

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION

REGIONAL OFFICE FOR THE  
EASTERN MEDITERRANEAN

الهيئة الصحية العالمية  
المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTE

BUREAU REGIONAL DE LA  
MEDITERRANEE ORIENTALE

COMITE REGIONAL DE LA  
MEDITERRANEE ORIENTALE

Douzième Session

SOUS-COMITE A

SUBDIVISION DU PROGRAMME

EM/RC12A/Prog.Min.2  
Décembre 1962

ORIGINAL: ANGLAIS

PROCES-VERBAL DE LA DEUXIEME SEANCE

tenue à l'Hôtel Zahret El Chark, Riyad  
le mardi 9 octobre 1962, à 9 heures

PRESIDENT: Dr Mohammad Zaki Mustafa (Soudan)

SOMMAIRE

1. Questions techniques (suite)
  - (d) Amélioration des Statistiques démographiques et sanitaires dans les services de santé publique de la Région de la Méditerranée orientale
  - (e) La teigne et la lutte contre cette maladie, considérées à la lumière de l'expérience acquise par l'emploi de la griséofulvine
  - (f) Hygiène rurale et développement communautaire dans la Région de la Méditerranée orientale: résultats d'une enquête.

Représentants

Gouvernement

Représentant, Suppléant ou Conseiller

CHYPRE

Dr V. Vassilopoulos

ETHIOPIE

Mr Hailu Sebsebie

FRANCE

Médecin-Colonel M. Bories

IRAN

Dr M.H. Morshed

JORDANIE

Dr Khalid Shami

KOWEIT

Mr Abdel Moshin Al Matrook  
Dr Kamal El Borai

LIBAN

Dr Husni Jalloul

LIBYE

Mr Hamedâ Zlitni

PAKISTAN

Brigadier M.S. Haque  
Dr Ali Nawab Khan

ARABIE SAOUDITE

Dr Abdel Aziz El Mudarris  
Dr Youssef El Humeidan  
Dr Omar Zawawi  
Dr Mohamed Amin Muqum  
Dr Hashem Dabbagh  
Dr Elwi Jeffri  
Dr Youssef El Hajiri

SOMALIE

Mr Adan Farah Abrar

SOUDAN

Dr Mohammed Zaki Mustafa

REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

Dr Ghassan Jallad

TUNISIE

Dr M. Taoufik Daghfous

ROYAUME-UNI

Dr W.A. Glynn

Organisation mondiale de la Santé

Secrétaire du Sous-Comité	Dr A.H. Taba, Directeur régional
Directeur général adjoint	Dr F. Grundy
Secrétaire adjoint au Sous-Comité	Dr A.A. El Halawani, Directeur régional adjoint
Conseiller régional pour les Statistiques sanitaires	Mr J. Nielsen
Consultant de l'OMS pour la lutte contre le favus	Dr E. Grin
Administrateur de la Santé publique (Organisation sanitaire)	Dr A.A. Zaki

Nations Unies et Institutions spécialisées

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (FISE)	Mr Fuad Awad
OFFICE DE SECOURS ET DE TRAVAUX DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES DE PALESTINE (UNRWA), Département sanitaire	Dr S. Flache
ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE (FAO)	Miss Mona Doss

Représentants et Observateurs d'Organisations internationales, non-gouvernementales, inter-gouvernementales et nationales

CENTRE INTERNATIONAL POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA STATISTIQUE, BEYROUTH (ISEC)	Mr Faiz El Khuri (Observateur)
COMITE INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES	Dr Seif El Din Shishakly (Représentant)
ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE	Médecin Général M.S. Haque (Représentant)

## 1. QUESTIONS TECHNIQUES: Point 10 de l'ordre du jour

(d) Amélioration des statistiques démographiques et sanitaires dans les services de santé publique de la Région de la Méditerranée orientale (Document EM/RG12/7)

Mr NIELSEN, Conseiller régional pour la statistique, dit qu'il a été reconnu que si l'on ne dispose pas de données sûres sur la population, les naissances et décès, les maladies dominantes et les ressources médicales, il est difficile de donner une description des problèmes sanitaires d'un pays ou d'évaluer l'efficacité de ses programmes sanitaires. La rareté des informations statistiques démographiques et sanitaires était, d'une manière générale, prononcée dans les pays de la Région. Bien qu'un grand nombre de pays de la Région eussent procédé récemment à des recensements, les statistiques des naissances et décès étaient pratiquement inexistantes. Le document dont le Sous-Comité est saisi décrit les activités entreprises par l'OMS depuis 1950 dans le domaine des statistiques. Celles-ci comportent, entre autres, la création, en 1951, d'un centre de formation professionnelle au Caire, l'octroi de 104 bourses d'études, la prestation des services d'un conseiller en matière de statistique au Bureau régional, la création d'un centre épidémiologique et statistique en tant que projet interpays, un certain nombre de projets sur le terrain aidés par des consultants statisticiens et finalement la traduction en langue arabe de la Nomenclature internationale des maladies, qui est en cours de préparation.

Les activités dans le domaine de la statistique, dans les pays de la Région, comportent les recensements, la promulgation de nouvelles législations ou le perfectionnement de celles existantes relatives à l'enregistrement et à la déclaration statistique des maladies à déclaration obligatoire, l'amélioration des services statistiques au sein des Ministères de la Santé, et des autres agences internationales, et les réunions de statisticiens organisées par la Ligue des Etats Arabes. Des manuels et des études sur la méthodologie ont été publiés par les Nations Unies et les agences spécialisées, le Centre international pour l'enseignement de la Statistique a été créé à Beyrouth en 1953, et un Centre de formation professionnelle des Nations Unies le sera à Addis Ababa en 1961.

