

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION

الهيئة الصحية العالمية  
المكتب الاقليمي لشرق البحر الابيض

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ

REGIONAL OFFICE FOR THE  
EASTERN MEDITERRANEAN

BUREAU RÉGIONAL DE LA  
MÉDITERRANÉE ORIENTALE

COMITE REGIONAL DE LA  
MEDITERRANEE ORIENTALE

EM/RC10B/Prog.Min.1  
25 août 1960

Dixième session

ORIGINAL: ANGLAIS

SOUS-COMITE B

SUBDIVISION DU PROGRAMME

PROCES-VERBAL DE LA PREMIERE SEANCE

tenue au Palais des Nations, Genève,  
le jeudi 25 août 1960, à 9 h.

PRESIDENT: Dr S. Syman (Israël)

SOMMAIRE

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

ReprésentantsGouvernement

ETHIOPIE

FRANCE

IRAN

ISRAEL

ReprésentantMr Hailu Sebsebie, Vice-Président

Médecin Colonel P. Faure

Dr M. Etemadian

Dr A. T. Diba

Dr S. Syman, Président

Dr J. Silberstein

Dr M. Kahany

Observateur

CHYPRE (Etat non Membre invité)

Dr Z. G. Panos

Organisation mondiale de la Santé

Secrétaire du Sous-Comité

Dr A. H. Taba, Directeur régional

Représentant du Directeur  
généralDr N. I. Grashchenkov, Sous-Directeur  
généralSecrétaire adjoint du Sous-  
ComitéDr A. El Halawani, Directeur régional  
adjointAdministrateur de la santé  
publique (paludisme)

Dr M. Farid

Représentants et observateurs d'Organisations intergouvernementales  
et non gouvernementalesCentre international de  
l'Enfance

Dr E. Berthet

Association internationale  
des Femmes Médecins

Dr V. Peterson

Association médicale mondiale

Dr J. Maystre

1. PROJET DE PROGRAMME ET DE BUDGET DE LA REGION DE LA MEDITERRANEE  
ORIENTALE POUR 1962

Le PRESIDENT signale que le point suivant dont est saisi le Sous-Comité est celui qui figure à l'ordre du jour sous le numéro 10 et est intitulé "Projet de programme et de budget de la Région de la Méditerranée orientale pour 1962" (EM/RC10/3). Il prie le Directeur régional d'ouvrir la discussion.

Le Dr TABA, Directeur régional, précise que le document EM/RC10/3 contient le projet de programme et de budget de l'exercice 1962, ainsi que le programme de 1961, tel qu'il a été révisé, dans les limites de l'allocation de crédits prévue pour la Région, après discussions tenues avec les diverses délégations tant à l'Assemblée mondiale de la Santé qu'ailleurs. Le Sous-Comité voudra sans doute bien examiner aussi le programme révisé de 1961 et celui de 1962.

La partie principale du document constitue un exposé sur les prévisions budgétaires affectées au Bureau régional, aux conseillers régionaux et aux représentants régionaux; elle est suivie d'un état des crédits alloués aux projets intéressant chaque pays en particulier et aux projets interpays.

Le programme d'éradication du paludisme fait l'objet de l'Annexe I. Le programme d'approvisionnement public en eau est contenu dans l'Annexe II; quant à l'Annexe III, qui forme la partie imprimée sur papier vert, elle énumère des projets demandés mais non mis à exécution, faute de crédits actuellement disponibles. Au même document a également été ajoutée une section traitant des projets transférés du Bureau régional de l'Afrique et afférents à l'ex-Protectorat britannique de la Somalie, qui appartenait précédemment à la Région de l'Afrique et fait maintenant partie de l'Etat indépendant de la Somalie.

Un autre addenda est constitué par les prévisions budgétaires des programmes d'assistance technique en faveur de Chypre et de la Somalie, pays ayant récemment accédé à l'indépendance.

