

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

EM/RC12/9
15 juin 1962

Douzième Session

ORIGINAL: ANGLAIS

Point 10 (f) de l'Ordre du jour

L'HYGIENE RURALE ET LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE
DANS LA
REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

Résultats d'une enquête

TABIE DES MATIERES

I	INTRODUCTION	1
II	STATISTIQUES DE LA POPULATION ET STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	2
III	LOGEMENT	3
IV	HYGIENE DU MILIEU	3
	1. Systèmes d'approvisionnement en eau	3
	2. Evacuation des excreta	7
	3. Contrôle des aliments (y compris le lait)	8
	4. Renseignements d'ordre général sur l'élimination des déchets	8
	5. Informations d'ordre général sur les mesures appliquées jusqu'ici dans le domaine de l'assainissement	10
V	MORBIDITE	11
	1. Maladies dont la déclaration est obligatoire	11
	2. Nombre total de personnes atteintes de cécité et de surdité	11
	3. Les vecteurs des maladies et la lutte contre ces vecteurs	12
VI	INFORMATIONS D'ORDRE GENERAL SUR LES ZONES RURALES ET L'ECONOMIE RURALE	14
	1. Définition adoptée pour distinguer entre circonscriptions urbaines et circonscriptions rurales	14
	2. Nombre de collectivités rurales, leur population moyenne et type de leur dispersion	14
	3. Types d'agriculture et récoltes courantes, y compris l'importance relative des divers types	17
	4. Etat général de la nutrition dans les circonscriptions rurales	21
	5. Systèmes d'irrigation dans les pays, avec indication de leur influence éventuelle sur l'incidence des maladies endémiques	22
	6. Types de logements, particulièrement sous le rapport de l'assainissement dans les circonscriptions rurales	27
VII	ACTIVITES GOUVERNEMENTALES A L'ECHELON NATIONAL EN VUE DE L'AMELIORATION DE L'HYGIENE RURALE	27
	1. Ministère spécial pour les Affaires municipales et rurales	27

TABLE DES MATIERES (suite)

2.	Agence spéciale s'occupant de l'hygiène rurale au Ministère de l'Hygiène publique	28
3.	Coopération dans le domaine de l'hygiène rurale d'autres ministères avec le Ministère de la Santé publique	29
4.	Comité de coordination des travaux des diverses agences gouvernementales pour favoriser l'hygiène rurale	30
VIII	SOCIETES COOPERATIVES SANITAIRES DE VILLAGE	30
IX	SERVICES SANITAIRES DANS DES REGIONS RURALES	32
	Protectorat d'Aden	32
	Côte française des Somalis	33
	Iran	34
	Israël	34
	Jordanie	35
	Koweït	37
	Liban	38
	Pakistan Oriental	41
	Pakistan Occidental	41
	Arabie Saoudite	45
	Soudan	45
	République Arabe Syrienne	46
	République Arabe Unie	47
X	CENTRES SOCIAUX	52
	Côte française des Somalis	52
	Iran	52
	Jordanie	53
	Koweït	53
	Liban	54
	Pakistan Occidental	54
	Arabie Saoudite	54
	République Arabe Syrienne	55
	République Arabe Unie	55
XI	EDUCATION DE BASE ET HYGIENE SOCIALE DANS LES ZONES RURALES	58
1.	Nombre d'écoles et d'élèves	58
2.	Les services d'hygiène scolaire et leur influence sur l'hygiène rurale en général	59
XII	EDUCATION SANITAIRE DU PUBLIC	60
XIII	UNITES COMBINEES	68
XIV	PROJETS DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE	69
XV	ASSISTANCE INTERNATIONALE	73
A N N E X E -	QUESTIONNAIRE SUR L'HYGIENE RURALE ET LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE	

I INTRODUCTION

Considérant le besoin de disposer de plus amples informations sur les projets d'hygiène rurale et de développement communautaire dans les pays de la Région, le Bureau régional de la Méditerranée orientale, par une lettre circulaire du 4 avril 1961, a adressé à tous les pays de la Région un questionnaire détaillé sur l'hygiène rurale et le développement communautaire.

Ce questionnaire - dont une copie est jointe au présent document - avait pour but de faciliter la description du problème et de préciser les points particuliers sur lesquels des renseignements étaient requis.

La question de l'hygiène rurale et du développement communautaire préoccupe la plupart des pays de la Région, ainsi que des pays situés hors de celle-ci, et particulièrement ceux qui sont en voie de développement.

L'hygiène rurale a été une des questions techniques ayant fait l'objet de discussions lors de la onzième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, et un document sur la question a été présenté au Comité.¹⁾

Des réponses au questionnaire sont parvenues des divers pays et territoires énumérés ci-après:

Aden (Colonie d')
Aden (Protectorat)
Côte française des Somalis
Iran
Irak
Israël
Jordanie
Koweït
Liban
Pakistan
Arabie Saoudite
Soudan
République Arabe Syrienne
République Arabe Unie

1)
Hygiène rurale, document EM/RC11/8, 26 juillet 1961.

Comme on peut s'en rendre compte, des réponses ont été reçues de la majorité des pays de la Région. Le Bureau régional désire exprimer sa reconnaissance aux gouvernements qui ont bien voulu répondre au questionnaire chargé qui leur a été soumis.

Outre les données recueillies des gouvernements, des renseignements puisés à d'autres sources ont été insérés dans le document. Ces sources comprennent les publications statistiques des Nations Unies et de ses institutions spécialisées, telles que "L'Annuaire statistique, 1960", "L'Annuaire démographique, 1960", "L'Annuaire de la Production, Vol.14, FAO", "Les Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, 1958", publiés par l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que la documentation dont dispose le Bureau régional.

L'analyse, qui suit, des réponses reçues au questionnaire, a été établie séparément pour chacun des quatorze points qui le composent.

II STATISTIQUES DE LA POPULATION ET STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES (Point 1 du Questionnaire)

Au Tableau 1 est donné un résumé des statistiques de la population et des statistiques démographiques existant dans les divers pays de la Région. Il est reconnu que l'importance et la valeur des statistiques démographiques et sanitaires dans les pays de la Méditerranée orientale, sont généralement médiocres. Aux fins de la présente étude, on a eu soin, au Tableau 1, d'indiquer des chiffres séparés pour les zones urbaines et les zones rurales, respectivement. Il en résulte un nouvel élément d'incertitude et c'est pourquoi il conviendrait de ne faire état des chiffres du Tableau 1 qu'avec grande circonspection. Pour certains pays, il n'existe pas de distinction bien nette entre zones urbaines et zones rurales. Ce problème sera traité plus en détail au Chapitre VI, page 14. Sous cette réserve, on peut voir, au Tableau 1, que les pays ayant répondu au questionnaire sont des pays surtout ruraux. Plus des deux tiers de la population totale du Protectorat d'Aden, de l'Iran, du Pakistan, de l'Arabie Saoudite, du Soudan et de la République Arabe Unie, vivent dans des zones rurales. En Jordanie, au Koweït et dans la République Arabe Syrienne, la moitié ou moins de la population est rurale. La Colonie d'Aden est considérée comme ayant une population exclusivement rurale.

On ne dispose de données sur les taux de naissance et de décès et sur les taux de mortalité infantile, avec spécification pour régions urbaines et régions rurales, que pour quelques pays. Ceux-ci accusent, d'une manière générale, des taux de naissances et décès plus élevés dans les zones rurales que dans les agglomérations urbaines.

Le Tableau 1 indique qu'en ce qui concerne la République Arabe Unie, celle-ci fait exception à la règle. Cependant, on croit généralement que, même en République Arabe Unie, les taux des naissances et décès sont plus élevés dans les circonscriptions rurales, mais que, par suite de l'insuffisance de l'enregistrement des faits d'état civil, les taux calculés pour les villes, dotées d'un système d'enregistrement plus complet, sont les plus hauts.

La portée du nomadisme, importante en Côte française des Somalis, en Somalie et au Soudan, considérable en Iran, au Koweït, en Libye et en Arabie Saoudite, n'est qu'insignifiante au Liban, au Pakistan et dans la République Arabe Unie.

III LOGEMENT (Point 2 du Questionnaire)

La question posée est relative aux matériaux de construction généralement employés, tant dans les agglomérations urbaines que dans les zones rurales. Les données recueillies sont résumées au Tableau 2.

IV HYGIENE DU MILIEU (Point 3 du Questionnaire)

La question posée sous ce titre porte sur les systèmes d'approvisionnement en eau, l'évacuation des excréta, le contrôle des denrées alimentaires (y compris le lait), des informations générales sur l'élimination des déchets, ainsi que sur les mesures prises jusqu'ici pour l'assainissement.

1. Systèmes d'approvisionnement en eau

Le Tableau 3 résume les informations reçues. Il indique clairement que les systèmes d'approvisionnement en eau se rencontrent beaucoup plus communément dans les villes que dans les zones rurales. Seule une faible minorité de la population rurale de la Côte française des Somalis, de l'Iran et de l'Arabie Saoudite dispose d'un système d'approvisionnement en eau.

Pour un certain nombre de pays, on ne possède pas de renseignements à cet égard.

TABLEAU 1 - Population et statistiques démographiques

Pays	Année	Population en mille habitants			Importance moyenne de la famille			Enfants nés vivants par mille habitants			Décès par mille habitants			Enfants décédés pour mille enfants nés vivants			Portée du nomadisme
		Total	%		Total	Urb.	Rur.	Total	Urb.	Rur.	Total	Urb.	Rur.	Total	Urb.	Rur.	
			Urb.	Rur.													
Aden (Colonie)	1960	155	100	0				39,6	39,6		12,8	12,8		128,1	128,1		Néant
Aden (Protectorat)	1960	660	6	94													
Bahrain	1960	147															
Chypre	1961	581															
Ethiopie	1960	20 000															
Côte française des Somalis	1960	67						36,0			11,1						Très étendue 10%
Iran	1961	20 678	31	69	4,4	4,0	4,6	37,4	20	40		18,0			71,0	146-217	
Irak	1960	7 085						24-45									
Israël	1961	2 114	77	23	3,9			27,1			5,7	5,7	5,6	26,7			
Jordanie	1960	1 695	40	60				46,3			7,1			56,2			
Koweït	1960	223	47	53	5	5	5	49			5,5			32,9			17 747 nomad. De faible importance 25%
Liban	1960	1 646			5			25,6			4,5			15,4			
Libye	1960	1 195															
Mascate et Oman	1960	560															
Pakistan Oriental	1961	50 840	5,4	94,6	5,6	5,8	5,4	20,5	15,7	20,7	9,4	8,7	9,5	72,3	176,2	69,4	
Pakistan Occidental	1961	42 880	14,7	85,3	6,0	-	-	25,9	32,5	24,6	11,3	10,1	11,5	106	86	102	Insignifiant Qq. uns
Palestine, Bande de Gaza	1960	377															
Katar	1960	45															
Arabie Saoudite	1959	6 036	20	80	5	4,3	5,1	39	37	42	30	28	31	250	220	270	
Somalie	1959	1 990															
Soudan	1961	12 109	9	91	5			51,9			23,7			185,9			Approx. 80% Etendue
République Arabe Syr.	1960	4 555	43	57				31,1			5,7						
Etats s/ régime de Traité	1960	86															
Tunisie	1960	4 168						46,8			20			173			
RAU	1960	26 080	33	67				40,2	52,0	34,4	17,6	21,8	15,6	136	165	114	
Yémen	1960	5 000															Très faible

TABLEAU 2 - Logement

Pays	Matériaux de construction ordinairement utilisés		Moyenne du nombre de pièces par habitation	
	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale
Aden (Colonie)	pierre		2,5 ¹⁾	
Aden (Protect.)		terre, pierre, tentes, chaume		
Côte française des Somalis	pierre cases en bois	terre. tentes		
Iran	briques, pierre, béton	terre, bois	3	5 ²⁾
Israël	pierre, béton	pierre béton		
Koweït	ciment, barres de fer, briques	ciment barres de fer, briques	3	3
Liban	pierre béton	pierre béton	5	1-5
Pakistan Occidental	briques et mortiers briques et ciments ciments et béton	terre, briques et mortier pierre et mortier	1,8 ¹⁾	1,7 ¹⁾
Pakistan Oriental	briques	terre, bambou fer-blanc		
Arabie Saoudite	ciment, pierre	terre	5,5	4,7
Soudan	terre	herbe	3	3

1) Estimation .

2) Plus d'une famille par habitation.

TABEAU 3 - Systèmes d'approvisionnement en eau

Pays	Nombre de systèmes d'approvisionnement		Pourcentage de la population	
	Urbain	Rural	Urbain %	Rural %
Aden (Colonie)	2		100	
Aden (Protectorat) ¹⁾				
Côte française des Somalis	1	5	65	10
Iran	119	5 170	40	6
Israël	78	805	99	93
Jordanie	28	60 000 ²⁾	58	42
Koweït			100	100
Liban			80	40
Pakistan Oriental	1 ³⁾	3 ⁴⁾		
Occidental ⁶⁾	3	3	56 ⁵⁾	
Arabie Saoudite	4	17	30	10
République Arabe Syrienne	9	610	73	33
République Arabe Unie ⁷⁾	88	1 739	95	85

- 1) La grande majorité de la population du Protectorat compte pour son approvisionnement en eau sur les puits, de grande et de petite profondeur. Dans quelques grandes villes, comme par exemple Mukalla, l'eau est amenée dans des canalisations sur un parcours de trois milles jusqu'à certains points d'eau, dans l'intérieur de la ville. La pollution de la conduite d'eau desservant Mukalla s'est traduite par une épidémie de typhoïde en 1960. Il a été remédié à la situation par la chloruration de l'eau, mais l'application de ce procédé n'est pas uniforme.
- 2) Puits et citernes privés
- 3) Distribution de l'eau par canalisation, dans les maisons et les lieux publics
- 4) Approvisionnement en eau assuré par des puits, des puits à tubes et des réservoirs.
- 5) 56% de la population urbaine sont alimentés en eau à domicile par un système de canalisation; le reste de la population s'approvisionne des puits et au moyen de pompes à main
- 6) Agglomérations urbaines: adduction d'eau à domicile par canalisations; puits communaux et privés et pompes à main. Zones rurales: puits communaux et privés, pompes à main et bassins
- 7) En 1960, 49 des systèmes d'approvisionnement dans les zones urbaines consistaient en puits et 39 étaient représentés par des canalisations. Par rapport à la population disposant d'un approvisionnement en eau, ce système, dans les villes, assurait l'adduction d'eau à domicile à une proportion de 90% de cette population, et une distribution au moyen de fontaines publiques, à 10%. Dans les zones rurales, les pourcentages correspondants étaient, respectivement, 5% et 95%.

2. Evacuation des excreta

Des informations concernant les systèmes d'évacuation des excreta ont été fournies par le Protectorat d'Aden, la Côte française des Somalis, Israël, la Jordanie, le Koweït et le Pakistan.

Aucun système hydraulique d'assainissement n'existe dans une partie quelconque du Protectorat d'Aden. Les dépôts au hasard et les entassements de matières fécales sont les systèmes standard d'évacuation des excreta. Dans certaines villes, les balayeurs municipaux essayent d'enlever les dépôts d'excréments. Dans le Wadi Hadhramaut, les défécations humaines sont utilisées sur une grande échelle comme engrais, ce qui se traduit par une forte fréquence d'infections dues aux amibes et aux ascaris pathogènes.

En Côte française des Somalis, il existe trois systèmes d'évacuation des excreta à Djibouti, mais aucun dans les zones rurales.

Israël signale l'existence de 78 systèmes dans les zones urbaines et 649 dans les zones rurales.

La Jordanie déclare qu'un système d'évacuation des excreta existe pour 67% de la population urbaine, - c'est-à-dire que 6% disposent d'un système collectif d'égouts et 61% d'installations individuelles, et que 31% de la population rurale utilisent des installations individuelles (fosses septiques, latrines, etc.)

Le Koweït signale que 95% de la population urbaine et 80% de la population rurale bénéficient de deux systèmes d'évacuation des excreta.

Le Liban signale qu'un certain nombre de systèmes sont projetés, mais n'ont pas encore été mis en service.

Le Pakistan Oriental signale que trois systèmes existent dans les zones rurales, soit: 1) système d'égouts; 2) fosses septiques; 3) latrines opérées à la main, et trois systèmes dans les zones rurales, soit: 1) fosses septiques; 2) latrines à fosse; 3) latrines forage.

Le Pakistan Occidental signale deux systèmes d'évacuation des excreta dans les zones urbaines: le système des égouts et celui des latrines; alors que dans les zones rurales, c'est exclusivement en pleins champs que s'effectue cette évacuation. 10% de la population urbaine est desservie par un système d'égouts et le restant dispose d'un système de latrines.

3. Contrôle des aliments (y compris le lait)

Les données fournies par les pays sur le contrôle des aliments sont présentées sous forme de tableau. (Tableau 4). On constate que le contrôle des aliments est exercé sur une échelle limitée et exclusivement dans les zones urbaines, à l'exception d'Israël, du Koweït et du Liban.

4. Renseignements d'ordre général sur l'élimination des déchets

Les renseignements reçus sont donnés ci-après:

Colonie d'Aden	Enlèvement au moyen de véhicules, déchargement et destruction par le feu.
Protectorat d'Aden	Les immondices sont parfois ramassés et déposés dans un endroit, en dehors des lieux habités; cependant l'organisation de l'élimination des déchets est laissée au hasard. Certaines villes plus évoluées incinèrent leurs immondices.
Côte française des Somalis	Dans les zones urbaines et les grands centres du territoire, les ordures sont transportées vers des champs d'épandage, où elles sont incinérées, ou bien laissées sur place pour être ensuite broyées et enfouies. Dans les zones rurales, aucun service d'élimination des immondices n'existe. Ce soin est laissé à de nombreux petits carnivores sauvages et aux oiseaux de proie.
Iran	Les excréations humaines sont éliminées dans des latrines à fosse; aucun traitement des déchets industriels n'existe.
Koweït	Deux moyens d'élimination des déchets existent: a) déversement et b) incinération
Liban	Déversement dans la mer ou en plein air.
Pakistan Oriental	Dans les zones urbaines, l'évacuation des ordures est faite par déversement ou par remblayage des dépressions de terrain. Dans les zones rurales, les ordures sont utilisées comme engrais et pour le remblayage des terrains bas.

TABLEAU 4 - Contrôle des aliments (y compris le lait)

Pays	Effectif en personnel engagé dans les activités de contrôle		Pourcentage de la population desservie	
	Urbain	Rural	Urbaine %	Rurale %
Colonie d'Aden	6 ¹⁾			
Protectorat d'Aden ²⁾	0	0	0	0
Côte française des Somalis ³⁾			100	0
Iran	100	0		
Israël	4	8	85	85
Jordanie	280	0	87	0
Koweït	150	3	100	100
Liban	13	22	90	30
Pakistan Oriental	409 ⁴⁾	54 ⁵⁾		
Pakistan Occidental	162	41 ⁶⁾		
Arabie Saoudite	30	0	40	0
Soudan	150	100		

1) A temps partiel.

2) Les ordonnances sanitaires confèrent aux médecins et au personnel sanitaire le pouvoir d'inspecter les boutiques.

3) Le contrôle des aliments était exercé à Djibouti-ville en 1960, sous la surveillance de l'inspecteur vétérinaire, assisté d'un biologiste, d'un chimiste et du personnel national qualifié.

4) Urbain: un inspecteur sanitaire pour chaque municipalité.

5) Rural: un inspecteur sanitaire pour chaque cercle sanitaire de thana.

6) Responsables tant des zones urbaines que des zones rurales.

Pakistan Occidental Ordinairement, les ordures ménagères sont jetées dans les rues et utilisées comme engrais dans les champs.

Arabie Saoudite Cette opération est entreprise uniquement dans les zones urbaines, au bénéfice d'environ 40% de leur population.

Soudan Dans les villes, les déchets sont ramassés deux fois par semaine.

5. Informations d'ordre général sur les mesures appliquées jusqu'ici dans le domaine de l'assainissement

Des informations à cet égard ont été reçues des pays ci-après:

Protectorat d'Aden. A Mukalla, des essais ont été faits pour mettre à l'abri des mouches les fosses d'aisance et les entassements de fumier qui se trouvent à l'intérieur des maisons.

Côte française des Somalis. Les recherches visant à une augmentation de l'approvisionnement en eau ont été intensifiées; la lutte contre les insectes, notamment les mouches et les moustiques (particulièrement le culex) et le contrôle des logements, sont assurés.

Des travaux de génie sanitaire ont été entrepris à Djibouti, consistant à remblayer les terrains où l'eau des pluies est susceptible de croupir.

