

TOWARDS HEALTH FOR ALL BY
THE YEAR 2000 IN THE EASTERN
MEDITERRANEAN REGION OF
THE WORLD HEALTH
ORGANIZATION

تحت إشراف منظمة الصحة العالمية لشرق
البحر الأبيض المتوسط
لجميع بحلول عام 2000

VERS LA SANTE POUR TOUS EN
L'AN 2000 DANS LA REGION DE
LA MEDITERRANEE ORIENTALE
DE L'ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE

EMR Newsletter No. 14

décembre 1981

DANS CE NUMERO...

→ LA SANTE PUBLIQUE EN REPUBLIQUE ARABE
DU YEMEN

Adoption d'un second plan national de
cinq ans (1982-1986) de développement
de la santé.

→ LA SANTE PUBLIQUE AU LIBAN

Les activités continuent malgré les
circonstances difficiles.

→ MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies du coeur en Egypte.

NOUVELLES BREVES...

→ Le problème des réfugiés en Somalie
et au Soudan.

→ Progrès du programme élargi de vacci-
nation en République Arabe du Yemen.

→ Formation de pompistes mécaniciens
en République Arabe du Yemen,

→ Interruption de la vaccination
contre la variole.

→ La poliomyélite dans la Méditerranée
orientale.

→ Le choléra et le pèlerinage de
La Mecque.

LA SANTE PUBLIQUE DANS LA REPUBLIQUE ARABE DU YEMEN

Second plan quinquennal (1982-1986) national de développement de la santé adopté.

Le Ministère de la Santé de la République Arabe Yéménite a adopté l'ébauche d'un second plan national de développement de la santé pour 1982-1986, qui met l'accent sur le développement et l'extension des soins de santé primaires (SSP) dans le but d'atteindre "La santé pour tous d'ici l'an 2000".

La population concernée par le plan s'élève à 22 pour cent de la population totale, c'est-à-dire environ 1 870 000 personnes.

Le premier plan quinquennal a déjà réussi, entre autres, à établir une unité de SSP au Ministère de la Santé; à désigner des responsables des SSP au niveau des gouvernorats à Hodeidah, Taiz et Ibb; à organiser des cours de formation pour les agents de santé communautaires à l'Institut des personnels de santé, y compris au niveau des gouvernorats, à préparer des manuels à l'usage de ces travailleurs; ainsi qu'à stimuler et surveiller la construction d'unités de SSP dans tout le pays.

L'OMS collabore étroitement avec le gouvernement de la RAY à un transfert des services curatifs vers des services préventifs et promotionnels par le soutien qu'elle a accordé, au cours des vingt dernières années, à toute une génération de personnels de santé qui se sont multipliés et qui ont assumé les responsabilités des services de santé publique dans les régions les moins privilégiées du pays. Plusieurs conseillers de l'OMS, travaillant avec le personnel local, ont aidé et continuent d'aider à accélérer le développement des SSP. Il est prévu que 39 unités de SSP seront prochainement ouvertes à Taiz, Zabid et Hodeidah.

Une entreprise passionnante

"Le développement des services de santé en République Arabe Yéménite est une entreprise passionnante", a déclaré un consultant de l'OMS qui a récemment aidé le gouvernement à passer en revue les activités combinées dans les domaines des soins de santé primaires, du développement des personnels de santé et de l'éducation sanitaire du public, activités dont les objectifs et les intérêts sont communs. Le gouvernement met l'accent sur l'édification d'un système de santé viable, propre à faire face aux immenses barrières géographiques, à l'ignorance du public, aux ressources limitées et au manque de main d'oeuvre qualifiée. Le plan national doit être assez souple pour se plier aux conditions locales, tenant compte des nombreuses différences régionales dans les coutumes et les croyances, ainsi que dans le tableau des maladies.