Les recommandations formulées, dans ces rapports, pour l'amélioration des statistiques démographiques et sanitaires, comportent la création de comités nationaux pour s'occuper de cette question, la formation professionnelle de

travailleurs en statistiques et la formation professionnelle en matière de statistique de tous les futurs médecins et autres travailleurs sanitaires, l'organisation de plus de colloques et de réunions. Les efforts déployés, sur le plan international, pour améliorer les statistiques sanitaires seraient cependant infructueux, à moins que chaque pays ne soit conscient de la nécessité de compter sur des données statistiques précises et de prendre des mesures positives pour améliorer les systèmes existants ou créer de nouveaux services statistiques. La réunion d'un groupe d'experts en Statistiques démographiques et sanitaires pour les pays de la Région est envisagée pour 1963. Cette réunion offrira aux administrateurs et aux statisticiens sanitaires une occasion de procéder à une évaluation des progrès accomplis, de la situation actuelle et des besoins futurs, en même temps que d'échanger des informations et élaborer des plans pour le développement futur.

Le Dr EL BORAI (Koweït) dit que l'intérêt manifesté à la mise au point des systèmes d'enregistrement et la compilation des statistiques démographiques, en vue de leur utilisation sur le plan national ou international, a considérablement augmenté au Koweït au cours des récentes années. Le système, actuellement en vigueur, comporte l'enregistrement obligatoire des naissances vivantes, des décès, des mortinaissances, des mariages, des divorces, etc. et la compilation et l'analyse statistique des événements ainsi enregistrés. Dans le domaine de l'hygiène, des statistiques ont été recueillies sur la morbidité du trachome et des enquêtes sur la tuberculose; les maladies à déclaration obligatoire, la lèpre, les maladies vénériennes, les cas mentaux et les cas de cécité ont été également enregistrés. On dispose de statistiques exactes sur les ressources dans le domaine médical, les admissions et le traitement dans les hôpitaux ainsi que sur les activités des centres d'hygiène. Son Gouvernement est pleinement conscient des besoins d'établir une corrélation entre les statistiques démographiques et les statistiques de morbidité, et un développement parallèle entre ces deux catégories, et, à cette fin, déploie tous ses efforts pour adopter les principes d'un système de statistiques conforme aux principes posés par les Nations Unies.

Deux facteurs de grande importance dans le domaine des statistiques sanitaires: le premier, la standardisation des définitions, et le deuxième la formation professionnelle en matière de statistique. L'OMS a apporté une grande contribution dans ce domaine en publiant la Nomenclature internationale et la classification des maladies, et les praticiens devraient être amenés à

se conformer à ce travail lors de l'émission des certificats de décès. Un cours fondamental en statistique devrait être rendu obligatoire pour tous les étudiants en médecine et facultatif pour les étudiants postuniversitaires s'intéressant spécialement en statistiques et épidémiologie. Cependant, le problème le plus important réside dans la nécessité d'assurer une coopération entre les personnes fournissant les données statistiques et de les amener à comprendre la valeur et la signification des statistiques sanitaires. Le rapport d'ensemble rédigé par le Conseiller régional pour les Statistiques sanitaires, après sa visite au Koweït, fera l'objet d'une attention profonde et ses recommandations seront mises à exécution dans la mesure du possible.

Le Médecin général HAQUE (Pakistan) dit que l'élaboration de plans à l'échelon du pays est presque impossible si l'on ne dispose pas de données statistiques démographiques de base, d'autant plus que la difficulté des communications rend la collecte des données excessivement difficile au Pakistan. La pénurie de personnel statisticien formé est un autre désavantage, et, bien qu'un conseiller de l'OMS aidât à la création d'une section statistique au Ministère de l'Hygiène et qu'un département des statistiques démographiques existât, la formation professionnelle du personnel n'en constitue pas moins un problème réel. Il espère que le Pakistan pourra bénéficier des avis du Conseiller régional sur les moyens les plus aptes à la mise au point de ses services statistiques

Le Dr MORSHED (Iran) dit qu'il est très encourageant d'entendre des activités du Bureau régional dans ce domaine et spécialement en ce qui concerne la formation professionnelle. Une évaluation de la situation des statistiques démographiques et sanitaires en Iran a été préparée et sera bientôt distribuée

Le Dr VASSILOPOULOS (Chypre) dit que les services statistiques à Chypre, désorganisés au cours des circonstances critiques, n'avaient pas encore repris leur fonctionnement normal; en conséquence, les statistiques sont obtenues à l'heure actuelle, par la méthode d'estimation, basée sur la période triennale précédant les circonstances critiques, à un moment où des statistiques démographiques et sanitaires relativement complètes avaient été recueillies.