Koweït. Examens médicaux périodiques des manipulateurs de denrées alimentaires; contrôle des abattoirs, aspersion des résidus pour détruire les mouches et autres insectes; éducation sanitaire du public par la distribution de prospectus et apposition d'affiches traitant d'hygiène.

Liban. Des mesures sont prises par les médecins et les techniciens de l'assainissement pour améliorer la situation sanitaire dans les zones rurales.

Pakistan Oriental. Dans les zones rurales, les terrains couverts de buissons et de savanes sont dégagés, et les citernes et les mares sont nettoyées.

Pakistan Occidental. Un département séparé de génie sanitaire a été créé pour établir des projets, dresser des plans, construire des systèmes d'écoulement des eaux et procéder à des travaux d'assainissement. Une somme

de Rs. 135 millions a été allouée dans le Second Plan Quinquennal (1960-1965) à l'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau et à l'assainissement dans les zones urbaines et rurales.

V MORBIDITE (Point 4 du Questionnaire)

1. Maladies dont la déclaration est obligatoire

Tous les pays ayant répondu au questionnaire ont donné des renseignements détaillés sur le nombre de cas notifiés de diverses maladies infectieuses. Ces données sont reproduites au Tableau 5.

Il est reconnu que la notification des maladies est, d'une manière générale, incomplète, et que le degré d'insuffisance varie d'un pays à un autre, et, dans un même pays, selon les diverses subdivisions géographiques qui s'y trouvent comprises, et enfin selon les diverses maladies. Les renseignements contenus dans le Tableau 5 doivent être interprétés avec grande circonspection.

La plupart des pays notifiant leurs cas de maladies infectieuses ont pu donner des renseignements portant sur la totalité du territoire sans spécifier s'il s'agit de zones urbaines ou rurales. Seuls, la Jordanie, le Pakistan Occidental, la République Arabe Syrienne et la République Arabe Unie ont été en mesure de donner ces spécifications. Pour les autres détails, il y a lieu de se reporter au Tableau 5.

Des informations sur la législation et les dispositions administratives visant à assurer la notification des maladies transmissibles ont été fournies par plusieurs pays. Ces données ne sont pas reproduites ici.

2. Nombre total de personnes atteintes de cécité et de surdité

Ces renseignements ne sont pas disponibles, d'une manière générale, dans les pays ayant fait l'objet de cette étude. L'Arabie Saoudite a donné une évaluation de la fréquence de la cécité; celle-ci atteint 2% de la population urbaine et 4% de la population rurale.

Le Protectorat d'Aden signale une fréquence très élevée des cas de cécité, tandis que la fréquence de la surdité n'est pas alarmante.

Une enquête sur la cécité, menée vers fin 1961, a établi le nombre des aveugles, en même temps que la proportion des chiffres ainsi obtenus par rapport à la population totale du pays :

	Nombre d'individus atteints de cécité	Pourcentage par rapport à la population totale
Ethiopie	90 000	0,45
Iran	280 000	1,39
Israël	4 500	0,21
République Arabe Syrienne	4 154	0,09
Tunisie	18 000	0,43
République Arabe Unie	37 179	0,14

3. Les vecteurs des maladies et la lutte contre ces vecteurs

Le questionnaire requiert des renseignements sur les vecteurs du paludisme, de la leishmaniose, de la filariose et de la bilharziose. Les renseignements reçus sur ce point du questionnaire sont résumés au Tableau 6. Les réponses se réfèrent évidemment à l'ensemble du territoire de chaque pays. Une répartition par zones urbaines et rurales n'a été reçue d'aucun pays.

En ce qui concerne les mesures prises jusqu'ici dans la lutte contre les vecteurs, l'Iran signale que les pulvérisations antianophélines à effet rémanent sont en cours, ainsi que la lutte contre les foyers d'autres vecteurs. Le Liban déclare avoir entrepris l'exécution des programmes de lutte contre les mouches et les moustiques.

Au Pakistan, des mesures antipaludiques ont été appliquées; elles consistent en opérations intensives et systématiques de pulvérisation d'insecticides effectuées en certaines zones choisies, dans la plupart des districts du pays. Un projet pour l'éradication du paludisme a été élaboré en coopération avec l'OMS, et le programme d'éradication a été mis en train. Le coût total du projet est estimé à 450 millions de Rs. et le programme doit, selon les prévisions, prendre fin au cours des quinze prochaines années.

De la République Arabe Unie ont été reçus les renseignements suivants, concernant les mesures de lutte contre les vecteurs:

a) Application de molluscicides sur les lieux où sont découverts des mollusques infectés de cercaria, quand on dispose d'une plus grande quantité de molluscicide, on l'applique aux ruisseaux infestés de mollusques dans un rayon de 500 mètres autour des villages.

b) Lutte contre les mollusques par des méthodes mécaniques - En coopération avec le Département de l'Irrigation (Ministère des Travaux publics) des mesures sont prises pour rendre les cours d'eau impropres aux mollusques.

	Colo- nie d'Aden	Protec- torat d'Aden	Côte franç. des Somalis	Iran	Irak	Israël
Tuberculose, toutes formes:(i)	...		884	9904	11588	802
Tuberculose, toutes formes:(ii)	980	2014	5231			1903
Syphilis et ses séquelles :(i)	57		365	21159 ⁷⁾	135	4
Syphilis et ses séquelles :(ii)		391	...		3497	299
Fièvre typhoïde	96	781	6	17454 ⁸⁾	1605	339
Choléra	0	0	0	0		
Scarlatine	0	0	0	1040	83	1995
Diphtérie	2	0 ⁴⁾	0	3389	1171	243
Coqueluche	6		20	19621	10483	4547
Infections méningococciques	21	0	2	391	493	22
Peste	0	0	0 ⁶⁾	5		
Lèpre:(i)	2		2 ⁶⁾	489	117	5
Lèpre:(ii)	...	207		2517		
Fièvre récurrente	3	0 ⁵⁾	0			42
Pian :(i)	1		0			
Pian :(ii)	...		0			
Poliomyélite	16	...	22	117	129	38
Encéphalite infectieuse	3	0	...		30	34
Variole	8	5 ⁴⁾	0	373		
Rougeole	3		45	35717	23540	5967
Fièvre jaune	0	0	0			
Rage chez l'homme	0	0 ⁴⁾	0		33	1
Trachome: (i)	...			57534		
Trachome: (ii)	...		55	...	332697 ¹⁰⁾	
Typhus	1	0	0	15	2	144
Paludisme: (i)	0		1	4381		23
Paludisme: (ii) cas récurrents	495 ¹⁾	2662	15		12185	9
Trypanosomiasse	0	0 ⁴⁾	0			
Maladies diarrhéiques parmi les enfants	...	4 ⁴⁾		82259 ⁹⁾	432697	
Dysenterie bacillaire	2471 ²⁾				525	
Amibiases	43 ³⁾	4 ⁴⁾			4093	
Schistosomiasse	41 ³⁾	308	0	...	16916	
Ankylostomiasse	3 ³⁾	0		...	8542	
Filariose	2 ³⁾	48	
Ascaris	4 ⁴⁾				194266	

Signification des symboles: (i) nouveaux cas
(ii) total des cas connus
... Données non disponibles.

Si aucun renseignement n'est donné,
l'espace est laissé en blanc.

TABLEAU 5 - Nombre de cas notifiés de diverses maladies, 1960

Jordanie			Koweït	Liban	Pakistan Occidental			Pakistan Orient
Total pour le pays	Urbains	Ruraux			Total	Urbains	Ruraux	Total
1098	855	243		388	15365	15365		24610*
9	4	5	845					9280*
			4					
1308	644	644	182	313	1267 ⁽¹⁴⁾	1267		27810
					6704	4516	2188	8856
11	9	2	7	14	5	5		686
150	108	42	15	156	28	28		3827
415	243	172	478		399	358	41	18790
81	69	12	16	22	2	2		3137
			0					3060*
10		10	2	9	7	7		1969*
			21					
51	13	38	0		0	0		8146
			0					0
			0					0
85	48	37	14	198	3	3		775
			0					0
			0					1086
2943	763	2180	995		688	274	414	15843
					404	404		0
					0	0		13497*
1		1		3				6313*
76148	24693	51455		102				
			0		0	0	0	739
306	266	40	38	11				1333437*
								0
								223752
			578	261 ⁽¹²⁾	30436 ⁽¹⁵⁾	30436 ⁽¹⁵⁾	(15)	79600
1293	889	404	561					238400
								0
7		7	171					27218
								5756

*) Total des cas

1) Infecté en dehors de la Colonie

2) Toutes formes de dysenterie

3) Admissions aux hôpitaux seulement

4) A l'état endémique dans la région

5) Cas de bejel constatés à proximité de la frontière de l'Arabie Saoudite

6) Cas importés

7) Positifs sérologiquement

Arabie Saoudite ¹⁰⁾	Soudan	République Arabe Syrienne			République Arabe Unie ¹³⁾		
		Total pour le pays	Urbains	Ruraux	Total pour le pays	Urbains	Ruraux
10191	10808				7336	5281	2055
754	127378	531	234	287			
829	763	806	526	280	14835	12658	2177
0		1290	538	752			
0		3	1	2	14	13	1
168	929	218	98	120	1167	826	341
3228	24841	546	285	261	1807	1073	734
160	1457	44	18	26	406	339	67
30	1263	22	2	20			
0	6				179	27	152
0	45155						
0							
4	328	52	21	31	865	762	103
	8						
47	316						
6571	46360	1016	452	564	17707	13158	4549
0	120						
5 ¹¹⁾	20				46	34	12
	259244						
0					151	52	99
9297	566134	137	32	105	1654	878	776
					555	141	414
0 ¹²⁾	262						
	151786	155125	64973	90152			
10017	182961 ¹²⁾						
87	47345	755	35	720	1455546	475395	980151
	12587				301182	115814	185368
	1281				50000	5000	45000
					982177	395098	587079

8) De 1955-1960, un total de 6525 cas de bejel

9) Y compris dysenterie bacillaire et amibiase

10) Les chiffres se réfèrent à 1959

11) On estime que 95% de la population est atteinte de trachome

12) Amibiase comprise

13) Les chiffres se réfèrent à 1955, à l'exception des chiffres pour la Schistosomiase, l'Ankylostomiase, la Filariose et l'Ascaris, qui se réfèrent à l'année 1960

14) Les chiffres donnés pour la "Typhoïde" se rapportent au "groupe entérique de fièvres"

15) Seule la dysenterie est une maladie infectieuse soumise à déclaration. On ne dispose pas de chiffres établis séparément pour la "Dysenterie bacillaire" et l'"Amibiase".

c) Education sanitaire, destinée à encourager la population à maintenir les voies d'eau débarrassées de toute végétation et à éveiller son intérêt pour l'amener à coopérer aux programmes.

d) Contre le paludisme, destruction des larves et aspersion des maisons.

VI INFORMATIONS D'ORDRE GENERAL SUR LES ZONES RURALES ET L'ECONOMIE RURALE
(Point 5 du Questionnaire)

1. Définition adoptée pour distinguer entre circonscriptions urbaines et circonscriptions rurales:

En Iran, on considère comme circonscription urbaine toute collectivité ayant une population de 5 000 habitants ou davantage; les autres circonscriptions sont considérées comme rurales.

La Colonie d'Aden est considérée comme formant exclusivement une circonscription urbaine.

En Israël, une population urbaine comprend toutes les localités ayant une population supérieure à 5 000 habitants, dont moins de 50% gagnent leur vie par l'agriculture, ou une population de 2 000 - 5 000 habitants dont moins d'un tiers gagnent leur existence par l'agriculture.

La "population rurale" comprend toutes les autres localités.

Au Pakistan, on entend par village toute circonscription dotée d'un statut particulier, ou qui a fait l'objet d'une évaluation séparée pour l'impôt foncier, ou qui a été spécifiquement déclarée par le Gouvernement constituer un "domaine", c'est-à-dire un village.

Concernant les autres pays de la Région, aucune définition spécifique n'existe pour distinguer entre circonscriptions urbaines et circonscriptions rurales, mais une liste est dressée de toutes les cités et villes considérées comme circonscriptions urbaines, tout ce qui n'y est pas compris étant considéré comme rural.

2. Nombre de collectivités rurales, leur population moyenne et type de leur dispersion:

Les informations obtenues sur ce point sont résumées au Tableau 7. On verra que le type d'organisation et de peuplement diffèrent considérablement d'un pays à un autre, et même à l'intérieur d'un même pays. Au Koweït

TABLEAU 6 - Vecteurs et hôtes intermédiaires des maladies

	<u>Paludisme</u>	<u>Leishamiose</u>	<u>Filariose</u>	<u>Bilharziose</u>
Protectorat d'Aden	A. gambiae A. sergenti A. dthali	Inconnu	Wuchereria bancrofti	B. contortus B. forskalii
Iran	A. culicifacies A. fluviatus A. maculipennis complex A. superpictus A. sacharovi, A. stephensi	Ph. papatasi Ph. perniciosus Ph. caucasicus several others	(Draconculosis) Cyclops coronatus Cyclops locarti several others	Bulinus truncatus
Liban	A. superpictus A. sacharovi			
Pakistan Oriental et Occidental	A. culicifacies A. stephensi A. superpictus A. fluviatus			
Pakistan, Oriental Occidental		Phlebotomus Sp.	Mosquito Culex	
République Arabe Unie	A. pharoensis A. sergenti	Ph. papatasi	Culex pipiens	

TABLEAU 7 - Nombre de collectivités rurales, leur population moyenne et type de dispersion

	<u>Nombre de commu- nautés rurales</u>	<u>Population moyenne</u>	<u>Type dispersion</u>
Protectorat d'Aden	-	300-3000	Dans certains "Wadis" (par exemple le Hadramhaut), les villages peuvent être distants d'un mille, tandis que dans des zones moins fertiles, les distances peuvent aller de 20 à 30 milles.
Côte française des Somalis	-	500	Les villages sont situés aux carrefours des routes de caravanes et reliés par des routes et pistes, dont la longueur est difficile à évaluer.
Iran	50 000	250	En moyenne de 15 à 20 kms.
Israël	827	450 Juifs 1 700 Arabes	
Jordanie	-	-	Dans les districts occidentaux et septentrionaux, les distances entre villages sont de 5 à 10 kms; dans les districts méridionaux, les villages sont plus dispersés.
Koweït	23	5 000	En moyenne 10 kms.
Liban	2 500	200	Environ 5 kms.
Pakistan Oriental	61 424	783	En moyenne 1 mille
Occidental	35 412	782	Varie énormément
Arabie Saoudite	3 600	1 500	
République Arabe Syrienne	6 100	500	En moyenne de 10 à 15 kms.
République Arabe Unie	4 000	4 000	Environ 3 kms.

et dans la République Arabe Unie les villages sont généralement importants, avec une population moyenne de 4 à 5 000 habitants; de plus, en République Arabe Unie, ils sont situés, à de courtes distances l'un de l'autre. Dans la République Arabe Syrienne, et particulièrement en Iran, les villages sont généralement beaucoup plus petits, avec une population de quelques centaines d'habitants, et plus dispersés. Dans la Péninsule arabique, les villages ont une population moyenne d'environ 1 500 habitants.

3. Types d'agriculture et récoltes courantes, y compris l'importance relative des divers types

Les données figurant sous ce titre ont été établies sur la base des chiffres publiés dans l'Annuaire de la Production, de 1960, Vol. 14, FAO.

Le Tableau 8 indique la superficie totale pour chacun des pays de la Région et la distribution de cette superficie totale selon les diverses formes d'utilisation des terres.

Par "terre arable et vergers", on entend les terres consacrées aux cultures (les superficies à double culture n'étant comptées qu'une fois), les terres provisoirement en jachère, les prairies temporaires à faucher ou destinées au pâturage, les terres cultivées en jardins maraîchers ou potagers (y compris la culture sous verre), les superficies plantées en arbres fruitiers, les vignobles, les buissons et plantations de caoutchouc.

Par "prairies et pâturages" on entend des terres consacrées à la culture des herbacées fourragères, autres que les herbages d'assolement et les trèfles.

Par "forêts et terrains boisés", on entend toutes les terres portant des peuplements naturels ou artificiels d'arbres et présentant un intérêt immédiat ou potentiel.

"Terres susceptibles d'utilisation" : la plupart du temps, cette catégorie est déterminée de façon subjective par les gouvernements dont émane le rapport, et englobe aussi bien des terres actuellement en cours d'aménagement que des terres susceptibles d'être mises ultérieurement en culture, ou utilisées pour des forêts.

Par "terrains bâtis, terres inutilisables, etc.", on entend les terres occupées par les bâtiments, parcs et jardins d'agrément, routes, chemins, landes, terrains vagues et eaux intérieures.

TABLEAU 8 - Superficies totales et leur distribution au point de vue des diverses
catégories d'utilisation des terres

Pays	Année	Superficie totale en milliers d'hectares	Distribution de la superficie totale en pourcentage					Total
			Terre arable et récoltes des arb.fruit.	Prairies et paturages	Forêts et terrains boisés	Terres susceptibles d'utilisation	Terrains bâties, terres inutilisables etc.	
			%	%	%	%	%	%
Colonie d'Aden	1955	21	-	-	-	...	100,0	100,0
Protectorat d'Aden	1956	29 008	0,4	62,1	...	0,0	37,5	100,0
Bahreïn	1959	60	...	...	-	...	100,0	100,0
Chypre	1958	925	46,9	10,1	18,5	3,3	21,2	100,0
Ethiopie	1959	118 432	9,7	49,6	3,7	7,3	29,7	100,0
Côte franç. des Somalis	1959	2 200	-	11,1	5,5	...	83,4	100,0
Iran	1950	163 000	10,3	6,1	11,7	20,2	51,7	100,0
Irak	1955	44 444	12,3	2,0	4,0	27,2	54,5	100,0
Israël	1959	2 070	19,4	38,6	3,5	...	38,5	100,0
Jordanie	1954	9 661	9,2	7,7	5,4	4,2	73,5	100,0
Koweït	1949	1 554	...	...	...	...	100,0	100,0
Liban	1959	1 040	26,7	...	8,0	35,0	29,4	100,0
Libye	1959	175 954	1,7	4,5	0,3	...	93,5	100,0
Cyrénaïque	1957	85 554	0,6	0,6	0,5	...	98,3	100,0
Tripolitaine	1959	25 000	10,0	30,0	0,0	...	60,0	100,0
Fozzan	1959	65 400	0,1	-	-	...	99,9	100,0
Mascate & Oman	1948	21 238	...	...	0,4	...	99,6	100,0
Pakistan	1957	94 625	26,2	...	2,7	11,3	59,8	100,0
Katar	1947	2,201	...	...	...	...	100,0	100,0
Arabie Saoudite	1952	160 000	0,1	58,0	0,3	...	41,6	100,0
Somalie								100,0
(ex-britannique)	1956	17 612	0,5	48,8	46,3	...	4,4	100,0
(ex-italienne)	1957	46 154	1,9	25,9	13,5	37,1	21,6	100,0
Soudan	1954	250 582	2,8	9,6	36,5	16,0	35,1	100,0
République Arabe Syr.	1959	18 448	29,8	29,1	2,4	16,6	22,1	100,0
Etat s/ régime de traité	1947	8 360	...	...	...	...	100,0	100,0
Tunisie	1957	12 518	39,3	0,8	7,8	24,0	28,1	100,0
République Arabe Unie	1957	100 000	2,6	-	0,0	0,5	96,9	100,0
Yémen	1947	19 500	...	...	0,8	...	99,2	100,0

TABLEAU 9 - Superficies affectées à la production de céréales, 1959/60 -
par milliers d'hectares

Pays	Froment	Orge	Avoine	Maïs	Millet et Sorgho	Riz (paddy)	Total
Protectorat d'Aden	3	2	-	-	T 28	-	33
Chypre	...	61	...	-	-	-	...
Ethiopie	17 ¹	32 ¹	...	12 ¹	T 173 ²	-	234
Iran	...	...	-	...	M ...	259	...
Irak	1 490	1 091	-	4	M 5 S 8	63	2 661
Israël	62	57	1	3	523	...	146
Jordanie	260	80	-	-	S ...	-	...
Liban	66	18	...	10	S 3	...	...
Libye: Cyrénaïque	125	145	-	-	-	-	270
Tripolitaine	58	286	-	1	T 3	-	348
Fezzan	-	-	-	-	T 1	-	-
Pakistan	4 921	217	-	485	M 805 S 456	9 763	16 647
Somalie							
(ex-britan.)	-	-	-	-	T ...	-	...
(ex-italienne)	-	-	-	80	T 305	-	385
Répub. Arabe Syrienne	1 422	727	5	9	T 58	1	2 222
Tunisie	1 328	789	18	-	S 16 ³	-	2 151
Répub. Arabe Unie	620	59	-	781	S 196	306	1 962

Notes:

¹Erythrée seulement

²Y compris le "teff" (*Eragrostis abyssinica*)

³Y compris le maïs

M = Millet

S = Sorgho

T = Millet et sorgho

TABLEAU 10 - Cheptel par milliers de têtes

Pays	Année	E s p è c e					
		Bovidés	Moutons	Chevaux	Mulets et ânes	Chameaux	Volaille
Chypre	1959	-	394	-	-	-	-
Ethiopie ¹	1957	23 070	21 755	1 170	4 610	-	-
Iran	1954	5 000	17 750	370	1 393	410	...
Irak	1956	-	9 221	-	492	200	...
Jordanie	1958	-	689	-	-	-	-
Libye	1959	-	1 225	-	-	-	-
Pakistan	1959	23 820	6 662	595	999	454	11 345
Soudan	1958	7 247	7 846	-	574	-	-
République Arabe Syr.	1959	-	5 912	97	304	76	2 973
Tunisie	1957	544	3 026	82	250	266	6 000
République Arabe Unie	1957	1 390	1 259	45	961	162	60 785

¹ A l'exclusion de l'Erythrie

Le Tableau 9 donne des indications sur les superficies utilisées pour la production des diverses variétés de céréales, et le Tableau 10 sur le cheptel, par rapport aux pays où ces renseignements sont disponibles.

