PN-AAN-384

WATER AND SANITATION FOR HEALTH PROJECT

COORDINATION AND INFORMATION CENTER

Operated by CDM FIVE for the U.S. Agency for International Development

1611 N. Kent Street, Room 1002
Arlington, Virginia 22209 USA

Telephone: (703) 243-8200
Telex No. WUI 64552
Cable Address WASHAID

INTEGRATION DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT DU MILIEU DANS LES PROGRAMMES DE SOINS PRIMAIRES

Presentation at the Primary Health Conference in Sousse, Tunisia
August 31 through September 3, 1981

WASH TECHNICAL REPORT NO. 8

OCTOBER 1981

Prepared For:
Office of Technical Support,
Near East Bureau
Agency for International Development
Order of Technical Direction No. 52

CDM FIVE is operated by Camp Dresser and McKee Incorporated; Principal Collaborators: Center for Educational Development in Health, Boston University; International Science and Technology Institute; Research Triangle Institute; University of North Carolina at Chapel Hill.

WASH TECHNICAL REPORT NO. 8

INTEGRATION DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT DU MILIEU DANS LES PROGRAMMES DE SOINS PRIMAIRES

Presented at the
Primary Health Conference in Sousse, Tunisia
August 31 through September 3, 1981

Prepared for Office of Technical Support
Near East Bureau
Agency for International Development
under Order of Technical Direction No. 52

Prepared by:

Raymond B. Isely, M.D., M.P.H., D.T.M.
John Tomaro, Ph.D., M.P.H.
and
M. John Paul

October 1981

Contract No. AID/DSPE-C-0080
Project NO. 931-1176

TABLE OF CONTENTS

Page

1. Introduction..... 1

2. Raisonnement en support de l'intégration de l'eau et de l'assainissement dans les programmes de soins primaires..... 2

3. Façons d'intégration..... 4

4. Collaboration interministèrielle..... 5

5. La formation du personnel..... 6

6. Participation communautaire..... 7

7. Conclusions..... 8

Références..... 10

Appendix

Order of Technical Direction No. 52..... 12

Figure

1. Le Processus de Participation Communautaire: Contributions de Agents varies au Niveau de la Communauté..... 9

Intégration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement du milieu dans les programmes de soins primaires

par Dr. Raymond B. Isely
Dr. John Tomaro
et
M. John Paul

1. Introduction

Dans la plupart des documents touchant les questions primordiales de la Décennie de l'Eau et de l'Assainissement (WHO, 1980), on constate le même raisonnement de base: que toute action d'amélioration de l'eau et des conditions du milieu, va certainement améliorer également le niveau de santé de la population desservie.

Malgré cette constatation, on rencontre souvent des objections à l'inclusion de l'eau et de l'assainissement dans les programmes de santé. Ces objections comprennent le plus fréquemment:

a) La pénurie d'évidences concrêtes concernant l'amélioration de l'eau des conditions du milieu et qui a pour effet, une réduction de la morbidité ou de la mortalité due aux maladies liées à l'eau et à l'assainissement (Gordon, 1968,; Guzman, 1979).

   Malgré le manque d'études bien exécutées, il y néanmoins dans l'ensemble des études une prépondérance d'évidence d'un effet bénéfique (Hughes, 1981; Jordan, et al, 1978; Tomkins, et al, 1978).

b) Le coût relativement élevé des programmes d'amélioration d'eau et d'assainissement en comparaison avec les autres programmes de soins primaires, tels que les immunisations contre les maladies infectieuses, la promotion de la réhydratation par voie orale, et la protection maternelle et infantile en général.

   Cette impresssion est pourtant crée par l'accent souvent mis sur les grand projets urbains de travaux publiques, où le niveau de financement est extrêmement élevé. Parmi les populations rurales et périurbaines, cependant, l'amélioration de l'eau implique souvent des solutions moins coûteuses, telles que le captage des sources, le captage de l'eau pluviale, le creusage des puits, et des systémes d'adduction par gravité, où les frais par ménage ne dépassent que rarement 25-40

dollars américains (World Bank, 1979; Mara, 1980). L'installation des facilités d'assainissement au côut modeste n'atteint en général que 20 dollars par ménage.

c) Le fait que dans ces programmes il y a toujours des problèmes d'ordre technologique trop coûteux à franchir.

