

NEWSLETTER... NEWSLETTER... NEWSLETTER...

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

مخبرتنا المجتة للجميع بحلول عام 2000
في اقليم منظمة الصحة العالمية لشرق
البحر الابيض المتوسط

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. 15
janvier 1982

DANS CE NUMERO...

LE CONSEIL EXECUTIF DE L'OMS S'OUVRE A GENEVE:
Nomination d'un nouveau Directeur pour la
Région de la Méditerranée orientale.

VERS LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000:
La célébration du Jour de la Nation à Oman
a permis aux autorités de la santé publique
de proclamer que le pays est sur la bonne voie
d'atteindre la santé pour tous ses citoyens
d'ici la fin de 1985.

SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT EN SOMALIE:
En accord avec le Ministère de la Santé, une
équipe de l'OMS évalue les activités de PMI
et du PEV dans le pays.

LA SANTE DES REFUGIES AFGHANS AU PAKISTAN:
A la demande du gouvernement du Pakistan, un
consultant de l'OMS a visité les réfugiés
pour rendre compte de leur situation et
suggérer des mesures pour améliorer leur santé.

**APPROVISIONNEMENT RURAL EN EAU EN REPUBLIQUE
ARABE DU YEMEN:**
Le développement des approvisionnements ruraux
en eau est considéré par le gouvernement comme
un facteur essentiel de la qualité de la vie
dans les zones rurales.

**LE PRINCE KARIM AGA KHAN SUR LES SOINS DE
SANTE PRIMAIRES:**
Extraits d'une conférence de presse.

LA 69^{ème} SESSION DU CONSEIL EXECUTIF DE L'OMS S'OUVRE A GENEVE

La 69^{ème} session du Conseil Exécutif de l'OMS, qui durera trois semaines, s'est ouverte à Genève, Suisse, le 13 janvier 1982. Les membres du Conseil en provenance de la Région de la Méditerranée orientale sont:

- Le Dr M.H. Abdulla, Directeur des services dentaires, Ministère de la Santé, Emirats Arabes Unis, et le Dr A.R. Jaffar (suppléant), Sous-Secrétaire, chef des services de médecine curative, Ministère de la Santé, Emirats Arabes Unis;

- Le Dr A.R. El-Awadi, Ministre de la Santé publique du Koweït, et le Dr A. El-Saïf (suppléant), chef de la Division des relations internationales au Ministère de la Santé publique du Koweït;

- Le Dr M.S. El-Khadoury, Ministre de la Santé, Muscat, Oman, et le Dr A.A.K. El-Ghassani (suppléant), Directeur du Département de la Médecine préventive au Ministère de la Santé d'Oman;

- Mr K. El-Sakkaf, Directeur des relations internationales au Ministère de la Santé publique, Sana'a, Yemen, et le Dr A.R. Ishak (suppléant), Directeur de l'Unité de recherche médicale au Ministère de la Santé publique de la République Arabe du Yemen;

- Le Dr P. Rezaï, Directeur général du service d'éradication du paludisme et des maladies transmissibles au Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Téhéran, Iran.

En outre, Mr E.A. El-Reedy, Ambassadeur, Représentant permanent de la République Arabe d'Egypte auprès du Bureau des Nations Unies et des agences spécialisées à Genève et

Mr T. Madi, Conseiller de la Mission permanente du Royaume Hashémite de Jordanie auprès du Bureau des Nations Unies et des agences spécialisées à Genève, prendront part aux discussions sur le transfert du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale en qualité de représentants de leur gouvernement et en vertu du règlement No 3 du Règlement de procédure du Conseil.

Un nouveau Directeur régional nommé par le Conseil

En accord avec les Membres du Comité Régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, le Conseil Exécutif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), actuellement réuni à Genève, a nommé le Dr Hussein Abdul-Razzak GEZAIRY en qualité de nouveau Directeur de la Région, pour succéder au Dr A.H. Taba dont le cinquième terme de cinq ans expire le 31 août 1982.

