessalement des eaux saumâtres ou de l'eau de mer pour augmenter leurs ressources.

Un des plus grands obstacles que plusieurs d'entre eux doivent surmonter pour se procurer l'eau potable, est celui que fait surgir le manque de moyens financiers. Dans de nombreuses localités, les approvisionnements en eau ne couvrent pas leurs frais, et ne pouvant accroître leur débit du fait de l'absence des fonds nécessaires, restent dans l'impossibilité de répondre aux besoins. Tant qu'il l'eau potable ne sera pas considérée comme un article commercial, la couverture totale de la population de la Région restera extrêmement difficile à réaliser.

L'OMS continue à fournir son aide pour l'amélioration de la situation des approvisionnements publics en eau de la Région; toutefois, de nombreuses années passeront encore avant que chacun puisse disposer d'eau pure en abondance. Dans certains pays, des systèmes d'approvisionnement en eau ont été construits, mais leur fonctionnement efficace est encore difficile à obtenir; aussi l'OMS assiste-t-elle actuellement un certain nombre de pays en formant du personnel destiné aux services des eaux.

A propos des systèmes d'approvisionnement public en eau, j'aimerais à nouveau attirer l'attention des Gouvernements sur le fait qu'ils peuvent obtenir, pour les projets de cette nature, une aide financière du Fonds Spécial du Programme des Nations Unies pour le Développement, ainsi que de l'Association internationale de Développement de la Banque mondiale. De son côté, l'OMS est disposée à prêter, sur demande, son concours pour la préparation de plans d'opérations et la formulation des demandes officielles à adresser à ces institutions.

En vue de réduire le coût des médicaments à l'usage des populations, plusieurs gouvernements encouragent la production de préparations pharmaceutiques, ce qui confère une importance capitale au problème du contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques, q^e elles soient produites sur place ou importées.

Le Bureau régional a déjà aidé un certain nombre de pays de la Région à organiser, équiper et faire fonctionner des laboratoires de ce genre. Nous étudions en ce moment la possibilité de créer un laboratoire régional de référence pour le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques, destiné à desservir tous les pays de cette Région.

Entre-temps, il sera possible d'accroître le nombre de bourses accordées pour l'étude des diverses branches de la pharmacie et du contrôle des préparations pharmaceutiques.

*

En examinant le Projet de Programme et de Budget de 1968¹, le Comité notera que le programme régional inscrit au budget ordinaire accuse une saine augmentation. Il est toutefois regrettable que l'on ne puisse en dire autant du programme financé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (ou Programme élargi d'Assistance technique, comme on l'appelait auparavant). Alors que l'ensemble des ressources mises à la disposition des pays par le FNUD, n'accuse - à quelques exceptions près - aucune réduction, on constate à regret que la portion de ces fonds réservée aux activités sanitaires a subi - dans certains pays - une diminution progressive au cours de ces dernières années, et notamment de la période biennale 1967/1968. De toute évidence,

¹ EM/RC16/3

les administrations sanitaires des pays en question éprouvent des difficultés à faire valoir le rapport étroit qui existe entre la santé de la population et le développement socio-économique, lorsqu'il s'agit pour eux de négocier avec leur organe national de coordination de l'assistance technique, la part qui revient au programme sanitaire. On espère toutefois que grâce à une représentation adéquate des autorités sanitaires au sein des organes nationaux de coordination, il leur sera possible d'obtenir une allocation suffisante de fonds du PNUD pour le secteur sanitaire.

A ce propos, j'aimerais exprimer ma gratitude aux Représentants résidents du FNUD pour l'assistance effective qu'ils nous ont prêtée au cours de l'année 1965, pour l'introduction d'amendements et de prolongations intéressant le programme CMS/FNUD. L'octroi de pouvoirs supplémentaires à ces Représentants pour entériner les modifications apportées au programme déjà approuvé de la Catégorie I - lorsque les fonds nécessaires sont assurés - s'est révélé fructueux et l'on y a eu recours en plusieurs circonstances. Les visites que plusieurs Représentants ont faites au Bureau régional pour discuter des programmes et procéder à des échanges de vues ont été des plus utiles. Il en a été de même pour les visites des Représentants d'autres institutions spécialisées des Nations Unies, et notamment du FISE et de la FAC, avec lesquels nous entretenons une collaboration étroite et fructueuse.

*

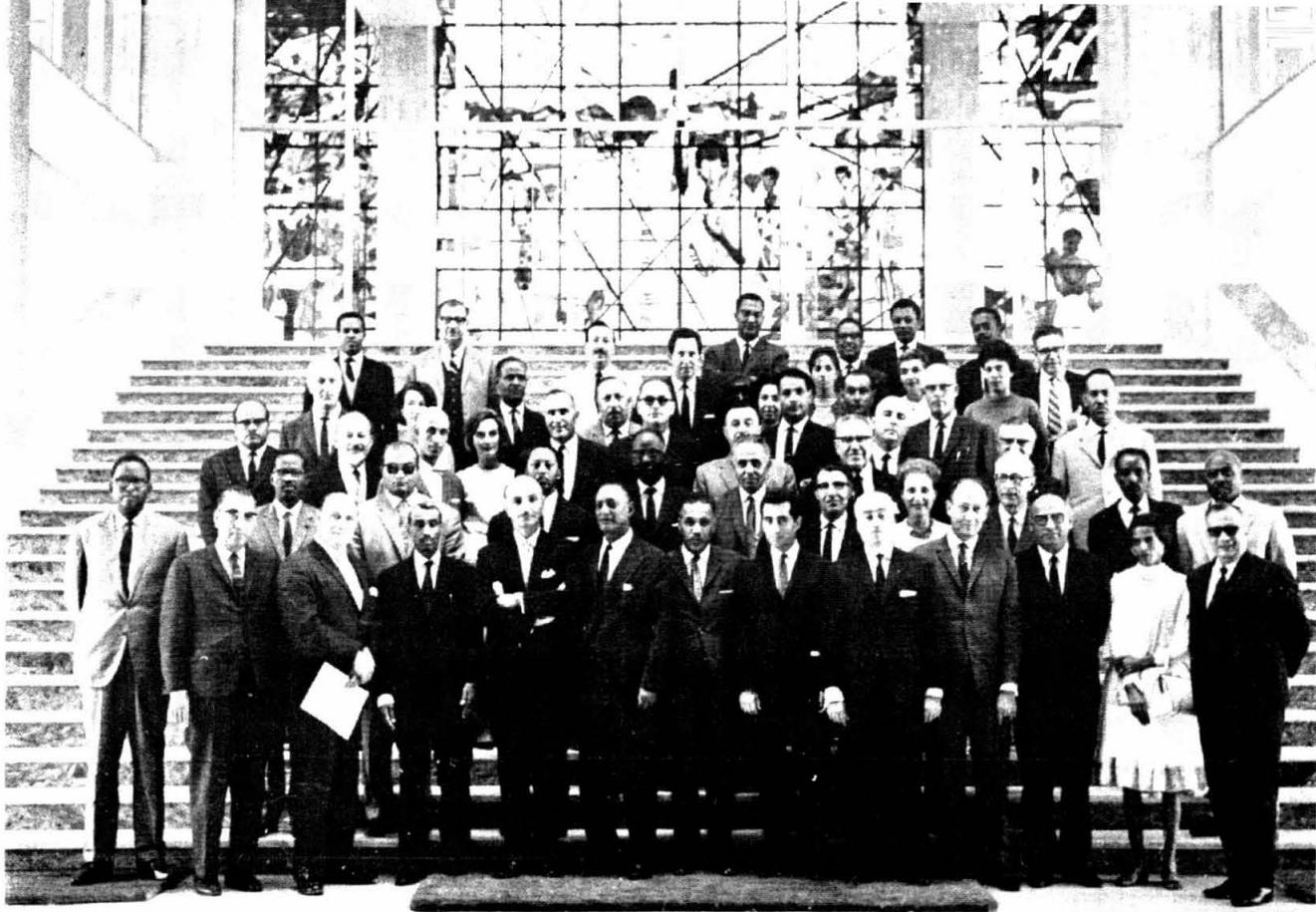
En mai dernier, la Dix-neuvième Assemblée mondiale de la Santé a entériné la résolution du Comité régional de la Méditerranée orientale visant à la création de la Fondation Dr A. T. Shousha. L'appui unanime donné à cette proposition atteste du respect et de l'estime que

le monde médical nourrit pour mon défunt prédecesseur. Deux pays de la Région ont déjà apporté une contribution généreuse, et j'espère que de nombreux autres pays - surtout de notre Région - participeront aussi à cette fondation qui commémore le nom et l'œuvre remarquables du premier Directeur régional de la Méditerranée orientale.

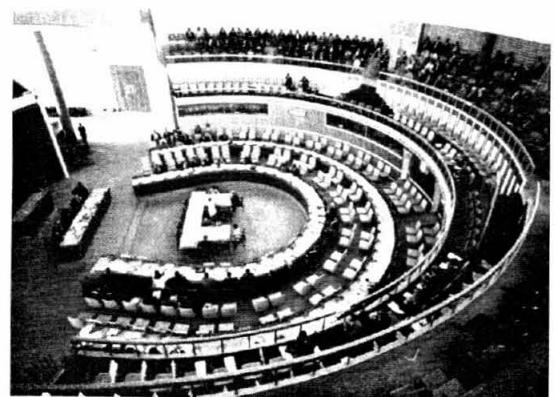
*

Avant d'étudier plus en détail l'œuvre accomplie cette année dans la Région de la Méditerranée orientale, je voudrais adresser aux Etats Membres mes remerciements sincères et profonds pour l'appui constant qu'ils ont apporté à l'Organisation, et pour la confiance qu'ils m'ont témoignée personnellement, dans les efforts déployés pour aider à la promotion de la santé dans la Région.

Les Gouvernements de la Region ont généralement témoigné d'un vif intérêt pour les questions sanitaires et c'est là une preuve des efforts qu'ils poursuivent pour mener leurs peuples sur la voie de la prospérité et du bonheur.



Un groupe de Représentants à la session 1965 du Sous-Comité A du Comité régional de l'OMS, à Addis Abéba.



Séance inaugurale à l'Africa Hall.

S.E. Ato Abbebe Retta, Ministre de la Santé (Ethiopie), a présidé la Session qui s'est tenue du 20 au 23 Septembre 1965, à l'Africa Hall. Le Dr. Mohamed Abdel Wahab Shoukri, Sous Secrétaire d'Etat à la Santé (RAU), et le Dr. A. H. Samii, Sous-Secrétaire d'Etat à la Santé (Iran), ont été élus Vice-Présidents.



Sa Majesté Impériale Hailé Sélassié a reçu les participants en audience.



Des représentantes des services infirmiers de l'Iran, du Liban, du Pakistan, du Soudan et de la République Arabe Unie, ont participé à la première réunion du Tableau régional d'Infirmières, qui s'est tenue du 9 au 13 août 1965 et a passé en revue les moyens de promouvoir l'enseignement et la pratique des soins infirmiers dans cette Région.



Des experts de l'éducation sanitaire scolaire originaires de quinze pays de la Région, se sont réunis à Koweit du 14 au 21 Mars 1966 pour discuter des moyens susceptibles de promouvoir l'enseignement de l'hygiène scolaire dans leurs pays respectifs. Le Colloque a été ouvert par S. E. El Sayed Abdel Aziz El-Feleig, Ministre de la Santé (Koweit).





Au cours d'un symposium convoqué à Alexandrie du 22 au 26 février 1966, d'éminentes personnalités universitaires de l'Iran, de l'Irak, du Liban, du Pakistan, du Soudan et de la RAU, ont déterminé les titres prioritaires et les besoins de leurs programmes de recherche.



Les multiples aspects de la prévention des accidents de la circulation ont été étudiés au cours d'un séminaire interrégional qui s'est tenu à Alexandrie du 25 au 31 octobre 1965, avec la participation de 23 pays.



Les moyens de prévenir une épidémie de choléra à l'aide des plus récentes méthodes ont été étudiés au Séminaire interrégional sur la lutte contre le choléra dans le bassin de la Méditerranée. D'éminents administrateurs de la santé publique et des experts du choléra venus de 25 pays d'Afrique, d'Asie et d'Europe, y ont pris part.

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

I COMITE REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

QUINZIEME SESSION

1. Le Sous-Comité A du Comité régional s'est réuni à Addis-Abéba (Ethiopie) du 20 au 23 septembre 1965 et le Sous-Comité B au Siège de l'OMS à Genève, les 2 et 3 septembre 1965.

2. Les principaux points soulevés lors de la discussion du Rapport annuel du Directeur régional ont été les suivants: enseignement et formation professionnelle, englobant la formation des infirmières et autres personnels paramédicaux; création de nouvelles facultés de médecine et formation de professeurs de sciences de base; planification sanitaire nationale et nécessité de renforcer les services nationaux de statistiques démographiques et sanitaires; lutte contre les maladies transmissibles, notamment le paludisme, la tuberculose, la variole, la bilharziose, le trachome et le choléra; maladies chroniques dégénératives, notamment les affections cancéreuses; problèmes de la nutrition et rôle de l'éducation sanitaire et de l'hygiène scolaire à cet égard; médecine du travail, notamment dans les pays d'industrialisation récente; hygiène du milieu, approvisionnement public en eau, et leur importance sur le plan sanitaire.

3. Le Projet de Programme et de Budget pour 1967, d'un total de US \$ 4 614 000 au titre du budget ordinaire, a été examiné et approuvé tel qu'il a été présenté avant d'être transmis au Directeur général. On a observé que les activités inter-pays recevaient progressivement une plus large audience, ce qui a permis d'aborder divers projets en commun, avec la participation de tous les pays ou de quelques-uns d'entre eux, selon les problèmes en cause.

4. Les statuts présentés pour la création d'une "Fondation Docteur A.T. Shousha" ont été approuvés avec quelques modifications. Il a été recommandé qu'une médaille de bronze et un prix de 1 000 Fr. Suisse soient

décernés chaque année à la personne - quelle que soit sa nationalité ou son lieu de résidence - qui aura apporté la contribution la plus marquante à la solution d'un problème sanitaire dans l'une des zones d'activité du Docteur Shousha.

5. Les questions techniques à l'ordre du jour étaient les suivantes: aspects épidémiologiques de l'éradication du paludisme dans la Région de la Méditerranée orientale; données statistiques requises pour une planification sanitaire nationale; problèmes posés par la lutte contre le choléra, et plus particulièrement le choléra du type El Tor, dans la Région de la Méditerranée orientale.

6. "La Santé scolaire", tel était le sujet des discussions techniques. Précédemment, le Sous-Comité A avait déjà choisi les "Aspects sanitaires de l'industrialisation plus particulièrement en ce qui concerne la pollution atmosphérique" comme thème des discussions techniques de 1966, et le Sous-Comité B s'est rallié à ce choix lors de sa Quinzième Session. Pour 1967, le Sous-Comité A a décidé d'aborder le sujet suivant: "Examen de la Formation théorique et pratique donnée au personnel infirmier dans le cadre des besoins de la Région".

II SERVICES CONSULTATIFS ET TECHNIQUES

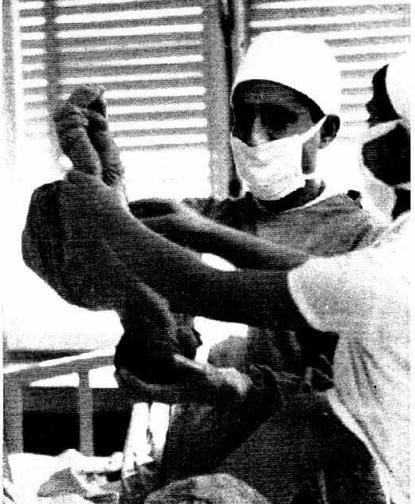
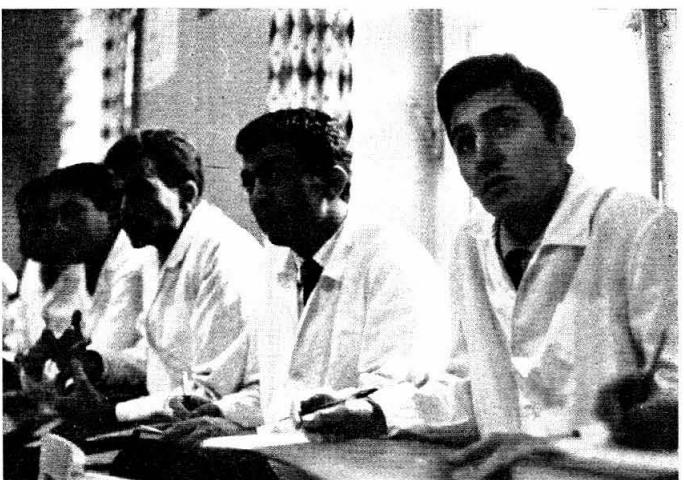
1. ENSEIGNEMENT ET FORMATION PROFESSIONNELLE

ENSEIGNEMENT MEDICAL

7. L'assistance fournie à l'enseignement médical a continué à constituer un élément essentiel du programme d'enseignement et de formation professionnelle de la Région. Ces dernières années, les pays ont fait preuve d'un intérêt croissant pour le développement des établissements d'enseignement médical déjà en service, ou la création de nouvelles écoles de médecine, et dans les deux cas, l'assistance de l'OMS s'est manifestée sous l'une ou l'autre des formes décrites ci-après:

8. Envoi de consultants à court terme - avec mission de fournir des conseils d'experts sur les différentes étapes du développement des écoles de médecine et notamment au stade de la planification. La visite d'un consultant de l'OMS à la nouvelle Ecole de Médecine d'Ethiopie a été cette année un exemple typique de cette forme d'assistance. Cette visite a permis d'explorer une nouvelle possibilité de l'enseignement médical: promouvoir les officiers de santé diplômés du Collège de Santé publique et Centre de Formation professionnelle de Gondar, en organisant à leur intention un cours spécial de médecine à la nouvelle Faculté d'Addis-Abéba. A la suite d'une recommandation favorable formulée par le consultant de l'OMS, un cours de ce genre a été ouvert pour un premier groupe de douze officiers de santé. "L'expérience" est suivie de près dans le but de la renouveler si elle réussit et de l'appliquer à d'autres régions le cas échéant.

9. Détachement de personnel enseignant - pour participer à la création de départements de leur ressort, organiser l'enseignement et la recherche tout en assurant l'orientation et la formation d'homologues nationaux. A la fin de 1965, quatre professeurs de l'OMS étaient en poste dans deux facultés de



Un étudiant de dernière année de la Faculté de médecine de Téhéran procède à un accouchement au service des urgences de l'hôpital Farah.

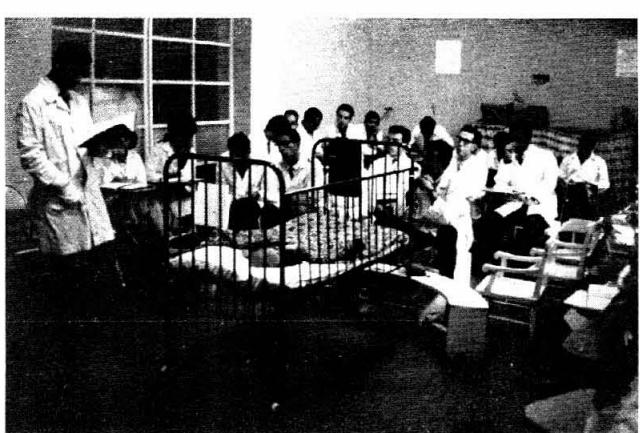


ENSEIGNEMENT MEDICAL (IRAN)

Cours pratique d'anatomie à la Faculté de Médecine.



Séance de dissection au laboratoire d'anatomie.



Cours de pédiatrie à l'Hôpital Pahlavi.

ENSEIGNEMENT MEDICAL (SOUUDAN)

Les étudiants de la Faculté de Médecine de Khartoum reçoivent une solide formation pratique avant d'exercer.



L'une des multiples phases de l'examen ophtalmologique.



Un groupe d'étudiants de cinquième année au chevet d'un mal

ENSEIGNEMENT MEDICAL (RAU)



Tous les quinze jours, des étudiants avancés de la Faculté de Médecine du Caire sont dépêchés dans les villages environnans où ils examinent les familles et leurs prodiguent soins médicaux et conseils.

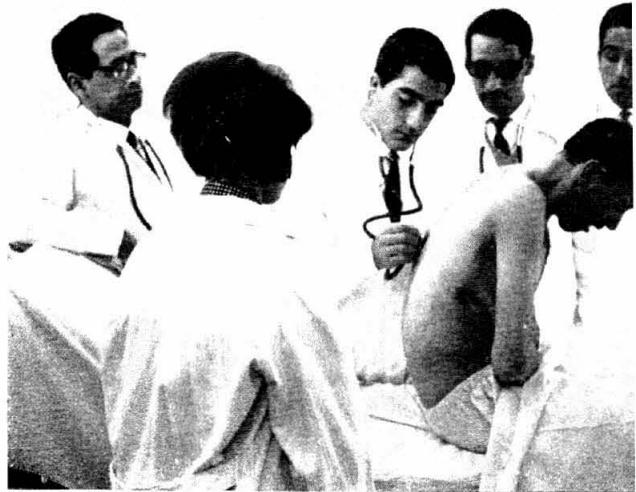


Certains vont davantage gagner les villages où le fonctionnement du c

ENSEIGNEMENT MEDICAL (IRAK)



A l'hôpital ophtalmologique de Khartoum, ce futur médecin examine soigneusement sa malade avant d'établir un diagnostic.



Des étudiants de médecine examinent un cas de tuberculose à la clinique universitaire de Bagdad.



Ils prescrivent des médicaments et dispensent une éducation sanitaire aux populations.
Ils prescrivent des médicaments et dispensent une éducation sanitaire aux populations.



Au cours d'une tournée dans les centres d'HMI, des étudiants de quatrième année assistent au cours de nutrition donné aux mères de famille.

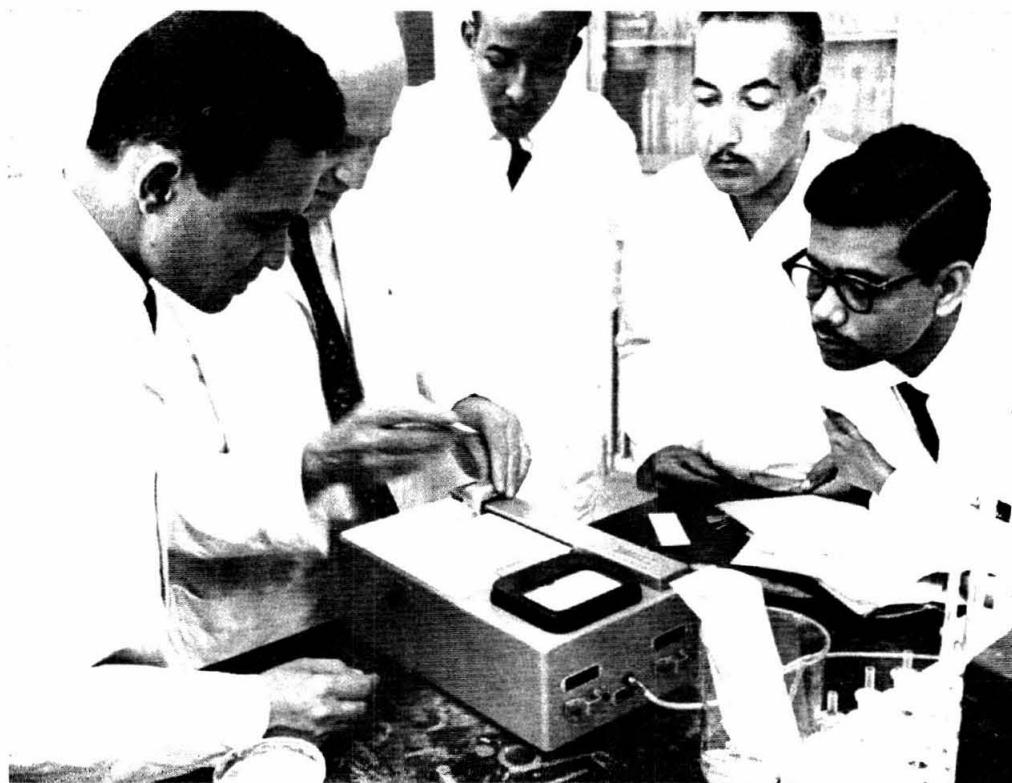


LABORATOIRES DE SANTE PUBLIQUE (LIBAN)

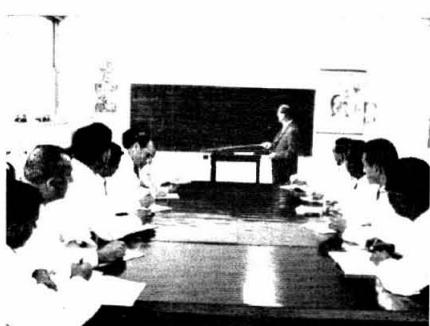
Addition d'un antigène lors d'un test VDRL.



Détermination du groupe sanguin pour transfusion d'urgence.



Démonstration d'électrophorèse.



Cours théorique au Laboratoire Central de Santé publique de Beyrouth.

médecine de la Région (en Ethiopie et en Tunisie) et assuraient surtout l'enseignement des sciences médicales de base et de la médecine préventive et sociale. Ces effectifs doivent être doublés en 1966.

10. Attribution de bourses d'études au personnel national - ces bourses sont destinées à favoriser la formation de personnel enseignant pour les diverses facultés de médecine. En 1965, vingt bourses ont été attribuées à la formation de personnel enseignant pour les facultés de médecine de huit pays. La plupart de ces bourses portent sur un an d'études supérieures à l'étranger. La part du budget consacrée à cette activité sera probablement augmentée dans une proportion importante au cours des années à venir, car la formation du personnel national est absolument nécessaire à la réussite des projets. A ce sujet, il conviendrait peut-être de noter qu'au 31 décembre 1965, cinquante-huit étudiants de Chypre, d'Ethiopie, de Jordanie, de Libye, d'Arabie Saoudite, de Somalie et du Yémen étaient en cours d'études de médecine au titre de bourses de l'OMS.

11. Fourniture de matériel et d'équipement - recouvrant des livres, revues, matériels d'enseignement et de laboratoire. Les difficultés d'obtention de matériel et de fournitures d'enseignement se sont accrues ces dernières années surtout pour les pays aux prises avec de graves problèmes monétaires. En vue d'améliorer la situation les prévisions budgétaires annuelles à cet effet ont fait l'objet d'une augmentation sensible pour les années à venir, au titre d'un projet inter-pays. On envisage également que quelques pays bénéficieront du fonds de roulement de l'OMS, dont la création a été approuvée par la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

12. Visites du personnel technique du Bureau régional sur le terrain - en cours d'année, la section enseignement et formation professionnelle du Bureau régional a été étoffée par l'affectation d'un conseiller pour l'enseignement médical qui s'est rendu dans les facultés de médecine d'un certain nombre de pays - dont l'Ethiopie, l'Iran, l'Irak, le Liban, le Pakistan, la Tunisie

et la République Arabe Unie - afin de procéder à des échanges de vues et de fournir des avis sur les problèmes courants qui se posent dans ce domaine. Les visites de cette nature seront certainement plus fréquentes à l'avenir et revêtiront une plus grande importance.

13. Préparation de personnel qualifié pour les bibliothèques médicales - Le deuxième cours de bibliothéconomie médicale organisé sous les auspices de l'OMS s'est tenu à Beyrouth au cours de l'été 1965. Onze boursiers de l'OMS venus de cinq pays y ont participé. Un troisième cours sera organisé en 1966 au titre d'un projet inter-pays.

PERSPECTIVES D'AVENIR

14. Réunion d'un groupe spécial sur l'enseignement médical - Le Tableau régional d'Experts de l'Enseignement médical s'est réuni pour la première fois en décembre 1964. Une deuxième réunion est prévue pour 1967.

15. Centre d'Information sur les Facultés de Médecine (EMRO) - Des contacts ont été pris au cours de l'année écoulée avec tous les collèges de médecine de la Région dans le but d'obtenir sur les facultés des renseignements détaillés à diffuser ensuite dans toute la Région. Les informations obtenues sont actuellement traitées au Bureau régional.

16. Assistance croissante à l'enseignement médical - L'assistance à la planification et à la mise sur pied de nouvelles écoles de médecine dans la Région prendra une importance et une envergure croissantes. Plusieurs pays, dont le Koweit et l'Arabie Saoudite, ont demandé cette année assistance pour la planification de nouvelles écoles de médecine. Ce fait n'est pas nouveau, mais il survient de plus en plus fréquemment.

17. "Jumelage" d'écoles de médecine - La possibilité de "jumeler" une nouvelle école de médecine avec une plus ancienne intervient surtout dans les cas où le recrutement du personnel enseignant pour une nouvelle école

s'avèrera difficile. L'OMS doit jouer un rôle précis pour faciliter l'établissement de liens de ce genre.

18. Echanges de professeurs d'une faculté de médecine à l'autre - Avec l'aide de l'OMS, cette tendance devrait se concrétiser au cours des années à venir, afin de donner aux professeurs de diverses facultés de médecine la possibilité d'avoir des échanges mutuels sur leurs expériences de l'enseignement et de la recherche.

ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE DENTAIRE

19. Comme je l'ai déjà mentionné dans mon rapport précédent, on s'occupe actuellement de la planification de l'assistance à l'enseignement de la médecine dentaire. Dans la Région, le personnel dentaire qualifié est relativement rare, et d'après un rapport préparé par un consultant de l'OMS qui s'est rendu cette année dans divers pays de la Région, le rapport dentiste/population est extrêmement faible (1/375 000). La situation est grave et appelle des mesures d'urgence pour y remédier, en particulier la formation de personnels de niveaux professionnel et auxiliaire. Des plans sont actuellement établis pour fournir l'assistance nécessaire à la mise sur pied d'un projet inter-pays de formation d'assistants dentaires. En même temps, l'aide à l'enseignement dentaire postuniversitaire bénéficiera de toute l'attention requise, avec un accent spécial sur la prévention des affections dentaires.

ENSEIGNEMENT POSTUNIVERSITAIRE

20. Plusieurs pays ont récemment concentré leur attention sur l'enseignement postuniversitaire de la santé publique, de la médecine et autres disciplines connexes, avec l'assistance de l'OMS. L'Institut iranien de Recherches de la Santé publique représente un nouveau pas en avant dans le développement de l'enseignement postuniversitaire et de la recherche en santé publique, et porte à cinq le nombre d'écoles de santé publique de la Région. Une assistance soutenue a été fournie à l'Institut supérieur de Santé publique

d'Alexandrie (RAU) et à l'Institut d'Hygiène de Lahore (Pakistan) sous forme de consultants, de bourses d'études, et de matériel et fournitures d'enseignement. Les plans établis pour l'avenir prévoient l'assistance à la création de nouveaux établissements de formation postuniversitaire dans plusieurs pays, dont le Pakistan.

21. Les projets inter-pays pour la formation professionnelle de personnel dans des domaines scientifiques particuliers, ont bénéficié d'une haute priorité, ainsi qu'en témoigne le cours postuniversitaire sur la cyto-pathologie organisé à Téhéran avec le concours de l'Institut du Cancer de cette ville. De même, des bourses sont prévues pour la formation d'ingénieurs sanitaires au titre d'une allocation spéciale inter-pays. En 1965, quatre bourses d'études ont été attribuées à cette fin.

PROGRAMME DE BOURSES D'ETUDES

22. Le programme de bourses d'études a constitué un trait remarquable de l'assistance fournie par l'OMS aux pays en matière d'enseignement et de formation professionnelle. En 1965, 274 bourses ont été attribuées, représentant au total une dépense de \$ 747 190 pour l'Organisation (voir Fig. I).

23. La répartition des bourses selon les domaines d'études était analogue à celle des années précédentes. Toutefois, on note qu'un nombre relativement important de bourses ont été attribuées pour l'étude des soins infirmiers, des soins obstétricaux, de la santé mentale, de la réhabilitation et des services de laboratoire (voir Fig. II). Plus de la moitié des boursiers, soit 53%, ont fait des études dans la Région de l'Europe, 25% dans la Région de la Méditerranée orientale, et 22% dans d'autres régions (voir Fig. IV).