Soins de santé primaires

Les plans établis qui permettent à un service national global de santé de prendre forme en République Arabe Yéménite comprendront les soins de santé primaires ainsi que d'autres services. La tendance vers les SSP devrait avoir un impact considérable sur la santé de la nation. Le principal objectif en est la sélection et la formation de jeunes adultes en provenance des zones rurales et qui, après une formation de trois mois, retournent dans leurs villages pour y entreprendre des activités de santé axées sur la prévention et la promotion, ainsi que les premiers secours.

Développement des personnels de santé

Le rôle de l'Institut des personnels de santé à Sana'a est primordial pour le développement des SSP. Une série de programmes de formation y ont eu lieu dès janvier 1981 afin de préparer les participants à superviser les agents de santé communautaires au moyen d'un cours de six semaines, pratique et approprié. Depuis lors, un programme de formation de ces agents, d'une durée de six mois, a commencé dans cinq centres de santé situés dans trois gouvernorats, avec 65 participants. La première volée d'agents de santé communautaires devrait arriver au certificat vers novembre 1981. La qualité des étudiants reflète la qualité des treize programmes organisés à l'Institut pour la formation des infirmières, des techniciens de l'assainissement, des assistants médicaux, des pharmaciens, etc. La formation de neuf accoucheuses traditionnelles locales a également commencé. Pour tout ce personnel, le manuel de l'OMS destiné aux agents de santé communautaires, actuellement disponible en arabe, s'est révélé un précieux instrument d'enseignement.

Education sanitaire et information du public

L'éducation sanitaire est considérée comme un moyen de surmonter le manque de compréhension du public à l'égard des problèmes de santé et de la promotion des soins de santé primaires. L'action de la RAY en matière d'éducation sanitaire repose sur de solides bases et on peut s'attendre à ce qu'elle contribue dans tous ses aspects aux activités du service de santé. Le conseiller de l'OMS spécialisé dans ce domaine enseigne également à l'Institut et a contribué à la rédaction en arabe du manuel à l'usage des agents de santé communautaires.

Le même consultant de l'OMS est d'avis qu'une campagne nationale devrait être menée au moyen de la télévision, de la radio et des journaux pour faire connaître au public le concept, les buts et les méthodes des SSP, et que cette campagne devrait durer au moins une année. Elle ne devrait pas considérer les maladies comme des phénomènes isolés, mais développer au contraire le concept des soins de santé primaires, en soulignant le rôle que les villageois peuvent jouer en adoptant ce système et en le faisant fonctionner. Les programmes devraient montrer les agents de santé communautaires, les accoucheuses traditionnelles, les techniciens de l'assainissement, le personnel de vaccination, etc. au travail. Des visites sur le terrain devraient remplacer les fastidieux entretiens télévisés. La notion de développement communautaire et de participation devrait être mise en relief. Pour parvenir à ce but, les éducateurs sanitaires devraient travailler en étroite collaboration avec le personnel des SSP dans les écoles et les villages. C'est par le contact et le dialogue entre les travailleurs de la santé et les villageois que le changement d'attitudes est le plus susceptible de se produire.

La télévision participe déjà dans une grande mesure au programme national d'éducation sanitaire. Chaque semaine, un programme de 20 à 30 minutes sur la santé est présenté, ainsi que d'occasionnels "spots" TV.

* * * * *

./.

ACTIVITES DE SANTE PUBLIQUE AU LIBAN

En dépit des circonstances difficiles et des contraintes prévalant au Liban, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) n'en a pas moins été capable de maintenir une collaboration étroite avec le Ministère de la Santé, le Conseil pour le Développement et la Reconstruction, d'autres agences et organes des Nations Unies - particulièrement le PNUD et l'UNICEF - et plusieurs organisations non-gouvernementales pour la poursuite de programmes liés à la santé dans le pays. La coopération technique de l'OMS a été particulièrement recherchée lors de l'établissement de plans pour la reconstruction et le ré-équipement des hôpitaux dans le Sud, la construction de centres de santé et de dispensaires ainsi que la formulation de leurs activités, spécialement préventives et promotionnelles, ainsi que pour la formation du personnel.

Au cours de 1980-81, l'OMS a alloué quelque 944 600 dollars de son budget régulier pour la réorganisation et le développement des services de santé au Liban, dont plus d'un quart consacré à des bourses d'étude.