Né à la Mecque en 1934, le Dr Gezairy a obtenu son diplôme de médecin à la Faculté de Médecine Kasr El Aïni au Caire en 1957, ainsi que son diplôme de chirurgie générale en 1960. Il fit dès lors partie du corps de l'Université de Riyadh, à la suite de quoi il entreprit des études post-universitaires à Londres, où il devint membre du Collège Royal des Chirurgiens (Royal College of Surgeons) en 1965. Il fut ensuite nommé doyen fondateur de la Faculté de Médecine de l'Université de Riyadh en 1966. Il était aussi lecteur, professeur assistant puis professeur associé dans la même Faculté. En octobre 1975, le Dr Gezairy devint Ministre de la Santé du Royaume d'Arabie Saoudite, poste qu'il occupe depuis lors.

Parmi beaucoup d'autres activités, le Dr Gezairy a pris part aux sessions du Conseil des Ministres Arabes de la Santé; du Conseil des Ministres de la Santé des Etats Arabes de la Région du Golfe; de l'Assemblée Mondiale de la Santé et du Comité Régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Le Dr Gezairy était Vice-Président de la Consultation Ministérielle de l'OMS sur les services de santé et le développement des personnels de santé en 1978, et il est Président du Conseil Suprême du Conseil Arabe pour la spécialisation médicale. C'est un fondateur et un promoteur des études médicales en Arabie Saoudite, ainsi qu'un membre assidu des conférences académiques et médicales dans le monde arabe, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique. Ses publications comprennent des études et recherches en médecine et en chirurgie.

Le Président et plusieurs membres du Conseil ont exprimé leur haute appréciation des services rendus par le Dr Taba et de son dévouement pendant ses 25 ans d'activité en qualité de Directeur de la Région OMS de la Méditerranée orientale.

* * * * *

SPT/2000...SPT/2000...SPT/2000...SPT/2000...SPT/2000...SPT/2000...SPT/2000...SPT/2000...SPT/2000...SP'

PROGRES DE LA SANTE DANS LE SULTANAT D'OMAN.

La célébration du Jour de la Nation à Oman a permis aux autorités de la santé publique de proclamer que le pays est sur la bonne voie d'atteindre la santé pour tous ses citoyens vers la fin de 1985, selon le Ministre de la Santé, S.E. le Dr. Moubarak S. El-Khadoury.

Quelques chiffres

Sans compter un nombre croissant d'hôpitaux et en plus de 14 centres de santé, il existe maintenant 55 cliniques pourvues de sections de santé maternelle et infantile, 13 unités de santé publique et un nombre d'équipes mobiles. Dans la capitale de Muscat, il existe des unités centrales de médecine préventive pour la lutte contre les insectes, l'environnement, les maladies transmissibles, l'hygiène scolaire, l'information sanitaire, la protection maternelle et infantile. Il existe aussi un laboratoire bactériologique, un laboratoire d'analyse de l'eau, et une école pour la formation des infirmières. Neuf unités de quarantaine fonctionnent dans les ports, les aéroports et aux frontières.

Second plan quinquennal

Le second plan de cinq ans vise à étendre les services médicaux aux "wilayats" et aux régions reculées de l'intérieur en créant un réseau de centres de santé qui permet ainsi d'apporter les services de santé aux zones rurales. Il vise également à étendre les programmes de médecine préventive et à établir un stock de médicaments essentiels.

La stratégie de la santé à Oman est réalisée au moyen d'une approche multidisciplinaire. Le Ministère de la Santé est responsable de la fourniture de services préventifs et curatifs destinés à couvrir toute la population et ses tâches comprennent le renforcement des services existants et l'extension des établissements de soins à des zones encore insuffisamment desservies. Simultanément, d'autres ministères partagent le fardeau dans les domaines de l'hygiène du milieu et de la fourniture d'installations communautaires de développement, telles que l'eau potable, l'habitat et l'assainissement.

./.

Le trachome et le paludisme en retraite

Deux des plus ambitieux programmes d'Oman sont l'éradication du trachome - cette maladie des yeux qui peut aboutir à la cécité - et le paludisme. Les chances de les réduire de façon vraiment très significative d'ici la fin du plan courant apparaissent brillantes.