24. Sur les 162 étudiants en médecine qui depuis 1950 ont effectué des études grâce aux bourses de l'OMS, cinquante ont maintenant terminé et soixante-huit sont toujours en cours d'études dans les universités; quarante-trois de ces bourses d'études ont été annulées pendant ces années. L'évolution

FIGURE I

NOMBRE DE BOURSES D'ÉTUDES ATTRIBUÉES PAR L'OMS (EMRO)
 1949 — 1965
 (PROLONGATIONS NON COMPRISÉS)

PAYS	1949-1953 MOYENNE	1954-1958 MOYENNE	1959-1963 MOYENNE	1963	1964	1965	TOTAL 1949-1965
ADEN	-	-	1	2	1	2	8
CHYPRE	1	-	10	9	10	7	75
ÉTHIOPIE	8	5	7	6	9	10	118
IRAN	17	26	26	29	29	38	416
IRAK	8	10	17	11	24	19	220
ISRAËL	8	8	11	9	7	7	146
JORDANIE	2	5	16	16	15	19	149
KOWEIT *	-	-	1	1	5	2	14
LIBAN	7	12	13	10	7	11	177
LIBYE	2	6	7	3	6	10	93
PAKISTAN	10	8	28	29	42	29	304
KATAR **	-	-	-	-	2	-	2
ARABIE SAOUDITE	2	3	12	4	3	4	96
SOMALIE	-	4	17	19	16	11	132
SOUDAN	3	12	25	21	19	27	243
R.A.SYRIENNE	7	12	13	15	15	18	196
TUNISIE ***	-	8	18	19	8	16	153
R.A.U	13	25	22	13	51	26	380
YEMEN	-	4	15	20	6	18	115
TOTAL	90 □	148 □	259 □	236	275	274	3037

* A L'OMS DEPUIS 1960

□ LES CHIFFRES ÉTANT ARRONDIS À L'UNITÉ, LE TOTAL PEUT

** A L'OMS DEPUIS 1964

NE PAS CORRESPONDRE À LA SOMME DE LA COLONNE

*** RATTACHÉE AU BUREAU RÉGIONAL

DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE EN 1956

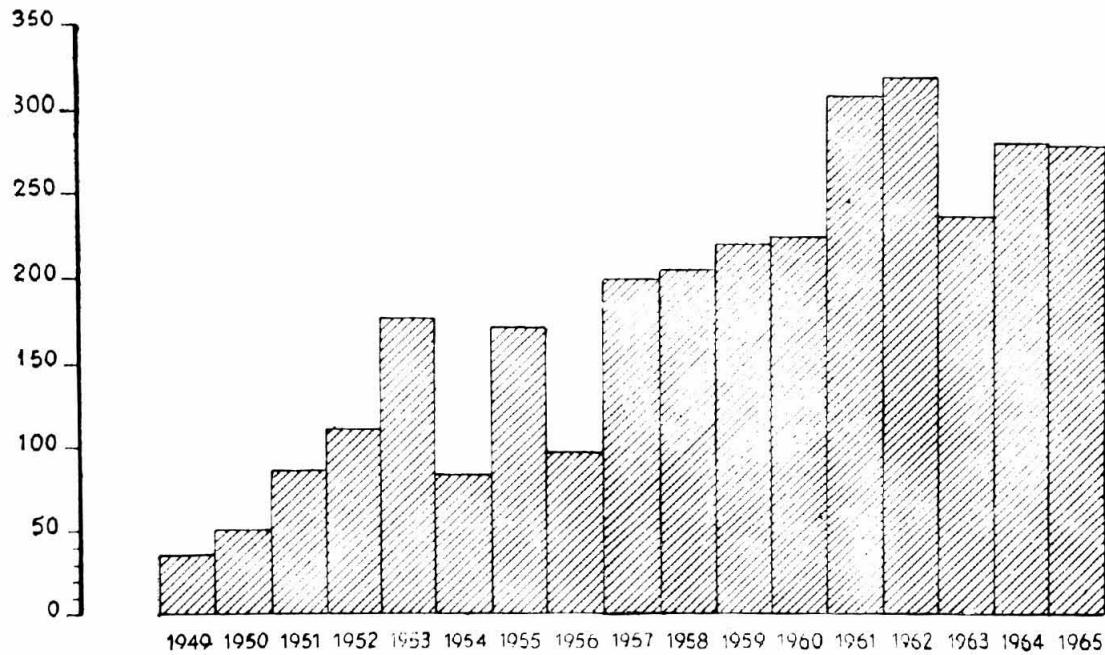
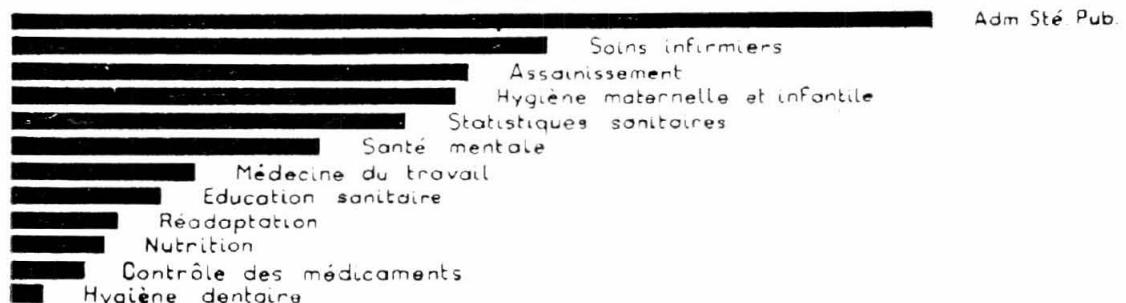


FIGURE II

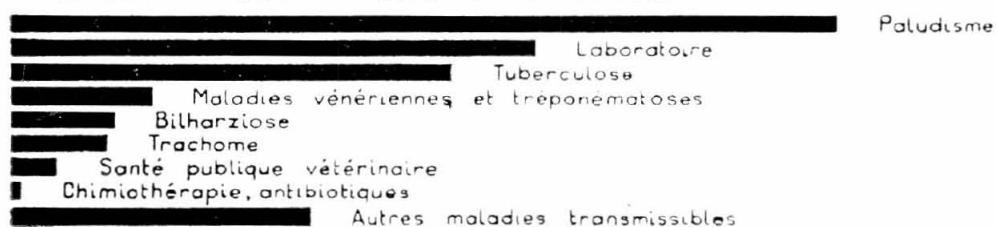
NOMBRE DE BOURSES D'ÉTUDES ATTRIBUÉES DE 1949 A 1965 (PAR DOMAINES D'ÉTUDES)



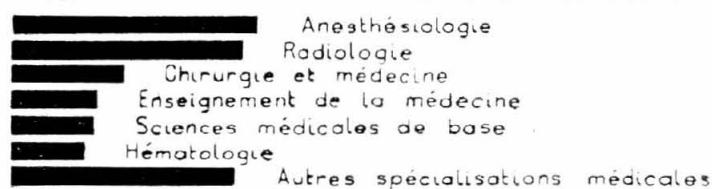
I ORGANISATION ET SERVICES SANITAIRES



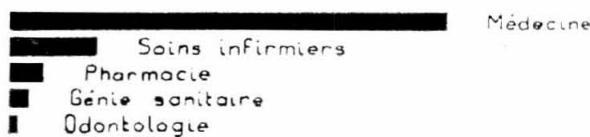
II SERVICES DES MALADIES TRANSMISSIBLES



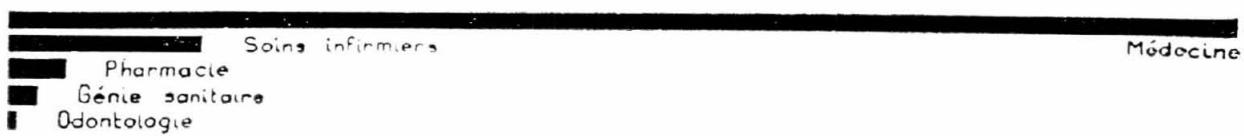
III ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE-SCIENCES CLINIQUES ET MÉDICALES DE BASE



IV ÉTUDES UNIVERSITAIRES DE BASE (prolongations non comprises)



V PROLONGATION DES ÉTUDES UNIVERSITAIRES DE BASE



BOURSES - PAR TYPE D'ÉTUDES -
1949 — 1965

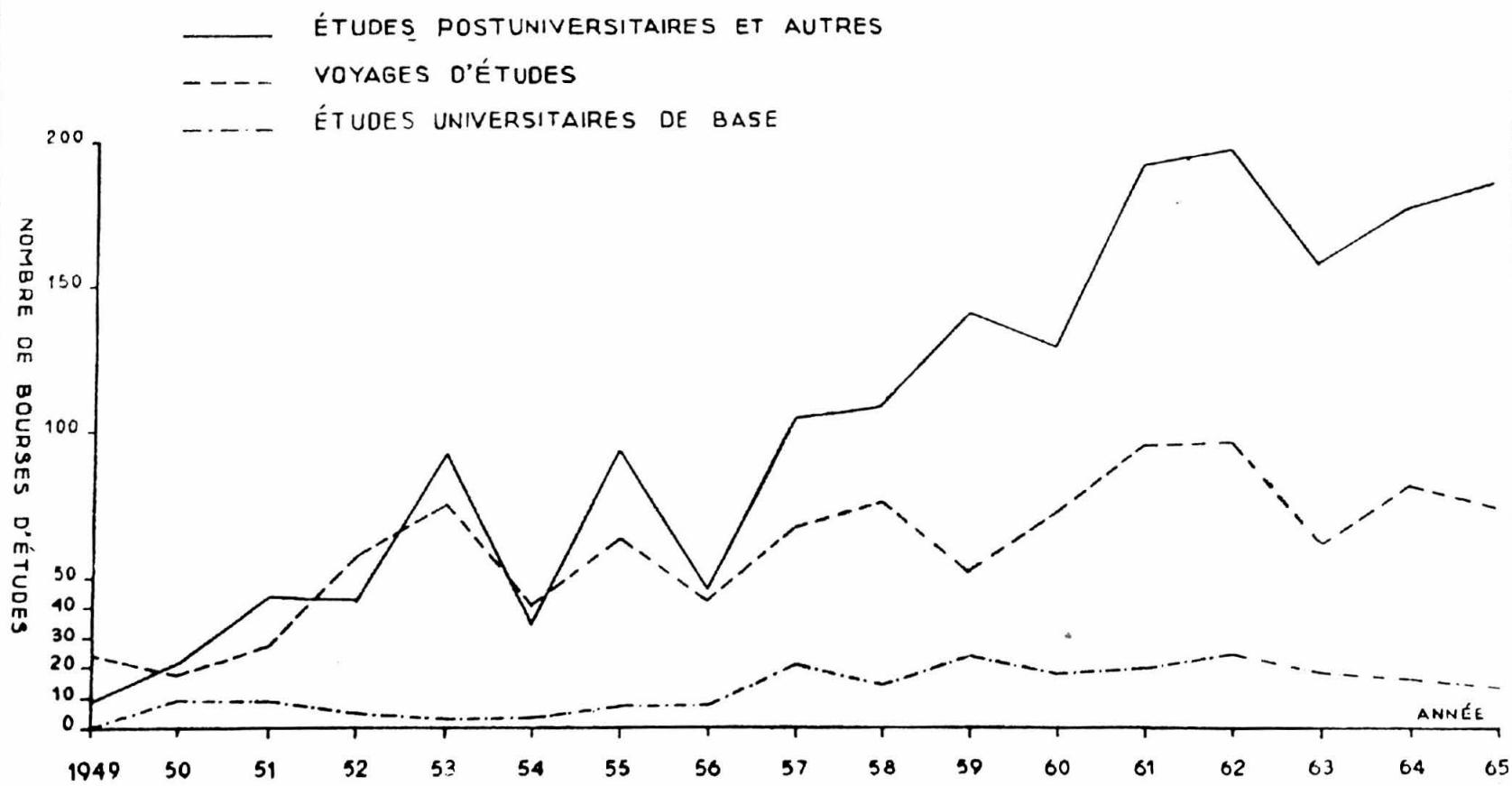


FIGURE III

POURCENTAGE DE BOURSIERS DE L'OMS (EMRO)
RAR RÉGION D'ÉTUDES
1949 — 1965

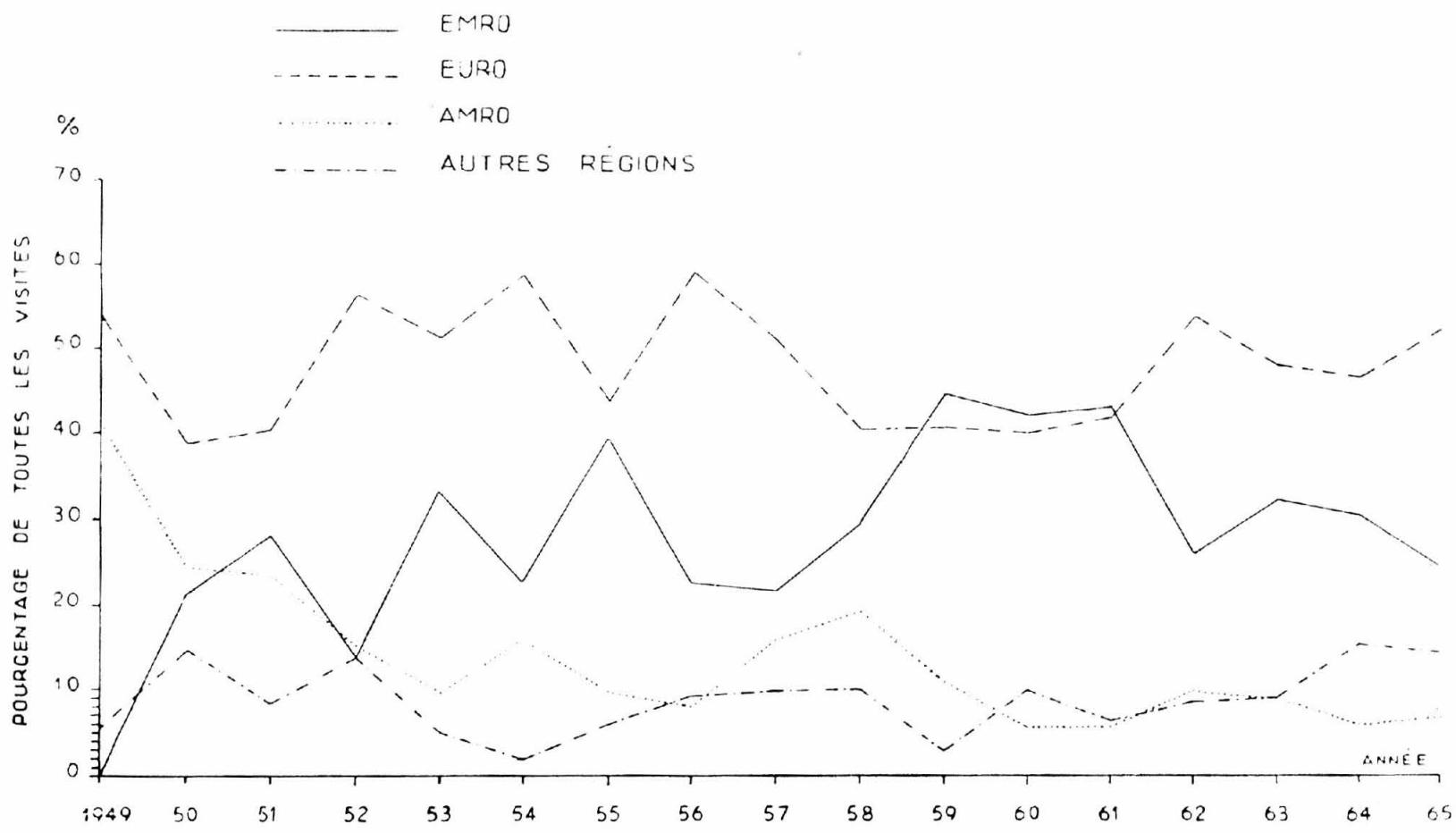


FIGURE IV

BOURSES ATTRIBUÉES POUR DES ÉTUDES UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE
 ÉTAT DES BOURSISERS SELON LA PREMIÈRE ANNÉE D'ATTRIBUTION
 ET LE RÉSULTAT DES ÉTUDES 1950 — 1965

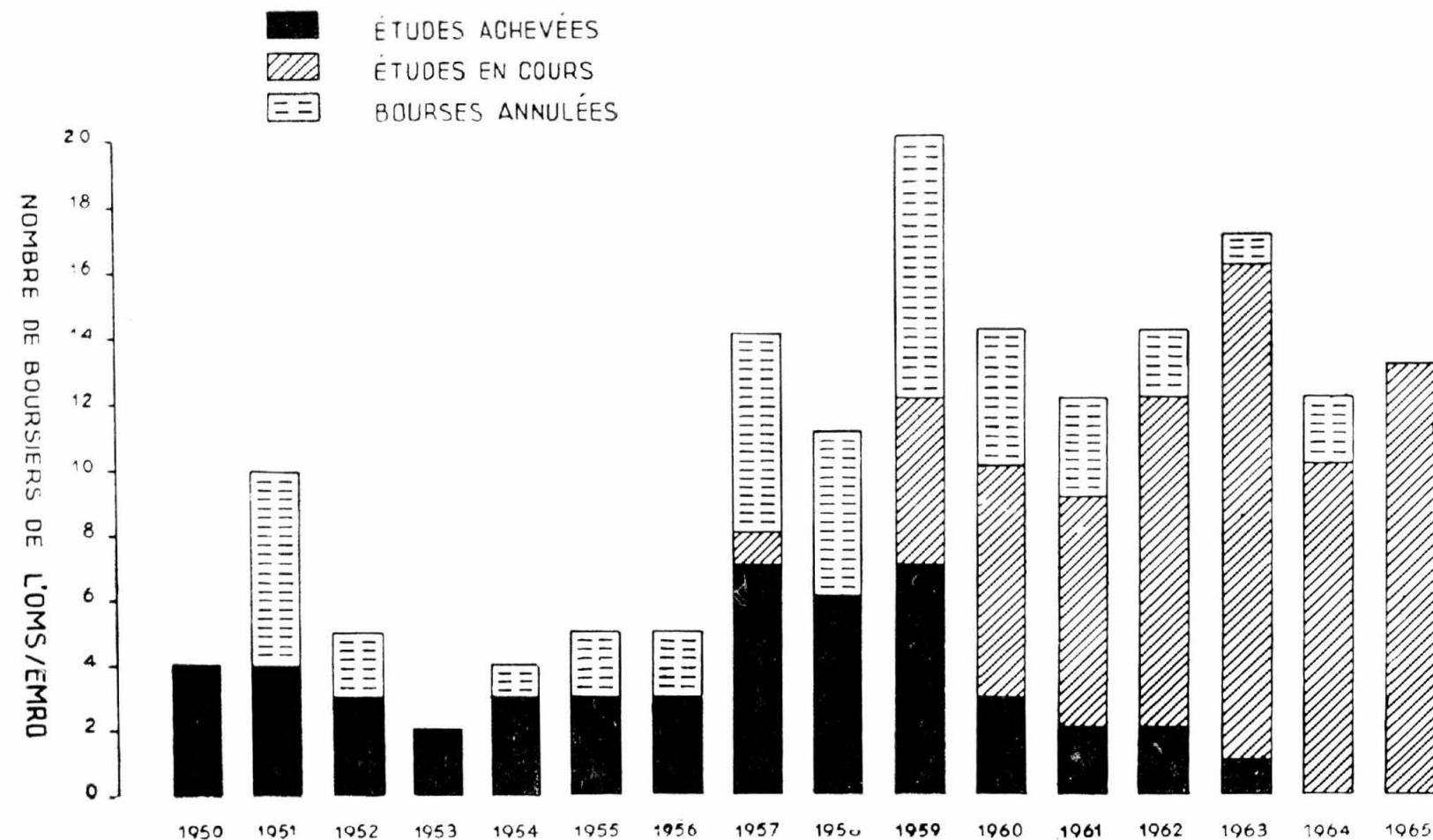
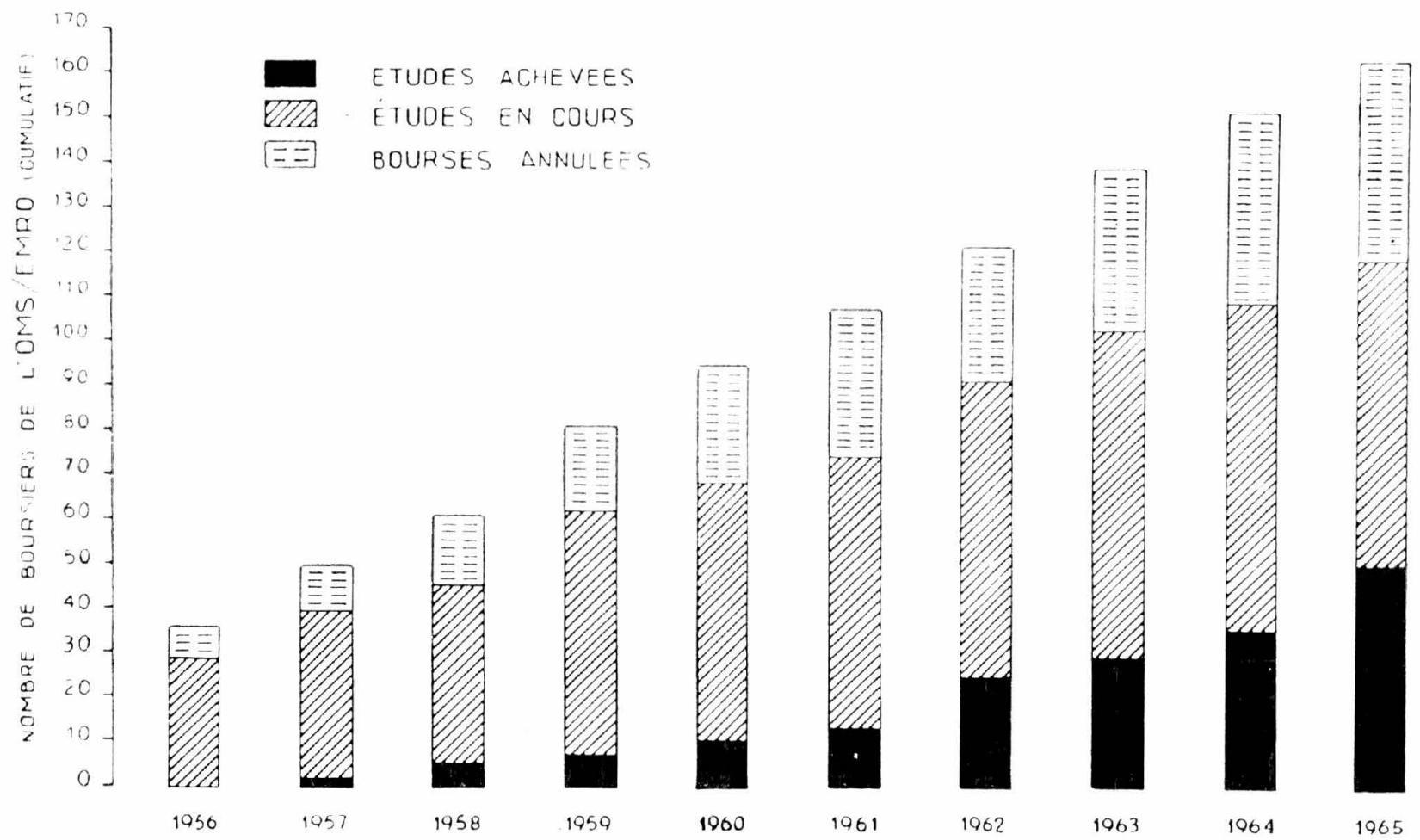


FIGURE V

BOURSES ATTRIBUÉES POUR DES ETUDES UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE
ÉTAT DES BOURSISERS A LA FIN DE CHAQUE ANNÉE
1956 — 1965



numérique de ces bourses et les résultats obtenus à ce titre pour les études universitaires de médecine apparaissent sous forme de graphiques aux Figures V et VI.

25. Les gouvernements prêtent toujours davantage d'attention à la préparation du programme en établissant des priorités, ainsi qu'à la sélection des candidats et à leur utilisation au retour dans leur pays d'origine. Les possibilités de recrutement de candidats susceptibles de faire des études à l'étranger varient considérablement d'un pays à l'autre. Parfois les gouvernements présentent un choix important de candidats et de remplaçants éventuels pour l'étude de domaines hautement spécialisés, tels que la chirurgie cardiaque.. Parfois aussi, la recherche de candidats du cycle secondaire désireux de faire des études de médecine dentaire reste vaine pendant de long mois. Enfin, d'autres pays se trouvent à l'autre extrême et ne peuvent détacher de personnel pour étudier à l'étranger, du fait des effectifs limités dont ils disposent.

26. Le nombre des bourses attribuées peut difficilement donner une idée de leurs répercussions sur le développement des services sanitaires des divers pays. A défaut d'autre chose, les 274 bourses accordées en 1965 caractérisent à tout le moins le nombre de personnes venues dans diverses régions et localités du monde entier dans le but d'assimiler de nouvelles connaissances et d'acquérir de nouvelles expériences dans une large gamme de domaines. Au terme de leur formation, les boursiers rentrent chez eux et mettent leurs services à la disposition de leur pays.

27. Bien souvent, le retour d'un boursier donne lieu à des activités entièrement nouvelles comportant, par exemple, la mise sur pied d'un projet de formation professionnelle dans son pays, ou celle d'une nouvelle section de l'administration sanitaire centrale. On peut illustrer l'effet dynamique produit par le retour des boursiers en citant le cas de trois médecins yéménites fraîchement diplômés et revenus de République Arabe Unie où ils ont fait

leurs études sous les auspices de l'OMS. Ces trois candidats ont constitué dans leur pays un noyau médical et détiennent maintenant des postes de responsabilité dans de grands hôpitaux. L'un d'entre eux a récemment été promu médecin-chef d'un hôpital de 800 lits à Taiz. C'est là un exemple de la façon dont les buts du programme de bourses se traduisent par des réalisations pratiques.

28. Le programme de bourses d'études continuera à jouer un rôle notable dans la progression des services nationaux de santé. Il est la preuve d'une action et d'un effort entrepris en commun par le gouvernement d'une part et l'Organisation mondiale de la Santé de l'autre. La sélection des candidats, le placement des boursiers et leur utilisation au retour dans leur pays constituent un système d'une importance vitale pour la réussite du programme.

29. La voie sur laquelle le programme doit progresser n'est pas exempte de difficultés, mais il est certain que grâce à la coopération soutenue des gouvernements, les gains acquis à ce jour seront non seulement conservés mais dépassés dans l'avenir. L'expérience acquise au long des années vient étayer cette perspective optimiste.

ÉRADICATION DU PALUDISME (PAKISTAN)

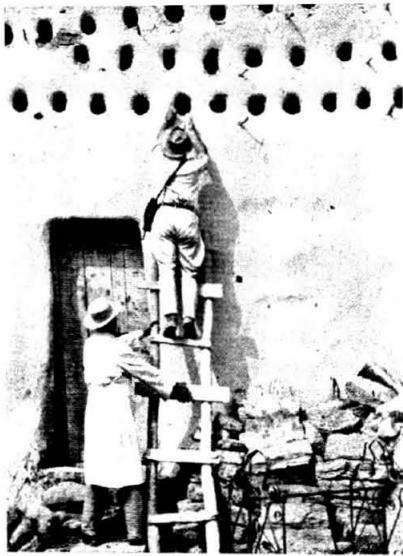
L'une des principales techniques enseignées au Centre: le tracé des cartes opérationnelles.



Les brigades d'aspersion dépêchées sur le théâtre des opérations reçoivent au préalable une formation intensive.

Les techniciens de laboratoire dont la pénurie se fait particulièrement ressentir au Pakistan, acquièrent une expérience pratique sous la conduite de médecins de l'OMS et de leurs homologues pakistanais.





LIBAN : des pièges coniques sont placés sur les puits pour y prélever les moustiques.



SYRIE: des collecteurs de moustiques recueillent dans un pigeonnier des spécimens suspects.



ÉRADICATION DU PALUDISME



ETHIOPIE: examens de la rate et prises de sang permettent de déceler les cas de paludisme parmi ces jeunes écoliers de Nazareth.

SOMALIE: pulvérisations systématiques d'insecticide, étape décisive vers l'éradication.

2. ERADICATION DU PALUDISME

ETAT D'AVANCEMENT DE L'ERADICATION DU PALUDISME

30. Parmi les vingt-cinq pays et territoires de la Région, le Koweit est le seul naturellement exempt de paludisme. Sur les quatre pays où l'éradication a été déclarée achevée, Chypre et la Côte française des Somalis sont restés exempts de paludisme, tandis que sur la Bande de Gaza on a enregistré en 1965 plus de vingt cas indigènes. On peut par ailleurs confirmer que la région d'Aden est débarrassée du paludisme bien qu'un cas probablement indigène ait été signalé.

31. Dans les pays énumérés ci-après, les programmes d'éradication du paludisme sont avancés et couvrent des secteurs déjà parvenus à la phase d'entretien: Israël, Jordanie, Liban et République Arabe Syrienne. Il est encourageant de noter que de nouveaux progrès ont été accomplis en Israël et au Liban. En Jordanie, les mesures adoptées en 1965 pour lutter contre la transmission focale qui s'était réimplantée dans la Vallée du Jourdain et les régions proches de la Rive Est se sont révélées efficaces et il en est résulté une baisse importante du nombre de cas positifs enregistrés. En République Arabe Syrienne, alors que des résultats satisfaisants étaient obtenus dans des secteurs couverts par les opérations du programme d'éradication, des difficultés ont surgi dans des endroits situés en dehors de la zone d'action du programme, ainsi qu'en témoigne l'apparition de la transmission focale au sud de Damas, dans une zone précédemment considérée comme exempte de paludisme.

32. D'autres pays, tels que l'Iran, l'Irak, la Libye et le Pakistan ont aussi entrepris des programmes d'éradication du paludisme. Au Pakistan, malgré des difficultés locales, le programme a continué à progresser de façon très satisfaisante. Pendant l'année 1965-1966, sur une population totale de 92,9 millions d'habitants exposés au danger du paludisme, 70,5 millions ont été couverts par les activités du programme d'éradication. Comme nous l'avons

indiqué précédemment, A.stephensi seul vecteur local de l'Irak méridional est devenu résistant au DDT et à la Dieldrine. La reprise de pulvérisations de DDT, associée à une surveillance intensive depuis 1964, a pratiquement interrompu dans cette zone la transmission du paludisme par A.stephensi, sauf dans une localité - Fao Mamlaha - où elle s'est poursuivie, quoiqu'assez faiblement, en raison de difficultés opérationnelles surgies en cet endroit précis. Le nord de l'Iran a continué à être couvert par le programme classique d'éradication tandis que dans le sud, étant donné la résistance du vecteur, seules des opérations de lutte ont été menées à bien. Du fait de la présence d'un réservoir étendu de parasites dans le sud du pays, et des mouvements importants de population à l'intérieur du territoire, le programme d'éradication appliqué dans le nord est resté plus ou moins stationnaire. En Libye, on a malheureusement constaté la présence de nouveaux foyers de transmission dans la Région du Fezzan. A la suite de cela, une évaluation critique de la situation épidémiologique a été opérée au début de 1966 et a révélé que tout ce secteur devrait faire l'objet de mesures d'attaque.

33. La République Arabe Unie est un nouveau candidat à l'éradication du paludisme. Une Lettre d'Accord a été signée à cet effet en 1965 par le Gouvernement et l'OMS.

34. Les programmes de pré-éradication d'Arabie Saoudite, de Somalie et du Soudan ont continué à progresser lentement. Tandis que l'évolution du Service antipaludique concordait généralement avec le plan préétabli, aucun changement marquant n'est encore survenu dans l'infrastructure sanitaire rurale. Du fait de difficultés administratives locales, le programme de pré-éradication du Yémen a été interrompu à la fin de 1965.

35. Un programme d'éradication du paludisme par étapes est actuellement lancé en Ethiopie. On met en ce moment la dernière main au plan d'opérations nécessaire à cet effet.

36. Il est intéressant de noter que le Gouvernement de la Tunisie envisage sérieusement de lancer prochainement un programme d'éradication. Les services consultatifs nécessaires sont fournis par l'OMS en vue d'aider le Gouvernement à étudier les possibilités et faire les préparatifs voulus pour cette entreprise.

37. L'état d'avancement des programmes antipaludiques de la Région à la fin de 1965 apparaît au Tableau de la page 33.

PROGRAMMES, ACTIVITES DE PLANIFICATION ET D'EVALUATION

38. A l'heure actuelle, treize programmes antipaludiques sont en cours dans la Région, dont neuf sont des programmes d'éradication et quatre de pré-éradication.

39. Des efforts soutenus ont été déployés pour que les programmes antipaludiques soient correctement préparés, compte tenu de la situation épidémiologique propre à chaque pays. Afin de fournir des données de fait à partir desquelles il soit possible de formuler des plans en rapport avec la réalité, des évaluations spéciales ont été menées à bien dans le cadre des programmes antipaludiques de l'Irak, de la Libye, du Pakistan, de la Somalie et de la République Arabe Syrienne, en plus des évaluations annuelles courantes de chaque programme en particulier.

40. Depuis 1964, date à laquelle les pulvérisations de DDT à domicile ont été reprises en tant que mesures principales d'attaque contre le paludisme transmis par A.stephensi, l'évolution de la situation épidémiologique dans la partie méridionale de l'Irak a fait l'objet d'une observation minutieuse de la part des autorités nationales et du personnel OMS du service antipaludique. Le nombre de cas décelés dans cette Région en 1964 et 1965 (voir ci-après) montre clairement l'importance du succès obtenu à ce jour.

Année	No de lames collectées	ABER*	No total des résultats positifs	No de résultats positifs de la Région de Fao**
1964	269 064	20,8%	2 503	804
1965	299 245	23,2%	782	397

* Taux annuel d'examens sanguins.

** La transmission s'est poursuivie assez faiblement dans la Région de Fao.

41. Un autre trait intéressant a été observé en Irak méridional: la résistance de A.stephensi au DDT ne semble pas augmenter au bout de deux ans d'application continue d'insecticides sous forme de pulvérisations de DDT. Il en ressort que la résistance du vecteur au DDT cesse d'augmenter lorsqu'elle a atteint un certain niveau.

42. Les résultats très prometteurs obtenus en Irak méridional ne font pas que garantir les chances de succès du programme d'éradication du paludisme dans ce pays, mais ils rétabliront un climat de confiance à l'égard du DDT en tant qu'insecticide de choix, au moins pour les "zones difficiles" d'autres pays où sévit A.stephensi.

