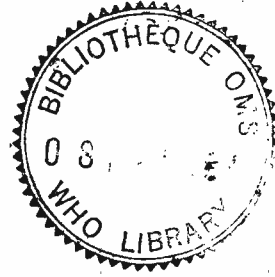




QUARANTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 29 de l'ordre du jour provisoire



SITUATION SANITAIRE DE LA POPULATION ARABE DANS LES TERRITOIRES OCCUPES,  
Y COMPRIS LA PALESTINE

A la demande de la délégation d'Israël, le Directeur général a l'honneur de transmettre à la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé, pour information, un rapport<sup>1</sup> du Ministère de la Santé d'Israël et la lettre qui l'accompagnait.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Annexe 2.

<sup>2</sup> Annexe 1.

MISSION PERMANENTE D'ISRAEL AUPRES DE  
L'OFFICE DES NATIONS UNIES ET DES ORGANISATIONS  
INTERNATIONALES A GENEVE

Genève, le 13 avril 1987

Monsieur le Directeur général,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-inclus un rapport global établi par le Ministère de la Santé d'Israël sur la situation sanitaire et les services de santé en Judée, en Samarie et dans le district de Gaza en 1986-1987.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir faire distribuer ce rapport en tant que document officiel de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur général, l'assurance de ma haute considération.

(signé) Avraham Millo  
Ministre conseiller  
Chargé d'affaires a.i.

Dr Halfdan Mahler  
Directeur général  
Organisation mondiale de la Santé  
Avenue Appia  
1211 Genève 22

LA SITUATION SANITAIRE ET LES SERVICES DE SANTE EN JUDEE,  
EN SAMARIE ET A GAZA

1986-1987

---

MINISTRE DE LA SANTE

ETAT D'ISRAEL

MARS 1987

JERUSALEM

Table des matières

	<u>Pages</u>
PREFACE .....	5
INTRODUCTION .....	6
I.    DONNEES MARQUANTES .....	7
II.   DEMOGRAPHIE ET STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES .....	11
III.  CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES .....	12
IV.  MORBIDITE, MORTALITE ET INDICATEURS DE L'ETAT DE SANTE .....	13
V.    SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET SERVICES PREVENTIFS .....	14
Santé maternelle et infantile .....	14
Programme élargi de vaccination (PEV) .....	17
Nutrition et croissance des enfants .....	20
Soins de santé primaires élargis .....	21
VI.  SERVICES DE SANTE SECONDAIRES ET TERTIAIRES .....	22
Services hospitaliers .....	22
Développement des hôpitaux .....	22
Infrastructure .....	23
Planification hospitalière .....	24
Santé mentale .....	24
Problèmes des groupes spéciaux .....	25
VII.  PERSONNELS ET FORMATION .....	25
Programmes d'éducation .....	26
Effectifs .....	27
VIII.  ADMINISTRATION ET FINANCES .....	28
Assurance-maladie .....	28
Dépenses de santé .....	28
Organismes communautaires et bénévoles .....	28
Institutions internationales .....	29
IX.  PLANIFICATION, EVALUATION ET AUTRES ASPECTS .....	30
Planification sanitaire .....	30
Consultants de l'OMS .....	31
Autres consultants extérieurs .....	31
Zones privilégiées du programme .....	31
X.    RECHERCHE SUR LES SOINS DE SANTE .....	32
RESUME .....	33

## PREFACE

Cet examen témoigne du développement des services de santé et de la situation sanitaire de la population en Judée, en Samarie et à Gaza. Il met en lumière l'évolution qui s'est faite au cours de l'année écoulée dans le contexte du processus de changement qui se poursuit depuis vingt ans.

L'évolution de la situation sanitaire résulte de l'amélioration des conditions socio-économiques ainsi que de l'édification continue du système de soins de santé primaires et d'assainissement au niveau local ainsi que de services hospitaliers et spécialisés à l'échelon régional. Cette évolution est le signe de l'amélioration de la qualité de la vie des populations de Judée, de Samarie et de Gaza, que l'on peut évaluer objectivement d'après le bien-être socio-économique ou en se fondant sur la morbidité, la mortalité et d'autres indicateurs de santé.