Mr FAIZ EI KHURI, Directeur du Centre international pour l'Enseignement de la Statistique, à Beyrouth, parlant sur l'invitation du Président, dit qu'il avait eu le privilège d'assister à deux sessions du Comité régional, soit en

1958 et à la session actuelle, au cours desquelles la question des statistiques démographiques et sanitaires avaient été discutées. Il se félicite du développement des services statistiques dans divers pays de la Région. Il pense que la recommandation formulée dans le rapport, d'après laquelle des comités nationaux de statistiques démographiques et sanitaires devaient être créés ou renforcés, est d'une importance capitale. Un semblable comité a déjà été créé au Liban, qui a donné des résultats très satisfaisants. Concernant la formation professionnelle en matière de statistique, il pense que la formation des statisticiens dans les universités et la formation professionnelle dans des centres de l'OMS destinés à des fonctionnaires statisticiens, devrait être complétée par des cours élémentaires donnés dans ces centres. Il pense également qu'il serait précieux d'avoir un manuel à utiliser dans tous les centres de cette nature, et il offre la coopération de son Institut, qui a déjà préparé deux manuels, l'un sur les statistiques sanitaires, l'autre sur les statistiques démographiques, au cas où l'OMS serait désireux de mettre à exécution cette suggestion. En raison de la valeur incontestable des séminaires pour l'échange d'information et de techniques, son Institut a l'intention d'instituer des cours de perfectionnement d'une durée d'un mois environ pour ses diplômés. Au cas où l'OMS désirerait coopérer, on pourrait arranger la participation d'autres fonctionnaires statisticiens. Le renforcement des services statistiques demande un programme coordonné à long terme, mettons sur une période de cinq années, et prévoit des taux d'appointements suffisants au personnel. A ce dernier point de vue, il pense que la solution adoptée par le Liban de payer des allocations techniques à son personnel statistique diplômé a réduit considérablement la perte en efficacité résultant du départ du personnel ayant reçu une formation. Il termine en recommandant les principes directeurs adoptés par l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture de tenir un comité statistique, à des intervalles réguliers, sur les meilleures méthodes d'améliorer les statistiques agricoles, et, finalement, il remercie le Conseiller régional pour son rapport.

Le Dr JEFFRI (Arabie Saoudite) dit que son Gouvernement attache une grande importance à la question des statistiques démographiques et sanitaires, et au développement des services statistiques. Une législation a été déjà promulguée au sujet de l'enregistrement des naissances et décès, et le personnel des instituts d'hygiène suit une formation professionnelle aux méthodes

statistiques; toutefois, un soutien et une assistance importante seraient nécessaires pour mettre au point un programme d'une manière satisfaisante.

Le Dr JALLOUL (Liban) remercie le Représentant du Centre international pour l'Enseignement de la Statistique pour ses remarques obligeantes relatives à certains aspects de l'organisation des services statistiques au Liban. Les problèmes relatifs à l'organisation de ces services, varient d'un pays à l'autre. Au Liban, l'une des principales difficultés rencontrées était due au fait que l'enregistrement des statistiques démographiques relevait du Ministère de l'Intérieur et les données fournies n'en étaient pas facilement accessibles au Ministère de la Santé. Cette difficulté a été maintenant aplanie par le microfilmage des données pertinentes et leur utilisation au Ministère de la Santé. En ce qui concerne la traduction arabe de la Classification internationale des causes de maladies et décès, il espère qu'on ne perdra pas de vue que la terminologie n'est pas unique dans tous les pays de langue arabe, et que des représentants de chaque pays pourraient être invités à apporter leur contribution à la révision du texte complet. Il croit fermement à la valeur des comités nationaux pour les statistiques démographiques et sanitaires. Au Liban, le comité qui est composé du Directeur du Centre international pour l'Enseignement de la Statistique ainsi que de plusieurs autres personnes compétentes en matière de statistiques, a réussi à établir une liste unifiée des maladies à déclaration obligatoire en partant des diverses listes promulguées par le Ministère de la Santé et la municipalité de Beyrouth. Il a également préparé des formules de certificats de naissances et de décès, et d'autres relevés statistiques. Il pense qu'il est important qu'un comité national comprenne des personnes intéressées provenant de divers organismes.

Le Dr JALLAD (Syrie) dit qu'un bureau de statistiques a été créé il y a cinq ans en Syrie avec l'assistance de l'OMS. Le personnel supérieur a reçu une formation à l'étranger ou à Beyrouth, tandis que le personnel auxiliaire a reçu cette formation à Damas. Un système statistique mécano-graphique est en cours d'installation.

Le Dr SHAMI (Jordanie) dit qu'une des principales difficultés qui s'opposent à l'obtention des données statistiques est dû à la mauvaise volonté de la population à coopérer. Cela est dû, en partie, à l'ignorance il est inutile, pensent certains, d'enregistrer soit la naissance soit le décès d'un



enfant qui n'a vécu que quelques jours - et, en partie, probablement à la complexité inutile des certificats de naissance et de décès. Il est possible qu'une plus grande coopération pourrait être assurée si des certificats simplifiés pouvaient être employés. Il n'est pas en faveur de la création de comités nationaux des statistiques démographiques et sanitaires, tant que des services statistiques ne seraient pas convenablement établis.

Le Dr GRUNDY, Directeur général assistant, dit que les suggestions qui ont émergé des intéressantes discussions sur le rapport sont notées et qu'il en sera tenu compte au Bureau de Siège lors de l'élaboration des principes directeurs. Il est reconnaissant au Directeur du Centre international pour l'Enseignement de la Statistique de son offre de coopération pour la préparation d'un manuel à utiliser dans les centres de formation professionnelle en matière de statistique, offre qui a retenu son attention. En ce qui concerne la traduction en langue arabe de la Classification internationale des causes de maladies et de décès, il se rend pleinement compte des difficultés dues à des divergences dans la terminologie, qui, dit-il, ne se limitent pas à la version arabe seulement, et il se demande si une solution ne pourrait être trouvée dans un accord général sur l'adoption des rubriques principales de la classification, en laissant aux usages locaux les rubriques de détail. Il est sûr que le Directeur général sera très heureux d'apprendre que cette question a suscité un intérêt intense et constructif.