43. Au Pakistan, il est devenu courant, lorsque l'on veut faire passer une zone ou un secteur d'opération de la phase d'attaque à la phase de consolidation, de déterminer les mesures à prendre en se fondant sur les conclusions et recommandations formulées par une équipe indépendante d'évaluation. La totalité de la Zone 1 du Pakistan Oriental et une partie de la Zone 2 du Pakistan Occidental ont été jugées, à la suite d'une évaluation critique mais objective, comme répondant aux critères de la phase de consolidation dans laquelle elles ont été versées en 1965. Des évaluations similaires ont eu lieu en janvier et février 1966 dans les Zones 2 et 3 et le reste de la Zone 1 du

SITUATION DE L'ERADICATION DU PALUDISME DANS LA REGION
DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE - FIN 1965

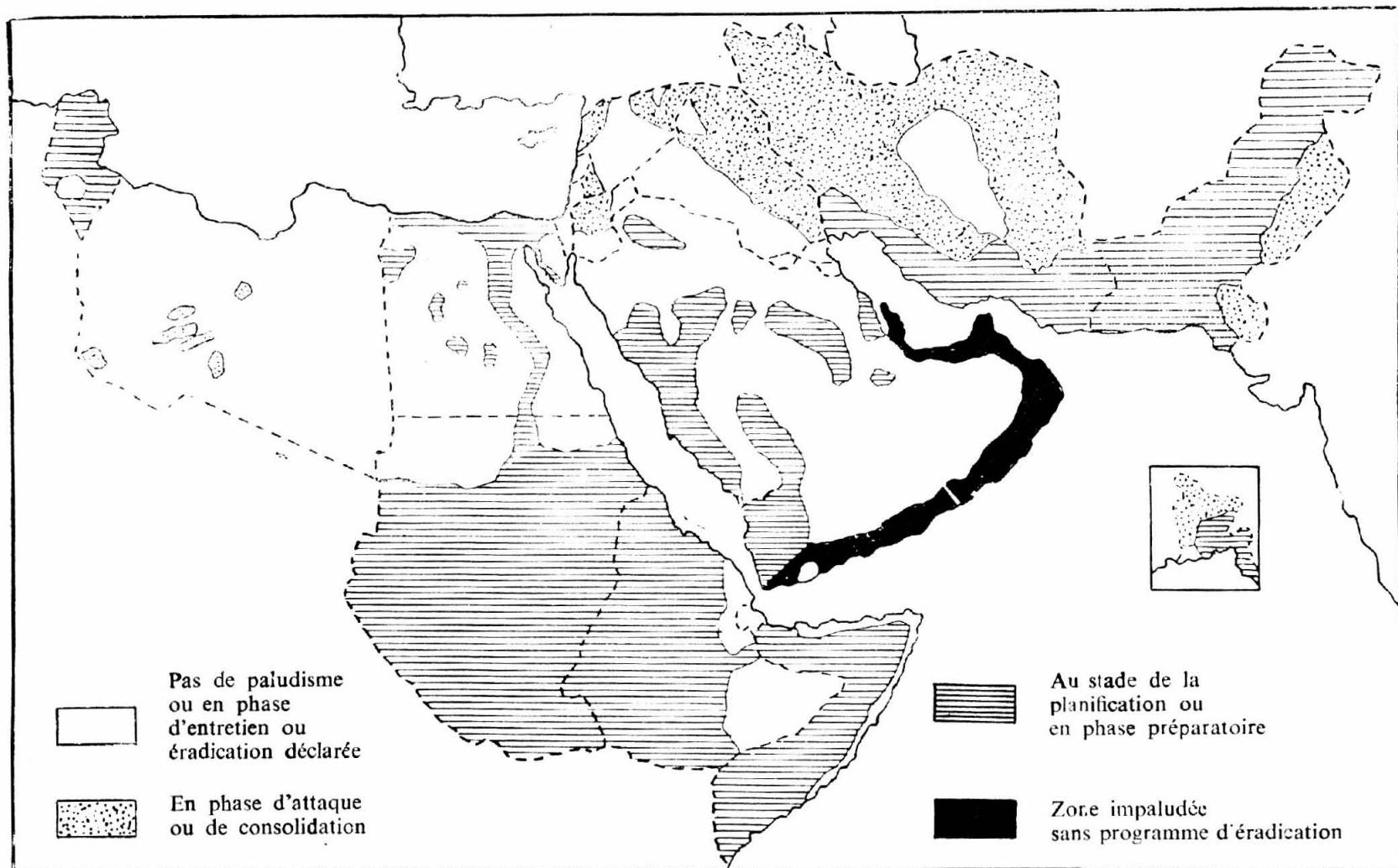
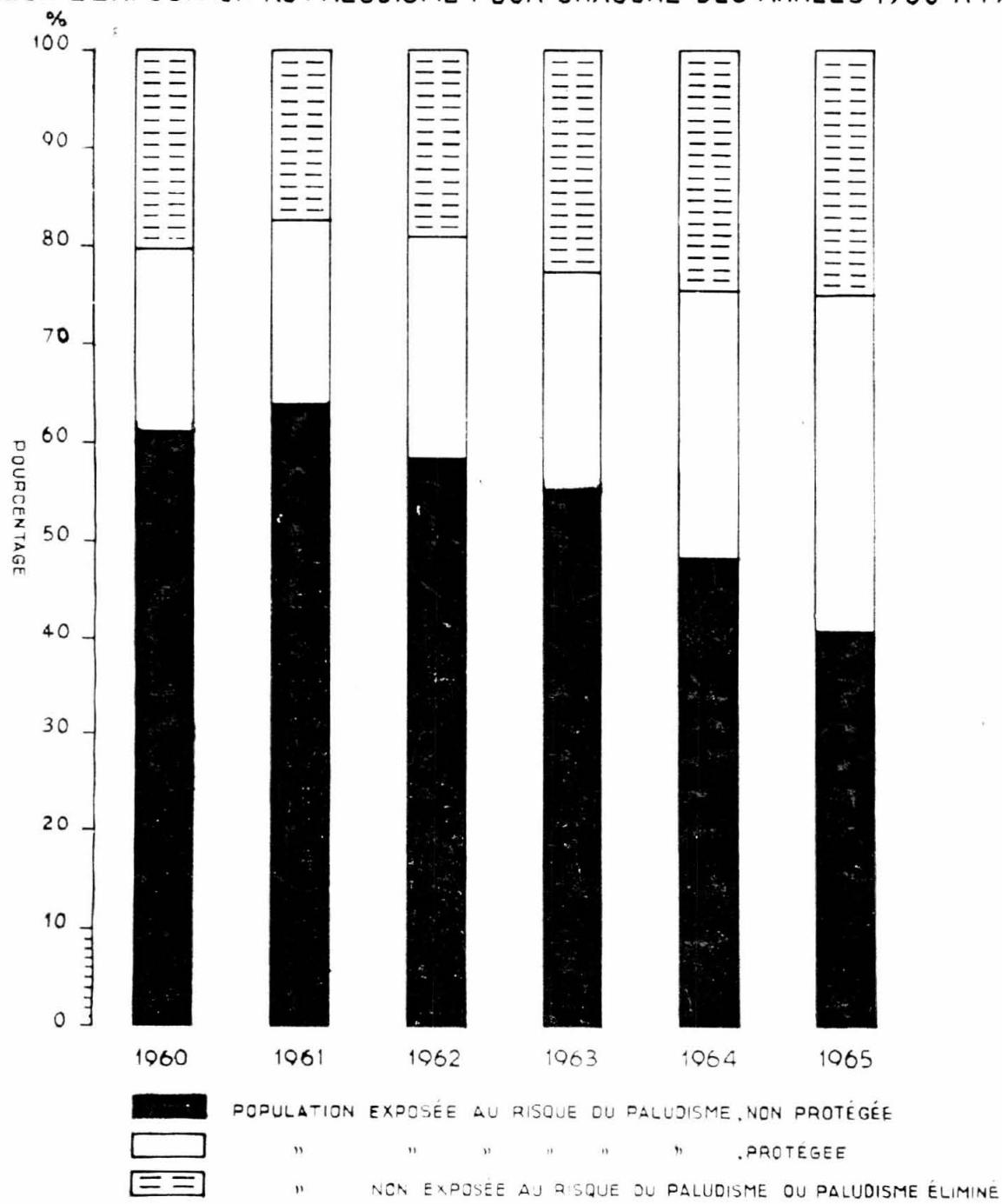


FIGURE VII

FIGURE VIII

ÉTAT D'AVANCEMENT DES PROGRAMMES ANTIPALUDIQUES
DANS LA RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

REPARTITION PROPORTIONNELLE DE LA POPULATION TOTALE DE LA RÉGION
SELON L'EXPOSITION AU PALUDISME POUR CHACUNE DES ANNÉES 1960 A 1965



ETAT D'AVANCEMENT ET DEROULEMENT DES PROGRAMMES ANTI PALUDIQUES
DANS LES PAYS DE LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE - FIN 1965
(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	Type consolidé
Paludisme éliminé ou originellement absent	Région d'Aden	242	242	242	Paludisme éliminé depuis 1949		
	Chypre	597	597	597			
	Côte Fr. Som.	81	81	81	Exempt de paludisme		
	Bande de Gaza	444	444	444			
	Koweit	485	-	-			
TOTAL		1 849	1 364	1 364			
Eradication	Iran	23 690	16 746	14 542	1957	1976	par étapes tout le pays
	Irak	7 173	4 609	4 609	1957	1972	"
	Israël	2 580	2 580	2 580	1957	1966	"
	Jordanie	1 991	1 091	1 091	1959	1970	"
	Liban	2 250	770	770	1957	1966	"
	Libye	1 647	32	32	1959	1970	"
	Pakistan	103 965	92 890	51 193	1961	1976	par étapes tout le pays
	Rép. Arabe Syrienne	5 744	2 025	2 025	1956	1970	
	Tunisie	4 710	2 148	2 148	En préparation Phase préparatoire		
	R.A.U.	29 993	20 245	-			
TOTAL		183 743	143 136	78 990			
Pré-éradication	Ethiopie	22 769	11 385	-			
	Arabie Saoud.	6 630	2 447	856			
	Somalie	2 538	1 986	152			
	Soudan	13 730	13 730	160			
	Yémen	5 000	2 000	-			
TOTAL		50 667	31 548	1 168			
Pays non engagés	Bahreïn	185	185	-			
	Mascate & Oman	565	565	-			
	Katar	70	61	-			
	Féd. Arabie Sud (Rég. Aden excl.)	880	880	-			
	Et.s/rég. de traités (Oman)	111	111	-			
TOTAL		1 811	1 802	-			
TOTAL GENERAL		238 070	177 850	81 522			

Pakistan Oriental, ainsi que dans les Zones 2 et 3 du Pakistan Occidental. Toutes ces zones ont été jugées prêtes pour la progression et aborderont la phase de consolidation en 1966-1967.

44. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les programmes d'éradication du paludisme de Libye et de République Arabe Syrienne se sont trouvés aux prises avec quelques difficultés comme l'indique la découverte de la transmission focale dans des zones extérieures au programme. Ces exemples servent à démontrer les conséquences graves qui peuvent découler d'une délimitation optimiste des zones impaludées, pratiquées en vue d'économiser les activités de couverture. Les deux programmes ont fait l'objet d'une évaluation critique par rapport à la situation épidémiologique intéressant chacun d'eux. En conséquence, les plans d'action de 1966 appellent pour la Libye un retour de toute la zone du Fezzan à la phase d'attaque, et pour la République Arabe Syrienne, des opérations de couverture portant sur une étendue beaucoup plus vaste afin de protéger quelque trois millions d'habitants à l'aide de pulvérisations ou d'opérations de surveillance, ou de l'association de ces deux mesures.

45. Une évaluation de grande envergure a également été menée à bien en Somalie au début de 1966, dans le cadre du programme de pré-éradication du paludisme. Cette évaluation a couvert à la fois les activités opérationnelles depuis le début du programme en 1962, et la situation du paludisme dans le pays en ce début de 1966.

46. Comme d'habitude, un plan d'action a été préparé en 1966 pour chacun des programmes d'éradication et de pré-éradication, sauf pour Israël, le Liban et la République Arabe Unie. Partout où elles ont eu lieu, ces évaluations spéciales ont été prises en considération pour la préparation des plans de 1966.

47. Les conseillers de l'OMS affectés aux projets ont été activement engagés dans l'évaluation et la planification mentionnées plus haut, sous les directives de la Section de Coordination de l'Eradication du Paludisme du

Bureau régional. L'équipe inter-pays de l'OMS pour l'Evaluation de l'Eradication du Paludisme a également participé à ces entreprises dans les pays qu'elle dessert, ainsi qu'aux observations épidémiologiques faites en Irak méridional en plus d'une évaluation de la situation du paludisme sur la Bande de Gaza.

FORMATION PROFESSIONNELLE ET BOURSES D'ETUDES

48. Tout au long de l'année 1965, les activités de formation professionnelle se sont poursuivies de façon intensive et les programmes correspondants se sont développés. Ainsi, au Pakistan Oriental, huit cours différents ont été organisés en 1965 et 218 candidats les ont terminés avec succès; au Pakistan Occidental huit autres cours ont mené au succès 167 candidats. Dans le cadre de ce programme, qui doit atteindre son point culminant en 1966-1967, trente-trois cours s'étaient terminés à la fin de 1965 par la réussite de 742 candidats au Pakistan Oriental et trente-neuf avec 928 succès au Pakistan Occidental.

49. A Nazareth, en Ethiopie, le huitième cours habituel à l'intention des techniciens et le premier pour les chefs de secteurs se sont soldés par la réussite de cinquante-huit candidats. Pour le dernier cité, les candidats ont été sélectionnés parmi le personnel déjà en poste et qui avait déjà reçu auparavant une formation pour des postes moins élevés. Le programme de formation professionnelle devra être intensifié au cours des prochaines années, puisque l'on prévoit que le Gouvernement lancera en 1966 un programme d'éradication du paludisme avec l'aide financière de l'US AID.

50. Le Centre de Préparation à l'Eradication du Paludisme de Sennar (Soudan), vient de terminer sa première année de fonctionnement, au cours de laquelle il a mené à bien cinq cours dont quatre ont pris fin en 1965 avec cinquante-trois succès. En plus de ces cours, un séminaire d'orientation d'une semaine a été organisé pour trente candidats de cinquième année de

médecine de l'Université de Khartoum. Deux candidats d'Aden et de la Fédération de l'Arabie du Sud ont pu participer au cours d'Instruction sanitaire organisé dans ce même centre à l'intention des étrangers.

51. En dehors de la formation donnée dans les centres spécialisés, les programmes d'éradication du paludisme ont pourvu à la formation des catégories inférieures de personnel à l'échelon du secteur ou de la région, en vue de répondre aux besoins du programme.

52. Pour la formation du personnel national dans les Centres internationaux de Préparation à l'Eradication du Paludisme qui fonctionnent avec l'assistance de l'OMS à Lagos (Nigeria), Lomé (Togo), Manille (Philippines), huit pays membres de la Région ont donné vingt et une bourses d'études. La possibilité de participer à un voyage d'études a été offerte à des travailleurs de l'éradication du paludisme d'Iran, d'Irak, de Jordanie, du Liban et de République Arabe Syrienne au titre du Programme d'Echange de Travailleurs scientifiques.

RECRUTEMENT DE PERSONNEL ET FINANCEMENT

53. Les effectifs et le niveau du personnel national affecté aux services d'éradication du paludisme ont généralement donné satisfaction. Toutefois, des difficultés ont surgi lors du recrutement de personnel professionnel suffisamment qualifié en raison: a) de la rareté de cette catégorie de personnel dans le pays; b) du barème des traitements de ce service, moins attrayant que certains autres; c) du travail pénible qu'impose ce secteur; d) du manque de sécurité qu'il présente.

54. Dans les pays qui ont entrepris des programmes de pré-éradication, les services antipaludiques n'ont pas manqué de personnel pendant l'année considérée. Cela est dû surtout à ce que les programmes de pré-éradication ont évolué à un rythme relativement lent et que les postes des services antipaludiques avaient pour la plupart été pourvus au cours des années précédentes.

Les centres de formation professionnelle d'Ethiopie et du Soudan ont sans aucun doute apporté une contribution notable à l'amélioration de la qualité du personnel actuel et à la préparation de nouvelles recrues. A mentionner également le concours qu'ils ont prêté pour préparer les travailleurs sanitaires en général aux activités antipaludiques.

55. En vue de fournir les services consultatifs nécessaires aux programmes d'éradication et de pré-éradication du paludisme entrepris dans la Région, l'OMS compte actuellement cinquante-trois postes fixes auprès des programmes des pays, occupés par vingt et un paludologues, un conseiller pour la santé publique, six entomologistes, trois ingénieurs, quatorze agents sanitaires, cinq techniciens, un auxiliaire administratif et deux autres. La plupart des postes ayant été pourvus, tous les efforts tendent maintenant à trouver des candidats appropriés pour les derniers encore vacants. Aux équipes consultatives des pays, s'ajoute l'équipe inter-pays d'évaluation de l'éradication du paludisme, stationnée à Beyrouth, et groupant un paludologue, un épidémiologiste, un entomologiste, un technicien et un secrétaire qui desservent Chypre, la partie méridionale de l'Iran, l'Irak, la Jordanie, le Liban et la République Arabe Syrienne. L'OMS a également prévu d'envoyer en 1966 quatre consultants à court terme - soit au total huit mois de consultants - qui prêteront assistance aux Gouvernements lors d'entreprises spécialisées en rapport avec leurs programmes antipaludiques.

56. Les programmes antipaludiques en cours dans la Région ne se sont heurtés à aucune difficulté financière importante. Il est réconfortant de noter le soutien constant que les autorités nationales apportent à leurs programmes respectifs. En 1966, le Gouvernement de la République Arabe Syrienne a porté à 2 millions le budget affecté au paludisme contre 1,3 million en 1965, afin de couvrir les dépenses croissantes encourues pour le programme d'éradication du paludisme à la suite de l'expansion des opérations. Ce n'est là qu'un parmi d'autres exemples encourageants sur le plan du financement.

Toutefois, il est aussi des cas où l'octroi de crédits par les autorités nationales en matière de financement a été anormalement retardé, ce qui a eu des répercussions fâcheuses sur les activités envisagées.

57. Pour 1966, l'OMS a consacré \$ 1 010 251 au budget au titre du programme ordinaire et de celui des Nations Unies pour le Développement (Assistance technique) pour les activités d'éradication et de pré-éradication menées dans la Région, ce qui représente environ 18% des réserves totales de la Région pour toutes ses activités. En outre, \$ 206 000 ont également été fournis au titre du Compte spécial pour l'Eradication du Paludisme; le FISE a continué à prêter assistance aux programmes d'éradication du paludisme en Iran et en Irak pour 1966, avec un montant total de \$ 1 115 000 à utiliser principalement pour des fournitures d'importation telles que des insecticides, du matériel de pulvérisation et des véhicules. Il est regrettable que l'assistance du FISE aux programmes jordanien et syrien ait pris fin au terme de l'année 1965. L'US AID prête aussi assistance à quelques programmes de lutte antipaludique de la Région (Ethiopie, Jordanie, Libye et Pakistan), sous forme de services consultatifs et de fournitures. Un prêt à long terme de \$ 10,4 millions a été consenti par l'US AID au Pakistan pour son programme d'éradication du paludisme, pour les exercices 1964-1965 et 1965-1966, en plus de celui de \$ 5,3 millions qui lui avait déjà été consenti précédemment.

PROBLEMES TECHNIQUES ET TRAVAUX DE RECHERCHE

58. Au cours de l'année considérée, on n'a pas enregistré de nouvelles "zones difficiles", et comme nous l'avons indiqué précédemment, la partie méridionale de l'Iran est restée la seule de ce genre signalée dans la Région. Elle comprend la plaine littorale du Golfe et la plaine iranienne du Khuzistan soit une population d'environ 4,5 millions de personnes. La continuation de la transmission du paludisme est principalement due à l'absence de réaction aux pulvérisations du vecteur le plus répandu, A.stephensi, qui est devenu

résistant à la fois au DDT et à la Dieldrine. Dans cette Région, les recherches se sont poursuivies et l'essai de sel médicamenteux - additionné de chlo-roquine - couvrant quarante-deux villages, soit une population sédentaire d'environ 7 000 habitants et près de 11 000 nomades, continue à être encourageant.

59. En revanche, la zone d'action de A.stephensi en Irak - où ce vecteur a acquis une résistance au DDT et à la Dieldrine égale à celle qui a été enregistrée en Iran, et où les conditions générales des deux zones voisines sont plus ou moins identiques - n'a pas constitué un problème très grave lors de la poussée épidémique de paludisme qui est survenue dans la province de Basra en 1962-1963. En 1964, alors que l'on intensifiait la surveillance et que l'emploi des larvicides n'intervenait que sur des zones limitées (ville de Basra et ses faubourgs), les pulvérisations de DDT ont été reprises à l'échelle d'une couverture totale, avec deux cycles en mars-avril et juillet-août, et poursuivies en 1965. Ces mesures ont pratiquement interrompu la transmission des cas dus à A.stephensi, sauf dans la zone rurale de Fao-Mamlaha, ce qui permet de penser que le DDT doit encore être considéré comme un insecticide utile contre A.stephensi.

60. Un autre trait intéressant a été observé dans la partie méridionale de l'Irak: la résistance de A.stephensi au DDT n'apparaît nullement accrue après deux ans de traitement continu aux insecticides (pulvérisations de DDT à domicile). Ici se confirme la théorie selon laquelle la résistance du vecteur au DDT cesse d'augmenter une fois qu'elle a atteint un certain niveau.

61. Dans la plaine du Khuzistan, peuplée d'environ 527 000 habitants, on a repris les pulvérisations de DDT en septembre 1964 et on les a continuées en 1965, à raison de deux cycles, en mars et en septembre, et à la dose habituelle de 2 grs. par m^2 . Les résultats ont été encourageants puisque la transmission a sensiblement diminué.

62. Des études effectuées au Pakistan Occidental sur la résistance de A.culicifacies au DDT, observée pour la première fois en 1963 à Sialkot, sur la frontière Indo-Pakistanaise, ont confirmé que le phénomène restait limité à cette zone de faible étendue. Les pulvérisations au DDT ont continué dans cette région et aucune preuve de transmission n'a été décelée lors des opérations de dépistage actif menées de façon intensive.

63. En République Arabe Unie, un essai d'insecticides sur le terrain a été mené à bien dans quatre zones présentant des caractères comparables. Dans la première, on a utilisé le DDT (2 grs par m^2), dans la seconde le HCH (0,5 gr par m^2), dans la troisième le Malathion (1,0 gr par m^2), la quatrième zone restant sans traitement. Ici encore, les résultats semblent indiquer que le DDT continue à présenter beaucoup d'intérêt pour la future campagne de pulvérisations.

ACTIVITES COORDONNATRICES

64. L'échange de renseignements épidémiologiques et la coordination des activités antipaludiques entre pays voisins ont continué à recevoir toute l'attention voulue de la part des autorités compétentes.

65. Au cours de l'année écoulée, trois réunions de coordination de l'éradication du paludisme ont eu lieu: la sixième réunion Iran/Irak (pays à frontière commune) et les quatrième et cinquième réunions de ce genre entre la République Arabe Syrienne et la Turquie. En plus des représentants nationaux, les conseillers de l'OMS affectés dans les pays représentés et les conseillers de l'Equipe OMS d'Evaluation de l'Eradication du Paludisme assistaient à ces réunions.

66. La sixième réunion Iran/Irak s'est tenue à Basra (en Irak), les 4 et 5 décembre 1965, et a pris une envergure plus grande du fait que le Gouvernement d'accueil a également envoyé des invitations aux Gouvernements de la Jordanie, de la République Arabe Syrienne et de la Turquie. Cette réunion

a donc pris plutôt l'apparence d'une réunion inter-pays puisqu'elle a rassemblé des délégués de cinq pays. L'évolution des programmes d'éradication du paludisme dans les pays participants a fait l'objet d'une étude minutieuse et les derniers développements épidémiologiques survenus dans la partie méridionale de l'Irak à la suite de pulvérisations à domicile de DDT à effet rémanent contre la résistance de A.stephensi à cet insecticide, ont également été examinés de façon critique, évalués objectivement et largement discutés. Impressionnés par les résultats très favorables obtenus jusqu'ici dans la zone occupée par A.stephensi en Irak, les participants ont recommandé que les pulvérisations de DDT continuent à être considérées comme l'instrument primordial d'attaque dans toutes les "zones difficiles" envahies par A.stephensi dans le sud de l'Iran et de l'Irak.

67. La quatrième réunion de coordination Syrie/Turquie s'est tenue à Basra (Irak), le 5 décembre 1965, après la fin des travaux de la réunion précédente (Iran/Irak). La cinquième réunion Syrie/Turquie s'est tenue à Kemichlé (Syrie), du 25 au 29 avril 1966. Ces deux réunions ont été couronnées de succès car elles ont fourni aux deux programmes d'éradication l'occasion de coordonner leurs activités et de procéder à un échange de renseignements épidémiologiques.

68. Le Comité de Coordination de l'Eradication du Paludisme constitué par la Jordanie, le Liban et la République Arabe Syrienne a été très actif depuis sa création, en juin 1965. Sa deuxième réunion s'est tenue à Amman (Jordanie), les 30 et 31 janvier 1966. Devant l'importance acquise par les voyages internationaux et les mouvements de travailleurs saisonniers et de nomades qui traversent les frontières, ce Comité a particulièrement insisté sur: a) la nécessité d'adopter des méthodes unifiées d'attaque dans les zones frontalières; b) la nécessité d'appliquer des mesures capables d'empêcher la réintroduction du paludisme dans les zones d'où il a déjà été extirpé; c) l'importance de l'harmonisation des techniques ou de la méthodologie

épidémiologiques et entomologiques suivies dans chacun des trois pays, ainsi que celle de leurs procédés d'enregistrement et de classification. En vue de faciliter les échanges d'informations, des formulaires standards pour les communications des conclusions épidémiologiques et entomologiques ont été adoptés par le comité et sont actuellement utilisés par les trois pays intéressés.

69. La Section de Coordination de l'Eradication du Paludisme du Bureau régional a poursuivi ses efforts en vue de promouvoir la coordination des activités d'éradication du paludisme entre les divers pays et de maintenir une étroite collaboration avec la Division de l'Eradication du Paludisme du Siège de l'OMS ainsi qu'avec le FISE et l'US AID pour quelques-uns des programmes antipaludiques auxquels ces organismes ont prêté assistance. Par ailleurs, l'Equipe OMS d'Evaluation de l'Eradication du Paludisme a activement contribué à faciliter les échanges de données épidémiologiques et participé à l'organisation des réunions de coordination entre les pays qu'elle dessert.

PERSPECTIVES D'AVENIR

70. De nouveaux progrès ont été accomplis par les programmes d'éradication du paludisme d'Israël et du Liban, dont le déroulement est déjà très avancé. Les quelques cas signalés en 1965 ont tous été reconnus importés de l'étranger, surtout d'Afrique. Une évaluation séparée est prévue pour le programme d'éradication d'Israël vers la fin de 1966.

71. Les résultats encourageants obtenus à la suite de la campagne de pulvérisations de DDT dans le secteur méridional de l'Irak, envahi par Astephensi, ne manquera pas de restaurer la confiance accordée au DDT en tant qu'insecticide de choix, et pourrait bien en outre aider le programme d'éradication de l'Iran à résoudre les difficultés rencontrées dans la "zone difficile" de la plaine côtière du Golfe et de celle du Khuzistan où interviennent des conditions identiques.

72. En Jordanie, la chute marquée du nombre de cas positifs dépistés a prouvé la valeur des mesures prises en 1965 à la suite d'une évaluation de la situation effectuée à la fin de 1964.

73. En République Arabe Syrienne et en Libye, le nombre restreint de cas dépistés au cours des années précédentes du fait d'une surveillance défectueuse associée au développement insuffisant des services ruraux de santé a donné naissance à une opinion erronée sur la situation du paludisme dans ces pays. Une appréciation de ces programmes (effectuée en République Arabe Syrienne à la fin de 1965 et en Libye au début de 1966) a révélé la réapparition de la transmission dans des zones considérées comme exemptes de paludisme. Sans aucun doute, la réaction rapide des gouvernements intéressés, associée à l'assistance de l'OMS, permettra au cours des deux années à venir d'éliminer les foyers réétablis.

74. Malgré des difficultés locales surgies au Pakistan, son programme d'éradication, qui est le plus important de la Région de la Méditerranée orientale, a fait de nouveaux progrès. A la fin de 1965, dans les deux parties du pays, environ 51 millions de personnes, soit près de 50% de la population étaient protégées.

75. Le Gouvernement de la République Arabe Unie a fait savoir qu'il entreprendrait un programme d'éradication du paludisme en 1966.

76. Les événements récemment survenus en République Arabe Syrienne et en Libye ont montré que dans les pays où les programmes sont déjà avancés, l'évaluation technique du programme est révélatrice et doit être effectuée continuellement pour toutes les zones impaludées du pays. Les enquêtes épidémiologiques et entomologiques doivent être entreprises par un service correctement organisé, pour tous les cas dépistés et tous les foyers éventuels de paludisme, faute de quoi les nouveaux foyers ne pourront être décelés à temps ni les mesures adéquates être adoptées.

77. On ne saurait trop insister sur le rôle des Services généraux de Santé dans les programmes d'éradication du paludisme, et surtout sur celui des services ruraux de santé, qui jouent un rôle important dans le dépistage précoce des cas et facilitent ainsi le maintien des résultats obtenus par les campagnes d'éradication.

78. A la fin de 1965, la population totale de la Région implantée soit dans des zones exemptes de paludisme, soit dans des zones protégées par diverses méthodes d'éradication, s'élevait à plus de 75,6 millions de personnes; en outre, plus de 27 millions de personnes se trouvaient dans la phase préparatoire d'un programme d'éradication du paludisme.

79. Les programmes de pré-éradication entrepris en Arabie Saoudite, en Somalie et au Soudan ont fait des progrès assez lents. Au Yémen, le programme a été interrompu à la fin de 1965 en raison de difficultés locales. En Ethiopie, les plans en sont arrivés à un stade suffisamment avancé pour que l'on puisse envisager de lancer en 1966 un programme d'éradication à étapes avec l'aide financière de l'US AID.

80. La réaction rapide des gouvernements lorsque des difficultés surgissent dans leurs programmes, les résultats encourageants obtenus notamment dans l'approche du problème de la résistance de A.stephensi, et les progrès accomplis par plusieurs des programmes d'éradication de la Région sont autant de signes de l'enthousiasme persévérant manifesté à l'égard de l'éradication du paludisme, objectif final de cette entreprise.

3. MALADIES TRANSMISSIBLES

MALADIES QUARANTENAIRES

CHOLERA

81. L'invasion progressive de plusieurs pays asiatiques par le choléra El Tor - qui a été le phénomène le plus marquant enregistré depuis 1961 - a éveillé l'attention des gouvernements sur la menace d'expansion du choléra vers l'ouest. Comme on l'avait prévu en 1964, le choléra a continué sa marche, atteignant des régions indemnes depuis plusieurs décennies. La menace d'une nouvelle propagation de la maladie vers l'ouest ne saurait être exclue pour 1966.

82. Des cas cholériformes sont apparus en Iran vers la mi-juin 1965. Le 31 juillet, le vibron El Tor (Ogawa) a été identifié comme en étant l'agent causal, et le jour même la maladie a été officiellement notifiée à l'OMS. Au total, 2 943 cas dont 411 décès ont été signalés pendant l'épidémie, du 31 juillet au 7 novembre 1965. Le pays a été déclaré à nouveau indemne le 25 novembre de la même année. Au début d'août, un cas de choléra non importé a été signalé à Bahreïn; le 23 août 1965 une note était publiée, attestant la disparition de la maladie.

83. Pour faire face à cette nouvelle menace, et enrayer toute propagation ultérieure, il devenait impératif d'adopter des mesures de lutte. Une aide immédiate a été fournie aux zones nouvellement atteintes, sous forme d'envoi d'experts de l'OMS et de diffusion d'informations pertinentes sur les récents progrès des recherches sur le choléra, en particulier sur les plans bactériologique, épidémiologique, thérapeutique et autres mesures de lutte.

84. L'attention des autres pays de la Région risquant d'être atteints a été attirée sur la menace qui pesait sur eux; assistance et services consultatifs ont été offerts à leurs Gouvernements sur demande. A part les

enquêtes sur le terrain entreprises sous le patronage de l'OMS, des fonds ont été mis à la disposition de certains Gouvernements de la Région pour leur permettre d'entreprendre des études sur le choléra.

85. Un cours de niveau élevé sur la bactériologie du choléra a eu lieu à Téhéran du 2 au 11 octobre 1965; treize candidats venus de sept pays de la Région y ont participé. Cette manifestation a été couronnée de succès.

86. Deux autres cours de formation ont été organisés par la suite: le premier à Beyrouth, du 6 au 12 mars 1966, avec pour objectif la formation pratique de personnel de laboratoire qualifié aux dernières techniques de la bactériologie du choléra, a réuni douze participants de la Région. Le second, Cours interrégional sur la Lutte contre le Choléra, s'est tenu à Calcutta du 14 mars au 8 avril 1966. Organisé à l'intention d'épidémiologistes, de bactériologistes et de cliniciens chevronnés, il portait sur les divers aspects du diagnostic, du traitement et de la lutte. Deux candidats venus l'un d'Iran et l'autre d'Irak, y ont pris part.

87. En outre, un Groupe régional itinérant sur le Choléra a réuni en décembre 1965 quinze participants venus de onze pays de la Région. Le Groupe s'est rendu entre autres à Manille, Hong Kong et Calcutta, où le choléra avait sévi pendant un certain temps, ce qui a permis de recueillir un maximum de données sur l'épidémiologie et la bactériologie de cette maladie, et sur les mesures de lutte contre elle. Le Groupe est également passé à Téhéran où il a pu se rendre compte des mesures mises en oeuvre par le Gouvernement iranien pour lutter contre la récente épidémie.

88. Ensuite, un Séminaire interrégional sur la Lutte contre le Choléra s'est réuni à Alexandrie du 5 au 7 avril 1966. Des participants venus de onze pays de la Région ont pris part à cette manifestation au cours de laquelle ont eu lieu des échanges de vues et des confrontations d'expériences sur les divers aspects de la lutte contre le choléra.

89. Durant la période considérée, deux consultants (épidémiologistes) ont été affectés au Bureau régional et une équipe consultative régionale pour le choléra, composée d'un épidémiologue et d'un bactériologue, a été constituée. Cette équipe a commencé sa tournée dans la Région par l'Arabie Saoudite, où elle a passé la dernière semaine de mars 1966, pour conseiller et aider le Gouvernement dans l'adoption de mesures de prévention. Par la suite, l'épidémiologue a entrepris un voyage de cinq semaines dans divers pays de la Région, notamment l'Irak, l'Iran, la Jordanie, le Koweit, le Liban et la République Arabe Syrienne.

90. Il est réconfortant de constater que les mesures préventives adoptées cette année par les pays dont des ressortissants se rendent en pèlerinage à la Mecque se sont avérées efficaces et que le pèlerinage a pu être déclaré exempt de choléra, ou de toute autre maladie quarantenaire. Parmi les mesures adoptées, il convient de citer: en Iran, un examen de selles obligatoire pour tous les pèlerins en partance; en Arabie Saoudite, l'administration d'antibiotiques à tous les pèlerins venant de régions atteintes ou de zones d'endémie à leur arrivée au Hedjaz.

Cas de choléra et décès signalés dans les Pays
de la Région de la Méditerranée orientale
1960 - 1965

Pays	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Iran	C	-	-	-	-	2 943
	D	-	-	-	-	411
Bahreïn	C	-	-	-	-	1
	D	-	-	-	-	-
Pakistan	C	15 774	1 319	2 616	3 987	1 974
	D	6 608	856	1 368	2 148	1 106
Pakistan Or.	C	8 301	1 319	2 616	3 987	1 974
	D	5 383	856	1 368	2 148	1 106
Pakistan Oc.	C	7 473	-	-	-	12
	D	1 225	-	-	-	1

Cas de Choléra signalés au Pakistan Oriental
1960 - 1965

Mois ou périodes de quatre semaines		1960	1961	1962	1963	1964	1965
janvier	I	1 481	143	313	311	211	66
février	II	398	32	151	101	109	35
mars	III	487	52	181	310	59	34
avril	IV	2 686	68	475	502	234	50
mai	V	1 670	26	489	390	103	27
juin	VI	297	42	240	146	87	21
	VII	80	11	74	66	112	17
juillet	VIII	92	106	83	51	43	25*
août	IX	47	43	33	22	79	22*
septembre	X	19	36	32	52	281	255*
octobre	XI	120	50	128	507	264	376*
novembre	XII	456	256	114	986	190	72*
décembre	XIII	468	454	184	543	246	24*

* Données tirées d'un Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS - 1965.

VARIOLE

91. L'éradication de la variole est possible: en effet, nous avons de solides connaissances sur cette maladie - dont l'épidémiologie est simple - et nous disposons contre elle d'un vaccin efficace.

92. Les foyers endémiques pourraient être éliminés si l'on utilisait le vaccin approprié, et si la mise sur pied et la gestion des programmes étaient convenablement conçues et organisées.

93. Un projet d'éradication portant sur dix ans a été présenté à la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en vue d'éliminer définitivement

la variole en tant que danger mondial, en supprimant les foyers qui subsistent encore en Afrique, en Asie et dans les Amériques. Dans trois pays de la Région (Pakistan, Soudan et Yémen) des activités d'éradication sont en cours, tandis que la surveillance se poursuit dans les pays où l'on n'a pas signalé de cas.