La population locale participe à la planification et à l'administration de ses propres services de santé, ce qui contribue au processus. Les pouvoirs publics ont encore à faire mais les organismes municipaux locaux et les organisations bénévoles et charitables ont aussi un rôle déterminant et croissant à jouer. Les organismes internationaux ont joué un rôle important, au cours de ces dernières années, en fournissant d'importantes ressources financières destinées à faciliter le processus de développement.

Les autorités israéliennes sont résolues à améliorer les conditions de vie en Judée, en Samarie et à Gaza et s'y emploient activement. Les services de santé et la situation sanitaire sont des éléments clés de cet effort. Nous poursuivrons l'amélioration des conditions sanitaires de la population et nous intensifierons ce processus, conformément aux objectifs de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Je remercie tous les professionnels de la santé qui participent à cette action, résidents arabes de Judée, de Samarie et de Gaza, Israéliens et personnel des organisations internationales. Leur collaboration est rendue plus complexe par l'intense intérêt international que suscite la région. Il y a lieu de se féliciter de la coopération et du respect mutuel qui animent les professionnels de la santé oeuvrant pour une cause commune - l'amélioration de la santé de la population. La santé sert de trait d'union entre les gens et je souhaite ardemment que nos efforts mutuels dans cette direction aident à instaurer la paix et la bonne volonté dans notre région.

Mars 1987  
Jérusalem

Mme Shoshana Arbelli-Almozlino  
Ministre de la Santé

## INTRODUCTION

L'état de complet bien-être physique, mental et social est un idéal vers lequel tend l'action pour la santé mondiale. Les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé se sont engagés à faire en sorte que soit atteint d'ici l'an 2000 un niveau de santé permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel de se concentrer sur des objectifs sanitaires et socio-économiques spécifiques.

Parmi les composantes essentielles du programme social et sanitaire figurent le plein emploi, des échelles de salaires et de revenus équitables, des logements et une éducation convenables, l'électrification, l'approvisionnement en eau saine, l'élimination des déchets et des eaux usées, les services de santé maternelle et infantile, des programmes élargis de vaccination, les soins de santé primaires, ainsi que des services hospitaliers généraux et spécialisés. Si ce processus de développement complexe prend naturellement du temps, on constate que ces services sont désormais disponibles en Judée, en Samarie et à Gaza. Les taux de morbidité et de mortalité moins élevés témoignent de leurs effets positifs sur l'état de santé des populations.

Le processus de planification a privilégié les secteurs prioritaires suivants :

- 1) développement des services de santé maternelle et infantile et des services de soins primaires;
- 2) initiatives pour encourager les accouchements dans les hôpitaux et les centres médicaux;
- 3) élargissement de la couverture vaccinale et administration de nouveaux vaccins (PEV);
- 4) amélioration de la surveillance et de la lutte contre les maladies infectieuses;
- 5) lutte contre les maladies diarrhéiques (sels de réhydratation orale y compris);
- 6) développement des programmes de formation des personnels de santé;
- 7) expansion des services de santé secondaires et tertiaires dans les hôpitaux locaux;
- 8) contrôle des denrées alimentaires;
- 9) approvisionnement en eau potable;
- 10) développement des systèmes d'enlèvement et d'élimination des eaux usées et des déchets solides;
- 11) mise en place de systèmes adéquats de notification pour obtenir les données permettant d'évaluer et de surveiller l'état de santé et de prévoir les besoins futurs;
- 12) développement de l'assurance-maladie;
- 13) planification du développement et de l'évaluation continue des services de santé et de la situation sanitaire;
- 14) octroi d'une plus large place à l'éducation nutritionnelle et à la surveillance de la croissance dans les soins de santé maternelle et infantile;
- 15) élargissement de la portée et du contenu des soins de santé primaires.

Ces secteurs prioritaires ont servi de base pour la planification sanitaire en vue du développement des services de santé de Judée, de Samarie et de Gaza. Le rapport du Comité conjoint pour la planification des services de santé de Judée, de Samarie de 1985 constitue le document de planification de base pour la période 1985-1990. Il insiste surtout sur la nécessité d'élargir les soins de santé primaires, le développement des personnels de santé, l'hygiène du milieu et les services hospitaliers aux niveaux des soins secondaires et tertiaires.