Cette constatation néglige le manque presque total de la participation communautaire dans tous les programmes d'eau et d'assainissement, dont le résultat est l'absence de l'entretien des installations (Pacey, 1977).

Sans vouloir nier l'importance des autres aspects de soins primaires énoncés par la Conférence d'Alma-Ata (WHO, 1978), nous voudrions néamoins soumettre la proposition que l'intégration des questions de l'eau et de l'assainissement dans les programmes de soins primaires porte une valeur unique. Nous discuterons successivement:

a) Les raisons pour lesquelles on doit intégrer l'eau et l'assainissement dans les programmes de soins primaires.

b) Les façons dont cette intégration peut se faire.

2. Raisonnement en support de l'intégration de l'eau et de l'assainissement dans les programmes de soins primaires

Le rapport intime entre l'eau et l'assainissement et les autres aspects de soins primaires est mis en évidence dans les déclarations d'Alma-Ata, où l'eau et l'assainissement se trouvent parmi les huit éléments de base. En partant d'Alma-Ata et de la rhétorique qui l'a suivie, on trouve encore des raisons opérationnelles pour une association étroite. Il y en a deux principales:

a) Les programmes de soins primaires ajoutent aux efforts d'améliorer l'approvisionnement en eau et les facilités de débarrassement des excréta, deux éléments qui manquent souvent dans les programmes d'eau et d'assainissement isolés, notamment l'éducation sanitaire et la participation communautaire.

b) Les activités d'eau et d'assainissement peuvent donner lieu à un point d'entrée aux autres aspects des soins primaires.

Nous avons vu qu'il y a un rapport étroit entre les programmes de soins primaires et ceux de l'eau et de l'assainissement. En fait, chaque programme visant à améliorer la qualité de vie

d'une population a besoin des autres, et chaque programme offre aux autres, certains éléments essentiels pour l'obtention de leurs objectifs.

Les programmes de l'eau et de l'assainissement bénéficient en particulier de certains éléments des programmes de soins primaires, notamment l'éducation sanitaire et la participation communautaire. En même temps les programmes de soins primaires trouvent souvent dans les programmes de l'eau et de l'assainissement un moyen important d'accès à la communauté.

Pour que ces avantages réciproques soient réalisés, il y a cependant plusieurs conditions nécessaires:

Unités sanitaires:

a) Personnel formé et apte à participer aux efforts d'éducation sanitaire et de mobilisation des communautés.

b) Un exemple de comportement correct vis-à-vis de la manipulation de l'eau et du débarrassement des excréta donné par le personnel de la santé, ce qui implique l'existence de l'approvisionnement en eau et des latrines aux unités sanitaires.

c) Services de soins curatifs bien rendus, donnant ainsi aux communautés une confiance en le personnel.

d) Soutien adéquat du personnel en supervision, en fournitures et matériel, et en support moral.

Services de l'eau et de l'assainissement:

a) Personnel au courant d'une gamme de technologies appropriées aux besoins et aux capacités d'entretien des communautés.

b) Soutien technique logistic et matériel par un service central.

L'essentiel est que les deux programmes soient complémentaires et doivent marcher ensemble pas à pas. Par exemple, les programmes de l'eau et de l'assainissement avancent plus rapidement si les membres des communautés sont organisés et disposés à faire des efforts pour améliorer leur niveau de vie. Le personnel de soins primaires dispose souvent de la connaissance et des moyens pour la mobilisation des communautés. L'opération du programme de soins primaires sert ainsi en tant que tremplin d'action de la communauté. L'utilisation de l'unité sanitaire, encouragée par les actions du personnel, donne l'occasion aux populations utilisatrices d'apprendre l'emploi correcte de l'eau et des latrines. Voici un exemple d'une façon dont l'un des programmes soutient l'autre.

D'une façon réciproque, le personnel des programmes de l'eau et de l'assainissement, qui sait mettre en place une technologie désirée par une communauté et nécessitée par les conditions du milieu et les capacités financières et techniques d'une communauté, offre aux services de soins primaires des occasions d'entrée dans cette communauté. Il est bien connu que l'approvisionnement en eau répond à un besoin ressenti par les populations rurales et périurbaines. Si le personnel du service hydraulique est capable d'introduire une technologie appropriée pour l'eau, il peut souvent ouvrir la porte aux autres actions de soins primaires, y compris l'assainissement.