Le programme de lutte contre le trachome, qui est déjà en cours, est exécuté en deux phases: d'abord au niveau des écoles, puis au niveau de la communauté. Tous les enfants d'âge scolaire dans le pays ont été examinés et traités en 1980-81. Le programme continu vise à traiter tous les enfants nouvellement admis dans les écoles, chaque année, jusqu'à ce que la maladie ait complètement disparu.

Dans un second laps de temps, 67 villages dans trois districts seront couverts vers la fin de 1982. On s'attend à ce que l'arrivée d'un expert de l'OMS en janvier 1982 donne un nouvel élan au programme.

Un plan de cinq ans (1981-1985) de lutte contre le paludisme est également en cours. Il comprend l'établissement d'une vingtaine de stations de lutte contre la maladie dans les zones fortement endémiques. Cinq stations ont déjà été mises sur pied en 1981; une douzaine d'autres seront établies entre 1982 et 1985. Il est prévu que deux techniciens et un paludologue de l'OMS seront stationnés dans le Sultanat dès janvier 1982 afin d'aider à étendre les mesures préventives contre la maladie à toutes les parties du pays.

Stratégie SPT/2000 adoptée

Dans les quelques premières années qui suivirent 1970, le gouvernement accorda priorité au développement de services curatifs élargis. Mais depuis le premier plan et l'adoption de la stratégie de "La santé pour tous d'ici l'an 2000" (SPT/2000), la plus haute priorité a été progressivement accordée à l'amélioration des mesures visant à la prévention des maladies. Le Département de Médecine préventive a progressivement développé ses activités, au cours des quelques dernières années, avec l'établissement de programmes nationaux de santé, particulièrement dans le domaine de la vaccination; avec des unités de santé supplémentaires pour desservir l'intérieur du pays; avec la formation de jeunes auxiliaires locaux pour entreprendre la promotion de la santé dans leurs villages et communautés respectifs; avec l'élargissement de la section d'hygiène du milieu pour opérer dans les domaines de l'eau et de l'assainissement; et avec la promotion de l'éducation pour la santé.

Développement des personnels de santé

Comme dans beaucoup d'autres pays, l'un des problèmes chroniques retardant les ambitions sanitaires d'Oman, c'est le manque de personnel. L'une des contributions du gouvernement destinée à relever le défi, c'est la mise en chantier d'un Institut de la Santé, dont il est prévu que les travaux seront terminés en février 1982. On espère qu'il commencera à fonctionner en septembre 1982 par la formation professionnelle d'un groupe de travailleurs de niveau moyen comprenant des infirmières, des techniciens de laboratoire et des rayons X, et d'autres personnels de santé publique.

Pas de projets grandioses

Oman n'a pas l'intention de se lancer dans des projets de santé grandioses et prestigieux qui sont parfois impressionnants à première vue, mais qui en fait et trop souvent ne satisfont pas les besoins essentiels de la population. L'OMS joue un rôle important à cet égard en fournissant les conseils et l'expérience de son personnel, ainsi que des consultants dans des domaines spécifiques. Treize opérations de coopération sanitaires sont actuellement en cours, dans lesquelles l'OMS est activement impliquée.

* * * * *

PMI...PEV...PMI...PEV...PMI...PEV...PMI...PEV...PMI...PEV...PMI...PEV...PMI...PEV...PMI...PEV...PMI...

LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT EN SOMALIE

En collaboration avec le Ministère de la Santé de la République Démocratique de Somalie et l'UNICEF, une équipe de l'OMS a passé en revue les activités de protection maternelle et infantile (PMI), y compris le Programme élargi de vaccination (PEV) dans le pays.