4. Etat général de la nutrition dans les circonscriptions rurales:

L'état général de la nutrition pour les divers pays peut se résumer comme suit:

Protectorat d'Aden	Les écoliers dans les zones rurales sont d'un poids insuffisant mais présentent rarement des signes évidents d'avitaminose. Le kwashiorkor classique y est inconnu.
Côte française des Somalis	Le niveau général de la nutrition est médiocre (produits laitiers, maïs et rarement viande).
Iran	D'une manière générale, médiocre.
Jordanie	Satisfaisant, à l'exception des régions méridionales où vivent des tribus nomadiques. Le bon climat compense l'insuffisance de la nutrition.
Koweït	Le poisson constitue la nourriture principale, avec le pain ou le riz, le lait et les dattes. Les viandes de mouton et de chamcau sont plus consommées que les viandes de boeuf ou de chèvre. Les fruits et les légumes sont rares et importés des pays avoisinants.
Liban	<p><u>Consommation des hydrates de carbone:</u> les céréales, notamment le grain de froment "Borghul", forment la base de l'alimentation. La consommation de pain est élevée, conformément à la pratique courante dans le monde oriental. C'est le cas spécialement pour les zones rurales. Le riz est également de consommation courante.</p> <p><u>Protéines animales:</u> la consommation de produits laitiers, spécialement du fromage blanc libanais, "lebna" et "yoghourt", est courante. Ils forment un élément constitutif important de l'alimentation dans tout le pays, et remplacent dans une certaine mesure la consommation de lait, surtout dans les régions rurales. La consommation de viande est plus élevée dans les zones urbaines. La viande de mouton d'abord, puis</p>

celle de boeuf sont les plus communes. La viande est également consommée crue, sous forme de "Kibba crue". La viande de porc est limitée, la volaille et les oeufs sont consommés dans les régions rurales; la consommation des oeufs est élevée. Le poisson existe dans les régions côtières, mais est relativement coûteux, ce qui limite sa consommation. La production massive de fruits représente un aliment supplémentaire appréciable.

Graisses: La graisse animale, le beurre et l'huile d'olive sont les sources principales de graisse. Les huiles hydrogénées sont d'un usage de plus en plus répandu.

Le niveau de la nutrition est bon et les maladies par carence ne sont pas aussi communes que dans les autres pays de la Région. Au début de 1961, une enquête sur la nutrition a été entreprise au Liban, dont les résultats n'ont pas encore été publiés.

Pakistan Oriental	Insatisfaisant.
Pakistan Occidental	Passable, d'une manière générale. La nourriture principale est constituée par le froment et d'autres céréales, telles que le maïs et le millet.
Arabie Saoudite	Pauvre, d'une manière générale.
République Arabe Syrienne	Le régime ordinaire dans les régions rurales est tout à fait riche, étant composé habituellement de pain, de viande, de céréales, de lait et de ses dérivés, de légumes et de quelques fruits.

Des renseignements sur les disponibilités nettes en denrées alimentaires, figurent dans l'Annuaire statistique des Nations Unies, par rapport à certains pays de la Région, notamment Chypre, Israël, la Libye, le Pakistan et la République Arabe Unie. Ces renseignements sont reproduits au Tableau 11.

5. Systèmes d'irrigation dans les pays, avec indication de leur influence éventuelle sur l'incidence des maladies endémiques

Au Tableau 12 est indiquée la superficie irriguée en milliers d'hectares, selon l'Annuaire de la Production de la FAO, pour 1960.

TABLEAU 11 - Disponibilités nettes en produits alimentaires par habitant

Pays	Année	Céréales (en équival.) de farines	Pommes de terre etc	Sucre (raffiné)	Légumes secs et noix	Viande	Lait		Corps gras huiles	Calories	Protéine		
			K i l o g r a m m e p a r a n n é e								par jour		
			Total %	d'origi- ne anima- le	Grs								
Chypre	1955	149	36	16	13	28	2	2	13	2 590	13	68	
Israël	1957/58	124	45	27	9	26	5	5	16	2 750	17	84	
Libye Cyrénaïque	1958	109	8	33	6	8	6	5	5	2 090	16	55	
Pakistan	1958/59	139	3	14	7	4	2	2	4	1 810	9	43	
République Arabe Unie	1957/58	188	10	12	12	14	3	2	5	2 640	7	78	

TABLEAU 12 - Superficie sous irrigation et pourcentage de superficie irriguée par rapport à la totalité des terres arables

Pays	Année	Superficie sous irrigation	
		Total en milliers d'hectares	Pourcentage par rapport à la totalité des terres arables
Chypre	1958	80	18,4
Ethiopie	1958	48	0,4
Iran	1955	1 600	9,5
Irak	1956	2 800	51,3
Israël	1959	126	31,4
Jordanie	1955	32	3,6
Liban	1959	71	25,5
Libye Cyrénaïque Tripolitaine	1958	2	0,4
	1959	100	4,0
Pakistan	1958	10 036	40,4
Somalie ex-italienne	1957	146	17,0
Soudan	1955	2 409	33,9
Répub. Arabe Syr.	1959	476	8,7
Répub. Arabe Unie	1957	2 610	100,0

Cette superficie a été comparée avec la superficie totale de terres arables et de vergers, Tableau 8, et le pourcentage des superficies irriguées, par rapport aux terres arables, a été calculé.

On verra que toute la superficie agricole dans la République Arabe Unie est irriguée. En Irak, la moitié des superficies agricoles est sous irrigation, et en Israël, au Pakistan et au Soudan, environ un tiers des superficies cultivables est sous irrigation.

L'irrigation est également importante à Chypre, au Liban et en Somalie.

Les renseignements suivants sur l'irrigation ont été reçus de chacun des pays ayant répondu au questionnaire.

Protectorat d'Aden	L'irrigation se fait par le système de l'inondation et celui des puits. Le premier est pratiqué au moyen de barrages primitifs, dans la région de plantation de coton d'Abya, le système des barrages est permanent et parfaitement organisé. L'eau est tirée des puits par des animaux ou au moyen de pompes mécaniques.
Côte française des Somalis	Pas d'irrigation, en raison de la rareté de l'eau.
Iran	Ghanat.
Jordanie	Les récoltes dépendent de la chute des pluies dans la plus grande partie du pays. Dans la vallée et les plaines du Jourdain, la culture des légumes dépend de l'irrigation.
Koweït	Pas d'irrigation.
Liban	Dépend généralement des : 1) fleuves, 2) eaux des pluies. 3) puits. Depuis 1940, une étude portant sur certains projets d'irrigation à grande échelle a été entreprise. Il s'agit des projets suivants: a - projet du fleuve Litani b - projet de Kasbiya c - Lac Yammouna, dans la Bekaa d - projet d'irrigation de la plaine d'Akkar, par le fleuve Elbarid.

Dans les autres parties du pays, les projets d'irrigation sont généralement plus réduits, et dépendent de l'eau des puits et des fleuves. En l'état actuel de l'irrigation, la bilharziose ne constitue pas encore un problème pour le pays, quoique certains chercheurs aient rencontré le *Bulinus* dans des zones circonscrites, ainsi que des cas de bilharziose parmi les réfugiés de Palestine. En 1961, quelques cas de bilharziose ont été signalés du Sud, du village de Sarafand et de ses environs. La situation fait l'objet d'une enquête.

Pakistan Oriental

L'irrigation est faite au moyen d'eaux de pluies, de rivières et de canaux, ce qui favorise souvent la prolifération des moustiques. Un important projet d'irrigation est en cours d'exécution dans les districts de Kushtia et Jessore.

Pakistan Occidental

Les canaux, puits et étangs sont utilisés pour l'irrigation. Les eaux stagnantes forment des foyers de prolifération pour les vecteurs du paludisme. Les infections intestinales sont fréquentes dans les régions irriguées par les canaux.

République Arabe
Syrienne

L'irrigation dans le nord du pays est pratiquée au moyen des eaux provenant des fleuves, ce qui augmente la propagation de la bilharziose. Les anophèles pullulent dans les plantations de riz. Un autre problème majeur, dans le domaine de l'irrigation, par rapport aux maladies intestinales endémiques, se pose dans les villages entourant Damas, Homs et Hama, par suite de la pollution des fleuves principaux utilisés pour l'irrigation des légumes.

République Arabe
Unie

L'irrigation pérenne est le type prédominant; l'irrigation par bassins est appliquée seulement dans certains Gouvernorats. L'irrigation pérenne doit être étendue après l'achèvement des travaux du Haut Barrage, ce qui entraînera probablement une augmentation de l'infection par les schistosomes (particulièrement du type mansonien) et les ankylostomes.

6. Types de logements, particulièrement sous le rapport de l'assainissement dans les circonscriptions rurales

Des renseignements sur la relation existant entre le logement et l'assainissement ont été reçus de la République Arabe Syrienne et du Pakistan Occidental seulement.

Dans la République Arabe Syrienne, les maisons dans les régions rurales consistent pour la plupart en murs et planchers faits de boue et de toitures faites de bois et de chaume. Ce type de logement est un foyer favorable pour les insectes et les rongeurs.

Ces maisons sont généralement pauvrement aérées et éclairées; elles manquent d'installations sanitaires, et l'évacuation des excréta humains est, d'une manière générale, défectueuse.

Au Pakistan Occidental, la population vit dans des maisons de boue, des huttes et autres constructions similaires. La plupart des habitations sont composées d'une seule pièce et aucun système d'adduction d'eau n'existe.

VII ACTIVITES GOUVERNEMENTALES A L'ECHOLON NATIONAL EN VUE DE L'AMELIORATION DE L'HYGIENE RURALE (Point 6 du Questionnaire)

Les questions spécifiques figurant sous ce titre et les renseignements reçus sont reproduits au Tableau 13. Les pays ayant répondu "Oui" ou ayant donné des renseignements supplémentaires sont indiqués par le signe "+", tandis que ceux ayant répondu "Non" sont indiqués par le signe "-"; si aucune information n'est donnée, l'espace est laissé en blanc.

1. Ministère spécial pour les Affaires municipales et rurales:

Un tel ministère existe dans la plupart des pays. En Iran, au sein du Ministère de l'Intérieur, un Conseil central de Développement est responsable de l'élaboration des plans et de la mise en oeuvre des projets d'assistance sociale aux communautés rurales relevant de conseils de villages. Le travail s'accomplit par l'intermédiaire de "Dehyars" spécialement formés à cette tâche.

En Israël, il n'existe pas un Ministère spécial pour les Affaires municipales rurales. La Division des Municipalités locales au Ministère de l'Intérieur s'occupe des circonscriptions tant urbaines que rurales.

En Jordanie, la responsabilité des affaires municipales est assumée par le Ministère de l'Intérieur. Les Affaires rurales constituent une section du Ministère de l'Agriculture, comportant une section spéciale pour le développement communautaire.

Au Koweït, le Département des Municipalités est responsable des affaires rurales, et collabore avec le Département de l'Hygiène publique dans certains services sanitaires.

Au Pakistan, les Municipalités ou de petits Conseils de districts s'occupent de problèmes d'assainissement général dans la région.

Dans la République Arabe Syrienne, il existe un Ministère spécial pour les Affaires municipales et rurales, composé des quatre départements suivants:

- a) département municipal, s'occupant de l'assainissement des villes et villages, des jardins publics, du trafic, etc.
- b) département de génie sanitaire
- c) département du plan et du logement
- d) département mécanique et électrique

Les fonctions du ministère s'exercent en matière de planification et de surveillance. Ses réalisations sont surtout dans les domaines de l'approvisionnement des régions rurales en eau et en électricité. Les projets de logement sont encore en voie de développement.

2. Agence spéciale s'occupant de l'hygiène rurale au Ministère de l'Hygiène publique

En Côte française des Somalis, une Division d'Hygiène publique rattachée au Ministère de l'Hygiène assume la charge des problèmes d'hygiène rurale. Cette division collabore étroitement avec les diverses autorités administratives du territoire.

En Israël, la Division de l'Administration des Services régionaux, auprès du Ministère, s'occupe des questions d'hygiène, tant dans les districts urbains que dans les districts ruraux.

Au Koweït, une division d'hygiène préventive du département de l'hygiène publique s'occupe particulièrement de l'hygiène rurale.

Au Liban, les soins médicaux pour les régions rurales sont du ressort du Directorate des Soins médicaux auprès du Ministère de la Santé. Les Services de Prévention (Départements sanitaires de Kadahs) sont sous le contrôle de la Direction de la Médecine préventive. Ces deux départements sont placés sous l'autorité du Directeur général du Ministère, qui exerce un contrôle par l'intermédiaire des bureaux sanitaires de province, - ce qui constitue une première étape vers la décentralisation.

Au Pakistan Occidental, l'organisation de l'hygiène rurale est assurée par l'intermédiaire des démocraties de base (Conseil de l'Union, Conseils de Tehsils et Conseils de Districts), ainsi que par l'intermédiaire du Bureau sanitaire du Pakistan Occidental. Le Bureau sanitaire est responsable du développement des systèmes d'approvisionnement en eau et de drainage.

En Arabie Saoudite, le Département de l'Assainissement, assisté des conseils d'un expert de l'OMS, attaché à un projet d'assainissement sur le terrain, s'occupe des problèmes sanitaires ruraux.

Dans la République Arabe Syrienne, le Département de l'Hygiène rurale du Ministère de l'Hygiène est responsable du développement et de l'organisation des services d'hygiène dans treize villages de la Guita Charkia. Le Département de l'Hygiène rurale a intégré toutes les activités de cette région, notamment les soins médicaux, l'hygiène maternelle et infantile, l'éducation sanitaire, l'assainissement, la formation du personnel sanitaire, les services de laboratoires et les statistiques démographiques et sanitaires.

Dans la République Arabe Unie, l'administration générale de l'hygiène rurale relevant du Ministère de l'Hygiène est composée des deux administrations suivantes:

a) Administration des Centres d'Hygiène, qui est responsable de la surveillance technique des centres d'hygiène dans tous les gouvernorats, ainsi que de l'étude des moyens d'améliorer tous les services existants.

b) Administration du Génie sanitaire, responsable de l'élaboration des programmes d'assainissement dans les régions rurales, par l'intermédiaire d'unités qui s'occupent de généraliser l'installation de lieux d'aisance hygiéniques et la fourniture d'eau potable, ainsi que de la surveillance technique de ces programmes.

3. Coopération, dans le domaine de l'hygiène rurale, d'autres ministères avec le Ministère de la Santé publique

Une telle coopération existe, en pratique, dans tous les pays ayant envoyé leur rapport. Elle s'exerce, particulièrement, avec les Ministères de l'Agriculture, de l'Education et des Affaires sociales.

4. Comité de coordination des travaux des diverses agences gouvernementales pour favoriser l'hygiène rurale:

Un tel comité existe en Iran, en Jordanie, au Pakistan Occidental et en Arabie Saoudite.

En Iran, un Conseil pour le Développement rural a été créé au Ministère de l'Intérieur.

En Jordanie, des comités ont été créés, composés d'un chef d'administration, d'un médecin, d'un ingénieur de district et d'un membre du Département de Développement des Communautés.

Au Liban, aucun comité n'a été créé pour la coordination des travaux avec les autres agences gouvernementales, à l'échelon central. Cependant, une coopération étroite est établie avec les Kaimmekams (Administrateurs) des Kadas, à l'échelon local.

Au Pakistan Occidental, la coordination est assurée par l'intermédiaire des Conseils de Division, formés en vertu de l'Ordonnance de 1959 sur les Démocraties de Base.

En Arabie Saoudite, un Bureau supérieur pour les projets d'assainissement assure cette catégorie d'activités.

VIII SOCIÉTÉS COOPÉRATIVES SANITAIRES DE VILLAGE (Point 7 du Questionnaire)

L'existence de sociétés coopératives sanitaires est signalée dans le Pakistan Occidental et la République Arabe Unie.

Le Pakistan Occidental rapporte que le nombre de sociétés coopératives sanitaires est de 98 et que le pourcentage de la population rurale desservie est de 0.3 %. Ces sociétés, qui gèrent des dispensaires de bienfaisance, sont entretenues par le Département d'hygiène, dont elles reçoivent une subvention de 600 000 Rs par année. Elles emploient des médecins à temps partiel et distribuent gratuitement les médicaments.

Dans la République Arabe Unie, le nombre de ces sociétés est de 17, mais on en projette l'extension à tous les villages situés à trois kilomètres ou davantage d'un service sanitaire et ayant une population d'environ 5 000 habitants. Ces sociétés sont entretenues par le Ministère de l'Hygiène. Un médecin y travaille à temps partiel et des médicaments y sont distribués à un prix réduit.

TABLEAU 13 - Activités gouvernementales à l'échelon national
visant à favoriser l'hygiène rurale

	République Arabe Unie	République Arabe Syrienne	Soudan	Arabie Saoudite	Pakistan Occidental	Pakistan Oriental	Liban	Koweït	Jordanie	Iran	Côte française des Somalis
1. Ministère spécial pour les Affaires municipales et rurales. Son organisation et ses fonctions sont-elles décrites?	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-
2. Agence spéciale du Ministère de l'Hygiène s'occupant d'hygiène rurale. Sa composition et ses fonctions sont-elles décrites?	+	+		+	+	-	+	+	-	-	+
3. Les autres ministères coopèrent-ils avec le Ministère de la Santé? Renseignements sur l'étendue de la coopération.	+	-		+	+	+	+	+	+	+	+
4. Comité de Coordination pour l'Hygiène rurale. Sa composition et ses fonctions sont-elles décrites?		-		+	+	-	-	-	+	+	-

IX SERVICES SANITAIRES DANS DES REGIONS RURALES (Point 8 du Questionnaire)

Sous cette rubrique du questionnaire, il a été demandé aux pays des informations sur les différents types de services sanitaires existant dans le pays, avec une description de leur effectif en personnel, des activités des services d'hygiène rurale, de leur intégration dans l'organisation générale de la santé publique, de leur matériel, ainsi que de leurs revenus et leurs dépenses.

A l'exception de l'Arabie Saoudite, des réponses détaillées ont été reçues de tous les pays ayant fait rapport. Ces réponses, résumées par pays, sont reproduites ci-après:

Protectorat d'Aden

Les services sanitaires, standardisés sur l'ensemble du territoire du Protectorat, se composent généralement de trois pièces. Une est réservée aux femmes et aux enfants, une autre aux hommes et la troisième est utilisée comme dépôt et laboratoire simple.

Ces services sont, selon le cas, construits en boue, pierre et blocs de béton creux. On constate maintenant une tendance de plus en plus marquée vers la construction de nouveaux services sanitaires en blocs de béton creux.

Les services ruraux de santé sont pourvus d'un assistant sanitaire. On espère que, dans l'avenir, les services desservant des circonscriptions à population nombreuse auront deux assistants sanitaires, ce qui permettra à l'un d'eux d'être constamment en tournée.

Les services les plus importants devraient être pourvus par trois assistants, dont deux hommes et une femme, mais ceci n'est pas encore réalisable.

