

UNITED NATIONS

NATIONS UNIES

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

REGIONAL OFFICE FOR THE
EASTERN MEDITERRANEAN

BUREAU RÉGIONAL DE LA
MÉDITERRANÉE ORIENTALE

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

RC 5/EM/2
le 1er août 1955

Cinquième Session

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT

du

DIRECTEUR

du

BUREAU REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

au

COMITE REGIONAL

1er août 1954 - 31 juillet 1955

Il est estimé que le plateau de la courbe correspondant aux années 1954-55 est dû à la réduction des crédits de l'Assistance technique en 1954, mais on prévoit une ascension en pointe de cette courbe dans la deuxième moitié de 1955 en raison de l'allocation de crédits de l'Assistance technique supplémentaires.

Il ne faut pas croire que toute l'activité du Bureau régional est concentré sur l'exécution de projets sur le terrain; les ministères de la santé, les organisations non gouvernementales, les organismes privés et les particuliers ont de plus en plus recours au Bureau pour obtenir des informations sur des questions sanitaires d'ordre général intéressant la Région ou sur des problèmes techniques déterminés, mettant ainsi à profit la masse de connaissances sur les conditions sanitaires de la Région lentement accumulées par le Bureau régional. Les ministères demandent également d'une manière croissante une assistance dans l'achat d'approvisionnements et le recrutement d'experts et de spécialistes pour leurs services de santé nationaux. En outre, ils font un usage toujours plus grand des conseillers spécialistes attachés au Bureau. Il est espéré que ces services continueront à prendre de l'extension au fur et à mesure du renforcement du personnel; et ainsi le Bureau régional deviendra un centre important pouvant fournir des renseignements et des avis tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la Région.

J'aimerais ici, me basant sur mon expérience des années passées comme Directeur du Bureau régional, dire quelques mots sur la politique suivie en ce qui concerne l'exécution des projets dans les divers pays. En premier lieu, j'aimerais rappeler que c'est la politique fondamentale de l'Organisation d'aider les gouvernements au développement et à la création de services sanitaires. L'Organisation ne peut assurer le fonctionnement d'un service déterminé pour un gouvernement, mais elle peut aider ce gouvernement à la planification de ce service, ce qu'elle fait d'ailleurs, et, ce qui n'est pas moins important, à la formation du personnel qui lui est nécessaire. Elle peut en outre - ce que fréquemment elle fait - détacher du personnel auprès du gouvernement pour l'aider à l'établissement du service. Aux premiers stades, le personnel international

peut même assurer temporairement, au nom du gouvernement, le fonctionnement de ce service, mais il est essentiel que cette responsabilité soit transférée au personnel national qui dirigera le service dès qu'il sera suffisamment formé pour assumer une pareille responsabilité.

Je pense qu'on peut dégager de ce qui précède certains principes qui peuvent être mis à profit pour guider tant les gouvernements dans les demandes d'assistance qu'ils adressent à l'Organisation que l'Organisation dans la fourniture de l'assistance requise.

1. Les pays doivent disposer de crédits suffisants, approuvés par les services financiers compétents, ainsi que de ressources adéquates en potentiel humain afin de pouvoir assimiler le projet ou le service requis et l'incorporer dans leurs services sanitaires réguliers.

2. Comme corollaire de ce principe, la première mesure à prendre en entreprenant la création d'un service est de former, soit sur place, soit au moyen de bourses d'études, le personnel nécessaire à son fonctionnement. Je pense qu'on perd souvent de vue qu'un édifice peut être érigé plus rapidement que ne peut être formé le personnel. La formation professionnelle nécessite de l'argent et les crédits requis doivent être prévus lors de l'élaboration des plans. Il importe également que des postes soient créés et des fonds alloués pour employer le personnel dès qu'il est formé; ces arrangements devront être terminés avant l'achèvement de la période d'instruction.

3. Le projet une fois commencé, il est essentiel que l'aide de l'Organisation soit maintenue pendant le temps suffisant pour assurer qu'il s'est fermement intégré dans les services sanitaires du pays et que le personnel national est convenablement formé. Quand une équipe internationale est présente, il est habituellement judicieux de ne la réduire que graduellement, laissant un ou deux membres importants à titre de conseillers pour une période plus longue. En outre, il a été jugé utile d'avoir recours à un consultant à court terme pour étudier la marche du nouveau service après une ou deux années de fonctionnement. Je considère que dans le passé on a eu tendance à élaborer des projets conjoints pour des périodes trop courtes. Je crois qu'il serait plus judicieux d'avoir moins de projets soigneusement choisis et dont la mise en oeuvre s'étendrait

sur une période appropriée, plutôt que de se lancer dans un nombre excessif de nouveaux. Dans cet ordre d'idées, l'aide aux établissements d'enseignement doit être prévue pour un nombre considérable d'années.

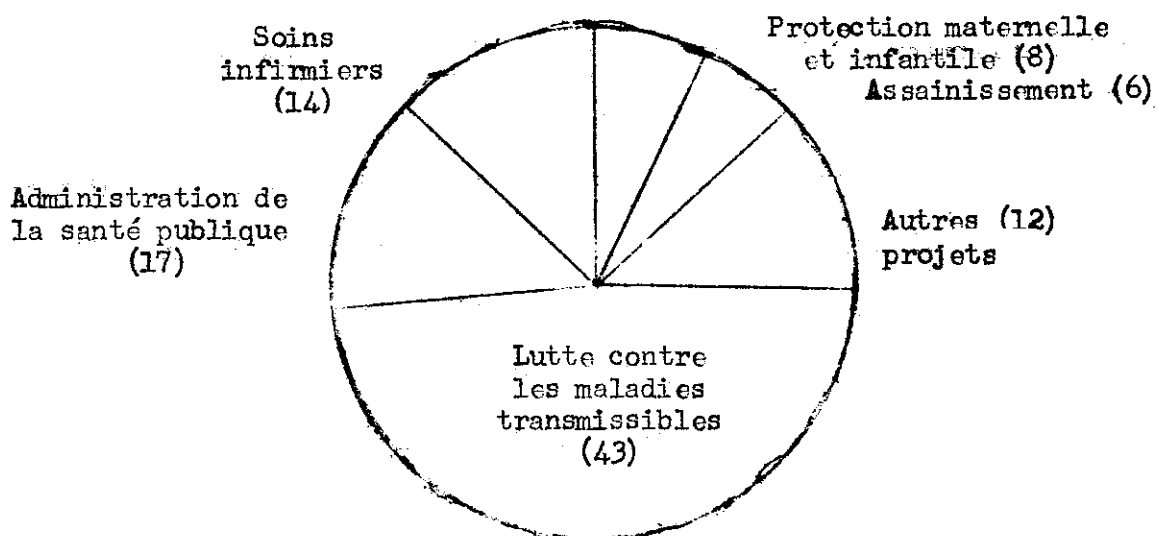
On trouvera un examen plus détaillé de ces points dans le document intitulé: "Deuxième programme général de travail pour une période déterminée".¹ J'aimerais cependant souligner que je considère que notre travail en commun, dans le passé, a parfois été entravé et que les résultats obtenus n'ont pas répondu à notre attente par suite de la non-observation de ces principes.

Dans le rapport présenté au Comité régional lors de sa quatrième session, j'ai attiré l'attention sur les plans à longue échéance (quinquennaux et décennaux) dressés par certains pays pour le développement de leurs services gouvernementaux sanitaires ou autres. Maintenant, plus que jamais, il semble nécessaire que les pays établissent soigneusement à l'avance les plans en vue de leur action future. Le FISE, comme nous l'avons signalé l'année dernière, est disposé à aider les pays en prévoyant des crédits plusieurs années à l'avance, pour des buts tels que l'éradication du paludisme, l'amélioration de l'assainissement, la lutte contre les maladies endémiques, y compris la tuberculose. Au cours de cette année on a mis en oeuvre pour la première fois les procédures de l'Assistance technique relatives à l'élaboration des projets à l'échelon national, et les ministères de la santé ont dû concourir avec les autres ministères pour obtenir leur part des crédits disponibles. Il est évident que les ministères disposant de plans à longue échéance parfaitement mis au point ont une meilleure chance de bénéficier de l'assistance des organismes internationaux et de continuer à recevoir cette assistance et de voir atteindre les objectifs visés. Il est manifeste que le rythme d'avancement des travaux varie d'un pays à l'autre et dépend de nombreux facteurs. Quel que soit ce rythme, deux faits demeurent essentiels: en premier lieu, il faut définir clairement le degré d'accroissement des crédits normaux - outre les dépenses accrues en capital - qu'il est possible d'entrevoir pour un nombre d'années donné, et, en second lieu, créer les moyens adéquats à la formation du personnel des services élargis.

¹ RC5/EM/4

On organisera cette année le premier d'une série de colloques itinérants qui visitera l'Egypte et le Soudan. Ces colloques ont pour objet de fournir aux administrateurs sanitaires supérieurs l'occasion de visiter divers pays de la Région en vue d'examiner des problèmes d'intérêt commun et de se rendre compte de la manière dont ils sont traités par leurs collègues administrateurs. On espère que cette série de colloques sera d'un secours véritable aux pays dans l'élaboration de leurs plans à longue échéance.

Arrivés à ce point, il serait utile d'examiner dans quelle mesure le budget disponible est réparti entre les divers chapitres majeurs. Une analyse du programme pour 1955, exposée dans les Actes Officiels no 58, indique qu'en 1955 98 projets seront mis en route. Leur répartition par rubriques principales est indiquée dans le diagramme qui suit:



On relèvera que la lutte contre les maladies transmissibles continue à occuper la plus grande place. Les principales maladies groupées sous cette rubrique qui englobe 43 projets sont le paludisme avec sept projets, la tuberculose, y compris le BCG, avec dix-neuf, les maladies vénériennes et les tréponématoses avec six et les maladies endémo-épidémiques avec onze.

L'assistance aux gouvernements en vue du développement de divers aspects de l'administration et des services sanitaires forme le second groupe par ordre d'importance et est représentée par 17 projets. Plusieurs bourses d'études sont prévues pour l'étude des divers aspects de l'administration de la santé publique;

en outre, une assistance est accordée pour le développement ou la création de services d'hygiène sociale et de médecine de travail, d'éducation sanitaire, d'amélioration de la santé rurale, d'anesthésiologie et, en dernier lieu, pour l'institution d'une banque de sang. Une analyse détaillée des divers chapitres du programme figure à la deuxième partie de ce rapport.

On constatera que trois parties importantes de notre programme ne figurent pas dans le diagramme ci-dessus ou n'y figurent que pour une part insignifiante. Il s'agit en premier lieu des bourses d'études, qui n'ont pas été incluses car elles constituent un groupe de services communs à tous les programmes importants; la proportion de fonds alloués aux bourses est indiquée ailleurs.

Il en est de même des activités dans le domaine de l'enseignement et de la formation professionnelle; quoiqu'elles acquièrent une importance croissante dans le programme régional, elles peuvent être considérées comme constituant des services plutôt qu'un chapitre séparé. Ainsi, tous les projets concernant les soins infirmiers, à l'exception d'un seul, sont des projets à but éducatif. Dans la grande majorité des projets relatifs à la protection maternelle et infantile figure la formation du personnel auxiliaire et des cours d'entretien pour les agents diplômés, car toute extension des services de protection maternelle et infantile dans les pays intéressés dépend en premier lieu de l'existence d'agents qualifiés. Ce n'est qu'alors qu'on pourra tirer profit des mesures prises par les autorités officielles pour la fourniture de bâtiments et les offres de matériel du FISE.

Enfin, il y a lieu de noter que l'amélioration de l'assainissement fait aussi partie de nombreux projets et qu'elle constitue une partie en réalité plus importante du programme régional que celle indiquée ci-dessus (six projets). Ainsi, l'action en vue d'améliorer l'assainissement fait partie directement ou non de la plupart des projets de lutte contre les maladies transmissibles, et constitue une partie essentielle des projets relatifs à l'hygiène rurale et à la formation d'agents sanitaires ruraux.

Bien que d'amples commentaires soient donnés dans la deuxième partie sur chacun des sujets du programme, je désire néanmoins attirer votre attention sur

des conceptions importantes qui se sont fait récemment jour dans le domaine de la lutte contre deux maladies transmissibles importantes, le paludisme et la bilharziose.

La lutte antipaludique fait l'objet d'un document séparé¹ sur lequel l'attention est attirée. Ce rapport traite de la nouvelle stratégie recommandée pour la lutte contre le paludisme et qui est susceptible d'amener l'éradication de cette maladie sur de vastes étendues sans toutefois éliminer le vecteur. Des plans sont actuellement à l'étude en vue de l'éradication du paludisme dans les Amériques.

Il est estimé qu'une éradication semblable pourrait être réalisée dans plusieurs parties de cette région, mais elle exige la concentration de ressources financières sur une courte période d'années, une organisation et une exécution méticuleuses, une formation intensive des agents, une coordination et une coopération étroites entre pays voisins et toutes les organisations intéressées y compris l'OMS, le FISE, l'International Cooperation Administration (anciennement FOA), etc.

A ce propos, on se propose de réunir une conférence des pays situés sur les littoraux nord et est de la Méditerranée et des pays avoisinants en Asie, situés au sud des frontières russes et au nord du désert Arabique et du Golfe Persique. Il convient de souligner que des rapports récents ont démontré que l'agent vecteur peut développer une résistance aux insecticides et qu'il faut par conséquent procéder avec de grandes précautions de crainte que l'occasion actuelle ne soit perdue.

Dans une certaine mesure pour donner suite à une recommandation d'une conférence régionale sur le paludisme tenue à Alexandrie en Octobre 1953, le poste de conseiller régional pour le paludisme a été rétabli et son titulaire récemment nommé. Cel permettra au Bureau régional de fournir des directives et une assistance plus étendues dans l'exécution des programmes d'éradication et de lutte.

¹ Document RC5/EM/12

Dans le domaine de la lutte contre la bilharziose, de nombreux travaux ont été accomplis au cours des dernières années sur de nouveaux molluscocides. Certains de ces produits, qui détruisent les oeufs aussi bien que les mollusques adultes, se sont montrés plus avantageux que le sulfate de cuivre, particulièrement en ce qu'ils possèdent une activité résiduelle qui persiste pendant des semaines, et qu'ils conservent leur activité dans des eaux fortement saturées de vase, sans compter que leur application est facile. Des essais sur une vaste échelle sont actuellement en cours qui indiquent que la suppression de colonies de mollusques peut être obtenue et poursuivie sur des régions étendues. Il est même possible que le repeuplement des régions traitées ne pourra se faire que du dehors.

Il est encore trop tôt pour savoir si les résultats immédiats peuvent être maintenus sur un nombre d'années suffisant et il reste encore beaucoup à faire dans divers domaines de la lutte contre la bilharziose, sans compter le traitement de la maladie elle-même. Toutefois, on peut affirmer en toute sécurité qu'il y a grand espoir de réaliser, dans le proche avenir, dans la prophylaxie contre cette maladie des progrès semblables à ceux accomplis dans la lutte antipaludique au cours de ces dernières années. La lutte sera nécessairement plus lente et l'élimination de l'hôte intermédiaire devra être poursuivie pendant une plus longue période que dans le cas du paludisme, mais si l'on fournit les mêmes efforts intenses, l'éradication de cette maladie doit finalement être réalisée.

Au cours de l'année écoulée, tous les efforts ont été déployés pour consolider les relations avec les autres organismes déployant une activité sanitaire et il nous est agréable de signaler qu'une liaison étroite et cordiale a été maintenue avec les Nations Unies et les institutions spécialisées, ainsi qu'avec les agences bilatérales exerçant une activité dans les domaines sanitaire et connexes. Le Bureau régional a été régulièrement représenté aux réunions mensuelles des organismes des Nations Unies en Egypte, ainsi qu'au Comité consultatif du Centre d'Education de Base pour les Etats arabes. Les représentants du Bureau régional ont assisté à de nombreuses réunions, parmi lesquelles le Colloque des Etats arabes sur les Activités sociales des Etats arabes et la Conférence sur l'enseignement obligatoire et gratuit dans les Etats arabes réunie sous les auspices de l'UNESCO.

Le Bureau régional a maintenu sa politique de coopération étroite avec les représentants résidents du Bureau de l'Assistance technique pour toutes les questions relatives au programme d'assistance technique, et c'est un plaisir de signaler ici l'assistance sans défaillance des représentants tant au Bureau régional qu'au personnel des missions. Au cours du premier trimestre de l'année, le Bureau s'est mis en rapport avec tous les pays de la Région et les représentants résidents au sujet du Programme d'Assistance technique pour 1956.

En outre, des membres du personnel ont eu des discussions avec divers représentants dans les pays sur des questions d'ordre administratif du programme d'assistance technique.

L'année 1955 est la première au cours de laquelle la nouvelle politique de planification de l'assistance technique a été appliquée et on espère que les représentants donneront leur avis au Comité régional sur les résultats de cette méthode de planification.

Des relations de plus en plus étroites ont également été établies avec les administrations d'aide bilatérale des Etats Unis dans les divers pays. En Egypte, en Ethiopie, en Jordanie et en Libye des programmes communs sont en cours d'exécution ou seront mis en oeuvre cette année. Dans ces programmes les deux organisations s'unissent pour fournir l'équipement et le personnel et mettent le projet à exécution en commun. En outre, un contact étroit est maintenu entre le personnel technique des deux organisations et il s'établit un échange d'informations et une mise en commun des connaissances techniques très importants. A ce propos, l'évènement le plus marquant a été la participation du Directeur régional et de deux membres du personnel à une conférence inter-régionale tenue à Delhi qui a réuni le personnel de l'Administration centrale de l'USFOA et le personnel des missions affecté aux régions de la Méditerranée orientale, du Sud-Est asiatique et du Pacifique occidental. Ont également pris part à cette conférence les Directeurs régionaux de l'OMS des régions énumérées ci-dessus et d'autres membres du personnel ainsi qu'un représentant du Siège de l'OMS. On y a discuté des relations et de la coopération technique existant entre les deux organisations en ce qui concerne particulièrement l'enseignement et la formation des agents

sanitaires et l'assainissement. La question des projets conjoints a été également examinée et il a été jugé que, alors qu'il serait souhaitable qu'une coopération étroite permanente existât à tous les échelons, il était néanmoins préférable d'éviter les projets conjoints par suite des difficultés administratives évidentes, à moins d'avantages considérables en compensation. Comme il a été dit plus haut, un certain nombre de projets conjoints dans la Région ont été prévus. Les relations de travail existant entre le Bureau et les différentes missions de l'USFOA opérant dans la Région sont en général très bonnes et ont été consolidées à la suite de la réunion de Delhi. Etant donné le volume et la variété de l'oeuvre entreprise dans le domaine de la santé dans plusieurs pays de la Région, il est excessivement important de maintenir des relations étroites avec cette organisation.

C'est un plaisir que de signaler encore une fois les relations étroites et cordiales qui ont existé entre ce Bureau et le FISE et de souligner l'importante contribution apportée par cet organisme en vue de l'amélioration des conditions sanitaires dans la Région.

Au cours de l'année une étroite coopération a été maintenue avec les bureaux du FISE intéressés et le Bureau a reçu la visite des directeurs des Bureaux régionaux du FISE pour l'Asie, l'Afrique, la Méditerranée orientale et l'Europe. Le Représentant principal du FISE pour la Méditerranée orientale a également rendu visite au Bureau régional en diverses circonstances. Le personnel du Bureau a rendu visite aux Bureaux du FISE à Beyrouth et Paris et le Directeur régional a eu le plaisir de rendre visite au Siège du FISE au cours de son voyage pour l'Assemblée. Des efforts sont actuellement déployés pour établir des relations de travail plus étroites avec les agents de liaison de l'OMS auprès des Bureaux du FISE à New-York, Paris et Bangkok. Une grande partie de l'oeuvre de l'Organisation dans la Région de la Méditerranée orientale a été réalisée en coopération avec le FISE et 26% du budget d'exécution pour 1956 sera affecté aux projets conjoints OMS/FISE. En outre, le Bureau régional est appelé à donner des avis au FISE sur diverses questions techniques touchant les programmes et de donner son agrément technique aux programmes sanitaires; de cette manière

Le Bureau régional apporte une contribution "invisible" considérable au travail du FISE. Cette contribution accapare, en fait, une partie considérable du temps du personnel du Bureau régional.

Pour revenir sommairement sur le travail effectué par ces organisations dans le domaine sanitaire, il convient de signaler que le Bureau estime que la coordination des activités des différents organismes dans un pays incombe en premier lieu au pays lui-même. Toutefois, il incombe à l'Organisation de stimuler d'une manière générale la coordination entre les diverses agences exerçant une action sanitaire, et elle a la responsabilité spéciale qui lui est dévolue par la Constitution de coordonner toute l'activité sanitaire entreprise par les Nations Unies et les institutions spécialisées. Dans cet ordre d'idées, il convient d'attirer encore une fois l'attention des administrations nationales sur la nécessité vitale d'organiser des comités actifs de coordination composés de membres de tous les organismes travaillant dans le pays et se réunissant à des intervalles réguliers.

Comme toujours, il est de coutume que le Directeur régional, en présentant son rapport sur les événements passés, envisage les problèmes de l'avenir. Cette année un document spécial a été présenté à la requête du Comité Exécutif réuni en sa quinzième session et la Huitième Assemblée Mondiale de la Santé concernant l'application du Programme général de travail de l'Organisation pour la période déterminée 1957-1960 à la Région de la Méditerranée orientale.¹ Dans ce document, on a essayé d'établir certains objectifs conformes aux différents stades de développement atteints par des groupes différents de pays, et d'indiquer les progrès pouvant être accomplis pour réaliser ces objectifs au cours de la période de quatre années. Chaque pays devra poursuivre la réalisation de son programme de développement en tenant compte de ses problèmes et de ses ressources. Dans tous les pays de la Région de grands travaux d'aménagement sont nécessaires et l'Organisation pourra prêter son concours en fournissant des avis sur les procédés de construction et les techniques modernes. Une aide extérieure, quoique limitée, pourrait être obtenue d'autres sources, notamment de l'Administration de

¹ RC5/EM/4

l'Assistance technique des Nations Unies (fabriques d'insecticides et d'antibiotiques), du FISE, de la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement, du Plan de Colombo, etc.