La planification et l'adaptation sont déterminantes pour le développement des services de santé. C'est sur ces principes que repose le processus de développement des soins de santé en Judée, en Samarie et à Gaza.

## I. DONNEES MARQUANTES

TABLEAU 1. DONNEES MARQUANTES - JUDEE ET SAMARIE, 1968-1986

Superficie : 5600 km<sup>2</sup>

Mesure de l'état de santé/années	1968	1974	1980	1986
Population (en milliers)	583,1	663,7	724,3	834,0
Densité de la population (au km <sup>2</sup> )	104	119	129	149
PNB par habitant (US \$)	170	621	1 334	1 519*
Taux de natalité (pour 1000 habitants)	44	46	44	40
Taux brut de mortalité (notifié) (pour 1000 habitants)	4,8	5,3	5,4	5,1
Taux de mortalité infantile (notifié) (pour 1000 naissances vivantes)	34	31	28	25
Accouchements à l'hôpital (% du total des accouchements)	14	30	40	56
Lits d'hôpital (total général) (pour 1000 habitants)	1,5	1,4	1,4	1,2
Utilisation des hôpitaux				
Sorties (pour 1000 habitants)	-	68	88	88
Journées de soins (pour 1000 habitants)	-	-	344	296
Dispensaires communautaires (publics) (SMI et médecine générale)	113	149	211	289
Médecins du secteur public (pour 10 000 habitants)	1,8	1,7	2,4	3,1
Médecins des secteurs public et privé (pour 10 000 habitants)	-	-	6,2	7,0
Personnel infirmier et paramédical du secteur public (pour 10 000 habitants)	5,6	9,0	11,0	11,8

Note : Données corrigées en fonction des estimations récentes du Bureau central de la Statistique, Statistical Abstract of Israel, 1986. Les autres données proviennent du Government Health Service, Judea and Samaria, Statistical Department 1987.

\* 1983 (chiffres arrondis).