En deuxième lieu l'introduction de l'eau et de l'assainissement dans une communauté met entre les mains du personnel des soins primaires un moyen efficace de prévention des maladies transmises par le cycle féco-oral et par un manque d'hygiène personnelle (Schneider, et al, 1978; Watkins, 1979). On estime qu'un tiers des mortalités infantile et de l'enfance (Omran, 1980) est dû aux infections gastrointestinales (diarrhées, dysenteries, choléra, et infections typhoïde et paratyphoïdes). Les programmes de réhydratation orale ont beaucoup contribué à la réduction de ce taux de mortalité (Kielmann, et al, 1978; McCord, 1980; Population Information Program, 1980). Il y a pourtant une morbidité répandue parmi les petits enfants causée par les diarrhées non-mortelles. Cette morbidité, en forme d'une retardation de la croissance pondérale, est due à une surcroissance bactérienne de la surface muqueuse de l'intestin grêle et à une malabsorption par la suite. Il semble que cette condition (Rowland and Whitehead, 1981) ne soit pas réversible par la réhydratation orale. Il faut plutôt une prévention primaire telles que l'amélioration des sources d'eau et d'assainissement, que la quantité d'eau à la maison soit aussi augmentée, que la prévention des maladies féco-orales soit mieux assurée (Hughes, 1981), et que l'on puisse s'attendre en plus à une diminution des maladies cutanées et oculaires (la gale et les infections bactériennes et à champignons et le trachome (Feachem, 1971; Maichuk, 1976).

3. Façons d'intégration

Il y a deux façons générales d'associer l'eau et l'assainissement avec les programmes de soins primaires. La première est de les intégrer directement par une association entre les deux types de programmes sous un même ministère ou département du gouvernement. La seconde concerne plutôt une collaboration entre ministères ou départements. Quel que soit le type d'association consideré, il y a néanmoins trois façons spécifiques d'utilisation dans la promotion d'un rapport complémentaire.

a) Etablissement des liens et des méchanismes de communication, de discussion et de collaboration au niveau

politique, entre les ministères responsables de l'eau et de l'assainissement.

b) Intégration des technologies de l'eau et de l'assainissement et pratique de la mobilisation communautaire qui y est associée, dans les programmes de formation du personnel de la santé et des autres ministères.

c) Promotion de la participation communautaire et son utilisation en tant que véhicule pour l'association de l'eau et de l'assainissement avec les autres aspects de soins primaires et du développement général.

4. Colloboration interministérielle

Parmi tous les moyens suggérés pour l'intégration des programmes de l'eau et de l'assainissement avec ceux des soins primaires, la collaboration interministérielle est probablement la plus difficile à promouvoir; mais elle est aussi la plus nécessaire. Sans un soutien politique provenant des services centraux, le personnel des services périphériques trouve difficile d'accomplir des efforts collaboratifs. Mais les services centraux sont souvent si handicappés par les obstacles d'ordre budgétaire, de personnel, d'équipement, et de compétence générale, qu'ils n'osent pas collaborer avec un autre ministère, de peur qu'ils ne perdent contrôle de leur personnel.

Pour franchir ces obstacles, il faut faire des efforts pour sensibiliser le personnel décisionnaire de chaque ministère faisant partie des programmes d'eau et d'assainissement, tel que:

- Santé
- Affaires Sociales
- Développement Rural
- Education Nationale
- Intérieur et Gouvernement Local
- Parfois un ministère spécialement responsable des services hydrauliques.

Cette sensibilisation doit agir sur le charactère pluridisciplinaire des problèmes de l'eau et de l'assainissement, sur l'incapacité budgétaire d'un seul ministère à supporter tous les éléments essentiels des programmes, et sur la nécessité de combiner les ressources infrastructurelles aux régions rurales afin d'atteindre les objectifs même les minimes.

La première barrière à surmonter est la séparation presque complète des programmes de l'eau de ceux de l'assainissement. L'assainissement est souvent la responsabilité du Ministère de la Santé, tandis que les questions d'eau sont entre les mains

de différents ministères Travaux Publiques (Génie Rural), Agriculture, ou Développement Rural. En milieu rural, les deux programmes restent également négligés.