Les pages 10 et 11 du document donnent un résumé du programme par rubriques principales et font ressortir les tendances qui signalent les exercices

1961 et 1962. La division faite sous le chapitre "Rubriques principales" est, en fait, arbitraire; ainsi, par exemple, plusieurs activités entreprises dans le domaine de l'assainissement se trouvent incluses dans des projets intéressant la santé publique et comprenant notamment des projets d'hygiène rurale. D'autres exemples de chevauchements semblables peuvent être cités. Le document indique, à gauche, les crédits imputables sur le budget ordinaire; à droite, les crédits à prévoir au titre de l'Assistance technique, et à l'extrême-droite, les "crédits extra-budgétaires", alimentés en majorité par le FISE.

En ce qui concerne les projets interpays, le Directeur régional désire attirer l'attention sur les activités afférentes à l'enseignement et sur les colloques. La plupart de ces projets exigent une planification minutieuse et peuvent être mis en oeuvre au cours de l'exercice même où ils figurent, pourvu qu'ils puissent être préparés à temps. Autrement, quelques-uns de ces programmes pourraient être renvoyés de 1961 à 1962 ou à une date ultérieure. Le Sous-Comité remarquera qu'indépendamment des bourses d'études prévues en faveur de chaque pays en particulier, il figure également sous le projet EMRO 45 des bourses destinées à la participation à des réunions interpays.

Il y a lieu, en outre, de signaler un autre projet, EMRO 55, au titre duquel un crédit est prévu pour un spécialiste de l'organisation des bibliothèques, dans le but d'aider certains pays à moderniser leurs bibliothèques. Un autre nouveau type de projet est mentionné à la page 161 du document, sous le titre de "Bourses d'études pour le personnel supérieur de l'enseignement médical"; le but en est de permettre à des membres du corps enseignant dans les écoles de médecine de suivre une formation professionnelle avancée portant sur leur propre domaine de spécialisation.

L'Annexe I, consacrée au programme d'éradication du paludisme, expose, à la partie gauche, les dépenses prévues par imputation sur le Compte spécial pour l'Eradication du Paludisme, qui est appelé à couvrir la plupart des dépenses envisagées. Une aide en faveur des programmes d'éradication est également prévue

au titre de l'Assistance technique. La question de savoir si le programme d'éradication du paludisme exposé dans le document pourra être exécuté, tel qu'il est proposé, en 1961 et 1962, dépendra du montant global disponible au titre du Compte spécial. Le Directeur général a déclaré qu'il fera rapport sur cette question à la Treizième Assemblée mondiale de la Santé, en donnant des détails sur les contributions qui auront été versées, alors, au Compte spécial et en faisant des prévisions sur les contributions promises. Si celles-ci se trouvent être inférieures au montant requis, le transfert de certains projets du Fonds spécial au budget ordinaire pourra alors s'avérer nécessaire.

Le programme d'approvisionnement public en eau constitue, bien entendu, une entreprise nouvelle et le crédit qui y est alloué est plutôt limité parce que le montant total du Fonds spécial prévu à cet effet est peu important. Les crédits sont, pour la plupart, destinés à couvrir les frais d'engagement de consultants à court terme pour conseiller les pays sur la manière d'augmenter et améliorer leurs systèmes de fourniture d'eau. Il espère qu'il pourra être possible de développer ultérieurement ce projet.

Enfin, il serait heureux de connaître l'opinion du Sous-Comité sur les nouveaux programmes proposés en faveur de Chypre et de la Somalie.

Le PRESIDENT demande si quelqu'un désire formuler des observations sur ces propositions.

En ce qui le concerne, il voudrait, en tant que représentant d'Israël, faire quelques commentaires. Tout d'abord, il estime que le programme et le budget ont été clairement exposés et expliqués par le Directeur régional. En se reportant au total général figurant à la page 11 du document, les membres du Sous-Comité pourront constater que le montant prévu pour 1962 n'accuse pas une augmentation sensible, - celle-ci étant de l'ordre de 10% environ par rapport à l'exercice 1961, mais le programme comporte un certain nombre de points nouveaux. Par contre, on relève une diminution des crédits alloués à d'autres projets, par exemple celui de la lutte antituberculeuse. Il y a probablement lieu de se

féliciter de ce que les pays soient maintenant en mesure de poursuivre l'exécution de ces projets sans une assistance internationale. On peut également relever quelques caractéristiques nouvelles, comme l'augmentation des crédits prévus pour les laboratoires de la santé publique et l'action sanitaire rurale. L'importante augmentation de crédits accordée aux activités d'hygiène maternelle et infantile est, à son avis, très significative. Il relève également l'accroissement des crédits alloués au domaine des radiations et des isotopes.