94. Depuis 1964, conformément aux recommandations formulées par le Comité d'Experts de la Variole, les ministères de la santé de la Région, ainsi que les représentants de l'OMS, ont fourni des rapports trimestriels sur la situation de la variole dans leurs pays respectifs. Les renseignements contenus dans ces rapports indiquent le nombre de cas et de décès dus à la variole, le nombre de personnes vaccinées, le pourcentage de réussites, le type et l'origine du vaccin employé, ainsi que les difficultés rencontrées au cours du déroulement des campagnes de vaccination de masse. Afin de faciliter la compilation des données et d'en améliorer les possibilités de comparaison, un système de notification modifié et simplifié a été institué et des formulaires ont été établis et distribués aux Gouvernements.

95. Au Yémen, aucun cas n'a été signalé. Les centres de santé bénéficiant de l'assistance de l'OMS ont appliqué aux ports maritime et aérien de Hodeida et à l'aéroport de Taiz, les prescriptions du Règlement sanitaire international, notamment la délivrance de Certificats internationaux de Vaccination. La campagne de vaccination antivariolique a été reprise dans les provinces septentrionales, le Bureau régional ayant fourni au Yémen 450 000 doses de vaccin antivariolique.

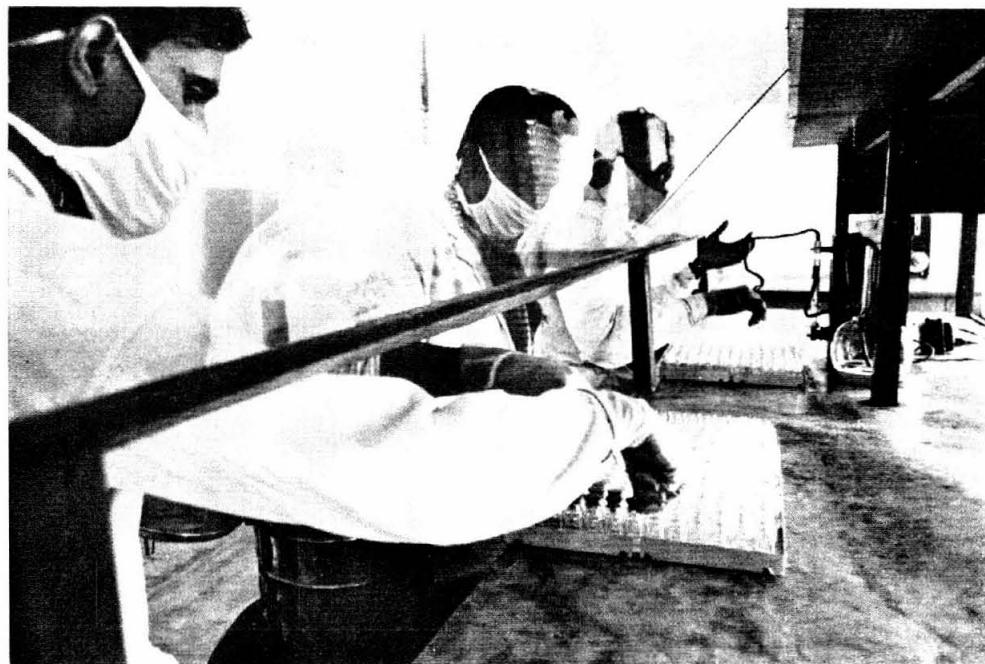
96. L'épidémiologiste de l'OMS en poste à l'Institut de Santé publique de Dacca a prêté son concours à la production de vaccin antivariolique et à la préparation de programmes de vaccination. Le Conseiller OMS pour la Santé publique affecté au Pakistan Oriental a aidé en même temps à l'évaluation du programme de vaccination.

97. En vue de préparer un programme général accéléré faisant apparaître le montant effectif de la dépense à prévoir dans chaque pays par l'OMS pour l'année 1967 et les deux suivantes, les Gouvernements de la Région ont été invités à fournir les renseignements suivants, à soumettre à la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé: brève description du projet, indiquant la durée de la phase d'attaque, le pourcentage de la population à vacciner annuellement, le personnel, les fournitures et le matériel disponibles, et le coût annuel de l'ensemble du programme.

98. L'année dernière, on n'a signalé aucun cas de variole à Aden, en Arabie Saoudite et au Yémen. Au Soudan, où soixante-deux cas avaient été signalés entre juillet 1964 et juin 1965, douze seulement (dont cinq importés) l'ont été de juillet 1965 à la mi-mars 1966. L'Ethiopie a signalé trente-sept cas de juillet 1964 à juin 1965 et trente-neuf de juin 1965 au 12 mars 1966.

99. Le rapport des cas survenus à Karachi de juin 1965 à avril 1966 indique une diminution importante de leur nombre, qui passe de 446 à environ 73. La même tendance a été relevée dans le reste du Pakistan Occidental, où les cas signalés jusqu'à juin 1965 atteignaient le chiffre de 417, contre 177 à la fin de mars 1966. En revanche, une augmentation importante du nombre de cas a été signalée au Pakistan Oriental, où jusqu'à fin juin 1965, on n'avait enregistré que 131 cas, contre 773 pendant la période de juin 1965 à fin février 1966.

100. On espère que l'approbation donnée par l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai dernier, au programme mondial accéléré d'éradication de la variole, permettra d'intensifier le programme de la Région, afin que l'éradication totale devienne un fait accompli dans les quelques zones d'endémicité qui persistent encore dans nos pays.



Remplissage des flacons avant lyophilisation.



L'activité du vaccin antivario-
lique est contrôlée sur des
œufs avant usage.

ÉRADICATION DE LA VARIOLE (PAKISTAN)

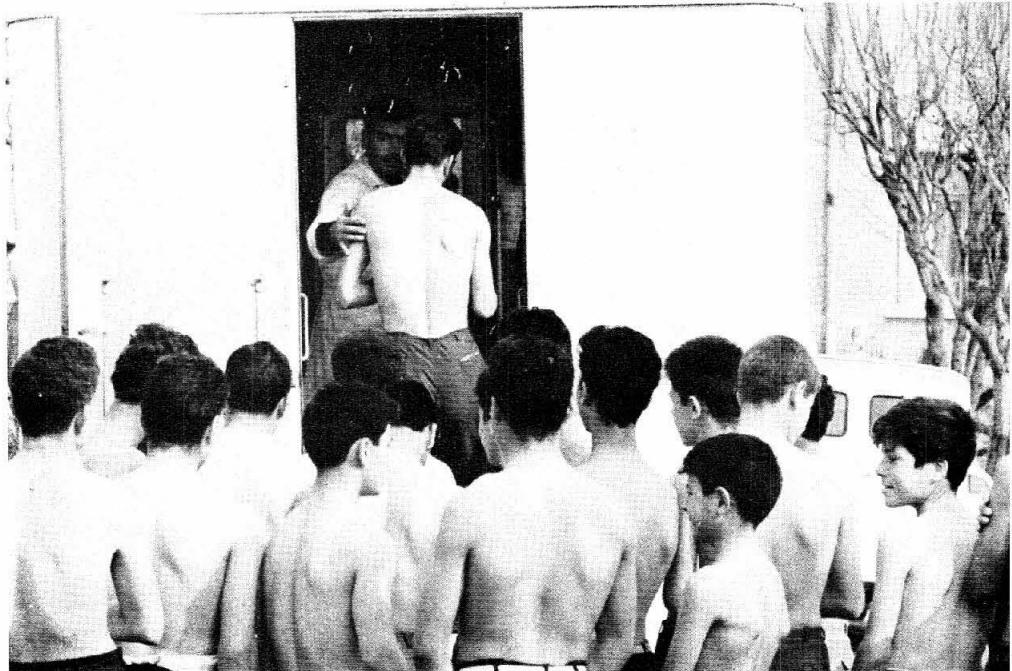
L'Institut d'Hygiène et de Santé pu-
blique de Dacca produit quotidiennement
1000 flacons de vaccin lyophilisé : de
quoi protéger 100.000 personnes.



LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (SYRIE)



Ce médecin itinérant s'apprête à examiner un jeune nomade.



L'examen radiologique de masse est assuré par cette unité mobile qui gagne les secteurs les plus reculés.

CENTRE DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE (SOMA)



Un technicien de l'OMS lit à son assistant les résultats de cultures de bacilles.



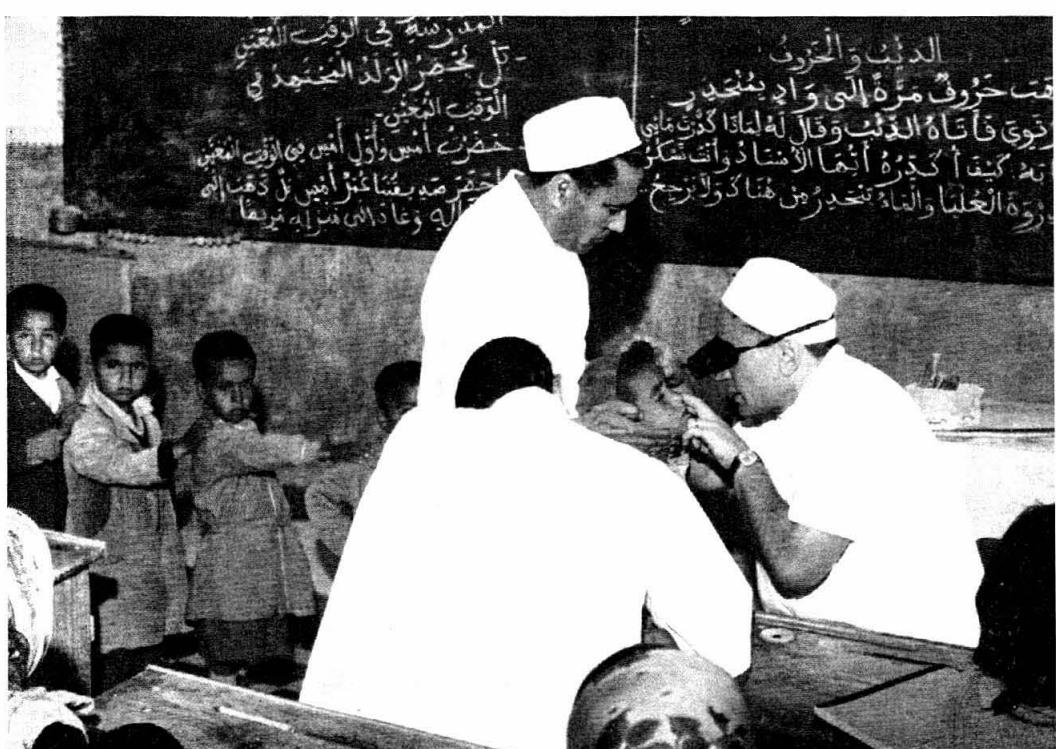
Une assistante sociale aide une famille d'un tuberculeux



npements de nomades et
iomérisations rurales font
jet d'une égale attention.



Dans une école
de l'île de Djerba,
un ophtalmolo-
giste effectue des
examens clini-
ques tandis qu'un
expert de l'OMS
prélève des frot-
tis conjonctivaux
et des échantil-
lons de sang.

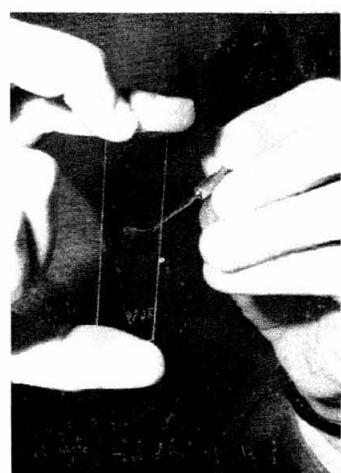


LUTTE CONTRE LE TRACHOME (TUNISIE)

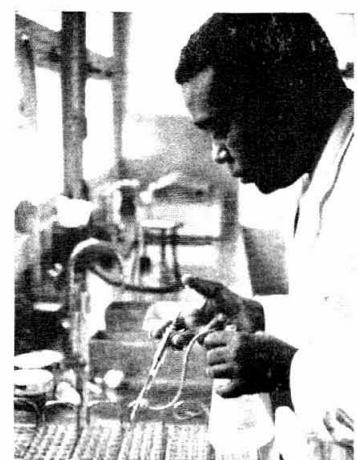


a fiche médicale de la

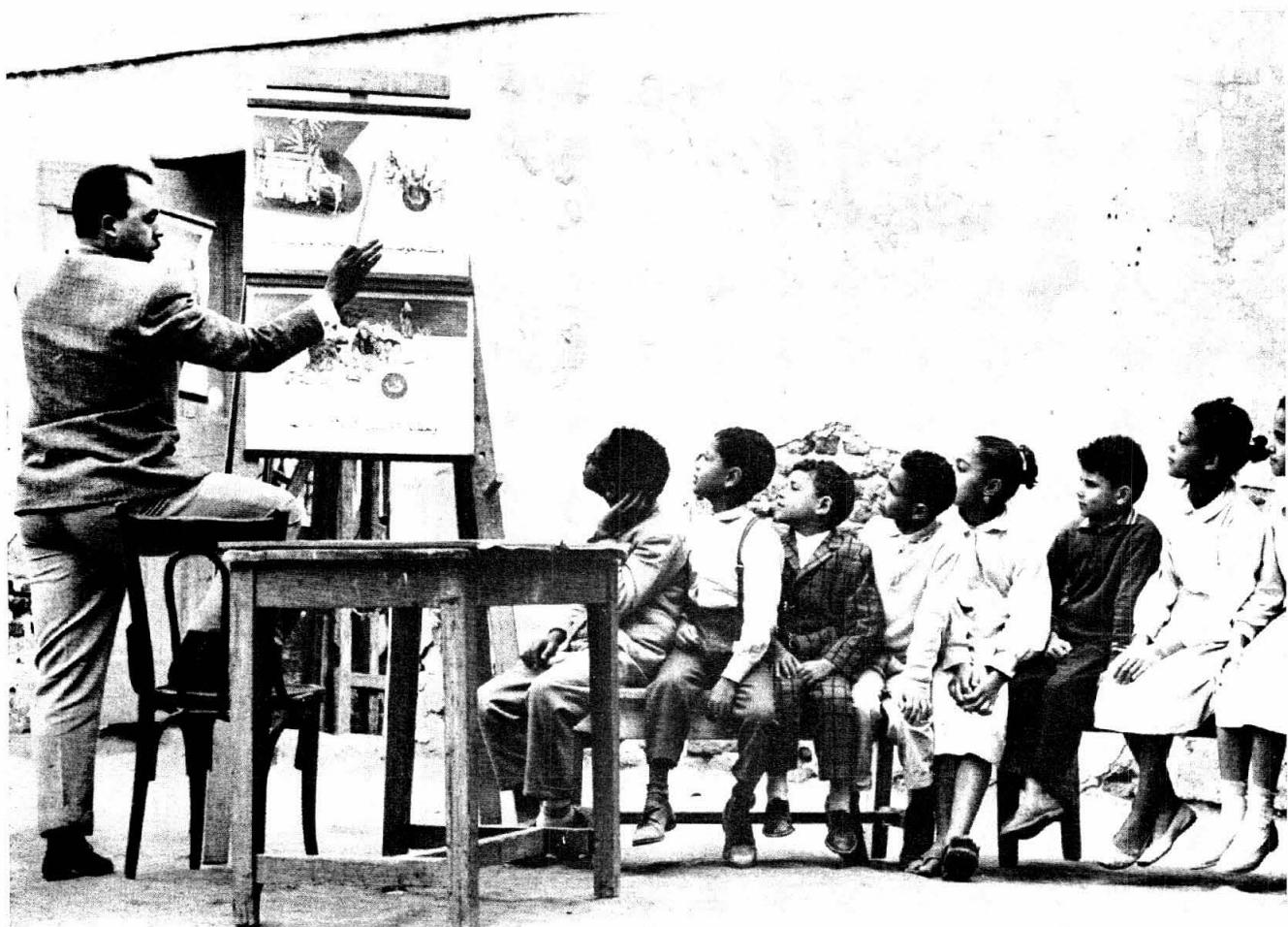
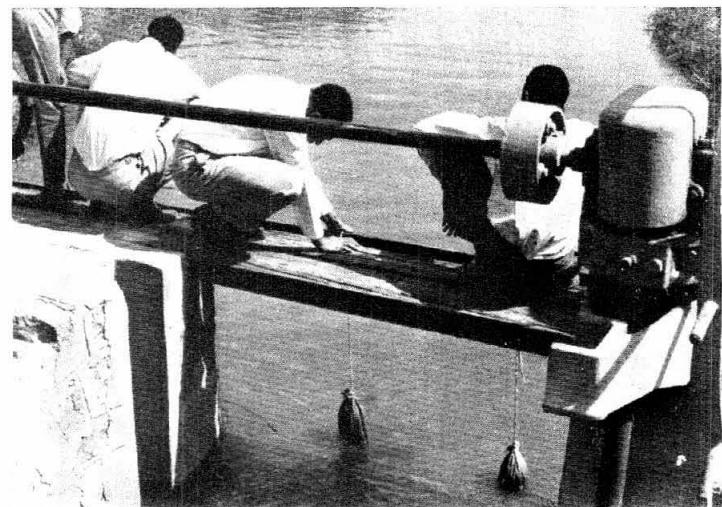
Les prélèvements
oculaires recueil-
lis chez des en-
fants suspects de
trachome sont
soumis à un mi-
nutieux examen
de laboratoire.



Un technicien pré-
pare des suspen-
sions au Labora-
toire de Recher-
ches virologiques.



SOUUDAN : traitement des eaux d'irrigation à l'aide de sacs de sulfate de cuivre.



RAU: L'éducation sanitaire est menée parallèlement aux autres mesures de lutte.



LUTTE CONTRE LA BILHARZIOSE

Des spécimens de mollusques suspects sont recueillis dans la végétation du Canal Mahmoudieh (Secteur de la Beheira).

MALADIES BACTERIENNES

TUBERCULOSE

101. Bien que des progrès notables aient été accomplis au cours de la période en question, la tuberculose est toujours considérée comme un des plus grands problèmes de santé publique auxquels la plupart des gouvernements de la Région de la Méditerranée orientale doivent faire face.

102. Il devient par conséquent impérieux pour les pays de mettre sur pied un système efficace de lutte, à instaurer non seulement dans les villes principales, mais aussi dans les zones rurales, où parfois le problème se pose avec la même acuité que dans les villes.

103. Le concept de la zone pilote reste le principe déterminant de l'expansion de tous les programmes antituberculeux, car c'est là que toute méthodologie pratique est mise à l'épreuve, compte tenu des ressources sociales et économiques dont dispose le pays.

104. Les programmes de lutte antituberculeuse dont le point de départ a été un centre antituberculeux de démonstration et de formation professionnelle, organisent maintenant leurs zones pilotes nationales avec l'assistance de l'OMS. Tel a été le cas pour l'Ethiopie, la Libye, le Pakistan, l'Arabie Saoudite et la Somalie. D'autres pays, telles la Jordanie et la République Arabe Syrienne, ont reçu des conseils et directives de consultants de l'OMS à court terme pour l'organisation d'une zone pilote.

105. L'immunisation demeure à la base de tout programme antituberculeux. Le vaccin BCG lyophilisé est actuellement utilisé dans la plupart des pays de la Région, et s'est avéré particulièrement adapté au travail sur le terrain. De nombreux essais ont été pratiqués en Ethiopie, au Pakistan et en République Arabe Syrienne, qui ont mis en évidence le bien-fondé de la recommandation formulée par le Comité d'experts au sujet de la vaccination directe par le BCG, c'est-à-dire sans épreuve tuberculinique préalable. Cette méthode a

déjà été adoptée dans plusieurs pays à l'échelle nationale. Des essais ont aussi été entrepris dans certains pays de la Région pour la vaccination simultanée contre la tuberculose et contre la variole, et l'absence de phénomène susceptible de compromettre l'efficacité de ces deux vaccins permet de recommander cette méthode à tous les gouvernements. Une campagne a été organisée en Ethiopie, au cours de laquelle les vaccinations antituberculeuse et par le BCG ont été combinées. Cette campagne progresse favorablement.

106. De nouveaux traitements ont été recommandés et sont actuellement expérimentés: thiosemicarbazone (TB₁) associée à l'isoniazide; le premier de ces produits est peu coûteux, généralement bien toléré et il peut être absorbé sous faible volume. L'essai pratiqué en Ethiopie a démontré l'absence d'effet toxique chez les malades traités. D'autres essais vont aussi être entrepris dans d'autres pays de la Région, et l'on pense que les conclusions que l'on en tirera seront vraisemblablement identiques, et que l'on pourra sans doute bientôt adopter cette méthode dans la plupart des pays pour le traitement des malades ambulants. Une nouvelle orientation intervient aussi avec l'injection bi-hebdomadaire de streptomycine en association avec l'administration d'isoniazide et de pyridoxine, traitement particulièrement indiqué pour les tuberculeux des villes.

107. L'on s'efforce actuellement d'intégrer les mesures de lutte antituberculeuse les plus simples dans les activités des centres sanitaires primaires, l'accent étant mis à ce sujet sur la formation professionnelle des travailleurs appelés à participer au programme. Des cours réguliers sont organisés dans la plupart des centres antituberculeux de la Région.

108. Un Plan national de Lutte échelonné sur vingt ans a été préparé au Pakistan, en vue d'appliquer un programme de lutte antituberculeuse couvrant toutes les zones rurales. Le Gouvernement accorde une haute priorité à ce

problème, qui repose sur la mise en place d'un service spécialisé au niveau du district et l'organisation d'un service périphérique intégré qui ensemble utiliseront toutes les ressources et institutions sanitaires existantes.

109. Une réunion inter-pays sur la lutte contre la tuberculose s'est tenue au Koweit en octobre 1965, pour étudier les divers aspects des problèmes du nomadisme et de l'immigration, quant au danger de transmission de la tuberculose d'une collectivité à l'autre qu'ils présentent. Il a été reconnu qu'une coopération étroite, une coordination des efforts et un plan d'action unifié étaient nécessaires pour assurer le succès de la campagne, et il a été recommandé que des réunions périodiques soient organisées en vue d'adopter les méthodes les meilleures et d'adapter les politiques et les programmes aux exigences locales et régionales.

110. Les plans des gouvernements devraient aussi comporter la réorganisation et la réorientation de la politique adoptée pour les établissements antituberculeux (d'hospitalisation), afin de tirer le meilleur parti possible de ces institutions. La politique recommandée devrait reposer sur une sélection rigoureuse des cas à admettre, avec limitation de la durée de cette hospitalisation au minimum compatible avec la négativation des crachats, et sur la mise au point d'un programme d'éducation sanitaire, dont l'objectif serait de préparer la voie au traitement ambulatoire de longue durée, qui ferait suite à la courte période d'hospitalisation.

111. Dans la plupart des pays de la Région, la lutte antituberculeuse a atteint un stade tel qu'il devient nécessaire de mettre l'accent sur l'évaluation des méthodes appliquées et des moyens mis en oeuvre, en vue de donner une nouvelle orientation aux programmes, de façon à pouvoir les intégrer (en dernier ressort) dans les services de santé publique des pays intéressés.

LEPRE

112. Bien que la lèpre ne soit pas, à strictement parler, un problème hautement prioritaire dans la plupart des pays de la Région, cette maladie n'en mérite pas moins de retenir l'attention des gouvernements, en particulier de l'Ethiopie et du Pakistan - pays où l'on rencontre de nombreux malades atteints de cette affection - et où cette maladie doit être considérée comme un important problème de santé publique.

113. En 1965, le Comité OMS d'experts de la Lèpre s'est réuni à Genève du 27 juillet au 2 août, et a formulé un certain nombre de recommandations que l'on peut résumer comme suit

- dans les pays à budget limité, il convient d'établir un ordre de priorité tenant compte des conditions locales, de manière à traiter, en premier lieu, les cas lépromateux et les cas contagieux;
- dans les pays dotés d'un budget suffisant, tous les cas doivent être diagnostiqués et traités le plus tôt possible, les contacts placés sous surveillance médicale, les malades recevoir des soins préventifs contre l'apparition d'invalidités, et ceux qui présentent des déformations être rééduqués;
- les contacts des lépromateux et autres cas infectieux, ainsi que les contacts âgés de moins de quinze ans et vivant sous le même toit doivent être examinés;
- le traitement ambulatoire des lépreux doit en principe être assuré par les centres de santé généraux;
- l'utilisation des sanatoriums doit se limiter, indépendamment de leur rôle de centres de recherche et de formation de personnel, au traitement des états de réaction aigus et autres complications, à la chirurgie et à la réadaptation physique;
- à leur sortie du sanatorium les malades doivent s'intégrer dans la collectivité et être encouragés à ne pas se regrouper dans des "villages" spéciaux.

114. Au Pakistan Oriental, un projet soutenu par l'OMS a été lancé en 1961 et se poursuit encore. Un léprologue de l'OMS a aidé à la création d'un noyau de centres de lutte antilépreuse et à augmenter le nombre des unités de traitement, tant mobiles que fixes. Un nouveau conseiller est attendu et le programme élaboré prévoit la continuation des activités antilépreuses au Pakistan Oriental ainsi que l'extension des mesures de lutte à tout le Pakistan Occidental. En décembre 1965 et janvier 1966, un consultant de l'OMS s'est rendu au Liban et en République Arabe Syrienne pour conseiller les gouvernements de ces pays sur les mesures à adopter.

115. Dans tous les pays énumérés ci-dessus, il faudrait organiser les hôpitaux pour lépreux, en se fondant sur les principes posés par le Comité d'experts de la Lèpre. Les services généraux de santé devraient accorder une grande attention au diagnostic des cas, à leur traitement et à leur surveillance médicale ultérieure. A ce propos, il est indispensable qu'un Département de la santé publique soit chargé, à l'échelon ministériel, de la coordination des activités antilépreuses et de leur intégration dans le cadre des services généraux de santé.

OPHTALMIES TRANSMISSIBLES

116. Des progrès intéressants ont été enregistrés au cours de ces dernières années dans les recherches sur le complexe trachome/conjonctivite à inclusions (TRCI) dont on n'a pas encore pu isoler les agents responsables en laboratoire, et certains chercheurs pensent qu'un seul agent TRCI est à l'origine de l'une et l'autre de ces infections.

117. Les travaux de recherche se poursuivent dans maints laboratoires du monde, sous le patronage des autorités nationales ou d'institutions internationales. A Tunis, les recherches sur le trachome ont continué au laboratoire de l'Institut d'Ophtalmologie, en tant que projet interrégional soutenu par l'OMS.

118. Les essais de vaccination antitrachomateuse pratiqués dans certains pays n'ont pas encore donné les résultats escomptés.

119. L'OMS a continué à fournir à plusieurs pays des services consultatifs techniques dans le domaine de la lutte contre les ophtalmies transmissibles. En octobre 1965, le conseiller régional pour cette spécialité s'est rendu en Jordanie pour faire le point des besoins du projet de lutte contre les ophtalmies transmissibles pendant les deux années à venir. En novembre, il a passé deux semaines en Somalie pour y étudier les conditions de fonctionnement des services ophtalmologiques et l'ampleur du problème posé par le trachome dans le pays. Au début de 1966, il a examiné en détail les conditions de la lutte antitrachomateuse en Arabie Saoudite et s'est rendu ensuite au Koweit pour évaluer les résultats obtenus par le programme de lutte antitrachomateuse organisé dans les écoles. Plus récemment, il a entrepris une enquête sur la morbidité due au trachome dans le Gouvernement de Deir-ez-Zor (République Arabe Syrienne) où un projet de lutte contre les ophtalmies transmissibles doit être lancé à l'automne prochain.

120. Les progrès enregistrés par le Projet de Lutte contre les ophtalmies transmissibles en Irak ont été évalués par un consultant de l'OMS à court terme pendant le premier trimestre de 1966. Alors que l'assistance du personnel de l'OMS aux projets de lutte contre les ophtalmies transmissibles a cessé en Jordanie à la fin de 1965, elle est maintenue au Soudan.

MALADIES PARASITAIRES

BILHARZIOSE

121. Pendant longtemps, la bilharziose en tant que problème de santé publique a fait l'objet de discussions entre les administrateurs de la santé publique, pour lesquels il était difficile de décider de la priorité à assigner à la lutte contre cette maladie dans les programmes de santé publique. Cependant un certain nombre de pays ont accordé un grand intérêt à cette

question et donné leur appui aux projet entrepris sur leurs territoires avec l'aide de l'OMS; d'autres ont demandé à l'Organisation de procéder à des enquêtes sur la maladie. On se rend compte actuellement de l'importance de la lutte contre la bilharziose dans le développement économique et sanitaire de ces pays. En effet, la maladie peut aisément se propager à de nouvelles zones, du fait de l'extension rapide des réseaux d'irrigation dans la plupart des territoires. Cependant, grâce à l'ampleur des travaux effectués dans ce domaine et à l'application des techniques nouvelles, les chances de pouvoir la juguler moyennant une dépense relativement faible augmentent.

122. Au cours de la période considérée, des progrès sensibles ont été accomplis par la lutte contre la bilharziose dans les zones des projets bénéficiant de l'assistance de l'OMS, sous le rapport de l'épidémiologie, de la malacologie, de l'éducation sanitaire et de l'assainissement du milieu. Un grand nombre de villages ont été inspectés; les études sur la transmission continuent; l'évaluation des résultats des opérations molluscicides a été pratiquée; diverses expériences de laboratoire et des tests biologiques sur les molluscicides ont été entrepris; et les études sur l'émersion des animaux ont été poursuivies.

123. Des études sur les coutumes sociales et religieuses comportant des contacts avec l'eau ont été effectuées et l'on est arrivé à des conclusions significatives sur les relations entre les divers modes d'exposition, les saisons, les heures de la journée et le caractère infectieux des eaux. Des études similaires ont été entreprises sur les contacts professionnels avec l'eau.

124. On a procédé à des études de laboratoire sur la ponte et les possibilités d'éclosion des oeufs en relation avec les conditions physiques et les observations faites sur certains animaux prédateurs qui se nourrissent exclusivement de mollusques.

125. Des expériences ont été entreprises au cours de la période considérée sur les propriétés molluscicides et les effets herbicides de diverses substances chimiques, notamment: l'acroléine, l'ICI 24 225, le WL 8 008, le Bayluscide et le pentachlorophénate de sodium qui avaient déjà été expérimentés dans les zones d'application de divers projets; ces essais ont été publiés dans les Bulletins de l'OMS en 1965.

126. On a constaté que le Bayluscide, en tant que molluscicide, était prometteur en raison de son efficacité, de la facilité de son utilisation et de son coût relativement peu élevé. Les résultats de l'application de WL 8 008 ont été encourageants.

127. Des études ont été entreprises sur l'utilisation de cages flottantes pour exposer des animaux à l'infection bilharzienne. Cette méthode a été appliquée dans plusieurs pays: aux Philippines, à Porto Rico, au Transval oriental, au Tanganyika, en Iran, etc. En République Arabe Unie, des cages flottantes d'un type spécial ont été installées dans les canaux d'irrigation de la zone du projet OMS, où ils sont relativement larges et profonds, et dont le courant est rapide. Les cages, fabriquées sur place, se sont avérées très utiles pour l'étude de la dynamique de la transmission de la bilharziose dans la nature: périodicité diurne et saisonnière, apparition des cercaires, détermination de la transmission et de la densité des cercaires, distance franchie par ces organismes.

128. Des essais en laboratoire ont été pratiqués pour déterminer dans quelle mesure on peut se baser sur le cercariomètre à moteur à essence (système de fonctionnement par le vide) mis au point par le Dr Rowan. Cet appareil a été expérimenté en République Arabe Unie dans la zone du projet au cours de la période (mai-juin-juillet), époque de l'apparition des cercaires. Il pourrait avoir une utilité pratique pour l'étude de l'écologie des points où s'opère la transmission, pour la détermination du potentiel de transmission des eaux naturelles du point de vue quantitatif, et servir d'instrument dans l'évaluation des programmes de lutte.

129. Le traitement de masse par le dimercaptosuccinate de sodium et d'antimoine et le composé de nitrothiazole a été inauguré.

130. Un certain nombre de documents ont été préparés conjointement par des fonctionnaires des pays et des membres du personnel de l'OMS sur l'épidémiologie et la malacologie de la bilharziose, en vue de leur publication dans le Bulletin de l'OMS - certains d'entre eux ont déjà paru dans les Bulletins de 1965.

131. Bon nombre de chercheurs ont eu la possibilité d'entreprendre certaines recherches dans le cadre du projet en cours en République Arabe Unie, et des stagiaires ont pu eux aussi acquérir une expérience pratique dans divers aspects des activités antibilharziennes. Une équipe interrégionale de recherches épidémiologiques sur la bilharziose, composée d'un épidémiologiste, d'un biologiste et de deux parasitologues, se propose d'entreprendre des recherches analogues dans la zone du projet mené en République Arabe Unie où les conditions semblent très favorables.

132. Les conseillers de l'OMS et leurs collègues égyptiens de l'Université d'Alexandrie ont étudié ensemble la possibilité de conduire à l'occasion de ce projet une étude sur les maladies cardio-vasculaires.

4. EPIDEMIOLOGIE ET STATISTIQUES SANITAIRES

EPIDEMIOLOGIE

133. Dans les pays de la Région, on a de plus en plus recours aux méthodes épidémiologiques pour résoudre les problèmes des maladies transmissibles qui se posent de tous temps, et auxquels sont venus s'ajouter récemment ceux de la lutte contre les maladies chroniques et dégénératives ainsi que les autres questions du domaine de la santé publique. Cette tendance n'a pu s'affirmer que par le renforcement des services épidémiologiques nationaux au sein des Ministères de la Santé, ou leur établissement dans des pays jusqu'ici dépourvus de services épidémiologiques centraux.

134. L'Organisation a continué à aider le Gouvernement de l'Irak dans ce domaine, grâce aux services consultatifs assurés pour le projet d'épidémiologie en cours d'exécution à Bagdad. Une assistance analogue est prévue pour l'Ethiopie, et un expert a été envoyé auprès du Gouvernement du Pakistan pour y organiser un service de statistiques épidémiologiques et sanitaires au sein de la Division sanitaire du Ministère central de la Santé. Le Bureau régional a encouragé les services épidémiologiques et les services de statistiques sanitaires des Ministères de la Santé à collaborer étroitement, de manière à coordonner le rassemblement et le traitement des données statistiques intéressant les maladies à déclaration obligatoire et les enquêtes par sondages sur la fréquence et l'incidence des cas de morbidité aiguë et chronique. Il faut encore mettre au point des méthodes capables de fournir des renseignements comparables sur la morbidité et la mortalité dues aux maladies cardio-vasculaires dans les divers pays de la Région. On estime que pour cela la méthode de choix consisterait à perfectionner le système d'enregistrement des diagnostics établis pour les malades hospitalisés ainsi que l'analyse statistique de la morbidité fondée sur ces données, complétées par des études pilotes sur des groupes sélectionnés de population.