Quelques pays ont déjà formé des Comités d'Action pour la Décennie de l'Eau et de l'Assainissement.* Ces comités servent à faciliter les échanges d'information sur les programmes nationaux et régionaux et sur les ressources disponibles aux programmes, et servent aussi à rendre possible des discussions ouvertes sur des problèmes et des implications politiques. Un résultat possible est l'établissement d'une base commune pour la formulation d'une politique à chaque ministère.

Sans un comité de ce genre, il serait désirable d'organiser des séminaires périodiques pour les dirigeants des ministères appropriés, au cours desquels on pourrait leur exposer les problèmes du pays en matière d'eau et d'assainissement, ainsi que les projets offrant des exemples de succès dû à une collaboration entre ministères.

On doit au moins promouvoir l'émission, par chaque ministère, des ordres au personnel périphérique, pour les encourager à collaborer dans le domaine de l'eau et de l'assainissement avec le personnel des autres services. L'administrateur local, s'il est prévu, joue souvent un rôle capital dans le renforcement de ces ordres.

5. La formation du personnel

La formation du personnel de la santé et des autres services engagés dans les programmes de l'eau et de l'assainissement donne l'occasion de faire comprendre les efforts pour associer l'eau et l'assainissement avec les soins primaires de la santé. Chaque programme de formation, soit d'une formation initiale (médecins, ingénieurs, infirmier(ère)s, et techniciens à tous les niveaux) ou de recyclage, doit nécessairement inclure un traitement des aspects technologiques, sanitaires, économiques, et socio-culturels de l'eau et de l'assainissement. Pour le personnel de la santé, naturellement, l'accent serait mis sur les aspects sanitaires et socio-culturels, et pour le personnel du génie, sur les aspects technologiques et économiques, sans négliger pour autant aucun aspect dans tous les programmes (Barker, 1980). C'est ainsi que chaque membre du corps de personnel aurait une appréciation de la complémentarité du travail des autres, et qu'il y aurait une possiblité d'associer en pratique les programmes.

On pourrait envisager par exemple la participation des ingénieurs et des techniciens d'assainissement dans la formation

*En juillet 1981, seulement un tiers des pays interrogés avaient organisé un comité national.

didactique et pratique du personnel de la santé (technologie, entretien), la participation des médecins, infirmiers et sage-femmes dans la formation des ingénieurs et du personnel d'assainissement (santé publique), et la participation des assistantes sociales dans la formation des deux catégories (participation communautaire).

Pourtant pour que ces innovations se réalisent, il faut convaincre la direction des écoles et des programmes de recyclage de la valeur d'une adaptation de leurs programmes de ce type. Si l'eau et l'assainissement se trouvent déjà sur un programme, les barrières à franchir sont minimisées, mais s'il faut une modification du programme, une autorisation ministérielle est souvent nécessaire. Dans ce cas, on a recours aux moyens de collaboration interministérielle déjà discutés.

Au niveau du district (arrondissement) où travaillent les infirmiers auxilliaires, les assistants d'assainissement, les agents de la santé les plus périphériques et les autres personnes du même niveau, les programmes de recyclage ont une importance particulière, non seulement comme une occasion d'introduire les aspects de l'eau et de l'assainissement aux différents personnels, mais aussi comme une possibilité de recycler ensemble le personnel de tous les services. On pourrait ainsi assurer une compréhension mutuelle des perspectives sur les problèmes et les compétences professionelles de chaque catégorie de personnel. Ce résultat n'est pas en général réalisé par une supervision entièrement verticale et le rapport bénéfice/ coût est meilleur que celui des programmes de recyclage unidisciplinaire.

6. Participation communautaire

La participation des communautés dans la planification, l'exécution et l'évaluation des projets d'eau et d'assainissement aussi bien que ceux des soins primaires, est le troisième véhicule de l'intégration à discuter (Isely et Martin, 1977). Dans ce cas, ce sont les membres de la communauté qui, par leur participation, fournissent le mécanisme d'intégration, car ils vivent quotiennement les problèmes de l'eau et de l'assainissement, de la santé, de la production agricole, et de l'éducation, en bref de la survie, d'une manière qui ne reconnaît pas de frontière disciplinaire.