Il voudrait que le Directeur régional voulût bien expliquer pourquoi le budget régional ne contient aucun crédit pour les activités relatives à la nutrition.

Il relève avec satisfaction, à la page 23 du document, l'engagement de nouveaux conseillers régionaux pour la santé publique et le développement communautaire, - deux domaines qu'il considère très importants. D'autre part, il est proposé de substituer ces postes à ceux d'un conseiller pour les soins infirmiers et du conseiller pour la bilharziose, probablement parce que la nécessité de recourir aux services consultatifs du Bureau régional, à cet égard, se fait actuellement moins sentir pour les pays de la Région.

Le Directeur régional a mentionné les programmes supplémentaires prévus pour Chypre et la Somalie. C'était là une initiative qui s'imposait; en effet, des pays nouvellement devenus indépendants, doivent être aidés à accéder à l'indépendance dans le domaine sanitaire également.

Parmi les nouveaux projets, il a noté, à la page 153, un projet visant à développer la construction des habitations rurales et à déterminer la mesure dans laquelle des habitations saines pourraient contribuer au relèvement du niveau sanitaire. Il accueille, en outre, avec satisfaction des dispositions prévues au titre du projet EMRO 63 pour assurer aux omnipraticiens une formation professionnelle en santé mentale. Il estime que cette mesure est sage, parce qu'il est nécessaire non seulement de disposer d'un plus grand nombre de psychiatres mais que chaque omnipraticien ait quelques notions d'hygiène mentale et soit en mesure de soulager ses malades sous ce rapport.

Il se félicite de ce que des crédits aient été prévus à la page 158 pour aider à la participation à des réunions de caractère instructif qui permettront aux pays de désigner les personnes les plus qualifiées pour assister à de telles réunions.

En ce qui concerne le crédit de \$ 2 000, pour documentation médicale, figurant à la page 161, l'orateur demande de quelle manière s'en effectuerait la distribution. La plupart des projets comportent, selon lui, des crédits pour la fourniture d'une documentation médicale pertinente, et si ce montant est destiné à assurer une distribution générale de documentation médicale, il lui paraît très modique.

Le Dr TABA, Directeur régional, remercie le Président pour ses observations et croit pouvoir constater que, dans l'ensemble, le programme présenté semble recueillir l'adhésion du Sous-Comité.

Concernant les questions soulevées par le Président, en premier lieu celle de la nutrition, il est vrai qu'aucun crédit n'est prévu dans le budget ordinaire pour les activités afférentes à la nutrition, mais dans les programmes de l'Organisation, il n'est pas toujours très important de déterminer la nature du crédit alimentant un projet. Il y a naturellement un crédit prévu pour le conseiller nutritionniste auprès du Bureau régional. Les services de ce conseiller sont actuellement partagés avec le Bureau régional de l'Afrique. La Région de la Méditerranée orientale prendra à sa charge les émoluments du titulaire du poste pour l'exercice 1961, et la Région de l'Afrique fera de même pour 1962. Chacun de ces Bureaux régionaux aimerait avoir à sa disposition un conseiller à plein temps. Les crédits prévus pour le domaine de la nutrition peuvent paraître insuffisants parce que de nombreuses activités sont entreprises dans le cadre de divers projets figurant sous d'autres titres. Ainsi, cette branche forme une partie importante des projets d'hygiène maternelle et infantile, ainsi que d'autres projets.

Le crédit de \$ 2000, affecté à l'achat d'une documentation médicale, est surtout destiné à enrichir la bibliothèque du Bureau régional et à l'acquisition d'une documentation requise par le personnel affecté à des projets sur le terrain. Il est parfois donné suite à des demandes peu importantes de documentation médicale, reçues de certains pays, par imputation sur ce crédit.