Toutefois, l'Organisation peut fournir une assistance considérable aux pays pour l'implantation d'établissements et de projets pour l'enseignement et la formation nécessaires à la préparation des effectifs pour les institutions ainsi créées nouvellement. L'Organisation est également bien équipée pour aider les gouvernements à organiser les systèmes d'administration nécessaires au contrôle et à la bonne marche des nouvelles institutions. En particulier, en ce qui concerne ce dernier point, des pays ont demandé et bénéficié dans le passé des services de consultants à court terme, et il est estimé que les services de ce genre pourraient prendre de l'extension à l'avenir. J'aimerais ici insister sur le fait que les administrations de santé publique ne peuvent se développer dans le vide. Si l'on désire réaliser un véritable progrès dans les systèmes d'administration de la santé publique dans la région, il faut simultanément améliorer les méthodes d'administration publique en général. Plusieurs pays se sont rendu compte de ce fait et ont eu recours aux services d'experts de l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies. L'introduction de méthodes administratives modernes peut être d'un grand secours aux services sanitaires de diverses manières et aider à les rendre plus efficaces à des conditions moins onéreuses.

Il a été fait allusion à la nécessité de consolider à l'avenir les gains acquis pendant les dernières années, gains qui ne sont pas négligeables; cependant, plusieurs pays à l'heure actuelle manquent de moyens précis pour estimer l'ampleur de leurs problèmes et mesurer l'importance des améliorations réalisées. Dans ce but, il est indispensable d'établir aussitôt que possible un système pour l'enregistrement des statistiques sanitaires et démographiques. Ces statistiques pourront, au début, s'appliquer seulement aux grands centres et peut-être à certaines régions rurales choisies. Dans cet ordre d'idées, il est possible d'obtenir des informations très utiles au moyen de sondages. Il est à noter que

ce genre d'activité continuera à se développer à l'avenir. Il m'est agréable de signaler qu'il a été enfin possible de mettre au point un programme de colloques plus important. Si l'on désire une justification à cela, celle-ci est fournie amplement par le succès du colloque sur la santé mentale tenu à Beyrouth en 1953.

Deux colloques ont été prévus pour 1955, l'un, sur la salubrité des viandes, a été organisé à l'intention des fonctionnaires de la santé publique et des vétérinaires à Alexandrie, en juillet; l'autre, auquel il a été fait allusion précédemment, sera un colloque itinérant sur l'administration de la santé publique, en Egypte et au Soudan et se tiendra en novembre/décembre. Un second colloque itinérant est prévu pour 1957, et en 1956 il est projeté d'organiser des colloques sur l'hygiène de la maternité et de l'enfance et l'assainissement.

L'Ecole régionale d'infirmières demeure l'un des projets les plus importants parmi les projets régionaux. Des progrès ininterrompus ont été réalisés au cours de l'année dernière dans l'organisation et la préparation de cette nouvelle entreprise. Elle possède maintenant ses propres locaux séparés des autres institutions et est fermement établie comme partie intégrante de l'Université d'Alexandrie. Des arrangements sont en bonne voie pour l'ouverture de cette école en septembre prochain et les élèves comprendront des jeunes filles provenant des pays de la Région.

Votre attention est appelée également sur une entreprise régionale plus modeste dans le domaine de l'enseignement, mais peut-être aussi importante dans sa sphère. Des dispositions ont été prises avec le Gouvernement égyptien pour l'organisation d'un cours spécial pour techniciens sanitaires auxiliaires qui sera donné en arabe. Les travaux pratiques afférents à ce cours seront accomplis dans la Zone de démonstrations sanitaires de Kalioub. Il est estimé que ce cours comblera une lacune dans les moyens de formation d'un certain nombre de pays de la Région, en attendant l'organisation de semblables cours sur leur propre territoire.

Enfin, il est prévu de maintenir l'assistance fournie au Centre d'Education de Base pour les Etats arabes de Sirs el Layyan, qui bénéficie de l'aide de l'UNESCO. Dans ses grandes lignes, "l'éducation de base" consiste "dans une

éducation générale minimum qui vise à aider les enfants et les adultes à comprendre les problèmes de leur entourage immédiat, ainsi que leurs droits et devoirs comme citoyens et individus, et à participer plus efficacement aux progrès économiques et sociaux de leur collectivité".

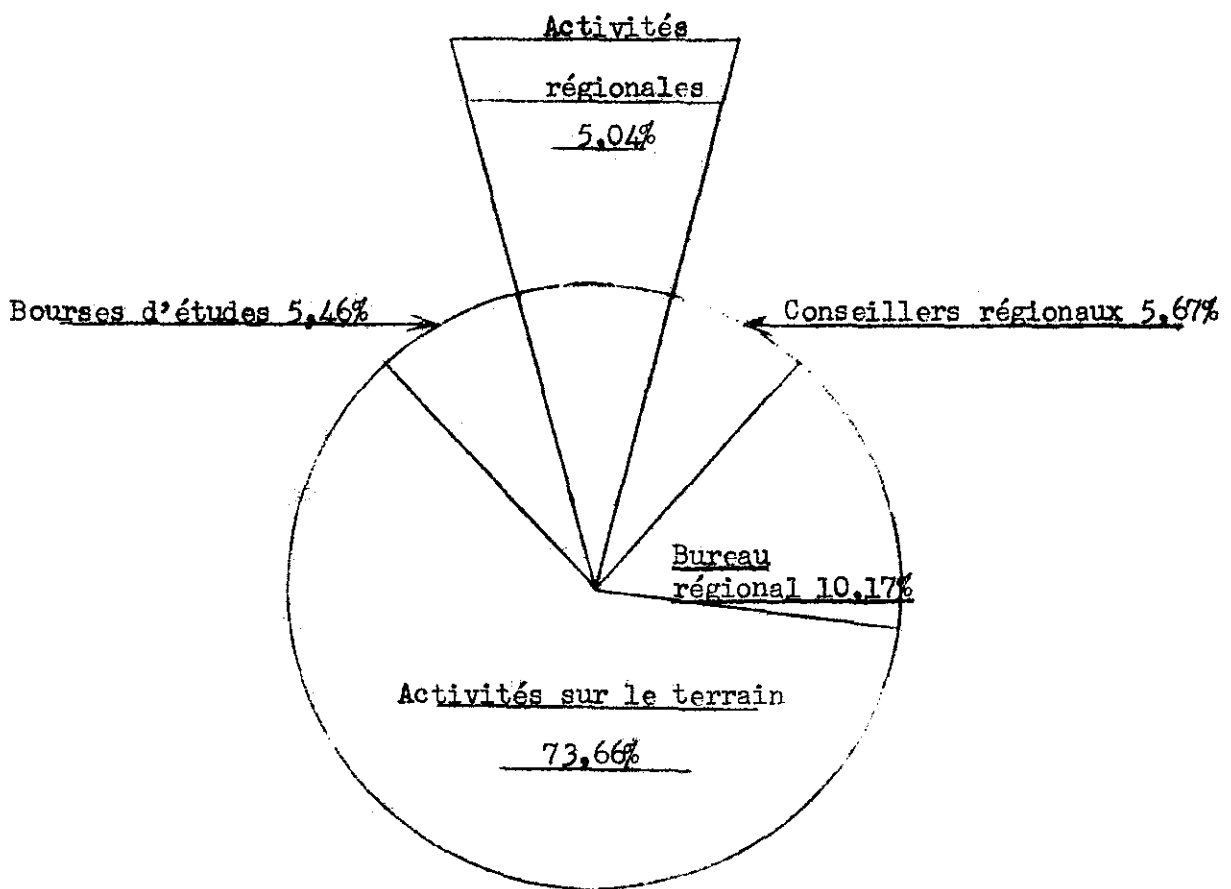
On considère que l'acquisition d'une formation, basée sur un système d'éducation semblable, est d'une valeur réelle pour toutes les personnes, à quelque discipline qu'elles appartiennent, travaillant dans les collectivités, et particulièrement pour celles affectées aux collectivités rurales. Avec les connaissances ainsi acquises, elles sont en meilleure position pour aider les collectivités à résoudre leurs propres problèmes.

Au cours de leur formation, elles devront acquérir une connaissance solide des techniques utilisées dans "les programmes d'aménagement des collectivités" et de stimuler les collectivités à sonder et connaître leurs propres besoins et prendre des mesures énergiques en vue de la solution de leurs problèmes. On considère que tous les Etats Membres arabes pourraient avec profit prendre des dispositions pour assurer la formation auprès de ce centre d'agents sanitaires provenant des zones rurales.

Les chiffres donnés à la page 5 indiquent la distribution des ressources disponibles selon les principaux postes techniques. Bien que les besoins des divers pays de la Région diffèrent beaucoup entre eux, il est intéressant de montrer la distribution de l'assistance, selon certains sujets importants, parmi les divers pays de la Région. On trouvera à l'Annexe I du présent rapport un tableau indiquant les pays de la Région et l'aide directe dont ils bénéficient de l'Organisation par la voie du Bureau régional. Une des tâches primordiales pour ces pays et l'Organisation dans les années à venir consiste à consolider le travail déjà accompli, à s'assurer que les résultats des démonstrations couronnées de succès sont appliqués dans les pays intéressés et, autant que possible, incorporés dans les services sanitaires des pays. Cette tâche fait ressortir la nécessité de développer les services de santé, tout particulièrement les services ruraux, sur le plan national. Ces travaux d'aménagement sont énergiquement menés

dans certains pays de la Région, et il est à espérer que la série de colloques itinérants sur la santé publique fourniront aux administrateurs l'occasion de mettre en commun leur expérience, de discuter leurs problèmes communs et de s'entraider en vue d'arriver à une solution.

Les paragraphes qui précèdent donnent un exposé assez complet des aspects techniques du travail de l'Organisation dans les pays de la Région. On considère qu'il serait utile à ce stade d'analyser certains aspects administratifs. Le diagramme qui suit indique la distribution des dépenses pour l'année 1954 sous les rubriques administratives suivantes: "Bureau régional", "Services consultatifs", "Bourses d'études", "Activités sur le terrain".



Dépenses pour 1954

Aucun effort n'est épargné pour assurer l'emploi d'une bonne proportion de nationaux des Etats Membres de la Région, soit dans la Région elle-même soit ailleurs dans l'Organisation. Cela n'a pas été facile pour un certain nombre de raisons. En premier lieu, plusieurs pays souffrent d'une pénurie de personnel technique formé, particulièrement de la catégorie dont l'Organisation a besoin en grand nombre pour les activités sur le terrain. Ainsi il y a un manque aigu des catégories d'infirmières requises en grand nombre par l'Organisation, notamment d'infirmières monitrices qualifiées et d'infirmières de la santé publique. Au moins trois pays de la Région se sont vus obligés de refuser de prêter les services de quatre candidates demandées par l'Organisation. Une autre difficulté est due au fait qu'un nombre considérable de postulants appartenant à la Région ont reçu dernièrement des bourses d'études de l'Organisation, et sont eux-mêmes obligés de servir leur propre pays pendant une certaine période, souvent dans des fonctions pour lesquelles ils ont été spécialement formés. D'autre part, on constate parfois une hésitation, compréhensible d'ailleurs, à recevoir des experts de pays voisins; aussi préfère-t-on parfois une personne venant de plus loin, ou même d'un pays situé en dehors de la Région. Néanmoins, il est agréable de signaler que le nombre des nationaux des pays de la Région augmente d'une manière régulière. A l'heure actuelle 30 personnes sont ainsi employées.

Pour terminer, j'ai plaisir à vous annoncer que, en conformité de la Résolution WHA8.8, le Soudan a été admis comme Membre associé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Un document séparé traitant des droits et obligations des Membres associés est soumis à l'examen du Comité régional.¹

¹ RC5/EM/5

ACTIVITES OPERATIONNELLES

REMARQUES GENERALES

Généralité - Le tableau qui suit indique l'état des projets au 31 juillet 1955.

	<u>Budget ordinaire</u>	<u>Assistance technique</u>	<u>Projets conjointes</u>	<u>Total</u>
Projets demandés	-	-	-	19
" en voie d'élaboration	30	27	4	61
" approuvés	8	10	-	18
" en cours d'exécution	17	19	26	62
" terminés	12	2	7	21
Total :	<u>67</u>	<u>58</u>	<u>37</u>	
			Total général :	181

Accords. Conformément à la politique énoncée par l'Assemblée¹ et d'après laquelle une nette distinction doit être établie entre le Programme ordinaire et le Programme d'Assistance technique, une série d'accords de base relatifs à l'assistance financée par le budget ordinaire de l'Organisation ont été récemment négociés ou sont en cours de négociation avec les Etats Membres de la Région qui n'ont pas signé, dans le passé, de semblables accords.

Un nouveau type d'accord en ce qui concerne les projets a été approuvé par l'Organisation, qui simplifiera les négociations pour les projets à l'avenir, et réduira le travail courant au Bureau, notamment en rendant superflu un échange continu de correspondance pour proroger la durée de ces accords. D'autre part, le fait par l'Organisation de prendre à sa charge, à partir du 1er janvier 1956, le paiement des allocations d'affectation au projet au personnel des projets financés sur le budget ordinaire, contribuera également à simplifier la négociation des accords. Mais il est important de noter que les pays sont toujours requis de régler les frais de déplacement du personnel des missions voyageant pour le service dans les limites du territoire. Il est estimé que pour ces voyages il est généralement fait usage "d'autorisations", ce qui ne représente pas une grande charge pour les administrations nationales.

¹ WHA7.35 paragraphe 8

Principales difficultés. Il est d'usage de mettre le Comité régional au courant de certaines difficultés qui entravent l'exécution du programme de travail. Dans mon rapport au Comité régional, réuni en sa quatrième session, je me suis longuement étendu sur les nombreuses difficultés d'ordre administratif rencontrées par les gouvernements dans la mise en route des projets bénéficiant de l'aide de l'Organisation. Plusieurs des difficultés signalées auparavant sont en voie d'aplanissement, et des précédents utiles sont ainsi créés qui ont pour effet de faciliter la solution des questions administratives concernant les projets mis en oeuvre par les gouvernements et l'OMS. Toutefois, il y a lieu de signaler une difficulté majeure que rencontrent certains Etats Membres dans leur collaboration avec l'OMS et qui est celle de s'assurer une disponibilité continue des ressources nécessaires. On comprend que cette difficulté soit parfois associée dans une certaine mesure à l'incertitude touchant la durée pendant laquelle les fonds seront fournis par l'Organisation. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les fonds de l'Assistance technique en ce moment. Alors qu'il est probable qu'un ministère de la santé sera assuré de la continuation d'un projet déjà en cours d'exécution, il n'y a aucune certitude avant les mois de novembre/décembre précédant l'exercice financier en question.

Il y a lieu de rappeler que le FISE est maintenant disposé à établir son budget pour une longue période, assurant ainsi une disponibilité de fonds pour plusieurs années à l'avance, ce qui revient à prévoir des crédits en fonction des "projets" plutôt que d'après "l'exercice financier". En ce qui concerne le budget ordinaire de l'Organisation, bien qu'il soit prévu pour une année, le fait que le Comité régional a la possibilité de procéder à un examen minutieux et de faire des recommandations constitue une sauvegarde contre le retrait prématuré des fonds. Peut-être le Comité voudra-t-il examiner cet aspect des méthodes financières du programme d'assistance technique et formuler des recommandations appropriées.

Toutefois, de temps à autre, même s'il n'existe aucun doute au sujet de la disponibilité des fonds internationaux, les pays ou les administrations sanitaires

éprouvent des difficultés pour assurer la continuité de leur propre contribution financière, et dans certains cas extrêmes, le travail peut être ralenti, ou même subir un arrêt temporaire par suite d'une pénurie momentanée de fonds. Cela a pour effet non seulement de causer une perte de temps au personnel tant national qu'international, mais dans le cas de certains projets dont l'exécution est conditionnée par des facteurs saisonniers, telle la lutte contre le paludisme, par exemple, tout le travail d'une saison, et probablement celui accompli dans des saisons antérieures, peut se trouver gravement compromis, sinon annihilé. Par conséquent, il est recommandé que, dans des cas d'opérations importantes de lutte de cette nature, où le travail doit se poursuivre pendant un certain nombre d'exercices, les ministères de la santé doivent obtenir des ministères des finances et autres autorités compétentes qu'un budget d'exécution soit toujours disponible.

Du côté de l'Organisation, les difficultés dans la livraison des fournitures et du matériel, signalées dans le rapport présenté au Comité régional à sa quatrième session ont été considérablement diminuées, quoiqu'il faille tenir compte du fait qu'un délai de six mois doit s'écouler entre la date à laquelle la liste de fournitures quitte le Bureau régional et la date d'arrivée des fournitures sur le terrain. Il faut également donner le temps nécessaire au Bureau régional pour la préparation des listes de fournitures.

D'autre part, il subsiste encore des difficultés considérables dans le recrutement d'un personnel idoine pour mettre en oeuvre les projets sur le terrain. Une récente analyse a démontré qu'il s'écoule un délai de sept mois et demi en moyenne entre le moment de la désignation du fonctionnaire par le Comité de Sélection et son arrivée sur le terrain.

Le Bureau régional a également manqué de personnel pour la plus grande partie de la période passée en revue. Si l'on considère que la somme de travail assumée par le Bureau régional est en augmentation constante, on comprendra aisément que son personnel a travaillé dans des conditions très difficiles. Le personnel a été régulièrement surchargé de travail et, dans ces conditions, c'est un fait reconnu que la qualité du travail doit s'en ressentir. Bien plus, il s'est

avéré très difficile d'assurer aux projets l'appui et la surveillance nécessaires et le personnel sur le terrain s'est plaint constamment de son isolement.

Il est permis de croire néanmoins que le travail courant s'est accompli convenablement. Cependant, le travail du Bureau régional aurait pu - dans l'intérêt des Etats Membres - s'étendre en des directions variées, et des renseignements infiniment précieux auraient pu être recueillis et mis à la disposition des pays de la Région. L'expérience a démontré que les administrations sanitaires de la Région ainsi que les associations privées dans la Région et en dehors de celle-ci, reconnaissent dans le Bureau un centre médical important et font un usage de plus en plus important des renseignements et autres ressources disponibles au Bureau régional. Des problèmes de diverses sortes lui sont soumis et son aide est requise pour l'obtention de fournitures et de matériel. Le développement des activités du Bureau régional dans cette direction ou dans d'autres, qui aurait pu être utile aux pays, a dû pour le moment être restreint.

Il convient de faire allusion ici aux difficultés éprouvées dans l'élaboration des plans et la conduite des opérations résultant de la non-concordance des cycles budgétaires afférents aux divers fonds administré partiellement ou en totalité par le Bureau régional. Il a déjà été question plus haut des nouvelles modalités d'élaboration des plans relevant du Programme de l'Assistance technique en vertu desquels les plans sont dressés en un laps de temps de quatre mois, six à huit mois avant l'exercice financier, l'allocation des fonds n'étant approuvée définitivement que quelques semaines avant le début dudit exercice. Etant donné que le recrutement du personnel et l'obtention des fournitures nécessitent de six à huit mois, des retards dans les opérations sont inévitables et logiquement il sera difficile de maintenir un flot constant de fournitures. Bien plus, une nouvelle difficulté a surgi récemment. L'exercice financier du Programme d'Assistance technique ne coïncide pas avec celui de son principal contribuant. A la suite de quoi, des fonds supplémentaires, qui devaient être déboursés en 1955, n'ont été disponibles, par exemple, au Bureau, qu'au mois de mai de cette année. De ce qui précède on peut aisément se rendre compte des difficultés auxquelles doit faire face le Bureau régional pour essayer d'utiliser les fonds supplémentaires.

et la préparation de la documentation nécessaire pour prendre des dispositions au moment voulu s'est avérée une charge excessivement lourde. (Pour mettre en oeuvre un seul projet financé sur les fonds de l'Assistance technique incluant le personnel et les fournitures, sept documents au moins sont nécessaires, dont quelques-uns comptent plusieurs pages, sans compter une correspondance considérable à cet égard.)

En ce qui concerne les fonds ordinaires de l'Organisation, l'élaboration des plans commence environ 18 mois avant l'année de leur mise en oeuvre, et les fonds sont approuvés par l'Assemblée six mois avant ladite année. Bien qu'à première vue il semble que ce soit là un cycle quelque peu incommode, l'expérience a démontré la sagesse de cette méthode, grâce à laquelle une marge de temps suffisante est ordinairement laissée pour les négociations et les procédures d'élaboration du plan, souvent très compliquées. Cette méthode tient également compte - dans une plus grande mesure - des procédures dans la préparation des budgets des pays coopérants, qui ont ainsi un délai suffisant pour inscrire des crédits à leurs propres budgets après que l'Organisation a donné son approbation. Il est extrêmement difficile à une administration sanitaire de demander un budget ferme pour un projet qui n'aurait pas encore été approuvé par une organisation internationale.