Chaque agent périphérique, qu'importe son service d'origine, possède la capacité de renforcer le processus de participation (voir la figure No. 1). Si chaque agent qui visite regulièrement les populations rurales ou périurbaines est formé à comprendre et à faciliter l'organisation des communautés, comme décrite dans le diagramme, aussi bien qu'à introduire les techniques de son propre service, le résultat serait une organisation au niveau de la communauté plus capable de participer dans tous les programmes.

La capacité des agents périphériques à renforcer l'organisation des communautés dépend directement de leur formation initiale et de la qualité et fréquence du recyclage. La capacité des communautés à participer dépend de leurs expériences antérieures, de leur structure organisationnelle de base, de leur économie, et d'un grand nombre des autres facteurs d'ordre socio-culturel. La formation de chaque agent périphérique doit le préparer à identifier les communautés les plus disposées à participer dans son programme. Dans le cas de l'eau et de l'assainissement, les facteurs à considérer sont:

- Les aspects physico-géographiques (topographie, géologie, etc.)
- Les aspects biologiques (qualité de l'eau, maladies prévalentes, vecteurs)
- Les aspects économiques (production, productivité)
- Les aspects démographiques
- Les aspects socio-culturels (croyances, habitudes, compétences locales).

En fin de compte le succès de chaque installation de l'eau ou de l'assainissement dépend de cette capacité de la communauté à s'organiser pour l'entretien à long-terme, d'où l'importance de tous ces facteurs. C'est alors le renforcement de l'organisation qui devient plus essentiel que l'introduction des techniques particulières. Chaque agent doit faire sa part.

7. Conclusions

L'eau et l'assainissement, éléments intégraux des soins primaires de la santé sont souvent négligés ou même rejetés. Le raisonnement d'une association opérationelle étroite est pourtant clair. Chacun contribue à la réalisation des objectifs de l'autre. Pour l'eau et l'assainissement, un succès à long terme est plus assuré si la santé contribue à l'éducation sanitaire et à la mobilisation des communautés. Pour la santé, l'eau et l'assainissement offrent un point d'entrée aux communautés et un moyen de prévention primaire d'une maladie qui tue des petits enfants, et qui retarde la croissance des autres.

Cependant pour réaliser cette association, il faut des efforts énormes:

- Collaboration interministèrielle
- Formation appropriée du personnel de plusieurs ministères et à tout niveau.

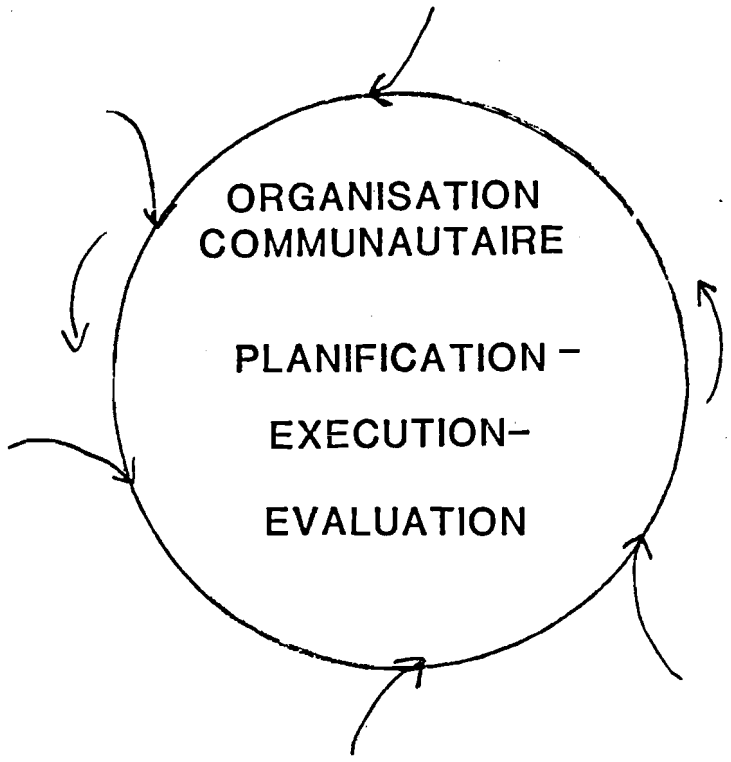
FIG. 1 LE PROCESSUS DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE:

CONTRIBUTIONS DES AGENTS VARIES AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE

(ISELY, 1981)