Le PRESIDENT remercie le Dr Taba et soumet au Sous-Comité la résolution EM/RC10A/R.3 dont il donne lecture.

Décision: La résolution est adoptée.

## 2. QUESTIONS TECHNIQUES

Le PRESIDENT déclare que le sujet suivant à discuter est le point 11 de l'ordre du jour: "Questions techniques". Celles-ci consistent en quatre thèmes choisis par le Directeur régional pour faire l'objet de discussions approfondies, à savoir: l'éradication du paludisme, l'hygiène mentale, le kala-azar et les déchets radioactifs. En ce qui concerne l'éradication du paludisme, le Sous-Comité est saisi du document EM/RC10/4, que le Président prie le Dr Farid de présenter.

Le Dr FARID déclare que le document soumis au Sous-Comité passe en revue l'oeuvre accomplie par les Etats Membres et le Bureau régional jusqu'à la fin du mois de juin 1960, plus particulièrement les réalisations enregistrées au cours de ces cinq dernières années, et met en relief l'expérience acquise en ce domaine ainsi que le rôle joué par le Bureau régional pour assurer la coordination des activités. La Deuxième Conférence régionale sur l'Eradication du Paludisme, tenue à Addis Ababa en novembre 1959, a fourni un aperçu extrêmement utile de la situation. Le Sous-Comité trouvera à l'Annexe II un extrait du rapport sur cette conférence, qui a été largement diffusé.

Tous les pays de la Région se sont maintenant ralliés aux principes de l'éradication du paludisme. Dans la Colonie d'Aden, à Chypre, dans la Bande



de Gaza et la Côte française des Somalis, le paludisme a disparu. Au Koweït, il ne semble pas que cette maladie ait existé.

L'exécution des programmes d'éradication se poursuit d'une manière satisfaisante dans six pays, soit: l'Irak, l'Iran, Israël, la Jordanie, le Liban et la Province syrienne de la République Arabe Unie, groupant une population de 22,5 millions d'habitants exposés au risque d'infection. Ces projets ont été mis en oeuvre il y a quatre ans ou au-delà. Dans les pays qui viennent d'être cités, de vastes régions ont été débarrassées du paludisme, et dans la plupart de ces régions, il ne subsiste plus que quelques poches d'infection. Néanmoins, l'Organisation estime qu'au stade actuel tout relâchement d'effort constituerait une grave erreur. Dans ce cas, toute l'oeuvre accomplie et toutes les dépenses faites dans le passé auraient été gaspillées en pure perte.

L'éradication du paludisme a commencé en Libye et dans la Province égyptienne de la République Arabe Unie. En Libye, la zone impaludée est relativement petite et ne compte qu'une population de quelque 15 000 habitants. En Province égyptienne, par contre, le problème se présente avec beaucoup plus d'ampleur. La population exposée au danger de contamination s'élève approximativement à 19 millions d'habitants et l'on se propose d'entreprendre, par étapes, un vaste programme qui doit être mis en train au début de 1961.

Il se pose dans la Région, à propos de l'éradication du paludisme, un certain nombre de problèmes techniques mais les principales difficultés sont plutôt d'ordre administratif et financier, d'autant plus que ce ne sont pas tous les pays qui se font une idée exacte du niveau élevé d'efforts et de capacité requis pour assurer l'éradication du paludisme.

Le Pakistan, qui abrite le plus vaste réservoir de paludisme dans la Région, a orienté ses activités vers l'éradication et procède actuellement à une enquête pré-éradication.

L'OMS et l'Administration de Coopération internationale des Etats-Unis prêtent leur concours à l'exécution de projets-pilotes en Ethiopie et au

Soudan; les résultats jusqu'ici enregistrés dans ces deux pays ainsi que dans quelques contrées de l'Afrique, indiquent que la transmission du paludisme par A. gambiae, qui est l'espèce la plus répandue, peut être interrompue par des pulvérisations de DDT à effet rémanent, si tous les locaux habités sont intégralement traités. En Somalie, les nomades posent un problème particulièrement difficile, et cette question fera l'objet de recherches dans le cadre du nouveau projet-pilote de l'OMS, établi dans ces pays.