Le projet national de gestion des déchets, financé par le PNUD et exécuté par l'OMS, a réussi jusqu'à présent à s'en tenir au plan d'action établi. Les objectifs du projet sont:

- de protéger les ressources d'eau du Liban;
- d'améliorer les conditions sanitaires du pays;
- de prévenir la dégradation de l'environnement et d'éliminer tous les facteurs de l'environnement qui peuvent affecter le progrès socio-économique.

Des opérations d'urgence pour la fourniture de sérum sanguin, d'antibiotiques et d'équipement chirurgical se sont élevées à quelque 100 000 dollars.

On s'attend à ce que toutes les activités à long terme entreprises dans le domaine de la santé continuent en 1982. En outre, il est prévu que l'OMS joindra ses efforts à ceux du PNUD et de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Américaine de Beyrouth pour contribuer à l'établissement d'un réseau de centres de santé communautaires dans le pays, y compris la formation des agents de santé communautaires.

* * * * *

LES MALADIES DU COEUR EN EGYPTE

L'Egypte est soumise à de rapides changements socio-économiques qui affectent aussi la santé de la nation. En fait, le pays se rapproche des nations industrielles, où les maladies cardiovasculaires représentent la cause la plus fréquente de décès. La mortalité due à ces maladies en Egypte montre une hausse régulière et inquiétante depuis les années 1950. Jusqu'au milieu de la décennie, le taux de décès des maladies cardiovasculaires était resté plutôt stable. Cependant, depuis 1956, le taux augmente et fait plus que doubler vers 1975.

Les statistiques récentes montrent que l'hypertension (pression sanguine élevée) est la principale cause de décès dus à ces maladies. C'est également à l'hypertension qu'on peut attribuer la plupart des décès dus aux accidents cérébro-vasculaires (attaques). Puis vient la fièvre rhumatismale (rhumatisme articulaire aigu) et sa complication, la cardiopathie rhumatismale. La maladie cardiaque ischémique (ou coronaire) suit de près. Le gouvernement égyptien a l'intention d'entreprendre une étude épidémiologique de 1981 à 1983 dans quelques gouvernorats dans le cadre du projet "Profil de Santé de l'Egypte".

./.

L'hypertension

La fréquence de l'hypertension en Egypte a été étudiée. Des taux relativement élevés ont été observés récemment: jusqu'à 16 pour cent parmi les paysans (hommes) de 40 ans et plus et 22 pour cent parmi les conducteurs de bus du Caire.

Il n'existe encore aucun moyen de prévenir au début la pression sanguine élevée. Le seul moyen de savoir est de faire prendre sa pression. Le soupçon est largement répandu qu'une consommation excessive de sel pourrait être l'une des causes probables. Selon cette hypothèse, une faible ingestion de sel (pas plus de 4 à 6 grammes par jour) exclurait l'hypertension, mais une consommation accrue ne suffirait pas nécessairement à la causer. La consommation de sel en Egypte est traditionnellement élevée (jusqu'à 15-18 grammes par jour). Le pays s'aligne ainsi sur les plus grands consommateurs de sel dans le monde. On croit qu'auparavant l'hypertension était rare en Egypte. Probablement que des facteurs autres que le sel sont aussi responsables de l'augmentation. Il pourrait bien s'agir de facteurs psychosociaux.

Les médicaments modernes permettent de maintenir la pression sanguine des patients hypertendus dans des limites normales dans la plupart des cas. Des études entreprises dans plusieurs pays montrent cependant que les services médicaux habituels ont échoué dans la lutte contre l'hypertension au sein des communautés. Néanmoins, des améliorations importantes ont été apportées à la lutte contre l'hypertension dans des projets-pilotes, ou en intégrant le traitement anti-pression dans les soins de santé primaires. Malgré l'absence de moyens permettant de la déceler au premier stade, l'hypertension peut aujourd'hui être contrôlée.