135. Grâce aux centres nationaux de radiothérapie créés ces dernières années dans plusieurs pays, et à l'institution simultanée d'un système d'enregistrement des tumeurs, la voie est ouverte à une meilleure compréhension des types et catégories de troubles néoplasiques survenant dans la Région. Des avis consultatifs ont été fournis pour la tenue des registres sur le cancer et pour les classifications statistiques nécessaires à l'analyse des données rassemblées.

136. Un Séminaire interrégional sur l'Epidémiologie et la Prévention des Accidents de la Route s'est tenu au Bureau régional d'Alexandrie du 25 octobre au 1er novembre 1965. Cette manifestation a groupé vingt-cinq participants venus de vingt-trois pays.

STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES

137. Au cours de l'année, des recensements de population ont été effectués en Irak et en Tunisie, et la République Arabe Unie en prévoit un elle aussi. En Libye, les résultats du recensement de 1964 ont été publiés; des recensements partiels ont été entrepris en Ethiopie et en Arabie Saoudite, où il n'y a encore jamais eu de recensement complet. Des mesures ont été adoptées dans plusieurs pays pour améliorer le système d'enregistrement des faits intéressant l'état civil, et les statistiques qui en découlent. Cependant, le manque de données précises - en matière de statistiques démographiques - demeure un sérieux obstacle à toute appréciation de la situation sanitaire de la population et à toute possibilité d'évaluation des tendances de la fertilité et de la mortalité.

138. Dans de nombreux pays, on a continué à témoigner de l'intérêt pour le renforcement de l'organisation des services de statistiques sanitaires dans les ministères de la santé, tandis que divers aspects de ces mêmes statistiques prenaient une certaine envergure. Cette attention croissante à l'égard des statistiques sanitaires s'est aussi trouvée stimulée par la

nécessité de disposer de données démographiques et sanitaires sûres pour la planification sanitaire nationale; elle s'est reflétée dans les demandes plus nombreuses des pays en vue d'obtenir l'assistance de l'OMS pour l'organisation de la statistique et les projets intéressant l'enseignement offert en la matière aux étudiants des écoles de médecine et aux travailleurs sanitaires en général. Les thèmes choisis pour les Discussions techniques des deux dernières Assemblées mondiales de la Santé - en 1965, "la Planification sanitaire" et en 1966 "l'Etablissement et l'utilisation des statistiques sanitaires dans les services nationaux et locaux de santé" témoignent de cet intérêt croissant pour l'information statistique sanitaire.

139. Parmi les questions techniques discutées lors de la Quinzième Session du Comité régional (1965), figuraient les "Données statistiques requises pour une planification sanitaire nationale". Le Comité régional a mis en relief l'importance que présente le renforcement des services nationaux de statistiques démographiques et sanitaires, et a exhorté les pays de la Région à accorder le maximum d'attention à la réunion de certaines données essentielles, notamment démographiques et sanitaires, ainsi que sur la morbidité, le nombre des institutions sanitaires publiques et privées, les établissements de formation professionnelle, la main-d'œuvre sanitaire, la documentation de base sur la situation économique du pays et l'importance des crédits alloués aux services de santé. Le Comité régional a recommandé de poursuivre l'assistance accordée aux Etats Membres pour l'amélioration de leurs statistiques et de leur planification sanitaires sous forme d'enseignement et de formation professionnelle, de réunions de statisticiens sanitaires, de mise au point de manuels sur les statistiques sanitaires et leur utilisation, et, selon la demande, de services consultatifs sur l'établissement des statistiques et la planification.

140. La Réunion de Groupe sur les Statistiques démographiques et sanitaires qui s'est tenue au Bureau régional du 6 au 10 décembre 1965 a marqué un autre pas important vers le développement des statistiques sanitaires dans

les pays de la Région. L'objectif de cette réunion consistait à poser les principes à observer pour assurer l'efficacité du rassemblement, du traitement et de la publication des renseignements concernant les divers aspects des statistiques sanitaires, notamment le personnel et les institutions sanitaires, leurs activités et la morbidité dans les hôpitaux. Le Séminaire tenu à Damas en octobre 1963 avait reconnu la nécessité urgente d'améliorer dans leur ensemble les statistiques sanitaires des pays de la Région. La Réunion de Groupe de 1965 a contribué à cette amélioration dans les domaines spécifiques indiqués plus haut en les discutant plus en détail et en suggérant des solutions susceptibles d'application rapide, de façon à créer un noyau de données comparables, sûres et facilement accessibles sur les aspects les plus importants des statistiques sanitaires. Huit personnes responsables des services de statistiques sanitaires des ministères de la santé de leurs pays respectifs ont été invitées par le Bureau régional - par l'entremise de leurs Gouvernements - à prendre part à la Réunion de Groupe. Le rapport de cette Réunion a été publié.

141. Comme les années précédentes, le Bureau régional a fourni les services de conseillers et accordé des bourses pour l'étude de la statistique dans des universités et autres centres d'enseignement en vue d'assurer à des candidats une formation pratique dans des pays où l'administration sanitaire est dotée de services statistiques bien développés. Des professeurs de biostatistique ont été mis à la disposition de l'Institut de Recherche de la Santé publique de Téhéran et de l'Ecole de Médecine de Bagdad. Des statisticiens sanitaires ont été affectés aux projets de lutte contre la tuberculose en cours d'exécution en Ethiopie et en Libye, ainsi qu'au projet de Services fondamentaux de santé publique et d'assistance médicale poursuivi en Arabie Saoudite.

142. Au total, huit bourses ont été accordées cette année pour l'étude des statistiques sanitaires. Sept de ces bourses étaient destinées à la formation d'assistants statisticiens au Centre international d'Enseignement de la Statistique de Beyrouth, pendant l'année universitaire 1965-1966.

143. Le poste de Conseiller pour les archives médicales prévu dans le cadre du projet de Services consultatifs en ce domaine a été pourvu cette année. Grâce à ce projet, les pays bénéficient de services consultatifs pour l'établissement de systèmes appropriés d'enregistrement des données, la formation d'archivistes médicaux recrutés sur place et le développement du codage des relevés de morbidité et de mortalité conformément à la Classification internationale des Maladies. On se propose également de rédiger des manuels succincts sur les méthodes d'enregistrement nécessaires pour l'administration des hôpitaux et l'élaboration des statistiques de morbidité.

144. La section statistique créée en 1960 au Bureau régional a procédé au traitement et à l'analyse des données recueillies à l'occasion d'enquêtes diverses, portant notamment sur le tétanos, la tuberculose et la bilharziose. Cette section a également fourni des services d'ordre statistique à d'autres sections du Bureau régional.

5. SERVICES DE SANTE PUBLIQUE

ADMINISTRATION DE LA SANTE PUBLIQUE

DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

145. Le développement communautaire occupe une place de plus en plus importante dans les programmes de développement socio-économique de nombreux pays de la Région. Toutefois, on a le sentiment que le développement communautaire est souvent envisagé dans un sens abstrait, comme un objectif en soi et non comme un moyen propre à contribuer au développement général du pays.

146. Cette conception erronée du développement communautaire en tant que nouvelle spécialité technique, dotée de cadres et d'une structure administrative propres, peut aisément amener les pays à ne pas tenir compte de forces et de potentiels préexistants et à négliger de promouvoir des services qui de par leur nature même sont un point de départ en puissance ou le centre d'un programme de développement communautaire.

147. L'expérience a démontré que la promotion des services sanitaires de base de toute collectivité, qu'elle soit urbaine ou rurale, s'accompagne de la naissance d'un esprit communautaire et de programmes de relèvement social, intéressant une large part de la communauté. Les besoins sanitaires de la population, tant urbaine que rurale, figurent parmi les besoins fondamentaux qui retiennent l'attention et appellent une réponse immédiate des autorités.

148. Consciente de l'importance qu'il y a à répondre aux besoins sanitaires des populations en particulier dans les pays en voie de développement, l'Organisation mondiale de la Santé, en étroite coopération avec le FISE, appuie de plus en plus les gouvernements dans les efforts qu'ils déploient

pour organiser les services sanitaires de base de leurs pays. Les conséquences d'un tel appui et ses répercussions sur le programme socio-économique dans son ensemble ne sont pas toujours visibles à première vue. Qui plus est, l'importance du développement des services sanitaires de base en tant que rouage essentiel du développement communautaire n'est pas toujours appréciée à sa juste valeur par ceux dont l'objectif majeur - de par leurs fonctions - consiste à planifier le développement économique du pays; c'est pourquoi les autorités sanitaires devraient attirer leur attention sur la corrélation étroite qui existe entre ces deux ordres d'activités et la nécessité de mener de front les programmes économique et sanitaire pour le bénéfice de chacun et celui des programmes socio-économiques du pays dans son ensemble. Ni la faiblesse des moyens disponibles ni la pénurie de techniciens ne devraient être considérées comme une entrave majeure à la planification sanitaire nationale ou à la mise sur pied de centres de gravité pour les services et la main-d'œuvre, au moyen de programmes de formation professionnellement à long terme.

HYGIENE RURALE

149. La mise au point et l'expansion des services ruraux de santé observées dans divers pays représentent une activité primordiale des programmes sanitaires nationaux de la Région. La République Arabe Unie est un bon exemple de ce genre d'expansion rapide.

150. Dans plusieurs pays, dont le Liban, la Somalie, le Soudan, la République Arabe Syrienne et le Yémen, l'OMS participe à des projets de démonstration de l'hygiène rurale. Le lancement d'un projet de démonstration d'hygiène rurale devrait être suivi par un plan national régissant l'exécution d'un programme d'hygiène rurale à l'échelle du pays. Il n'existe pas de critère universel pour la promotion des services sanitaires. Ils peuvent croître en tant qu'éléments d'un service général de développement communautaire ou comme prolongements des services existants.

151. Les services locaux principalement chargés de l'assistance médicale devraient être fondus en un service général qui s'occuperait également de la prévention. En Irak, la mise au point du programme d'hygiène rurale à l'échelle nationale va de pair avec l'organisation d'une zone de démonstration.

152. En Ethiopie, quelques résultats intéressants sont à inscrire à l'actif de l'équipe de direction des centres de santé. Cette équipe est en passe de devenir un groupe consultatif auprès du Ministère. Il est urgent d'organiser une administration centrale de la santé rurale et de renforcer les départements sanitaires provinciaux pour répondre aux besoins d'un service sanitaire rural en plein essor. On s'efforce actuellement d'instituer un système similaire dans plusieurs pays et ce processus est déjà en très bonne voie en République Arabe Unie.

153. A l'échelon local, l'expansion des services sanitaires devrait reposer sur l'organisation d'unités fixes. Lorsque l'habitat est dispersé, le recours à des unités mobiles pourrait être envisagé à titre temporaire mais il devrait rapidement faire place à des unités fixes. Toutefois, le personnel devrait disposer de moyens de transport appropriés pour atteindre les communautés de son secteur, les véhicules étant affectés aux divers centres de santé et non au centre provincial.

154. Partout, le principal obstacle à l'extension des services ruraux de santé demeure la pénurie de personnel médical et auxiliaire. Il convient d'accorder toute l'attention voulue à l'éducation et à la formation de personnel destiné à diriger les services ruraux de santé. L'OMS attribue à cette fin des bourses d'études dans divers domaines de la santé publique. Tous les projets d'hygiène rurale qui bénéficient de l'assistance de l'OMS sont plus ou moins orientés vers la formation pratique en matière d'hygiène rurale. Parfois, le projet comporte des cours de formation, c'est le cas au Yémen, où le Centre de Santé et d'Enseignement sanitaire de Sana'a assure depuis plusieurs

années la formation de différentes catégories de personnel sanitaire, et le projet de services locaux de santé commence actuellement à Taiz la formation d'infirmières auxiliaires.

155. Les zones de démonstration choisies pour orienter le développement des services ruraux de santé en fonction de l'expérience acquise, ou pour servir de centres de formation sanitaire devraient l'être dans des endroits appropriés et d'un accès facile pour les stagiaires et le personnel national chargé de l'enseignement et de la supervision.

LABORATOIRES DE SANTE PUBLIQUE

156. La plupart des pays de la Région ont accepté le principe d'une organisation centralisée pour leurs laboratoires de santé publique. Outre l'intérêt qu'il présente du point de vue économique et pour le maintien en poste du personnel, ce système a plus d'un avantage d'ordre technique, les plus importants étant d'assurer la normalisation de la qualité d'exécution et des techniques, de permettre aux services de se compléter mutuellement, et de garantir un maximum d'efficacité. Normalement, ce système comporte trois niveaux différents: le laboratoire central et de référence, le laboratoire provincial et le laboratoire d'hôpital ou de zone rurale.

157. Plusieurs pays de la Région ont organisé avec succès leurs laboratoires centraux de santé publique, et leurs efforts tendent maintenant surtout à améliorer la qualité du travail, harmoniser les techniques, et enfin élargir leur champ d'action, par l'incorporation d'activités autrefois exclues du fait de l'absence d'un certain nombre de facteurs, qui deviennent peu à peu accessibles. D'autre part, de nombreux pays souhaitent adjoindre un service de virologie à leurs laboratoires de santé publique; grâce à l'aide apportée par l'OMS à la formation de personnel ou sous forme d'envoi de consultants à court terme, ou de matériel et de fournitures, certains pays ont réussi à

installer ce service, tels le Liban et la République Arabe Unie; d'autres, comme l'Iran, l'Irak et la Jordanie, s'apprêtent à le faire.

158. Les laboratoires centraux de santé publique ont déjà dépassé le stade du piétinement sur place pour entrer dans la phase initiale de leur développement propre. En revanche, les laboratoires provinciaux sont encore très en retard sous ce rapport et continuent à piétiner sur place.

159. Le manque apparent d'attention prêtée au développement des laboratoires provinciaux doit être attribué au fait que les laboratoires, de par leur nature hautement technique et leur coût élevé, ont eu tendance à être plus ou moins centralisés. Aujourd'hui, ces difficultés s'aplanissent peu à peu et il va falloir envisager sérieusement la planification des laboratoires provinciaux, et essayer d'organiser immédiatement des laboratoires appropriés là où le besoin s'en fait le plus sentir.

160. L'importance des laboratoires périphériques est devenue évidente lorsque le choléra s'est propagé vers l'ouest, car il est essentiel de déterminer exactement l'étiologie des infections intestinales dès leur apparition dans une localité. Le pays est ainsi alerté de la présence de l'infection, ce qui facilite le déclenchement des mesures de lutte, et permet d'enrayer la propagation de la maladie.

161. Pour obtenir des renseignements dignes de foi et des données statistiques sûres, notamment à propos de maladies épidémiques, il est indispensable de disposer de méthodes et de techniques harmonisées non seulement dans un pays mais dans les autres pays de la Région, voire dans le monde entier, car ces maladies représentent une menace pour l'humanité. Le moyen le plus propre à garantir l'uniformisation de ces méthodes est de lancer des cours de formation inter-pays, ce qui permettra aux participants d'acquérir une formation de base identique et d'appliquer une méthodologie commune. La menace du choléra a contribué à réaliser cet objectif dans notre Région, où deux cours de

formation à la bactériologie du choléra ont été organisés sous les auspices de l'OMS, à Téhéran et Beyrouth. Les techniques et méthodes modernes ont été enseignées aux spécialistes du choléra venus de divers pays de la Région, afin que de retour dans leurs pays, ils puissent les appliquer dans leurs laboratoires.

162. D'autres activités ont été entreprises dans ce sens, dont le cours de formation pour techniciens de laboratoire, organisé à Beyrouth avec le concours de l'OMS. Ces cours devraient être largement développés. On espère qu'un cours inter-pays de ce genre pourra être organisé ultérieurement sur la virologie.

163. En vue d'aider certains pays à produire des vaccins vraiment actifs, on envisage de mettre au point un cours de formation sur la production et le contrôle des substances biologiques. L'accent y sera mis plus particulièrement sur les vaccins les plus nécessaires aux pays de la Région et l'on pense que cette activité contribuera pour beaucoup à augmenter la quantité des vaccins préparés tout en améliorant leur qualité.

164. Le nombre des projets intéressant les laboratoires augmente régulièrement et l'assistance demandée devient plus spécialisée et porte sur des domaines tels que les vaccins virologiques, la production de sérum, et la nutrition. Plus de vingt projets très divers, sont menés dans les divers pays de la Région, avec l'aide de l'OMS qui envoie des conseillers, des consultants à court terme, accorde des bourses d'études et procure des fournitures et du matériel.

165. Certains pays de la Région, tels que Chypre, l'Iran, l'Irak, le Liban et l'Arabie Saoudite ont demandé l'assistance de l'OMS, et s'occupent activement du développement de leurs services de banques du sang et de transfusion sanguine. La banque du sang aménagée à Riyad au laboratoire central de la santé publique a commencé à fonctionner. Un plan d'installation de services nationaux centraux de banque du sang a été proposé par un consultant

de l'OMS pour l'Iran et l'Irak. Le Liban a également reçu la visite d'un consultant pour le développement des services de banque du sang; en outre, des fournitures et du matériel ont été procurés à ce projet.

SOINS INFIRMIERS

166. Les pays de cette Région ont continué à manifester un intérêt tout particulier pour le rôle des soins infirmiers dans leurs services sanitaires et la formation, à tous les niveaux, d'infirmières capables d'assumer les responsabilités qui leur échoient dans la promotion de la santé nationale.

167. Le bilan des activités menées cette année par le Bureau régional à cet égard suffit à illustrer l'essor pris par ce domaine. Les infirmières de l'OMS ont prêté leur concours à quarante et un projets pour chacun desquels des activités éducatives étaient comprises dans leurs attributions. En plus de la formation donnée en cours d'emploi, des cours de perfectionnement et de spécialisation organisés dans le cadre de projets intéressant les disciplines sanitaires de base, la tuberculose, et les ophtalmies transmissibles, l'Organisation mondiale de la Santé a contribué à la mise sur pied et à la direction de quatre programmes de formation d'aides-infirmières, dix écoles de soins infirmiers menant à un diplôme au bout de trois ans, et trois collèges universitaires où quatre ans d'études aboutissent à une sorte de licence es-soins infirmiers. En Tunisie, des crédits ont été prévus pour la formation complémentaire d'infirmières monitrices et d'administration. Au Soudan et en République Arabe Unie, une assistance spéciale a été fournie pour la promotion des services de soins infirmiers infantiles, comportant des activités de formation professionnelle. Un appui analogue a été accordé en Iran pour l'assistance aux femmes en couches et les soins infirmiers psychiatriques et en Libye et en Tunisie aux services de soins infirmiers maternels et infantiles. Des infirmières consultantes à court terme ont évalué les programmes de soins et d'activités éducatives en donnant des avis sur leur

évolution dans trois pays de la Région. Le projet de programme de soins infirmiers de niveau supérieur envisagé pour l'Iran sera le premier du genre à bénéficier de l'assistance de l'OMS; il mènera à une sorte de licence es-soins infirmiers.

168. En Arabie Saoudite, les plans d'action relatifs aux services fondamentaux de santé publique et de soins médicaux qui bénéficient de l'assistance de l'OMS comportent la mise sur pied d'un programme d'enseignement organisé à l'intention d'élèves aides-infirmières, qui remplacera la formation en cours d'emploi donnée jusqu'ici. En novembre 1965, la première infirmière de la Région à obtenir un doctorat est revenue à son poste à l'Institut supérieur de Soins infirmiers de l'Université d'Alexandrie, établissement qui a bénéficié de l'assistance de l'OMS pendant dix ans.

169. De toute évidence, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer les activités pratiques et obtenir un enseignement meilleur et des soins plus efficaces; au cours de l'année considérée, la tendance la plus marquante de ce secteur a été l'accent croissant donné à l'administration des services de soins infirmiers; à cet égard, Chypre a entrepris des activités nouvelles, et le Gouvernement du Koweit a demandé que la première infirmière de l'OMS affectée dans ce pays soit un administrateur expérimenté, capable de donner des avis et des appréciations sur l'organisation, le personnel, et la qualité des services. Cette tendance s'est également traduite par l'affectation d'infirmières monitrices à des projets d'administration des services de soins infirmiers en Iran, Irak, Jordanie, Libye et République Arabe Unie.

170. En janvier 1966, une infirmière consultante à court terme de l'OMS a rejoint en Libye l'équipe de planification sanitaire nationale. L'étude des possibilités de soins infirmiers et les problèmes qui se posent à ce sujet dans un pays en voie de développement, l'identification des besoins, la détermination des objectifs et des activités à entreprendre en priorité dans

ce domaine sont autant de tâches ardues mais dignes d'intérêt. L'est plus encore la contribution que l'infirmière et les soins infirmiers en général peuvent apporter à la réalisation de la "santé" en tant qu'objectif final de tous les services sanitaires. Cette contribution ne peut être valable que si les soins infirmiers sont intégrés en tant qu'élément essentiel du cadre général dans lequel cet objectif peut être atteint. Si les infirmières nationales pouvaient agir dans ce sens, le thème du XIII Congrès quadriennal du Conseil international des Infirmières (1965) "meilleure compréhension entre l'infirmière, le malade, l'équipe sanitaire et le public" se réalisera plus facilement et dans de meilleures conditions.

171. Outre cette participation à une planification sanitaire à l'échelle du pays, on envisage que les infirmières des pays de la Région jouent un rôle de plus en plus actif dans l'étude et la mise au point de leurs programmes et le maintien de leurs niveaux. Des progrès considérables ont été faits dans ce sens en 1965: en Israël, les infirmières continuent les projets commencés en 1965 pendant l'affectation du consultant de l'OMS, et leurs collègues du Liban poursuivent les cours commencés par un autre consultant de l'OMS. De plus, l'Organisation assiste avec satisfaction à la reprise totale du programme d'enseignement des soins infirmiers que les infirmières soudanaises parfaitement qualifiées opèrent en ce moment à Khartoum.

EDUCATION SANITAIRE

172. Comme nous l'avons déjà indiqué dans le rapport de l'année dernière, de nombreux pays de la Région traversent encore la période de transition entre des activités d'éducation sanitaire générale à seule fin d'information et un programme centré sur des points précis.

173. Au cours de cette intéressante période de transition, l'attention se reporte progressivement sur des faits concrets dont le plus manifeste se traduit par l'importance donnée à l'éducation sanitaire des groupes d'âge

les plus jeunes. En corollaire, une coopération étroite s'établit entre responsables de la santé et de l'enseignement pour la planification et la mise en oeuvre de l'éducation sanitaire dans les établissements scolaires.

174. Cette année, dans au moins huit pays de la Région, des conférences ont réuni des fonctionnaires occupant des postes de responsabilité dans les ministères de la santé et de l'éducation, dans le but de faire le point, d'évaluer la situation et de promouvoir l'éducation sanitaire dans les écoles.

175. Ces conférences ont eu lieu avant et après la Quinzième Session du Comité régional, qui à l'occasion de ses discussions techniques sur la santé scolaire, a formulé une résolution demandant entre autres aux gouvernements d'accorder une haute priorité à l'éducation sanitaire scolaire et à la préparation des enseignants à cette activité.

176. Prenant conscience de l'importance de la formation sanitaire à donner aux enseignants en vue d'améliorer l'éducation sanitaire scolaire dans les établissements primaires et secondaires, un certain nombre de pays ont décidé de modifier en conséquence les programmes des écoles normales ou de compléter la formation des futurs enseignants par des cours d'été.

177. Un projet important a été lancé dans ce sens en République Arabe Unie où avec une part d'aide financière du FISE et d'assistance technique de l'OMS, le Gouvernement s'efforce d'assurer la formation sanitaire de tous les instituteurs du pays. L'assistance du FISE se limite à la première phase du programme, au cours de laquelle plus de 1 100 professeurs, inspecteurs et administrateurs chevronnés seront formés à cet égard.

178. Des séminaires nationaux ont été organisés dans divers pays (Chypre, Ethiopie, Iran, Irak, Koweit, Liban, Pakistan et Tunisie) pour discuter des voies et moyens susceptibles d'améliorer la formation sanitaire des futurs enseignants ainsi que l'éducation sanitaire scolaire en général.

179. L'intérêt de cette phase de l'éducation sanitaire a été officiellement proclamé à l'occasion du Séminaire sur l'Enseignement de l'Hygiène scolaire organisé conjointement par l'OMS et le Gouvernement du Koweit, et auquel ont participé des fonctionnaires supérieurs de la santé et de l'éducation venus de seize pays ainsi que des représentants d'un certain nombre d'institutions spécialisées des Nations Unies et autres organisations internationales.

180. Dans cette Région, l'éducation des groupes d'âge les plus jeunes se développe rapidement et plus de dix-sept millions de jeunes fréquentent les établissements où l'instruction leur est dispensée par un demi-million de professeurs: nul n'y saurait donc méconnaître l'importance de l'éducation sanitaire dans les écoles.

181. Parmi les recommandations formulées à l'occasion de ce Séminaire et devant avoir une répercussion sur la santé des générations à venir, l'une d'elles insiste sur la nécessité d'apporter une plus grande attention à l'éducation sanitaire dans les écoles primaires. En effet dans bon nombre de pays de la Région l'usage veut que l'on n'aborde l'éducation sanitaire que dans les écoles secondaires, et seulement en de rares occasions dans les écoles primaires. Si l'on considère que l'enseignement obligatoire ne porte que sur six à huit années et que sur dix-sept millions d'élèves treize millions suivent le cycle primaire et trois millions à peine le cycle secondaire, il devient évident que l'accent donné à l'éducation sanitaire devrait être reporté des établissements secondaires sur les écoles primaires.

182. Les campagnes d'alphabétisation ont aussi retenu l'attention des participants aux discussions sanitaires. A cet égard, on note l'activité importante exercée en Iran par les organismes "Army of Health", et "Army of Knowledge" qui travaillent en étroite collaboration et dont l'éducation sanitaire reste l'un des objectifs principaux.

183. L'OMS a par ailleurs envisagé un projet dans le cadre duquel une documentation sanitaire sera préparée en accord avec les gouvernements et l'UNESCO, à l'occasion des campagnes universelles d'alphabétisation.

184. De plus, au centre de Sirs-el-Layyan, qui forme de nombreux travailleurs du développement communautaire pour les Etats Arabes, l'alphabétisation a bénéficié d'une plus grande attention et le conseiller de l'OMS a joué un rôle actif à cet égard.

185. Ainsi l'éducation sanitaire est-elle progressivement reconnue comme un facteur qui, intégré à certaines activités, peut avoir des répercussions sensibles sur le comportement sanitaire de la population. On a déjà obtenu quelques progrès notables dans ce sens.

HYGIENE DE LA MATERNITE ET DE L'ENFANCE

186. Les services d'hygiène de la maternité et de l'enfance doivent être considérés comme un maillon important de la chaîne des programmes d'hygiène fondamentale, et il est réconfortant de noter que dans les pays de la Région les programmes sanitaires dont l'hygiène de la maternité et de l'enfance constituent un élément essentiel figurent en bonne place parmi les plans globaux des gouvernements.

187. Au cours de l'année écoulée, des efforts constants ont été déployés par les gouvernements pour la mise au point et l'expansion des services d'hygiène de la maternité et de l'enfance au sein d'un service sanitaire intégré et coordonné avec les programmes socio-économiques des pays. Toutefois, ces efforts se poursuivent en vue d'une intégration plus complète des services d'HMI dans les services généraux de santé publique sans perte de leur caractère particulier.

188. Dans un certain nombre de pays, l'établissement de services sanitaires comportant une section d'HMI aux niveau urbain et rural, a rencontré des

obstacles tels que des ressources financières limitées et l'absence de personnel qualifié, de même que d'organisation structurelle et fonctionnelle aux échelons central et provincial; ce dernier est l'un des principaux facteurs entravant la mise sur pied et l'expansion satisfaisantes de ces services. Toutes les personnes intéressées ont fait des efforts conjoints et coordonnés en vue de surmonter ces obstacles; elles ont fait preuve d'un intérêt croissant pour le lancement et la progression des activités de l'HMI ainsi que pour la fourniture de ces services à un nombre croissant de mères et d'enfants des zones urbaines et rurales. Le Bureau régional de l'OMS et le personnel en activité sur le terrain continuent à prêter attention aux activités de l'HMI, avec un accent particulier sur l'administration, la direction et la formation de personnel.

189. Au centre pilote d'HMI de Tunis, s'est poursuivie la formation de plusieurs catégories de personnel paramédical; un certain nombre d'infirmières sages-femmes, d'aides-soignantes, d'animatrices sanitaires et sociales, d'élèves assistantes sociales et d'élèves monitrices du développement social, ont été formées. Le personnel paramédical a participé à la mise au point de données statistiques pour la recherche: tout d'abord sur le rachitisme, puis sur les gastro-entérites traitées au service de réhydratation du centre pilote, et enfin sur les analyses sérologiques pratiquées en vue de dépister la syphilis chez les mères. Au cours du dernier trimestre de 1965, un consultant de l'OMS s'est rendu dans un certain nombre de centres d'hygiène de la maternité et de l'enfance pour déterminer la fréquence du rachitisme en Tunisie, l'un des pays d'Afrique du Nord qu'il a parcourus à cette fin.

190. Les activités de formation professionnelle se sont poursuivies au centre de démonstration et de formation (HMI) de Benghazi. Compte tenu de la pénurie de personnel qualifié et de la demande du Gouvernement, le conseiller principal de l'OMS auprès de l'Institut de Formation sanitaire a assumé les responsabilités de directeur du centre de formation professionnelle à

l'HMI. Le personnel enseignant local des catégories paramédicales a été étoffé par l'adjonction d'une monitrice de l'HMI. Les réunions mensuelles organisées à l'intention des sages-femmes (dais) et l'éducation sanitaire des mères et des sages-femmes locales se sont poursuivies. Sur trente-huit candidates, vingt et une ont été sélectionnées pour le nouveau cours qui a débuté le 1er octobre 1965.

191. Dans le but d'améliorer et de renforcer la formation professionnelle en HMI à Tripoli, l'ancien projet de démonstration et de formation professionnelle de Souk-el-Djouma a été repris. Au titre d'un accord conclu sur les fonds en dépôt, l'OMS a prêté assistance en envoyant une équipe composée d'un médecin de l'HMI et de quatre infirmières sages-femmes. Ce projet a commencé en novembre 1965 et progresse de façon satisfaisante. Des homologues nationales seront recrutées parmi les diplômées de l'Ecole d'Infirmières qui auront reçu une formation de sages-femmes.

192. Pour pallier le manque de cadres de l'HMI capables de superviser le personnel des différents centres et sous-centres de Libye, l'OMS aide le Gouvernement au moyen d'un projet de services consultatifs et de contrôle pour les soins infirmiers d'HMI au titre d'un accord sur les fonds en dépôt. L'équipe OMS se compose d'un conseiller pour l'HMI, déjà en poste au Ministère de la Santé, et de cinq infirmières sages-femmes qui une fois affectées dans autant de secteurs différents de Tripolitaine et de Cyrénáïque en assureront la supervision. Elles dirigeront les auxiliaires et infirmières sages-femmes des différents centres d'HMI pour l'organisation, le renforcement et l'amélioration des services assurés aux mères et aux enfants de leurs zones d'activité respectives. Ce projet a commencé en décembre 1965. Une section d'HMI a été créée au sein du Ministère de la Santé et un homologue national a été désigné à côté de l'infirmière conseillère de l'OMS pour l'HMI. Différentes visites de centres d'HMI ont eu lieu pour faire le point de la situation du personnel soignant et des services.

193. Au Soudan le développement et le renforcement de l'enseignement pédiatrique et de la médecine préventive ont fait l'objet d'une attention particulière. L'OMS a prêté assistance au gouvernement pour la mise sur pied d'un département de pédiatrie à l'Ecole de Médecine de l'Université de Khartoum, et un plan d'opérations a été signé par le Gouvernement, l'OMS et le FISE pour un projet d'enseignement pédiatrique. La puéricultrice de l'OMS est entrée en fonctions au début de janvier 1966. Un accent particulier a été donné à l'amélioration et au perfectionnement des soins infirmiers infantiles à l'Hôpital civil de Khartoum. Des tournées commentées ont eu lieu régulièrement toutes les semaines dans les services de malades. Le professeur de pédiatrie a été recruté et viendra rejoindre le projet en juillet, pour le début de l'année scolaire.

194. Au cours de l'année écoulée, un intérêt croissant s'est manifesté à l'égard de la promotion des services d'hygiène scolaire. Tel était d'ailleurs le thème des discussions techniques de la Quinzième Session du Comité régional, au cours desquelles un certain nombre de recommandations ont été formulées, pressant les gouvernements de mettre au point les services destinés aux écoliers. L'enseignement de l'hygiène scolaire aux étudiants en médecine a fait l'objet d'une attention particulière. Le Séminaire OMS inter-pays sur l'Enseignement de l'Hygiène scolaire, qui s'est tenu au Koweit du 14 au 20 mars 1966, a réuni des représentants des ministères de la santé et de l'éducation de seize pays, ainsi que d'institutions internationales et privées; il a été couronné de succès.

195. L'OMS a aidé le Gouvernement de la Jordanie à organiser et mettre au point ses services d'hygiène scolaire. Un plan d'opérations a été préparé en application duquel l'OMS enverra un expert de l'hygiène scolaire en vue de donner des conseils et de fournir son aide au gouvernement pour l'organisation des services d'hygiène scolaire et la formation du personnel.

196. Dans la Région, l'OMS a donné toute l'attention voulue à l'évaluation des services d'hygiène maternelle et infantile. Au Pakistan une étude des services d'hygiène scolaire a été effectuée par le conseiller régional pour l'hygiène maternelle et infantile qui a présenté son rapport au Gouvernement en février 1966. De plus, des indications ont été formulées et présentées au Gouvernement du Pakistan pour lui permettre de préparer une évaluation périodique des services d'hygiène maternelle et infantile du pays. L'évaluation du projet de protection maternelle et infantile et de formation à ce domaine (projet qui bénéficie de l'assistance du FISE et se déroule à Aden) doit être effectuée en 1966 par des conseillers régionaux de l'OMS, avec la participation du FISE et du Gouvernement.

PHARMACIE ET DEPOTS DE FOURNITURES MEDICALES

197. L'importation de préparations pharmaceutiques dans les divers pays de la Région de la Méditerranée orientale augmente dans une mesure largement supérieure à celle des autres denrées; de ce fait, elle constitue une large part du fardeau qui pèse sur le pays en matière de paiements à effectuer en monnaie forte. L'industrie pharmaceutique se développe rapidement, et c'est pourquoi le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques a été inscrit à l'ordre du jour de discussions récemment tenues entre tous les intéressés de l'OMS et de l'industrie; il convient en effet d'amener cette industrie à un niveau qui lui permette de faire face aux besoins rapidement croissants. Certains gouvernements s'efforcent de couvrir au maximum leurs besoins en médicaments en ayant recours à la production locale, et en limitant leurs importations au strict nécessaire.