Enfin, le cycle en usage au FISE est encore différent. Le Conseil d'Administration du FISE approuve deux fois l'an l'octroi de fonds et, en pratique, il s'est avéré difficile d'élaborer des plans suffisamment de temps à l'avance - par exemple d'entreprendre activement la planification des projets à soumettre à l'examen de la session d'automne du Conseil quelques mois avant la session de printemps dudit Conseil, à un moment où l'intérêt est concentré sur cette dernière session. Bien plus, il arrive souvent que des plans aient été établis de bonne foi en accord avec les membres du secrétariat du FISE et que les crédits aient été rendus disponibles par l'Organisation et qu'en fin de compte le projet soit écarté par le Conseil d'Administration du FISE, ou même ne lui soit pas soumis. L'Organisation reste en définitive avec un personnel sur les bras pour des projets sans recevoir le matériel nécessaire à l'accomplissement de sa mission.

A part les difficultés administratives causées par les différences dans les cycles de planification, les conditions d'emploi des personnels des missions deviennent de plus en plus incertaines et il est parfois excessivement difficile de déterminer les congés dans les foyers auxquels ils ont droit. Parfois la période convenant le mieux aux congés dans les foyers est manquée par suite de l'incertitude relative de la disponibilité des crédits nécessaires à la prolongation de leur mission. Un certain assouplissement dans l'application du règlement du personnel est devenu nécessaire pour faire face à une pareille situation, qui néanmoins laisse encore beaucoup à désirer. Au point de vue des opérations, il semble indispensable de trouver une solution à l'état de choses exposé ci-dessus et de mettre au point une méthode pour faire concorder les exercices financiers et allouer les fonds nécessaires pour des périodes appropriées.

Pour terminer, il convient de remarquer qu'avec l'accroissement du nombre des projets, comme il a été exposé ci-dessus, il devient difficile de maintenir les communications dans cette vaste région. Quelques-uns des projets doivent s'exécuter à des distances non inférieures à 5 000 kilomètres du Bureau régional et il a été déjà mentionné que le personnel des missions se sent isolé et se plaint de ne pas recevoir l'appui nécessaire. En outre, le nouveau système d'élaboration à l'échelon national des plans relatifs aux projets de l'Assistance technique où la planification est concentrée sur une période de quatre mois, démontre la nécessité d'une meilleure représentation du Bureau régional dans les pays de la Région. Il est également nécessaire que l'Organisation se maintienne en contact étroit avec les opérations sur le terrain effectuées par d'autres organisations qui exécutent des programmes sanitaires, comme elle doit être en mesure d'aider, sur la demande des gouvernements, à la coordination des activités sanitaires de ces organisations. En conséquence, il semble qu'il soit essentiel de désigner un certain nombre de Représentants de zone. Trois de ces représentants sont requis, au minimum, dans l'avenir immédiat, soit un pour la Syrie, le Liban et la Jordanie, un pour l'Irak et les Etats arabes situés au sud du Golfe Persique et un pour les pays de l'Afrique nord-orientale y compris le Yémen. Ultérieurement, un quatrième représentant pourrait être désigné pour l'Iran et le Pakistan.

Ces observations d'ordre général étant exposées, une description plus étendue de l'action entreprise dans les divers domaines est donnée dans les pages qui suivent.

ACTIVITES OPERATIONNELLES REPARTIES PAR SUJETS

Tuberculose et BCG

Aucun changement n'est intervenu depuis l'année dernière dans le nombre des projets de l'OMS ou des projets conjoints OMS/FISE. Le projet entrepris à Karachi a été achevé en février et ceux exécutés en Egypte et en Syrie ont pris fin en juin. Trois autres projets doivent être mis en train vers la fin de l'année (Jordanie, Liban et Somalie). Dans tous les projets en cours, l'aide de l'OMS a été progressivement réduite au cours de l'année au fur et à mesure que le personnel national formé devenait disponible pour assumer l'exécution du projet.

Le fait le plus encourageant relevé pendant l'année considérée a été l'appréciation grandissante des pays de la Région de l'utilité du dispensaire antituberculeux dans la lutte contre cette maladie, non seulement comme centre de diagnostic, de formation et de coordination de tous les services sociaux intéressant la santé et le bien-être de la population, mais également comme auxiliaire indispensable du sanatorium et souvent même préféré à celui-ci où les soins ne sont pas soumis à des restrictions. La valeur des soins à domicile et de l'éducation sanitaire et de la protection des "sujets-contacts" qu'ils comportent a été comprise; il y a eu une demande croissante pour ces services, à laquelle ont correspondu des projets nationaux pour leur extension aux provinces et aux districts ruraux. Des plans à cet effet ont été effectivement préparés et le personnel national de tous grades - médecins, infirmières de la santé publique, techniciens de laboratoire et techniciens radiologistes - a été formé pour équiper les centres ainsi projetés qui, autant que possible, seront intégrés dans les autres services sanitaires. Entre-temps des enquêtes épidémiologiques importantes ont été menées sur l'incidence de la tuberculose.

L'intérêt croissant dans le travail des services de protection sociale - tant privés qu'officiels - qui ont dispensé un secours matériel aux malades et aux personnes à leur charge pendant la période d'incapacité constitue un autre fait encourageant.

Les programmes de vaccination massive au BCG ont été poursuivis dans six pays (Ethiopie, Iran, Irak, Jordanie, Libye et Pakistan).¹ Partout le personnel national a été formé aux méthodes de vaccination et on peut actuellement compter sur lui pour la poursuite de ce service. Le mode de poursuite de ce programme, en tenant compte des exigences et des possibilités économiques de différents pays ayant des populations dispersées sur de larges étendues, est sous examen. Il est évident que de vastes services onéreux ne peuvent être indéfiniment maintenus. Le choix reste à faire entre l'intégration des services BCG dans les dispensaires antituberculeux, les centres de protection maternelle et infantile ou autres, solution qui comporte des difficultés touchant la fourniture du vaccin périssable et la dispersion du personnel qualifié nécessaire, ou bien le maintien d'une ou de plusieurs équipes mobiles de personnel qualifié qui parcourrait le pays périodiquement selon un programme établi.

Une autre solution possible, qui est sous examen, consiste à ajouter la vaccination par le BCG aux fonctions dévolues aux unités sanitaires mobiles qui seraient établies dans certains pays pour desservir une zone à population clairsemée et protéger les populations contre les autres maladies, telles que la variole, le typhus et autres maladies transmises par les insectes. Cette solution augmenterait considérablement l'utilité de ces unités mobiles, tout en réduisant relativement les frais généraux afférents à la prophylaxie de ces maladies. Toutefois, les dépenses totales à supporter seront élevées. Il est évident que cette question est une de celles qui nécessitent une étude attentive des conditions régnant dans chaque pays par tous les intéressés.

Au Soudan, une équipe pilote de BCG a terminé une enquête préliminaire et soumis un rapport sur la base duquel un plan sera dressé pour entreprendre un projet aussitôt que possible. Une équipe commencera son activité dans le même but en Somalie et celle-ci sera rattachée, pour des raisons d'économie, à une enquête sur les maladies vénériennes.

¹ Plus de 15 millions de tests et de 6 millions de vaccinations ont été pratiqués dans ces pays jusqu'ici.

Paludisme

Le problème grave du paludisme a continué à retenir l'attention de l'Organisation et des pays de la Région. L'exécution de projets relatifs à l'extension des programmes antipaludiques ou l'accroissement de leur efficacité a suivi son cours ou a été prévue dans la presque totalité des pays où le problème du paludisme est important. Une attention spéciale a été consacrée aux conséquences qu'entraîne la modification de la stratégie de la lutte antipaludique, modification due à la menace de difficultés éventuelles soulevées par la constatation de plus en plus fréquente, dans certains pays du monde, que l'agent vecteur développe une résistance aux insecticides généralement très efficaces, après un certain nombre d'années d'application intensive. Des preuves de cette résistance ont été constatées dans cette Région chez une seule espèce de vecteur, au Liban; une plus grande attention sera consacrée à ce problème à l'avenir.

L'éradication de la maladie (sinon des espèces vectrices) dans une région déterminée est un objectif désirable et réalisable si l'action peut être intensifiée dans les limites des possibilités du pays intéressé. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la partie asiatique de cette Région et la Vallée du Haut Nil. Les projets antipaludiques - à plusieurs desquels l'OMS a participé - se développent dans la plupart des pays de la Région, et il est grand temps d'intensifier cette lutte avant que ne se matérialise le danger potentiel de l'apparition d'une résistance aux insecticides chez les agents vecteurs de la maladie.

Des programmes conjoints de lutte contre le paludisme sont en cours d'exécution en Irak, Iran, Arabie Saoudite et Syrie. L'aide en fournitures du FISE, avec l'approbation technique de l'OMS, se maintient en Egypte, Irak, Liban, Syrie, Pakistan et Iran. On procède à la préparation des budgets et des plans relatifs à l'exécution de campagnes antipaludiques en Ethiopie, au Soudan, en Somalie et au Yémen. L'action de l'OMS au Liban a pris fin et un rapport final d'ensemble a été préparé. Le Gouvernement libanais poursuit l'exécution du programme sur le plan national.

Tréponématoses et infections vénériennes

Les projets de lutte contre les maladies vénériennes entrepris en Éthiopie, en Iran et en Arabie Saoudite avec l'aide de l'OMS, et le projet de lutte contre le Bèjel (tréponématoses non-vénériennes) assisté par l'OMS/FISE en Syrie se sont poursuivis pendant toute l'année.

Dans les trois projets de lutte contre les maladies vénériennes il y a eu tendance à étendre les services fournis aux zones provinciales et rurales, dès que le personnel qualifié requis devenait disponible. Des enquêtes importantes ont été menées - dont certaines non encore achevées - au sujet de l'incidence de la maladie et des facteurs socio-économiques responsables de sa propagation. Des recommandations ont été soumises au sujet de la meilleure méthode permettant d'étendre les services de diagnostic, de contrôle et de traitement jusqu'aux confins des pays à vaste territoire. Il va sans dire que la méthode diffère nécessairement selon les conditions de chaque pays et il est à espérer que le principe fondamental que les services antivénériens doivent être intégrés dans les autres services sanitaires recueillera l'adhésion générale. Ce point est important comme mesure d'économie, et, également comme mesure administrative judicieuse assurant la coordination des services sanitaires. On envisage également la possibilité de rattacher les services de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes au BCG et aux autres services de lutte contre les maladies transmissibles au moyen d'unités sanitaires mobiles.

Le FISE a manifesté son désir de participer aux programmes d'extension. Ces programmes font donc actuellement l'objet d'une étude commune en ce qui concerne l'Iran et l'Éthiopie et on espère présenter une recommandation à cet effet au Conseil d'Administration du FISE dans un proche avenir.

La pénurie persistante, dans certains pays, de personnel national bien qualifié pour poursuivre le travail après le départ des experts de l'OMS constitue une sérieuse préoccupation. Il est à peine besoin de dire que les pays ne peuvent prendre soin de leurs intérêts si du personnel national compétent n'est pas détaché en vue de sa formation et de la continuation de ces services.

Des dispositions sont en bonne voie pour la mise en route d'un projet de centre antivénérien de démonstration et de formation à Chittagong en automne de cette année et d'une enquête épidémiologique sur les maladies vénériennes en Somalie, en coopération avec l'équipe chargée de l'étude préalable à la campagne de vaccination au BCG, comme indiqué ci-dessus.

Dans le domaine des tréponématoses non-vénériennes, l'intérêt est actuellement concentré sur le projet bénéficiant de l'aide conjointe de l'OMS et du FISE, mis en oeuvre à Deir-es-Zor en Syrie, qui a été sérieusement handicapé par l'absence d'un sérologiste de l'OMS ainsi que par la pénurie d'infirmières nationales destinées à s'occuper des femmes nomades. Une enquête étendue sur l'incidence de la maladie dans les vallées de l'Euphrate et du Khabour a été menée et une région pilote a été délimitée. Une vaste campagne de traitement a commencé vers le milieu de cette année. Nous continuons à recevoir régulièrement des rapports de l'Irak et de l'Egypte sur les progrès réalisés par les équipes nationales dans la poursuite de la lutte, et on espère bientôt obtenir des nouvelles d'une expérience spéciale sur les taux de pénicilline dans le sang actuellement effectuée en Egypte avec une nouvelle qualité de pénicilline.

Maladies endémo-épidémiques

Bilharziose

Il est de plus en plus manifeste que le problème de la bilharziose et de la lutte contre cette maladie revêt une importance croissante dans la Région de la Méditerranée orientale. Des enquêtes menées par des consultants de l'OMS ont démontré l'extension de la maladie et le fardeau économique et social qu'elle représente. En raison du développement des réseaux d'irrigation, la maladie devient plus grave et s'étend à de nouveaux foyers. Le projet de lutte contre la bilharziose en Egypte, à l'exécution duquel l'OMS a assisté le Gouvernement égyptien, a démontré qu'il existe encore de grandes lacunes dans les connaissances que l'on possède sur l'épidémiologie de cette maladie, dans l'écologie des mollusques vecteurs et dans les techniques et les procédures administratives relatives à la lutte contre cette maladie. Des plans ont été établis concernant le projet en question et un projet similaire devant être mis en route en Irak à fin 1955, en

vue de tenter de combler certaines de ces lacunes et de réaliser une lutte efficace et coordonnée de cette maladie. Un autre projet a été intégré dans la lutte antipaludique et est actuellement en cours d'exécution dans la ézireh en Syrie. Les projets mis en oeuvre en Syrie et en Irak comprendront des études pilotes sur l'usage du pentachlorophénate de sodium, un molluscocide relativement nouveau et plein de promesses. Ce molluscocide a été utilisé contre les types de bilharziose sévissant dans la Région et a donné des résultats des plus encourageants dans des essais sur le terrain entrepris en Egypte, avec le concours de l'USFOA.

Un intérêt très vif continue à se manifester pour la lutte antibilharzique, des demandes ont été reçues et des projets sont à l'étude pour aider à la lutte menée en Libye (Fezzan), en Arabie Saoudite, au Soudan et au Yémen, soit sous forme de projets séparés soit dans le cadre de programmes de santé publique.

Un cours de formation inter-régional sur la bilharziose et sa prophylaxie est prévu pour 1957 et sera donné probablement au Caire.

Choléra

L'exécution du projet de lutte contre le choléra dans le Pakistan oriental a été arrêtée à la demande du Gouvernement en raison de difficultés administratives et de recrutement.

Le projet avait comme objectifs principaux: (1) une étude des aspects bactériologiques de l'épidémiologie du choléra; (2) une étude des méthodes d'assainissement relatives à la lutte contre cette maladie.

Malheureusement, à la suite de difficultés inattendues éprouvées dans le recrutement d'un bactériologue qualifié et expérimenté, il n'a pas été possible d'entreprendre le travail prévu pour atteindre le premier objectif. Toutefois, des résultats dignes d'intérêt ont été enregistrés dans la réalisation du deuxième objectif, résultats qui s'avéreront d'une valeur considérable dans les entreprises similaires qui seraient tentées à l'avenir. Ces résultats comprennent l'adaptation couronnée de succès de deux procédés de forage de puits tubulaires (procédés du jet et du sludger) pour assurer un approvisionnement en eau potable à un prix

raisonnable dans les conditions régnant dans le Bengale oriental, ainsi que l'adaptation aux conditions locales de deux types de cabinets d'aisances peu onéreux.

Un autre résultat digne d'intérêt a été que, malgré l'impossibilité de recruter un éducateur sanitaire, le personnel des missions a pu s'assurer le concours actif des villageois pour installer les appareils sanitaires préconisés. Il y a tout lieu de croire que les populations, si elles sont convenablement éclairées sur la nécessité de ces mesures, sont disposées à les appliquer et à les maintenir même en présence de difficultés exceptionnelles. Il est à espérer qu'il sera possible avec le temps d'estimer à leur juste valeur ces résultats importants bien que partiels, et que l'intérêt ainsi éveillé parmi les populations provoquera une demande générale pour l'extension de ces aménagements.

Maladies transmises par les insectes

L'équipe d'experts de l'OMS, détachée à la demande du Gouvernement iranien en vue de mener des enquêtes sur les méthodes de lutte contre les maladies transmises par les insectes dans une région déterminée, a commencé ses opérations vers le milieu de 1954. Il est intéressant de noter que la difficulté la plus grande que l'on ait rencontrée au début a été de trouver une région qui n'eût pas été précédemment traitée au moyen d'insecticides et qui, par conséquent, pût convenir comme zone d'opérations. De vastes enquêtes sur l'incidence des maladies (principalement le typhus et la fièvre récurrente) sont menées dans le district de Sabzewar, qui est la région choisie en définitive, et une campagne d'essai est en cours pour enrayer ces maladies. Des cours de formation ont été institués pour les médecins, les entomologistes et les techniciens de laboratoire.

Une enquête importante sur les mouches et la lutte contre ces insectes a été menée dans la région de Calioub, en Egypte, par un consultant de l'OMS. Les constatations faites fournissent un nouvel appui aux suggestions selon lesquelles la Musca sorbens serait principalement responsable de la propagation des ophtalmies saisonnières. Les méthodes préconisées pour la lutte contre la Musca sorbens sont actuellement essayées dans le projet pilote relatif au trachome mis en oeuvre en Egypte.

L'OMS a donné son approbation technique au projet exécuté au Pakistan avec l'aide du FISE, qui vise à enrayer l'importation et la propagation du typhus à poux par le poudrage au DDT des tribus nomades vivant à la Frontière nord-occidentale. Les résultats définitifs ne sont pas encore connus.

Lèpre

Grâce aux fonds actuellement disponibles, des arrangements sont en bonne voie en vue du détachement par l'OMS en Iran et en Irak, dans la dernière partie de l'année 1955, de consultants qui assisteront les gouvernements de ces pays dans la lutte contre la lèpre.

Le FISE a été requis par le Gouvernement éthiopien de l'aider dans la continuation de l'oeuvre entreprise par les conseillers de l'OMS détachés en Ethiopie en 1952-53.

Poliomyélite

Pendant la période considérée, deux laboratoires de la Région ont été désignées comme centre régionaux de la poliomyélite, soit le Laboratoire des Virus de l'école de médecine Hadassah de l'Université hébraïque de Jérusalem, et le United States Naval Medical Research Unit no 3 au Caire. Ces deux laboratoires sont équipés pour effectuer les cultures de tissus pour l'étude de cette maladie.

L'idée fondamentale qui a amené la désignation de ces Centres est de stimuler et faciliter des recherches qui aideront à utiliser les nouveaux procédés de lutte, notamment la vaccination, dès que ces méthodes seront disponibles sans des périodes d'essais et d'erreurs prolongées indûment. A cette fin, il est nécessaire d'obtenir des renseignements sur les caractéristiques antigéniques ou autres des virus de la poliomyélite et d'autres virus semblables isolés à partir des matières fécales dans toutes les parties du monde, qu'il s'agisse de la forme paralytique, abortive ou inapparente de la maladie, ainsi que sur l'incidence selon l'âge des cas cliniques et de l'infection. Le Bureau régional prend également des dispositions pour participer à un essai spécial qui sera effectué en collaboration avec le Naval American Medical Research Unit no 3 sur les effets d'un vaccin inactivé au formol préparé selon la méthode du Professeur Salk sur les enfants en bas âge dans des régions rurales.

Ce groupe d'âge n'a pas fait l'objet d'études poussées aux Etats-Unis, mais la preuve existe que 90% des attaques de paralysie en Egypte surviennent au cours de la première année de vie.

Cet essai constituera une étude pilote à une échelle réduite, hautement technique, comportant l'emploi de méthodes de culture tissulaire en vue d'étudier la multiplication du virus de la poliomyélite et l'accroissement des taux des anticorps neutralisant le virus. Cette expérience-pilote est décrite avec de plus amples détails dans un document technique qui sera présenté au Comité régional,¹ et l'on espère que des résultats pourront être communiqués au Comité régional en 1956.

Variolle

En vue de fournir aux pays l'assistance nécessaire dans leur lutte contre la variolle, il a paru souhaitable d'obtenir des données complètes de tous les pays de la Région concernant les instituts existants préparant le vaccin antivariolique, leur effectif, leur production, la nature des vaccins, etc. En conséquence, un questionnaire a été adressé à tous les pays dans ce sens. A ce jour des réponses ont été reçues seulement de Chypre, du Soudan, du Yémen, de la Jordanie, du Liban, de la Somalie et d'Aden.

Les Gouvernements du Pakistan et de la Syrie ont sollicité des appareils de lyophilisation qui les aideraient à produire des vaccins antivarioliques secs. Pour répondre à ces requêtes, il a été nécessaire de déterminer quel appareil est le plus approprié pour la production des vaccins antivarioliques secs à la lumière des expériences menées par l'OMS. On procède actuellement à l'achat de deux appareils "USIFROID".

L'Organisation a patronné une longue série de tests de laboratoire concernant les différents vaccins antivarioliques secs, et deux vaccins ont été sélectionnés pour des tests parallèles sur le terrain et en laboratoire après exposition à des températures de 45°C et 37°C pendant des périodes variables. Les résultats provisoires semblent indiquer la nette supériorité d'un de ces vaccins. Après seize semaines de conservation à une température de 45°C et 37°C, aucune détérioration décelable n'a pu être relevée par des tests de laboratoire et des tests cliniques. Le vaccin peut être obtenu commercialement du Lister Institute of Preventive

¹ Document RC5/EM/6

Medicine, Elstree, Angleterre, et la méthode de préparation a fait l'objet d'une publication.¹ On suspecte toutefois, bien qu'il ne soit pas encore certain, que le degré de dessiccation est responsable de la stabilité prolongée à des températures élevées.

(L'article sur la production d'un vaccin antivariolique sec stable sera distribué séparément à tous les pays).

Trachome

Le projet de lutte contre les maladies oculaires transmissibles, mis en oeuvre en Egypte avec l'assistance de l'OMS et du FISE, est destiné à servir de projet-pilote sur la base duquel on espère établir un plan de campagne massive de prévention et de traitement du trachome, susceptible d'être appliqué dans les autres pays de la Région ayant sollicité une assistance.