FIG. 1 IMPLANTATION DES SERVICES DE SANTÉ PUBLICS,  
JUDÉE & SAMARIE, 1986

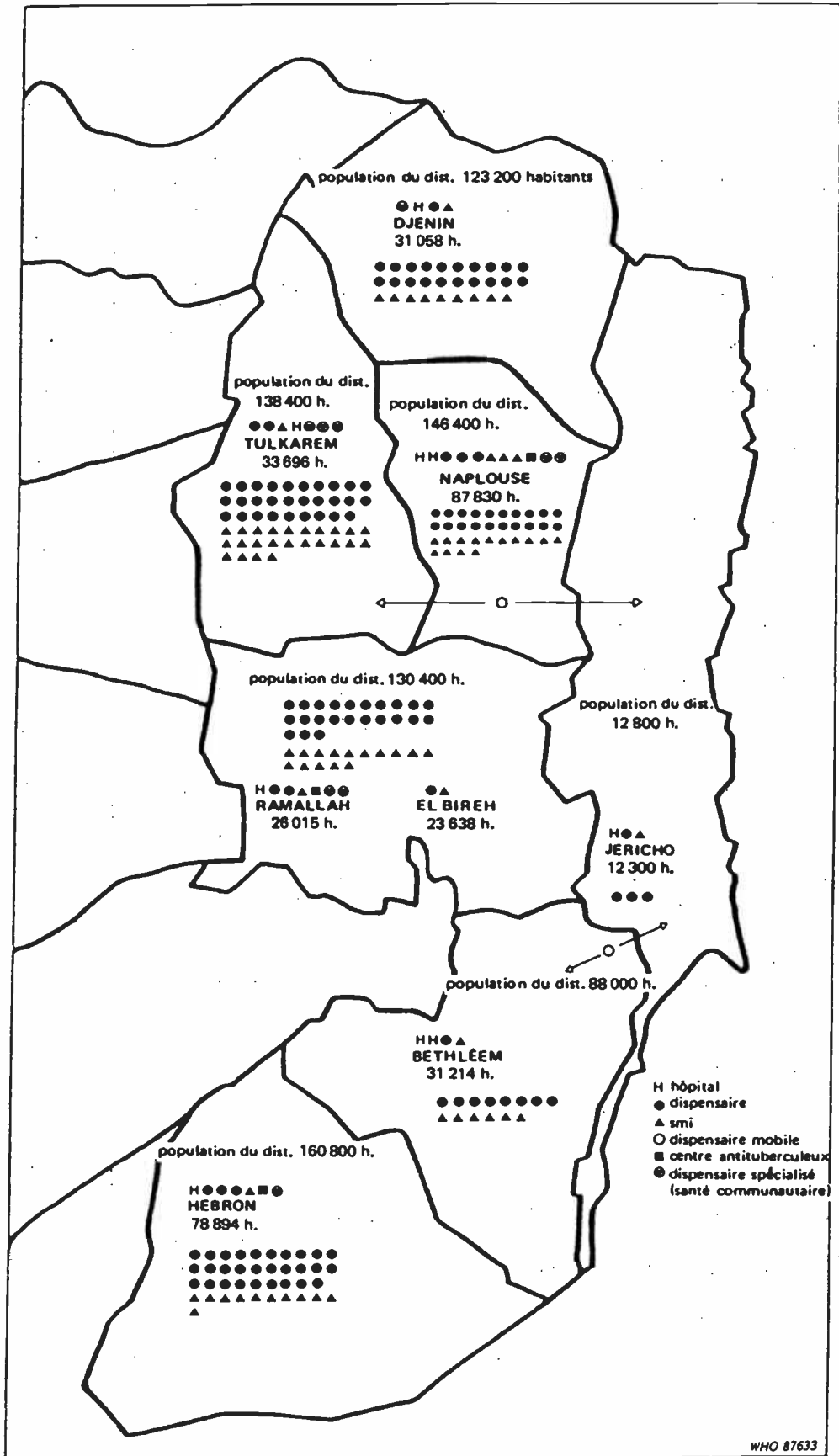




TABLEAU 2. DONNEES MARQUANTES - GAZA, 1968, 1985

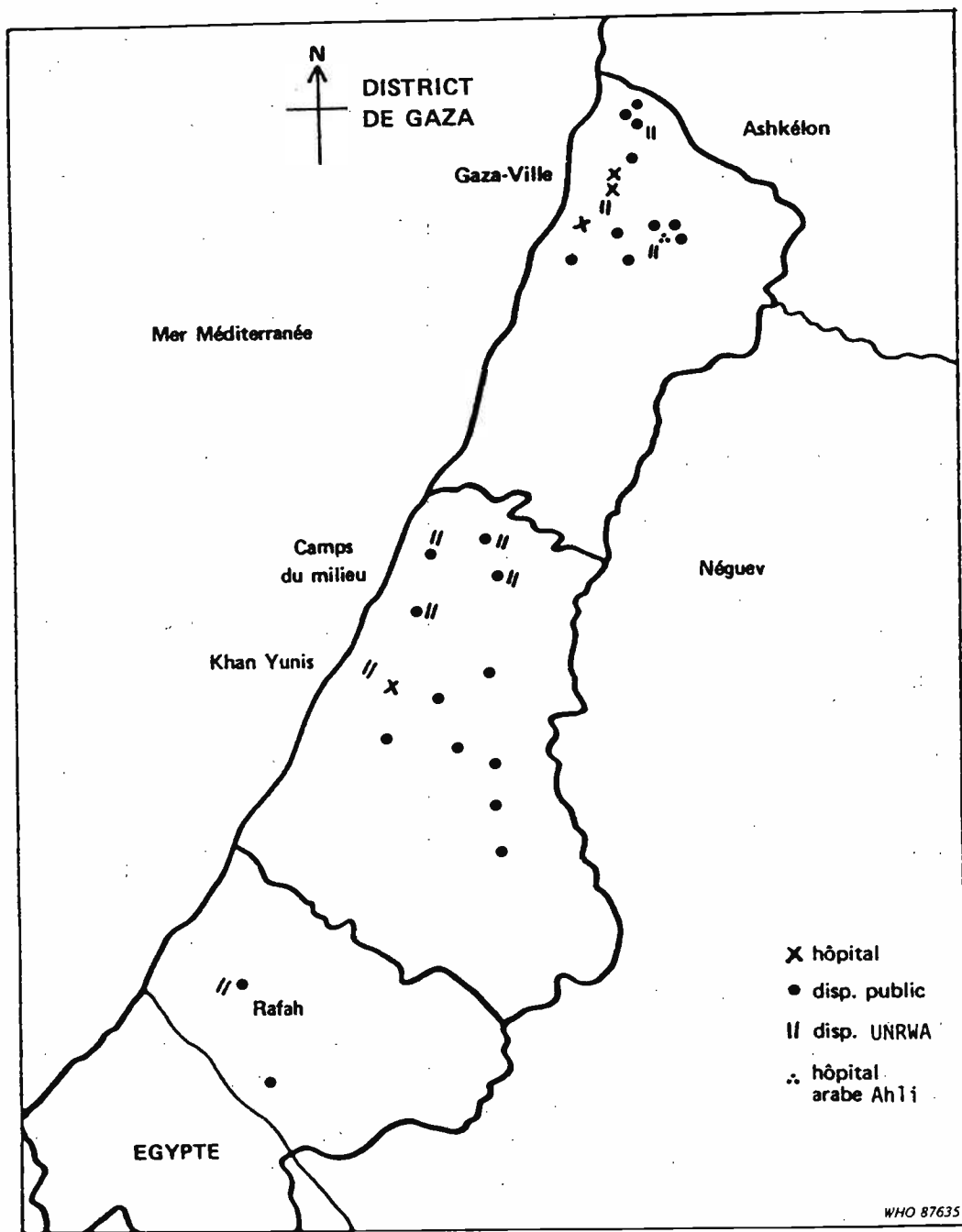
Superficie : 363 km<sup>2</sup>

Mesure de l'état de santé/années	1968	1974	1980	1985
Population (en milliers)	356,8	414,0	456,5	525,5
Densité de la population (au km <sup>2</sup> )	982	1 140	1 258	1 448
PNB par habitant (US \$)	104	605*	878	1 223**
Taux de natalité (pour 1000 habitants)	43	50	49	48
Taux brut de mortalité (notifié) (pour 1000 habitants)	8,7	6,5	6,0	5,5
Taux de mortalité infantile (notifié) (pour 1000 naissances vivantes)	86	67	43	33
Accouchements à l'hôpital ou en maternité (% du total des accouchements)	10	47	65	78
Lits d'hôpital (total général) (pour 1000 habitants)	1,9	1,9	1,9	1,7
Utilisation des hôpitaux				
Sorties (pour 1000 habitants)	-	95	99	90
Journées de soins (pour 1000 habitants)	-	563	489	372
Dispensaires communautaires (publics) (SMI et médecine générale)	0	12	22	26
Médecins du secteur public (pour 10 000 habitants)	2,7	2,9	5,1	5,0
Personnel infirmier et paramédical du secteur public (pour 10 000 habitants)	8,6	11,1	14,8	14,5

Note : Les données démographiques ont été corrigées en fonction des estimations actuelles du Bureau central de la Statistique, Statistical Abstract of Israel, 1986. Les autres données proviennent du Département de la Santé de Gaza, février 1987.

\* 1976, \*\* 1983 (chiffres arrondis).

FIG. 2 RÉPARTITION DES SERVICES DE SANTÉ PUBLICS, GAZA 1986