Les assistants sanitaires remplissent des fonctions d'ordre général et sont chargés de toutes les questions d'hygiène dans leur circonscription. Ils soignent les malades, immunisent les écoliers, luttent contre les épidémies et donnent des avis au personnel administratif local sur l'hygiène du milieu. Tous les services se trouvent à portée des transmetteurs militaires de radio, et toutes les fois qu'un problème dépassant leur compétence se présente ils lancent un appel d'assistance. Les signaux sont captés par le Bureau de Siège des Services d'Hygiène du Protectorat, situé à Aden. Une assistance est fournie pour l'établissement du diagnostic et si un cas nécessite l'évacuation

vers Aden, une permission est accordée pour le transport du cas par air. Le voyage peut s'effectuer soit par les vols internes réguliers de l'Aden Airways, soit par un avion affrété spécialement et fourni par la Royal Air Force.

Il est fourni aux services ruraux d'hygiène des médicaments, du lait procuré par le FISE, des vitamines et des suppléments de médicaments, un stérilisateur, un réchaud "Primus", un microscope, un centrifugeur à main, des darviers, des seringues, des pèse-bébés, des scalpels et des pinces à dissection et à pansement. Les médicaments comprennent des sulfamides (y compris la variété sulphamethoxy-pyridazine à action prolongée), la pénicilline, la streptomycine et le pasinah (pour la tuberculose seulement), les sulfones (pour la lèpre), de l'onguent ophtalmique (chlorempheicol), du fer (sulfate ferreux), des vitamines, de la morphine, de la pethidine, etc.

Les dépenses occasionnées par les services ruraux d'hygiène sont difficiles à évaluer.

Côte française des Somalis

L'hygiène rurale incombe aux divers centres médicaux à l'extérieur de Djibouti. Ces centres sont dirigés et surveillés par un médecin, avec l'assistance d'un infirmier local. Chaque collectivité séparée est dotée d'un poste médical ou d'un dispensaire construit en briques et équipé techniquement pour le traitement et l'isolement des malades.

Il existe huit dispensaires et deux avant-postes médicaux dans les régions rurales. Ceux-ci assurent la vaccination antivariolique, qui est obligatoire, la vaccination au BCG, et exercent des activités dans les domaines de l'assainissement et l'hygiène. La médecine curative et l'hygiène maternelle et infantile sont les activités essentielles du centre rural d'hygiène.

Il existe, en outre, des groupes mobiles, dirigés chacun par un médecin, exerçant leurs activités dans les domaines de la médecine sociale et du travail, de l'éducation sanitaire de base, de la nutrition et des recherches ethnologiques.

La base de l'organisation de santé publique du territoire est l'hôpital territorial de Djibouti, où sont assurés tous les services spécialisés, en collaboration avec la Direction de la Santé publique.

Les centres ruraux d'hygiène sont pourvus d'un matériel de base, comprenant des appareils de pulvérisation, d'aspersion, d'aérosol, de stocks d'insecticides et de désinfectants.

Des fournitures sont reçues, sur demande, des services territoriaux d'hygiène. Tous les services sont assurés gratuitement, et il est difficile d'en évaluer le coût, qui varie considérablement d'une année à l'autre.

Iran

En 1959, 953 services sanitaires, au total, existaient dans le pays. Sur ce nombre, 598 sont gérés par le Ministère de la Santé, et les 355 services restants par d'autres organismes, tels que le Lion et le Soleil Rouges et autres agences bénévoles.

Ces services exercent des activités principalement curatives, et sont établis, pour la plupart, dans les circonscriptions rurales.

Il y a également 29 centres sanitaires, pour la plupart, dans des villes. Le travail de ces centres est surtout préventif et consiste en immunisations, hygiène maternelle et infantile, soins infirmiers, lutte anti-tuberculeuse, lutte antivénérienne, lutte contre les maladies transmissibles, assainissement et services de laboratoires d'hygiène publique.

La plupart de ces centres sont relativement bien pourvus en personnel expérimenté. Certains d'entre eux sont utilisés pour la formation professionnelle et la démonstration.

L'objectif général envisagé pour l'avenir est de convertir les services sanitaires actuels en centres complets, s'occupant de la prophylaxie, du diagnostic, du traitement et de la readaptation. On projette d'utiliser toutes les ressources sanitaires pour l'organisation d'un système territorial hiérarchisé, destiné à assurer des activités multiples.

Israël

Environ 80% de la population totale et 90 à 100% de la population rurale sont desservis par des projets d'assurance sanitaire volontaire (y compris l'hospitalisation). Les services comportent les dispensaires de villages, les cliniques locales et de district et les centres sanitaires avec service intégré. Les institutions d'assurance sanitaire se préoccupent principalement des services curatifs, tandis que la médecine préventive et les immunisations, l'hygiène maternelle et infantile, la lutte contre la tuberculose, contre les maladies vénériennes et contre les vecteurs sont du ressort des services gouvernementaux.

Jordanie

Le Royaume Hashémite de la Jordanie est divisé en sept districts. Chaque district est dirigé par un médecin principal, qui contrôle les sous-districts, les hôpitaux et les services sanitaires ruraux.

Les circonscriptions urbaines sont dotées d'installations hospitalières, de cliniques générales, de centres d'hygiène maternelle et infantile et d'inspection sanitaire.

Le tableau ci-après indique le nombre et le type de cliniques gouvernementales:

	<u>Urbaines</u>	<u>Rurales</u>	<u>Total</u>
Consultations générales	33	86	119
Centres d'hygiène maternelle et infantile	16	13	29
Groupes mobiles	-	1	1

La plupart des services de consultation et des centres ruraux sont pris en location par le Ministère de l'Hygiène. Une faible proportion est gérée par les conseils locaux ou les villages. Un petit nombre de services de consultations en maçonnerie sont en voie de construction par les soins du Département de Développement communautaire.

Effectif en personnel:

Les services sanitaires ruraux sont desservis par le personnel suivant:

a. Consultations rurales générales: un médecin visiteur, une ou deux fois la semaine. Un infirmier, en permanence, et un nettoyeur. Une infirmière est affectée aux grandes cliniques.

b. Centres d'hygiène maternelle et infantile: une ou deux sage-femmes diplômées et une domestique y sont affectées en permanence. Un médecin visite ces centres une ou deux fois par semaine.

c. Groupe mobile: un groupe mobile dessert les districts ruraux éloignés: il consiste en un médecin, une sage-femme diplômée et un aide.

Une doctoresse est spécialement affectée aux centres d'hygiène maternelle et infantile.

Tout le personnel travaillant dans ces services de consultations reçoit une formation professionnelle spéciale pour le travail sur le terrain.

La ligne de conduite du Ministère de l'Hygiène est d'élargir et étendre, d'année en année, les services ruraux d'hygiène, au fur et à mesure de la disponibilité des crédits.

Activités:

a. Des inspecteurs sanitaires ayant reçu une formation professionnelle spéciale sont détachés pour le dépistage des maladies transmissibles dans les zones rurales et pour la vaccination contre la variole et d'autres maladies.

b. L'assainissement est entrepris par une section spéciale (division d'assainissement) par les soins de ses propres inspecteurs.

c. Les maladies endémiques sont traitées par les médecins, chacun dans son propre district. Une campagne spéciale antituberculeuse est en cours sur tout le territoire.

d. La médecine curative est assurée par toute une série de services de consultations où les soins médicaux sont dispensés et les médicaments distribués gratuitement.

e. Les questions relevant de l'hygiène maternelle et infantile sont traitées sur place. Les cas difficiles sont renvoyés aux maternités.

f. Les enquêtes sur la tuberculose ont été menées dans le pays, les cas positifs ont été enregistrés et ont fait l'objet de soins médicaux et sociaux.

Les maladies vénériennes ne sont pas courantes et elles ont diminué d'importance depuis que la pénicilline a été distribuée sur une vaste échelle.

Les ophtalmies transmissibles seront bientôt enrayées, grâce à un nouveau projet, qui est sur le point d'être mis en vigueur. Les malades fréquentent les services de consultation de village pour un traitement régulier.

g. La lutte contre les vecteurs est entreprise, là où elle s'impose.

h. Environ 90% de la population du pays sont desservis par les divers services d'hygiène.

Un projet d'éradication du paludisme fonctionne sous la direction d'un département bien pourvu en personnel, en liaison avec l'OMS et le FISE.

Des facilités pour le renvoi des cas aux hôpitaux et laboratoires sont étendues aux services de consultation de village, sans frais.

Chaque consultation d'hygiène rurale est pourvue des médicaments, des pansements et du matériel nécessaire, en quantité suffisante, pour faire face aux cas urgents.

Les services étant assurés gratuitement, les services ruraux de consultation **ne produisent** pas de revenus. La dépense annuelle est estimée à environ 600 Dinars par service.

Koweit

On trouvera ci-après un aperçu du nombre et des types de services d'hygiène dans les régions rurales:

Dispensaires généraux	11
Centres d'hygiène préventive	5
Centres d'hygiène maternelle et infantile	6
Centres vétérinaires	3
Stations quaranténaires	4
Soins dentaires	3
Total	<hr/> 32

Le gouvernement assumant la construction de tous les services d'hygiène, il s'ensuit que la construction de ces services s'inspire du souci de procurer des services améliorés et plus étendus aux régions rurales, quel qu'en soit le coût.

Effectif en personnel:

Les services ruraux d'hygiène sont pourvus d'infirmières et de garçons de salle, de médecins travaillant à plein temps ou à temps partiel, selon les besoins des principaux villages et/ou des hôpitaux, d'inspecteurs sanitaires, d'inspecteurs vétérinaires et des dentistes. Il y a 47 médecins, 4 dentistes et 3 vétérinaires. On estime le rapport du nombre des infirmières et des garçons de salle, à celui de la population, à 4 pour 1 000. Le taux approximatif de médecins en fonctions, par rapport à la population, est d'un médecin pour mille habitants.

Activités:

a. Médecine préventive et vaccinations: il y a cinq services sanitaires auxquels incombent l'enregistrement des naissances et décès, l'immunisation contre la variole, la diphtérie et la poliomyélite, la surveillance des malades, de leurs contacts et de leur entourage immédiat.

b. La section de l'assainissement entreprend l'éducation du public sur la manière dont les maladies se propagent et sur les méthodes de lutte, et assure la protection et la purification des systèmes de fourniture d'eau, ainsi que le prélèvement d'échantillons pour l'analyse.

Intégration:

Les services sanitaires dans les régions rurales sont rattachés à leurs divisions respectives, et peuvent renvoyer à certains hôpitaux ou laboratoires certains cas nécessitant un traitement ou des analyses, bien qu'un certain nombre de ces services disposent de leurs propres laboratoires, ou d'un hôpital situé dans les régions rurales à des fins de prévention ou de traitement.

Matériel:

Les services de santé des régions rurales sont, dans la plupart des cas, pourvus de brancards, ambulances, pulvérisateurs à DDT, pèse-bébés, etc.

Finances:

Les services sanitaires sont fournis à tous les malades gratuitement.

Liban

a. Il existe neuf hôpitaux ruraux pourvus du personnel suivant:

- 2 médecins
- 1 infirmière
- 2 infirmières, non diplômées
- 1 sage-femme
- 1 cuisinier
- 3 garçons de salle

Attributions:

Soins médicaux aux malades externes, soins d'urgence, soins aux malades hospitalisés, soins pédiatriques et accouchements.

b. Départements sanitaires de Kada: le nombre de services est de 24, dont 12 dirigés par des officiers de santé travaillant à temps partiel (soit 3 jours par semaine).

Personnel:

- 1 médecin
- 1 infirmière ou sage-femme
- 1 technicien de l'assainissement
- 1 garçon de salle

Attributions: fournir des services préventifs.

c. Dispensaires ruraux: au nombre de 25.

Personnel:

- 1 médecin (l'officier de santé du Kada ff.)
- 1 infirmière ou sage-femme (l'infirmière du Kada ff.)
- 1 infirmière assistante
- 1 garçon de salle (celui du Kada ff.)

Attributions: pourvoir aux soins médicaux.

d. Groupes sanitaires mobiles

Ces groupes sont encore au stade de l'élaboration.

Attributions: assurer des soins médicaux au cours des visites aux villages.

e. Projet d'hygiène rurale (Centre de Halba):

Un programme de création de centres ruraux d'hygiène, pour assurer des services sanitaires essentiels sur l'ensemble du territoire, a été amorcé par la création d'un premier centre de ce genre à Halba, Akkar. Ce projet, géré par le Gouvernement libanais, bénéficie d'une assistance technique de l'OMS. Le but que l'on se propose par ce projet est de démontrer le fonctionnement de services ruraux d'hygiène et de former professionnellement le personnel requis, non seulement pour la marche de ces services dans une seule région, mais dans toutes les régions rurales du Liban.

L'extension de ce projet dépend des progrès réalisés. Le type d'organisation envisagé pour ce projet consiste en l'établissement de centres sanitaires dans les villes principales de chaque Kada et centre secondaire,

selon les conditions géographiques et la répartition de la population. Tous ces services sont installés dans des locaux loués à des particuliers. Généralement, ils sont construits en blocs de béton, qui sont tous recouverts d'un enduit et badigeonnés. Il n'existe pas de modèle spécial de bâtiment.

Le loyer de chaque service varie entre trois et six mille livres libanaises, selon la dimension, la situation et l'état du bâtiment.

Par suite des courtes distances entre villages et de la possibilité de disposer de maisons pouvant être aménagées pour faire face aux besoins, aucune mesure n'a été prise dans le passé pour construire des services de santé selon un modèle standard.

Des crédits ont été demandés dans le projet de budget de 1962, pour la construction de dix dispensaires. Si l'octroi de ces crédits est approuvé, des plans seront mis au point de manière à permettre une future expansion et une transformation des bâtiments en centres d'hygiène rurale.

Les cas se présentant aux services locaux de santé et nécessitant des soins spécialisés, sont acheminés vers les hôpitaux provinciaux (au nombre de cinq, soit un dans chaque province). Des services de laboratoire sont mis à la disposition des services de santé par les laboratoires établis dans les chefs-lieux des cinq gouvernorats (districts).

Matériel: actuellement, les services de santé sont pourvus de diverses catégories de matériel, selon leurs besoins. Le Ministère de la Santé se propose de faire appel à l'assistance de l'OMS, en vue de standardiser ce matériel et de l'acquérir par l'intermédiaire de l'Organisation.

Dépenses: pour chaque hôpital rural, 100 000 livres libanaises sont allouées la première année (50 000 pour un équipement initial et 50 000 pour les dépenses courantes), puis 50 000 livres pour chaque année subséquente de fonctionnement. Pour les dispensaires, les fournitures sont procurées par les magasins centraux du Ministère. Il n'existe pas de budget indépendant pour chaque dispensaire ou Département d'Hygiène de Kadah. Les dépenses requises pour le personnel et d'autres chapitres (équipement, fournitures, etc. pour les départements de Kadah) sont imputées sur le budget général du Ministère de la Santé.

Pakistan Oriental

La Province se compose de 409 cercles d'hygiène rurale. En outre, il existe 110 dispensaires de thana dotés de quatre lits. Certains services sont situés dans des bâtiments en pucca, d'autres dans des hangars en fer blanc.

Il existe aussi dans la Province 48 institutions d'hygiène maternelle et infantile, gouvernementales ou aidées par le gouvernement. La population rurale est en général pauvre; des bâtiments sont construits à peu de frais, en rapport avec l'économie des régions rurales.

Personnel:

Le personnel de chaque cercle rural d'hygiène se compose d'un inspecteur sanitaire, de deux assistants sanitaires et d'un domestique. La solution idéale consisterait à avoir un centre de formation professionnelle à Dacca pour la formation du personnel sanitaire, un personnel sanitaire pour chaque union ou par dix mille habitants. Des plans ont été élaborés pour ouvrir des centres ruraux dans la province.

Dépenses:

La source de revenus est représentée par les taxes perçues de la population locale. Toutes les dépenses nécessaires à l'entretien des 110 dispensaires de thana sont assumées par le gouvernement. Les centres ruraux d'hygiène n'ont pas encore commencé à fonctionner.

Pakistan Occidental

Actuellement les hôpitaux, dispensaires et centres d'hygiène maternelle et infantile pourvoient aux besoins de la population rurale. Le nombre de services existants dans les régions rurales est indiqué ci-après:

Hôpitaux	- 92
Dispensaires	- 898
Centres d'hygiène maternelle et infantile	- 106

En outre, le personnel de l'hygiène préventive travaillant sur le terrain, et composé d'inspecteurs sanitaires, de surveillants sanitaires, vaccinateurs, etc., est également employé pour veiller sur les besoins de la population du point de vue de la prévention.

Le matériel utilisé pour la construction des bâtiments destinés à loger ces services, est constitué généralement par des briques et du mortier.

Un nouveau Plan Mastern, échelonné sur une quinzaine d'années a été préparé. Ce plan envisage l'établissement d'un millier d'unités sanitaires primaires englobant les régions rurales du Pakistan Occidental. Chaque unité aura pour mission de desservir une population d'environ 50 000 âmes. Elle comprendra un centre sanitaire primaire et trois centres secondaires. L'unité assurera un traitement curatif et d'hygiène préventive complet de la population.

Elle assurera toutes les activités d'ordre préventif, telles que l'hygiène maternelle et infantile, les programmes de vaccination et d'immunisation, les mesures de lutte antituberculeuse et antipaludique, et de lutte contre les autres maladies infectieuses. L'unité sera également responsable dans sa circonscription, de toutes les mesures d'assainissement et d'hygiène du milieu ainsi que de la santé scolaire et de l'éducation sanitaire. En sus de ce travail préventif, l'unité sanitaire primaire pourvoira aux soins curatifs de la population. Du point de vue opérationnel, on préfère disposer de pareils centres complets d'hygiène rurale.

Une tendance se manifeste vers l'amélioration des dispensaires existants, qui étaient primitivement des centres de premiers secours, afin qu'ils repondent à la conception actuelle des centres d'hygiène rurale.

Aucune activité de recherche ni de formation professionnelle n'est en cours, concernant la technique de construction de bâtiments peu coûteux.

Personnel:

Le personnel suivant sera affecté aux nouveaux centres d'hygiène primaire et secondaire :

Centres: -

Médecins	2 (un homme et une femme)
Technicien sanitaire	1
Visitcuse d'hygiène	1
Préparateurs et aides-infirmiers	3
Technicien de laboratoire	1
Commis	1
Sage-femme	1
Patrouille sanitaire	1
Chauffeur, ajusteur et planton	1 (de chaque catégorie)

Centres secondaires: -

Technicien sanitaire	1
Sage-femme	1
Patrouille sanitaire	1

Dix centres sanitaires ruraux pour la formation professionnelle et la démonstration sur le terrain doivent être ouverts, six d'entre eux ont déjà commencé à fonctionner et les six autres sont sur le point d'être terminés. En sus de leurs attributions comme centres sanitaires primaires, ces centres serviront de terrain de formation professionnelle pour infirmières, sage-femmes et dayas, etc.

On envisage de mettre en service deux instituts pour la formation professionnelle de techniciens sanitaires, soit un à Bahawalpur et un autre à Quetta pour la formation des techniciens sanitaires requis pour les activités d'hygiène rurale dans les centres primaires et secondaires. Le personnel assigné aux dix unités sanitaires de démonstration et de formation professionnelle sur le terrain a suivi un cours de ré-orientation à l'Institut d'Hygiène et de Médecine Préventive de Lahore.

Les collèges et écoles de médecine fourniront le nombre nécessaire de médecins requis pour les centres sanitaires primaires. Les écoles de services infirmiers de la santé publique à Lahore, Peshawar et Hyderabad fourniront le nombre nécessaire de visiteuses d'hygiène.

On prévoit que le personnel affecté à un centre sanitaire primaire et à ses trois centres secondaires suffira aux besoins de la population qu'il est appelé à servir.

Activités:

Le personnel sur le terrain travaillant dans les régions rurales est responsable des opérations de vaccination antivariolique des inoculations contre le choléra et la typhoïde A et B en cas de poussées épidémiques localisées de choléra et de typhoïde. Il applique également des mesures contre les mouches et les moustiques et procède à la chloruration des puits ouverts, de peu de profondeur, utilisés comme source d'eau potable. Les mesures anti-paludiques sont également appliquées sous forme de pulvérisations intensives et systématiques d'insecticides. Les médicaments antipaludiques sont également distribués par les soins du personnel sur le terrain.

Les hôpitaux et dispensaires procurent des facilités pour le traitement gratuit des malades atteints de maladies diverses.