Le projet réalisé en Egypte a été soigneusement préparé avec le concours d'experts techniques et de statisticiens, et l'objectif visé est (a) la prévention de l'ophtalmie saisonnière chez 5 000 enfants d'âge pré-scolaire, par l'administration de sulfamides, (b) le traitement de 2 800 écoliers trachomateux par l'application d'une pommade antibiotique. En outre, des études sont en cours dans certains villages, à l'effet de se rendre compte de l'effet de mesures de lutte contre les mouches et d'assainissement sur l'incidence tant de l'ophtalmie saisonnière que du trachome.

L'ophtalmologiste de l'OMS, engagé en décembre, est assisté par un Comité technique consultatif et par les ressources du centre de démonstrations sanitaires de Calioub, choisi comme centre d'exécution du projet.

On ne peut s'attendre à ce que ce projet-pilote donne, avant au moins un an, sinon même davantage, des résultats positifs permettant de procéder à une évaluation solidement étayée. Il y a toutefois un élément encourageant dont on peut d'ores et déjà faire état, c'est la collaboration enthousiaste des instituteurs au projet et le concours précieux qu'ils donnent dans l'application de la pommade.

En prévision d'un plan satisfaisant, c'est-à-dire d'un plan efficace et pratique, à naître de cette expérience, des dispositions sont en train d'être prises pour que des consultants procèdent à des enquêtes préliminaires sur la fréquence

¹ "The Development of a Stable Smallpox Vaccine". COLLIER, L.H., J. Hyg. Vol. 53, 1, 76, 1955.

du trachome en Irak, en Jordanie, au Liban, en Syrie. En Libye, l'étude du problème est entreprise par la International Cooperation Administration.

La trypanosomiase au Soudan

A la demande pressante du Gouvernement du Soudan, l'OMS a prêté son concours à une campagne chimio-prophylactique massive contre une grave recrudescence de la trypanosomiase dans le sud-ouest du Soudan. Autrefois, la maladie du sommeil chez les populations de l'Azande était combattue par des mesures telles que l'établissement de la population le long des routes, l'éclaircissement de la jungle et la destruction, sur une échelle limitée, des glossines dans les cours d'eau. Plus récemment, l'établissement de ces populations dans des régions cultivables a amené un développement économique accompagné, toutefois, d'une augmentation de la fréquence de la maladie. Pour cette raison, et étant donné l'impossibilité d'une nouvelle réinstallation de ces populations, le Gouvernement était vivement désireux d'entreprendre une campagne de chimio-prophylaxie, en faisant usage, en premier lieu, de pentamidine parmi 30 000 habitants établis dans le sud-ouest du Soudan. En conséquence, l'OMS a engagé un expert pour une période de trois mois afin d'organiser le programme de lutte par ce procédé, former le personnel national et formuler des recommandations. Il a été mis à la disposition de l'expert deux véhicules, du matériel pour laboratoire et autres usages et une quantité de médicament pouvant suffire à environ 100 000 injections. On envisage une nouvelle mission de l'expert de l'OMS en 1957 en vue d'évaluer les résultats de la campagne. Etant donné que l'on ne possède aucune donnée au Soudan sur cette méthode, les résultats en sont attendus avec un très vif intérêt, car l'on prévoit qu'ils auront une répercussion importante sur le développement économique de cette région.

Au cours de la première mission de l'expert, 7 451 personnes ont été examinées et parmi elles 281 nouveaux cas ont été décelés (soit une proportion de 3,8%). Des injections de pentamidine ont été administrées à 5 599 personnes à titre prophylactique.

Le projet de lutte contre la trypanosomiase a été mis à exécution à titre de mesure d'urgence en remplacement du projet de lutte contre la méningite cérébro-spinale, qui a pu être ajourné, une baisse dans l'incidence de cette dernière maladie ayant heureusement été constatée.

Fièvre jaune

Le Gouvernement éthiopien a exprimé le désir d'étendre l'enquête entreprise à d'autres régions, situées au-delà de la province de Shoa. Une nouvelle aide a été fournie par l'Organisation à l'Institut Pasteur d'Addis Abéba, pour la continuation, en 1954, des recherches sérologiques et entomologiques faites dans les provinces de l'Ethiopie situées au sud et à l'ouest de la province de Shoa. Au cours de cette enquête une étude a été faite sur les vecteurs tant domiciliaires que non domiciliaires décelés dans les régions visitées.

Zoonoses

Le problème des zoonoses occupe une place de premier plan dans la Région, et une somme considérable de travail a été accomplie dans un certain nombre de pays avec l'aide de l'Organisation. En l'absence d'un vétérinaire attaché au Bureau régional, une grande partie de ce travail a été coordonnée ou organisée directement par les Services du Siège de l'OMS, procédure qui a eu l'avantage d'étendre le bénéfice de l'oeuvre accomplie à des régions limitrophes.

Parmi les projets importants mis à exécution, se place une conférence sur la peste selvatique, tenue à Téhéran en 1954. L'Iran, l'Irak, la Turquie et la Syrie y ont envoyé des délégués. Y ont assisté également des experts de l'Organisation, dont un représentant du Bureau régional. Les résultats de cette conférence ont été la création d'un nouveau cours de formation pour experts nationaux et la constitution d'une équipe spéciale d'enquête, qui a examiné la situation sur les frontières de la Syrie, de l'Irak et de la Turquie.

En Israel, avec le concours de l'Organisation, prêté sous forme d'avis et d'une certaine assistance matérielle, on a enregistré une activité dans plusieurs domaines, comprenant la rage, la tuberculose bovine, la brucellose, la leptospirose, la fièvre Q, etc. De plus, le pays a procédé à une campagne antirabique de large envergure. Au cours de la période considérée, l'Organisation a également fourni

Les services d'un consultant à court terme au Gouvernement jordanien, afin d'étudier la nature et l'incidence de la fièvre récurrente dans ce pays. Ses conclusions se résument succinctement en ce qui suit: "Il n'y a pas, en Jordanie, de cas de fièvre récurrente à poux. Il faudrait cependant noter que les poux existent en grand nombre, notamment dans les camps de réfugiés, et que l'entrée de personnes, en provenance d'autres pays, porteuses de Treponema obernierii est susceptible de provoquer une épidémie..... En Jordanie, la fièvre récurrente est transmise par deux variétés de tiques: le O. tholozani tholozani, qui a son habitat dans des cavernes et se rencontre dans toute la Jordanie, à l'exception du désert oriental, et le O. conicops, qui vit dans les maisons, à Naplouse et les villages environnants."

L'Organisation a également fourni une assistance appréciable concernant un autre aspect de la lutte contre la transmission des maladies de l'animal à l'homme. En outre, à la suite de la visite du Professeur Jepsen, consultant en matière d'hygiène alimentaire, à divers pays de la Région, visite dont il a été rendu compte au cours de la quatrième session du Comité régional, un colloque sur la salubrité des viandes a été tenu à Alexandrie pour faire connaître les techniques récentes intéressant la salubrité des viandes, notamment en ce qui a trait au contrôle des abattoirs et à la manipulation des carcasses d'animaux. A ce colloque ont participé 35 stagiaires appartenant à neuf pays.¹

Un important travail subsidiaire, en marge de la lutte habituelle contre les maladies transmissibles, a également été accompli, comprenant entre autres, des recherches relatives à la fréquence de la tuberculose bovine, particulièrement dans la région de Calioub, en Egypte; de plus, un travail préliminaire est en cours d'exécution, en vue de déterminer l'incidence de la tuberculose bovine parmi les consultants des dispensaires antituberculeux bénéficiant d'une assistance de l'OMS. Comme l'équipement permettant la culture du bacille tuberculeux n'a été installé que récemment, cette branche d'activité est encore à ses débuts. L'Organisation prête aussi son concours à des études sur l'incidence de la leptospirose, particulièrement en Egypte, et au moment où se rédige ce rapport, un expert engagé par l'Organisation procède à certaines études sur la fièvre récurrente, de concert avec l'Institut Pasteur d'Ethiopie. En marge de certaines enquêtes sur l'hygiène rurale, on projette

¹ Egypte, Ethiopie, Irak, Iran, Liban, Jordanie, Arabie Saoudite, Soudan et Syrie.

d'effectuer en 1955-56 des sondages parmi les habitants des régions rurales d'un certain nombre de pays, pour la recherche des anticorps neutralisant une grande variété de virus, de rickettsies et d'autres micro-organismes.

Administration de la santé publique

Une bonne organisation administrative de la santé publique constitue la meilleure base pour les services sanitaires d'un pays. Il a été déjà mentionné dans l'introduction de ce rapport que l'aide aux gouvernements pour le développement ou la création de divers services de leur organisation sanitaire occupe par son importance la seconde place parmi les projets entrepris au cours de la présente période. Il convient également de noter que les bourses d'études attribuées dans ce domaine occupent la troisième place. L'importance des bourses d'études en tant que moyen d'instruction a été soulignée dans le dernier rapport annuel, et elles continuent à être un facteur de premier ordre dans l'assistance technique fournie à cet égard. Au cours de cette année, douze bourses d'études ont été attribuées dans ce domaine. Des conseillers en administration de la santé publique en général ou en quelques-unes de ses branches spéciales, telles que les soins infirmiers ou les statistiques, ont été maintenus pour toute l'année ou pour une partie de celle-ci, en Ethiopie, en Iran (administration et statistiques), au Pakistan (soins infirmiers), en Arabie Saoudite (administration et quarantaine) et au Yémen. Nous avons déjà attiré l'attention sur le retrait imminent ou déjà effectué de plusieurs de ces conseillers et sur l'importance qu'il y aurait à les remplacer par un certain nombre de représentants de zone.

Le centre de démonstrations sanitaires de Calioub, en Egypte, vient d'entrer dans une phase très importante et a mis en fonctionnement une unité sanitaire rurale pilote, en tant que partie d'un centre social rural, dans le cadre d'une administration provinciale décentralisée. Cette audacieuse expérience du Gouvernement égyptien peut se révéler de la plus haute importance pour les autres pays, non seulement dans cette Région mais dans le monde entier. Aussi, un rapport distinct sur Calioub est-il inclus dans ce document. On remarquera que des projets ont été élaborés pour l'Irak, le Liban et la Syrie en vue de créer des services d'hygiène rurale, et un projet quelque peu similaire est envisagé pour l'organisation d'une unité sanitaire urbaine au Yémen.

Il y aurait lieu d'accorder une attention spéciale aux projets visant à assurer du personnel aux services d'hygiène rurale en voie de développement. L'Ecole des Assistants sanitaires de Gondar, créée par la collaboration du FISE et de l'Administration de Coopération internationale (ex Point IV) fonctionne déjà. Ce projet a pour but de former des auxiliaires sanitaires (et autres) qui seraient affectés à un des centres d'hygiène rurale à établir dans les petites villes et les campagnes. On envisage la création d'écoles de ce genre en Libye (pour fournir, ultérieurement, du personnel à 150 centres existants) et en Arabie Saoudite.

L'exécution de ces programmes peut être entreprise sans risque puisqu'un programme identique est appliqué avec succès au Soudan, depuis plusieurs années. Une demande intéressante et digne de retenir l'attention a été formulée par le Gouvernement d'Israël, à l'effet d'obtenir la participation du Bureau à une enquête portant sur le nombre, les types, âges, etc., des cas de maladies chroniques, ainsi que sur les moyens dont on dispose pour les soigner. Sur la base des données ainsi recueillies on pourrait planifier rationnellement l'établissement des services supplémentaires requis.

Aucune activité n'a été exercée en matière d'hygiène dentaire au cours de cette année, mais trois pays ont demandé une assistance sous forme de services de consultants ou de bourses d'études. Il est possible que l'institution d'une école d'auxiliaires dentaires soit envisagée. De telles écoles ont été créées dans d'autres régions, notamment en rapport avec des services scolaires d'hygiène dentaire, et elles sont en mesure de former ces auxiliaires en près de deux ans.

Une demande à signaler est celle du Gouvernement de l'Arabie Saoudite tendant à obtenir une étude et des avis sur la création de services sanitaires pour les populations nomades, ainsi qu'une assistance pour la planification des services lors de l'établissement de ces populations. Un tel projet pourrait présenter de l'importance pour plusieurs pays de la Région.

Il a été traité séparément des divers autres formes d'assistance aux gouvernements, sous la vaste rubrique de l'administration de la santé publique, comprenant l'éducation sanitaire de la population, la protection maternelle et infantile,

l'hygiène scolaire, la réadaptation, la santé mentale, la nutrition, les laboratoires de la santé publique, l'hygiène industrielle et la médecine du travail, les statistiques démographiques et sanitaires, etc.

Zone de démonstrations sanitaires en Egypte

On a poursuivi l'exécution d'enquêtes préliminaires sur la tuberculose, les infections intestinales, les services d'hygiène scolaire, l'assainissement et les statistiques démographiques, et l'on en escompte des données d'importance vitale, susceptibles de servir de base à des opérations futures. L'enquête sur la tuberculose a été menée en collaboration avec le personnel de l'Université du Caire et le dispensaire antituberculeux du Caire. D'autres enquêtes ont été entreprises en collaboration avec le Naval American Medical Research Unit.

Le Gouvernement égyptien a récemment sanctionné l'exécution, sous l'égide d'un Conseil permanent de la Prévoyance sociale, d'un vaste programme de création de centres sociaux ruraux dans toute l'Egypte. Ces centres sont destinés à associer les services sanitaires et sociaux aux services agricoles et d'instruction sous le contrôle d'une administration provinciale. Le centre de démonstrations de Calioub prête son concours à ce programme, en établissant des centres modèles dans la région, soit du même genre soit avec certaines variantes, afin d'évaluer les services à fournir par ces centres et par leur rattachement à un laboratoire, à un hôpital ou à d'autres services spécialisés. Un personnel destiné à ces centres modèles est en train d'être formé, dans ce but, dans le cadre du projet de Calioub.

On espère que le fonctionnement des centres pilotes permettra d'obtenir des renseignements de première main sur l'envergure qu'il conviendrait de donner à la section sanitaire d'un tel centre, les genres de services sanitaires requis et susceptibles d'être fournis, les catégories et l'effectif du personnel nécessaire au fonctionnement des services, les frais y relatifs, etc. Il est à espérer que les évaluations techniques découlant de l'exécution du projet s'avèreront, en définitive, utiles au Gouvernement pour le développement de son programme de services ruraux. Le personnel du centre de Calioub s'occupe également de la création d'une administration "provinciale" appropriée, pour exercer un contrôle sur ces centres.

Depuis l'année dernière, le personnel des missions de l'OMS s'est accru d'un conseiller principal et d'un bactériologiste. Le nombre total des conseillers de l'OMS affectés au centre se trouve ainsi porté à huit.

Assainissement

Les problèmes que pose l'assainissement dans la Région, continuent à justifier l'inclusion de cette branche de l'hygiène publique dans tout programme gouvernemental d'action sanitaire. L'Organisation Mondiale de la Santé, par l'organe de son Assemblée et de ses comités régionaux, y compris celui de cette Région a, une fois de plus, mis ce fait en évidence dans de récentes résolutions. Un effort considérable a été fourni en vue de trouver des moyens permettant l'exécution ou le renforcement de tels programmes dans les activités gouvernementales régionales exercées à tous les échelons.

Des programmes d'enseignement de base ont pris de l'essor grâce à l'institution d'un cours post-universitaire de génie sanitaire à l'Ecole de la Santé publique, au Liban. Les projets visant à organiser ou à aider à organiser un enseignement de génie sanitaire, tant à l'Université d'Alexandrie, en Egypte, qu'au Technion de Haifa, en Israel, ont été continués, bien que les difficultés de recrutement de professeurs de génie sanitaire aient retardé ces deux projets. En ce qui concerne les inspecteurs sanitaires, l'enseignement qui leur est délivré a continué à prendre de l'essor dans plusieurs pays de la Région, mais aucun nouveau pays n'a entrepris d'organiser un enseignement de ce

Pour ce qui est des techniciens sanitaires auxiliaires, on a commencé dans divers pays l'élaboration de plans pour l'institution de cours de formation, le plus souvent conjointement à d'autres projets plus vastes de formation professionnelle; en outre, un cours régional de formation devait commencer en Egypte vers fin 1955. Plusieurs pays ont organisé des stages spéciaux en cours d'emploi pour inspecteurs sanitaires, tels que les inspecteurs chargés du contrôle des denrées alimentaires; de plus, un colloque de trois semaines sur la salubrité des viandes et les techniques d'inspection a eu lieu à Alexandrie.

L'intégration de l'assainissement dans les autres activités sanitaires a continué à être mise en relief par l'inclusion d'un programme prévoyant le recrutement

de techniciens sanitaires spécialisés, l'attribution de bourses d'études et la fourniture de matériel dans plusieurs projets ayant une vaste portée en matière de santé publique. Ainsi l'assainissement constitue une activité caractéristique des projets de démonstrations sanitaires exécutés en Egypte, y compris le projet général de Calioub et ceux relatifs à la lutte contre la bilharziose et à la lutte contre les ophtalmies transmissibles. Il en est de même du projet de formation de personnel auxiliaire exécuté à Gondar, en Ethiopie, et cette mesure sera adoptée pour divers projets similaires en voie d'élaboration. Tous les projets de lutte contre le paludisme et la bilharziose prévoient le recrutement d'un personnel pour l'assainissement. Ces projets sont en cours d'exécution en Egypte, en Iran, en Irak, en Syrie (2) et en Arabie Saoudite, et en voie d'élaboration en ce qui concerne l'Ethiopie, la Somalie, l'Iran, le Soudan et le Yémen. L'assainissement fait partie intégrante des projets relatifs à l'hygiène urbaine et rurale en préparation.

Un consultant en matière de génie sanitaire a amorcé en Arabie Saoudite une étude en vue de donner des avis sur l'élaboration d'un plan à longue échéance relatif à l'assainissement. Des conseillers en génie sanitaire sont prévus pour le Pakistan (province du Pendjab) et le Liban. Une enquête portant sur l'hygiène alimentaire doit être entreprise incessamment par un consultant en Iran. Un projet d'assistance pour la lutte contre les rongeurs est projeté pour l'Arabie Saoudite. Dans la plupart des pays de la Région, les conseillers en ce domaine (ingénieurs et techniciens sanitaires) ont été fournis par des organisations internationales bilatérales (USFOA, Near East Foundation), et l'Organisation a, dans plusieurs circonstances, collaboré à cette assistance sous forme d'échange d'informations ou en apportant, chaque fois qu'elle en avait la possibilité, l'appui et le concours de ses propres activités.

L'aide fournie par le FISE sous ce rapport s'est développée très lentement. Un projet seulement, prévu pour l'Ethiopie, a été recommandé pour approbation. Mais l'intérêt marqué pour une assistance de ce genre s'accroît, et l'on prévoit que plusieurs projets seront élaborés l'année prochaine.

Un projet où l'accent était particulièrement mis sur l'assainissement (lutte contre le choléra au Pakistan) a été arrêté avant d'être achevé, surtout en raison de certains problèmes d'ordre administratif qui ne pouvaient être aisément résolus.

Un colloque régional sur l'assainissement est prévu pour l'année 1956 et, à cet effet, un petit comité préparatoire doit se réunir fin 1955. Ce colloque fera mieux accepter par les Etats Membres l'aide et les informations fournies en vue de l'élaboration de programmes nationaux concernant l'assainissement et stimulera leur intérêt à cet égard. En général, les pays de la Région se heurtent à plusieurs difficultés d'ordre pratique, administratif et financier, en essayant d'appliquer pleinement les techniques les plus modernes concernant l'assainissement.

Les méthodes devant permettre aux gouvernements de résoudre quelques-uns de ces problèmes et développer leurs activités dans le domaine de l'assainissement font l'objet d'un document¹ soumis séparément au Comité régional.

Education sanitaire de la population

Le principe que l'éducation sanitaire du public est une condition préalable de toute action soutenue tendant à améliorer la santé et les conditions de vie de la population a été souligné à plusieurs reprises. Il a été réitéré dans mon rapport soumis au Comité régional, au cours de la session tenue l'année dernière, comme article de foi et ligne de conduite.

L'année qui vient de s'écouler nous a fourni de nouveaux et nombreux motifs de constater l'urgente nécessité de ce principe. Elle a également révélé que plusieurs pays de la Région se rendent de plus en plus compte de son importance. Ces pays ont demandé des publications traitant de l'éducation sanitaire, pas nécessairement pour en faire un usage direct, mais pour y puiser des exemples pouvant s'appliquer à leurs conditions propres. Ces demandes ont été satisfaites avec difficulté, et dans la mesure du possible, et l'on a de plus en plus le sentiment que l'Organisation devrait faire davantage. On a suggéré que le Bureau régional devrait jouer le rôle d'un centre où serait réunie une documentation sélectionnée sur les méthodes ou le matériel d'éducation sanitaire ayant démontré leur valeur dans certains pays de la Région, et échanger ces informations avec d'autres pays pour guider leurs efforts. Une autre suggestion vise à l'engagement d'un conseiller régional qui étudierait les meilleures méthodes pour entreprendre l'éducation sanitaire dans les différents pays, et donnerait des avis sur la manière de préparer la documentation qui pourrait être requise.