## II. DEMOGRAPHIE ET STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Les données statistiques et démographiques sont indispensables pour évaluer la situation socio-économique et l'état de santé d'une population donnée. Malgré les difficultés auxquelles on se heurte habituellement pour instaurer la notification des statistiques démographiques, des progrès importants ont été accomplis dans la collecte de données destinées à l'évaluation et à la recherche. Le taux de natalité demeure élevé : plus de 48 pour 1000 à Gaza, mais il a décliné en Judée et en Samarie, passant de plus de 45 pour 1000 à 40 pour 1000 en 1986.\*

Ces données proviennent d'un recensement de la population de Judée, de Samarie et de Gaza effectué en 1967 et d'une mise à jour de l'état civil à Gaza en 1981. Le Bureau central des Statistiques d'Israël a préparé en 1985 des estimations démographiques dérivées de données empiriques et des techniques d'établissement de modèles démographiques. Ces modèles reposent sur l'hypothèse de taux de mortalité infantile de 150 pour 1000 naissances vivantes avant 1967; 100 pour 1000 au milieu des années 1970 et 70 pour 1000 au début des années 1980 pour l'ensemble de la Judée, de la Samarie et de Gaza. Les corrections cumulatives jusqu'en 1981 se traduisent par conséquent par une augmentation de la population de Judée et de Samarie d'environ 24 500 habitants (environ 3,5 %) et par une augmentation de celle de Gaza d'environ 17 300 habitants (environ 3,8 %). L'essentiel de cette augmentation concerne le groupe d'âge des moins de 15 ans.