Politique et objectifs du gouvernement

La structure du programme de santé maternelle et infantile en Somalie consiste en 75 centres de PMI fonctionnant sur toute la surface du pays, chacun d'eux équipé d'une infirmière de santé publique, ou d'une sage-femme, ou des deux. En 1977, un projet de santé maternelle, infantile et familiale a débuté avec des fonds de la FNUAP (Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population) et la coopération technique de l'OMS. Une extension du projet est prévue pour couvrir 12 des 16 régions du pays vers 1985. Le but est de mettre sur pied 54 nouveaux centres de PMI,

A ceci il faut ajouter le programme de soins de santé primaires (SSP) qui vient de débiter et qui couvrira les quatre régions restantes d'ici 1985. Le but du programme est de construire 21 centres de santé, 68 unités de SSP et 272 postes de santé primaires, avec un agent de santé communautaire et si possible une assistante de PMI dans chaque poste. Ces centres et ces unités fournissent des services généraux, l'accent étant mis sur la PMI et la nutrition.

La politique et les objectifs du gouvernement sont que les services de PMI et de SSP devraient être étendus de façon à desservir toute la population, et qu'ils devraient inclure la vaccination, la nutrition, l'éducation pour la santé et la planification familiale (espacement des naissances). L'allaitement au sein est recommandé par tous les moyens, l'alimentation au biberon et aux substitus du lait maternel est découragée, une alimentation appropriée est introduite au moment du sevrage, ainsi que le contrôle de la nutrition et des démonstrations concernant l'emploi des aliments, et des classes d'éducation pour la santé. Les activités de ces centres sont dirigées principalement vers les groupes à risque élevé, les femmes enceintes, les mères de famille, et les enfants en-dessous de quatre ans. Chaque centre de PMI dessert une population d'environ 20 000 personnes, la plupart des accouchements se passant à domicile avec l'aide d'une assistante de PMI ou si possible d'une infirmière de santé publique ou d'une sage-femme. Dans le nouveau plan, chaque infirmière de santé publique ou sage-femme est responsable de 200 familles, qu'elle est censée visiter une fois par mois. Elle supervise aussi un certain nombre d'assistantes de PMI ayant reçu une formation professionnelle, chacune d'elles étant responsable de 200 à 250 familles.

Le Programme Élargi de Vaccination (PEV)

Le programme élargi de vaccination a débuté en Somalie en 1978 dans la région de Mogadishu. En 1979, des programmes de vaccination ont été institués dans quatre autres régions du pays. Ceci fut suivi en 1980 d'une extension à un ou deux districts ruraux dans chaque région. Actuellement, le PEV opère dans 5 des 16 régions de Somalie. La population desservie représente 60 pour cent du total national.

Comme dans d'autres pays, l'objectif à long terme du plan d'action du PEV est de réduire la fréquence des maladies et des décès causés par six des affections de l'enfance (diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et tuberculose) de telle façon que d'ici 1990 ces maladies ne présentent plus de problème de santé publique.

Là où un certain degré de permanence est ainsi ressenti, et où la communauté réfugiée est sur terrain gouvernemental, la construction de huttes (*kacha*) est encouragée, car du point de vue de la santé il est préférable d'y vivre que dans des tentes, surtout en hiver. Les villages de réfugiés - il y en a au moins une centaine - sont souvent répartis sur des distances de plusieurs kilomètres. Bien que cela réduise le problème de la surpopulation et des épidémies dues à la promiscuité, cela cause des problèmes administratifs pour une distribution équitable de l'aide.

La santé des réfugiés

Les besoins des communautés de réfugiés sont les mêmes dans le monde entier: l'eau, l'assainissement, l'alimentation, et les soins de santé. Les efforts du gouvernement du Pakistan pour assurer la santé des réfugiés sont impressionnants. Les plans du gouvernement consistent à donner accès aux soins de santé à chaque communauté de réfugiés de 5000 à 10 000 personnes, en combinaison avec la fourniture de quantités suffisantes d'eau potable, l'élimination des excréments et des déchets, un habitat convenable, un régime alimentaire équilibré et culturellement acceptable, ainsi que la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles. En fait, ce que le gouvernement s'efforce de mettre sur pied, ce sont les bases d'un programme de soins de santé primaires, d'autant plus que les principaux problèmes de santé et de maladies des réfugiés sont aussi ceux de la population locale.