Les centres d'hygiène maternelle et infantile se préoccupent de veiller sur la santé, le bien-être et le bonheur des mères et des enfants et de prolonger leur vie en prévenant les maladies et les infirmités par un diagnostic précoce et un traitement immédiat des cas de maladie. Ces objectifs sont atteints: 1) en exerçant une surveillance sanitaire sur les femmes enceintes et allaitantes ainsi que sur leurs enfants, aux centres et à domicile. 2) en initiant les familles aux pratiques d'une vie saine. Les centres d'hygiène maternelle et infantile assurent des soins prénatals et postnatals à la population rurale.

La population est vaccinée au BCG contre la tuberculose. Des groupes mobiles de vaccination au BCG accomplissent ce travail dans les diverses régions de la province.

Dans certains hôpitaux et dispensaires, la pénicilline est fournie pour le traitement gratuit des cas de maladies vénériennes.

Les mesures anti-typhiques sont organisées dans les districts de D.G. Khan, D.I. Khan, Hazara et dans la Division de Quetta. Quarante-sept équipes d'épouillage travaillent dans ces projets de lutte qui sont assistés par le FISE. A la suite de mesures appliquées sur une vaste échelle, la province est actuellement indemne de typhus.

Des mesures antipaludiques de grande envergure, consistant en pulvérisations systématiques d'insecticides, sont appliquées par le personnel de la lutte antipaludique affecté aux opérations sur le terrain. Un projet pour l'éradication du paludisme a été élaboré en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé. Le programme d'éradication a été amorcé dans les districts de Sheikhupura et de Sialkot. D'après les prévisions, le programme d'éradication du paludisme sera terminé d'ici 1975.

Les centres sanitaires primaires bénéficieront de l'appui de services hospitaliers hiérarchisés, à partir de l'hôpital de chef-lieu de Tehsil - et en passant par l'hôpital du chef-lieu du district - jusqu'aux grands centres de soins médicaux spécialisés, attachés aux centres importants d'enseignement médical.

Matériel:

Tout le matériel de base nécessaire aux centres sanitaires primaires sera fourni par l'assistance du FISE. En sus de cette assistance, du matériel pour une valeur de 21 000 Roupies sera procuré localement.

Dépenses:

La source des recettes proviendra du revenu public. Le tableau standard des dépenses d'un service sanitaire primaire (un centre sanitaire primaire plus trois centres secondaires) s'établit comme suit:

1. Traitements et allocations au personnel	Rs 44 000
2. Médicaments	" 25 000
3. Nourriture des malades	" 4 000
4. Insecticides et vaccins	" 5 000
5. Transport	" 1 500
6. Autres dépenses	" 2 000
Total:	Rs 81 500 =====

Arabie Saoudite

Aucun renseignement n'a été reçu sur les services de santé dans les régions rurales.

Soudan

Les différents types de services de santé existant dans le pays sont:

Hôpitaux	66
Dispensaires	448
Postes de pansement	489
Centres sanitaires	<u>37</u>
Total	1040

Effectif du personnel affecté aux activités d'hygiène:

Assistants médicaux	509
Infirmières	120
Sage-femmes	901
Visiteuses d'hygiène	<u>28</u>
Total	1558

République Arabe Syrienne

Il existe un seul service d'hygiène rurale dans le pays. Il a été établi en 1958 avec l'assistance de l'OMS dans la Nahya El Ghuta Charkia. Ce service comprend un centre principal à Sakba et trois centres secondaires.

Les locaux du centre principal et des centres secondaires sont pris en location par le Gouvernement.

Personnel:

Le personnel national consiste en:

deux médecins, une infirmière sage-femme en chef, quatre infirmières sages-femmes, cinq visiteuses d'hygiène, deux aides infirmières, deux techniciens de laboratoire, un chef-commis, un magasinier et deux chauffeurs.

Formation professionnelle:

La formation professionnelle en cours d'emploi assurée au personnel attaché au projet, et la formation professionnelle des sages-femmes (dayas) de village est la seule oeuvre accomplie dans ce domaine. On espère que, dans l'avenir, la formation professionnelle sera dispensée à toutes les catégories de personnel sanitaire s'occupant d'hygiène rurale.

En sus du personnel actuellement affecté à l'hygiène rurale, deux techniciens de l'assainissement et un éducateur sanitaire sont requis.

Activités:

Les activités suivantes sont exercées:

a. Médecine préventive et immunisations. Les vaccinations courantes au triple vaccin anti-diphtérique, anti-coquelucheux et anti-tétanique, les vaccinations antivariolique et antipoliomyélitique sont administrées régulièrement et selon les besoins.

b. Les soins médicaux sont dispensés à la population de la zone du projet, par l'intermédiaire des différents services de consultation, au centre principal ainsi qu'aux centres secondaires.

c. L'hygiène maternelle et infantile et les soins infirmiers sont assurés dans les limites des ressources existantes.

La population de la zone du projet est d'environ 25 000 habitants répartis en 14 villages.

Matériel:

Le centre principal et les trois centres secondaires sont dotés d'un matériel de laboratoire, d'assainissement et de clinique, d'aides visuelles et d'un équipement pour la démonstration, de médicaments et de produits chimiques, ainsi que de deux véhicules.

Finances:

Le budget annuel de l'hygiène rurale est de 190 000 Livres syriennes et les dépenses de la dernière année se sont élevées à environ 124 000 livres, y compris les traitements du personnel.

République Arabe Unie

Nombre de services sanitaires dans les zones rurales:

Centres d'hygiène rurale	254
Unités combinées	250
Centres sociaux	105
Sociétés coopératives sanitaires de village	17
Services complets de traitement de masse	168
Total:	794

Le matériau de construction employé est, en général, la brique rouge et le béton pour les centres d'hygiène rurale et les unités combinées, et la brique rouge pour les centres sociaux et les sociétés coopératives sanitaires de village.

Coût de la construction:

Centre sanitaire rural	£ 20 000, pour centre sanitaire rural simplifié £ 4 000
Unité combinée	" 35 000
Centre social	" 10 000

Société coopérative sanitaire de village - maison prise en location ou offerte en don.

Personnel:

Centres d'hygiène rurale:

- 1 médecin, deux en certains cas, à plein temps
- 1 technicien de l'assainissement
- 1 commis
- 1 technicien de laboratoire
- 1 infirmière sage-femme diplômée (une infirmière auxiliaire principale ou une sage-femme auxiliaire peuvent la remplacer)
- 2 ou plusieurs sages-femmes auxiliaires
- 1 infirmière auxiliaire
- personnel subalterne

Centre d'hygiène rurale, centre secondaire

- 1 médecin, visites périodiques
- 2 sages-femmes auxiliaires
- personnel subalterne

Unité combinée - unité sanitaire

- 1 médecin à plein temps
- 1 sage-femme auxiliaire
- 2 sages-femmes auxiliaires
- 1 infirmière auxiliaire
- 1 technicien de l'assainissement
- 2 aides sanitaires
- 1 technicien de laboratoire
- personnel subalterne

Centre social:

- 1 expert des questions sociales et agricoles
- 1 médecin, à plein temps
- 1 sage-femme visiteuse d'hygiène diplômée
- 1 technicien de laboratoire
- 1 commis
- personnel subalterne

Services complets de traitement de masse

1 médecin à plein temps
1 commis
1 technicien de laboratoire
1 administrateur assistant
main-d'oeuvre pour la lutte contre les vecteurs
personnel subalterne

Sociétés coopératives sanitaires de village

1 médecin
2 sages-femmes auxiliaires
1 technicien de laboratoire
personnel subalterne

Formation professionnelle:

En ce qui concerne les centres d'hygiène rurale, il existe des centres de formation professionnelle aux Centres de Shubrament et Talbia, ainsi que trois autres centres, dont la création est envisagée à Sirs-El-Layyan, Abis et Kouta où une formation professionnelle pratique est assurée à tout le personnel du centre d'hygiène rurale, à l'exception du personnel subalterne. En outre, des cours théoriques sont donnés au centre de formation professionnelle à Fom-El-Khalig. A la fin de la période de formation professionnelle (habituellement de six semaines) un examen a lieu pour l'évaluation de la capacité des stagiaires.

Il existe des centres de formation professionnelle dans certaines unités combinées et des centres sociaux pour la formation professionnelle de tout le nouveau personnel requis. Une formation est régulièrement dispensée dans ces centres de formation professionnelle en cours d'emploi pendant des périodes plus courtes.

Activités:

Médecine préventive et immunisations:

- a. Enregistrement des naissances et décès et des maladies à déclaration obligatoire, application de toutes les mesures nécessaires.
- b. Examen des décès en vue des mesures à appliquer en cas d'augmentation de décès par rapport à la moyenne des soixante jours précédents; décès dus à des maladies transmissibles.

c. Lutte contre les maladies transmissibles, diagnostic des cas, isolement, enquête sur la source de l'infection, observation des contacts, désinfection et immunisation des contacts.

d. Services d'hygiène maternelle et infantile.

e. Education sanitaire.

Programmes d'immunisation:

a. Variole, pour nourrissons au-dessous de quatre mois.

b. Diphtérie, entre six et 8 mois

c. Immunisation des pèlerins contre la variole, la typhoïde et le choléra.

d. Autres vaccinations, le cas échéant.

Assainissement:

a. Inspection des denrées alimentaires.

b. Prélèvement d'échantillons d'eau.

c. Propreté générale, enlèvement des amas de fumier et d'engrais.

d. Modification des logements, installation de latrines,

e. Surveillance des bains publics, blanchisseries, latrines, abattoirs et marchés.

Maladies endémiques et parasitaires:

a. Examen complet et traitement de ces maladies dans les villages, effectués dans le cadre du contrôle sanitaire, et examen courant des nouveaux malades non-hospitalisés âgés de cinq à soixante ans.

b. Lutte contre les mollusques.

c. Education sanitaire.

Médecine curative:

a. Services aux malades non-hospitalisés, chirurgie simple, et premiers secours.

b. Services aux malades hospitalisés pour les cas avancés de maladies endémiques, hygiène maternelle et infantile, cas médicaux, opérations limitées.

Hygiène maternelle et infantile et soins infirmiers:

- a. Soins pré-natals.
- b. Soins à la naissance.
- c. Soins post-natals
- d. Soins aux meres allaitantes.
- e. Soins aux enfants jusqu'à six ans.

Lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et les ophtalmies transmissibles:

a. Tuberculose:

Renvoi des cas suspects au dispensaire le plus proche.
Surveillance des cas traités à domicile, dans la circonscription du centre d'hygiène.
Education sanitaire.

b. Maladies vénériennes:

Dépistage des cas.
Traitement des cas.
Education sanitaire.

c. Lutte contre les ophtalmies transmissibles:

Traitement des cas.
Education sanitaire.
Lutte contre les mouches.

Lutte contre les vecteurs:

Destruction des larves et aspersion des maisons contre les maladies propagées par les moustiques.

Intégration des unités sanitaires dans la structure générale de la santé publique

Les cas sont dirigés sur les hôpitaux de district, les hôpitaux généraux, les hôpitaux de maladies infectieuses, les hôpitaux dermato-vénérologiques, les hôpitaux ophtalmologiques, etc.

Matériel:

Le centre d'hygiène rurale comprend les sections suivantes:

Malades ambulatoires, hygiène maternelle et infantile, laboratoire, malades hospitalisés et bureau sanitaire. Chaque unité est pourvue du matériel nécessaire.

Finance:

Les dépenses annuelles de fonctionnement du centre rural d'hygiène sont d'environ LE 5 150. Les centres sociaux ont des dépenses annuelles de fonctionnement d'environ LE 2 400, dont LE 500 à LE 2 000 sont payées par le Gouvernement, le restant étant perçu des habitants.

Des unités combinées ont des dépenses annuelles de fonctionnement de LE 5 200 pour l'unité sanitaire, LE 2 700 pour l'unité sociale et LE 6 000 pour l'école.

Les unités de traitement complet de masse ont un budget annuel de dépenses courantes d'environ LE 1 500.

Le Centre de Démonstration et de Formation professionnelle de Kalioub a un budget annuel de dépenses courantes pour l'unité d'hygiène rurale (unité de services généraux, comme Tanan) de LE 13 000. Pour le centre secondaire, le montant oscille entre LE 1 100 et LE 1 300.

X CENTRES SOCIAUX (Point 9 du questionnaire)

Sous cette rubrique, des renseignements ont été demandés sur l'existence de tout type d'organisation relevant du Ministère des Affaires sociales, exerçant des activités spécifiques dans le but d'élever le niveau de vie de la population rurale, et, dans l'affirmative, sur les fonctions et l'organisation de tels centres, ainsi que sur toute action d'ordre médical ou sanitaire faisant partie de leurs activités. La plupart des pays ont répondu que de telles activités étaient en cours.

Côte française des Somalis

Dans la Côte française des Somalis, à part un centre médico-social à Djibouti, il n'existe pas encore de centres sociaux; toutefois le problème est à l'étude.

Iran

Ce n'est que récemment qu'un Département spécial d'Assistance sociale a été créé au Ministère du Travail dans le but de créer des activités d'assistance sociale dans les régions rurales. Jusqu'ici, les activités du service social ont été exercées par des organisations bénévoles.

Dans les centres de santé, un certain travail social est accompli par des infirmières expérimentées de la santé publique et d'autres catégories de personnel.

Jordanie

Le mouvement coopératif, en Jordanie, a été lancé par le Gouvernement. Il est patronné par le Département du Développement coopératif du Ministère des Affaires sociales. Le mouvement vise à élever les niveaux socio-économiques de la population, particulièrement dans les communautés rurales. Sur 290 sociétés coopératives, 230, comptant environ 4 000 membres, sont situées dans les régions rurales. La plupart de ces sociétés fournissent des crédits aux fermiers pour leur permettre d'augmenter leurs revenus.

Il n'existe pas de centres sociaux, dans la véritable acception du terme, mais d'une manière générale, mais le Ministère des Affaires sociales a rempli ses obligations envers la société jordanienne, comme le prévoit la Loi No 14 de 1956 sur les Affaires sociales, qui prescrit la création de services appropriés pour élever le niveau social de la population, d'une part, et combattre la délinquance juvénile parmi les enfants et les adultes et faire aux problèmes sociaux suscités par l'accroissement rapide de la population, d'autre part.

Koweït

Le Département de l'Education et des Affaires sociales a contribué à l'exécution de projets vitaux visant à la formation professionnelle des adultes et à leur instruction dans les différents métiers pour les préparer à atteindre un niveau de vie meilleur. Les plus importants de ces projets sont:

a) Projets d'orientation professionnelle, visant à élever le niveau des qualifications techniques parmi les travailleurs koweïtiens et à améliorer l'expérience de ceux-ci dans les métiers et professions exigés par l'industrialisation moderne.

b) Institut pour la formation professionnelle des jeunes filles, dont le but est d'offrir aux jeunes filles koweïtiennes l'occasion de se familiariser avec les travaux ménagers, l'alimentation, le bien-être des enfants, les soins infirmiers, la couture et la broderie. L'institut vise également à procurer aux jeunes filles des connaissances générales et spécialisées sur la sociologie moderne, l'économie, les travaux de secrétariat, pour accroître leur utilité

dans la société en les mettant à même de comprendre ses conditions, ses coutumes, ses problèmes et ses besoins, les préparant ainsi à un travail pratique qui cadre avec les besoins de la société.

Les centres d'éducation de base s'occupent d'élargir le rayon de connaissances de leurs adhérents dans le domaine sanitaire et social, à cet effet, ils organisent des programmes audio-visuels, des séances de projection de films d'orientation sanitaire et sociale, des conférences et des réunions où les divers problèmes sont passés en revue et encouragent les adhérents à **contribuer à résoudre** ces problèmes et à y suggérer des solutions.

Les chiffres ci-après indiquent l'état des activités à janvier 1960:

Nombre de centres d'éducation de base	17
Nombre de candidats	3559
Nombre d'instructeurs et de surveillants	153

Liban

Le Ministère des Affaires sociales avait, jusqu'en 1950, assuré la charge des services sociaux et de développement communautaire dans les régions rurales; à cette époque là une agence spécialisée, semi-gouvernementale, dite "Département du Développement Communautaire" a été créée dans ce but. Les plans en sont encore à l'étude par le Gouvernement, et le Ministère de la Santé ne possède pas encore de renseignements précis sur la question.

Pakistan Occidental

Le Ministère des Affaires sociales contribue à l'élévation du niveau de vie au moyen d'un programme d'extension de l'agriculture.

Le Département de l'Assistance sociale a organisé un certain nombre de centres sociaux, situés dans des régions urbaines. Ces centres aident divers groupes à exercer une pleine activité par la mise au point et l'emploi de méthodes démocratiques, grâce à la formation de comités de zones.

Arabie Saoudite

Des activités spécialisées, visant à l'amélioration du niveau de vie sont exercées au moyen de projets de développement communautaire, leurs fonctions consistent à favoriser la santé et à relever les niveaux sociaux et économiques.

Le nombre de projets de cette nature, dans le pays, est de six; huit spécialistes sont attachés à chaque centre. Le personnel sanitaire affecté à chaque projet comprend un médecin, une infirmière, un technicien de l'assainissement et une visiteuse d'hygiène.

République Arabe Syrienne

Il existe des centres sociaux, comprenant les services suivants:

- a) service social (spécialiste de l'assistance sociale et un assistant social chargé de l'étude des cas)
- b) service agricole (un expert en agriculture et un vétérinaire)
- d) service sanitaire (médecin, sage-femme, visiteuse d'hygiène et un technicien de l'assainissement)
- d) service de construction (un expert en construction de bâtiments)

Il existe quatre services sociaux dans la Région, soit:

Haran El Awamid	Mohafazat de Damas
Salkhad	Mohafazat de Suida
Al Sharcia	Mohafazat de Edlib
Goubat Al Birghal	Mohafazat de Lattakia

Le Ministère se propose d'établir un centre principal dans chacune des onze Mohafazats du pays et se propose également d'encourager les habitants à apporter leur concours en établissant un centre social secondaire pour chaque groupe de 20 000 habitants.

Les attributions du centre consistent principalement à élever le niveau d'instruction ainsi que les niveaux économique, social et sanitaire du pays.

République Arabe Unie

Il existe au sein du Ministère des Affaires sociales, un service spécial chargé des questions rurales. Ce service a entrepris l'étude des projets de réforme rurale dans les pays étrangers et des résultats des expériences faites en Egypte même pour améliorer les conditions des villages. Le projet des centres sociaux a commencé à fonctionner en mai 1941, avec cinq centres; il a continué à prendre de l'expansion jusqu'en 1953, quand le nombre de centres sociaux a atteint le chiffre de 170. Chaque centre a été conçu pour desservir une population d'environ 10 000 habitants. Après l'établissement du Conseil permanent des Services de Prévoyance sociale, en 1953, le projet des unités combinées a été mis en train, et certains centres sociaux ont été convertis en unités combinées. Il existe actuellement 105 centres sociaux.

D'autres institutions existant au sein du Ministère des Affaires sociales et fonctionnant dans le domaine de la santé, dans les communautés rurales, sont les sociétés de réforme rurale et les sociétés coopératives. Certaines de ces associations non officielles ont créé des services gratuits de consultations externes desservies par des médecins exerçant dans la localité.

Le projet des centres sociaux était basé sur trois principes fondamentaux:

(1) Participation des habitants, préalablement convaincus de la valeur et des bienfaits du centre social mis au service du village. Le centre social doit être institué sur la demande des habitants, et doit exécuter les projets qu'il aura été décidé de mettre en oeuvre.

(2) Les services du centre social sont censés comprendre à la fois toutes les phases de la vie du village, des points de vue économique, hygiénique, culturel et social, étant donné qu'elles s'influencent réciproquement.

(3) Les locaux utilisés par les centres sociaux devraient être simples et d'une construction économique.

Les attributions de ces centres sociaux sont les suivantes:

Services sanitaires et médicaux:

L'assainissement, tel que la construction de systèmes souterrains d'adduction d'eau, l'érection de latrines hygiéniques dans les maisons et les mosquées, la propreté et l'éclairage des villages. Les services médicaux, soins médicaux aux malades dans les services de consultations externes, premiers secours et secours préventifs, et opérations mineures (nécessitant une anesthésie locale), campagne contre les maladies endémiques, services d'hygiène maternelle et infantile, hygiène scolaire et éducation sanitaire.

Les programmes sont identiques à ceux des centres ruraux d'hygiène, à l'exception de ce qui suit:

(1) Le travail du bureau sanitaire fait défaut.

(2) Pas de salles pour hospitalisation dans les centres sociaux, (à l'exception de quelques lits dans la maternité).

(3) Un traitement est prescrit aux malades ambulatoires et les médicaments préparés pour quelques piastres.