¹ RC5/EM/9

Quelles que soient les méthodes qui, à l'issue de ces études pourront, en définitive, être mises en pratique, il y en a deux qui sont, d'ores et déjà, reconnues de valeur indéniable: d'abord, la parole, quand la personne qui s'en sert est exercée dans l'art de présenter le sujet, ensuite la stimulation de l'intérêt des populations, d'une manière effective, envers leur propre bien-être, par l'intermédiaire de leurs chefs naturels. On a fait valoir que des années de négligence ont créé chez plusieurs populations un fatalisme et un manque d'intérêt envers leur propre bien-être et, à plus forte raison, celui de leurs voisins, surtout si ce bien-être exige un effort quelconque de leur part. C'est précisément cette inertie qui doit être vaincue, et c'est un sentiment de responsabilité civique et individuelle qui doit être éveillé, en dépit des croyances et des craintes traditionnelles, en ayant recours aux méthodes les plus appropriées à chaque pays. En pareille matière, le succès ne peut être obtenu que si la population intéressée est l'objet d'une étude approfondie et de la plus grande compréhension. Toutefois, ce n'est pas là une raison pour désespérer et renoncer.

Le mieux que l'on puisse dire est que la santé de la population doit être le résultat d'un lent processus, fait de patience, de persévérance et de détermination. Les résultats sont souvent difficiles à évaluer, mais certains faits enregistrés au cours de l'année dernière sont encourageants:

- (a) les cours d'orientation en matière d'éducation sanitaire, destinés au personnel enseignant, organisés par la FOA, dans le centre de démonstrations de Calioub;
- (b) le succès obtenu par le cours de formation en éducation sanitaire destiné à des maîtres d'école en Libye;
- (c) les efforts individuels d'un technicien sanitaire de l'OMS à Jhalakati, qui a réussi à persuader les villageois de contribuer par leur temps, leur intérêt et leur travail à la construction d'installations sanitaires indispensables;
- (d) le projet d'institution d'un cours spécial d'éducation sanitaire au Centre d'Education de Base pour les Etats arabes (à Sirs el Layyan).

Le plus grand espoir réside dans les écoles, car c'est là que se trouvent les meilleurs éléments susceptibles d'inculquer ces principes et ces habitudes de vie saine qui s'implanteront chez l'individu et, par lui, passeront dans la collectivité.

Le projet relatif à l'éducation sanitaire, en Libye, a été couronné de succès, non seulement dans la formation des maîtres d'école comme moniteurs d'éducation sanitaire, mais aussi en contribuant à instruire des visiteurs d'hygiène pour collectivités rurales dans cette branche importante de leur tâche, au Centre de protection maternelle et infantile de Souk el Jouma.

Cependant, au Centre d'Education de Base des Etats arabes, il a été jusqu'ici impossible de trouver un candidat possédant les aptitudes requises pour occuper le poste qui s'y trouve vacant. Cette circonstance est particulièrement regrettable parce que ce projet possède toute l'envergure voulue pour favoriser la mise au point de méthodes d'organisation et d'enseignement dans les collectivités les plus appropriées aux besoins des populations de la Région.

L'intérêt national en matière d'éducation sanitaire exige des mesures pratiques en vue de développer cette profession par l'appât de carrières attrayantes et intéressantes. Nombreux sont les exemples d'une aptitude et d'un enthousiasme naturels perdus faute d'un appui officiel et financier. Deux bourses seulement pour l'étude de l'éducation sanitaire ont été demandées. Il peut en être offert davantage.

Soins infirmiers

1. La valeur des soins infirmiers est de plus en plus appréciée dans la plupart des pays de la Région qui se sont également intéressés à établir, améliorer ou développer les moyens de formation existants selon leurs propres besoins. L'assistance technique de l'O.M.S., en matière de soins infirmiers, a donc revêtu une des formes suivantes:

- (a) amélioration de l'administration nationale des soins infirmiers;
- (b) amélioration des méthodes d'enseignement des soins infirmiers en général;
- (c) création ou expansion des ressources permettant la formation d'infirmières auxiliaires.

(a) Administration nationale des soins infirmiers

Dans la plupart des pays dont les responsabilités en matière de services infirmiers s'accroissent, il a été estimé essentiel de créer, à l'échelon ministériel une section des soins infirmiers capable d'utiliser toutes les ressources nationales disponibles en vue d'améliorer les soins infirmiers et la formation des infirmières. Par l'intermédiaire de conseillères expérimentées en matière de soins infirmiers, l'OMS a aidé les pays à organiser ces services et à former des infirmières, recrutées parmi leurs nationaux, possédant les aptitudes requises pour en assumer la charge. Cette forme d'assistance a été fournie avec succès en Syrie, au Liban et au Pakistan. L'exécution de projets similaires doit commencer dans la seconde moitié de 1955, en Egypte et en Israël.

(b) Enseignement infirmier

L'effort principal a porté sur l'élaboration de programmes d'enseignement alliant les aspects préventifs et sociaux des soins infirmiers à leur aspect curatif, de telle sorte que l'infirmière diplômée puisse être à même d'exercer ses fonctions aussi bien dans les établissements hospitaliers, les services de district et à domicile. Les notions relatives à l'instruction et à la supervision des auxiliaires ont également été incluses dans le programme d'enseignement. Des projets de ce genre sont en cours d'exécution à Chypre, en Iran, au Pakistan et en Syrie, chacun comportant un nombre différent d'experts internationaux. La mise en train d'autres projets similaires est prévue en Jordanie, en Libye et au Soudan, durant l'année 1955, compte non tenu de l'Ecole régionale d'infirmières, à Alexandrie.

Dans certains pays, les soins d'accouchement font partie des cours de base d'enseignement infirmier, alors que dans d'autres ils font l'objet d'un cours supplémentaire. L'OMS a prêté son concours à ces deux types de cours. Actuellement, elle aide l'Iran à rouvrir une école de sages-femmes.

La principale difficulté rencontrée dans plusieurs pays a consisté à trouver des élèves ayant l'aptitude voulue pour subir une formation professionnelle. Les responsabilités qui s'attachent, dans chaque sphère, aux soins infirmiers, exigent une culture et de solides connaissances générales jointes aux qualités requises pour

exercer un rôle de direction. Certains pays se sont rendu compte de ce besoin et ont essayé de relever le niveau d'instruction des candidates à la profession d'infirmière. Il est à espérer que cet exemple sera suivi par d'autres pays.

(c) Infirmières auxiliaires

Le développement des services sanitaires exige un plus grand nombre d'infirmières pleinement qualifiées que n'en peut fournir chaque pays. Il faut, par conséquent, renforcer leur effectif en leur adjoignant des auxiliaires entraînées; celles-ci, sous un contrôle approprié, se sont révélées de précieuses assistantes. L'aide relative à la formation des diverses catégories d'infirmières est fournie dans le cadre des projets concernant la protection maternelle et infantile, les maladies vénériennes et la tuberculose, et des projets spécialement destinés à ce but, comme c'est le cas à Gondar (Ethiopie).

2. L'Ecole régionale d'infirmières d'Alexandrie

Outre les ressources qu'elle offre pour une formation technique de base à la plupart des pays de la Région, l'Ecole d'infirmières a pour fonction de donner des cours d'enseignement -dont le besoin est grand- sur l'administration des services infirmiers et les soins infirmiers de la santé publique, dans un milieu typiquement représentatif de celui dans lequel les infirmières seront appelées à travailler.

Un retard inévitable s'est produit dans l'inauguration de cette Ecole qui ouvrira ses portes en Septembre.

Des élèves diplômées des écoles secondaires en Egypte, au Soudan et dans d'autres pays ont manifesté un vif intérêt pour cette Ecole et ont adressé des demandes d'inscription.

En relation avec ce projet, une bourse d'études pour l'enseignement des soins infirmiers a été attribuée à une infirmière égyptienne et on prévoit d'en accorder une deuxième cette année.

Hygiène maternelle et infantile

Le Conseiller régional pour l'hygiène de la maternité et de l'enfance a quitté en 1954 la Région de la Méditerranée orientale et n'a été remplacé qu'en mai 1955. Malgré la vacance prolongée de ce poste important, les programmes touchant l'hygiène de la maternité et de l'enfance ont progressé régulièrement dans la plupart des pays de la Région.

Le FISE a maintenu l'aide accordée aux projets d'hygiène maternelle et infantile sur une grande échelle, ces projets constituant un de ses principaux domaines d'intérêt. Non seulement du matériel et des fournitures ont été envoyés à plusieurs pays de la Région, mais également des allocations ont été versées pour les stagiaires (projets relatifs à l'hygiène maternelle et infantile en Ethiopie, Libye, Iran, Pakistan et Syrie). Dans certains cas le FISE a remboursé à l'OMS les frais du personnel international (Irak, Libye et Syrie).

L'exécution des projets relatifs à l'hygiène de la maternité et de l'enfance dans les divers pays de la Région s'accomplit à des degrés divers selon le plan-type établi pour les programmes d'assistance OMS/FISE, qui peut se résumer comme suit:

- Phase I : Création d'un centre de démonstration et de formation pour l'hygiène maternelle et infantile dans la ville principale du pays. Le personnel international étant procuré par l'OMS, le matériel et les fournitures par le FISE.
- Phase II : Démonstration des méthodes récentes en matière d'hygiène maternelle et infantile, l'accent étant mis sur la prophylaxie: soins pré-nataux, accouchements à domicile, surveillance des mères après l'accouchement, soins aux nouveau-nés et aux enfants jusqu'à l'âge scolaire.
- Phase III : Organisation, dès que possible, de cours de formation ou de réimprégnation pour les médecins, les étudiants en médecine, les infirmières et sages-femmes diplômées, les élèves-infirmières et les élèves sages-femmes, les visiteuses d'hygiène pour les collectivités rurales, les auxiliaires d'hygiène publique, les accoucheuses autochtones, etc.
- Phase IV : Organisation de centres subsidiaires d'hygiène maternelle et infantile soit dans certaines villes de province importantes soit dans des régions rurales selon les conseils du personnel de l'OMS et avec l'assistance du FISE sous forme de matériel et de fournitures. A ces centres subsidiaires est affecté un personnel national préalablement formé au centre d'hygiène maternelle et infantile principal.

Phase V : Retrait du personnel international, le personnel national assumant lui-même la continuation des programmes d'enseignement en sus du travail clinique et domiciliaire courant. L'assistance du FISE pourrait être maintenue sous forme de matériel et de fournitures, constitués principalement par des produits fongibles (médicaments et aliments d'appoint).

La liste suivante indique l'état des projets d'hygiène maternelle et infantile dans la Région:

- (a) Aden - élaboration des plans
- (b) Ethiopie - HMI - Erythrée - élaboration des plans
- (c) Iran - Phase II
- (d) Irak - Phase IV - Plusieurs centres provinciaux ont été établis. Le centre de formation de Mossoul sera inauguré vers la fin de 1955. La responsabilité de l'établissement du centre de formation de Basrah a été assumée par le Gouvernement avec l'assistance de la FOA
- (e) Jordanie - Phase II - Des cours de formation sont prévus pour la deuxième moitié de l'année 1955.
- (f) Liban - Phase V - Des plans sont en cours d'élaboration en vue de créer des centres à Tyr et à Tripoli
- (g) Libye - Phase III
- (h) Pakistan - Pechawar - Phase V
Karachi - Phase III
Lahore - Phase V
Dacca - Phase III
- (i) Arabie Saoudite - en cours d'élaboration
- (j) Syrie - Phase V - Le personnel de l'OMS a quitté la Syrie en Avril 1955. Quatre centres subsidiaires d'hygiène maternelle et infantile ont été ouverts à Homs, Alep, Lattaquié et Deraa.

Outre les projets d'hygiène de la maternité et de l'enfance du type "classique" décrit plus haut, des demandes ont été reçues pour une aide éventuelle de l'OMS (en personnel et en bourses d'études) et du FISE (en matériel et fournitures) en vue de l'exécution de projets d'un caractère spécial:

- EGYPTE - Centre pour enfants prématurés - à l'étude
- ETHIOPIE - Formation de personnel auxiliaire - en cours d'exécution
- IRAK - Ecole pour enfants arriérés - terminé (consultant)
- ISRAEL - Réadaptation des enfants infirmes - en cours d'exécution
- ISRAEL - Services pour enfants prématurés (un consultant de l'OMS et du matériel du FISE)
- JORDANIE - Réadaptation des diminués physiques, y compris les aveugles - projet en cours d'élaboration
- LIBAN - Réadaptation des enfants infirmes - en cours d'exécution
- PAKISTAN - Hôpital pour enfants, à Karachi - projet en cours d'élaboration, devant être mis en route au début de 1956.
- SYRIE - Infirmière pédiatrique pour l'Hôpital de Damas - projet en cours d'élaboration

Finalement, il existe une catégorie de projets spéciaux dans le domaine de l'hygiène maternelle et infantile, bénéficiant d'une assistance en matériel du FISE, pour lesquels l'OMS a fourni ses avis et son approbation technique seulement:

- EGYPTE - Hygiène maternelle et infantile - produits pharmaceutiques et aliments d'appoint
DDT pour la lutte contre le paludisme et les maladies propagées par les insectes
- IRAN - HMI: produits pharmaceutiques et aliments d'appoint
Lutte contre le paludisme, DDT et véhicules
- ISRAEL - HMI: véhicules, matériel, produits pharmaceutiques et aliments d'appoint
- LIBYE - HMI: véhicules
Alimentation scolaire
- PAKISTAN - Centres ruraux d'hygiène maternelle et infantile: produits pharmaceutiques et aliments d'appoint

Maternité: matériel et fournitures

Services d'hygiène scolaire: matériel et fournitures

Hôpitaux des missions à Dacca et Karachi

Hôpitaux et écoles de formation du Pendjab

Allocations pour la formation des dais

Production d'anatoxine antidiphtérique

Kala-Azar

SYRIE - Alimentation scolaire

Hygiène scolaire

Bien que plusieurs pays de la Région possèdent un service d'hygiène scolaire, les observations faites indiquent que dans de nombreux cas le service n'a pas été rationnellement organisé et que ses possibilités n'ont pas été pleinement exploitées. Ainsi, les examens courants des élèves tendent à être superficiels, sans relation avec les conditions existant au foyer et sans aucun contrôle ultérieur. L'infirmière scolaire est inconnue; les contacts entre les parents, les professeurs et l'infirmière sont inexistantes; la santé mentale est négligée et les occasions de faire de l'éducation sanitaire au moyen d'exemples pratiques ne sont pas mises à profit. L'OMS estime qu'un service d'hygiène scolaire bien organisé offre un des meilleurs moyens à la médecine sociale de permettre à l'écolier d'aujourd'hui de prendre sa place dans la communauté de demain, comme citoyen physiquement et mentalement sain et conscient de ses responsabilités envers lui-même et envers son prochain pour la sauvegarde de la santé.

Le Bureau régional a adressé une circulaire sur ce sujet en spécifiant la manière dont l'OMS pourrait aider les pays dans l'organisation de leurs services d'hygiène scolaire sur des bases rationnelles. Il est encourageant de noter que le Gouvernement de l'Irak a présenté une demande tendant à obtenir cette aide et l'on espère mettre à sa disposition un consultant à court terme en 1955.

Projets concernant la réadaptation

Le projet entrepris avec l'aide conjointe de l'OMS et du FISE pour la réadaptation des enfants en Israël a donné des résultats satisfaisants. L'école de physiothérapie a été créée et le premier contingent d'étudiants diplômés en

sortira cette année; le centre de réadaptation tant pour les malades hospitalisés que pour les consultants a été officiellement inauguré en octobre avec une section d'ergothérapie et des services sociaux. Une expérience intéressante, imposée par les circonstances a été entreprise, consistant à faire continuer le traitement physiothérapique, par les parents, à domicile, sous la surveillance d'infirmières de la santé publique ayant reçu une formation spéciale. La contribution du FISE à l'outillage et à l'extension d'un atelier de bretelles orthopédiques dont le besoin s'est fait sentir a été un élément fort appréciable et nécessaire à l'exécution du programme. La physiothérapeute détachée par l'OMS a été priée de rester jusqu'à la fin de l'année.

Le centre de réadaptation qui a été inauguré à la Cité des Apprentis à Beyrouth constitue un autre exemple d'entreprise conjointe dont la réalisation est assurée par le Gouvernement, l'OMS, le FISE et une mission catholique avec l'appui des deux universités de Beyrouth. Ce projet promet d'être aussi intéressant et aussi important que celui mis en oeuvre en Israël.

Le Gouvernement du Pakistan a également présenté une demande en vue de la création d'une école de physiothérapie, et on se propose de mettre ce projet en oeuvre au début de 1956.

Santé mentale

Le consultant de l'OMS pour la santé mentale a visité l'Egypte, le Soudan, la Jordanie et Chypre au cours de la période considérée et a soumis des rapports qui mettent en évidence l'urgence de réformes englobant tous les aspects de la santé mentale dans les pays de la Région. L'attention est particulièrement attirée sur (a) la formation d'un personnel bien entraîné de psychiatres et d'infirmières qui aborderait dans un esprit nouveau le traitement des malades dans les hôpitaux et ailleurs; (b) l'organisation d'activités extra-hospitalières, notamment dispensaires et activités intéressant la psychiatrie sociale; (c) la formation de professeurs et d'officiers de police dans le domaine de la santé mentale; et (d) les soins spéciaux que réclament les enfants déficients ou inadaptés dans les écoles. Des améliorations ont été préconisées dans la construction des hôpitaux psychiatriques, qui affecte énormément les chances de guérison.

On espère que ces recommandations judicieuses seront accueillies avec l'intérêt et l'attention qu'elles méritent pour le bien des personnes affligées de ces infirmités et celui des pays intéressés qui, autrement, auront à supporter le fardeau de citoyens inutiles et le maintien d'institutions onéreuses.

Un contraste réconfortant qui met en lumière ce point est fourni par le succès remporté par le projet concernant la santé mentale exécuté avec le concours de l'OMS en Jordanie, où toute l'ambiance de l'hôpital a été modifiée sous une direction compétente et où une amélioration de l'état des malades a été réalisée par l'application de méthodes modernes de traitement et de thérapie occupationnelle.

Un autre domaine dans lequel l'OMS a fourni une assistance technique est celui de l'organisation d'une école pour enfants arriérés à Bagdad. Les services d'un consultant à court terme ont été prêtés en vue d'étudier les exigences de l'école et formuler des recommandations en vue de son développement futur sur des bases modernes.

Nutrition

L'intérêt croissant porté aux problèmes de la nutrition dans la Région s'est manifesté de diverses manières. Par exemple, des programmes d'alimentation scolaire ont été prévus pour la Libye, la Syrie et l'Ethiopie. Il y en a un actuellement en voie d'exécution en Irak et un autre au Pakistan. De concert avec la FAO, l'OMS s'est surtout préoccupée des enquêtes préliminaires nécessaires à la mise au point de ces programmes. L'assistance généreuse du FISE sous forme de lait en poudre a permis de parfaire les ressources naturelles et de fournir aux écoliers un repas nourrissant. Ces programmes d'alimentation scolaire posent un important problème de distribution et d'administration et méritent une étude plus poussée sur leur organisation et les résultats qui en ont été obtenus.

La création d'un institut de nutrition a été projetée de concert avec l'Iran, avec le concours de la FAO. La section d'analyse des denrées alimentaires et des drogues du laboratoire de la santé publique nouvellement créé à Téhéran collabore étroitement avec l'institut. Un technicien expert de l'OMS a été détaché auprès du laboratoire de la santé publique et un bromatologiste sera désigné à brève échéance. Du matériel supplémentaire est fourni à cette fin par l'OMS.

L'octroi d'une aide en vue de la création d'un institut de nutrition en Egypte, comprenant un laboratoire pour la nutrition a été approuvé.

Laboratoires de la santé publique

Le Bureau régional considère que la création d'un laboratoire central de la santé publique, bien outillé, constitue un élément essentiel du développement des services sanitaires d'un pays. Les laboratoires des hôpitaux sont inévitablement occupés à satisfaire les demandes des cliniciens et n'ont ni le temps ni l'équipement spécial nécessaires pour faire les analyses intéressant la santé publique. Bien plus, si les administrateurs de la santé publique entendent organiser rationnellement les services, il est indispensable qu'ils puissent entreprendre sans interruption des enquêtes épidémiologiques et une action préventive. Ceux-ci, à leur tour, exigent les services d'un laboratoire efficace et bien équipé, qui peut consacrer une partie considérable de son temps aux analyses du matériel fourni par les études sur place et les contrôles courants.

Pendant la période considérée, l'Organisation a continué à fournir une aide directe aux laboratoires de la santé publique en Iran, en Israël et au Liban. Elle a également achevé son programme d'assistance instauré en faveur du laboratoire de la santé publique de Jérusalem (Jordanie).

Le Bureau régional a également été en mesure de fournir, de temps à autre, des informations spéciales et des quantités limitées de substances biologiques spéciales, des antigènes, etc. destinés à divers laboratoires établis dans la Région. Bien que le volume de ces services n'ait pas été grand, il semble appelé à augmenter et l'on croit que ce genre d'activité démontre la nécessité de faire du Bureau régional un centre de documentation fournissant également du matériel scientifique en quantité limitée pouvant servir de catalyseur de l'activité des institutions nationales.

Centre de production de microfilms

Le matériel fourni par l'OMS pour ce centre a été consigné par le Gouvernement du Liban à l'Université américaine de Beyrouth en vue de son installation. Dès que celle-ci sera terminée, les services du centre seront à la disposition des pays de la Région.

Cancer

Le Bureau régional a reçu un certain nombre de demandes de la part des pays pour une aide dans le domaine de la lutte contre le cancer. Il semble que le besoin fondamental dans la plupart des pays de la Région est l'obtention de renseignements précis sur l'incidence et l'épidémiologie de cette maladie. On ne possède actuellement que peu de renseignements détaillés, la plupart provenant des données des hôpitaux qu'il est difficile, sinon impossible, d'appliquer à l'ensemble de la population. En Iran un institut du cancer a été créé en vue d'assurer par des experts le diagnostic et le traitement de toutes les formes de cancer, de former le personnel nécessaire à ces méthodes et d'entreprendre des recherches concernant l'incidence, l'étiologie, etc. du cancer sur le territoire. L'Organisation prête les services d'un expert pour donner des avis sur l'établissement dudit institut.