Le Directeur régional fait tout son possible pour fournir le personnel administratif nécessaire à l'exécution du travail. Une caractéristique nouvelle à signaler est l'impulsion donnée aux recherches pratiques sur le matériel de pulvérisation, sur les nomades, dont il a déjà été question, et sur la résistance opposée aux insecticides. Des données sont fournies sur ces questions au Tableau I. Quelques expériences sont en cours concernant l'utilisation du sel médicamenteux. L'éducation sanitaire retient également l'attention, et quelques-uns des services d'éradication du paludisme de la Région comportent des sections d'éducation sanitaire. Afin de renforcer et appuyer les activités de coordination du Bureau régional, des pays ont été invités à communiquer régulièrement des rapports trimestriels et à les établir selon un modèle uniforme. Cette mesure a été prise en vertu de la résolution WHA13.55, aux termes de laquelle l'Assemblée "prie les Gouvernements intéressés de continuer à tenir l'Organisation régulièrement au courant des progrès de leur campagne d'éradication du paludisme et, en particulier, de leurs travaux d'analyse épidémiologique". Le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires a également demandé qu'il soit procédé à une évaluation annuelle des progrès réalisés dans l'exécution des plans d'éradication, pour justifier l'octroi d'une assistance plus étendue par le FISE. Il existe une excellente coopération entre le Bureau régional, l'ICA (Administration de Coopération internationale des Nations Unies) et le FISE. Les pays de la Région ont bénéficié d'une assistance appréciable fournie par imputation sur le Compte spécial pour l'Eradication, mais malheureusement on conçoit quelques

doutes sur la possibilité que ce Compte suffise aux besoins des années à venir. Les Membres du Sous-Comité se souviennent sans doute des termes de la résolution WHA13.45, adoptée à ce sujet par la Treizième Assemblée mondiale de la Santé.

Le PRESIDENT, prenant la parole en tant que représentant d'Israël, estime qu'en général, le rapport témoigne d'un optimisme modéré, mais que, tout d'abord, le paludisme n'en demeure pas moins un problème grave dans la Région et qu'ensuite l'éradication du paludisme n'est pas une tâche facile. On peut se rendre compte de la manière dont le paludisme peut réapparaître dans un pays doté d'un programme intensif de lutte en consultant à la page 4 du document, qui rapporte l'augmentation du taux d'incidence de cette maladie en Province égyptienne, où le nombre des cas s'est élevé à 94 000. Cette situation se traduit aussi par une hausse du taux d'incidence du paludisme dans la Bande de Gaza, phénomène qui peut être attribué à l'introduction de certains moustiques infectés. On pourrait trouver dans ce fait une explication à l'invasion de certaines villes côtières d'Israël par A. pharoensis, espèce de moustique qui n'était pas connue auparavant en Israël. Aussi, se demande-t-il si l'exposé figurant à la page 2, en ce qui concerne la Bande de Gaza, est exact. Si les cas de paludisme dans cette zone sont des cas importés, ce fait montre combien il est important d'assurer une bonne coordination. Le paludisme n'est pas confiné à un pays en particulier, et un pays débarrassé de cette maladie peut être réinfesté par ses voisins. Les activités du Bureau régional ont eu un bon résultat qui s'est traduit par la baisse de la fréquence du paludisme au Liban, en Province syrienne (RAU) et en Jordanie, comme le témoigne le taux très bas d'incidence constaté le long des frontières d'Israël limitrophes à ces pays. Israël est naturellement désireux d'être inclus dans tous accords de coordination qui pourraient être conclus à cet égard.

Le Sous-Comité a eu connaissance, par le Dr Farid, des difficultés que présente l'éradication du paludisme. C'est une opération coûteuse et qui exige beaucoup d'organisation. Il est un fait peut-être paradoxal, c'est que ce soit précisément dans les pays où le paludisme ne se manifeste pas sous une

forme très grave que le problème financier tende à être difficile. Il est nécessaire de renseigner les Gouvernements sur l'importance que présentent les foyers résiduels d'infection paludique.