La fièvre rhumatismale et la cardiopathie rhumatismale

Chez un petit pourcentage de patients, la fièvre rhumatismale apparaît à la suite d'un mal de gorge dû à une infection à streptocoques. Elle endommage souvent le coeur et peut amener la cardiopathie rhumatismale. La fièvre rhumatismale ou rhumatisme articulaire aigu a pratiquement disparu des pays développés industriels au cours des 50 dernières années, de même que la cardiopathie rhumatismale. Dans quelques pays, la fréquence de la fièvre rhumatismale a diminué déjà avant l'ère des antibiotiques, tandis que dans d'autres leur introduction semble en avoir arrêté la progression. En Egypte, cependant, les deux maladies sont encore un problème majeur. La plupart des cas de fièvre rhumatismale se produisent entre 6 et 12 ans. Plusieurs études épidémiologiques importantes ont été entreprises dans des collectivités sélectionnées. L'histoire naturelle de la maladie en Egypte a été décrite et analysée avec précision. La recherche dans ce domaine atteint les normes internationales les plus élevées.

Il est possible de prévenir la fièvre rhumatismale et la cardiopathie rhumatismale. Des études poursuivies dans le pays montrent qu'une prophylaxie anti-microbienne de routine au moyen de la pénicilline est aussi efficace en Egypte qu'ailleurs. On peut s'attendre à de meilleurs résultats si cette prophylaxie est intégrée aux soins de santé primaires.

La maladie cardiaque ischémique (ou coronaire)

Connue sous le nom plus commun d'infarctus du myocarde, la cardiopathie ischémique (coronaire) se déclare à la suite d'un rétrécissement progressif, au cours de toute une vie, des artères coronaires par le fait de l'athérosclérose. La thrombose apparaît souvent comme un accident aigu au cours de ce lent processus, aboutissant à la nécrose de la partie du coeur irriguée par l'artère coronaire. Ces deux types d'affections peuvent être mortels.

L'ischémie cardiaque est actuellement le plus important problème de santé parmi les hommes de plus de 40 ans dans la plupart des pays industriels, où elle est responsable jusqu'à la moitié des décès. Elle a flambé comme une épidémie au cours des 50 dernières années et continue de se répandre, affectant progressivement des groupes d'âge plus jeunes. Les hommes y sont davantage prédisposés que les femmes.

La maladie a une origine multiple. Une cause probable consiste à manger trop de graisses. Des études épidémiologiques entreprises dans de nombreuses parties du monde, il ressort qu'un taux élevé de cholestérol, une pression sanguine élevée, et l'habitude de fumer sont les principaux précurseurs de la cardiopathie ischémique. Quelques études sur la maladie et sur les facteurs de risque qui y contribuent ont déjà été entreprises en Egypte. Les facteurs de risque étudiés étaient le cholestérol sanguin, la pression artérielle, la tabagie et l'obésité. En fait, la prévention de cette maladie implique un style de vie.

En Egypte, enfin, la schistosomiase peut également figurer parmi d'autres facteurs dans l'apparition des maladies cardiovasculaires.

Un projet national pour l'Egypte

A la demande du gouvernement égyptien, un consultant de l'OMS a contribué à établir un projet national détaillé concernant l'épidémiologie et la lutte contre ces maladies dans le pays. En gros, les objectifs d'un programme communautaire comprennent les soins, la prévention et la réadaptation des patients souffrant de maladies cardiovasculaires, la prévention primaire lorsqu'elle est possible, et la promotion de la santé cardiovasculaire. Il existe des moyens pour lutter contre les principales affections décrites ci-dessus. Néanmoins, le principal objectif du projet devrait consister en premier lieu à identifier les principaux dangers qui menacent la santé cardiovasculaire de la nation égyptienne, afin de réduire l'impact de ces maladies et la perte prématurée de vies humaines.

Dans le même contexte de maladies, un autre consultant a été délégué par l'OMS pour aider de ses conseils à la planification des soins intensifs, particulièrement les soins coronaires, au nouvel hôpital universitaire d'Assiut en Haute-Egypte. Pendant plusieurs années, l'OMS a contribué de façon significative au développement d'autres unités semblables, dès leur établissement.