Le Gouvernement égyptien a également sollicité le concours de l'Organisation en vue de l'organisation d'un système d'enregistrement statistique des cas de cancer au Caire et dans tout le territoire. Il n'a pas été possible, jusqu'à l'heure actuelle, de donner satisfaction à cette demande. Enfin, une Ligue libanaise anticancéreuse vient d'être créée et l'Organisation a été sollicitée de l'aider en déléguant un consultant à court terme spécialisé dans l'étude de cancer et en fournissant une bourse d'étude. Il est prévu de fournir les services d'un consultant à court terme en 1957.

Service de transfusion du sang et banque de sang

Le Gouvernement de l'Arabie Saoudite a sollicité l'aide technique de l'OMS en vue de la création d'une banque de sang et d'un centre de transfusion, et la formation du personnel national (médecins, infirmiers et travailleurs auxiliaires) aux techniques y afférentes. Un expert de l'OMS, rétribué sur le budget ordinaire, a été envoyé, pour une année, avec un approvisionnement limité en matériel, aux fins de démonstration, le Gouvernement lui-même assumant la plus grande partie des fournitures. On prévoit que la mission de l'expert de l'OMS consistera, en premier lieu, à aider le Gouvernement dans l'installation de deux banques de sang, à Djeddah et à la Mecque. Il est également prévu que cet expert accomplira sa mission de concert avec un conseiller en anesthésie dont les services forment l'objet d'une autre demande du Gouvernement.

Une demande identique a été reçue du Gouvernement irakien, et l'aide voulue est projetée pour 1956.

Hygiène industrielle et médecine du travail

L'industrialisation se développe et certains gouvernements des Etats Membres de la Région s'emploient à activer ce développement. Etant donnée cette expansion il est souhaitable qu'une attention appropriée soit accordée à la question et que des programmes soient élaborés ou développés de manière à faire face aux divers problèmes que posent l'hygiène industrielle et les maladies professionnelles. Des études ont été entreprises par des consultants de l'OMS en Egypte et en Iran et sont prévues pour le Soudan.

Bien que la participation de l'OMS sous ce rapport n'ait pas encore dépassée le stade des enquêtes préliminaires et de l'élaboration des plans, il est prévu que des projets de démonstration et des projets-pilotes seront bientôt mis en oeuvre en Egypte et en Iran. L'organisation d'un échange d'information et la stimulation des programmes d'études de recherches et de formation sont à l'étude. Cependant, l'octroi de bourses d'études a été la principale activité sur le plan régional.

Enseignement et formation professionnelle

1. L'aide accordée aux pays de la Région en matière d'enseignement et de formation occupe de plus en plus une place prépondérante dans le programme d'assistance de l'OMS en vue du développement et du renforcement des services sanitaires nationaux. C'est là une conséquence naturelle de l'orientation de nos plans vers les projets à longue échéance dans tous les domaines de la santé.

2. Le niveau de l'enseignement et les moyens de formation dans la Région varient considérablement d'un pays à l'autre et l'aide de l'OMS doit naturellement s'adapter aux besoins particuliers du pays intéressé. La formation professionnelle fait partie de tous les projets de l'OMS et en constitue un élément essentiel, mais un certain nombre de projets dans la Région visent expressément la formation d'une ou de plusieurs catégories d'auxiliaires sanitaires qualifiés. Une assistance est accordée pour la formation professionnelle de médecins, d'ingénieurs sanitaires et de sages-femmes, d'infirmières, de techniciens sanitaires, de techniciens de laboratoires et de toutes catégories d'auxiliaires sanitaires.

3. Parmi les projets visant à assurer principalement une formation professionnelle, on peut mentionner les suivants:

- Chypre - Enseignement infirmier
- Egypte - Projet de démonstration et de formation de Caliub
- Egypte - Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail
- Egypte - Cours de génie sanitaire, Alexandrie
- Ethiopie - Formation de personnel auxiliaire, Gondar
- Iran - Institut de nutrition, Téhéran
- Iran - Ecole d'infirmières Ashraf, Téhéran
- Iran - Ecole de sages-femmes, Téhéran
- Israël - Réadaptation des enfants physiquement diminués et Ecole de physiothérapie, Sarafand
- Israël - Cours de génie sanitaire, Technion de Haifa
- Jordanie - Enseignement infirmier
- Liban - Chargé de cours de médecine préventive, Université française
- Liban - Réadaptation des enfants physiquement diminués
- Libye - Education sanitaire
- Libye - Formation de personnel auxiliaire
- Libye - Enseignement infirmier, Cyrénaïque
- Pakistan - Enseignement infirmier, Dacca
- Pakistan - Aide aux écoles de médecine
- Pakistan - Ecole de physiothérapie
- Arabie Saoudite - Formation professionnelle en matière d'assainissement
- Soudan - Enseignement infirmier
- Syrie - Formation de personnel infirmier, Alep
- Syrie - Formation de personnel infirmier, Damas
- Sur le plan régional - Centre d'éducation de base des Etats arabes
- Sur le plan régional - Ecole d'infirmières régionale

4. Les colloques et les conférences techniques sont de plus en plus appréciés comme moyens efficaces de propagation des connaissances techniques et d'échange de renseignements scientifiques entre les autorités sanitaires des différents pays de la Région.

Un colloque sur la salubrité des viandes a été organisé à Alexandrie en juillet 1955 et un colloque itinérant sur la santé publique est prévu pour novembre 1955. Ce dernier offrira l'occasion aux administrateurs responsables de la santé publique des pays de la Région de discuter divers problèmes relatifs à l'administration sanitaire avec leurs collègues des autres pays, comme aussi d'étudier les activités de l'Egypte et du Soudan dans le domaine de la santé et de visiter les institutions qui s'y rattachent. Des colloques itinérants similaires, comprenant des visites à d'autres pays de la Région ont été prévu pour les années à venir.

Une conférence sur les normes applicables à l'eau se réunira en novembre de cette année et deux autres colloques sont prévus pour 1956; l'un portera sur l'assainissement et l'autre sur l'hygiène de la maternité et de l'enfance. Un colloque sur les soins infirmiers est projeté pour 1957.

5. Le programme de bourses d'études occupe une place de premier plan dans les activités relatives à la formation professionnelle. La nature et le type du programme varieront naturellement d'un pays à l'autre selon les ressources disponibles en matière d'enseignement.

Des bourses pour des étudiants en médecine sont accordées à certains pays où l'enseignement universitaire n'a pas encore été complètement organisé, tandis qu'un nombre important d'autres bourses est accordé annuellement, soit dans le cadre des projets exécutés avec le concours de l'OMS, soit indépendamment, dans divers domaines de la santé publique et de la médecine.

6. On considère que le programme des bourses d'études constitue un des instruments les plus efficaces de l'aide fournie par l'OMS en vue de renforcer les services sanitaires nationaux et médicaux. Il est à peine besoin de souligner que le facteur primordial du succès ou de l'échec des programmes de bourses d'études réside dans un choix judicieux des candidats.

7. Les tableaux figurant à l'Annexe I indiquent la répartition des bourses d'études de la Région, par pays et par sujet d'étude et le pourcentage des crédits alloués aux bourses d'études, en 1954 et 1955, par rapport au total des dépenses afférentes aux activités sur le terrain.

Statistiques démographiques et sanitaires

Grâce à la nomination de deux conseillers statisticiens dont l'un est affecté au projet de Calioub et l'autre au Ministère iranien de la santé, à la formation de fonctionnaires gouvernementaux aux méthodes statistiques auprès du Centre international d'Enseignement de la Statistique de Beyrouth, et aux missions accomplies par le statisticien régional dans un certain nombre de pays, on peut affirmer sans contredit qu'un bon départ a été enregistré dans l'amélioration des statistiques démographiques et sanitaires.

Les statisticiens de l'OMS à Calioub et en Iran ont été activement occupés à organiser des enquêtes pilotes et des recensements, à conseiller et à aider les départements nationaux et les organisations internationales dans des domaines spéciaux de la statistique. Des stages en cours d'emploi sont également organisés par les statisticiens de l'OMS au profit des fonctionnaires locaux.

Le statisticien régional a été en mesure de conseiller le Gouvernement jordanien sur l'organisation de sa division de statistique et d'aider le chef de l'équipe antituberculeuse en Syrie à mettre au point le projet relatif à l'enquête sur la tuberculose, qui est mis en oeuvre conjointement par les ministères de la santé, de l'économie nationale, de l'intérieur et de l'éducation, sous la direction du chef de l'équipe antituberculeuse. Il a également assisté et pris une part active à certaines réunions de la Commission nationale libanaise pour les statistiques démographiques et sanitaires, pendant la période de son détachement au Centre d'Enseignement de la Statistique de Beyrouth (soit du 1er novembre 1954 au 20 mai 1955). Ce statisticien quittera son poste en septembre 1955 pour assumer la direction du Centre statistique précité.

Le Centre international d'Enseignement de la Statistique de Beyrouth a été créé dans le cadre du programme de formation en matière de statistique entrepris par l'Institut international de Statistique, en 1949, sous les auspices et avec l'appui financier de l'UNESCO. Ce programme a pour objet de répondre aux besoins en statisticiens qualifiés requis en nombre de plus en plus grand; aussi, indépendamment des autres activités, deux centres d'enseignement de la statistique ont été organisés, à Calcutta et à Beyrouth.

Le Centre de Beyrouth a été créé en février 1953 avec le concours du Gouvernement libanais, de l'Université américaine de Beyrouth et du Centre d'Etudes mathématiques et physiques de Beyrouth, et l'aide des Gouvernements de France, du Royaume-Uni et des Etats-Unis d'Amérique. En 1954 les finances du Centre ont été consolidées grâce à l'appui continu de l'UNESCO et l'allocation de deux dons, provenant l'un du Gouvernement libanais et le second de l'Institut de Recherches économiques, prélevé sur les fonds mis à la disposition de ce dernier par la Fondation Ford.

Depuis l'inauguration du Centre en février 1953, 104 étudiants y ont été formés, provenant de treize pays du Moyen-Orient. 32 étudiants ont suivi les cours du troisième cycle d'études (du 25 novembre 1954 au 21 mai 1955), dont quatre boursiers du Bureau régional. Ces étudiants ont été l'objet d'une attention spéciale de la part du statisticien régional qui a assumé la direction du Centre. Deux autres stagiaires ont suivi des cours sur les statistiques démographiques et sanitaires. Les six diplômés occupent actuellement des postes dans les ministères de la santé d'Egypte, d'Ethiopie, de Jordanie, d'Arabie Saoudite, de Syrie et du Yémen. On espère qu'un plus grand nombre de fonctionnaires pourra être envoyé par le Bureau pour suivre les cours du prochain cycle qui se tiendra du 6 octobre 1955 au 9 avril 1956.

On prévoit d'accorder une aide au Gouvernement syrien en 1957, en vue du développement de ses services de statistiques démographiques et sanitaires.

ANNEXE I

BOURSES D'ETUDES ACCORDEES PAR LE BUREAU REGIONAL
PENDANT LA PERIODE ALLANT DU 1er AOUT 1954 AU 31 JUILLET 1955

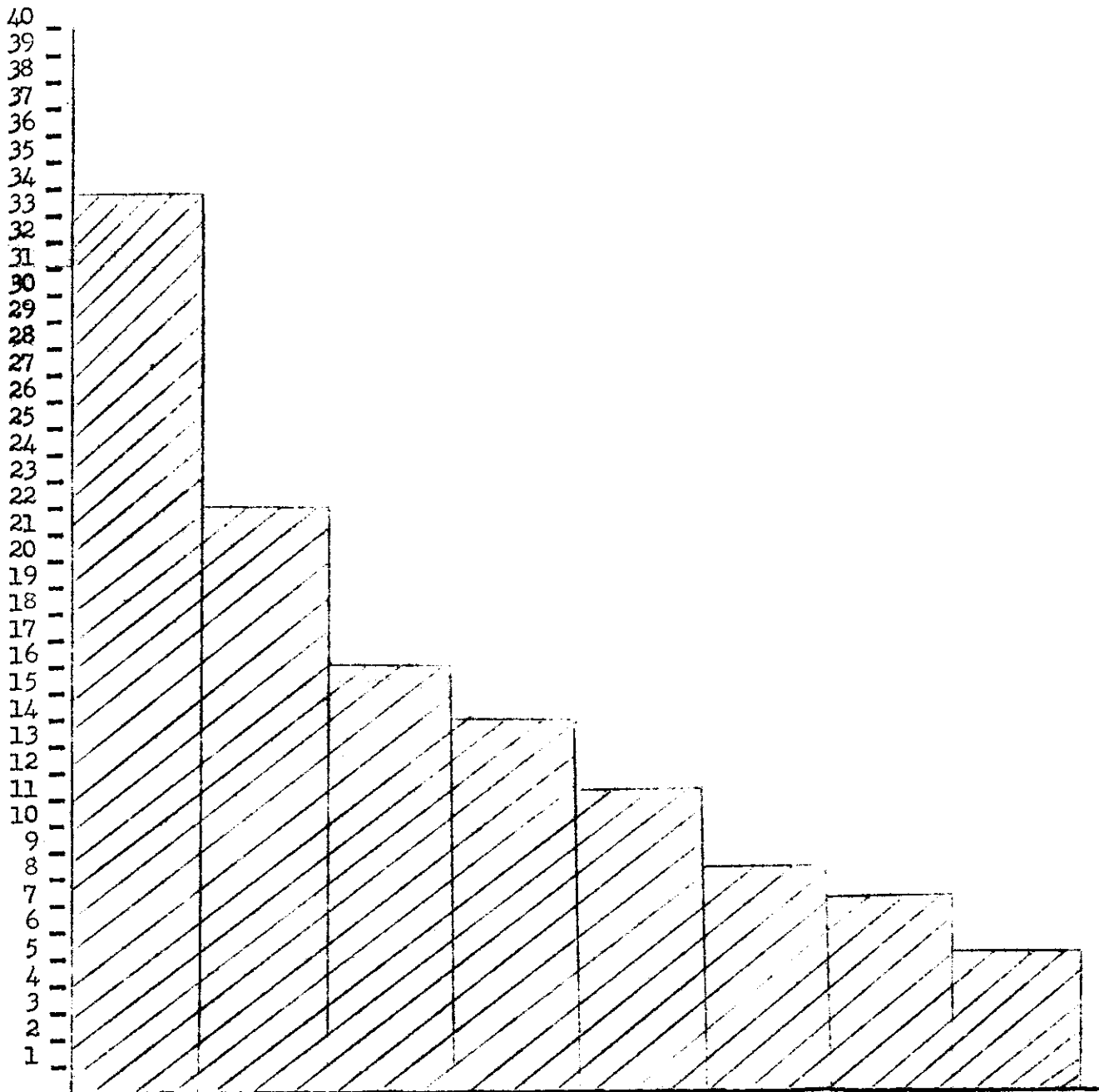
<u>Pays d'origine</u>	<u>Origine des fonds</u>			<u>Total</u>
	<u>Budget ordinaire</u>	<u>AT</u>	<u>FISE</u>	
ARABIE SAOUDITE	7	-	-	7
EGYPTE	9	9	-	18
ETHIOPIE	12	-	-	12
IRAK	4	2	-	6
IRAN	13	9	-	22
ISRAEL	5	2	-	7
JORDANIE	4	-	-	4
LIBAN	7	2	-	9
LIBYE	8	-	-	8
PAKISTAN	2	2	-	4
Territoires du ROYAUME-UNI	-	-	-	-
SOMALIE	-	1	-	1
SOUDAN	5	-	-	5
SYRIE	11	1	-	12
YEMEN	2	-	-	2
	<u>89</u>	<u>28</u>	<u>-</u>	<u>117</u>

Bourses inter-régionales : 68
Bourses régionales : 49

Bourses d'études accordées par le Bureau régional
pendant la période allant du 1er août 1954 au 31 juillet 1955

	Arabie S.	Egypte	Ethiopie	Irak	Iran	Israël	Jordanie	Liban	Libye	Pakistan	Somalie	Soudan	Syrie	Yemen	R-U	Total
Administration de la santé publique	-	3	-	-	4	3	-	4	-	-	-	-	-	-	-	14
Assainissement	1	2	3	1	4	-	2	1	-	-	-	1	1	-	-	16
Soins infirmiers	-	-	-	-	2	2	-	1	-	2	-	-	1	-	-	8
Protection maternelle et infantile	-	1	-	-	5	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	7
Autres services sanitaires:																
Santé mentale	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	4
Education sanitaire	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Statistiques	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	5
Orthopédiques	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Maladies transmissibles:																
Paludisme	-	1	-	4	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	8
Maladies vénériennes	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
Tuberculose	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	5
Lèpre	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Bilharziose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
Rage	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	3
Epidémiologie	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Services de laboratoire	-	3	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	10
Médecine clinique:																
Anesthésiologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Chirurgie thoracique	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3
Ophtalmologie	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Science médicale et enseignement:																
Enseignement de la médecine	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Etudes de médecine	5	-	8	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	1	-	20
Etudes de pharmacie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	7	18	12	6	22	7	4	9	8	4	1	5	12	2	-	117

BOURSES D'ETUDES ACCORDEES PAR LE BUREAU REGIONAL
 PENDANT LA PERIODE ALLANT DU 1er AOUT 1954 AU 31 JUILLET 1955



Maladies transm.	Etudes en médecine et enseign.	Assainissement	Adm. de la santé publique	Autres services sanitaires	Soins infirmiers	Protect. Médecine matern. & clinique infantile
------------------	--------------------------------	----------------	---------------------------	----------------------------	------------------	--

PROPORTION DES CREDITS ALLOUES AUX BOURSES D'ETUDES
EN 1954 ET 1955+ PAR RAPPORT A LA TOTALITE DES CREDITS
CONSACRES AUX TRAVAUX SUR LE TERRAIN EXECUTES PAR L'OMS
DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

	<u>BUDGET ORDINAIRE</u>	<u>AT</u>	<u>FISE</u>	<u>POURCENTAGE GENERAL</u>
1954	22,57%	7,21%	2,24%	11,57%
1955	14,89%	13,06%	1,32%	11,85%

+ = Les chiffres pour 1955 représentent les
crédits prévus pour cette année.

ANNEXE II

LISTE DES PROJETS PAR PAYS

Le tableau suivant indique l'état des projets dans tous les pays de la Région au 31 juillet 1955.

Demandé signifie que l'exécution du projet a été demandée par le Gouvernement, mais que les fonds ne sont pas disponibles pour le mettre à exécution en 1956-57.

En cours d'élaboration signifie que la source des fonds a été déterminée et que les fonds ont été prévus dans le programme actuellement exécuté.

Approuvé signifie que l'accord ou le plan d'opération ont été signés par le Gouvernement et les organisations participantes.

En cours d'exécution signifie que le personnel international se trouve sur place.

Terminé signifie que le personnel international a été retiré et que le rapport final a été présenté au Gouvernement.

B cette abréviation désigne le budget ordinaire.

CCT ces lettres signifient consultant à court terme.