TECHNICIEN DES TRAVAUX PUBLICS

Approvisionnement en eau
Construction des routes



ENSEIGNANT

Alphabétisation
Education Technique
Communication

ASSISTANT D'ASSAINISSEMENT

Assainissement
Habitat
Débarassement des ordures

AGENT DE SCIENCES DOMESTIQUE

Sciences Doméstiques
Jardinage
Planification Familiale

AGENT DE LA SANTE

Santé d'Environnement
Education Sanitaire
Prévention Primaire
Soins Primaires
Planification Familiale

AGENT AGRICOLE

Amélioration des Sémences
Techniques Cultivatrices
Techniques de Récolte
Emmagasinage
Traction Animale

- Participation communautaire facilitée par la contribution de chaque agent périphérique à l'organisation locale.

Les objectifs de l'eau et de l'assainissement enfin, ne sont pas réalisables sans la participation de plusieurs disciplines, non seulement celles de la santé, mais aussi celles de l'agriculture, des affaires sociales, et du génie.

REFERENCES

Barker, H.W., "Manpower Development in Relation to the Objectives of the United Nations Water Supply and Sanitation Decade," paper prepared for the First African Congress of Water Suppliers, Abidjan, Ivory Coast, February 4-7, 1980.

Feachem, Richard, Michael McGarry, and Duncan Mara, Water, Wastes and Health in Hot Climates, London, 1977.

Gordon, J.E., et al, "Nutrition and Infection Field Study in Guatemalan Villages, 1959-1964: VI, Acute Diarrheal Disease and Nutritional Disorders in General Disease Incidence," Archives of Environmental Health, Vol. 16, March, 1968, pp. 424-437.

Guzman, M.A., et al, "Nutrition and Infection in Guatemalan Villages, 1959-1964: VII, Physical Growth and Development of Preschool Children," Archives of Environmental Health, Vol. 17, 1969, pp. 107-118.

Hughes, James M., "Potential Impacts of Improved Water Supply and Excreta Disposal on Diarrhoeal Disease Morbidity, an Assessment Based on a Revi`ew of Published Studies," WHO Diarrhoeal Disease Control Programme Consultation Reports, Document 2245E (draft), World Health Organization, Geneva, 1981.

Isely, R.B., Facilitation of Community Organization: An Approach to Water and Sanitation Programs in Developing Countries, Task Report for the Office of Health, U.S. Agency for International Development, Washington, D.C., 1981.

Isely, R.B., and J. M. Martin, "The Village Health Committee: Starting Point for Rural Development," WHO Chronicle, Vol. 31, 1977, pp. 307-315.

Jordan, P., et al, "Further observations from St. Lucia on Control of S. Mansoni Transmission by Provision of Domestic Water Supplies," Bulletin of the World Health Organization, Vol. 56(6), 1978, pp. 965-73.

Kalbermattan, J.M., D.S. Julius, and C.G. Gunnerson, "Appropriate Technology for Water Supply and Sanitation: A Summary of Technical and Economic Options," The World Bank, Washington, D.C.,1980.

Kielmann, A.A. et al, "The Narangwal Experiment on Interactions of Nutrition and Infections: II. Morbidity and Mortality Effects," Indian Journal of Medical Research, Vol. 68 (Suppl.), December, 1978, pp. 21-41.

Maichuk, Y.F., "Blindness in the Middle East," Bulletin of the Opthamology Society of Egypt, Vol. 69(73), 1976, pp. 629-33.

Mara, D., et al, "Technical and Public Health Aspects of Low Cost Sanitation Program Planning," Journal of Tropical Medicine and Hygiene, Vol. 83(6), December, 1980, pp. 229-40.

McCord, C., Evaluation of Menoufia, Egypt, Oral Rehydration Project, American Public Health Association, Washington, D.C., 1980.

Omran, Abdel-Rahim, Population in the Arab World: Problems and Prospects, UNFPA, New York, 1980.

Pacey, A., et al, eds., "Technology is not enough: The Provision and Maintenance of Appropriate Water Supplies," Aqua (1)1, 1977, pp. 1-58.

Population Information Program, "Population Reports," Series L, Number 2, November-December, Johns Hopkins Univeristy, Baltimore, 1980.