198. Il semble bien que dans la Région le développement de la production locale sera non seulement maintenu, mais peut-être même accru, au fur et à mesure que l'on disposera de chimistes et de pharmaciens plus nombreux, et en possession de connaissances et de compétences plus étendues. L'industrie

pharmaceutique et le contrôle de la qualité se complétant mutuellement, les relations entre ces deux activités devraient être teintées d'un esprit de co-opération et de confiance mutuelle en vue de parvenir à un progrès réel et à un certain degré de sécurité.

199. Tous ces facteurs et d'autres encore ont incité l'OMS à prendre l'initiative de stimuler les Etats Membres afin qu'ils apprécient à sa juste mesure l'importance du contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques, et créent chez eux des laboratoires dotés de tout le matériel nécessaire à cet effet, et de travailleurs professionnels ayant reçu la formation appropriée. Devant l'ampleur de cette tâche et pour répondre aux besoins de chaque gouvernement, il semble que l'on tende vers la création d'un laboratoire régional de référence pour le contrôle de la qualité, au profit d'un groupe de pays. Si ce centre devient une réalité, ses services seront mis à la disposition des pays pour expérimenter et normaliser les préparations pharmaceutiques; il permettra en outre d'assurer la formation professionnelle de personnel pour tous les Etats Membres.

6. PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTE

LUTTE CONTRE LE CANCER

200. Les pays de la Région sont de plus en plus nombreux à manifester un intérêt croissant à l'égard du cancer en tant que problème de santé publique.

201. Les récents progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement des affections de ce genre ont encouragé les pays de la Région à développer et renforcer leurs services de lutte anticancéreuse. Ces derniers ont été soit intégrés dans des services hospitaliers préexistants, soit dans des instituts spéciaux de création récente.

202. En général, l'assistance du Bureau régional dans ce domaine se présente sous forme d'avis d'experts, ainsi que de matériel et de fournitures pour la mise sur pied des services en question. L'assistance se traduit aussi par l'attribution de bourses pour études supérieures spécialisées, dans divers domaines tels que le radiodiagnostic, la radiothérapie, la chirurgie du cancer, l'anatomie pathologique, la technologie des Rayons-X et les soins infirmiers.

203. Bon nombre de ces programmes de formation ne se déroulent plus hors de la Région, des cours nationaux et régionaux de spécialisation ayant été organisés (les seconds sous les auspices de l'OMS) à l'intérieur même de la Région. A cet égard, un premier cours régional de préparation à la lutte contre le cancer (organisé à l'intention de cytopathologistes) s'est déroulé de façon satisfaisante à l'Institut du Cancer de Téhéran. Un deuxième cours régional de formation est actuellement organisé à l'intention des cytopathologistes.

204. Une autre activité de ce domaine bénéficie du concours de l'OMS: le cours régional de formation professionnelle mené à Bagdad pour les manipulateurs de radiologie médicale. Le premier de la série a débuté fin 1965 et le deuxième est en préparation.

205. Le Bureau régional fournit par ailleurs son assistance au programme de recherche sur le cancer. A cette fin, deux consultants sur des questions très spécialisées sont venus à l'Institut du Cancer de Téhéran, pour prêter leur concours à la mise sur pied d'un programme de recherches sur la culture des tissus.

206. L'OMS s'efforce actuellement de fournir au Gouvernement de l'Irak un radiothérapeute destiné à aider à l'élaboration d'un programme de lutte contre le cancer. Ce programme sera entrepris par l'Institut du Cancer de Bagdad et l'Institut de Recherches qui lui est adjoint.

207. Enfin, en vue d'aider le Gouvernement du Soudan à organiser un programme de lutte anticancéreuse, le Bureau régional a fourni un radiothérapeute ainsi que de l'équipement et du matériel. L'Agence internationale de l'Energie atomique participe à ce projet en offrant un médecin pour l'hôpital.

NUTRITION

208. On a continué à enregistrer des progrès très satisfaisants au cours de la période considérée. Les demandes d'aide ont dépassé les ressources dont on disposait, et l'on a donc dû remettre à plus tard l'exécution de plusieurs projets d'une utilité pourtant évidente. L'intérêt principal s'est concentré sur la création de départements de la nutrition dans les ministères de la santé. Au cours de l'année, quatre de ces départements ont été mis sur pied; trois d'entre eux sont la suite logique prévue pour certains projets sur le terrain, mais il est intéressant de signaler que la création du quatrième a été consécutive à l'intérêt suscité par une visite effectuée au cours d'un voyage de mission sur les lieux d'un projet de formation professionnelle en matière de santé rurale, soutenu par l'OMS (en République Arabe Syrienne) et le résultat de l'enthousiasme manifesté pour ce projet par le personnel de l'OMS et le personnel national.

209. On a de plus en plus conscience de l'importance de la nutrition, et plusieurs gouvernements, s'étant récemment préoccupés de la situation de leurs propres pays, se sont aperçus avec inquiétude que les diverses activités déployées dans le domaine de la nutrition manquaient de coordination. Des experts affectés à des projets sur le terrain ont donc été chargés de faire une évaluation des activités des divers ministères en matière de nutrition, et de soumettre à l'attention des gouvernements les cas apparents de manque de coordination des efforts et de gaspillage de main-d'œuvre qualifiée. On espère éliminer ou à défaut minimiser ce problème en créant des Conseils nationaux de la nutrition, dont le rôle consistera à coordonner toutes les activités nutritionnelles. Au cours de la période considérée, deux de ces Conseils ont déjà été institués. Le problème posé par le chevauchement des activités a amené trois pays à demander des conseils spéciaux en vue d'une utilisation plus rationnelle des laboratoires de nutrition et de la création d'un service unique. Un consultant à court terme a déjà été affecté dans un pays, les plans nécessaires ont été mis au point pour l'envoi d'un autre expert, tandis que dans un troisième pays l'expert de l'OMS affecté au projet de nutrition fournit déjà les avis nécessaires. L'intérêt de cette affectation ne saurait être trop souligné, car elle vise à l'utilisation judicieuse de la main-d'œuvre qualifiée et à une meilleure utilisation du matériel et de l'espace consacré au laboratoire.

210. Le manque d'homologues dotés de la formation et de l'instruction voulues, constaté dans certains projets, est un phénomène grave qui peut compromettre l'avenir du programme. On espère que dorénavant avant le lancement des projets sur le terrain toute planification à long terme comportera la formation d'homologues possédant les qualifications voulues. Les programmes d'enseignement et de formation professionnelle en matière de nutrition ont suscité un intérêt soutenu, au point que les demandes d'assistance ont dépassé les ressources disponibles. Des bourses ont été accordées pour l'étude

de la nutrition appliquée, à l'étranger; d'autres seront attribuées pour l'étude de la diététique hospitalière à des infirmières de la santé publique dès que l'on pourra organiser des cours de formation professionnelle appropriée. Des plans ont d'ailleurs été mis au point à l'échelon inter-pays pour l'organisation de tels cours à l'intention de diététiciens des hôpitaux, d'infirmières de la santé publique et de fonctionnaires médicaux et de la santé. Au cours de l'année écoulée, les possibilités de formation professionnelle à l'intérieur de la Région ont été améliorées, et atteignent désormais un niveau très satisfaisant; la formation sur le terrain est maintenant possible dans trois pays.

211. Cette année, trois nouveaux projets intéressant des pays ont été lancés, et les progrès réalisés à ce jour sont très satisfaisants. On a commencé les plans d'exécution de deux autres projets. Toutefois, certains pays de la Région devraient s'intéresser davantage aux questions de nutrition. Bien qu'ils n'aient pas encore procédé à l'évaluation de l'état nutritionnel de leur population, il est à craindre que les problèmes relatifs à l'alimentation et à la nutrition ne retardent la progression de leurs programmes de développement économique et de promotion de la santé.

212. La diffusion des informations constitue, semble-t-il, une part essentielle des activités du Bureau régional en matière de nutrition; en effet, par ce moyen, il est possible d'inciter des pays qui ne se sont pas encore préoccupés de cette question à étudier l'état de nutrition de leur population. A ce propos, des "notes pratiques à l'usage du personnel opérant sur le terrain" ont été rédigées régulièrement pendant l'année, puis distribuées à des membres du personnel de l'OMS affectés à des projets, et susceptibles de participer à des activités de nutrition. Cette mesure a donné des résultats positifs, la nutrition étant désormais incorporée dans plusieurs projets qui auparavant négligeaient totalement ou presque cet aspect de la question. En outre, à l'échelon national, on s'est efforcé d'encourager la production de

documents d'information, afin d'attirer à la fois l'attention des gouvernements et celle du public sur les problèmes courants. Deux pays (l'Iran et la Libye) poursuivent actuellement cet effort, tandis qu'un troisième (l'Ethiopie) a publié un Manuel sur la nutrition à l'usage du personnel national des secteurs médical, infirmier et sanitaire.

213. La diffusion de ces informations a suscité parmi les gouvernements un intérêt accru pour les questions touchant à l'hygiène alimentaire, et aux dommages et pertes de denrées subies du fait d'un emmagasinage défectueux. Il est évident que les dommages et pertes enregistrés dans les entrepôts atteignent des proportions alarmantes; ils sont liés à des facteurs physiques tels qu'une mauvaise conception des bâtiments qui donne lieu à une aération défectueuse, une protection insuffisante contre les chauves-souris, les rats, et les éléments, un drainage défectueux, etc.. Chacun de ces facteurs peut à lui seul contribuer à la perte ou à la détérioration des denrées. De toute évidence, les pays de la Région prennent nettement conscience de l'intérêt qu'il y aurait pour les ministères de la santé à se préoccuper davantage de cet aspect important du domaine de la nutrition.

214. Néanmoins, dans certains pays l'hygiène des denrées alimentaires devient un véritable centre d'intérêt, car elle peut contribuer à réduire les maladies intestinales et parasitaires. Un pays de la Région entreprend déjà des recherches fondamentales sur la contamination des légumes et les méthodes de prévention et de lutte contre la transmission des maladies bactériennes et parasitaires.

215. Le Programme alimentaire mondial prenant une envergure croissante on peut d'ores et déjà prévoir que les programmes de développement et d'aide alimentaire entrepris avec son appui auront des répercussions sur l'écologie, la nature des maladies et l'état nutritionnel des populations, dans les zones où ils auront été mis en oeuvre. Le Bureau régional a continué à attirer

NUTRITION (JORDANI)



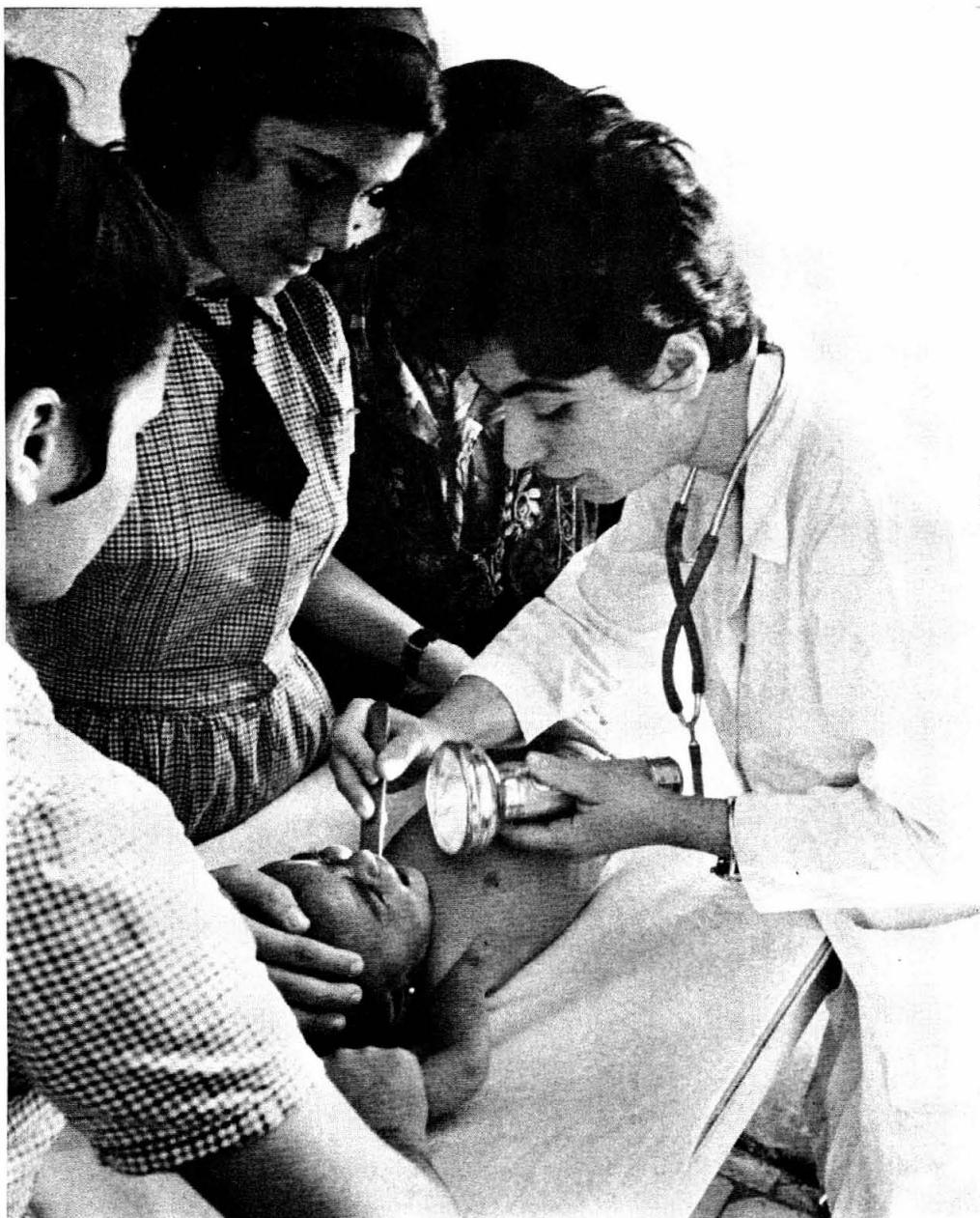
Ce jeune patient de l'Hôpital pédiatrique d'Amman suit un régime d'une judicieuse teneur en protéines.



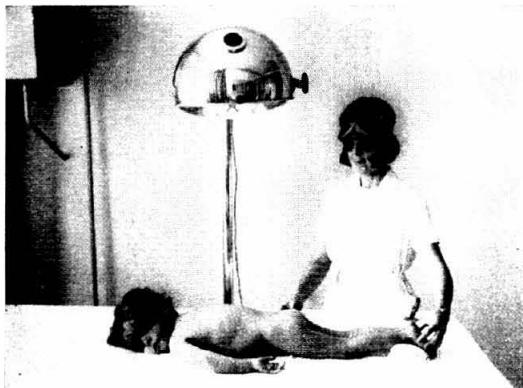
Réhydratation d'un jeune enfant.



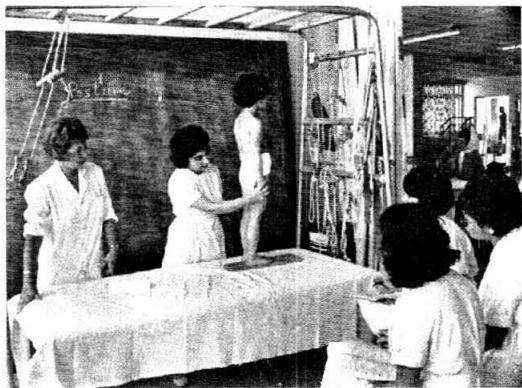
Tournée d'inspection dans les boulangeries.



Examen d'un nouveau-né malade au Centre HMI d'Amman.



Séance de rayons ultra-violets.



Des stagiaires du Centre de Réadaptation d'Ouzai, qu'assiste l'OMS, suivent les exercices d'une pensionnaire du Centre.

RÉADAPTATION (LIBAN)



Une physiothérapeute dirige les premiers pas d'un jeune patient.



Exercice préliminaire de rééducation physique.



Ajustement d'une prothèse de march

l'attention des gouvernements sur les conséquences que ces programmes impliquent pour la santé, mais il faudra exercer une surveillance beaucoup plus stricte si les vastes projets envisagés pour notre Région se réalisent.

READAPTATION MEDICALE

216. L'organisation des services de réadaptation médicale et de physiothérapie revêt une importance croissante dans les pays de la Région. Les administrations nationales de la santé publique accordent à ces deux activités une haute priorité dans leurs plans d'avenir.

217. En plus des deux projets qu'elle a entrepris il y a quelques années en Iran et au Liban, l'OMS prête assistance à la Tunisie en lui procurant un conseiller principal, qui y est affecté pour une période initiale de deux ans; le but de ce dernier projet est d'organiser la réadaptation médicale à l'échelle nationale.

218. En République Arabe Unie, un vaste centre antipoliomyélétique est en voie d'achèvement au Caire. Vers la fin de 1966, époque à laquelle le centre sera prêt à fonctionner, l'assistance de l'OMS se manifestera par l'envoi d'un physiothérapeute.

219. Un consultant s'est rendu en République Arabe Syrienne afin d'étudier avec le Gouvernement l'évolution du centre national de réadaptation médicale.

220. La Jordanie, qui accorde une haute priorité à la réadaptation médicale, réorganise et renforce actuellement le "Centre jordanien de Réadaptation".

221. Outre l'assistance directe qu'elle fournit aux projets nationaux de réadaptation médicale et de physiothérapie grâce à l'envoi d'experts et de conseillers, l'OMS apporte son aide sous forme de bourses d'études, d'avis consultatifs en matière d'enseignement et de formation professionnelle, et de matériel et fournitures.

7. HYGIENE DU MILIEU

URBANISME

222. Au cours de l'année écoulée, les problèmes d'hygiène du milieu suscités par le développement des villes et des industries ont toujours fait l'objet d'une grande attention. "L'homme dans la grande ville", tel était le thème choisi pour la Journée mondiale de la Santé, et celui des discussions techniques du Comité régional sera: "Les aspects sanitaires de l'industrialisation plus particulièrement en ce qui concerne la pollution atmosphérique".

223. En effet, bon nombre de grandes villes de la Région se sont intéressées à l'urbanisme, surtout dans les années d'après guerre. Des méthodes modernes de planification à grande échelle ont été mises en application et des urbanistes professionnels recrutés pour conseiller les services intéressés. Il est regrettable que ces efforts aient souvent échoué à satisfaire aux besoins les plus urgents de ces villes en expansion rapide. Les difficultés rencontrées pourraient être attribuées à la fois au constant changement des conditions économiques et sociales qui se produit dans les villes de la Région, et au fait que les institutions nécessaires à l'exécution des plans préparés commencent à peine à fonctionner. Souvent, les autorités n'ont pu surmonter ces difficultés - la croissance des villes et de leurs populations ayant battu les urbanistes de vitesse.

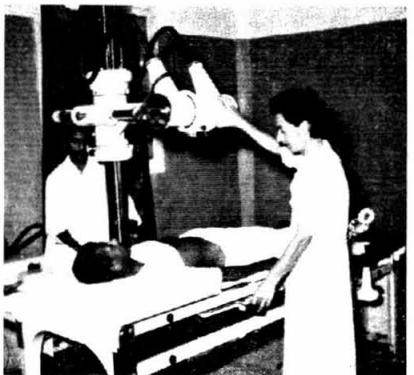
224. Parallèlement aux autres aspects du développement urbain, l'organisation de l'approvisionnement en eau, de l'évacuation des eaux usées, de l'électrification, du pavage des rues, de l'aménagement des terrains de sport, des transports et de services de police - éléments qui tous influent sur la santé et la sécurité publiques - ont parfois subi des retards. Vraisemblablement la préoccupation croissante dont les autorités sanitaires font preuve à l'égard de ces questions se traduira par le renforcement attendu des institutions nécessaires au développement urbain.



YEMEN : Des stagiaires du Centre de Santé de Sana'a établissent le dossier médical d'une mère.



HYGIÈNE RURALE



Examen radiologique d'un malade.



ETHIOPIE : Les infirmières rurales que forme le centre antituberculeux d'Addis Abéba, incorporent la lutte antituberculeuse dans les activités des services ruraux.



PAKISTAN : Une doctoresse examine l'un des 150 malades externes qui viennent consulter chaque jour le Centre d'Hygiène rurale de Warburton.



L'éducation sanitaire est l'un des principaux services assurés par le Centre.



SANA'A

URBANISATION



KOWEIT

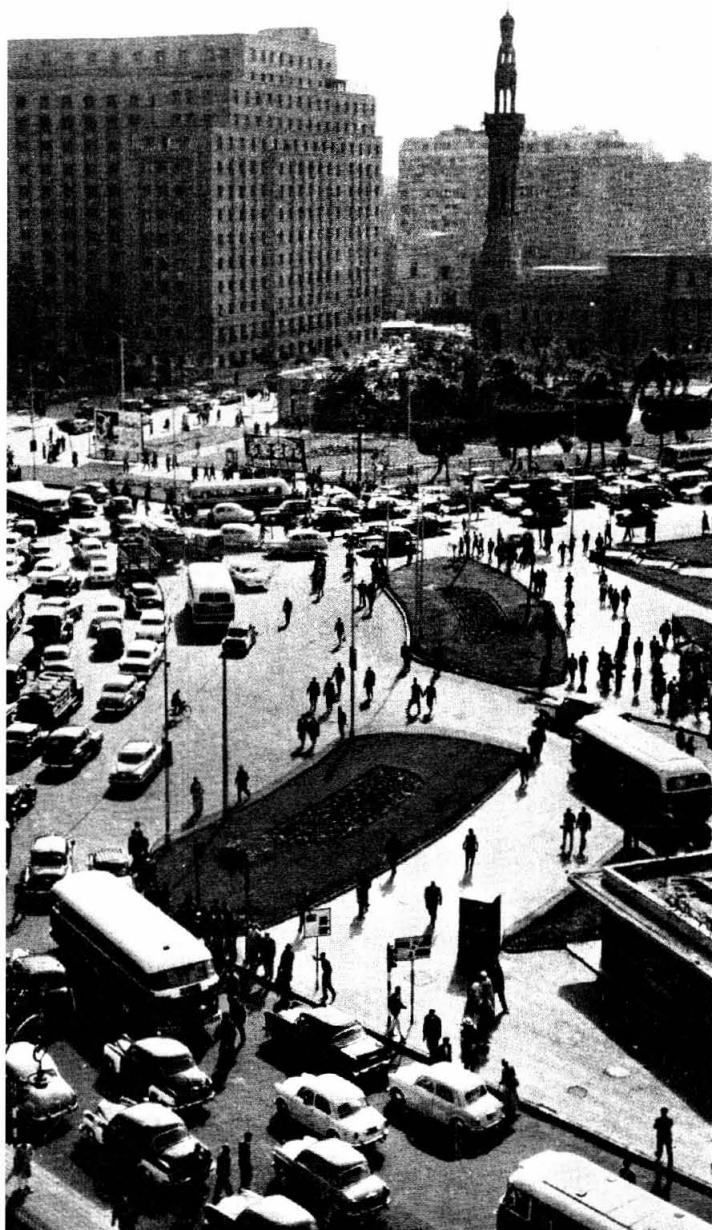


Ces panneaux de prévention routière invitent les piétons du Koweit à respecter les règles de la circulation.



Plus de 45000 véhicules automobiles se pressent dans les larges artères de Koweit.

Bon nombre de villes de la Région de la Méditerranée orientale ont plus que doublé leur population en vingt ans. Les problèmes du logement, du ravitaillement en eau potable et de l'hygiène collective y atteignent à plus d'un titre des proportions alarmantes. D'où la nécessité de conjurer les dangers de cette expansion par une planification cohérente et un développement technologique harmonieux.



LE CAIRE



BEYROUTH



TEHERAN



KARACHI



Prélèvement d'échantillons de poussière.

MEDECINE
DU TRAVAIL
(RAU)



Examen ophthalmologique d'ouvriers soudeurs.



Le chef d'équipe donne des instructions à ses étudiants venus procéder à divers contrôles médicaux sur le chantier d'Assouan.

Jeunes médecins, ingénieurs et chimistes suivent, pendant un an, à l'Institut supérieur de Santé publique, un cours de spécialisation en médecine du travail. Ils reçoivent notamment une formation pratique intensive dans divers secteurs industriels.

Mesure du bruit et détermination du seuil de tolérance acoustique.



APPROVISIONNEMENT PUBLIC EN EAU

225. Au Soudan, dans l'immense secteur irrigué par le Nil Bleu, une grande partie de la population doit prendre son eau de boisson dans les canaux d'irrigation, car les eaux souterraines sont trop saumâtres pour la consommation. C'est pourquoi un certain nombre de petites entreprises de traitement de faible envergure ont été mises sur pied. Cependant, plusieurs d'entre elles ne fonctionnent plus de manière satisfaisante. On a pensé que ces échecs étaient dus surtout à une conception défectueuse des installations, et l'on a fait appel à un consultant de l'OMS pour étudier ce problème. Les recommandations formulées par celui-ci ont fait apparaître que mises à part les quelques améliorations mineures qui pourraient être apportées à la structure actuelle des installations, la principale difficulté provenait d'un entretien défectueux et d'une mauvaise gestion. Ses recommandations sur ces deux derniers points et sur l'amélioration de la conception sont actuellement mises en application. Le consultant surveille le déroulement de ce projet depuis le mois de mai.

226. Le consultant mettra également au point dans l'ensemble du pays un projet de formation professionnelle à l'intention du personnel des catégories para-professionnelles. Ce projet - pour lequel les fonds n'ont pas encore été fournis - comportera la formation de personnel de toutes catégories para-professionnelles pour les usines d'eau, et son exécution sera confiée à une équipe mobile composée d'experts. La formation englobera l'initiation aux méthodes de traitement des eaux, travaux mécaniques et de forage. Parallèlement à ses autres activités, le consultant devra s'acquitter du travail préparatoire relatif à ce projet.

227. En Arabie Saoudite, de nouvelles installations urbaines ont été achevées ou sont en cours de construction. L'ingénieur sanitaire de l'OMS a pris part aux négociations qui ont eu lieu entre le Gouvernement et les autres consultants et entrepreneurs.

228. En République Arabe Unie, un contact étroit a été maintenu avec le Ministère de l'Habitat et des Services publics, qui assume la responsabilité des approvisionnements publics en eau et de tout ce qui touche aux égouts. A la suite de la recommandation formulée par un consultant de l'OMS qui s'est rendu en République Arabe Unie au début de 1965 pour étudier les systèmes d'égouts, le Ministère a demandé l'aide de l'OMS pour la mise au point d'une requête à soumettre au Programme des Nations Unies pour le Développement au sujet d'un projet d'études pré-investissements visant à l'installation de réseaux d'égouts et à l'extension des systèmes d'adduction d'eau dans les villes d'Assouan et de Louxor. Cette demande d'aide a été satisfaite et la requête en question est maintenant prête à être soumise au Programme des Nations Unies pour le Développement (fonds spécial).

229. En Tunisie, l'ingénieur sanitaire de l'OMS a procédé à une enquête dans les zones municipales où des épidémies de typhoïde avaient été signalées, et a donné au Gouvernement des avis techniques sur les mesures à prendre sur le plan sanitaire et notamment pour l'amélioration des systèmes d'adduction d'eau. Le Département de l'hydraulique, responsable de l'eau et des égouts, a demandé la venue de spécialistes de l'OMS et le Conseiller régional a pris les dispositions voulues pour se rendre en Tunisie en juin.

230. Le Gouvernement de la République Arabe Syrienne a demandé à l'OMS de l'aider dans les enquêtes et dans l'établissement des plans nécessaires pour l'aménagement de systèmes d'adduction d'eau destinés aux collectivités vivant dans la vallée de l'Euphrate. Dans cette zone, une grande partie des eaux souterraines sont saumâtres, et il faudra traiter l'eau du fleuve.

231. L'Ethiopie compte de nombreuses petites villes dont les systèmes d'adduction d'eau ont grand besoin d'amélioration. Dans certains endroits, la population locale a déjà acheté la tuyauterie et autres matériaux nécessaires à l'exécution de travaux d'adduction d'eau, mais elle attend d'urgence

des avis techniques. On pense que dans un proche avenir, une demande sera adressée dans ce sens à l'OMS, dont l'assistance devra être fournie en premier lieu à la Province du Tigre.

232. Israël a manifesté une certaine inquiétude devant la pollution possible de ses nappes souterraines par les effluents industriels; ce pays a donc demandé à l'OMS d'envoyer un consultant pour donner des avis techniques sur le traitement des effluents industriels et la ré-utilisation des eaux industrielles. Le consultant est attendu en Israël vers la fin de l'année 1966.

233. En Somalie, l'ingénieur sanitaire de l'OMS a procédé à des études importantes et a commencé les plans de divers systèmes d'adduction d'eau pour les villages. En Jordanie, l'OMS fournit à nouveau son assistance aux projets d'adduction d'eau et de systèmes d'égouts.

234. Au Pakistan, malgré une interruption du projet d'approvisionnement public en eau par suite du conflit engagé avec l'Inde vers la fin de 1965, les travaux d'adduction d'eau se poursuivent dans les villages situés à proximité des centres de santé ruraux et près de quatre-vingts-six réseaux sont en voie d'achèvement. Ce projet, qui a été fortement appuyé par le FISE, comme par l'OMS, prend de l'extension et l'on pense que l'assistance va maintenant porter sur un nouveau groupe de quarante-sept systèmes d'adduction d'eau. On s'occupe activement de trouver un remplaçant pour l'ingénieur de l'OMS, qui a été transféré; un nouvel ingénieur devrait être disponible à cette fin d'ici peu.

235. D'autre part, le Gouvernement a soumis à l'OMS une demande d'assistance (au titre du PNUD, fonds spécial) pour la mise sur pied d'un projet de formation au fonctionnement des installations d'eau; un consultant a été engagé pour cette mission. Le projet prévoit, dans ses grandes lignes, la formation de personnel des installations hydrauliques au Pakistan Oriental et Occidental et comportera également des recherches sur l'équipement destiné aux usines d'eau, en vue de son harmonisation.

AUTRES ACTIVITES MENEES DANS LE DOMAINE DE L'HYGIENE DU MILIEU

236. Au cours de l'année, l'OMS a prêté assistance à Chypre pour la planification des installations d'élimination des eaux usées. Un ingénieur sanitaire est en cours de recrutement; il aidera le Ministère des Affaires municipales et rurales de la République Arabe Syrienne à organiser un département du traitement des eaux usées, et à régler certains problèmes techniques urgents qui se posent dans ce domaine. Le projet d'approvisionnement en eau et d'évacuation des eaux usées a été repris en Jordanie, et l'ingénieur sanitaire de l'OMS précédemment affecté à ce projet a repris à Amman ses fonctions auprès du Ministère des Affaires municipales et rurales. Une étude des systèmes d'évacuation des eaux usées a été faite par l'OMS à Assouan et à Louxor pour aider le Gouvernement de la République Arabe Unie à préparer une demande d'assistance du PNUD (fonds spécial); cette assistance doit permettre d'assurer le financement d'une étude pré-investissement (comme il a été indiqué plus haut).

237. Au Liban, une étude préliminaire a été effectuée pour le projet de construction d'un réseau régional d'égouts dans la zone côtière du pays; dans cette zone le déversement des eaux usées dans le sol qui repose sur des couches calcaires par une population dont la densité augmente de plus en plus, risque de polluer les sources d'eaux souterraines et de créer d'autres problèmes. Cette activité doit se traduire par une demande d'enquête approfondie à financer par le PNUD (fonds spécial). Des études sur le ramassage et l'élimination des déchets ont été effectuées en cours d'année par des consultants de l'OMS, au Liban et en République Arabe Syrienne. On prévoit pour 1967 l'organisation d'un cours de courte durée sur ce sujet, à l'intention du personnel des services municipaux des pays de la Région.

238. Plusieurs pays de la Région ont manifesté un vif intérêt pour le projet inter-pays de formation envisagé à l'intention des travailleurs affectés aux installations hydrauliques. Au Pakistan et au Soudan, des projets séparés

de cette nature, sont en préparation. La formation de travailleurs pour les services d'élimination des eaux usées est à l'étude, et sera incorporée dans ce même projet. D'autre part, certains pays ont exprimé le voeu d'y inclure également la formation de personnel administratif au même titre que celle du personnel d'exploitation.

239. Des études sur la pollution de l'air ont été effectuées cette année à Téhéran et dans plusieurs villes d'Israël par des consultants de l'OMS; ces derniers ont également donné des avis techniques sur l'aménagement d'institutions de contrôle appropriées et sur l'organisation d'activités de recherches dans ce domaine. Des demandes d'enquêtes analogues ont été formulées au Pakistan Occidental, à Chypre et au Liban. Un séminaire sur la pollution de l'air est prévu pour 1967.

240. Le personnel spécialisé de l'OMS a prêté cette année assistance à la création et au développement de services d'hygiène du milieu auprès des administrations sanitaires nationales des pays suivants: Ethiopie, Irak, Liban, Somalie, Soudan et Tunisie.

241. L'OMS accorde une faute priorité à la formation professionnelle en matière de génie et de sciences sanitaires car cette activité contribue à fournir le personnel professionnel nécessaire aux services de santé publique et autres services gouvernementaux dont les activités se répercutent sur l'ensemble du public. Dans cette dernière catégorie sont inclus les services chargés de la construction et de l'exploitation des systèmes d'approvisionnement public en eau, des installations d'évacuation des déchets, des moyens de transport publics et des projets relatifs à l'habitat.

242. L'assistance de l'OMS a été demandée pour la mise au point d'un programme de formation professionnelle postuniversitaire à l'Université de Téhéran et à l'Université polytechnique de Lahore; elle a été également demandée en vue d'améliorer la formation des ingénieurs civils à l'Université Pahlavi de

Shiraz et à celle de Khartoum. La formation de techniciens de l'assainissement au niveau universitaire a été inaugurée dans la Région à l'Université américaine de Beyrouth et à l'Université de Téhéran; elle débutera prochainement à l'Université Pahlavi. Un cours supérieur de formation à l'intention d'auxiliaires sanitaires expérimentés sera organisé conjointement par la République Arabe Syrienne et l'OMS à Damas, en automne 1966; l'enseignement sera donné en arabe, et visera à préparer les candidats à assumer des fonctions de direction ou d'enseignement dans leurs pays respectifs. L'OMS continue à contribuer à la formation professionnelle de base des auxiliaires sanitaires en fournissant des instructeurs à l'Irak, à la Somalie, à la République Arabe Syrienne, à la Tunisie et au Yémen.

III INFORMATION

243. Au cours de l'année, l'activité du Service d'Information a été marquée notamment par la production d'une nouvelle série de reportages photographiques et d'articles documentaires sur divers problèmes sanitaires d'intérêt régional; par une recrudescence d'activités dans le cadre de la Journée mondiale de la Santé, axée cette année sur l'important problème de l'urbanisation; par la diffusion donnée aux délibérations des divers colloques que l'OMS a convoqués dans cette Région, et par l'élaboration de nouvelles archives photographiques.