Le Dr TABA, Directeur régional, se félicite de l'appui évident donné aux programmes de l'OMS et de l'assistance fournie dans le domaine des statistiques démographiques et sanitaires. L'importance de ce domaine est évidente, car toute évaluation de l'oeuvre de l'OMS ne pourrait être que basée sur des données statistiques appropriées. En ce qui concerne la traduction arabe de la Classification internationale des causes de maladies et des décès, on se rappellera qu'à la session précédente du Sous-Comité le projet de texte a été distribué et les Gouvernements ont été priés de soumettre leurs commentaires. Le texte a été compilé avec le concours de personnalités médicales arabes, des autorités en langue arabe et du département médical de la Ligue des Etats Arabes, mais une fois reçus les commentaires des Gouvernements, il serait possible de réunir un petit comité pour une révision finale. S'il en est décidé ainsi, dit-il, il espère que le Représentant du Liban, qui est une autorité connue en matière de langue arabe, ainsi que le Représentant de la Syrie où la médecine est enseignée en arabe depuis plusieurs années, voudront bien en faire partie.

Mr NIELSEN, Conseiller régional pour les Statistiques, dit qu'il y a tout motif d'espérer en une amélioration réelle dans les statistiques démographiques et sanitaires des pays de la Région. La Réunion du Groupe, en 1963, fournira une excellente occasion pour discuter les divers thèmes qui ont été soulevés au cours des débats.

Le PRESIDENT propose le projet de résolution suivant:

"Le Sous-Comité,

ayant examiné le document sur l'Amélioration des Systèmes de Statistiques démographiques et sanitaires dans les Pays appartenant à la Région de la Méditerranée orientale (EM/RC12/7);

Considérant l'importance fondamentale que représente, pour l'administration de la santé publique, la mise au point et le renforcement de procédures méthodiques assurant la collecte de statistiques démographiques et sanitaires adéquates;

Notant que les données existantes ne sont pas suffisantes pour permettre une évaluation quantitative de la situation sanitaire dans la Région ou des comparaisons entre pays;

Constatant qu'un des principaux obstacles à l'amélioration des statistiques démographiques et sanitaires est la pénurie de personnel statisticien expérimenté,

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres de poursuivre leurs efforts dans le domaine des statistiques démographiques et sanitaires, notamment en procédant à des recensements périodiques de la population, en améliorant leur législation sur l'enregistrement et la déclaration des faits d'état civil et sur le développement des divers domaines de statistiques sanitaires, en établissant, s'ils ne l'ont déjà fait, des comités nationaux de statistiques démographiques et sanitaires, en organisant des colloques et des réunions sur cette question, et en stimulant la formation d'un personnel statisticien;

2. PRIE le Directeur régional de continuer à octroyer des bourses d'études et à assurer un enseignement en matière de statistiques sanitaires, de fournir aux pays qui en feront la demande une assistance accrue en matière de statistique et d'avis donnés sur l'organisation et le développement des services statistiques."

Décision: Le projet de résolution est adopté (EM/RC12A/R.8).

- (e) La teigne et la lutte contre cette maladie considérées à la lumière de l'expérience acquise par l'emploi de la griséofulvine (Document EM/RC12/8)

Le DIRECTEUR REGIONAL dit que la teigne est un problème de santé publique pour la solution duquel l'OMS avait, dans le passé, donné des avis et fourni une assistance, en particulier sous le rapport de l'emploi d'une radiothérapie superficielle. Le Dr Grin, Consultant de l'OMS à court terme pour la lutte contre la teigne, visitera un certain nombre de pays de la Région qui avaient demandé de plus amples avis. Si d'autres pays désirent profiter de sa présence dans la Région, il serait possible de ménager également des visites.

Le Dr GRIN, Consultant de l'OMS pour la teigne, dit que les maladies mycotiques les plus répandues sont les infections de la peau et de ses appendices, et parmi celles-ci les infections dues au tinea capitis et causées par diverses espèces connues de dermatophytes, sont d'une importance capitale au point de vue de la santé publique. D'après les données fragmentaires dont il dispose, il semblerait que dans certaines régions du globe, la teigne tonsurante du cuir chevelu à elle seule affecte 20 % ou davantage des écoliers, tandis que le chiffre total des cas de teigne atteindrait, d'après les estimations, non moins de 15 millions. La teigne existe principalement sous forme endémique parmi les populations rurales dont les niveaux hygiéniques et socio-économiques sont bas; l'infection présente toutes les caractéristiques d'une maladie familiale, provoquant souvent des infections simultanées dans une même famille. Il est d'une importance épidémiologique particulière de comprendre que c'est la famille infectée qui est la source principale d'infection des enfants plutôt que l'école. La fréquence la plus élevée de la teigne s'est produite chez des enfants, mais là où la maladie est causée par l'espèce Trichophyton, l'infection a été constatée chez des adultes, en particulier les femmes, bien que la maladie causée par cette espèce eût une tendance à la guérison spontanée, après la puberté. A la suite de ces constatations, il devient évident qu'une campagne contre la teigne doit être conçue de manière à englober toute la population et non seulement un groupe d'âge sélectionné.