Rowland, M.G.M., and R.G. Whitehead, "The Epidemiology of Protein-energy Malnutrition in Children in a West African Village Community, A Summary of the Work of the Protein-energy Malnutrition Group of the Medical Research Council, Dunn Nutrition Unit, Cambridge, U.K., 1974-1978," Cambridge, England, 1981.

Schneider, R.E., M. Shiffman, and J. Faigenblum, "The Potential Effect of Water on Gastrointestional Infections Prevalent in Developing Countries," American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 31, November, 1989, pp. 2089-99.

Tomkins, A .M. et al, "Water Supply and Nutritional Status in Rural Northern Nigeria," Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Vol. 72(3), 1978, pp. 2-39-43.

Watkins, L.O., "The Potential Effects of Water on Gastrointestinal Infections Prevalent in Developing Countries," (letter) American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 32(10), October, 1979, pp. 1986-8.

World Bank, Water Supply and Waste Disposal" Poverty and Basic Needs Series, Washington, D.C., 1980.

World Bank, World Development Report 1980, Oxford University Press, New York, 1980.

World Health Organization, "A Challenge to Developing Countries: The International Drinking-Water Supply and Sanitation Decade, 1981-1990," WHO Chronicle, Vol. 34, 1980, pp. 327-331.

World Health Organization, Primary Health Care: Report of The International Conference on Primary Health Care, Geneva, 1978.

WATER AND SDANITATION FOR HEALTH (WASH) PROJECT
ORDER OF TECHNICAL DIRECTION NUMBER 52

August 27, 1981

MEMORANDUM

TO: Dennis Warner
WASH Project Director (Acting)

FROM: S&T/HEA, John H. Austin

THRU: S&T/HEA Victor W.R. Wehman, Jr., P.E., R.S.
AID WASH Project Manager

SUBJECT: Participation in Workshop on Primary Health Care, 31 August to 3 September, 1981 in Sousse, Tunisia

REFS:
1. Memo from Barbara Turner to John Austin, 14 Aug. 1981
2. Draft Agenda for Workshop on Primary Health Care: Intervention for Widespread Coverage; Aug. 31-3 Sept. 1981; Sousse, Tunisia

1. WASH contractor is requested to provide consultant services to NE/TECH/HPN (See Ref. 1) as outlined in Barbara Turner's memo.

2. Consultant is to be able to deliver a presentation and lead a workshop in French and/or Arabic of about 1 1/2 hours duration on the integration of water and sanitation concerns into primary health care programs. Consultant will also be available throughout the workshop to interact as a technical resource person during all sessions.

3. Authorization of up to 10 days is provided for preparation for the workshop, participation in the workshop and debriefing on return. This includes assistance of others in preparation of materials for the workshop.

4. Authorization is provided for 6 days of international travel and per diem plus miscellaneous expenses for the workshop in Sousse for one person.

5. Clarification on details of the workshop should be obtained from Sarita Henry of S&T/HEA. (Phone: 235-9649). She will provide liaison with APHA.

6. Discussions on content of material, and desired emphasis should be arranged with Joe Haratani and Julia Weissman before preparation of material.

7. A debriefing should be held within 30 days of returning from the workshop for NE/TECH/HPN and S&T/HEA.

August 14, 1981

MEMORANDUM

FOR: S&T/HEA, Mr. John Austin

FROM: NE/TECH/HPN, Barbara Turner BT

SUBJECT: Consultant Services for Workshop on Primary Health Care, Aug. 31 to Sep 3, 1981, Sousse, Tunisia

This is to request the services of an experienced Sanitary or Public Health Engineer to participate in the subject workshop. The purpose of this workshop is to bring together key health representatives of Near East nations, A.I.D. and other institutions to share their experience with primary health care programs and to discuss the technical, institutional and operational aspects of primary health care programs and their component parts.

The expert consultant will participate in the total workshop and will act as a leader and technical resource person for a working session (sub-workshop) which will address the role of water supply and sanitation in primary health care programs. Special attention will be focussed on the need for positive water supply and sanitation service models operating in all health facilities, especially in peri-urban and rural areas.

The expert must have a sanitary, civil or public health engineering degree and/or an M.P.H. or M.S. She/he must have at least 5 years of professional experience including significant overseas experience. Arabic and/or French language ability is highly desirable.

Due to the short lead-time provided, we request that you place high priority to this request. Please direct any questions to: Joseph Haratani, NE/TECH/HPN, Phone: 632-0215.