Israël est vivement reconnaissant pour l'assistance qui lui a été accordée par l'OMS; ce pays a maintenant atteint le stade de la détection passive, qui y fonctionne bien. L'orateur a relevé à la page xviii du document que l'exécution des opérations en Israël a été ajournée jusque l'année 1961. Ceci n'est plus exact: le programme a commencé en avril 1960 et le premier rapport trimestriel a été distribué.

Le Dr FARID remercie le Président, notamment pour ce qu'il a dit sur la détection passive, qui se développe graduellement en d'autres pays. Ce qu'il a dit au sujet de la poussée épidémique survenue en Province égyptienne, l'an passé, est exact, mais ce pays en est encore à l'application d'un programme de lutte, et c'est pour cette raison que les autorités ont été amenées à convertir celui-ci en un programme d'éradication, d'autant plus que les futurs projets d'irrigation contribueront à aggraver le problème du paludisme.

L'apparition de l'Anophèles Pharoensis à Gaza est encore un mystère. L'UNRWA a procédé à une enquête à Gaza et n'a pas réussi à trouver d'autres spécimens que A. multicolor. En ce qui concerne l'invasion des villes côtières d'Israël par A. pharoensis, on peut en trouver l'explication dans le fait que ce moustique existe effectivement dans les étangs poissonneux situés à proximité de Beisan, en Israël, et l'on sait que cette espèce peut parcourir jusqu'à 150 kilomètres. Il pense qu'il est possible que tous les cas survenus dans la Bande de Gaza soient importés; quoi qu'il en soit, il reconnaît que leur survenance indique l'importance de la coordination. Signalant le récent établissement par l'OMS d'un projet d'évaluation interpays ayant son siège à Beyrouth, qui commencera ses activités au début de l'année prochaine, il observe que ce projet contribuera à intensifier des activités coordinatrices entre pays voisins. Il espère qu'Israël où 32 cas de paludisme seulement ont été signalés

en 1960, sera en mesure d'intensifier son programme de surveillance de telle sorte que l'éradication dans ce pays puisse bientôt être un fait accompli.

Le PRESIDENT soumet au Sous-Comité la résolution EM/RC10A/R.4.

Décision: La résolution est adoptée.

Le PRESIDENT déclare que le sujet suivant est la santé mentale. Le document dont est saisi le Sous-Comité fait ressortir la vaste gamme d'activité du Bureau régional. Il invite le Directeur régional à ouvrir la discussion.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit que le document présenté au Sous-Comité est une introduction au sujet, et qu'il espère le faire suivre d'autres communications portant sur les divers aspects de la santé mentale. Ainsi, l'année dernière, il a distribué un document sur la toxicomanie traitant plus particulièrement des effets de celle-ci sur la santé mentale.

L'opinion généralement adoptée est que les maladies mentales sont plus graves dans les pays plus développés mais dans la Région de la Méditerranée orientale, les pays évoluent socialement et s'industrialisent rapidement; cette circonstance, jointe à d'autres facteurs, entraîne certaines complications dans le mode de vie et affecte la santé mentale de la population.

Comme il a été déjà dit, le Bureau régional dispose maintenant des services d'un conseiller pour la santé mentale, et le Bureau espère être en mesure d'étudier plus attentivement la question et d'accorder dans ce domaine une assistance plus étendue aux pays de la Région. Le document que les membres du Sous-Comité ont actuellement sous les yeux esquisse dans leurs grandes lignes les principes qui président aux activités relatives à la santé mentale, entreprises dans la Région de la Méditerranée orientale.

Le PRESIDENT remercie le Dr Taba et dit que les membres du Sous-Comité souhaitent entendre, ultérieurement, d'autres exposés sur cette question.