Le traitement de la teigne, qui était hérissé de difficultés, a été révolutionné par la découverte de la griséofulvine qui est un antibiotique administré par voie orale. Ce médicament, qui est fongistatique, quand il est pris par voie buccale, s'incorpore dans les structures kératinées nouvellement

- (e) La teigne et la lutte contre cette maladie consicérées à la lumière de l'expérience acquise par l'emploi de la griséofulvine (Document EM/RC12/8)

Le DIRECTEUR REGION L dit que la teigne est un problème de santé publique pour la solution duquel l'OMS avait, dans le passé, donné des avis et fourni une assistance, en particulier sous le rapport de l'emploi d'une radiothérapie superficielle. Le Dr Grin, Consultant de l'OMS à court terme pour la lutte contre la teigne, visitera un certain nombre de pays de la Région qui avaient demandé de plus amples avis. Si d'autres pays désirent profiter de sa présence dans la Région, il serait possible de ménager également des visites.

Le Dr GRIN, Consultant de l'OMS pour la teigne, dit que les maladies mycotiques les plus répandues sont les infections de la peau et de ses appendices, et parmi celles-ci les infections dues au tinea capitis et causées par diverses espèces connues de dermatophytes, sont d'une importance capitale au point de vue de la santé publique. D'après les données fragmentaires dont il dispose, il semblerait que dans certaines régions du globe, la teigne tonsurante du cuir chevelu à elle seule affecte 20 % ou davantage des écoliers, tandis que le chiffre total des cas de teigne atteindrait, d'après les estimations, non moins de 15 millions. La teigne existe principalement sous forme endémique parmi les populations rurales dont les niveaux hygiéniques et socio-économiques sont bas; l'infection présente toutes les caractéristiques d'une maladie familiale, provoquant souvent des infections simultanées dans une même famille. Il est d'une importance épidémiologique particulière de comprendre que c'est la famille infectée qui est la source principale d'infection des enfants plutôt que l'école. La fréquence la plus élevée de la teigne s'est produite chez des enfants, mais la où la maladie est causée par l'espèce Trichophyton, l'infection a été constatée chez des adultes, en particulier les femmes, bien que la maladie causée par cette espèce eût une tendance à la guérison spontanée, après la puberté. A la suite de ces constatations, il devient évident qu'une campagne contre la teigne doit être conçue de manière à englober toute la population et non seulement un groupe d'âge sélectionné.

Le traitement de la teigne, qui était hérissé de difficultés, a été révolutionné par la découverte de la griséofulvine qui est un antibiotique administré par voie orale. Ce médicament, qui est fongistatique, quand il est pris par voie buccale, s'incorpore dans les structures kératinisées nouvellement

due à d'autres causes, en particulier au sein de la famille, pose la question de savoir s'il serait indiqué d'administrer la griséofulvine comme prophylactique à des contacts susceptibles dans une famille. Pour terminer, le Dr EL BORAI dit qu'il ne doute pas que la griséofulvine est une arme efficace pour combattre la teigne et que ses effets secondaires ne sauraient être comparés en aucune manière à ceux de la radioépilation combinée avec le traitement classique.

Le Médecin général HAQUE (Pakistan) dit que le traitement de la teigne par la radioépilation est remplacé au Pakistan par la griséofulvine. Le traitement est administré pendant une période de six à huit semaines, au cours de laquelle les cheveux sont coupés ras. Les résultats ont été très satisfaisants.

Le Dr DAGHFOUS (Tunisie) dit que deux projets-pilotes, portant sur 575 écoliers, ont été entrepris pour déterminer si le traitement de la teigne par la griséofulvine était préférable à la radioépilation. En sus de l'administration du médicament, les enfants ont dû laver leurs cheveux chaque jour et les raser chaque semaine. 90 % des malades ont été ainsi guéris après trois mois sans aucun signe de réinfection.

Le Dr MORSHED (Iran) demande s'il y a des indices que des effets nocifs à la moelle des os avaient été provoqués par l'emploi de la griséofulvine.

Le Dr JALLOUL (Liban) dit que le problème de la teigne existe au Liban. Les malades sont traités par des unités mobiles et dans les dispensaires. Un programme spécial de lutte contre cette maladie a été élaboré et comporte trois étapes: la première consiste en une campagne d'éducation sanitaire, la deuxième en une formation professionnelle spéciale de tout le personnel qui sera engagé dans la campagne, et la troisième sera la campagne effective sur le terrain, dans laquelle le diagnostic sera vérifié par une confirmation de laboratoire avant de commencer le traitement. Il pense qu'une campagne de masse est le seul moyen d'éliminer la maladie, mais que l'assistance d'un expert de l'OMS pourrait être nécessaire pour la mise à exécution du projet.

Le Dr SHAMI (Jordanie) dit que la teigne est incontestablement un problème pour la Jordanie; malheureusement le traitement par la griséofulvine n'a donc pas donné les mêmes résultats que les expériences faites à Serajévo. Il serait très reconnaissant au Consultant s'il voulait bien visiter la Jordanie et la faire profiter de ses avis.

Le Dr JALLAD (Syrie) dit que la méthode de la radioépilation a été employée jusqu'ici en Syrie, mais au cours de l'année écoulée la griseofulvine a été adoptée, et a donné d'excellents résultats, avec peu d'effets secondaires. Il a, par conséquent, été décidé d'étendre le traitement à la griséofulvine à 3 000 cas.