(4) La sage-femme travaille avec le concours de la sage-femme autochtone (sage-femme de village, illettrée), étant donné qu'il n'y a pas de sage-femme auxiliaire dans les centres sociaux.

Services économiques et agricoles:

(1) Enseignement aux fermiers de la manière d'améliorer leurs récoltes en combattant la nielle, en observant les techniques modernes de fertilisation, de culture et de labourage.

(2) Attention accordée à la culture de certaines récoltes spéciales, telle que celle des légumes, des fruits et des arbres à bois de construction, et éveil de l'intérêt envers ces cultures.

(3) Amélioration de l'élevage du bétail et des volailles, et autres services vétérinaires.

(4) Introduction et généralisation de l'artisanat familial et rural, tels que l'apiculture, le tissage, la fabrication de "klim" et de tapis, l'industrie des tiges des feuilles de palmier pour lesquels la matière première est disponible.

Services sociaux et d'éducation:

(1) Réconciliation des familles et lutte contre les crimes.

(2) Education destinée à combattre la superstition et les mauvaises habitudes.

(3) Lutte contre l'analphabétisme parmi les adultes.

(4) Création de cercles ruraux.

(5) Création de garderies de jour.

(6) Mesures de sécurité sociale, telle que la collecte d'aumônes pour venir en aide aux malades, aux invalides et aux besogneux et pour procurer un soulagement dans les cas soudains et urgents.

(7) Amélioration des services des sociétés coopératives.

Effectif en personnel:

1 expert des questions sociales et agricoles.

1 médecin à plein temps.

1 sage-femme visiteuse d'hygiène diplômée.

1 technicien de laboratoire.

1 commis

personnel subalterne

En outre, certains experts techniques desservent plus d'un centre, notamment:

- le pharmacien
- le médecin vétérinaire
- l'ingénieur sanitaire
- les instructeurs en industries rurales.

Répartition géographique des centres sociaux par provinces:

Zone du Canal	1
Menoufieh	21
Dakahlieh	19
Charkieh	12
Charbieh	8
Kafr-el-Sheikh	22
Kalioubieh	7
Béhéra	11
Guizeh	4
Béni-Souef	2
Fayoum	6
Minieh	4
Assiout	1
Sohag	1
Kenah	3
Assouan	3
<hr/>	
Total	105
<hr/>	

XI EDUCATION DE BASE ET HYGIENE SOCIALE DANS LES ZONES RURALES (Point 10 du questionnaire)

1. Nombre d'écoles et d'élcoliers:

Des renseignements sur le nombre des écoles et des écoliers ont été reçus de quelques-uns des pays ayant fourni des rapports; pour certains de ces pays, les données disponibles englobaient tout le territoire. Pour donner un tableau de la situation dans les institutions primaires, secondaires

et supérieures des divers pays de la Région, des indications sur les institutions d'enseignement figurent au Tableau 14. Ces indications sont extraites de l'Annuaire Statistique des Nations Unies. Les chiffres indiqués au Tableau 14 sont sujets à caution en cas de comparaisons entre pays, étant donné les variations dans les systèmes scolaires, ainsi que les critères différentes adoptés dans la collecte et la présentation des données.

2. Les services d'hygiène scolaire et leur influence sur l'hygiène rurale en général:

Le Protectorat d'Aden signale que tous les écoliers sont examinés au moins une fois l'an.

En Côte française des Somalis, les services d'hygiène scolaire n'ont pas encore été institués, mais des plans en ce sens sont à l'étude.

En Iran, il n'existe pas de services d'hygiène scolaire complets dans les régions rurales. Cependant, il existe un programme à l'échelon du pays pour la nutrition, la vaccination et l'éducation sanitaire, qui se poursuit par l'intermédiaire de services locaux de santé publique, avec la coopération du Ministère de l'Education.

En Jordanie, les écoliers sont examinés au début de chaque année fiscale; conseils et soins sont donnés aux besogneux.

On signale que l'éducation sanitaire des écoliers améliore incontestablement le niveau de la santé dans les régions rurales.

Au Koweït, des services complets, généraux et spécialisés, sont assurés à tous les écoliers et étudiants. Ceux-ci sont examinés médicalement deux fois l'an et immunisés contre la diphtérie, la coqueluche et la poliomyélite. Les services d'hygiène scolaire se sont révélés très précieux dans les régions rurales.

Au Liban, le fonctionnaire sanitaire de Kada, accompagné d'une infirmière et d'un technicien de l'assainissement, visite les écoles périodiquement pour pratiquer l'examen médical, les vaccinations et l'inspection sanitaire des locaux. Ces services ont leur répercussion sur la santé générale des enfants.

Au Pakistan Oriental, l'examen médical des élèves des écoles primaires, dans les régions rurales, est considéré nécessaire. Des inspecteurs sanitaires ayant en charge des Cercles sanitaires de Thana contrôlent l'état de santé des étudiants sous la surveillance directe de l'Officier sanitaire de district.

Il y a des indices que les services d'hygiène scolaire dans les zones rurales ont influencé la santé rurale, car la population commence graduellement à prendre conscience des questions sanitaires.

En Arabie Saoudite, l'existence de services d'hygiène scolaire ayant exercé une influence sur l'hygiène rurale en général, est signalée dans les zones rurales.

Dans la République Arabe Unie, les fonctions des services d'hygiène scolaire, dans les régions rurales, comprennent ce qui suit:

- a. Vaccination antivariolique des nouveaux élèves.
- b. Administration d'une dose de rappel d'un cc. d'anatoxine diphtérique aux nouveaux élèves dans les écoles primaires.
- c. Dépistage des maladies transmissibles et éloignement du cas de l'école.
- d. Dépistage des maladies de peau transmissibles, spécialement la teigne, le favus, la gale, l'impetigo, et renvoi des cas aux services de dermatologie aux fins de traitement.
- e. Examens d'urine et de selles des nouveaux élèves et traitement des parasites de la bilharziose ou des parasites intestinaux.
- f. Prélèvement d'échantillons des sources d'eaux pour une analyse destinée à établir si elles sont potables pour l'homme.
- g. Surveillance du bâtiment de l'école et des locaux sanitaires.
- h. Surveillance de l'alimentation dans les écoles et examen clinique des personnes s'occupant de transport et de livraison.
- i. Transfert des malades vers le centre de traitement le plus proche, soit centre rural d'hygiène, unité combinée, centre social ou autre.

XII EDUCATION SANITAIRE DU PUBLIC (Point 11 du Questionnaire)

Les renseignements reçus se trouvent reproduits comme suit:

Protectorat d'Aden

A Mukalla, toutes les sages-femmes locales ont été amenées au centre de formation professionnelle, où elles ont assisté à la projection d'un film du FISE sur la naissance d'un bébé. L'infirmière en chef du Protectorat leur a enseigné les principes élémentaires de l'hygiène et leur a distribué des provisions de savon du FISE.

TABLEAU 14 - Institutions d'éducation

Pays	Année	Type d'éducation	Nombre d'écoles	Personnel enseignant		Etudiants inscrits	
				Total	Femmes	Total	Femmes
Aden (Colonie)	1958	Primaire ¹	51	422	147	11 443	3 322
	"	Secondaire ¹	7	65	8	1 314	231
	"	Technique	1	39	3	300	-
	"	Ecole normale	2	12	2	41	15
Aden (Protect.)	1958	Primaire ¹	130	330	29	12 617	901
	"	Secondaire ¹	1	...	...	22	-
	"	Ecole normale	1	...	...	13	-
Bahrain ²	(1959	Primaire ³	50	688	...	16 948 ⁴	5 467 ⁴
	"	Secondaire				626	-
	"	Technique				171	-
	"	Ecole normale				86	-
Chypre	1958	Primaire	729	2 204	807	81 359	38 990
	"	Secondaire	51	840	243	24 639	9 341
	"	Technique	6	71 ⁵	2 ⁵	397	-
	"	Ecole normale	2	23	4	424	124
	"	Spéciale	3	...	...	145	32
Ethiopie	1958	Primaire	581	4 723	644	158 005	32 794
	"	Secondaire	26			4 496	318
	"	Technique	26			2 544	960
	"	Ecole normale	26			1 175	-
	"	Supérieure	8			689	44
Côte française des Somalis	1957	Primaire	16	69	...	2 214	509
	"	Secondaire	3	9	...	161	47
	"	Technique	4	13	...	143	70
Iran ⁷	1958	Pré-scolaire	252	...	...	11 720	5 366
	"	Primaire	8 079	35 185	12 481	1 135 219	373 847
	"	Secondaire	1 078	8 662	1 817	214 968	59 158
	"	Technique	67			7 301	665
	"	Ecole normale ⁸	50			3 404	395
	"	Supérieure	...			14 439	2 613
Irak	1958	Primaire	2 448	16 102	4 991	526 501	133 907
	"	Secondaire	326	4 212	1 064	98 559	18 416
	"	Technique	57	496	183	8 443	3 577
	"	Ecole normale ⁸	65	335	114	11 050	3 050
	"	Supérieure	17	681	114	8 334	1 784

TABLEAU 14 - Institutions d'éducation (suite)

Pays	Année	Type d'éducation	Nombre d'écoles	Personnel enseignant		Etudiants inscrits	
				Total	Femmes	Total	Femmes
Israël	1958	Pré-scolaire	2 052	2 553	...	78 499	...
	"	Primaire	1 263	15 957	...	370 356	168 225 ⁹
	"	Secondaire	189	2 837	...	30 802	16 526 ⁹
	"	Technique	86	1 148	...	13 888	3 809
	"	Ecole normale	32	770	...	6 077	5 117
	"	Supérieure	12	...	...	11 300 ⁹	...
	"	Spéciale	74	637	...	6 393 ⁹	2 524 ⁹
Jordanie	1957	Pré-scolaire	15	86	19	9 480	4 300
	"	Primaire	925	5 605	2 185	205 119	69 677
	"	Secondaire	391	2 459	524	50 869	10 423
	"	Technique	10	90	-	846	-
	"	Ecole normale	4	32	10	297	102
	"	Spéciale	1	...	-	23	-
Koweït	1958	Pré-scolaire	9	123	123	2 574	...
	"	Primaire	86	1 625	652	28 648	11 211
	"	Secondaire	2	122	38	1 270	248
	"	Technique	1	) 79	-	186	-
	"	Ecole normale	1	)	-	57	57
	"	Spéciale	1	) ...	...	56	-
Liban	1958	Primaire	1 939	) 9 569	...	201 623	...
	"	Secondaire	227	)	...	53 666	...
	1956	Technique	...	...	...	756	374
	"	Supérieure	7	...	...	3 999	849
Libye	1956	Pré-scolaire	25	94	94	2 010	1 026
	1957	Primaire	502	3 061	...	96 763	19 776
	"	Secondaire	53	525	...	6 886	...
	"	Technique	8	87	...	722	...
	"	Ecole normale	4	131	...	1 568	285
	1958	Supérieure	1	41	...	307	...
Pakistan ¹⁰	1957	Primaire ¹¹	43 509	117 014	9 030	4 226 831	392 398
	"	Secondaire ¹¹	5 847	52 872	5 799	1 325 563	179 095
	"	Technique ¹²	119	...	...	11 769	2 583
	"	Ecole normale	103	...	...	9 485	...
	1958	Supérieure	...	...	...	92 584	9 588
	1957	Spéciale	812	...	...	37 268	...
Katar	1957	Pré-scolaire	16	)	...	1 550	...
	"	Primaire	3	)	...	...	...
	"	Secondaire	1	)	...	...	...

TABLEAU 14 - Institutions d'éducation (suite)

Pays	Année	Type d'éducation	Nombre d'écoles	Personnel enseignant		Etudiants inscrits	
				Total	Femmes	Total	Femmes
Arabie Saoudite	1958	Primaire	...	3 481	...	75 595	...
	"	Secondaire	...	420	...	5 256	...
	"	Technique	...	97	...	641	...
	"	Ecole normale	...	134	...	1 668	...
	"	Supérieure	1	...	...	...	...
	"	Spéciale	1	...	...	120	...
Somalie ¹³ A. Ex. britannique	1958	Primaire	51	124	7	2 881	279
	"	Secondaire	1	6	-	81	-
	"	Technique	1	6	-	71	-
	"	Ecole normale	1	4	-	22	-
	1958	Pré-scolaire	181	624	143	711	252
	"	Primaire				16 485	4 070
	"	Secondaire				773	65
	"	Technique				964	...
	"	Ecole normale				91	-
	"	Supérieure				33	1
B. Ex. italienne							
Soudan	1958	Pré-scolaire	24	...	...	2 154	...
	"	Primaire	2 173	...	...	265 462	68 000
	"	Secondaire	253	...	...	50 312	...
	"	Technique	11	196	-	1 443	...
	"	Ecole normale	...	...	...	809	177
	"	Supérieure	1	142	-	964	36
République Arabe Syrienne	1957	Pré-scolaire	...	11 685	4 390	31 136	13 914
	"	Primaire	2 989			358 434	103 371
	"	Secondaire	286			54 842	12 582
	"	Technique	16			2 693	708
	"	Ecole normale	8			1 231	441
	1958	Supérieure	...	...	...	8 695 ¹⁴	1 528 ¹⁴
	1957	Spéciale	1	10	5	41	9
Oman (Etats sous régime de traité)	1957	Primaire	8	...	...	2 000	...
Tunisie	1957	Primaire	...	...	...	303 106	100 478
	"	Secondaire	76	...	...	31 202	7 858
	"	Technique	69	...	...	12 816	4 724
	1958	Ecole normale	7	...	...	979	...
	"	Supérieure	5	...	...	2 500	...

TABLEAU 14 - Institutions d'éducation (suite)

Pays	Année	Type d'éducation	Nombre d'écoles	Personnel enseignant		Etudiants inscrits	
				Total	Femmes	Total	Femmes
République Arabe Unie	1958	Pré-scolaire	47	305	284	24 439	12 833
	"	Primaire ¹⁵	7 436	62 372	22 070	2 340 146	894 089
	"	Secondaire ¹⁵	1 094	27 318	5 948	385 251	96 508
	"	Technique	211	6 020	930	83 368	17 692
	"	Ecole normale	76	2 596	1 051	22 261	10 088
	"	Supérieure ¹⁵	26	...	...	83 251	12 079
Yémen	1956	Primaire	2 155	2 701	...	93 099	...
	"	Secondaire	4	69	...	296	...
	"	Technique	18	210	...	1 252	...
	"	Ecole normale	1	16	...	50	...

Notes:

- 1) Les écoles intermédiaires sont comprises dans l'éducation primaire
- 2) Ecoles publiques seulement
- 3) Y compris les jardins d'enfants
- 4) Y compris les jeunes filles engagées dans l'éducation secondaire
- 5) Y compris les professeurs des écoles de réformation
- 6) Y compris les jeunes filles dans les écoles normales supérieures
- 7) Plus 336 écoles coraniques avec 8 034 élèves
- 8) Au niveau secondaire seulement
- 9) Instruction hébraïque seulement
- 10) A ajouter un certain nombre d'écoles non reconnues; nombre estimé à 2 653 avec 11 662 professeurs et 223 057 étudiants
- 11) Les données sur les classes primaires rattachées à des écoles secondaires sont comprises dans l'éducation secondaire
- 12) A l'exclusion des données sur 107 écoles arabes avec 4 100 élèves
- 13) A: ex-Somalie britannique; B: ex-Somalie italienne
- 14) Y compris 166 étudiants inscrits dans des facultés normales
- 15) A l'exclusion de l'Université d'El Azhar comprenant 1 789 professeurs et 37 215 étudiants.

Un écran de soie a été commandé et l'on espère bientôt produire en masse des affiches sanitaires pour leur distribution à travers le territoire.

Côte française des Somalis

Une instruction sanitaire de base est dispensée par le médecin attaché aux équipes mobiles, avec l'assistance des infirmières des dispensaires et des avant-postes médicaux.

Iran

La Division d'Education sanitaire auprès du Département général de la Santé publique est chargée d'assurer, par l'intermédiaire de ses éducateurs sanitaires régionaux, l'exécution des activités d'éducation sanitaire dans le pays. A l'heure actuelle, il existe trente-cinq éducateurs sanitaires. Ces activités sont exercées, soit par ces éducateurs dans le cadre des programmes de vaccination, d'assainissement, d'éradication du paludisme, de création de centres sanitaires, etc., soit avec la coopération d'autres institutions s'occupant d'éducation de base, de vulgarisation agricole, de développement communautaire et d'autres activités.

Les méthodes employées utilisent les conférences, les émissions radiophoniques, les journaux, la distribution d'affiches et de brochures, etc. On a également recours aux entrevues personnelles, aux discussions par groupes, spécialement avec les notables locaux, aux démonstrations et aux travaux pratiques, comme moyens d'éducation sanitaire.

Jordanie

L'éducation sanitaire du public est régulièrement assurée par des inspecteurs sanitaires, qui organisent des réunions dans les villages, projettent des films d'hygiène, font des causeries aux écoliers des villages dans le but **particulier** de répandre l'usage de bonnes habitudes d'hygiène.

Koweït

Les programmes d'éducation sanitaire ont été adoptés par diverses écoles des zones rurales, dans le cadre du programme d'études du Département de l'Education. D'autre part, la Division, nouvellement créée, de l'Education sanitaire, a amorcé son vaste programme d'instruction dans les zones urbaines, et se propose d'étendre les activités de ce programme aux zones rurales, dans un proche avenir. Des brochures et des affiches sont distribuées dans les villages.

Liban

Le Département de l'Education sanitaire du Ministère de la Santé dispose d'un groupe mobile, composé d'un éducateur sanitaire, d'un technicien et d'un chauffeur. Ce groupe visite les régions rurales, organise des causeries, des démonstrations et des expositions, en accordant la priorité aux écoliers. Le Département prépare un matériel éducatif en vue de sa publication, du matériel pour la presse et les stations de radiodiffusion et de télévision. L'accent est mis sur les besoins et les problèmes sanitaires. Le personnel des services sanitaires assure également l'éducation sanitaire en tant qu'un élément fondamental de ses activités. Comme principe général, le personnel met à profit toutes occasions de propager l'éducation sanitaire, qui s'offrent durant les épidémies, etc.

Il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine, mais le Ministère est conscient de l'importance de l'éducation sanitaire et de sa contribution à la lutte contre les maladies et à l'amélioration de la santé de la population.

Pakistan Oriental

La Direction des Services d'Hygiène emploie un préposé à l'éducation sanitaire pour le travail de propagande sanitaire, au moyen d'affiches, cartes, prospectus, etc.

Pakistan Occidental

Le personnel sanitaire affecté aux opérations sur le terrain donne des conférences sur divers thèmes, traitant de la prévention et de la lutte contre les maladies infectieuses, lors des visites faites à la population. En temps d'épidémies, cependant, des dispositions spéciales sont prises pour la distribution d'affiches, de brochures, de prospectus, etc., sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses. Un Bureau d'Education sanitaire a été créé au Pakistan Occidental, Direction de l'Hygiène, Lahore. Un préposé assistant à l'éducation sanitaire a été désigné; il travaille sous les directives d'un conseiller étranger et a été chargé de la production d'un matériel d'éducation sanitaire.

Arabie Saoudite

Les moyens employés sont la radiodiffusion et les brochures.

République Arabe Syrienne

La Section d'Education sanitaire du Ministère de l'Hygiène contribue à la formation professionnelle du personnel sanitaire et, sur la base d'un programme régulier de propagande sanitaire, distribue des affiches et des brochures et projette des films sur l'hygiène.

République Arabe Unie

On s'est rendu compte que le programme d'hygiène publique exécuté par des centres ruraux d'hygiène devrait, pour réussir, bénéficier du concours actif des divers éléments de la population rurale. Aussi, l'éducation sanitaire a-t-elle été introduite dans tout service rendu par les centres d'hygiène rurale, étant considérée comme faisant partie intégrante du programme total.

L'éducation sanitaire rentre dans les attributions des services d'hygiène maternelle et infantile et de l'hygiène scolaire, qui font partie du programme d'hygiène rurale. Les malades ambulatoires des centres d'hygiène rurale et les malades hospitalisés dans le service du centre, particulièrement ceux atteints de maladies endémiques, sont instruits de ce qu'il y a lieu de faire après traitement, afin de les aider à éviter toute réinfection et de créer en eux un sentiment de responsabilité pour tout ce qui touche à la sauvegarde de la communauté rurale. Les malades, d'une manière générale, sont invités à coopérer au traitement qui leur est administré.

Un des services assurés par les centres ruraux d'hygiène dans la République Arabe Unie est celui de l'assainissement, qui comporte, notamment, la mise à la disposition de la population de latrines hygiéniques. La participation active de la population est représentée par la fourniture de la main d'oeuvre et la contribution au financement de l'installation des latrines. On essaye, par l'éducation sanitaire, de convaincre le public des avantages de telles latrines, et, en même temps, de lui enseigner la manière appropriée de les utiliser.