244. Emissions radiophoniques et coupures de presse (quelque 400 colonnes) mettent en évidence l'intérêt croissant que porte aux problèmes de la santé la presse écrite et parlée de cette Région. Les contacts étroits entretenus avec ses divers représentants se sont soldés par l'insertion ou la diffusion d'un nombre accru d'articles sur l'OMS - reproduits textuellement ou rédigés sur la base des informations diffusées par le Bureau régional. Autre symptôme positif: beaucoup d'informations émanant de ce même Bureau ont été relayées par des agences de presse, tant nationales qu'internationales.

245. L'expérience acquise jusqu'ici a confirmé l'efficacité des méthodes actuelles d'information, qui contribuent à attirer l'attention du public sur l'importance des facteurs médicaux et sanitaires dans le processus complexe de l'assistance internationale. Le matériel d'information émanant du Bureau régional est diffusé notamment par l'entremise des représentants et conseillers de l'OMS détachés en plusieurs points de la Région, comme par l'intermédiaire des Centres d'Information des Nations Unies. Le recours à ces divers "relais" permet aux documents ainsi diffusés d'atteindre leurs destinataires à bref délai.

246. Communiqués et notes de presse, documentaires et "papiers exclusifs" constituent le fond de la production du Bureau régional. Les cours de formation et colloques organisés par l'OMS pour l'étude de sujets variés tels que

recherche médicale, alimentation industrielle, prévention routière et hygiène scolaire ont constitué des faits marquants pour l'année écoulée. Tous ces thèmes, qui reflètent le souci de l'Organisation pour le bien-être et la sécurité de l'homme - qu'il se trouve sur la route, à l'usine ou dans les champs - ont suscité un vif intérêt dans les milieux de la presse et de la radio. Les rédacteurs intéressés ont été abondamment documentés sur ces réunions qui ont, en conséquence, figuré en bonne place dans la presse régionale.

247. Autre sujet qui a retenu l'attention de la presse: le retour offensif du choléra, qui a mis une fois de plus en évidence le rôle essentiel de l'OMS - envoi d'experts dans les secteurs éprouvés, fourniture de doses vaccinales, réunion de colloques et organisation de stages d'études. Communiqués et articles de fond sur le choléra El Tor ont été généralement reproduits en bonne place dans les quotidiens et périodiques de la Région.

248. La session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, tenue à Addis-Abéba, a également suscité un regain d'intérêt pour les activités communes de l'Organisation et de ses Etats Membres régionaux. Les agences de presse ont notamment contribué à la diffusion rapide des principales informations sur cette session, dont la radio locale a donné de nombreux échos dans ses bulletins quotidiens.

249. L'urbanisation, autre problème de l'heure dans cette Région qui s'industrialise rapidement, était cette année le thème de la Journée mondiale de la Santé, qui a offert l'occasion de populariser les multiples aspects sanitaires, psychologiques et sociaux du problème en question. Cette Journée, qu'elle soit axée sur un thème précis ou sur l'ensemble des problèmes de santé, continue à susciter un vif mouvement d'intérêt. Allocutions, réunions publiques, émissions et causeries radiophoniques, éditoriaux et pages spéciales, expositions et autres initiatives, ont contribué au succès de cette Journée, qui figure désormais dans le calendrier des principales manifestations de bon nombre de pays.

250. La mise au point d'un système rationnel pour assurer la distribution du matériel d'information préparé à cette occasion (700 photos, 4 000 exemplaires d'un dossier d'information sur le thème adopté, enregistrements sur bandes et textes d'émissions radiophoniques) permet au Bureau régional de collaborer plus activement aux initiatives de la presse écrite et parlée, en la documentant au préalable pour la préparation de programmes spéciaux, d'éditoriaux ou de reportages illustrés.

251. L'année écoulée a également été marquée par la production d'une nouvelle série de reportages photographiques dans une veine qui rompt nettement avec les clichés cliniques usuels et offre un contenu humain susceptible de toucher un plus large public. Les sujets traités comportaient notamment la nutrition (Jordanie), la lutte antituberculeuse (République Arabe Syrienne), l'enseignement médical (Irak, Iran), la formation de techniciens de laboratoire (Liban), l'hygiène du travail (République Arabe Unie) et l'urbanisation (Koweit, Ethiopie, Pakistan). Le Service d'Information se propose de diffuser désormais un certain nombre de photos d'information qui seront adressées, au même titre que des communiqués, à une liste sélective de quotidiens et périodiques intéressés.

252. Autre méthode d'information qui touche un auditoire numériquement très important dans une Région où elle atteint un public tant illétré qu'inscrit - la radio figure en bonne place dans la production du Service d'Information, qui multiplie les interviews et images sonores enregistrées dans le vif de l'action de l'OMS, et s'efforce d'offrir aux émetteurs intéressés la matière de programmes documentaires.

253. Ce Service, qui suit de près l'expansion rapide que connaît dans cette Région la télévision, s'efforce de mettre à la disposition des émetteurs intéressés des documentaires et courts métrages sur les problèmes de la santé. Outre les stations de télévision, dont le nombre va croissant, divers réseaux

de salles cinématographiques ont été pressentis qui offrent à cet égard d'intéressantes perspectives pour assurer à certains de ces films l'audience qu'ils méritent.

254. Le propos du Bureau régional en matière d'information est certes de stimuler l'intérêt du public pour les activités de l'OMS et de ses Etats Membres; d'entretenir aussi cet intérêt en répondant aux demandes croissantes de documentation, qui ont pratiquement doublé en quelques années. Or cet effort, évidemment difficile à évaluer, semble gagner aux activités en question l'adhésion et l'appui d'un public de plus en plus large, si l'on en juge par la place accrue que leur réserve la presse de cette Région.

IV ADMINISTRATION ET FINANCES

GENERALITES

255. On a réussi à conserver la structure et les effectifs du personnel du Bureau régional en général, et des services administratifs en particulier, non seulement pendant la période considérée, mais aussi pour les deux années à venir, malgré l'augmentation notable du volume et du coût des activités régionales survenue pendant la période de 1963 à 1966.

256. Cette augmentation peut se mesurer de diverses manières; par exemple, si l'on exclut le Bureau régional en tant que tel, les activités menées sur le terrain au titre des diverses sources de fonds représentaient approximativement \$ 4 573 000 en 1965 contre \$ 3 823 000 en 1963 - soit près de 20% de plus. De même, le nombre de pièces justificatives passées en compte en 1963 était d'environ 4 300 contre 5 200 en 1965, ce qui correspond aussi à une différence de près de 20%. En 1966, l'ensemble des allocations régionales inscrites au budget ordinaire est d'environ \$ 800 000 supérieur au chiffre correspondant de 1965. De plus, les activités régionales de l'OMS financées par les pays mêmes au titre d'accords sur les fonds en dépôt se développent de la même façon. Néanmoins, les effectifs administratifs sont restés les mêmes et c'est là une constatation très satisfaisante.

257. Deux faits intéressants ressortent de l'examen de l'évolution administrative pendant l'année écoulée:

- Cinq des sept membres du personnel administratif qui occupaient en juin 1966 des postes élevés ou des postes de responsabilité à la tête de divers services avaient rallié leurs postes au Bureau régional depuis juin 1965. Un seul des cinq nouveaux venus a été recruté hors de l'Organisation, tandis que les cinq partants ont maintenant

rejoint d'autres bureaux régionaux. Parmi le personnel administratif international du Bureau régional, certains éléments ont déjà travaillé dans chacun des autres bureaux régionaux et au Bureau du Siège.

L'expérience acquise dans une Région est très utile pour les autres et cela prouve le bien-fondé de la politique de rotation du personnel administratif dans la catégorie professionnelle, qui a été adoptée il y a de nombreuses années. Lors d'un transfert, l'adaptation ne porte que sur des différences minimes d'optique, alors que pour le personnel venu de l'extérieur, la période d'adaptation est nettement plus longue. Le fait que l'augmentation soutenue du volume de travail peut être absorbée sans modification des services administratifs et sans que les opérations menées sur le terrain en subissent le contre-coup est encore un exemple des bienfaits de cette politique.

258. L'exécution du programme d'activités sur le terrain dans les délais prévus et son déroulement dans des conditions optimales sont parfois entravés par les difficultés surgies lorsqu'il s'agit de recruter pour les projets du personnel doté des qualifications techniques et linguistiques nécessaires, ainsi que d'une expérience pratique suffisante sans modifier pour autant la distribution géographique. En juin 1966, il y avait dans la Région près de soixante postes vacants à pourvoir à l'aide de personnel recruté à long terme. Certains pourront l'être par transferts intra-régionaux de personnels techniques au terme de leurs affectations actuelles. On a eu de plus en plus recours à un autre moyen pour résoudre au moins partiellement cette difficulté, à savoir au recrutement de consultants à court terme affectés temporairement à des postes vacants sur le terrain comme nous l'expliquons ci-après plus en détail.

EFFECTIF DU PERSONNEL EN FONCTION
AU 30 JUIN DE CHACUNE DES ANNÉES 1949-1966
BUREAU RÉGIONAL, BUREAUX DES REPRÉSENTANTS DE L'OMS
ET PERSONNEL SUR LE TERRAIN

— EFFECTIF TOTAL
+ + + + + PERSONNEL OPÉRANT SUR LE TERRAIN
- - - - BUREAU RÉGIONAL
..... BUREAUX DES REPRÉSENTANTS DE L'OMS

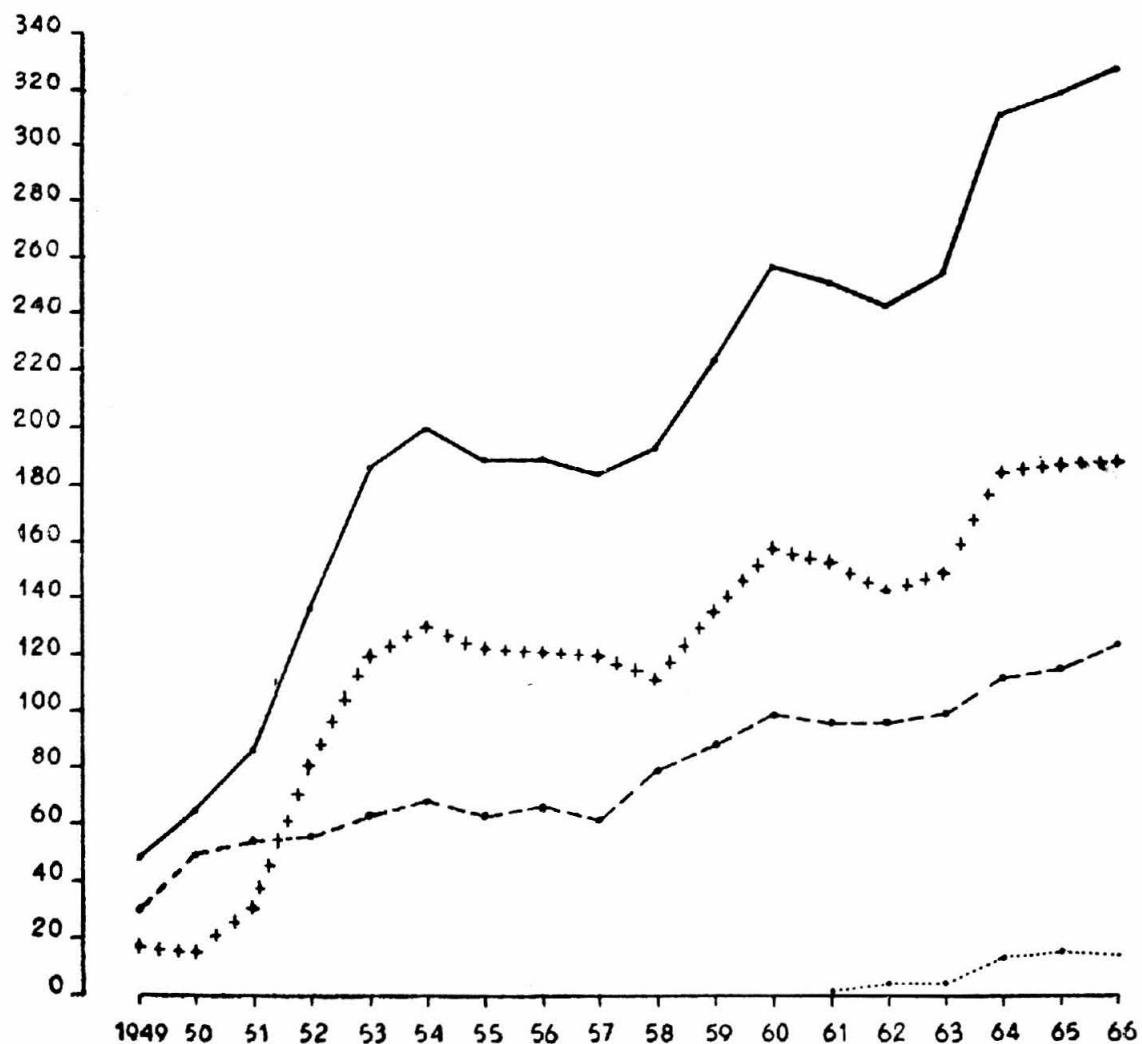


FIGURE X

PERSONNEL EN FONCTION SUR LE TERRAIN
AU 30 JUIN DE CHACUNE DES ANNÉES 1949 - 19
PAR CATÉGORIE PROFESSIONNELLE

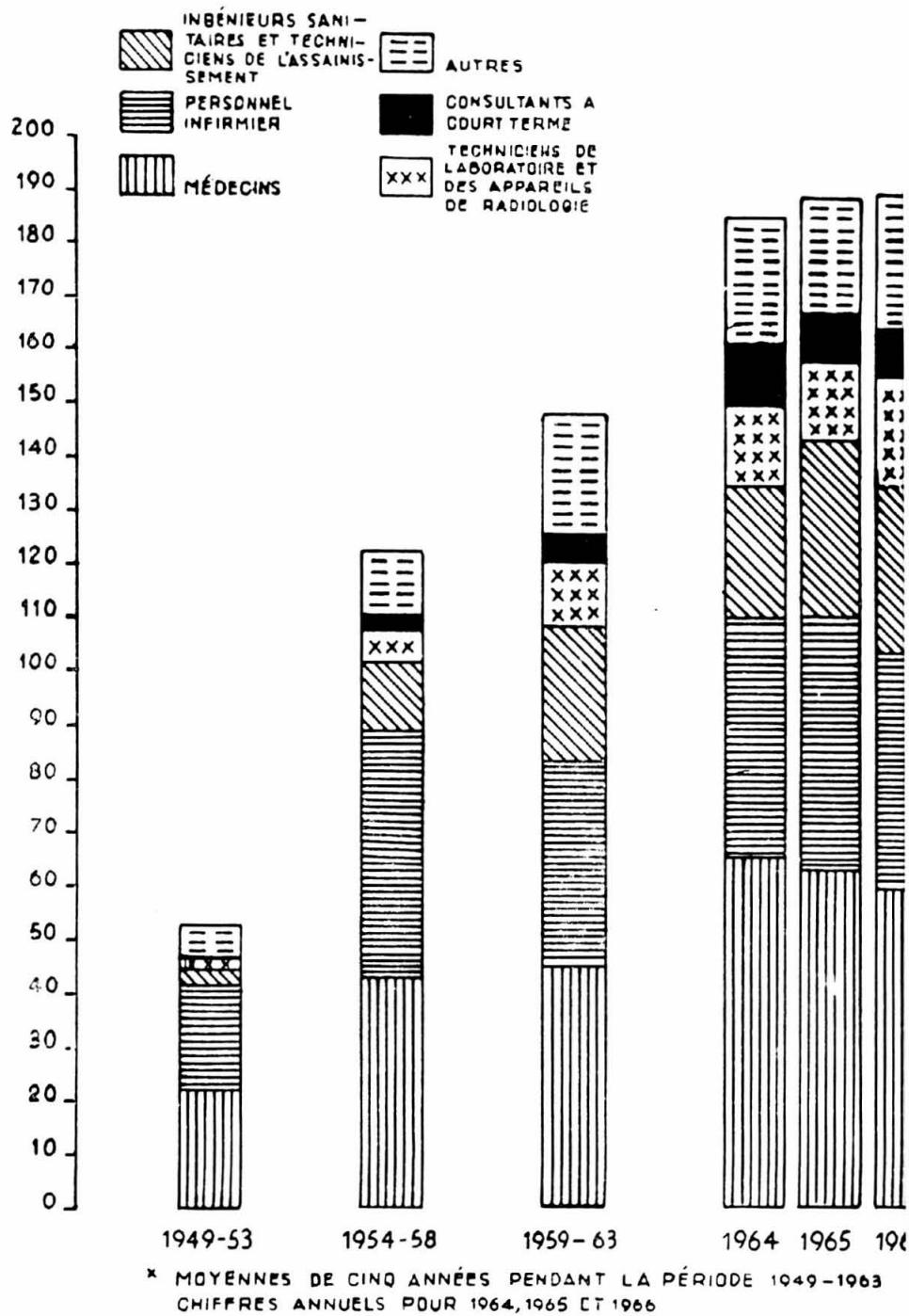


FIGURE XI

DÉPENSES DU BUREAU RÉGIONAL PAR SOURCE DE FONDS
1949—1965

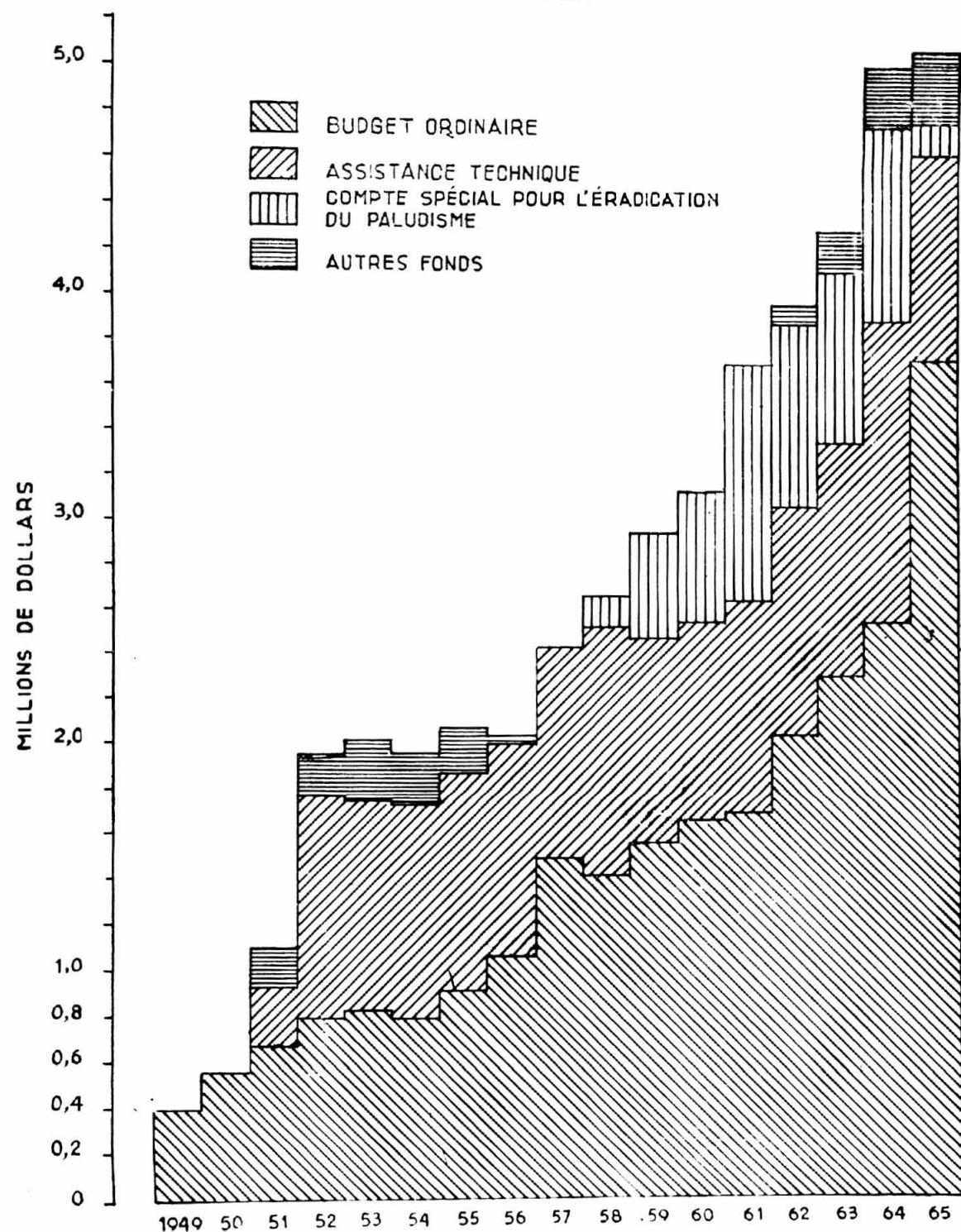
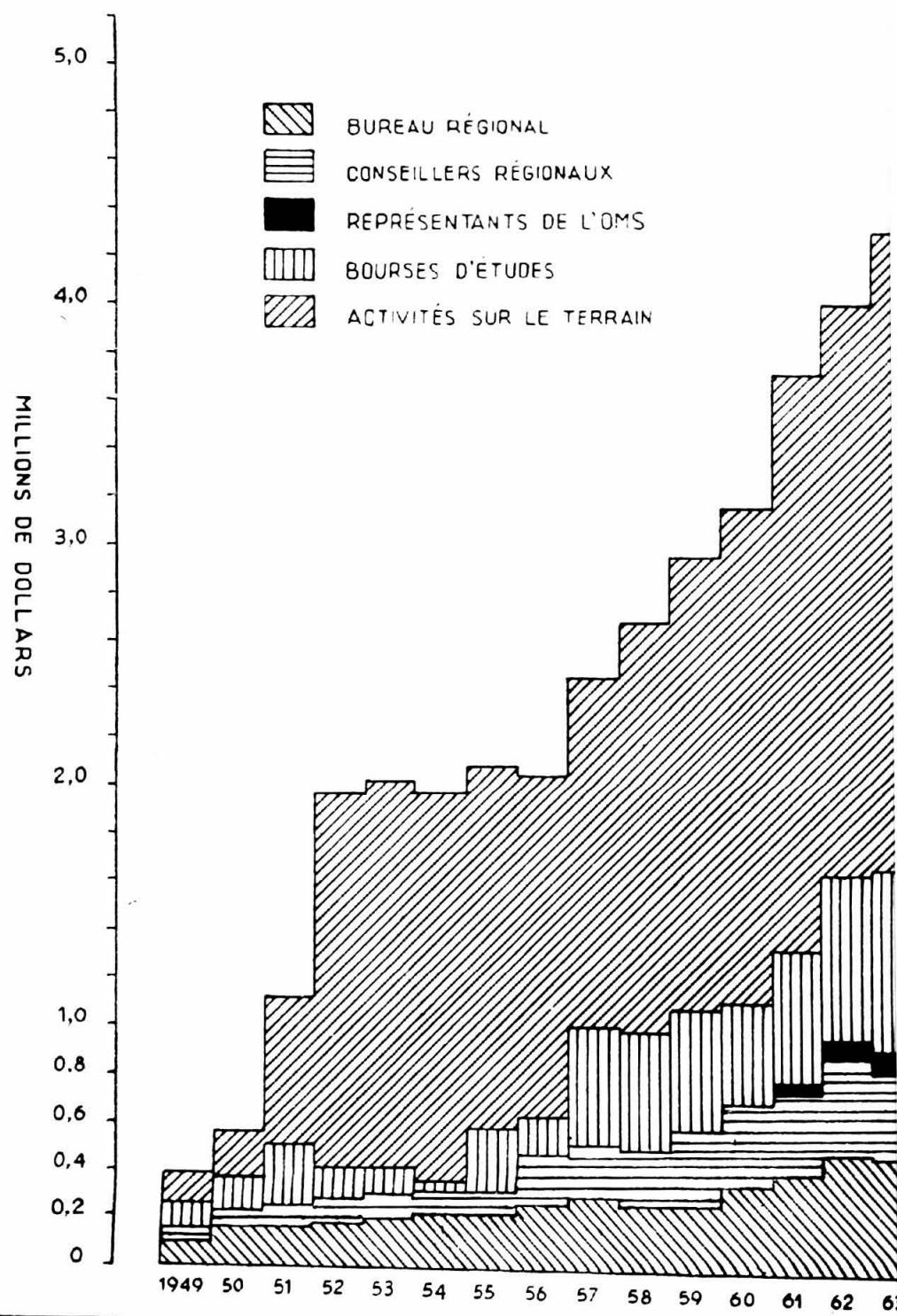


FIGURE XII

DÉPENSES DU BUREAU RÉGIONAL PAR GENRE D'A
1949—1965



PERSONNEL

259. Cette année, il y a eu de grands changements de personnel technique à la fois au Bureau régional et parmi les conseillers régionaux. Le Conseiller régional pour la Tuberculose est reparti au service de son Gouvernement et a été remplacé par un autre qui depuis plusieurs années se consacrait à des projets régionaux sur le terrain. L'Administrateur de la Santé publique de la Section du Paludisme a été transféré à un projet sur le terrain et remplacé par l'Epidémiologiste de la Section. Le Service de Coordination de l'Eradication du Paludisme s'est trouvé doté d'un effectif complet lorsqu'en mai 1966, un épidémiologiste et un entomologiste sont arrivés d'autres régions. Par ailleurs, le Conseiller pour les Radiations et Isotopes a pris sa retraite, le Conseiller pour la Nutrition est parti en congé sans traitement dans l'attente d'une autre affectation, et le Conseiller pour les Soins infirmiers a été transféré au Bureau régional de l'Afrique. Jusqu'ici, seul le Conseiller pour les Soins infirmiers a été remplacé par un autre Conseiller déjà familiarisé avec la Région du fait d'affectations antérieures sur le terrain et du remplacement du conseiller en titre assuré pendant plusieurs mois. Les postes de conseillers régionaux pour la santé mentale, la nutrition et les radiations et isotopes étaient encore vacants à la fin de la période considérée.

260. Dans les services généraux, les mouvements de personnel ont été assez importants. Quatorze membres du personnel occupant des postes réguliers ont quitté le Bureau régional; trois d'entre eux ont été transférés dans d'autres Bureaux de l'OMS, tandis qu'un certain nombre d'autres émigraient. Les postes qui se sont trouvés vacants de ce fait ont été pourvus et il est intéressant de noter que seulement quatre de ces nouveaux membres du personnel n'avaient aucune expérience antérieure de l'OMS ou d'autres organisations internationales, sept autres ayant travaillé au Bureau régional en tant que temporaires formés en cours d'emploi.

261. Les changements survenus parmi le personnel affecté aux projets peuvent se résumer comme suit: quarante-cinq membres de ces catégories ont terminé leur affectation dans la Région. Vingt et un d'entre eux ont été transférés dans d'autres régions, treize ont quitté l'Organisation, dont deux avaient atteint l'âge de la retraite, tandis que les onze autres reviendront peut-être dans cette Région ou dans d'autres après des périodes plus ou moins longues de congé sans traitement pour études ou convenances personnelles. Pour compenser ces pertes, quarante-trois membres du personnel affecté à des projets sont entrés en fonctions. Parmi eux, vingt-neuf ont dû être recrutés, les quatorze autres ayant été transférés d'autres secteurs d'activité de l'OMS. De plus, trente-quatre postes ont été pourvus dans les projets à l'aide de personnel actuellement en poste au terme d'affectations antérieures.

262. Quant aux consultants à court terme, neuf étaient déjà sur place au 1er juillet 1965; plusieurs ont travaillé dans divers projets. Au total cinquante-trois projets sur le terrain ont bénéficié de la présence de consultants. Onze de ces derniers n'avaient pas terminé leur affectation au 30 juin 1966.

263. Enfin, deux Représentants de l'OMS ont quitté leur poste en cours d'année. Le Représentant de l'OMS au Pakistan a pris sa retraite en mai 1966 et son départ laisse un vide dans ce pays et parmi ses collègues, car son travail et les réalisations remarquables qu'il a menées à bien portent l'empreinte d'une optique constructive. La plus grande partie de sa carrière au service de l'Organisation s'est déroulée dans cette Région, avec des affectations en tant que Conseiller principal de divers projets, Administrateur de la santé publique auprès du Bureau régional et Représentant de l'OMS au Pakistan. L'autre Représentant de l'OMS a vu renouveler son affectation au poste de professeur de santé publique à la nouvelle Faculté de Médecine de Tunis.

BUDGET ET FINANCES

264. Les économies réalisées en 1965 au titre du budget ordinaire et provenant surtout de retards à pourvoir des postes vacants ont servi à gonfler les allocations pour bourses d'études d'un bon nombre de pays, à répondre à des demandes spéciales de services consultatifs, et à procurer des fournitures et du matériel supplémentaires pour des projets sur le terrain. Les efforts déployés ont été couronnés de succès, puisqu'à la clôture des comptes de 1965, moins de 1% des fonds portés au crédit du budget ordinaire n'avaient pas été utilisés.

265. La mise en oeuvre du Programme des Nations Unies pour le Développement ne s'est pas déroulée au mieux en 1965. Bien que normalement ce Programme dût être réparti à peu près également sur les deux années de la période biennale, seulement 43% environ de ce Programme - au lieu de 50% - avaient été réalisés à la fin de 1965. Plusieurs causes sont à l'origine de ce contre-temps. Il a déjà été fait allusion aux difficultés de recrutement, mais la crise pakistanaise a constitué un autre obstacle au déroulement des activités d'Assistance technique dans ce pays, et enfin, plusieurs gouvernements ont modifié leurs demandes initiales pour certains projets, ce qui a nécessité de nouvelles consultations avant la poursuite des activités. Toutefois, tous les fonds dont l'affectation avait été approuvée restent disponibles jusqu'à la fin de 1966 et l'on peut donc espérer qu'avec la coopération des administrations nationales, l'application du Programme sur les deux ans sera en fin de compte satisfaisante dans son ensemble.

266. La préparation des projets du PNUD pour la prochaine période biennale (1967-1968) a commencé vers la fin de 1965. Les propositions de l'OMS quant à la part du nouveau programme affectée aux activités sanitaires ont été soumises en janvier 1966 aux autorités nationales chargées de la coordination et aux Représentants résidents du Programme des Nations Unies pour le

Développement. Des contacts étroits ont été maintenus avec les gouvernements et le PNUD jusqu'à la soumission des demandes récapitulatives en mai 1966. En bref, les programmes envisagés pour 1967-1968 peuvent se résumer comme suit: le montant en dollars des propositions formulées pour les nouveaux programmes de cinq pays est à peu près le même que pour la période biennale en cours, ce qui trahit en réalité une légère diminution si l'on considère que les dépenses de personnel ont augmenté. Dans quatre pays, il intervient une réduction considérable de la part affectée aux activités sanitaires. Quatre autres pays ont réussi à obtenir une certaine augmentation, mais un seul arrive à éléver sensiblement le pourcentage de cette part sur l'ensemble du programme. La réduction générale enregistrée pour ces quatre pays représente environ \$ 100 000 par rapport au programme initialement approuvé pour 1965-1966. Cette baisse est, dans une certaine mesure, compensée pour la Région dans son ensemble par le fait que trois pays, qui n'avaient aucune part sanitaire pendant la période en cours, ont maintenant obtenu dans le nouveau programme des parts modestes qui représentent au total \$ 47 400.

FURNITURES ET MATERIEL MEDICAUX

267. L'assistance apportée à ce domaine suit la tendance générale à l'expansion tant par le volume de matériel et de fournitures (documentation médicale comprise) financé par l'OMS, que par l'ampleur des achats remboursables effectués dans le cadre du programme de "Fournitures pour les Etats Membres".

268. Pendant la période considérée, 490 autorisations d'achat séparées étaient couvertes par les fonds de l'OMS, ce qui représente environ 9 700 articles et une somme approximative de \$ 425 000. De plus, les achats remboursables effectués pour le compte de six gouvernements s'élèvent à environ \$ 348 000.

269. Les chiffres indiqués ci-dessus ne tiennent compte ni du coût du vaccin antivariolique donné par le Gouvernement de la Jordanie à deux pays de la Région, ni de celui du vaccin anticholérique donné à deux reprises par le Gouvernement de l'Iran à des pays de la Région. En ces occasions, l'Organisation a joué le rôle d'intermédiaire, réglant, le cas échéant, le coût du frêt aérien.