Pays	Description	Origine des fonds	Etat du projet
ADEN	Protection maternelle et infantile	AT/FISE	en cours d'élaboration
ARABIE SAOUDITE	Station quarantenaire	B	en cours d'exécution
	Lutte antivénéérienne	AT	en cours d'exécution
	Conseiller en santé publique	B	en cours d'exécution
	Lutte antipaludique	AT	en cours d'exécution
	Banque de sang	B	en cours d'exécution
	Anesthésiologie	B	approuvé
	Assainissement	AT	en cours d'exécution
	Laboratoire de diagnostique central	B	en cours d'élaboration
	Etablissement des nomades	AT	en cours d'élaboration
	Enquête sur la tuberculose	B	en cours d'élaboration
	Lutte antituberculeuse (BCG)	-	demandé

Pays	Description	Origine des fonds	Etat du projet
ARABIE SAOUDITE	Protection maternelle et infantile	B	en cours d'élaborat
	Lutte contre les rongeurs	B	en cours d'élaborat
CHYPRE	Enseignement infirmier	B	en cours d'exécution
	Santé mentale (consultant)	B	terminé
	Lutte antituberculeuse (BCG)	FISE	en cours d'exécution
EGYPTE	Zone de démonstrations sanitaires	AT	en cours d'exécution
	Lutte contre la bilharziose	AT	en cours d'exécution
	Lutte contre les ophtalmies transmissibles	AT/FISE	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse	AT	terminé
	Insecticide et résistance des insectes	B	terminé
	Santé mentale (consultant)	B	terminé
	Chargé de cours de génie sanitaire Université d'Alexandrie	B	en cours d'exécution
	Administration hospitalière	AT	en cours d'élaboratio
	Hygiène industrielle et maladies professionnelles	AT	en cours d'élaboratio
	Conseillère pour les soins infirmiers	AT	en cours d'élaboratio
	Institut de nutrition	B	en cours d'élaboratio
	Statistiques sur le cancer	B	en cours d'élaboratio
	Centre pour enfants prématurés (CCT)	B	en cours d'élaboratio
	Formation de techniciens radiologistes	-	demandé
Mission de médecins spécialistes	B	en cours d'élaboratio	
ETHIOPIE	Administration de la santé publique	AT	en cours d'exécution
	Lutte antivénérienne	AT	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse (BCG)	FISE	en cours d'exécution
	Formation de personnel auxiliaire	B/FISE	en cours d'exécution
	Enquête sur la fièvre jaune	B	terminé
	Lutte antituberculeuse	AT	demandé

Pays	Description	Origine des fonds	Etat du projet
ETHIOPIE	Lutte antipaludique (CCT)	AT	approuvé
	Equipes mobiles d'hygiène rurale	AT	en cours d'élaboration
	Centre de santé publique Addis Abéba	AT	demandé
IRAK	Lutte antituberculeuse	AT	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse (BCG)	FISE	terminé
	Lutte antipaludique	FISE	en cours d'exécution
	Protection maternelle et infantile	FISE	en cours d'exécution
	Ecole pour enfants arriérés	B	terminé
	Lutte contre la lèpre	B	approuvé
	Lutte contre le béjel (consultant)	B	approuvé
	Lutte contre la bilharziose	AT	approuvé
	Enquête sur le trachome	AT	approuvé
	Centre d'hygiène rurale	AT	en cours d'élaboration
	Fabrication de produits pharmaceutiques	-	demandé
	Services d'hygiène scolaire (CCT)	AT	approuvé
	Banque de sang	B	en cours d'élaboration
	IRAN	Lutte contre les maladies transmises par les insectes	AT
Lutte antivénérienne		AT	en cours d'exécution
Administration de la santé publique (statistiques)		AT	en cours d'exécution
Enseignement infirmier Ecole d'infirmières Ashraf		AT	en cours d'exécution
Lutte antituberculeuse		AT	en cours d'exécution
Protection maternelle et infantile		AT/FISE	en cours d'exécution
Ecole de sages-femmes		FISE	en cours d'exécution
Lutte antituberculeuse (BCG)		FISE	en cours d'exécution
Laboratoire de la santé publique		B	en cours d'exécution
Lutte contre la lèpre		AT	approuvé

Pays	Description	Origine des fonds	Etat du projet
IRAN	Radiologie, Hôpital Firouzabadi	B	approuvé
	Lutte contre le cancer	B	en cours d'exécution
	Institut de nutrition (GCT)	AT	approuvé
	Lutte contre le trachome	AT	en cours d'élaborati
	Mission de médecins spécialistes	B	en cours d'élaborati
	Enquête sur l'hygiène alimentaire	AT	en cours d'élaborati
	Santé mentale	B	demandé
ISRAEL	Réadaptation des enfants physiquement diminués	B/FISE	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse, Jaffa	AT	en cours d'exécution
	Zoonoses	B (Siège)	en cours d'exécution
	Laboratoire de la santé publique	B	approuvé
	Chargé de cours de génie sanitaire Technion de Haifa	AT	approuvé
	Service pour enfants prématurés	B/FISE	terminé
	Hygiène dentaire	B	en cours d'élaboratic
	Maladies chroniques	B	en cours d'élaboratic
	Administration hospitalière	AT	en cours d'élaboratio
	JORDANIE	Protection maternelle et infantile	AT/FISE
Lutte antituberculeuse (BCG)		FISE	en cours d'exécution
Santé mentale		B	en cours d'exécution
Lutte antituberculeuse		B	approuvé
Enseignement infirmier		AT	approuvé
Centre d'hygiène rurale		-	demandé
Enquête sur le trachome (CCT)		AT	approuvé
Enquête sur la fièvre récurrente		B	terminé
LIBAN	Réadaptation des enfants physiquement diminués	B/FISE	en cours d'exécution
	Service de production de microfilms	B	en cours d'exécution
	Protection maternelle et infantile	AT/FISE	terminé

Pays	Description	Origine des fonds	Etat du projet
LIBAN	Laboratoire de la santé publique	B	approuvé
	Centre d'hygiène rurale	AT	en cours d'élaboration
	Chargé de cours de médecine préventive Université St-Joseph	AT	en cours d'élaboration
	Lutte antituberculeuse	AT	en cours d'élaboration
	Enquête sur le trachome	AT	en cours d'élaboration
	Enquête sur le cancer	B	en cours d'élaboration
LIBYE	Protection maternelle et infantile	B/FISE	en cours d'exécution
	Education sanitaire de la population	B	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse (BCG)	FISE	en cours d'exécution
	Enseignement infirmier, Tripolitaine	AT	en cours d'élaboration
	Enseignement infirmier, Cyrenaique	AT	en cours d'élaboration
	Formation de personnel auxiliaire	AT	en cours d'élaboration
	Formation de techniciens radiologistes	-	demandé
	Lutte contre la bilharziose et le paludisme	-	demandé
PAKISTAN	Protection maternelle et infantile, Dacca	AT/FISE	en cours d'exécution
	Protection maternelle et infantile, Karachi	B/FISE	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse, Dacca	AT/FISE	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse (BCG)	FISE	en cours d'exécution
	Enseignement infirmier, Dacca	AT/FISE	en cours d'exécution
	Aide aux écoles de médecine, Pakistan occidental	B	en cours d'exécution
	Conseillère en soins infirmiers auprès des autorités centrales	AT	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse, Karachi	AT/FISE	terminé
	Protection maternelle et infantile, Pechawar	AT/FISE	terminé
Lutte contre le choléra, Pakistan oriental	AT	terminé	

Pays	Description	Origine des fonds	Etat du projet
PAKISTAN	Lutte antivénérienne, Chittagong	AT	approuvé
	Ingénieur sanitaire, Pendjab	AT	en cours d'élaboration
	Hôpital pour enfants, Karachi	FISE	en cours d'élaboration
	Ecole de physiothérapie	B	en cours d'élaboration
SOMALIE	Lutte contre le paludisme	AT	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse (BCG)	FISE	en cours d'élaboration
	Lutte antivénérienne	AT	en cours d'élaboration
	Nutrition (CCT)	B	en cours d'élaboration
SOUDAN	Lutte contre la trypanosomiase (phase 1)	B	terminé
	Ecole de pharmacie (consultant)	B	terminé
	Lutte contre la bilharziose (consultant)	B	terminé
	Lutte antituberculeuse (BCG)	FISE	en cours d'exécution
	Lutte contre la méningite cérébro-spinale	-	demandé
	Lutte antipaludique	AT	approuvé
	Soins infirmiers	B	en cours d'élaboration
	Lutte contre la bilharziose	AT	en cours d'élaboration
	Lutte antituberculeuse	AT	en cours d'élaboration
	Education sanitaire	AT	en cours d'élaboration
	Services d'hygiène scolaire	-	demandé
	Hygiène industrielle et médecine du travail	-	demandé
	Lutte contre le trachome	-	demandé
	Hygiène dentaire	B	en cours d'élaboration
	Lutte antivénérienne	-	demandé
	Assainissement rural	-	demandé
Consultant à court terme (plans)	B	en cours d'élaboration	

Pays	Description	Origine des fonds	Etat du projet
SYRIE	Lutte antipaludique	AT/FISE	en cours d'exécution
	Lutte contre le bégel et la syphilis	B/FISE	en cours d'exécution
	Lutte contre la bilharziose et le paludisme	B	en cours d'exécution
	Enseignement infirmier, Damas	AT/FISE	en cours d'exécution
	Hygiène scolaire (teigne faveuse)	B/FISE	en cours d'exécution
	Lutte antituberculeuse	B	terminé
	Protection maternelle et infantile	FISE	terminé
	Enseignement infirmier, Alep	AT	en cours d'élaboration
	Statistiques démographiques et sanitaires	B	en cours d'élaboration
	Centre d'hygiène rurale	AT	en cours d'élaboration
	Analyse des entrées alimentaires et des médicaments	-	demandé
	Enquête sur le trachome	B	en cours d'élaboration
	Lutte contre l'ankylostomiase	AT	en cours d'élaboration
YEMEN	Institut des maladies endémiques	B	en cours d'élaboration
	Conseiller en santé publique	B	en cours d'exécution
	Lutte antipaludique	AT	en cours d'élaboration
	Lutte contre la bilharziose	AT	en cours d'élaboration
	Lutte antituberculeuse	-	demandé
	Centre d'hygiène urbaine	AT	en cours d'élaboration
	Protection maternelle et infantile	-	demandé
PROJETS REGIONAUX	Ecole d'infirmiers	-	demandé
	Ecole régionale d'infirmières	AT	en cours d'exécution
	Centre UNESCO/OMS d'éducation de base pour les Etats arabes, Sirs el Layyan	AT	en cours d'exécution
	Equipe régionale BCG (évaluation des travaux)	FISE	en cours d'exécution
	Colloque sur la salubrité des viandes	B	terminé

Pays	Description	Origine des fonds	Etat du projet
PROJETS REGIONAUX	Colloque sur la santé publique	B	en cours d'élaborat
	Conférence sur l'assainissement	B	en cours d'élaborat
	Colloque sur la santé mentale	B	en cours d'élaborat
	Colloque sur la protection maternelle et infantile	B/FISE	en cours d'élaborat
	Colloque sur les soins infirmiers	B	en cours d'élaborat
	Conférence sur les normes applicables à l'eau (1955)	B	en cours d'élaborat
	Cours de formation de techniciens sanitaires, le Caire	B	en cours d'élaborat
	Lutte antivariolique (subventions régionales)	B	en cours d'élaborat
PROJETS INTER-REGIONAUX (dans lesquels le Bureau participe)	Recherches sur la poliomyélite	B (Siège)	en cours d'exécution
	Recherches sur la peste saïvatique	B (Siège)	en cours d'exécution
	Essais sur le terrain concernant le traitement de la rage	B (Siège)	en cours d'exécution
	Enquête sur la fièvre récurrente, Ethiopie	B (Siège)	terminé
	Groupe d'études sur le lait	SIEGE/ FISE	terminé
	Centres de la grippe	B (Siège)	en cours d'exécution
	Conférence sur le paludisme (Régions de la Méditerranée orientale et de l'Europe, 1956)	B (Siège)	en cours d'élaborati
	Cours de formation sur la lutte contre la bilharziose (1956)	B	en cours d'élaborati

ANNEXE III

ACCORDS RELATIFS AUX PROJETS SIGNÉS
ENTRE LE 1er AOUT 1954 ET LE 31 JUILLET 1955

ARABIE SAOUDITE	Anesthésiologie
CHYPRE	Soins infirmiers
EGYPTE	Chargé de cours de génie sanitaire, Université d'Alexandrie Insecticides et résistance des insectes (consultant)
ETHIOPIE	Formation de personnel auxiliaire Paludisme (consultant)
IRAK	Lutte contre le béjel (consultant) Lutte contre la bilharziose Lutte contre le trachome (consultant) Fabrication de produits pharmaceutiques (consultant) Hygiène scolaire (consultant)
IRAN	Lutte contre le paludisme (phase de continuation du projet) Lutte contre les maladies transmises par les insectes (accord révisé) Radiologie, Hôpital Firouzabadi Laboratoire de la santé publique Lutte contre le cancer Nutrition (consultant - seconde phase) Ecole de sages-femmes, Téhéran
ISRAEL	Chargé de cours de génie sanitaire, Technion de Haifa
JORDANIE	Enseignement infirmier Lutte contre le trachome (consultant)
LIBAN	Enfants physiquement diminués
LIBYE	
PAKISTAN	Lutte contre le typhus (assistance du FISE)
SOMALIE	
SOUDAN	Lutte contre le paludisme (consultant) Trypanosomiase
SYRIE	Hygiène scolaire (teigne faveuse)
YEMEN	
PROJETS REGIONAUX	Equipe régionale BCG (évaluation des travaux) (missions: à Aden, à Chypre, en Iran, en Jordanie, au Liban, en Libye)

ANNEXE IV

RAPPORT DE LA SECTION EPIDEMIOLOGIQUE

1er AOUT 1954 - 31 JUILLET 1955

GENERALITES

Zone desservie par le service de renseignements épidémiologiques de la Région de la Méditerranée orientale

Aucun changement n'est survenu, à cet égard, au cours de la période considérée.

Il convient, toutefois, de signaler que, malgré le rattachement de la Somalie britannique à la Région africaine, depuis mai 1953¹, un échange régulier et direct d'informations épidémiologiques continue à s'effectuer entre ledit territoire et ce Bureau.

Par contre, aucune information de cette nature n'est jamais parvenue des administrations sanitaires de Bahrein, du Koweït, de Katar et des Territoires sous régime de traités rattachés à cette Région depuis la même date, - exception faite des rapports annuels sur le pèlerinage de la Mecque, recueillis de ces pays aux termes de l'Article A 15 du Règlement sanitaire international.

ACTIVITES

Informations épidémiologiques et notifications quaranténaires

Les difficultés signalées dans le rapport de l'année dernière, auxquelles se heurtent certains pays de la Région pour satisfaire aux prescriptions des Articles 3, 4, 5 et 9 du Règlement sanitaire international concernant les notifications, ne semblent pas avoir été surmontées, et les solutions suggérées à ces pays par le Bureau, dans le but de remédier à la situation, n'ont pas été mises en pratique. Aussi, les informations épidémiologiques relatives à ces pays continuent-elles à parvenir très tardivement à ce Bureau, qui ne dispose, par ailleurs, d'aucune donnée sur la situation des maladies quaranténaires dans leurs villes principales, leurs ports et aéroports.

¹ Actes off. Org. mond. Santé, 48,34 (Résolution WHA6.46)

Dans d'autres pays de la Région, le système de notification des informations épidémiologiques au Bureau laisse également à désirer, des retards étant toujours constatés dans les notifications reçues tant télégraphiquement que par poste.

Des retards identiques - sinon plus grands - dans les notifications des maladies quaranténaires émanant de pays du continent américain, continuent à provoquer des plaintes de la part de certaines administrations sanitaires de la Région, celles-ci ne pouvant jamais être au courant de la situation réelle de ces maladies dans les pays en question, ni savoir si les mesures quaranténaires doivent être imposées ou bien rapportées à leur égard. Selon des renseignements parvenus à ce Bureau, un nouveau système d'enregistrement et de nouvelles méthodes ont été mis au point pour être employés par les pays d'Amérique; il est à espérer qu'ils se traduiront, dans un proche avenir, par une plus grande célérité dans les notifications.

Bulletin bi-hebdomadaire radiodiffusé par le Bureau

Ce bulletin radiodiffusé continue à être émis chaque mercredi et chaque vendredi simultanément sur deux fréquences différentes. Depuis le 2 février 1955, ces fréquences sont les suivantes: SUW66: 13 813 kilocycles (sans changement) et SUW48: 10 594 kilocycles (au lieu de SUW52: 11 490 kilocycles, - cette dernière fréquence ayant été changée à la demande de l'IFRC, à Genève, en raison des perturbations qu'elle pouvait causer au fonctionnement d'une station radiophonique installée en Suisse).

Bulletin épidémiologique hebdomadaire

1. Depuis le commencement de l'année 1955, un nouveau système est en vigueur, dans le but de permettre l'utilisation, dans le "Bulletin épidémiologique hebdomadaire" du Bureau régional, des données les plus récentes. Jusqu'à la fin de l'année 1954, cette publication (paraissant le mercredi) contenait - selon une note insérée au haut de la première page - les informations recueillies au cours de la semaine finissant le mardi précédant sa parution. Par suite, toute information reçue après ce jour (soit, entre mercredi et vendredi) devait être retardée pour insertion dans le bulletin

de la semaine suivante. En vue d'utiliser de tels renseignements avec le minimum de retard possible, il a été décidé - à partir de la livraison no 1/1955 - de les publier dans le bulletin de la même semaine. La note susmentionnée fut donc supprimée de la première page du bulletin, qui, depuis lors, paraît le jeudi au lieu du mercredi.

2. Les adresses des nouveaux abonnés ont été ajoutées à la liste d'envoi du Bulletin, auquel une plus large diffusion est ainsi assurée.

Nouveau code épidémiologique ("CODEPID")

A la suite des démarches entreprises pour généraliser l'emploi du "CODEPID" parmi les pays de la Région, et de l'initiation à l'usage de ce code, au Bureau, d'employés des Ministères de la Santé d'Arabie Saoudite et d'Egypte, tous les pays desservis par ce Bureau - à l'exception du Yémen - ont maintenant adopté ce code.

Informations épidémiologiques relatives à des maladies non quaranténaires.

Au cours de la période considérée, les publications du Bureau, soit le "Bulletin épidémiologique hebdomadaire" et les bulletins bi-hebdomadaires radiodiffusés, ont fourni, régulièrement chaque semaine, des renseignements sur l'incidence de la méningite cérébro-spinale tant en Egypte qu'au Soudan.

Navires infectés

Il a été fourni à toutes les administrations sanitaires des pays de la Région, des formulaires spécialement établis pour donner des renseignements détaillés sur les navires ou les aéronefs infectés arrivant dans un port ou un aéroport de ces pays. Ces administrations ont été priées de remplir ces formulaires et de les expédier au Bureau par courrier aérien, aussitôt après l'envoi des notifications télégraphiques afférentes au navire ou à l'aéronef infecté.

Cette procédure a pour but de faciliter la collecte de données aussi détaillées et précises que possible sur les cas de maladies quaranténaires survenant à bord d'un navire ou d'un aéronef, en vue de les communiquer au port ou à l'aéroport de départ, et le mettre ainsi en mesure de déceler l'origine de l'infection et appliquer les mesures prophylactiques nécessaires.

Au cours de la période considérée, les notifications suivantes sont directement parvenues à ce Bureau:

<u>Nom du navire</u>	<u>Venant de</u>	<u>Port de débarquement</u>	<u>Cas</u>	<u>Date d'arrivée</u>	<u>Destination</u>
s/s Thorsoy	Mina El Ahmadi	Suez	variolo modifiée	10. 7.54	Royaume-Uni
s/s Bahariatan	Khorramshahr	Basrah	variolo	20.11.54	Bahreïn, Aden, Plymouth
m/v Dwarka	"	"	"	29. 1.55	Khorramshar, Koweit, Bahrein, Sharjah, Dubai, Mascate, Rasmi, Karachi, Bombay
s/s Ghusan	Bombay	Suez	variolo modifiée	21. 2.55	Marseille et Royaume-Uni
s/s Jersey Mist	Calcutta	Fremantle	"	21. 3.55	Aden
m/s Oostkerk	Hongkong, Singapore, Port-Swettenham et Penang	Aden	variolo suspecte	10. 5. 55	Hambourg (via Suez, Port-Said, Alex., Gênes, Marseille, Casablanca, Rotterdam)

REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (Règlement no 2 de l'OMS)

1. Position des pays de la Région à l'égard du Règlement

Le 1er octobre 1954, deux pays de la Région, l'Egypte et le Soudan, ont adhéré au Règlement sanitaire international, le premier avec réserves, le second sans réserves.

Actuellement, tous les pays de la Région sont liés par le Règlement. Parmi eux, trois le sont avec réserves: l'Egypte (par rapport aux Articles 69, 70, A 7 et A 11), le Pakistan (par rapport aux Articles 42, 43, 70, 74, 100; Appendice 3) et l'Arabie Saoudite (par rapport aux Articles 61, 63, 64, 69, A 1, A 6).

2. Questions ayant trait au fonctionnement du Règlement

a) Article 3 du Règlement (peste selvatique)

A la suite des recommandations faites par le Comité de la Quarantaine internationale sur la question de la peste selvatique, et de l'adoption de ces recommandations par la Septième Assemblée Mondiale de la Santé, l'Iran

présenta, au cours de la session d'octobre-novembre 1954, tenue par le Comité, une requête tendant à ce que le Comité poursuivît l'examen de la question, de sorte que la nature exacte des foyers de peste de rongeurs sauvages, fût définitivement établie, du point de vue de l'hygiène internationale, et que les modifications demandées par l'Iran pussent être apportées au Règlement sanitaire international. Mais le Comité décida de maintenir, sans changement, les vues et les recommandations qu'il avait antérieurement formulées à ce sujet. (Voir le texte de ces recommandations dans le rapport de l'année dernière, p. 35, parag. 3).

b) Article 8 du Règlement (exigences quaranténaires)

Les listes des exigences des pays de la Région, relatives à la vaccination des voyageurs effectuant des voyages internationaux, recueillies, comme chaque année, de ces pays (aux termes de l'Article 8, parag. 3 du Règlement), révélèrent que certaines de ces exigences n'étaient pas conformes au Règlement. L'attention des administrations sanitaires intéressées ayant été attirée sur ce fait, les modifications nécessaires furent faites en conséquence.

c) Articles 26, 101 du Règlement (droits sanitaires)

Au début de l'année 1955, l'Egypte promulgua une loi sur les droits sanitaires et quaranténaires. Après une étude approfondie de la question, le Bureau se mit en rapport avec le Ministère de la Santé d'Egypte, lui signalant certaines rubriques de cette loi qu'il estimait dépasser les dispositions des Articles 26 et 101 du Règlement, et lui demandant des éclaircissements concernant l'interprétation exacte d'autres rubriques. La question est sous examen auprès dudit Ministère.

d) Article 112 du Règlement (litiges et questions réglés)

(i) Au cours de la période considérée, le Bureau a été saisi d'un certain nombre de conflits ayant trait à l'application du Règlement, où des pays de la Région se trouvaient engagés. Les points en litige ont été réglés par le Bureau d'une manière satisfaisante.

(ii) En réponse à des questions posées par Aden et l'Ethiopie, des explications furent données: 1) au premier, mettant au clair la question de la période de validité des certificats de vaccination contre la fièvre jaune ainsi que celle des circonscriptions et territoires exclus de la zone d'endémicité amarile; 2) au second, confirmant - selon les dispositions du parag. 2 de l'Article 72 du Règlement - que tout voyageur quittant l'Ethiopie à destination d'une zone de réceptivité amarile et muni d'un certificat de vaccination contre la fièvre jaune non encore valide pouvait être autorisé à partir.

CONFERENCE SUR LA PESTE SELVATIQUE (TEHERAN)

La conférence sur la coordination des activités relatives aux recherches sur la peste selvatique et à la lutte contre cette maladie, convenue en 1953, a eu lieu à Téhéran en octobre-novembre 1954. L'épidémiologiste du Bureau y a assisté. Un programme de recherches coordonnées sur la peste selvatique en Iran, en Irak, en Syrie et en Turquie y a été mis au point. Ce programme, qui est maintenant en cours d'exécution, comporte un stage à l'Institut Pasteur de Téhéran, pour le personnel appartenant aux différents pays intéressés, et, ultérieurement, la visite d'une équipe, fournie par le même Institut, aux différentes zones-frontières suspectes de Syrie, d'Irak et de Turquie, en vue de prêter son concours à la mise en train d'enquêtes à effectuer par ces pays.