Des comités sanitaires sont organisés dans chaque village desservi par des centres d'hygiène rurale, de façon à ce que la population participe par l'entremise de ses chefs (des cercles gouvernementaux et publics) à la solution des problèmes d'hygiène locale. Les méthodes d'enseignement

utilisées sont celles qui amènent la population à s'intéresser effectivement à l'éducation sanitaire, soit par des entrevues personnelles, soit par des discussions avec de petits groupes, et en mettant à profit toute occasion susceptible de favoriser les buts de l'éducation sanitaire.

Une étroite coopération avec les écoles rurales permet d'assurer l'éducation sanitaire dans les écoles et de donner aux instituteurs la juste notion du rôle qui leur incombe dans l'éducation sanitaire des élèves, et comme guides de la communauté rurale en matière d'éducation sanitaire.

Les méthodes audio-visuelles, sous forme de films traitant de l'hygiène, d'affiches et de brochures, sont utilisées comme aides dans les programmes locaux d'éducation sanitaire. Ce matériel audio-visuel est fourni par le service d'éducation sanitaire, dans chaque gouvernorat.

Les médecins, ~~sages-femmes~~, sages-femmes auxiliaires, infirmières auxiliaires, techniciens de laboratoire et de l'assainissement, travaillant dans les centres ruraux d'hygiène, reçoivent une formation professionnelle en cours d'emploi, dont l'éducation sanitaire forme un élément essentiel.

On estime généralement que, du fait de son application dans le cadre des programmes généraux de santé publique, le programme d'éducation sanitaire s'est traduit en République Arabe Unie par une meilleure réalisation.

XIII UNITES COMBINEES (Point 12 du Questionnaire)

Selon le questionnaire, une unité combinée est définie comme une unité englobant l'hygiène rurale, l'éducation de base, l'assistance sociale et l'horticulture.

L'existence d'unités combinées a été signalée par la République Arabe Unie et la Jordanie seulement. L'Iran et le Koweït ont déclaré que des plans pour la création d'unités combinées ont été élaborés.

En Jordanie, les unités combinées du Ministère de l'Hygiène, de l'Education, de l'Assistance sociale et de l'Agriculture, travaillent de concert et englobent environ 80% de la population.

Des inspecteurs sanitaires coopèrent avec les inspecteurs de l'assistance sociale, ainsi qu'avec les visiteurs de l'éducation et de l'agriculture dans les régions rurales.

Les plans existants sont développés sur cette base.

Dans la République Arabe Unie, une unité combinée est définie comme une organisation dans laquelle sont intégrés des services sanitaires, sociaux, agricoles et d'éducation de la région desservie.

Il existe 250 unités combinées dans le pays, desservant environ 27% de la population rurale. Les unités combinées sont administrées par le Ministère des Municipalités.

Le plan quinquennal envisage la création de 500 nouvelles unités combinées.

XIV PROJETS DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE (Point 13 du Questionnaire)

Les réponses au questionnaire signalent les projets suivants de développement communautaire:

Iran

Le Ministère de l'Intérieur, sous le contrôle d'un Conseil Central de Développement, est responsable de la planification et de la mise à exécution des projets de prévoyance sociale dans les communautés rurales fonctionnant sous le contrôle d'un conseil de village. Ce travail est assuré par des "Dehyars", spécialement formés à cet effet.

Koweit

Un programme à longue échéance a été adopté par le Département des Affaires sociales, en collaboration avec le Département économique, pour mener une enquête sur les conditions sociales et économiques au Koweit. Ce programme comporte, entre autres, la collecte de renseignements statistiques sur les divers aspects de la vie, en rapport avec la structure socio-économique de la collectivité.

En 1957, le Département des Affaires sociales et du Travail a organisé son premier recensement. Comme il a déjà été dit, le Département de l'Education et celui des Affaires sociales et du Travail ont amorcé leur plan de création de Centres d'Education de Base pour la formation professionnelle des citoyens dans les différents arts.

Liban

Le Département du Développement communautaire a ses propres plans, qui n'ont pas encore été officiellement approuvés jusqu'ici, et les renseignements relatifs à ces plans n'ont pas encore été communiqués au Ministère de la Santé.

Pakistan Oriental

Il existe vingt-deux projets de développement communautaire urbain, soit cinq à Dacca et un dans chaque chef-lieu de district. Chaque projet de développement communautaire urbain comporte deux fonctionnaires, cinq travailleurs au niveau de la mohalla et deux organisateurs. Ils dispensent une formation professionnelle basée sur les efforts personnels des stagiaires, en matière d'assainissement, d'éducation, de protection maternelle et infantile, de jardinage, etc.

Pakistan Occidental

Sous le contrôle du Département de l'Assistance sociale, quarante-trois projets de développement communautaire urbain doivent être inaugurés dans le cadre du second plan quinquennal (1960-65). Onze de ces projets ont déjà été inaugurés et huit autres le seront durant la période 1961-62.

Chaque projet est pourvu du personnel ci-après:

Organisateurs de l'assistance sociale	- 2 (1 homme et 1 femme)
Travailleurs communautaires	- 3 (2 hommes et 1 femme)
Commis	- 1
Planton	- 1

République Arabe Syrienne

Généralités:

Le programme de développement communautaire, dans la République Arabe Syrienne, a traversé, avec succès, de nombreuses vicissitudes et, grâce à l'intérêt personnel manifesté successivement par trois ministres, il est actuellement appelé à devenir un programme national permanent en voie d'expansion. Vers la dernière année, il a réalisé de très grands progrès.

Un programme national décennal pour la création de 110 projets, comportant sept projets qui doivent démarrer au cours des quatre premières années, dans les sept zones de la République Arabe Syrienne, a été accepté

en principe et incorporé au plan quinquennal. Des crédits ont déjà été affectés à huit projets-pilotes qui, selon les prévisions, porteront sur une population de plus de 200 000 habitants dans huit nahias (subdivisions administratives). Un de ces projets-pilotes, celui de Haran El Awamid, fonctionne depuis plus de deux ans, et deux autres, à Salkhad et Sheria, depuis quatre mois. Les bâtiments destinés aux services du quatrième projet-pilote, à Jobet Burghal, sont près d'être terminés, et l'on s'attend à ce qu'ils soient inaugurés en juillet 1961. Les bâtiments du cinquième projet-pilote, à Kafferine, sont en construction. Les bâtiments de trois projets, à Sheddadeh, Mayadin et Abu Hureira, sont en cours de construction (1961-62).

Le but ultime du développement communautaire est tel qu'il a été proclamé par les Nations Unies en matière de développement communautaire et de services apparentés, - soit un développement harmonieux de la circonscription, à la lumière des ressources et des besoins locaux, par l'emploi des aides technologiques et scientifiques modernes, et le recours à une méthode adéquate, l'instauration de relations empreintes de l'esprit d'équipe, d'une coordination administrative, avec une coopération entre la population et le gouvernement, basée sur l'effort individuel.

Les buts immédiats du développement communautaire sont l'accroissement de la production agricole, l'éradication ou le recul des maladies et épidémies chez l'homme, le bétail et les récoltes, l'amélioration de la qualité du bétail, l'amélioration des conditions de l'assainissement, l'expansion de l'hygiène et des services d'hygiène maternelle et infantile, la création de routes plus nombreuses et meilleures, l'approvisionnement en eau et d'autres ressources, le travail en collaboration avec les sociétés coopératives, les cercles de jeunesse et les conseils de village, l'expansion des moyens d'instruction par le moyen d'écoles primaires et de garderies d'enfants, et le développement de l'artisanat familial et rural.

Organisation administrative

Dix "travailleurs multivalents à l'échelon du village", diplômés d'écoles secondaires d'agriculture, ayant suivi une formation supplémentaire de six mois, portant sur l'agriculture pratique, les coopératives, l'hygiène rurale, le génie civil élémentaire et les principes et méthodes de développement communautaire, ont été attachés à chaque projet. Chaque "travailleur à l'échelon du village" assume la responsabilité d'un ou plusieurs villages

composés de 500-800 familles. Les "travailleurs à l'échelon du village" sont guidés, surveillés et contrôlés par sept spécialistes en: agriculture, assistance en matière d'élevage et d'art vétérinaire; assistance en hygiène publique et médicale, coopératives; éducation sociale; économie domestique, et travaux civils (vacant). Il existe un directeur du projet, chargé de coordonner l'ensemble du programme. Une zone de projet englobe une population de 25 000-40 000.

Modèle adopté par les institutions

Les institutions nécessaires, telles qu'un dispensaire avec centre d'hygiène maternelle et infantile, un dispensaire vétérinaire avec centre secondaire d'insémination artificielle, un centre d'élevage de volailles, une garderie d'enfants, une bibliothèque centrale et un centre d'informations avec une cinébibliothèque ambulante, existent au siège du projet.

Charges financières

En excluant les dépenses générales nécessitées par la formation professionnelle du personnel et celles du Département de Développement communautaire au siège du Gouvernement, chaque projet coûte environ L.S. 300 000 pour les bâtiments, la fourniture d'eau et d'électricité, L.S. 80 000 pour le matériel, le mobilier et le transport; L.S. 111 000 par an pour traitements et allocations au personnel, L.S. 50 000 pour dépenses imprévues périodiques et L.S. 25 000 pour des subventions. En outre, des prêts à court terme, allant jusqu'à L.S. 150 000, sont accordés par la Banque agricole. La dépense totale, estimée pour toute la période décennale, est L.S. 72 180 000.

Résultats

Des résultats importants ont été obtenus au point de vue de l'augmentation de la production agricole, grâce aux semences améliorées et aux fertilisants chimiques utilisés pour le froment (la marge d'augmentation oscille entre 62,1% et 106,5% dans les zones-pilotes de démonstration, en 1959-1960), pour le coton, les légumes et les pommes de terre; à la lutte contre les insectes nuisibles au coton; à l'inoculation prophylactique des moutons, chèvres et volailles contre les maladies épidémiques; à la distribution de jeunes plants et de plantes améliorées; à la vulgarisation de l'horticulture; à l'assistance médicale et aux services des soins maternels et infantiles assurés par les unités sanitaires; à l'assistance vétérinaire;

à l'organisation et au fonctionnement des sociétés coopératives; à l'économie domestique; aux services de bibliothèques; aux garderies d'enfants; aux cours de formation professionnelle et aux tournées d'études pour les fermiers; aux projections cinématographiques et autres aspects de l'éducation sociale; aux travaux entrepris sur la base d'une contribution apportée par les intéressés (création d'écoles et percement d'un canal).

Programme de formation professionnelle

Deux cours d'une durée de six mois ont été organisés pour former les "travailleurs à l'échelon du village" aux principes et méthodes de développement communautaire, des coopératives, aux éléments d'hygiène rurale, à certains aspects du génie civil, et aux méthodes d'agriculture pratique et animale, et un troisième cours est en voie de préparation. Le titre minimum exigé pour l'admission à ces cours est un diplôme d'agriculture attestant trois ans d'études.

Une bourse d'étude a été fournie par les Nations Unies et le boursier est parti pour un cours d'une durée de six mois. Deux autres bourses ont été approuvées, - une pour 1961 et l'autre pour 1962.

Une tournée d'études pour des administrateurs d'un niveau élevé, bien qu'approuvée par les Nations Unies, n'a pu avoir lieu jusqu'ici, par suite d'une compression des dépenses.

XV ASSISTANCE INTERNATIONALE (Point 14 du Questionnaire)

Les pays suivants ont manifesté le désir de bénéficier d'une assistance susceptible de leur être fournie par les organisations internationales pour renforcer les divers domaines d'activités que comporte le questionnaire.

Protectorat d'Aden

Le Protectorat d'Aden est extrêmement arriéré et ses ressources naturelles sont limitées. A moins que des dépôts minéraux, tels que le pétrole, ne soient découverts, il est improbable qu'il soit même en mesure de financer les projets sanitaires qui sont essentiels à l'éradication et au contrôle des maladies épidémiques, ou d'assurer les services médicaux dont tous les peuples devraient bénéficier.

L'assistance britannique, fournie au moyen des crédits du développement communautaire et de l'assistance sociale, ne sera pas suffisante pour amener ces changements, quoique les projets pour 1961-1963 doivent sensiblement modifier l'aspect de l'organisation médicale actuelle. La politique suivie par les autorités britanniques, a toujours été de n'entreprendre que la création des services susceptibles d'être ultérieurement maintenus par les Etats intéressés, ce qui a eu pour effet de limiter le développement.

L'OMS et le FISE doivent jouer un rôle plus important dans les projets sanitaires futurs, mais il y a lieu de tenir compte du fait que les dépenses périodiques, qui sont une caractéristique permanente, ne peuvent être assumées par l'économie autochtone.

Les enquêtes sur les vecteurs du paludisme, de la bilharziose et de la dracunculose sont des projets possibles qui, à la faveur d'une politique d'éradication, pourraient alléger le fardeau des services sanitaires.

L'éducation des femmes est une autre mesure essentielle à la réduction de la mortalité infantile dans des proportions raisonnables.

Les voies de communications sont médiocres et l'évacuation des malades se fait principalement par la voie aérienne, qui est coûteuse. La priorité devrait être donnée à la construction des routes, dont le développement se traduirait par une plus grande sécurité et une plus grande stabilité dans les zones soumises au régime de la tribu.

Tous ces projets sont reliés aux progrès politiques, qui montrent actuellement des signes de développement rapide.

Côte française des Somalis

La Côte française des Somalis a signalé que l'aide financière de la France, au titre du F.I.D.E.S (Fonds d'Investissement pour le Développement économique et social), est actuellement suffisante pour le Territoire et que, jusqu'ici, l'assistance des organisations internationales n'est pas requise.

Iran

Le besoin d'une assistance internationale supplémentaire est indispensable pour le déroulement des futurs programmes en voie d'expansion.

Jordanie

Le besoin existe d'une coopération avec les organisations internationales pour élever le niveau de vie dans le pays.

Koweït

Quatre institutions spécialisées: FAO, OMS, ILO et UNESCO, fournissent une assistance consultative au Koweït, respectivement, par l'intermédiaire des Départements de l'Agriculture, de l'Hygiène publique, des Affaires sociales et du Travail et de l'Education.

Liban

L'OMS prête déjà son assistance au Gouvernement libanais en contribuant au fonctionnement d'un centre rural d'hygiène destiné à servir de modèle à d'autres centres d'hygiène dans le pays. D'autres projets de l'OMS contribuent à l'amélioration des conditions sanitaires dans les régions rurales éprouvées par le paludisme et, indirectement, par la formation professionnelle, en assignant un professeur en génie sanitaire à l'Université américaine de Beyrouth.

L'assistance du FISE en faveur de l'hygiène, particulièrement celle de la mère et de l'enfant, dans les régions rurales, est escomptée pour l'avenir, car un vaste domaine s'offre à l'assistance sous ce rapport.

Pakistan Oriental

L'assistance internationale se manifeste en matière d'activités antipaludiques, d'hygiène scolaire, de campagnes de vaccination au BCG, de centres de protection maternelle et infantile.

Pakistan Occidental

Les problèmes sanitaires auxquels le pays a à faire face étant nombreux, la coopération des institutions internationales, telles que l'ICA, l'OMS, le FISE, etc., est requise pour la solution de ces problèmes.

A N N E X E

QUESTIONNAIRE SUR L'HYGIENE RURALE ET LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

1. Statistiques sur la population et statistiques démographiques

(Extrait ci-inclus des tableaux I et II du Questionnaire du
Deuxième Rapport sur la Situation sanitaire dans le Monde)

	Année	Total pour le pays	Zones urb.	Zones rurales
Population				
Grandeur moyenne de la famille				
Enfants nés vivants (par 1 000 hab.)				
Décès (par 1 000 hab.)				
Mortalité infantile (au-dessous d'un an par 1 000 enfants nés vivants)				
Quelle est la portée du problème du nomadisme				

2. Logement

	Année	Total pour le pays	Zones urb.	Zones rurales
Matériaux de construction ordinairement utilisés				
Nombre moyen de pièces par habitation				

3. Assainissement

(Extrait ci-inclus du Questionnaire du Deuxième Rapport sur la Situation sanitaire dans le Monde)

	Année	Total pour le pays	Zones urb.	Zones rurales
<u>Approvisionnement en eau</u>				
Nombre de systèmes d'approvisionnement				
Pourcentage de la population totale desservie - %				
<u>Evacuation des excreta</u>				
Nombre de systèmes				
Pourcentage de la population totale desservie - %				
<u>Contrôle alimentaire (y compris celui du lait)</u>				
Effectif du personnel (à spécifier) s'occupant des activités de contrôle				
Pourcentage de la population totale bénéficiant de ce contrôle - %				
Données générales sur l'évacuation des déchets				
Données générales sur les mesures prises jusqu'ici dans l'intérêt de l'assainissement				

4. Morbidité

(Extrait ci-inclus du Tableau XIV du Questionnaire du Deuxième Rapport sur la Situation sanitaire dans le Monde)

	Année	Total pour le pays	Zones urb.	Zones rurales
A. Nombre de cas rapportés:				
Tuberculose, toutes formes: (i) nouveaux cas				
Tuberculose, toutes formes: (ii) total cas connus				
Syphilis et ses séquelles: (i) nouveaux cas				
Syphilis et ses séquelles: (ii) total cas connus				
Fièvre typhoïde				
Choléra				
Fièvre scarlatine				
Diphtérie				
Coqueluche				
Infections méningococciques				
Peste				
Lèpre: (i) nouveaux cas				
Lèpre: (ii) total cas connus				
Fièvre récurrente				
Pian: (i) nouveaux cas				
Pian: (ii) total cas connus				
Poliomyélite				
Encéphalite infectieuse				
Variole				
Rougeole				
Fièvre jaune				
Rage chez l'homme				
Trachome: (i) nouveaux cas				
Trachome: (ii) total cas connus				

	Année	Total pour le pays	Zones urb.	Zones rur.
Typhus				
Paludisme (i) nouveaux cas				
Paludisme (ii) cas récurrents				
Trypanosomiase				
Affections diarrhéiques chez les enfants				
Dysenterie bacillaire				
Amibiase				
Schistosomiase				
Ankylostomiase				
Filariose				
Divers (à spécifier)				
B. Nombre total de personnes atteintes de: Cécité				
Surdité				
C. Vecteurs de maladies				
Quels sont les vecteurs:				
du paludisme				
de la leishmaniose				
de la filiariose				
de la bilharziose				
Quelles mesures ont été prises jusqu'ici pour assurer la lutte contre les vecteurs				

5. Données d'ordre général sur les zones rurales et l'économie rurale

- 5.1 Quelle est la définition usitée dans le pays pour établir la distinction entre zones urbaines et zones rurales?

En cas d'absence de définition, veuillez mentionner les cités ou les villes considérées comme agglomérations urbaines, par opposition au reste du pays, considéré comme zone rurale.

- 5.2 Nombre de collectivités rurales (villages) dans le pays _____

Définition provisoire: une collectivité rurale est une agglomération non-urbaine, relevant d'une autorité publique locale, comme un maire ou le président d'un conseil communal. Prière d'indiquer votre propre définition, en cas de besoin.

- 5.3 Population moyenne des collectivités rurales (villages) _____

A défaut de données exactes, prière de donner un chiffre estimatif.

- 5.4 Quels sont: le régime de dispersion des collectivités rurales (villages), par exemple, la distance moyenne entre les villages, le système d'agriculture et les cultures communément rencontrées dans le pays, avec indication de leur importance respective.

Le niveau général de la nutrition dans les zones rurales.

Les systèmes d'irrigation en vigueur dans le pays, avec mention, en particulier, de leur influence éventuelle sur la fréquence des maladies endémiques.

Les types d'habitations, surtout par rapport aux conditions de l'assainissement dans les zones rurales.

6. Activités gouvernementales, entreprises à l'échelon national, visant à améliorer les conditions de l'hygiène rurale

- 6.1 Existe-t-il un ministère spécial des affaires municipales et rurales?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, prière de décrire l'organisation administrative, les fonctions et les réalisations de ce ministère.

- 6.2 Y a-t-il au Ministère de la Santé publique un département spécial s'occupant d'hygiène rurale? Oui Non

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Dans l'affirmative, prière d'indiquer les nom et adresse de ce département et d'en décrire la composition et les fonctions, en faisant aussi mention de ses rapports avec l'administration de la santé publique.