Le Dr GRIN, Consultant de l'OMS pour la lutte contre la teigne, dit que l'OMS envisage la création d'un centre international pour la formation du personnel aux campagnes avec emploi de la griséofulvine. La réponse au traitement varie considérablement d'une personne à l'autre, ce qui permet un raccourcissement ou exige une prolongation du traitement. Il y aura toujours quelques échecs, mais les échecs apparents pourraient répondre à un traitement ultérieur, car la griséofulvine n'est efficace que si elle pénètre la structure kératinée, pendant la croissance du poil; par conséquent, le traitement administré quand le poil est mort échoue, mais est susceptible de réussir lorsqu'il recommence à pousser. Les cas de favus pourraient probablement répondre plus lentement au traitement, parce que la circulation sanguine est moindre là où existent des tissus cicatricés. La prophylaxie ne semble pas donner des résultats satisfaisants, mais un traitement local supplémentaire est souhaitable, comme moyen de prévenir une réinfection. Il n'a pas observé d'effets secondaires graves dus à l'emploi de la griséofulvine, mais il recommande que la dose soit administrée trois fois par jour, ce qui réduit le risque d'effets secondaires et maintient la concentration du médicament. L'éducation sanitaire est un facteur très important dans les campagnes de masse, qui sont le seul moyen d'enrayer la teigne. On doit se rappeler que ces campagnes, pour être efficaces, doivent englober la population entière, car le risque de réinfection le plus grave peut provenir de la mère de famille.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit que des dispositions seraient prises, autant que possible, afin que le Dr Grin visite la Jordanie comme demandé.

Le PRESIDENT soumet le projet de résolution suivant:

"Le Sous-Comité,

Ayant examiné le document sur la Teigne et la Lutte contre cette Maladie à la Lumière de l'Expérience acquise par l'Emploi de la Griséofulvine (EM/RCL2/8);

Reconnaissant que les infections dues à la teigne, notamment celles qui sont causées par le Trychophyton violaceum et le T. schoenleini (favus), sont largement propagées dans la Région de la Méditerranée orientale, constituant un grave problème pour plusieurs pays;

Notant que les essais sur le terrain, entrepris avec l'assistance de l'OMS, et portant sur l'efficacité de la griséofulvine pour le traitement de masse de la teigne, dans les zones rurales où elle sévit à l'état endémique, ont prouvé que l'administration de ce médicament par la voie orale est le mode de traitement le plus efficace et le plus exempt de danger, employé contre cette maladie,

1. RECOMMANDE que les pays d'endémicité de la maladie entreprennent, pour la combattre, des campagnes de masse utilisant la thérapie par la griséofulvine;
2. PRIE le Directeur régional d'aider dans la plus large mesure possible les gouvernements entreprenant de tels programmes, et de fournir une assistance en faveur de toutes autres études épidémiologiques et mesures prophylactiques qui seraient nécessaires pour obtenir les meilleurs résultats à cet égard.

Décision: le projet de résolution est adopté (EM/RC12A/P.9).

(f) Hygiène rurale et développement communautaire dans la Région de la Méditerranée orientale: Résultats d'une enquête (EM/RC12/9 et d.l)

Le Dr ZAKI (Bureau régional de l'OMS) dit qu l'hygiène rurale est d'une importance capitale dans les domaines économique et social des pays de la Région, et est une question qui retient l'attention du Bureau régional d'une manière spéciale. Le Bureau régional est au courant du fait que presque tous les pays de la Région mettent au point des plans pour favoriser cette hygiène. Le Bureau régional a jugé utile de réunir en un seul document les données sur les conditions économiques et culturelles des pays de la Région ainsi que le type d'organisation et d'administration des services sanitaires et des programmes sociaux dans le domaine du développement communautaire rural. Dans sa circulaire, du mois d'avril 1961, le Bureau régional a adressé un questionnaire détaillé sur l'hygiène rurale et le développement communautaire à tous les pays de la Région, et des réponses ont été reçues de la plupart d'entre eux, et sont insérées dans le document qui comporte quatorze points. Les renseignements puisés aux publications statistiques des Nations Unies et des Agences spécialisées ont été également incorporés. Il demande aux pays

qui n'ont pas encore envoyé de réponse au questionnaire de le faire, afin que le document puisse être complété. Les pays qui ont déjà envoyé leur réponse sont invités également à fournir des renseignements complémentaires afin de mettre ce document à jour.

L'hygiène rurale a été une des questions techniques qui ont été discutées à la Onzième Session du Comité régional et un document a été présenté à ce sujet. En outre, deux conseillers régionaux en planification dans le domaine de l'hygiène publique et du développement communautaire seront sous peu assignés au Bureau régional pour prêter leur assistance aux Etats Membres qui en exprimeront le désir. Il souligne l'importance de créer des services d'hygiène rurale et de développement communautaire fonctionnant d'une manière efficace, dans le cadre du développement social et économique d'ensemble, en tenant compte que de 60 à 90 pour cent de la population de la Région vivent dans des régions rurales.

En dépit des différences dans les conditions sanitaires, la nature des problèmes sanitaires qui se posent dans les pays de la Région sont plus ou moins les mêmes, et ils justifient pleinement la mise au point d'unités ayant pour mission d'élaborer des plans et de mettre à exécution des services sanitaires dans les zones d'hygiène rurales.