Le Dr SILBERSTEIN (Israël) dit que sa délégation est très heureuse de constater que le Directeur régional ne se borne pas à l'examen des problèmes actuels mais envisage également les problèmes susceptibles de se poser dans l'avenir. Le Directeur régional a signalé à juste titre les effets qu'entraînent les changements dans le mode de vie ainsi que l'industrialisation, facteurs qui doivent nécessairement augmenter la tension nerveuse et, par conséquent, affecter la santé mentale. Il s'agit là d'une évolution facile à prévoir.

Un autre facteur semble même devoir présenter plus d'importance pour la Région, c'est celui de l'accroissement du nombre des personnes âgées. La proportion de ces personnes augmentera au fur et à mesure que les techniciens de la santé publique travailleront à allonger la durée de l'existence. Il estime possible que la structure familiale, telle qu'elle existe dans les pays d'Orient et qu'il considère plus saine que dans certaines autres régions, réussisse à atténuer les inconvénients qui s'attachent à ce phénomène. Dans les pays où il existe une forte proportion de personnes âgées, un bon nombre des lits d'hôpitaux sont occupés par ces personnes, qui sont déclarées atteintes de maladies chroniques et incurables. La question qui se pose est de savoir ce que l'on pourrait faire pour éviter une telle situation.

Le Bureau régional a déjà fait un premier pas en reconnaissant l'existence du problème, - ce qui est important. L'orateur note avec satisfaction la résolution adoptée par le Sous-Comité A (EM/RC10A/5) où il est recommandé, entre autres, de relever le niveau des techniciens de la santé mentale. En Israël, on doit faire face à plusieurs problèmes de ce genre, car une importante partie de la population est originaire de pays où l'économie est surtout agricole et compte un grand nombre de personnes âgées. Des difficultés signalées pourraient être évitées si la véritable origine des maladies de la sénilité pouvait être connue. En Israël, il a été démontré que les personnes manifestant des troubles mentaux de caractère sénile peuvent être réadaptées et renvoyées à leur famille. Il est important que les pays se hâtent d'élaborer leurs plans

en ce domaine, et il est heureux que les pays de la Méditerranée orientale n'adoptent pas les méthodes traditionnelles de traiter les maladies mentales, - méthodes qu'il est parfois difficile de modifier et qui consistent, par exemple, en l'aménagement de vastes institutions pour malades mentaux.

Les procédés utilisés en Israël ne se limitent pas aux recours à l'hôpital classique pour maladies mentales. Le pays dispose de consultants à court-terme attachés aux cliniques psychiatriques. Evidemment, il ne s'agit pas ici d'une nouvelle méthode, même pour la Région, mais elle n'en est pas moins utile et permet aux psychiatres d'enrichir leur expérience tout en contribuant à soulager les malades. On espère, par ailleurs, initier le personnel médical à certains aspects des problèmes que pose la santé mentale.

Dans son pays, on est en train de renforcer le dispositif social de soins aux sujets souffrant de psychoses, et l'on a trouvé possible de prévenir la dépression nerveuse. Le pays forme également des assistantes sociales chargées d'aider les personnes sortant des hôpitaux pour maladies mentales, et il a été constaté que l'action de ces assistantes contribue à réduire le nombre de rechutes. Il faudrait essayer tous les moyens permettant de raccourcir la durée de l'hospitalisation des malades mentaux et des dispositions adéquates doivent être prises pour assurer leur réadaptation à leur sortie d'hôpital. Les cliniques externes sont très utiles à cet égard.

Le PRESIDENT soumet la résolution EM/RC10A/R.5.

Décision: La résolution est adoptée.

Le Dr EL HALAWANI (Directeur régional adjoint), présentant le document EM/RC10/6, dit que le kala-azar, qui existe dans la presque totalité des pays de la Région, sévit plus particulièrement au Soudan et au Pakistan oriental. Il attire l'attention sur la classification de la leishmaniose en formes cutanée, viscérale et mucocutanée, selon la description qu'en donne le document. En examinant l'immunité conférée par les diverses formes de leishmaniose, le

document signale que l'infection par la forme cutanée n'immunise pas contre la leishmaniose viscérale, alors que cette dernière confère une immunité à l'égard de ces deux formes à la fois. On a cru, par exemple, que la leishmaniose viscérale ne survenait pas en Irak, mais il en a été récemment découvert des cas dans ce pays en dépit d'une forte incidence de Leishmania tropica. Des recherches récentes ont démontré que certaines formes de leishmaniose viscérale chez les rongeurs pouvaient conférer une immunité contre d'autres formes. On espère que les recherches effectuées en ce domaine permettront d'obtenir des résultats intéressants.