PELERINAGE DE LA MECQUE

1. Année de l'Hégire 1373 = 1954 E.C.

Ce qui suit est un résumé des rapports annuels recueillis sur ce pèlerinage, par le Bureau, des divers pays de la Région:

Arabie Saoudite

Ainsi que le prévoit l'Article A 14 du Règlement sanitaire international, des télégrammes hebdomadaires ont été reçus de l'Arabie Saoudite, antérieurement au jour du Haj, donnant des renseignements sur les conditions épidémiologiques existant dans le pays, - conditions qui furent signalées comme satisfaisantes.

Il est résulté également des dépêches quotidiennes parvenues au Bureau du Ministère saoudien de la Santé, au cours des cérémonies du pèlerinage à Arafat et Mona (8-11 août 1954) ainsi que des renseignements puisés dans le rapport de l'Arabie Saoudite sur le pèlerinage, que le nombre de pèlerins rassemblés à Arafat s'est élevé à 164 072, dont 113 153 étaient venus par mer, 22 874 par air et 28 045 par voie de terre (ce dernier chiffre comprenant des pèlerins en provenance de diverses régions de l'Arabie Saoudite).

Durant les journées d'Arafat et Mona, qui, selon les rapports reçus, ont été extrêmement satisfaisantes du point de vue sanitaire, le nombre de décès n'a pas dépassé 146. Il a été enregistré 279 cas d'insolation, dont 86 mortels et 193 suivis de guérison.

Les dispensaires et centres sanitaires ont soigné gratuitement 14 498 malades.

Le 14 août 1954, le Ministère saoudien de la Santé a publié une déclaration aux termes de laquelle, vu l'absence de toute maladie épidémique ou quarantenaire parmi les pèlerins et les habitants durant toute la saison du pèlerinage de l'année 1373/1954, celui-ci était considéré net d'infection.

Nouvelle station quarantenaire de Djeddah:

Contrairement à ce que l'on escomptait, cette station n'a pas fonctionné durant le pèlerinage de 1954, ses installations étant encore incomplètes. Actuellement, les travaux suivants ont été exécutés: le dispensaire a été aménagé dans le local prévu à cet effet à l'hôpital; le laboratoire a été doté de son outillage, l'animalerie qui y est rattachée a été construite, la construction des pièces réfrigérées a été achevée et les réfrigérateurs y ont été installés; le bâtiment prévu pour le générateur électrique et le bâti bétonné de ce générateur sont terminés; ce dernier a été mis en place.

Si les travaux sont exécutés en temps dû, et si les câbles électriques sont posés et toutes les machines éprouvées, il y aura espoir que la station soit en mesure de recevoir, le cas échéant, des cas de maladies infectieuses ainsi que des pèlerins, soit comme contacts, soit comme malades à isoler, au cours de la prochaine saison de pèlerinage.

Aden

Un total de 1 826 pèlerins sont partis d'Aden pour Djeddah (dont 639 par air et 1 187 par mer). Ils venaient de la Colonie et du Protectorat d'Aden, du Hadramaout et du Yémen.

Egypte

Comme la saison du pèlerinage de 1954 (terminée le 27 septembre 1954) a précédé l'adhésion de l'Égypte au Règlement, Les autorités sanitaires égyptiennes ont appliqué, au cours de cette saison, les dispositions de la Convention sanitaire de 1926 (modifiée en 1938).

a) Voyage d'aller:

Tous les pèlerins égyptiens furent vaccinés, avant leur départ, contre le choléra, la variole et la typhoïde.

Pèlerins voyageant par mer: 26 012 pèlerins, dont 20 360 Égyptiens, s'embarquèrent de Suez à destination de Djeddah. Pèlerins voyageant par air: 63 avions sont partis des aérodromes du Caire pour le Hedjaz, transportant 1 767 pèlerins. Pèlerins en transit: 10 navires à pèlerins, ayant à bord 9 647 pèlerins, ont touché Port-Saïd en se rendant à Djeddah. Par ailleurs, 3 488 pèlerins, venant de l'Ouest, sont arrivés à Salloum (sur la frontière occidentale de l'Égypte), par autocars et voitures privées.

b) Voyage de retour:

Entre le 13 août et le 25 septembre 1954, les pèlerins arrivés au campement quarantenaire d'El Tor atteignirent le chiffre global de 35 771, dont 33 220 avaient emprunté la voie maritime et 2 551 la voie aérienne. (Sur ce total, 27 103 pèlerins débarquèrent à El Tor et y séjournèrent pour subir les mesures sanitaires requises, alors que les autres poursuivirent leur voyage sans débarquer, en application de l'Article 142 de la Convention sanitaire internationale de 1926/1938).

Sur un total de 8 379 spécimens examinés en vue de la détection des vibrions cholériques, des vibrions suspects furent trouvés dans 8 spécimens. Après un nouvel examen, tous ces vibrions s'avérèrent non-agglutinants.

Situation sanitaire: ni le choléra ni la peste n'ayant été signalés au Hedjaz, et les examens bactériologiques effectués à El Tor ayant été négatifs quant au choléra, l'Egypte déclara, le 18 août 1954. le pèlerinage de 1373/1954 net d'infection, et décida d'appliquer les dispositions de l'Article 142 de la Convention sanitaire internationale de 1926/1938.

Hospitalisations: 135 personnes ont été hospitalisées à El Tor, dont 104 pèlerins et 31 non-pèlerins. Un total de 567 malades ont été soignés dans les consultations externes. 60 opérations ont eu lieu (6 majeures et 54 mineures). Il est survenu 4 décès, tous dus à des maladies ordinaires.

Clôture du Campement quarantenaire d'El Tor: le 27 septembre 1955, l'Egypte a déclaré le campement d'El Tor clos et la saison du pèlerinage terminée.

Côte française des Somalis

Le nombre total des pèlerins s'est élevé à 204, dont 98 provenaient de la Côte française des Somalis (le reste consistant en militaires nord-africains venant d'Indochine et en pèlerins de la Somalie britannique).

Avant leur départ, ces pèlerins furent vaccinés contre le choléra, la fièvre jaune et la variole.

Aucun décès n'est survenu parmi les pèlerins rentrés, et aucun foyer épidémique n'a été signalé dans le pays après leur retour.

Iran

Au cours de cette saison, il y eut environ 7 000 pèlerins iraniens. Ils voyagèrent par air et par la route, empruntant, à l'aller, l'itinéraire Téhéran-Djeddah-la Mecque, et, au retour, l'itinéraire la Mecque-Djeddah-Baghdad-Téhéran.

Durant le pèlerinage, les dispensaires soignèrent 6 522 malades, dont la plupart souffraient d'intoxications, de pneumonie, d'insolation et de troubles gastro-intestinaux.

Irak

Les pèlerins irakiens, au nombre de 7 425, devaient, avant leur départ, se munir d'un certificat médical attestant qu'ils étaient indemnes de maladies infectieuses, ainsi que de certificats de vaccination contre le choléra, la variole et les infections typho-paratyphoïdes.

Une mission médicale accompagna les pèlerins et prit les dispositions nécessaires pour installer, à Djeddah, à la Mecque, à Arafat et à Médine, des centres médicaux qui soignèrent gratuitement 1 388 malades.

Aucune maladie quarantenaire ou infectieuse ne fut décelée parmi les pèlerins irakiens.

Jordanie

Le nombre total de pèlerins partis pour le Hedjaz s'éleva à 9 537, dont 2 948 Jordaniens et 6 589 étrangers.

Les pèlerins rentrés furent 7 916, dont 1921 Jordaniens et 5 996 étrangers.

Tant à l'aller qu'au retour, les pèlerins empruntèrent les voies maritime, aérienne et terrestre.

Tous les pèlerins rentrés furent trouvés en bon état de santé.

Koweït

Les pèlerins du Koweït subirent une visite médicale aux stations quarantennes prévues pour les voyages par voies aérienne et terrestre. Ils furent vaccinés contre le choléra et la variole, et munis de certificats internationaux de vaccination.

Un total de 2 668 pèlerins partirent pour le Hedjaz (dont 97 par air et 2 571 par la route). Les pèlerins de retour s'élevèrent au chiffre de 3 129 (dont 82 avaient emprunté la voie aérienne et 3 047 la voie terrestre). Il y eut, en outre, 1934 pèlerins en transit qui furent installés à la station quarantenaire de Shuwaikh-Koweït et subirent une visite médicale à leur arrivée.

Aucune maladie quarantenaire ou infectieuse ne fut signalée parmi les pèlerins.

Liban

Le nombre total de pèlerins partants s'éleva à 1 353, outre 2 554 en transit.

Au retour, on en dénombra 3 765, outre les pèlerins en transit, dont le nombre atteignit 2 190.

Toutes les mesures prophylactiques requises furent appliquées, tant à l'aller qu'au retour. En général, la situation sanitaire fut satisfaisante.

Libye

Il n'y eut aucun départ par mer. Tous les pèlerins (au nombre de 179) partirent par la route, utilisant des voitures privées ou des autocars.

Ils furent au préalable vaccinés contre le choléra, la variole ainsi que les infections typho-paratyphoïdes. Ils furent également poudrés au DDT.

Tous les pèlerins de retour, s'élevant à 2 391, dont 244 Libyens, subirent une visite médicale à la frontière égypto-libyenne et furent traités au DDT.

On enregistra 9 décès parmi les pèlerins de Cyrénaïque, tous dus à des causes naturelles.

Pakistan

Un total de 17 566 pèlerins partirent du Pakistan à destination de Djeddah. Sur ce chiffre, 12 054 s'embarquèrent de Karachi et 5 512 de Chittagong. Tous avaient préalablement été vaccinés contre le choléra et la variole.

Au retour, on compta 16 931 pèlerins (dont 11 615 débarquèrent à Karachi et 5 316 à Chittagong).

Aucun cas de choléra ou de variole, ni d'aucune autre maladie infectieuse, ne survint parmi les pèlerins pakistanais, dont l'état de santé général fut satisfaisant.

Somalie (sous administration italienne)

Il n'existe pas d'organisation collective du pèlerinage en Somalie. Les pèlerins voyagent isolément ou par petits groupes, utilisant les moyens de transport aériens ou maritimes réguliers.

En 1954, 79 personnes sont parties pour le Hedjaz (13 par mer et 66 par air). Toutes furent vaccinées, avant leur départ, contre la variole, la fièvre jaune et le choléra (en sus de la vaccination antityphoïdique).

Aucune maladie ne fut signalée parmi eux, ni à l'aller ni au retour.

Soudan

Tous les pèlerins partants furent vaccinés contre le choléra et la variole. Les pèlerins en provenance de zones d'endémicité amarile furent également vaccinés contre la fièvre jaune. La vaccination contre le typhus et la typhoïde était facultative. Tous les certificats de vaccination furent vérifiés à la Station quarantenaire du port de Souakim et les vaccinations complétées, le cas échéant.

Le nombre des pèlerins partants s'éleva à 19 194, dont 5 339 passèrent par Port-Soudan et le reste par Souakim.

Une mission médicale, détachée par le Gouvernement du Soudan, établit des centres de traitement à Djeddah, à Médine et à la Mecque, qui fournirent des soins à 8 859 malades ambulatoires et à 42 malades hospitalisés. Les maladies le plus communément observées parmi les pèlerins soudanais furent la grippe, la miliaire avec complication, la dysenterie bacillaire et quelques cas de paludisme récurrent.

Tous les pèlerins sur le chemin de retour furent soumis à un examen médical à Djeddah et leurs certificats de vaccination furent vérifiés.

Syrie

7 732 pèlerins (dont 6 578 Syriens et 1 154 étrangers) partirent pour le Hedjaz. Sur ce total, 2 079 pèlerins voyagèrent par la voie des airs. Les autres, utilisant le chemin de fer et les autos, suivirent l'itinéraire Damas-Nakeb-Echtara-Akaba, d'où ils s'embarquèrent pour Djeddah.

Une mission médicale accompagna les pèlerins et donna des soins à 6 450 malades. 200 décès furent enregistrés (soit, 150 causés par l'insolation et 50 dus à la sénilité).

Aucune maladie contagieuse ne fut signalée au cours des voyages d'aller et de retour, ni au Hedjaz même, ni après le retour des pèlerins.

Etats sous régime de traités

Le nombre de pèlerins partants s'éleva approximativement à 800. A ce chiffre, il y a lieu d'ajouter les pèlerins étrangers suivants, qui traversèrent les Etats sous régime de traités en se rendant au Hedjaz: environ 1 500 pèlerins de Mascate passèrent par Dubai et partirent par mer, et près de 200 Pakistanais indigents, embarqués sur un canot à moteur, se dirigèrent vers Katar, Abu Dhabi et l'Arabie Saoudite; toutefois, la plupart d'entre eux, n'ayant pas réussi à poursuivre leur voyage, retournèrent d'Abou Dhabi et furent rapatriés. Il y eut aussi, de passage, près de 150 Iraniens, embarqués sur un canot, en provenance de Bandar Abbas, Lingah et d'autres villes côtières.

Comme les années précédentes, les pèlerins furent logés à Dubai, dans des maisons privées et des mosquées.

2. Année de l'Hégire 1374 = 1955 E.C.

Arabie Saoudite

Les notifications télégraphiques d'usage, relatives aux conditions épidémiologiques existant en Arabie Saoudite au cours des deux mois précédant la date du Hajj sont reçues chaque semaine, en vertu des dispositions de l'Article A 14 du Règlement sanitaire international.

Egypte

Les autorités sanitaires égyptiennes ont récemment publié des instructions sur la prochaine saison de pèlerinage, traitant du voyage d'aller, qui ont été établies en conformité des dispositions du Règlement sanitaire international.

Des informations hebdomadaires sont recueillies, d'Egypte, sur le mouvement des navires à pèlerins partant pour Djeddah, soit de Suez, soit en transit à travers le Canal de Suez.

ANNEXE V

ACTIVITES RELATIVES A L'INFORMATION

Pendant la période considérée, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a maintenu un contact direct avec les gouvernements soit au moyen de communications individuelles soit par l'entremise des représentants de l'OMS dans les pays, des chefs d'équipes et du personnel de l'EMRO. Ces contacts personnels sont considérés comme un moyen important de diffusion des informations relatives aux activités de l'Organisation aux organismes techniques susceptibles d'être consultés sur les questions de santé internationale.

Le Bureau régional a maintenu son service de communiqués de presse et a poursuivi son activité au moyen d'émissions radiophoniques, de brochures, de films, et en échangeant une correspondance ou en prenant contact avec les personnes sollicitant des informations sur les questions sanitaires d'ordre international, régional, inter-régional ou national.

L'importance de ces activités est illustrée par les exemples précis exposés ci-après:

Communiqués de presse

1 150 exemplaires de chaque communiqué de presse ont été distribués. Ils ont été adressés à presque tous les journaux, périodiques et stations de radio-diffusion de la Région. Souvent ces communiqués ont également été diffusés par le Siège des Nations Unies à New-York et le Siège de l'OMS à Genève. La répartition des communiqués par langue a été la suivante:

500	exemplaires	en anglais
250	"	en français
400	"	en arabe

OMS Nouvelles

Le Bureau régional assure la diffusion de la publication mensuelle "OMS Nouvelles" en deux langues, comme suit:

Anglais	750	exemplaires
Français	200	"
Total	950	exemplaires

Expositions et affiches

Le matériel d'une exposition portative préparée par le Siège de l'OMS a été traduit en langue arabe au Bureau régional et une série des affiches a été envoyée aux pays de langue arabe. En raison des frais, il n'a pas été possible de faire traduire ce matériel dans les autres langues de la Région, mais des exemplaires en anglais, français et des affiches en italien qui avaient été préparés à l'intention d'autres régions ont été adressés à certains pays où ces langues sont communément parlées. C'est là une solution transitoire en attendant que les fonds nécessaires puissent être affectés à la production de matériel d'exposition -dont le besoin se fait grandement sentir- dans la langue principale de chaque Etat Membre.

Le Bureau régional a également distribué des affiches reçues du Siège pour la Journée mondiale de la Santé. On espère qu'à l'avenir il sera possible de produire des affiches conçues spécialement soit pour la Région soit pour chaque pays individuellement.

Photographies et films fixes

On a toujours considéré que l'emploi de moyens visuels dans le domaine de l'information est d'une importance spéciale dans les pays où les populations n'ont pas toujours accès aux journaux et aux périodiques.

Les archives photographiques relatives aux questions sanitaires intéressant la Région ont été constituées au point que la plupart des pays s'y trouvent représentés. Il reste encore beaucoup à faire, et il faudra tenir compte à l'avenir des pays qui ne possèdent pas d'archives satisfaisantes sous ce rapport. Les photographies sont utilisées dans les revues et journaux nationaux et internationaux, dans l'OMS Nouvelles, ainsi que dans la préparation des expositions et des films fixes.

Plusieurs films fixes ont déjà été préparés à Genève en utilisant des photographies de la Méditerranée orientale et d'autres régions. Un film fixe composé de dessins en couleurs expliquant la structure et le fonctionnement de l'OMS a été distribué en anglais et en français.

Radio

Une documentation est fournie aux services de radiodiffusion des Nations Unies qui émet sur ondes courtes pour la Région de la Méditerranée orientale en arabe et dans les autres langues. Le Bureau régional a également organisé des émissions radiophoniques en certaines circonstances, au courant de l'année, destinées à des stations et des réseaux déterminés.

Divers

Le dossier d'information préparé pour la Journée mondiale de la Santé, composé d'une documentation de base préparée au Siège et d'un matériel spécial fourni par le Bureau régional de la Méditerranée orientale, a été distribué de la même manière que les années précédentes à un grand nombre de journaux, périodiques et fonctionnaires du gouvernement.

Il a été fait, cette année, un plus large usage de ces dossiers en raison de l'activité des administrations sanitaires locales et des autres organismes nationaux qui se sont intéressés à la Journée mondiale de la Santé.

Il y a également des indices que les activités du Bureau régional relatives à l'information sont appréciées par la presse, si l'on juge des coupures de journaux reçues de temps à autre. Une réception plus régulière de ces coupures serait d'un secours important dans la planification des activités futures.

En sus du travail fourni par le Bureau d'Information, les membres du personnel du Bureau régional contribuent à un degré plus ou moins grand au programme d'information du Bureau. Le matériel est préparé en collaboration avec le personnel technique, qui est souvent requis de faire des causeries en public et à la radio.

Le Bureau régional a continué à diffuser des informations sur les programmes sanitaires régionaux et inter-pays, de manières diverses, mais la difficulté de desservir l'ensemble de la Région d'une manière adéquate devient de plus en plus évidente, à mesure que les pays développent leurs activités dans le domaine de la santé. Son activité ne peut constituer qu'un complément des services d'information organisés dans les Etats Membres par les institutions et les personnalités officielles et non officielles. La publicité interne relative aux projets incombe aux

gouvernements. Le Bureau régional peut fournir une aide à cet égard et désire le faire par tous les moyens possibles. Toutefois, un programme d'information aura vraisemblablement un effet plus grand s'il est relié à un projet en cours d'exécution, car alors il intéressera directement toute la population du pays.

Rôle des équipes dans le domaine de l'information

Comme dans le passé, les membres des équipes de l'OMS ont joué un rôle important en mettant le public au courant des activités sanitaires auxquelles ils participent. Ils ont collaboré avec les administrations sanitaires, les attachés d'information gouvernementaux, et par leurs rapports quotidiens avec le public, ont apporté un concours important.

Plusieurs d'entre eux ont fourni des photographies qui ont eu une large diffusion et ont écrit des articles vivants reflétant leur expérience dans le domaine de la santé. Ils ont également prononcé des allocutions et fait des causeries à la radio associant souvent d'une manière heureuse l'information et l'éducation sanitaire.

Quoique leur action dans le domaine de l'information ait été importante dans le passé, il serait souhaitable de l'étendre à l'avenir aux organismes civiques et professionnels, particulièrement en collaboration avec les administrations sanitaires nationales.

DIVERS GENRES D'ASSISTANCE AUX PAYS
(Bourses d'études non comprises)

Pays	Paludisme et lutte contre les insectes	Tuberculose	BCG	Maladies vénéériennes	Autres maladies transm.	Adm. de la santé publique	Hygiène rurale	Protection maternelle et infantile	Soins infirmiers	Assainis- sement	Santé mentale
ADEN			—								
ARABIE SAOUDITE	XXX			XXX		XXX				XXX	
CHYPRE			—						XXX		XXX
EGYPTE	—	XXX	—	XXX	XXX	XXX	XXX	—	XXX	XXX	XXX
ETHIOPIE	XXX		—	XXX	XXX	XXX	XXX				
IRAK	(XXX	XXX	—	XXX	XXX		XXX	XXX			XXX
IRAN	(XXX	XXX	—	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		XXX
ISRAEL		XXX	—	XXX	XXX	XXX			XXX	XXX	
JORDANIE		XXX	—		XXX	XXX		XXX	XXX		XXX
LIBAN	(XXX	XXX	—		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		XXX
LIBYE			—			XXX		XXX	XXX	XXX	
PAKISTAN	(XXX	XXX	—	XXX	(XXX			XXX	XXX	XXX	
SOMALIE (Adm. it.)	(XXX		—	XXX							
SOMALIE (fr.)			—						XXX		XXX
SOUDAN	XXX		—		XXX						
SYRIE	(XXX	XXX	—	XXX	XXX	XXX		XXX	XXX		XXX
YEMEN						XXX					