- 6.3 Est-ce que des départements relevant d'autres ministères coopèrent avec le Ministère de la Santé publique en matière d'hygiène rurale?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, indiquer les noms de ces départements et décrire l'étendue de cette coopération.

- 6.4 Y a-t-il un comité chargé de coordonner les activités des diverses institutions gouvernementales, entreprises dans l'intérêt de l'hygiène rurale?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, décrire la composition de ce comité, ses fonctions, ses activités et ses réalisations.

7. Sociétés coopératives sanitaires de village

- 7.1 Nombre de sociétés coopératives sanitaires _____

Pourcentage de population rurale desservie - % _____

- 7.2 Est-ce que les sociétés coopératives sanitaires sont subventionnées sur les fonds publics?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, prière d'indiquer l'institution ou les institutions gouvernementales qui les subventionnent.

- 7.3 Activités des sociétés coopératives sanitaires de village:

Emploi d'un médecin à plein temps

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emploi d'un médecin à temps partiel

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Distribution gratuite de médicaments

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Distribution de médicaments à prix réduits

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8. Services de santé dans les zones rurales

- 8.1 Prière d'indiquer tous les divers types de services de santé existant dans votre pays.

Pour chaque type, prière de mentionner le nombre de services existants, les matériaux de construction utilisés, le coût de construction, et joindre des plans. Il serait également utile de connaître vos préférences - du point de vue opérationnel - concernant les divers types actuellement en usage dans votre pays. Une carte indiquant les localités respectives des services ou centres sanitaires de votre pays serait également accueillie avec intérêt.

Prière d'ajouter toute information sur les tendances qui se manifestent vis-à-vis de la construction peu coûteuse de services de santé, de manière à cadrer avec l'économie des zones rurales et développer les centres ruraux de santé.

Si des recherches et une formation professionnelle portant sur la mise au point d'une technique de construction à bon marché sont entreprises, prière de donner des informations sur les institutions patronnant de telles recherches ou une telle formation.

- 8.2 Prière de donner une description détaillée des effectifs en personnel affectés aux services ruraux de santé et aux services secondaires qui en dépendent, avec des informations sur la formation professionnelle du personnel des services de santé et sur les centres de formation du personnel destiné à être employé aux activités d'hygiène rurale. Quelles sont les catégories de personnel considérées idéales, et quel devrait en être l'effectif par rapport aux besoins de la population desservie?
- 8.3 Activités des services de santé et des services de santé secondaires dans le domaine de:
- a) la médecine préventive et l'immunisation
 - b) l'assainissement
 - c) la médecine endémique et les maladies parasitaires
 - d) la médecine curative
 - e) la maternité, l'hygiène infantile et les soins infirmiers
 - f) la tuberculose, les maladies vénériennes, la lutte contre les ophtalmies transmissibles
 - g) la lutte contre les vecteurs
 - h) la population desservie et le nombre de visites faites aux services de santé
- 8.4 Intégration des services de santé dans l'organisation générale de la santé publique, particulièrement en ce qui concerne les hôpitaux et les laboratoires auxquels les cas sont renvoyés.
- 8.5 Prière de décrire l'équipement des services ruraux de santé.
- 8.6 Prière de donner le tableau général des recettes et dépenses des services ruraux de santé et des services secondaires.

9. Centres sociaux

- 9.1 Est-ce que le Ministère des Affaires sociales (ou tout autre département gouvernemental) déploie une activité déterminée pour relever le niveau de vie de la population rurale?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, décrire le type d'organisation fonctionnant dans ce but, ainsi que la portée et les résultats de ces activités.

9.2 Prière de donner une description générale des fonctions des centres sociaux, de leurs effectifs en personnel et de leur situation géographique.

9.3 Est-ce que l'action médicale et sanitaire est incluse dans les activités des centres sociaux?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, prière de donner des informations sur le personnel sanitaire, notamment sur le nombre de médecins, infirmières, techniciens de l'assainissement et techniciens.

10. Education de base et hygiène scolaire dans les zones rurales

10.1 Nombre d'écoles primaires dans les zones rurales _____

Nombre d'enfants fréquentant les écoles primaires _____

Pourcentage d'enfants d'âge scolaire fréquentant les écoles - %

10.2 Prière de donner une description des services d'hygiène scolaire dans les zones rurales. Y a-t-il quelques indices selon lesquels le service d'hygiène scolaire aurait influencé l'hygiène rurale en général?

11. Education sanitaire du public

Prière de donner un exposé des efforts faits pour instituer l'éducation sanitaire du public dans les zones rurales, ainsi que les diverses méthodes employées pour assurer une telle éducation.

12. Unités combinées

Définition: une unité combinée peut être celle qui comporte les services suivants:

hygiène rurale, éducation de base, assistance sociale et horticulture.

Quelle est votre définition des unités combinées?

12.1 Est-ce que des unités combinées existent dans le pays?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, prière d'indiquer le département gouvernemental chargé de l'administration de ces unités combinées, le nombre de celles-ci et le pourcentage de la population qui en bénéficie.

12.2 Existe-t-il des plans de création d'unités combinées? Oui Non

Dans l'affirmative, exposer ces plans.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

13. Projets de développement communautaire

Prière de décrire en détail tous projets de développement communautaire ou tous centres de formation professionnelle déjà existant dans le pays ou au stade d'élaboration.

14. Assistance internationale

Prière d'indiquer la portée éventuelle de l'assistance fournie par des organisations internationales, telles que l'OMS et le FISE, pour renforcer les divers domaines d'activités énumérés sous la rubrique 1-13 précitée.

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

EM/RC12/9 Add.1
18 septembre 1962

Douzième Session

ORIGINAL: FRANCAIS

Point 10 (f) de l'Ordre du jour

HYGIENE RURALE ET DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

DANS LA

REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

Résultats d'une enquête

Tunisie

I INTRODUCTION

Ce qui suit est un résumé des réponses reçues du Gouvernement tunisien au Questionnaire sur l'Hygiène rurale et le Développement communautaire, qui avait été envoyé par le Bureau régional aux pays de la Région par lettre circulaire du 4 avril 1961.

II POPULATION ET STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES (Rubrique 1 du Questionnaire)

Il n'existe pas en Tunisie de statistiques démographiques établies séparément pour les zones urbaines et rurales. La grandeur moyenne de la famille est estimée, pour la totalité du pays, à 5,5; les enfants nés vivants représentent une proportion de 45 pour 1 000 habitants et les décès sont évalués au taux de 20 pour 1 000 habitants. La mortalité infantile est estimée à 170 pour 1 000 enfants.

L'enregistrement des naissances est à peu près total, mais celui des décès est partiel, atteignant environ 50%. Dans la ville de Tunis, les statistiques démographiques sont assez valables.

III HABITAT (Rubrique 2 du Questionnaire)

Des statistiques sont impossibles à établir dans l'état actuel. La moyenne du nombre de pièces par habitation est estimée à 3,3, pour tout le pays.

IV ASSAINISSEMENT (Rubrique 3 du Questionnaire)

Pour l'année 1961, le nombre total d'installations de fourniture d'eau en Tunisie était de 50 000 dont 46 000 dans les zones urbaines et 4 000 dans les zones rurales, desservant ainsi 50% de la population urbaine et 10% de la population rurale. Nombre de systèmes d'évacuation des excréta (produits d'élimination): 4, - tous urbains et desservant près de 5% de la population urbaine.

V MORBIDITE (Rubrique 4 du Questionnaire)

Les nombres de cas de diverses maladies indiquées ci-après se rapportent à l'année 1960 et concernent l'ensemble du territoire. Il n'a pas été possible de subdiviser les chiffres en zones urbaines et rurales:

Tuberculose (nombre total des cas connus)	80 000
Syphilis (" " " " ")	15-30% de la population
Fièvre typhoïde	282
Diphtérie	113
Infections méningococciques	25
Fièvre récurrente	1
Poliomyélite	77
Rage	1
Typhus	6
Paludisme (nouveaux cas)	574 :
Brucellose	1
Cécité (nombre total d'aveugles)	18 000

1. Tuberculose

Les chiffres concernant la tuberculose se rapportent à la tuberculose pulmonaire seulement et constituent des chiffres minima. On ne dispose de données valables sur la morbidité tuberculeuse que pour la Région de Sousse, où une campagne antituberculeuse a été entreprise et où une proportion de 97% de la population a été examinée. Environ 4% des habitants de cette circonscription sont infectés de tuberculose, et ce taux d'infection est présumé être le plus élevé du pays.

2. Syphilis

Il n'existe pas, pour le moment, de chiffres exacts. Selon les tests sérologiques, une proportion de 15 à 30% de la population est infectée.

3. Trachome

On ne dispose pas de statistiques portant sur la population tout entière. Une étude systématiquement menée parmi les écoliers a donné les résultats suivants: 60-80% infectés dans le sud, 35-45% infectés dans le centre, au Sahel et au Cap Bon, et 15-25% infectés dans les grandes villes et dans le nord du pays.

4. Maladies de l'enfance (coqueluche, oreillons, rougeole)

Ces maladies n'étant pas à déclaration obligatoire, le nombre de cas déclarés est très au-dessous de la réalité, et aucune information valable ne peut être donnée à cet égard.

5. Bilharziose

Cette maladie semble très localisée. Une étude menée dans la Région de Gabès a donné les pourcentages suivants d'enfants infectés, répartis selon l'âge:

<u>Age</u>	<u>%</u>
6	22
7	53
8	45
9	52
10	57
11	61
12	52
13	64
14	64
15	54
Total (âge de 6-15)	52,4

VI INFORMATION D'ORDRE GENERAL SUR LES ZONES RURALES ET L'ECONOMIE RURALE (Rubrique 5 du Questionnaire)

Il n'existe aucune définition officielle de la zone rurale. Toutes les localités constituées en commune peuvent être considérées comme urbaines, tout le reste étant rural. On s'approcherait un peu plus de la réalité en considérant les communes de plus de 5 000 habitants comme des agglomération urbaines, mais cette distinction serait encore arbitraire. Sur cette base, on aurait une population rurale d'environ 3 100 000 habitants sur une population

totale de 4 300 000 habitants, soit une proportion d'environ 72%. Le nombre de villages comptant plus de 100 habitants est d'environ 1 000, avec une population moyenne de 3 000 habitants.

Les cultures les plus communes sont celles des oliviers, des dattiers, des céréales, de la vigne et des agrumes.

Niveau général de l'alimentation dans les zones rurales

En mars 1958, une enquête a été entreprise sur le niveau de vie. Les résultats en ont été publiés dans le Bulletin de Statistiques et d'Etudes économiques (numéros d'octobre-décembre 1958 et avril-juin 1959).

Selon cette enquête, la ration calorique est en général satisfaisante et oscille entre 2 084 et 3 007 par jour dans les gouvernorats soumis à l'enquête. La moyenne pondérable est 2 503 par personne et par jour.

La ration totale en protéines varie entre 57,50 et 91,50 g ou 11-13% de la ration calorique totale. Les protéines d'origine animale sont très insuffisantes et varient entre 6 et 10 g. par personne et par jour.

La ration en fer est suffisante, mais celle de calcium est très au-dessous de la moyenne, ne dépassant jamais en milieu rural 460 mg par jour.

Les rations en vitamine C oscillent entre 3,40 et 28,47 mg par personne et par jour, au lieu du taux recommandé de 75 mg.

On estime que le niveau général de l'alimentation s'est considérablement relevé depuis 1958, mais on ne dispose pas à cet égard de données plus récentes.

Systèmes d'irrigation

L'établissement des offices de mise en valeur (Enfidaville, Vallée de la Medjerda, etc.) pose des problèmes sanitaires quant à leur incidence sur les maladies endémiques:

a) par les systèmes d'irrigation qui ont souvent amené un pullulement de vecteurs de maladies endémiques;

b) par les mouvements de populations atteintes d'ankylostomiase, de bilharziose etc, pouvant ainsi propager certaines maladies jusqu'à présent très localisées.

Cet état de choses nécessite un redoublement de précautions par une action étroitement combinée des départements intéressés, en particulier, les Secrétariats d'Etat à l'Agriculture, à la Santé publique et aux Affaires sociales et aux Travaux publics.

VII ACTIVITES GOUVERNEMENTALES A L'ECHELON NATIONAL, VISANT AU RELEVEMENT DE L'HYGIENE RURALE (Rubrique 6 du Questionnaire)

Il n'existe pas en Tunisie de Secrétariat d'Etat spécialement chargé des affaires municipales et rurales; mais le Secrétariat d'Etat à la Santé s'occupe des questions relatives à l'amélioration de l'hygiène rurale, en collaboration avec le Secrétariat d'Etat à l'Agriculture, à l'Education nationale, à l'Intérieur et aux Travaux publics.

Il n'y a pas de comité spécialement chargé d'assurer la coordination du travail de ces institutions gouvernementales. La coordination sur le plan national est réalisée selon les besoins précis, au sein de commissions groupant les représentants de divers départements gouvernementaux intéressés. Sur le plan local, il existe une coordination de fait, sans organisme spécialement créé à cet effet.

VIII SOCIETES COOPERATIVES SANITAIRES DES VILLAGES (Rubrique 7 du Questionnaire)

De telles sociétés n'existent pas en Tunisie.

IX CENTRES D'HYGIENE DANS LES ZONES RURALES (Rubrique 8 du Questionnaire)

1. Il existe actuellement 345 dispensaires dans les zones rurales. Ces dispensaires sont construits en maçonnerie, consistant chacun en une salle de consultations et une ou deux salles d'attente. Le coût de construction d'un dispensaire varie de 1 000 à 3 000 dinars. Il existe des plans de modèles-types de ces dispensaires.

Le Secrétariat d'Etat à la Santé publique et aux Affaires sociales, sur présentation d'un rapport du Gouverneur régional, étudie la demande de construction d'un dispensaire et décide de l'affectation du local proposé, après avis de l'ingénieur local des Travaux publics.

Des crédits sont alloués au Gouverneur qui, avec l'aide de la population (chantiers de lutte contre le sous-développement), se charge de la construction du dispensaire, ce qui permet un prix de revient assez peu élevé.

Toutefois, les municipalités prennent souvent l'initiative de proposer des locaux au Secrétariat d'Etat à la Santé publique et aux Affaires sociales.

2. Le personnel d'un dispensaire rural comporte un infirmier responsable du dispensaire, qui, parfois, est chargé des visites des "douars" et des écoles avoisinantes.

Il existe, en outre, des infirmiers purement itinérants, faisant uniquement les visites des douars. L'effectif total de ces deux catégories s'élève à 375 infirmiers itinérants. Ces derniers sont encadrés par 16 surveillants régionaux. Un médecin de la Santé publique, chef de la circonscription médicale, se rend périodiquement dans les divers dispensaires ruraux de sa circonscription, à des rythmes variés, d'après l'importance de la population locale.

L'infirmier du dispensaire assure les soins courants et dirige les cas urgents vers l'hôpital auxiliaire dont dépend le dispensaire. Ces infirmiers sont généralement diplômés (diplôme d'Etat ou aides-soignants). Une formation spécialisée d'infirmiers itinérants a été donnée à des jeunes gens de formation purement arabe ("Zitouniens") qui n'étaient pas en mesure de poursuivre leurs études en vue du diplôme d'Etat classique (école professionnelle de la Santé publique d'Hamam-Lif); ils ont un diplôme d'infirmier hygiéniste, itinérant, oculiste, antituberculeux, etc.

3. Les dispensaires ruraux, par les consultations médicales régulières, assurent les services suivants: médecine préventive et curative; soins et pansements, parfois PMI spécialisée; soins aux tuberculeux, aux vénériens, et lutte contre les ophtalmies transmissibles.

En 1960, 2 290 961 malades ont été soignés dans les dispensaires ruraux.

On n'a pas jusqu'ici enregistré le nombre d'habitants visités par les infirmiers itinérants.

4. Les dispensaires ruraux sont rattachés à l'hôpital régional ou aux hôpitaux auxiliaires existant dans les treize circonscriptions.

Les malades doivent être dirigés sur ces hôpitaux pour admission ou consultations spécialisées, ou sur les laboratoires, aux fins d'examen.

5. Budget annuel des dispensaires ruraux.

Toutes les consultations, tous les soins, etc., sont gratuits.

Le chapitre des dépenses comprend:

Traitement de l'infirmier	380 D
Médicaments	125 D
Divers	20 D
	<hr/>
	525 D

Ces charges incombent à l'hôpital qui contrôle le dispensaire.

X CENTRES SOCIAUX (Rubrique 9 du Questionnaire)

1. Sous l'autorité du Secrétariat d'Etat à la Santé publique et aux Affaires sociales, le Service de la Population et de l'Action sociale emploie actuellement 122 animatrices rurales sanitaires et sociales dans tous les gouvernorats. Leur mission consiste à faire prendre conscience aux femmes du milieu rural du rôle qu'elles doivent assurer dans la société tunisienne nouvelle, et comprennent l'éducation sanitaire, l'éducation sociale familiale et l'éducation ménagère élémentaire. Cette véritable éducation de base, très concrète, est efficace pour le relèvement du niveau de vie de la population rurale.

2. Sous l'autorité du Secrétariat d'Etat à l'Agriculture, l'Office de l'Enfida entreprend des activités sociales, en vue du développement communautaire.

XI EDUCATION DE BASE ET HYGIENE SCOLAIRE DANS LES ZONES RURALES
(Rubrique 10 du Questionnaire)

L'hygiène scolaire rurale est encore assez précaire. Le médecin la circonscription visite en principe chaque école deux fois par an. Il est aidé dans sa tâche par deux infirmiers itinérants qui procèdent aux vaccinations systématiques.

On prévoit que des médecins à plein temps seront affectés aux écoles rurales, aidés d'infirmiers et pourvus de voitures automobiles.

L'éducation sanitaire dans les écoles est assurée par l'intermédiaire des éducateurs sanitaires, par des campagnes périodiques, etc.

XII EDUCATION SANITAIRE DU PUBLIQUE (Rubrique 11 du Questionnaire)

Chacune des treize régions sanitaires de Tunisie a un centre régional d'éducation sanitaire, pourvu de moyens audio-visuels.

Les éducateurs sanitaires régionaux assurent une action éducative dans les milieux ruraux, en effectuant des tournées périodiques comportant des causeries, des projections de films éducatifs, des distributions de prospectus et de dépliants, etc., soit en public, soit dans les locaux des organisations nationales (Néo-Destour, UNFT, Syndicats ouvriers ou agricoles, etc.).

Une éducation sanitaire est également dispensée à l'occasion des grandes campagnes nationales et internationales de prévention (campagnes antituberculeuses, lutte contre le trachome, campagnes contre les mouches etc). Les centres régionaux d'éducation sanitaire combinent leurs activités avec celles des autres organisations intéressées et jouent un rôle de premier plan. Un village est choisi pour être le lieu d'un travail collectif visant à l'amélioration des conditions d'hygiène. Une étude approfondie du milieu est faite au préalable; le programme est ensuite élaboré par l'éducateur sanitaire en collaboration avec les autorités locales.

XIII CENTRES COMBINES (Rubrique 12 du Questionnaire)

Il n'existe pas de centres combinés en Tunisie.

XIV PLAN DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE (Rubrique 13 du Questionnaire)

Le Gouvernement tunisien a entrepris, dès 1956, une expérience pilote consistant en un grand projet de développement communautaire dans la région d'Enfida. Sur un domaine de 25 000 hectares, caractérisé par un milieu déshérité et groupant une population de 35 000 habitants, le Gouvernement a entrepris, parallèlement à la mise en valeur agricole de cette Région, l'éducation des habitants et la mobilisation de leurs énergies latentes, afin de les intégrer dans le nouveau contexte national.

Les buts poursuivis sont les suivants:

- mettre ces régions en valeur avec la participation bénévole des habitants et préparer la promotion sociale de ces derniers;
- exploiter au maximum les énergies latentes de la population en les mettant à profit dans diverses activités relatives aux travaux d'infrastructure, à la mise en valeur agricole, à la création de communautés rurales;

- faire de telle sorte que ces deux opérations se réalisent conformément à une politique économique générale tracée par le Gouvernement;
- assurer parallèlement à la réalisation de ces programmes une éducation réfléchie de la population, notamment dans le domaine de la coopération;
- s'efforcer de réduire les investissements en capital à leur plus simple expression.

Ces transformations nécessitent beaucoup d'attention et doivent être menées sans heurts ni coercition. Pour y parvenir, le développement communautaire a été adopté comme un moyen, une phase préparatoire à la coopération. Les habitants répartis en petites agglomérations isolées doivent, à un premier stade, être regroupés en villages. Dans chaque village sera créée une coopérative agricole qui exercera graduellement diverses activités, au fur et à mesure du développement de la communauté.