Nutrition

A vue d'oeil, l'état nutritionnel des réfugiés semble en général être bon, bien que le blé soit la seule denrée la plus fréquemment distribuée au cours des trois à six derniers mois et que les maladies infectieuses soient répandues. La malnutrition n'est pas vraiment évidente, même parmi les femmes et les enfants. La pratique consiste à distribuer 15 kilos de blé, deux livres d'huile et de lait en poudre écrémé, une livre et demie de sucre et 90 gr. de thé par personne et par mois. Le lait en poudre est distribué gratuitement...mais les instructions qui figurent sur les boîtes pour le préparer sont imprimées en portugais! Les dangers d'infection associés à ce type d'aliment, surtout lorsqu'il est donné en biberon dans les zones de pauvreté, sont maintenant bien connus. La découverte d'un taux de 1,6 pour cent de xérophtalmie (déficiency de vitamine A) - une maladie qui peut conduire à la cécité - parmi un échantillon d'enfants de réfugiés, pourrait être remédiée par une distribution massive de capsules de vitamine A.

La notion même de soins de santé primaires indique que le traitement de la malnutrition bénigne devrait de préférence être effectué dans les dispensaires de village là où ils existent - plutôt que de référer les cas aux hôpitaux. Il a été prouvé que c'est faisable dans de nombreuses opérations de secours, et que c'est culturellement et socialement préférable pour la famille et l'enfant affecté. Chaque dispensaire ou unité de santé rurale a donc besoin d'une petite provision de lait en poudre, d'huile et de sucre, pour utiliser dans le traitement des cas bénins ou modérés de malnutrition.

Assainissement

Beaucoup des maladies infectieuses dont souffrent les réfugiés sont liées aux mauvaises conditions d'hygiène de l'environnement. Davantage de latrines "idéales" devraient être par conséquent construites dans les villages, spécialement, là où des écoles existent, par les écoliers eux-mêmes sous supervision, afin que les réfugiés puissent les voir et en parler avec l'idée d'en avoir une. Chaque famille devrait être ainsi encouragée à construire sa propre latrine.

Lutte contre les maladies transmissibles

L'OMS coopère à l'exécution de programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme, ainsi qu'à celle d'un programme élargi de vaccination (PEV). Le besoin se fait sentir d'une détection plus active de ceux qui souffrent de tuberculose, et d'une amélioration de la surveillance des patients individuels qui ont tendance à arrêter et à reprendre le traitement. Des problèmes se sont posés pour la fourniture d'équipement d'aspersion et de diagnostic de laboratoire dans la prévention et la lutte contre le paludisme.

L'efficacité de tout programme d'immunisation, spécialement lors de la distribution de la deuxième et de la troisième dose des vaccins DTCoq et polio, est un problème d'envergure mondiale qui ne sévit pas seulement dans les communautés de réfugiés. La participation de la collectivité, et l'emploi de davantage de femmes dans les équipes de vaccination, pourraient améliorer le taux de fréquentation. Comme partout ailleurs, la logistique est un problème qui concerne à la fois le personnel et l'entretien de la chaîne du froid.

Santé de la mère et de l'enfant

Comme beaucoup de problèmes de santé et de maladie tels qu'on les trouve parmi les femmes et les enfants, une formule simple de programme de PMI, avec accent particulier sur les visites à domicile, pourrait aider à réduire les maladies et les décès qui affectent ce groupe "à risque". Bien des soins destinés aux femmes sont prodigués par les accoucheuses traditionnelles afghanes.

Comme tous les réfugiés ont accès à tous les niveaux de soins de santé mis à disposition par le gouvernement, il en résulte un afflux de réfugiés dans les hôpitaux de districts, parfois au détriment de la population locale, tandis que les réfugiés n'ont souvent que des problèmes simples, qui pourraient et devraient être résolus au niveau des soins de santé primaires. Les dispensaires pourraient ainsi aider à résoudre partiellement ce problème en améliorant la fourniture de médicaments, l'équipement et le type de soins, bien que quelques-uns d'entre eux souffrent à la base d'un manque de médicaments et d'équipement.