..NOUVELLES BREVES...NOUVELLES BREVES...NOUVELLES BREVES...NOUVELLES BREVES...NOUVELLES

LE PROBLEME DES REFUGIES EN SOMALIE ET AU SOUDAN

Le problème des réfugiés sera repris au cours de la prochaine session du Conseil Exécutif de l'OMS qui se tiendra à Genève en janvier 1982. Il faut se rappeler que la Conférence sur l'aide aux réfugiés en Afrique, qui s'est tenue à Genève en avril dernier, fut suivie d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé demandant à l'OMS de continuer et d'intensifier sa coopération, dans le domaine de sa compétence, avec le Bureau du Haut Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et d'autres organisations concernant l'exécution et la suite à donner aux conclusions de la Conférence.

L'Afrique est le continent le plus sévèrement affligé par le problème des réfugiés, dont le nombre s'élève à quelque cinq millions. Parmi les pays affectés, deux d'entre eux, la Somalie et le Soudan, font partie de la Région OMS de la Méditerranée orientale.

./.

Somalie

Etant donné que le problème des réfugiés est particulièrement étendu en Somalie, un coordonateur OMS/HCR est responsable des multiples activités sanitaires dans le pays. Cet arrangement constitue un modèle de collaboration fructueuse entre les deux organisations. En outre, des programmes de lutte contre la tuberculose, la schistosomiase et le paludisme sont en cours, et des services de soins de santé primaires fonctionnent.

Soudan

L'OMS a entrepris récemment deux missions importantes pour évaluer le problème des personnes déplacées au Soudan. Des programmes de santé publique, de protection maternelle et infantile, de vaccination et de soins de santé primaires ont été établis.

PROGRES DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION EN REPUBLIQUE ARABE YEMENITE

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en République Arabe du Yemen a débuté en 1979 en tant que composante intégrante à long terme des services de santé. Comme dans tous les autres pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale, ses objectifs sont de réduire la fréquence des six principales maladies de l'enfance - diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et tuberculose - en vaccinant contre ces maladies les enfants entre l'âge de trois mois et de cinq ans, résidant dans les principales villes et zones rurales accessibles.

Le programme a son siège au Département de Médecine Préventive. Il est exécuté par le programme de soins de santé primaires, assisté d'équipes mobiles spéciales. A commencer dès l'âge de trois mois, trois doses de DTCoq et de vaccin anti-polio sont offerts à deux mois d'intervalle. Le BCG (contre la tuberculose) est donné lors de la première visite et le vaccin anti-rougeole est offert à la première occasion entre les âges de 9 et 30 mois.

Le PEV a été exécuté en trois phases. Pendant la première, de janvier 1977 à juin 1978, les vaccinations ont commencé dans dix unités de santé dans les villes principales de Sana'a, Taiz et Hodeidah. Pendant la seconde, de juillet 1978 à juin 1979, le PEV a atteint les capitales de trois autres gouvernorats, ainsi que neuf villes et villages. Dix autres villages avec des sous-centres de santé situés sur des routes principales ont été atteints par extension de deux unités établies. La population desservie s'élevait alors approximativement à 500 000 personnes, soit 9 pour cent de la population totale. Le PEV est entré dans sa troisième phase en juillet 1979. Actuellement, on compte 45 unités fixes, six équipes d'extension et trois équipes mobiles. La population totale résidant dans les zones couvertes par le PEV s'élève à environ 700 000, soit 12 pour cent de la population totale du pays.

FORMATION DE POMPISTES MECANICIENS EN REPUBLIQUE ARABE YEMENITE

Le Département de l'approvisionnement rural en eau de la République Arabe du Yemen a compris depuis longtemps l'importance du développement de la main d'oeuvre dans le domaine du fonctionnement et de l'entretien des installations rurales d'adduction d'eau afin d'assurer leur utilisation de façon continue et économique.

./.