Il mentionne qu'une grande variété de métiers et de techniques d'enseignement sont nécessaires pour réaliser des objectifs spécifiques dans tous les programmes visant à élargir les objectifs du développement national. L'expérience a prouvé la nécessité, dans le domaine de l'hygiène rurale et du développement communautaire, de s'assurer le concours actif des individus et des communautés, et d'encourager l'esprit d'initiative et d'effort personnel. Il est important que l'hygiène rurale et le développement communautaire constituent une partie intégrante de la planification et de l'extension des services techniques de base, tels qu'enseignement et agriculture, ainsi que les services et les programmes de formation professionnelle en hygiène et dans les autres domaines fondamentaux.

Au nom du Directeur régional, il remercie les Etats Membres pour les efforts qu'ils ont déployés et l'intérêt qu'ils ont manifesté en répondant au long questionnaire qui leur a été adressé.



Le Dr EL BORAI (Koweït) souligne la nécessité de disposer de travailleurs dévoués pleinement conscients des objectifs pour lesquels ils travaillent, et ajoute que les besoins varient considérablement d'une communauté à une autre.

La population de son pays jouit de services médicaux complets, dans lesquels sont étroitement coordonnés les traitements de toutes sortes ainsi que la prophylaxie. Une grande tâche est en voie d'accomplissement, par la construction d'hôpitaux, de sanatoriums et d'autres établissements sanitaires. L'assainissement et l'hygiène rurale continuent à bénéficier d'une priorité de premier rang. Son Gouvernement attache une importance particulière à la nécessité d'inclure dans les projets d'approvisionnement en eau, des réseaux d'égouts et des drains de surface.

Une clinique a été mise sur pied dans chaque village de son pays, du même modèle que celles existant dans les zones urbaines, et le réseau de services médicaux est distribué d'une manière uniforme sur l'ensemble du territoire, il est pourvu d'un personnel suffisant en médecins et personnel auxiliaire, et doté du matériel approprié. Une base technique stable est ainsi assurée pour résoudre les problèmes d'hygiène publique les plus importants, et les cliniques sont considérées par le Ministère comme le noyau de l'élément curatif. Les services de base qui y sont dispensés comportent les soins médicaux en tant que faisant partie d'un programme intégré d'hygiène rurale. Le nombre de médecins employés dans ces cliniques est en rapport avec la population du district desservi. Pour un district, mettons d'environ 12 000 habitants, quatre médecins sont employés.

Les cliniques sont distribuées de façon à englober la population entière; les transports sont facilités par un réseau de routes couvrant l'ensemble du territoire. Aux termes de la loi en vigueur sur l'enregistrement, des mesures ont été prises pour s'assurer que les malades puissent fréquenter les cliniques les plus proches de leurs maisons. La carte délivrée à chacun d'eux indique le groupe sanguin, le facteur Rh, la sensibilité, les maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiaques, la susceptibilité à l'urémie et d'autres rubriques importantes.

Une clinique centrale a été choisie sur trois ou quatre cliniques pour servir d'unité sanitaire combinée, dont une dizaine ont été ainsi formées et fonctionnent pendant vingt-quatre heures par jour, tandis que les autres

cliniques ne travaillent que six heures par jour. Les services sanitaires de base offerts aux unités sanitaires combinées, comportent une clinique ordinaire, des services d'hygiène maternelle et infantile et des services de lutte contre les maladies transmissibles, y compris les activités d'assainissement.

Un lien très étroit relie l'unité sanitaire combinée, d'une part, et le centre d'éducation sanitaire et sociale, d'autre part. Tous les cas urgents, de n'importe quelle partie du territoire, sont autorisés à se présenter aux unités après les horaires de travail pour les secours d'urgence avant d'être acheminés sur un hôpital ou renvoyés à leur clinique d'origine. Chaque unité sanitaire combinée est dotée d'un poste de secours d'urgence, muni des instruments au complet et des ambulances, de leur côté, les cliniques éloignées ou les unités sanitaires combinées sont pourvues d'une installation de sans fil.

On espère que les mesures d'enregistrement auprès des cliniques et des unités sanitaires combinées permettront une pleine utilisation des services modernes d'assainissement et d'hygiène publique, y compris les soins médicaux, orientés vers la réalisation du niveau le plus élevé possible de santé et de bonheur.

Le Dr HAQUE (Pakistan) dit que les 1 500 dispensaires et centres d'hygiène maternelle et infantile existant dans son pays avaient certaines imperfections. Par exemple, il n'existe pas de chambre clinique attenante, et aucun logement pour les médecins et les autres catégories de personnel, ce qui fait que ces travailleurs sont peu disposés à s'engager dans les dispensaires de villages. Un programme national sur une vaste échelle a récemment été lancé dans les divers domaines du paludisme, de la variole, de la lèpre et du trachome, et on s'est rendu compte que pour la phase de maintien, un plan d'intégration est nécessaire pour que l'ensemble du territoire puisse en tirer parti. Le deuxième plan quinquennal portant sur les années 1960-1965, prévoit la création de 300 centres ruraux intégrés, desquels 45 fonctionnent déjà. Chaque centre assurera des services curatifs, des services d'hygiène maternelle et infantile, des services d'hygiène scolaire, la vaccination, les inoculations antivarioliques, anticholériques et antityphoïdiques, etc., la lutte contre la tuberculose, les activités d'assainissement, la collecte et la compilation des statistiques démographiques et sanitaires, et l'éducation sanitaire. Les moyens de transport nécessaires ont été également prévus.