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est très peu pratiquée parmi les réfugiés. Bien qu'il s'agisse là probablement d'un des aspects les plus difficiles des soins de santé, le personnel sanitaire dans les unités de base éprouve le besoin de passer davantage de temps à éduquer la communauté dans les domaines qui touchent à ses principaux problèmes de santé et de maladie.

Formation professionnelle

Comme le gouvernement afghan avait déjà patronné et patronne encore un programme de formation pour les agents de santé de village en opération dans quelques zones du pays, l'idée d'entreprendre un genre de programme semblable, peut-être sur une échelle plus modeste, n'est pas une nouveauté pour certains des réfugiés. Il serait très important, par exemple, d'essayer de former des femmes, spécialement les *dayas* ou accoucheuses traditionnelles. Dans ce contexte, le consultant de l'OMS recommande particulièrement de mettre sur pied un programme de formation de travailleurs de la santé communautaires dans les collectivités de réfugiés, utilisant leurs propres gens, peut-être après qu'une étude ait été entreprise sur le rôle, les croyances et les pratiques des femmes réfugiées concernant la santé, et l'attitude des mullahs, maleks et dirigeants tribaux. Selon les propres termes du consultant de l'OMS:

"Les soins de santé primaires ne pourront être délivrés avec succès que si le personnel de santé se rend au sein de la communauté et travaille avec les réfugiés sur les problèmes prioritaires. Tout le personnel de santé, et particulièrement les infirmières visiteuses et les sages-femmes, devrait par conséquent passer moins de temps au dispensaire à distribuer des pilules et plus de temps à conseiller les femmes chez elles."

La collaboration de l'OMS

Au cours de 1981, l'OMS a fourni une assistance technique au Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés et à d'autres agences des Nations Unies dans les domaines de l'assainissement, de la vaccination, de la lutte contre les maladies transmissibles, des médicaments essentiels, du paludisme, de la tuberculose, des maladies oculaires, etc. Des médecins et des consultants de l'OMS ont visité des villages et des camps de réfugiés, effectuant des enquêtes et évaluant la situation sanitaire.

Quelques exemples:

- Le paludisme est plus répandu parmi les réfugiés que parmi la population locale. Un plan de lutte contre la maladie a par conséquent été préparé dans le but de renforcer les services antipaludiques avec un personnel supplémentaire de 150, des moyens de transport, des fournitures d'insecticides et de médicaments antipaludiques.
- Le traitement ambulatoire de la tuberculose a été introduit dans les dispensaires situés dans les villages de réfugiés, en plus des centres de santé ruraux et des hôpitaux existants.
- Les enfants ont été vaccinés. Le plan prévoyant l'accroissement du personnel du PEV dans les deux provinces a également constitué un stock pour la vaccination d'un demi-million d'enfants et de 200 000 femmes enceintes.
- Un pourcentage élevé (près de 40%) des enfants ayant été trouvés souffrant du trachome par un spécialiste de l'OMS, l'UNICEF a promptement livré une quantité suffisante d'antibiotique pour le traitement des yeux, outre la vitamine A distribuée aux quelques enfants souffrant de xérophtalmie.
- Des quantités suffisantes de sels de réhydratation orale pour le traitement des diarrhées ont également été fournies par l'UNICEF à l'instigation de l'OMS.

* * * * *

DECENNIE DE L'EAU...DECENNIE DE L'EAU...DECENNIE DE L'EAU...DECENNIE DE L'EAU...DECENNIE DE L'EAU...DE

L'APPROVISIONNEMENT RURAL EN EAU EN REPUBLIQUE ARABE DU YEMEN

Le développement de l'approvisionnement rural en eau est considéré par le gouvernement de la République Arabe du Yemen comme un facteur essentiel de l'amélioration de la qualité de vie dans les zones rurales. Bien que 89 pour cent de la population totale de huit millions et demi soit rurale, seuls 18 pour cent de ces derniers ont facilement accès à une eau de boisson saine.

./.