C'est dans ce contexte que l'OMS, en collaboration avec le gouvernement et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), a mis sur pied un programme pour former du personnel chargé de faire fonctionner et de réparer les pompes à eau au niveau des villages. 69 villageois ont été ainsi formés dans deux catégories de cours (simple et avancé) pendant la période 1980-81.

En novembre 1981, neuf mécaniciens de plus ont été formés et se sont vu décerner un certificat par S.E. le Ministre des Travaux publics, qui a exprimé à cette occasion son appréciation du soutien accordé par l'OMS et le PNUD.

INTERRUPTION DE LA VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

En mai 1980, l'Assemblée mondiale de la Santé, à la suite de la déclaration d'éradication totale de la variole, a recommandé en matière de politique que la vaccination antivariolique soit arrêtée dans tous les pays, à l'exception des chercheurs exposés à des risques spéciaux. La majorité des Etats Membres de l'OMS ont maintenant suivi cette recommandation. Même les pays à population nombreuse, tels que l'Inde et la Chine, ont informé récemment l'OMS que cette vaccination n'était plus obligatoire. Parmi les cinq pays qui maintiennent encore la vaccination obligatoire, trois d'entre eux sont situés dans la Région de la Méditerranée orientale: l'Egypte, le Koweït et la Tunisie. Tandis que cette information se réfère à la politique interne du pays en matière de vaccination, surtout des enfants, la pratique qui consiste à exiger un certificat de vaccination antivariolique des voyageurs internationaux a été interrompue dans tous les pays du monde à l'exception d'un seul.

LA POLIOMYELITE EN MEDITERRANEE ORIENTALE

Bien que le nombre déclaré de cas de poliomyélite en 1980 dans la Région de la Méditerranée orientale soit plus élevé que dans les années précédentes (8299 en 1980 contre 6256 en 1979), ceci est presque certainement dû aux efforts considérables accomplis dans la Région pour améliorer la détection des cas. La diminution progressive des cas qui apparaît dans 14 des 24 pays et territoires reflète probablement la situation réelle.

Le seul pays totalement exempt de poliomyélite dans la Région est Chypre. De beaux progrès ont été accomplis au Koweït. L'incidence en Israël est très basse, la plupart des cas se produisant dans des poches rurales où l'hygiène du milieu laisse à désirer. Des cas continuent de se produire dans les territoires occupés. La Jordanie a déjà protégé environ 70 pour cent des enfants au cours de leur première année avec trois doses de vaccin oral. Bien que la déclaration des cas soit incomplète, la fréquence de la maladie paraît en déclin dans le pays.

Il est évident qu'avec des améliorations dans la gestion des programmes, la formation des personnels, l'équipement et la couverture, la Méditerranée orientale est une Région dans laquelle on peut s'attendre à des progrès considérables dans la lutte contre la poliomyélite au cours des prochaines années.

./.

LE CHOLERA ET LE PELERINAGE DE LA MECQUE

Une fois de plus, cette année, le pèlerinage de la Mecque s'est achevé sans qu'aucun problème significatif de maladies transmissibles ne soit apparu. Il est frappant que cela soit dû à de simples mesures de surveillance, directes et efficaces. Aucun certificat de vaccination contre le choléra, par exemple, n'a été exigé des pèlerins, bien que l'on sût que la présence de la maladie avait été signalée dans nombre de pays dont ils venaient. Quelques cas importés et quelques porteurs de germes ont été détectés à Médine et à La Mecque, mais sauf une ou deux exceptions à Médine, aucune transmission locale n'a eu lieu. Ceci reflète la promptitude des déclarations et des enquêtes, ainsi que l'efficacité de l'approche adoptée, même dans des conditions aussi difficiles que l'afflux soudain de quelque deux millions de personnes. Ceci confirme aussi le bien-fondé de l'approche selon laquelle la présence du choléra dans un pays ne conduit pas nécessairement à une transmission étendue, ni ne justifie des mesures restrictives dénuées de fondement épidémiologique trop souvent prises par d'autres administrations sanitaires. L'Arabie Saoudite a été déclarée exempte de choléra déjà le 21 octobre dernier.