Le pays a la chance de disposer d'un effectif humain instruit en nombre important, ce qui fait qu'on ne se heurte à aucune difficulté sous le rapport du recrutement du personnel convenablement formé aux sciences de base. Cinq écoles ont été ouvertes dans le Pakistan Oriental et Occidental pour assurer une formation à des techniciens polyvalents, dont le pays a grandement besoin.

Quant à la question de la participation active de la population, soulignée par le Dr Zaki, il signale que le Gouvernement s'est engagé à doter d'un centre d'hygiène rurale tout village disposé à faire don du terrain nécessaire, ce qui a eu pour effet d'éveiller l'esprit de compétition.

Dans les efforts entrepris pour améliorer l'éducation sanitaire, on s'est heurté, dans de nombreux cas, au problème difficile de l'approvisionnement en eau. Des rapports sur des poussées épidémiques de choléra ont été reçus qui se sont avérés, à l'enquête, faux, et l'explication donnée était que l'envoi de ces rapports avait été fait dans l'espoir d'obtenir un approvisionnement en eau saine.

On espère que les trois cents centres, dont la création est prévue dans le second plan quinquennal, combleront cette lacune, mais pour englober l'ensemble du territoire il en faudrait environ deux mille.

Melle DOSS (FAO) observe que ceux qui s'occupent du bien-être rural ont une tendance à insister sur le besoin particulier auquel ils s'intéressent spécialement. Ainsi les agronomes considèrent que le besoin primordial réside dans une augmentation de la productivité agricole et le revenu rural, les travailleurs de la santé publique soutiennent l'importance de l'amélioration de l'hygiène, tandis que les éducateurs soutiennent que la première mesure à prendre serait la création d'un plus grand nombre d'écoles. Tous ces aspects devraient être abordés en même temps. Si l'on veut élever le niveau de vie dans une communauté, les femmes et les enfants de celle-ci doivent recevoir l'instruction et des soins dans toutes les questions relevant de l'hygiène et de la vie familiale, en portant l'accent particulièrement sur l'enseignement des principes de la nutrition simple et des arts ménagers, pour aider à l'augmentation du revenu de la famille et améliorer les conditions du foyer.

La FAO a manifesté son intérêt pour le développement communautaire par sa participation au Centre d'éducation fondamentale de Sirs-el-Layyan. Cette Organisation pense que les activités d'éducation sanitaire devraient comprendre les services d'un travailleur qui serait à même de donner aux femmes de la communauté une formation professionnelle aux principes d'économie domestique simple en mettant l'accent sur l'enseignement des principes de la nutrition. Elle encourage ainsi la conception polyvalente lorsque cette question est abordée.

Le Dr VASSILOPOULOS (Chypre) dit qu'un des principes directeurs du programme à long terme du Ministère de l'Hygiène consiste à faire progresser le projet d'amélioration et d'expansion des services sanitaires curatifs et préventifs dans les régions rurales. Ce projet vise au remplacement graduel des dispensaires démodés par des centres sanitaires d'une conception plus moderne et mieux étudiée, pourvus d'un personnel en nombre suffisant. On espère ainsi mettre les services sanitaires à la portée de toute la population dans les zones rurales. A l'heure actuelle, il n'y a pas de crédits pour l'éducation sanitaire, mais cette question constitue un devoir de tout médecin ainsi que des visiteuses d'hygiène et autres travailleurs. Les mères fréquentant les cliniques prénatales reçoivent des conseils sur l'hygiène personnelle et les soins de l'enfant, tandis que l'éducation sanitaire forme partie du programme dans les écoles élémentaires et secondaires. La distribution de prospectus joue également un rôle important. Il est agréable de prendre note qu'une bourse d'études a été octroyée pour permettre à un médecin de suivre un cours aux Etats-Unis.

Le Dr SHAMI (Jordanie) dit qu'il est important de pourvoir, au début, à la formation professionnelle du personnel destiné aux centres, en soins infirmiers, assainissement, éducation sanitaire, etc. Une fois qu'il aura été donné satisfaction aux besoins immédiats de la population, des services d'une nature plus spécialisée pourront être organisés pour les centres.

Le Dr ZAKI remercie les Représentants de leurs exposés tout en leur rappelant la nécessité de faire parvenir les réponses au questionnaire.

Le PRESIDENT propose le projet de résolution suivant:

"Le Sous-Comité,

Ayant examiné le document sur l'Hygiène rurale et le Développement communautaire (EM/RC12/9 et Add. 1),

Notant avec intérêt les résultats d'une enquête portant sur les projets d'hygiène rurale et de développement communautaire dans la Région, qui sont analysés dans le document,

1. REAFFIRME l'importance pour les Etats Membres d'organiser, au sein de leur ministère de la santé, un département special chargé, notamment, d'élaborer les programmes d'hygiène rurale et d'en assurer l'integration dans les services techniques et sociaux, dont ceux du développement communautaire, et d'adopter une politique de régionalisation de l'action sanitaire;
2. PRIE INSTAUMENT les gouvernements qui ne l'ont pas déjà fait de répondre au questionnaire du Directeur régional sur l'hygiène rurale et le développement communautaire, afin qu'il soit possible de recueillir sur la question des données complètes et récentes afferentes à la Région tout entière;
3. PRIE le Directeur régional de continuer à assister les gouvernements dans l'elaboration de leurs programmes d'hygiène rurale et le développement de leurs activités en ce domaine."

Décision: le projet de résolution est adopté (EM/RC12A/R.10).

La séance est levée à 4h 45 (heure arabe) 10h 45 a.m.