Un obstacle majeur au développement des approvisionnements en eau dans les zones rurales du Yemen, c'est le coût extrêmement élevé de la construction. En effet, la plupart des villages et autres habitats humains sont situés au sommet des montagnes, tandis que l'eau se trouve naturellement au fond des vallées. C'est pourquoi l'opération qui consiste à élever l'eau au niveau des consommateurs est beaucoup plus coûteuse au Yemen en comparaison des autres pays où l'eau et les gens se trouvent à peu près au même niveau. Il a été estimé que rien moins de 400 millions de dollars seraient nécessaires pour équiper complètement les zones rurales en approvisionnement d'eau, afin de répondre aux exigences de la Décennie Internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement.

Faits et chiffres

En 1976, le gouvernement de la République Arabe du Yemen lançait un plan national de développement de cinq ans (1976-1981). Les dépenses prévues pour l'approvisionnement rural en eau pendant cette période étaient de l'ordre de 170 millions de rials ou 38 millions de dollars, dont le tiers était financé par le gouvernement et les deux tiers par d'autres ressources locales et internationales. C'est dans ce contexte que l'OMS et le PNUD ont fourni des services techniques destinés à soutenir les projets d'approvisionnement rural en eau.

Le premier plan national de développement a maintenant pris fin et le Département de l'approvisionnement rural en eau a exécuté un grand nombre d'opérations avec la coopération technique et financière de l'OMS et du PNUD. De 1976 à 1981, un total de 147 entreprises ont été menées à bien par le gouvernement, comportant la fourniture complète de puits, de réservoirs, de pompes et de pipelines. 145 autres opérations ont aidé à améliorer les ressources d'eau existantes et 115 puits ont été forés. Cela représente un accomplissement de grande portée du plan de 5 ans. En tout, 300 000 personnes dans les zones rurales ont bénéficié du programme d'approvisionnement en eau pendant cette période.

L'avenir

Le personnel de l'OMS affecté au projet a aidé le Département de l'approvisionnement rural en eau à préparer un second plan quinquennal de développement financé en coopération avec le PNUD. Toutes les parties concernées sont d'accord pour continuer le projet au cours d'une nouvelle phase de cinq ans (1982-1986). Le nouveau projet met l'accent sur le renforcement des capacités techniques et administratives du Département et sur la formation professionnelle du personnel dont le pays a grand besoin. La coopération va se poursuivre dans les domaines des enquêtes et investigations sur le terrain, de la planification, des études d'avant-projets et de la supervision de la construction, ainsi que des opérations, de l'entretien et de la réparation des approvisionnements en eau pour tenter d'atteindre les buts de la Décennie de l'Eau au Yemen.

* * * * *

./.

SP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...SSP...

LE PRINCE KARIM AGA KHAN SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Parlant officieusement aux attachés de presse pakistanais et étrangers à Karachi à l'occasion d'une conférence internationale sur "Le rôle des hôpitaux dans les soins de santé primaires", patronnée en commun par le gouvernement du Pakistan, l'Agence canadienne pour le Développement international (ACDI), la Fondation Aga Khan et l'OMS, le prince Karim Aga Khan a appelé à une campagne systématique de motivation pour galvaniser les populations rurales en faveur des soins de santé primaires afin d'éliminer la grande inégalité dans la qualité de la vie entre les zones rurales et urbaines. Il a dit qu'il était confiant que la réponse d'un village à l'autre serait énorme et que la participation des communautés rurales aiderait à produire des résultats vraiment positifs dans le secteur capital des soins de santé primaires. Désignant ces institutions à gros investissement que sont les grands hôpitaux, le prince Karim a dit qu'ils pouvaient jouer un rôle éminent dans la promotion des soins de santé primaires.

Assis à son côté se trouvait le Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de sa Santé, qui participa aussi à l'échange de vues. Le Dr Mahler parla contre ce qu'il appelle la bureau-technocratie qui a fait du problème des soins de santé primaires un objet de manipulations et il a souligné que pour que le programme soit couronné de succès, il devait être orienté vers le peuple. Il a dit que les hôpitaux, pourvus d'un personnel techniquement compétent et socialement motivé, pouvaient devenir des partenaires décisifs des soins de santé primaires.

(tiré de "DAWN", Karachi, novembre 1981)

* * * * *