La fréquence de la maladie est sporadique dans la plupart des pays de la Région, excepté au Soudan, où elle revêt une grande importance du point de vue épidémiologique; en effet, 5 000 cas ont été signalés au cours de l'épidémie survenue dans la Province du Nil Bleu, en 1956/57.

On pense que le vecteur de la maladie est le Phlebotomus, mais les tests ont démontré que la maladie ne pouvait pas être transmise à l'homme par un insecte infecté en laboratoire, - découverte qui a intrigué bien des chercheurs. Les expériences pratiquées dans l'Inde ont révélé que l'alimentation du vecteur joue un grand rôle dans son action infectante. Les lacunes que comportent nos connaissances des facteurs qui contribuent à la transmission de la maladie, y compris les réservoirs animaux, font l'objet de recherches dans les divers pays, et on a constaté accidentellement que le chien peut être atteint de leishmaniose viscérale.

Se reportant à l'exposé donné aux pages 17 et 18 du document sur l'enquête entreprise au Pakistan en 1950/51 par l'équipe de l'OMS de démonstration des opérations antipaludiques, il attire particulièrement l'attention sur ce qui a été dit concernant les opérations de lutte au moyen du DDT et l'effet de celui-ci sur le Phlebotomus. Des résultats semblables ont été constatés à Bagdad où la population de phlebotomes a été fortement réduite par les opérations de pulvérisation effectuées au cours de la campagne antipaludique.



Un des facteurs épidémiologiques le plus important a été la découverte de vecteurs capables de transmettre la maladie: il se peut, par exemple, que, dans un district, il y ait des quantités énormes de phlébotomes incapables de transmettre la maladie, alors que d'autres formes pourraient être fortement infectantes dans un autre district.

LE PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de représentant d'Israël, attire l'attention sur la page 13 du rapport, où il est dit que 67 cas du type infantile ou méditerranéen de kala-azar, disséminés à travers le territoire israélien, ont été signalés au cours de ces dernières années. Il signale que, dans le courant de cette année, cinq ou six cas seulement ont été découverts. Les quelques nouveaux cas constatés sont probablement imputables à la réapparition de phlébotomes, et des efforts sont déployés en vue d'éliminer ceux-ci. Quelques cas de kala-azar, durant ces dernières années, ont été attribués aux chiens et un grand nombre de ces animaux ont été détruits dans le but d'éliminer la maladie.

Le PRESIDENT soumet la résolution EM/RC10A/R.6

Décision: La résolution est adoptée.

Le DIRECTEUR REGIONAL ADJOINT, présentant le document EM/RC10/7, souligne l'importance du rôle de la santé publique dans le problème de l'élimination des déchets radioactifs. Les fonctions spéciales des autorités de la santé publique sont mises en relief dans le document et des exemples sont donnés des diverses sources de déchets radioactifs, suivis d'un exposé sur les effets des accidents entraînant la contamination des aliments et de l'eau. A ce propos, le rapport signale l'accident survenu à Windscale, dans le Royaume-Uni, et à la suite duquel l'iode radioactif 131 dégagé dans l'atmosphère a contaminé les aliments, plus particulièrement le lait, à travers une vaste étendue.

La Région réalise des progrès techniques dans les diverses utilisations de l'énergie atomique; aussi, les problèmes que soulève l'élimination des déchets radioactifs provenant de sources telles que l'emploi des radioisotopes et le fonctionnement des réacteurs, doivent retenir l'attention.

Le PRESIDENT présente la résolution EM/RC10A/R.7

Décision: La résolution est adoptée.

La séance est levée à 10 h. 50