A N N E X E S

ANNEXE I

PROJETS PAR PAYS

	No	Projet	Origine des fonds*	Etat d'avancement
ADEN	8	Programme pré-éradication du paludisme	Ordinaire/CSEP	En cours d'élaboration
	FISE 3	Services fondamentaux de protection maternelle et infantile	Ordinaire	En cours d'élaboration
ARABIE SAOUDITE	4	Paludisme: programme pré-éradication	Ordinaire/CSEP	En cours d'exécution
	7	Laboratoire de santé publique	Ordinaire/FD	En cours d'exécution
	13	Lutte contre la tuberculose (zone pilote nationale)	Ordinaire	En cours d'exécution
	15	Ecole d'assistants sanitaires et de techniciens de l'assainissement, Riyad	FD	Annulé
	24	Lutte contre la bilharziose	Ordinaire	En attente
	29	Services fondamentaux de santé publique et de soins médicaux	FD	En cours d'exécution

- * Ordinaire - Fonds prélevés sur le budget ordinaire de l'OMS
- PNUD - Programme des Nations Unies pour le Développement
- FS - Fonds spécial
- CSEP - Compte spécial pour l'éradication du paludisme
- APE - Approvisionnement public en eau
- FAO - Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
- FISE - 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	Interrompu, reprise en préparation
	34	Services consultatifs pour l'élaboration des programmes sanitaires	FD	Terminé
	35	Formation de personnel médical et de personnel sanitaire	FD	En cours d'exécution
	36	Gestion de la pharmacie et des magasins de fournitures médicales	FD	En cours d'élaboration
	38	Génie sanitaire et hygiène municipale	FD	En cours d'exécution
	39	Lutte contre le cancer	FD	En attente
CHYPRE	1	Enseignement infirmier	PNUD	En cours d'exécution
	15	Laboratoire de santé publique (chimie légale)	PNUD	En cours d'élaboration
	18	Elimination des eaux d'égout	Ordinaire	En cours d'exécution
	19	Statistiques démographiques et sanitaires	PNUD	En cours d'élaboration
	20	Planification et administration hospitalières	Ordinaire	Terminé
ETHIOPIE	3	Statistiques démographiques et sanitaires: Services consultatifs	PNUD	En cours d'élaboration
	6	Lutte contre la tuberculose	PNUD/FISE	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
ETHIOPIE (suite)	9	Collège de santé publique et Centre de formation professionnelle, Gondar	Ordinaire/FISE	En cours d'exécution
	17	Enseignement de la médecine	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	24	Epidémiologie: services consultatifs	PNUD	En cours d'élaboration
	25	Equipe de direction des centres de santé	Ordinaire	En cours d'exécution
	29	Cours pour techniciens de radiologie	PNUD	En cours d'exécution
	30	Département de la nutrition	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	32	Approvisionnement public en eau, assistance aux provinces	APE/PNUD	En cours d'élaboration
	34	Assistance au service sanitaire municipal, Addis Abéba	Ordinaire	En cours d'élaboration
	37	Assistance en matière de planification sanitaire	PNUD	En cours d'élaboration
	39	Centre de préparation à l'éradication du paludisme	Ordinaire/CSEP	En cours d'exécution
	40	Programme pré-éradication	Ordinaire/PNUD/FISE/CSEP	En cours d'exécution
	5	Lutte contre la lèpre	Ordinaire	Terminé
IRAK	11	Eradication du paludisme	Ordinaire/FISE/CSEP	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
IRAK (suite)	15	Lutte contre la bilharziose	PNUD	En cours d'exécution
	18	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	Ordinaire/ FISE	Terminé
	25	Banque du sang	Ordinaire	Terminé
	33	Ecole de médecine, Bagdad	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	35	Formation de personnel sanitaire	PNUD	En cours d'exécution
	37	Ecole d'infirmières, Bagdad	Ordinaire	En cours d'exécution
	38	Laboratoire de virologie	Ordinaire	Terminé
	42	Epidémiologie: services consultatifs	PNUD	En cours d'exécution
	43	Lutte contre le cancer	Ordinaire	En cours d'élaboration
	47	Problèmes de santé publique relatifs au logement	PNUD	Terminé
IRAN	49	Santé rurale: services consultatifs	PNUD	En cours d'exécution
	58	Ecole de médecine, Mossoul	Ordinaire/ FD	En cours d'élaboration
	59	Chirurgie thoracique: services consultatifs - Bagdad	Ordinaire	En cours d'élaboration
	1	Programme d'éradication du paludisme	Ordinaire/ FISE/CSEP	En cours d'exécution
	7	Institut de la nutrition	PNUD/FAO/ FISE	En cours d'exécution
	19	Lutte contre la lèpre	Ordinaire	Terminé
	26	Services de laboratoire de santé publique	Ordinaire	Terminé

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
IRAN (suite)	28	Santé mentale	Ordinaire	En cours d'exécution
	29	Lutte contre le cancer	Ordinaire	En cours d'exécution
	37	Enseignement infirmier: Ecole d'Infirmières de la Société Lion et Soleil rouges, Rey	PNUD	Terminé
	38	Lutte contre la bilharziose	PNUD	En cours d'exécution
	43	Enseignement postuniversitaire de la santé publique, Téhéran	Ordinaire	En cours d'exécution
	45	Lutte contre la pollution de l'air	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	47	Réadaptation et programme d'enseignement de la physiothérapie	Ordinaire	En cours d'exécution
	49	Institut supérieur de soins infirmiers, Téhéran	PNUD	En cours d'élaboration
	52	Enseignement infirmier supérieur	Ordinaire	En cours d'élaboration
	53	Laboratoire pour le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques	PNUD	En cours d'élaboration
	57	Ecole supérieure de sages-femmes, Meshed	Ordinaire	Terminé
	59	Faculté de Médecine, Ispahan	Ordinaire	En cours d'exécution
	64	Centre national de transfusion sanguine	Ordinaire	Terminé

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
IRAN (suite)	65	Enseignement du génie sanitaire, Université Pahlavi, Shiraz	Ordinaire	En cours d'élaboration
ISRAEL	5	Eradication du paludisme	Ordinaire	Terminé
	7	Enseignement infirmier	Ordinaire	En cours d'élaboration
	24	Psychiatrie et santé mentale de l'enfance	FD	En cours d'élaboration
	25	Enseignement de la médecine	Ordinaire	En cours d'élaboration
	38	Enquête sur la pollution de l'air	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	41	Traitemet et conservation des eaux industrielles	APE	En cours d'élaboration
JORDANIE	2	Enseignement infirmier	PNUD	En cours d'exécution
	6	Programme d'éradication du paludisme	PNUD/FISE	En cours d'exécution
	9	Laboratoire de santé publique	Ordinaire	Terminé
	11	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	PNUD/FISE	Interrompu, reprise en préparation
	16	Division de la nutrition	Ordinaire	En cours d'élaboration
	21	Services de santé scolaire	Ordinaire	En cours d'élaboration
	23	Production de vaccins	Ordinaire/FISE	En cours d'élaboration

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
JORDANIE (suite)	25	Santé publique: services consultatifs	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	27	Services municipaux de distribution d'eau et d'évacuation des eaux usées	PNUD	En cours d'exécution
	28	Services de réadaptation	Ordinaire	Terminé
	29	Lutte antituberculeuse (zone pilote nationale)	Ordinaire/FISE	Terminé
	30	Laboratoire de virologie	Ordinaire	En cours d'élaboration
	32	Etude sur l'élimination des déchets, Jérusalem	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	34	Planification et organisation des services hospitaliers	Ordinaire/PNUD	Interrompu, reprise en préparation
KOWEIT	2	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	Ordinaire	Terminé
	14	Evacuation des déchets solides	FD	Terminé
	15	Lutte contre les insectes	FD	Terminé
	16	Réadaptation des personnes physiquement diminuées	FD	En cours d'élaboration
	17	Lutte contre la lèpre	Ordinaire	Terminé
	18	Enseignement de la médecine: équipe consultative	Ordinaire	En cours d'exécution
LIBAN	4	Service de santé rural	PNUD/FISE	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
LIBAN (suite)	7	Programme d'éradication du paludisme	Ordinaire/FISE	En cours d'élaboration
	10	Enseignement infirmier	Ordinaire	En cours d'élaboration
	17	Hygiène du milieu	PNUD/FISE	En cours d'exécution
	31	Réadaptation des personnes physiquement diminuées	Ordinaire	En cours d'exécution
	32	Lutte contre la lèpre	Ordinaire	Terminé
	36	Gestion de la pharmacie et des magasins de fournitures médicales	Ordinaire	En cours d'exécution
	41	Banque du sang	Ordinaire	En cours d'exécution
	42	Services municipaux de santé (dératisation)	Ordinaire	Terminé
	46	Evacuation des déchets et des eaux d'égout	Ordinaire/FS	En cours d'élaboration
	47	Laboratoires régionaux	Ordinaire	En cours d'élaboration
LIBYE	2	Centre de formation et de démonstration en matière de protection maternelle et infantile, Souk el Djouma, Tripoli	FD	En cours d'exécution
	3	Enseignement infirmier, Tripoli	Ordinaire/FISE	En cours d'exécution
	7	Ecole de techniciens de la santé, Benghazi	PNUD/FD/FISE	En cours d'exécution
	9	Programme d'éradication du paludisme	Ordinaire/FD	En cours d'exécution
	12	Protection maternelle et infantile, Cyrénaïque	FD/FISE	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
LIBYE (suite)	20	Service de nutrition	PNUD/FAO	En cours d'exécution
	21	Protection maternelle et infantile: services consultatifs et services de surveillance	FD	En cours d'exécution
	22	Lutte contre la tuberculose (zone pilote)	PNUD/FD/FISE	En cours d'exécution
	24	Lutte contre la bilharziose	PNUD/FD	En cours d'élaboration
	27	Planification sanitaire nationale	FD	En cours d'exécution
PAKISTAN	11	Institut d'hygiène et de médecine préventive, Lahore	Ordinaire	En cours d'élaboration
	30	Enseignement infirmier, Pakistan Oriental	Ordinaire/FISE	Annulé
	33	Institut de santé publique, Pakistan Oriental	PNUD	En cours d'exécution
	34	Enseignement du génie sanitaire, Lahore	Ordinaire	En cours d'élaboration
	36	Programme d'éradication du paludisme	Ordinaire/FISE/CSEP	En cours d'exécution
	39	Lutte contre la lèpre	Ordinaire/FISE	En cours d'exécution
	40	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	PNUD/FISE	En attente
	41	Bilan des activités d'éradication de la variole au Pakistan Oriental	Ordinaire	Terminé
	42	Atelier d'orthopédie	PNUD/FISE	Interrompu

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
PAKISTAN (suite)	44	Enseignement infirmier, Pakistan Occidental	PNUD	Terminé
	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	PNUD/FISE	En cours d'exécution
	51	Santé publique: services consultatifs Pakistan Oriental	Ordinaire	Terminé
	52	Santé publique: services consultatifs Pakistan Occidental	Ordinaire/FISE	Annulé
	54	Approvisionnement public en eau et assainissement rural, Pakistan Occidental	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	55	Services d'hygiène du milieu	Ordinaire	En cours d'élaboration
	57	Statistiques des hôpitaux et centres de santé	PNUD	En cours d'élaboration
	60	Protection contre les radiations	Ordinaire	En cours d'élaboration
	61	Médecine et hygiène tropicales, Institut de santé publique, Dacca	Ordinaire	En cours d'élaboration
	62	Nutrition: Services consultatifs	Ordinaire	En cours d'exécution
	64	Epidémiologie et statistiques sanitaires: services consultatifs	Ordinaire	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
PAKISTAN (suite)	65	Formation de personnel pour l'approvisionnement en eau et les eaux d'égouts, Pakistan Occidental	APE/FS	En cours d'élaboration
	69	Institut du génie sanitaire, Pakistan Oriental	APE/FS	En cours d'élaboration
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE	2	Programme d'éradication du paludisme	CSEP/PNUD/ FISE	En cours d'exécution
	4	Lutte contre la bilharziose	Ordinaire/ FISE	En cours d'élaboration
	16	Service de santé rural	PNUD	En cours d'exécution
	20	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	Ordinaire/ FISE	En cours d'exécution
	30	Laboratoire de la santé publique et des maladies endémiques	Ordinaire	En cours d'exécution
	33	Lutte contre le cancer	Ordinaire	En attente
	37	Enseignement infirmier, Damas	Ordinaire	En cours d'exécution
	39	Formation de techniciens de l'assainissement	PNUD	En cours d'exécution
	45	Lutte contre la tuberculose (zone pilote nationale)	Ordinaire/ FISE	Terminé
	47	Ecole de médecine, Alep	PNUD	En cours d'élaboration
	48	Centre de réadaptation médicale	Ordinaire	Terminé
	51	Génie sanitaire (élimination des eaux d'égout)	PNUD	En cours d'élaboration

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE (suite)	52	Elimination des déchets	Ordinaire	Terminé
	53	Lutte contre la lèpre	Ordinaire	Terminé
	54	Approvisionnement public en eau, Vallée de l'Euphrate	APE/PNUD	En cours d'élaboration
REPUBLIQUE ARABE UNIE	23	Programme d'éradication du paludisme	Ordinaire/CSEP/FISE	En cours d'élaboration
	27	Institut supérieur de Santé publique, Université d'Alex.	Ordinaire/FISE	En cours d'élaboration
	30	Service de prématurés	Ordinaire/FISE	Terminé
	35	Institut de la nutrition	PNUD/FAO	Ajourné
	37	Laboratoire de recherches virologiques	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	38	Centre de recherches de génie sanitaire, Université d'Alexandrie	PNUD	En cours d'élaboration
	44	Centre de production de sérum concentrés	PNUD	En cours d'élaboration
	49	Projet pilote et centre de formation pour la lutte contre la bilharziose	Ordinaire/FISE	En cours d'exécution
	50	Enseignement infirmier	PNUD	En cours d'exécution
	52	Production de vaccin antivariolique sec	Ordinaire	Annulé
	58	Département de physiothérapie, Centre antipolio-myélitique du Caire	Ordinaire	Ajourné

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
REPUBLIQUE ARABE UNIE (suite)	60	Institut supérieur de soins infirmiers, Université du Caire	Ordinaire	En cours d'exécution
	61	Approvisionnement en eau et évacuation des eaux d'égout, Assouan et Louxor	FS	En cours d'exécution
	62	Cours de pédiatrie sociale	Ordinaire	En cours d'élaboration
	63	Centre de production de vaccins virologiques	Ordinaire	En cours d'élaboration
	FISE 6	Programme de nutrition pour la Province de Beheira	PNUD/FISE	En cours d'exécution
SOMALIE	2	Paludisme: programme pré-éradication	Ordinaire/ PNUD/FISE/ CSEP	En cours d'exécution
	8	Formation de personnel sanitaire	Ordinaire/ FISE	En cours d'exécution
	11	Lutte contre la tuberculose	PNUD/FISE	En cours d'exécution
	13	Services sanitaires de base	PNUD	En cours d'exécution
	15	Enseignement infirmier	PNUD	En cours d'exécution
	18	Services d'hygiène du milieu	Ordinaire	En cours d'exécution
	20	Organisation des soins médicaux	PNUD	En cours d'exécution
	21	Gestion de la pharmacie et des magasins de fournitures médicales	PNUD	Terminé

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
SOMALIE (suite)	25	Laboratoire de santé publique	Ordinaire	En cours d'exécution
	26	Formation d'assistants dentaires, Hargeisa	Ordinaire/ FISE	Annulé
SOUDAN	6	Paludisme: programme pré-éradication	Ordinaire/ CSEP	En cours d'exécution
	7	Enseignement infirmier, Khartoum	Ordinaire	En cours d'exécution
	15	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	PNUD/FISE	En cours d'exécution
	19	Zone de démonstration de santé rurale	PNUD/FISE	En cours d'exécution
	20	Division de la nutrition, Khartoum	Ordinaire/ FISE	En cours d'exécution
	26	Lutte contre l'onchocercose	Ordinaire	En cours d'élaboration
	27	Cours de génie sanitaire, Université de Khartoum	Ordinaire	En cours d'élaboration
	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/ CSEP	En cours d'exécution
	36	Hygiène du milieu	Ordinaire	En cours d'exécution
	38	Statistiques démographiques et sanitaires: services consultatifs	Ordinaire	En cours d'exécution
	39	Enseignement de la pédiatrie	Ordinaire/ FISE	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
PROJETS INTER- PAYS (suite)	62	Formation de techniciens de radiologie-médicale	PNUD	En cours d'exécution
	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'assainissement	PNUD	En cours d'élaboration
	83	Séminaire sur l'enseignement de l'hygiène scolaire	PNUD	Terminé
	84	Enseignement de la médecine	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	90	Cours régional de préparation à la lutte contre le cancer	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	96	Services municipaux d'enlèvement des ordures et lutte contre les mouches	Ordinaire	Ajourné
	97	Formation de personnel pour les installations hydrauliques	Ordinaire	En cours d'élaboration
	100	Séminaire mixte OMS/FAO/OIT sur l'alimentation des travailleurs de l'industrie	Ordinaire	Terminé
	101	Archives médicales: services consultatifs	PNUD	En cours d'exécution
	105	Aspects nutritionnels des activités de protection maternelle et infantile	Ordinaire	En cours d'élaboration

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
PROJETS INTER- PAYS (suite)	107	Séminaire sur l'administration des services de soins infirmiers	Ordinaire	En cours d'élaboration
	117	Hygiène des denrées alimentaires stockées	Ordinaire	En cours d'élaboration
	118	Manuel de nutrition à l'usage des pays du Moyen Orient	Ordinaire	En cours d'élaboration
	123.01	Cours régional de formation supérieure sur la bactériologie du choléra, Beyrouth 1966	Ordinaire	Terminé
	124	Réunion de groupe sur l'organisation de la recherche médicale	Ordinaire	Terminé
	125	Choléra - groupe régional itinérant, 1965	Ordinaire	Terminé
	129	Formation de bibliothécaires	Ordinaire	Interrompu, reprise en préparation
	130	Formation d'infirmières psychiatriques, Beyrouth	Ordinaire	En cours d'exécution
	136	Prévention et lutte contre le choléra - Equipe régionale	Ordinaire	En cours d'exécution
	139	Enquête sur l'hygiène de la maternité et de l'enfance (Etats sous régime de traités)	Ordinaire	En cours d'élaboration

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
SOUDAN (suite)	42	Approvisionnement public en eau, Gezireh	APE	En cours d'exécution
	43	Electro-encéphalographie	Ordinaire	En cours d'élaboration
	46	Formation de personnel pour les installations hydrauliques	APE	En cours d'élaboration
TUNISIE	3	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	PNUD/FISE	Interrompu, reprise en préparation
	6	Protection maternelle et infantile, centre de démonstration et de formation professionnelle	PNUD/FISE	En cours d'exécution
	15	Lutte contre la teigne	Ordinaire	Terminé
	17	Programme d'éradication du paludisme	Ordinaire/ PNUD	En cours d'exécution
	18	Services d'hygiène du milieu	PNUD	En cours d'exécution
	27	Enseignement de la médecine	Ordinaire	En cours d'exécution
	29	Centre de réadaptation médicale	PNUD	En cours d'exécution
	31	Formation de personnel sanitaire	Ordinaire	En cours d'exécution
	33	Centre de formation pour la réparation et l'entretien des appareils médicaux	PNUD	En cours d'exécution
	34	Enseignement infirmier	PNUD	En cours d'exécution
	3	Administration de la santé publique	Ordinaire	En cours d'exécution

Pays	No	Projet	Origine des fonds	Etat d'avancement
YEMEN (suite)	4	Paludisme: programme pré-éradication	Ordinaire	Terminé
	8	Centre de santé et d'enseignement sanitaire, Sana'a	PNUD/FISE	En cours d'exécution
	15	Services de santé locaux, Hodeida et Taiz	Ordinaire/FISE	En cours d'exécution
	16	Eradication de la variole	Ordinaire	En cours d'élaboration
PROJETS INTER- PAYS	7	Centre de préparation au développement communautaire pour les Etats Arabes - Sirs-el-Layyan	PNUD	En cours d'exécution
	23	Hygiène dentaire	Ordinaire	En cours d'élaboration
	36.02	Réunion de groupe sur les statistiques démographiques et sanitaires, 1965	Ordinaire	Terminé
	43	Services consultatifs	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
	55	Assistance aux bibliothèques médicales	Ordinaire	En attente
	58	Equipe d'évaluation de l'éradication du paludisme	Ordinaire	En cours d'exécution
	61	Cours pour techniciens de laboratoire	Ordinaire	En cours d'exécution

ANNEXE II

ACCORDS CONCLUS ENTRE LE 1er JUILLET 1965 ET LE 30 JUIN 1966

PLANS D'OPERATIONS, AVENANTS ET LETTRES D'ACCORD

ADEN/FISE 1 Formation professionnelle et protection maternelle et infantile

Amendement - Avenant I au Plan d'opérations portant sur l'assistance du FISE

ARABIE SAOUDITE 4 Programme pré-éradication du paludisme
Avenant II au Plan d'opérations portant sur les années 1965-1966

ARABIE SAOUDITE 38 Génie sanitaire et hygiène municipale
Plan d'opérations portant sur le recrutement d'un ingénieur sanitaire

CHYPRE 1 Enseignement infirmier
Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'en 1966

CHYPRE 18 Elimination des eaux d'égouts
Lettre d'accord
Consultant à court terme

CHYPRE/FISE 1 Planification et administration hospitalières d'hygiène rurale
Lettre d'accord
Consultant à court terme

CHYPRE/FISE 1 Services d'hygiène maternelle et infantile - services d'hygiène
Lettre d'accord
Prolongation de la validité du Plan d'opérations jusqu'au 31 décembre 1966

ETHIOPIE 9	Ecole de santé publique et centre de formation professionnelle de Gondar Avenant III au Plan d'opérations prolongeant sa validité jusqu'à fin 1966
ETHIOPIE 17	Enseignement de la médecine Lettre d'accord Consultant à court terme
ETHIOPIE 24	Epidémiologie : Services consultatifs Lettre d'accord Consultant à court terme
ETHIOPIE 25	Equipe de direction des centres de santé Avenant I au Plan d'opérations prolongeant sa validité jusqu'à la fin de 1966 et comportant des modifications pour le programme
ETHIOPIE 29	Cours de techniciens de radiologie Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1966
ETHIOPIE 30	Département de la nutrition Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1966
ETHIOPIE 40	Programme pré-éradication du paludisme Avenant V au Plan d'opérations portant sur les engagements de 1965
ETHIOPIE 40	Programme pré-éradication du paludisme Avenant VI au Plan d'opérations portant sur les fournitures et le matériel procurés en 1965

IRAK 5	Lutte contre la lèpre Lettre d'accord Consultant à court terme
IRAK 11	Eradication du paludisme Avenant VI au Plan d'opérations portant sur l'engagement d'un entomologiste en 1965
IRAK 11	Eradication du paludisme Avenant VII au Plan d'opérations portant sur l'engagement d'un entomologiste pour 1965 et 1966
IRAK 18	Lutte contre les ophtalmies transmissibles Avenant II au Plan d'opérations Consultant à court terme
IRAK 25	Banque du sang Lettre d'accord Consultant à court terme
IRAK 33	Ecole de médecine de Bagdad Plan d'opérations portant sur le personnel, les fournitures, le matériel et les bourses d'études
IRAK 38	Laboratoire de virologie Lettre d'accord Consultant à court terme
IRAN 1	Programme d'éradication du paludisme Avenant IV au Plan d'opérations portant sur l'assistance fournie en 1965
IRAN 1	Programme d'éradication du paludisme Avenant V au Plan d'opérations portant sur le consultant, les fournitures, le matériel et les bourses d'études procurés en 1965

IRAN 7	Institut de la nutrition Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'à la fin de 1966
IRAN 19	Lutte contre la lèpre Lettre d'accord Consultant à court terme
IRAN 26	Laboratoire de santé publique Lettre d'accord Consultant à court terme
IRAN 28	Services de santé mentale Lettre d'accord Consultant à court terme
IRAN 43	Enseignement postuniversitaire de la santé publique Lettre d'accord Consultant à court terme
IRAN 43	Enseignement postuniversitaire de la santé publique Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1966-1967
IRAN 49	Institut supérieur de soins infirmiers de Téhéran Plan d'opérations portant sur les années 1965 à 1968
IRAN 53	Laboratoire pour le contrôle de la qualité des préparations pharmaceutiques Lettre d'accord Consultant à court terme

IRAN 59	Faculté de médecine d'Ispahan Plan d'opérations portant sur le personnel, les fournitures, le matériel et les bourses d'études
ISRAEL 7	Enseignement infirmier Lettre d'accord Consultant à court terme
ISRAEL 25 (EMRO 43)	Enseignement de la médecine Lettre d'accord Consultant à court terme
ISRAEL 38	Enquête sur la pollution de l'air Lettre d'accord Consultant à court terme
ISRAEL 41	Traitemennt et conservation des eaux industrielles Lettre d'accord Consultant à court terme
JORDANIE 6	Eradication du paludisme Avenant VII au Plan d'opérations portant sur les obligations de l'OMS pour 1965
JORDANIE 6	Eradication du paludisme Avenant VIII modifiant les articles I et II du Plan d'opérations
JORDANIE 9	Laboratoire de santé publique Lettre d'accord Consultant à court terme

JORDANIE 9	Laboratoire de santé publique Lettre d'accord portant sur les fournitures et les bourses d'études
JORDANIE 11	Lutte contre les ophtalmies transmissibles Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour jusqu'à la fin de 1966
JORDANIE 16	Laboratoire de nutrition Lettre d'accord Consultant à court terme
JORDANIE 29	Lutte antituberculeuse (zone pilote nationale) Avenant I au Plan d'opérations couvrant les engagements prévus pour 1965 et 1966
JORDANIE 34	Planification et organisation des services hospitaliers Lettre d'accord Consultant à court terme
JORDANIE/FISE 4	Projet d'hygiène fondamentale et de formation professionnelle Plan d'opérations couvrant les engagements prévus pour 1965 et 1966
KOWEIT 15	Lutte contre les insectes Lettre d'accord Consultant à court terme
KOWEIT 17	Lutte contre la lèpre Lettre d'accord Consultant à court terme

KOWEIT 18	Enseignement de la médecine: Equipe consultative Lettre d'accord Consultants à court terme
LIBAN 10	Enseignement infirmier Lettre d'accord Consultant à court terme
LIBAN 31	Réadaptation des personnes physiquement diminuées Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'à juillet 1967
LIBAN 41	Banque du sang Lettre d'accord Consultant à court terme
LIBYE 2	Centre de formation et de démonstration en matière de protection maternelle et infantile, Souk-el-Djouma Plan d'opérations portant sur le personnel, les fournitures, le matériel et les bourses d'études de 1966-1967
LIBYE 7	Ecole de techniciens de la santé, Benghazi Avenant IV au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965
LIBYE 7	Ecole de techniciens de la santé, Benghazi Avenant V au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
LIBYE 20	Service de nutrition Lettre d'accord portant sur les engagements prévus pour 1965-1966

LIBYE 24	Lutte contre la bilharziose Lettre d'accord Consultant à court terme
PAKISTAN 13	Campagne de vaccination de masse par le BCG Avenant VII au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
PAKISTAN 30	Enseignement infirmier, Pakistan Oriental Plan d'opérations portant sur les obligations de l'OMS jusqu'à la fin de 1965
PAKISTAN 36	Programme d'éradication du paludisme Avenant VII au plan d'opérations portant sur les engagements de 1965
PAKISTAN 42	Atelier d'orthopédie Avenant II au Plan d'opérations portant sur les bourses d'études et prolongeant la validité du plan d'opérations jusqu'à la fin de 1965
PAKISTAN 44	Enseignement infirmier, Pakistan Occidental Avenant III au Plan d'opérations portant sur les engagements de 1965
PAKISTAN 48	Laboratoire national de santé publique Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1966-1967
PAKISTAN 54	Approvisionnement public en eau et assainissement rural, Pakistan Occidental Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour jusqu'à la fin de 1966

PAKISTAN 62	Institut de la nutrition Lettre d'accord Consultant à court terme
PAKISTAN 64	Epidémiologie et statistiques sanitaires : services consultatifs Lettre d'accord Consultant à court terme
PAKISTAN/FISE 2	Centres de protection maternelle et infantile Avenant IX au Plan d'opérations prolongeant la durée de l'assistance jusqu'à la fin de 1966
PAKISTAN/FISE 16	Développement communautaire urbain Avenant III au Plan d'opérations, portant sur la continuation et l'expansion du programme en vue de couvrir d'autres projets de DCU
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE 2	Programme d'éradication du paludisme Avenant IX au Plan d'opérations portant sur les engagements de 1965
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE 2	Programme d'éradication du paludisme Avenant X au Plan d'opérations rappelant les modifications apportées en 1965 au Plan d'action
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE 4	Lutte contre la bilharziose Lettre d'accord Consultant à court terme
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE 20	Lutte contre les ophtalmies transmissibles Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1966-1967
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE 37	Enseignement infirmier, Damas Avenant I prolongeant la validité du Plan d'opérations jusqu'en 1967

REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE 48 (EMRO 43)	Centre de réadaptation médicale Lettre d'accord Consultant à court terme
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE 52	Elimination des déchets Lettre d'accord Consultant à court terme
REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE 53 (EMRO 43)	Lutte contre la lèpre Lettre d'accord Consultant à court terme
REPUBLIQUE ARABE UNIE 23	Programme d'éradication du paludisme Lettre d'accord portant sur les engagements de 1965-1966
REPUBLIQUE ARABE UNIE 30	Service de prématurés Plan d'opérations portant sur les engagements de 1965
REPUBLIQUE ARABE UNIE 37	Laboratoire de recherches virologiques Lettre d'accord portant sur le matériel et les fournitures
REPUBLIQUE ARABE UNIE 38	Recherches en matière de génie sanitaire Plan d'opérations portant sur les consultants à court terme, les fournitures et le matériel supplé- mentaire ainsi que les bourses d'études jusqu'à la fin de 1966
REPUBLIQUE ARABE UNIE 49	Projet pilote et centre de formation pour la lutte contre la bilharziose Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements de 1966

REPUBLIQUE ARABE UNIE 50	Enseignement infirmier Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'à la fin de 1966
REPUBLIQUE ARABE UNIE 58	Département de physiothérapie Centre antipoliomyélitique du Caire Plan d'opérations couvrant les engagements prévus pour 1966
REPUBLIQUE ARABE UNIE 63	Centre de production de vaccins virologiques Lettre d'accord portant sur le recrutement d'un consultant à court terme, et le matériel et les fournitures prévus pour 1966
REPUBLIQUE ARABE UNIE/FISE 7	Services de santé rurale et de protection maternelle et infantile - services de santé de base Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1965-1966
REPUBLIQUE ARABE UNIE/FISE 7	Services de santé rurale et de protection maternelle et infantile - services de santé de base Avenant II au Plan d'opérations prolongeant l'assistance jusqu'à la fin de 1966
REPUBLIQUE ARABE UNIE/FISE 10	Education sanitaire Plan d'opérations portant sur les obligations du FISE et les avis techniques de l'OMS
SOMALIE 8	Formation de personnel sanitaire Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'à la fin de 1966
SOUDAN 6	Programme pré-éradication du paludisme Avenant III au Plan d'opérations prolongeant sa validité jusqu'à la fin de 1966

SOUDAN 7	Enseignement infirmier, Khartoum Lettre d'accord prolongeant la validité du Plan d'opérations jusqu'à la fin de 1965
SOUDAN 15	Projet pilote de lutte contre les ophtalmies transmissibles Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus pour 1966
SOUDAN 26	Lutte contre l'onchocercose Avenant I portant sur les engagements prévus pour 1966 et 1967 et modifiant les Articles I, IV, V, VII, VIII et IX du Plan d'opérations
SOUDAN 28	Eradication du paludisme Avenant III au Plan d'opérations portant sur les engagements de 1965-1966
SOUDAN 30	Lutte contre le cancer Lettre d'accord portant sur les fournitures et le matériel de 1965
SOUDAN 30	Lutte contre le cancer Lettre d'accord portant sur les fournitures et le matériel prévus pour 1966
SOUDAN 32	Centre de préparation à l'éradication du paludisme Avenant II au Plan d'opérations portant sur les engagements de 1965
SOUDAN 36	Hygiène du milieu Plan d'opérations portant sur les engagements prévus de 1965 à 1967

SOUDAN 39	Enseignement de la pédiatrie Plan d'opérations portant sur les engagements de 1965-1966
SOUDAN 42	Approvisionnement public en eau, Gézireh Lettre d'accord Consultants à court terme
SOUDAN 43	Electro-encéphalographie Lettre d'accord Consultant à court terme
TUNISIE 15	Lutte contre la teigne Lettre d'accord Consultant à court terme
TUNISIE 17	Programme d'éradication du paludisme Lettre d'accord Consultant à court terme
TUNISIE 18	Services d'hygiène du milieu Plan d'opérations portant sur l'assistance prévue jusqu'à la fin de 1966
TUNISIE 27	Enseignement de la médecine Plan d'opérations portant sur les obligations de l'OMS jusqu'à la fin de 1966
TUNISIE 29	Réadaptation médicale Plan d'opérations portant sur les obligations de l'OMS en 1965 et 1966
TUNISIE 33	Centre de formation pour la réparation et l'entretien des appareils médicaux Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements de 1965

TUNISIE 33	Centre de formation pour la réparation et l'entretien des appareils médicaux Avenant II au Plan d'opérations prolongeant l'assistance de manière à couvrir les années 1966 et 1967
TUNISIE/FISE 1	Services de protection maternelle et infantile dans la zone péri-urbaine de Tunis Avenant I au Plan d'opérations prolongeant la durée des activités et en élargissant la portée
YEMEN 3	Administration de la santé publique Avenant I au Plan d'opérations portant sur les engagements prévus jusqu'en 1967
YEMEN 4	Paludisme : Programme pré-éradication Lettre d'accord portant sur les engagements de 1965
YEMEN 16	Eradication de la variole Lettre d'accord Consultant à court terme, fournitures et matériel
YEMEN/FISE 2	Formation professionnelle et services fondamentaux de santé Plan d'opérations portant sur les obligations de l'OMS
EMRO 62	Formation de techniciens de radiologie médicale Avenant I au Plan d'opérations établi en accord avec le Gouvernement de l'Irak Engagements prévus pour 1966 et continuation du projet en 1967 et 1968

EMRO 123	Cours régional de formation supérieure à la bactériologie du choléra, Téhéran Lettre d'accord avec le Gouvernement de l'Iran Consultant à court terme, fournitures et matériel
EMRO 139	Enquête sur l'hygiène de la maternité et de l'enfance (états sous régime de traités), Lettre d'accord Consultant à court terme
INTERREGIONAL 52	Equipe de recherches sur la bilharziose Lettre d'accord avec le Gouvernement de la République Arabo Unie Consultant à court terme

ANNEXE III

DIX-NEUVIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTE

WHA19.7
11 mai 1966

CREATION D'UN FONDS DE ROULEMENT POUR LE MATERIEL
D'ENSEIGNEMENT ET DE LABORATOIRE DESTINE A L'ENSEIGNEMENT MEDICAL

La Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant que la formation de personnel qualifié est d'une importance fondamentale pour l'action sanitaire et constatant que la pénurie de matériel d'enseignement et de laboratoire dans les établissements d'enseignement médical et paramédical est un grand obstacle à cet enseignement, surtout dans les pays en voie de développement;

Ayant examiné les recommandations du Conseil exécutif tendant à créer un fonds de roulement destiné à financer l'achat, contre remboursement, de matériel d'enseignement et de laboratoire destiné à l'enseignement médical et paramédical; et

Considérant que la création d'un tel fonds serait d'une grande aide pour les Etats Membres,

1. DECIDE de créer un fonds de roulement destiné à financer, sur demande des gouvernements et sans prélèvement d'une commission pour frais de transaction, l'achat, contre remboursement, de matériel d'enseignement et de laboratoire pour l'enseignement médical et paramédical;
2. AUTORISE le Directeur général à accepter en remboursement de ces achats la monnaie nationale de l'Etat Membre intéressé, sous réserve des dispositions suivantes:

(1) un montant correspondant au coût estimatif total des articles demandés et des frais d'expédition sera déposé d'avance auprès de l'Organisation; et

(2) la dépense totale engagée pour un Membre donné pour une demande quelconque ne dépassera pas 10% du solde utilisable du fonds à la date de la réception de la demande;

3. AUTORISE le Directeur général à échanger les devises diverses accumulées dans le fonds contre des monnaies convertibles disponibles au titre du budget ordinaire, à condition que l'Organisation puisse faire usage de ces devises diverses pour ses programmes;

4. DECIDE d'inclure un montant de US \$100 000 dans les prévisions budgétaires supplémentaires pour 1966, à titre de premier versement sur les cinq qui doivent constituer la dotation du fonds;

5. PRIE le Directeur général d'inscrire, pour le fonds, des montants identiques dans le budget ordinaire des exercices 1968 à 1971; et

6. PRIE le Conseil exécutif et le Directeur général de réexaminer les principes et conditions régissant le fonctionnement du fonds au moins une fois tous les cinq ans, l'un et l'autre pouvant demander un réexamen spécial chaque fois qu'il serait jugé nécessaire.

Huitième séance plénière, 11 mai 1966
A19/VR/8