L'espérance de vie estimative en Judée, en Samarie et à Gaza a augmenté sensiblement au cours de ces vingt dernières années. En 1967, l'espérance de vie à la naissance était estimée à 48 ans, au milieu des années 70 à 55 ans et au début des années 80 à 62 ans. La mortalité infantile a diminué sensiblement au cours de cette période. Les taux actuels sont calculés d'après les décès notifiés. A Gaza, le taux de mortalité infantile a régressé de 86 pour 1000 en 1968 à moins de 30 en 1986, ce qui reflète assez précisément la situation compte tenu du système bien développé de confirmation et de suivi des statistiques démographiques. Il est plus difficile de déterminer exactement le taux de mortalité infantile en Judée et en Samarie car la population est répartie entre 450 villages environ et du fait de la couverture incomplète des soins de santé primaires. Le taux notifié en 1986 pour la Judée et la Samarie était de 24,5 pour 1000.

Les décès non notifiés ont toutefois considérablement diminué en raison de plusieurs facteurs : amélioration des systèmes de suivi d'un réseau de soins de santé primaires en expansion (centres de santé maternelle et infantile et dispensaires communautaires), visites des agents de santé publique dans les villages dépourvus de centres de SMI et surveillance par l'UNRWA de la population des camps de réfugiés. En outre, une proportion croissante des accouchements a lieu dans les hôpitaux et les centres médicaux (61 % en Judée et en Samarie, 78 % à Gaza).

Le suivi actif des nouveau-nés, joint à des programmes de vaccination bien acceptés et à l'utilisation des services curatifs, a permis d'obtenir des données plus précises. Les services publics d'information sanitaire et statistique utilisent les données calculées à partir des événements effectivement notifiés comme base des statistiques de l'état civil publiées.

L'une des raisons qui expliquent l'écart entre les chiffres estimatifs et les chiffres notifiés de la mortalité infantile est la difficulté qu'il y a à assurer l'encadrement des accoucheuses traditionnelles (dayas) dans les villages. Des enquêtes sur le terrain destinées à améliorer l'exactitude des notifications de naissance et de décès de nourrissons sont effectuées par les autorités sanitaires pour développer et améliorer les statistiques de l'état civil.

\*

---

Bureau central de la statistique - Statistical Abstract of Israel, 1986.

Le fait que les services de santé soient plus accessibles et que les conditions de vie familiale et communautaire se soient améliorées en Judée, en Samarie et à Gaza a entraîné une baisse de la mortalité infantile. En outre, d'importants programmes destinés à réduire les causes spécifiques de décès chez les jeunes enfants, y compris la couverture vaccinale quasi générale et les programmes de réhydratation orale, ont contribué à l'abaissement de la mortalité infantile et juvénile.

La démographie de la Judée, de la Samarie et de Gaza est largement affectée par de très forts taux de natalité et des taux de fécondité élevés. Ces facteurs, auxquels s'ajoute l'accent mis sur l'amélioration des soins destinés aux enfants, expliquent la jeunesse relative de la population dont 45 % a moins de 14 ans, situation démographique caractéristique des pays en développement.

La démographie de ces régions est aussi marquée par l'émigration traditionnelle à la recherche de possibilités d'emploi ailleurs. Un nombre important de jeunes adultes émigrent temporairement à la recherche d'emplois bien rémunérés dans les Etats du Golfe et dans d'autres pays voisins. En raison du haut niveau de l'enseignement et de la formation technique en Judée, en Samarie et à Gaza, ces travailleurs sont très recherchés par ces pays qui souffrent d'une pénurie de main-d'oeuvre qualifiée. Bon nombre de ces jeunes gens profitent des salaires élevés, puis rentrent chez eux avec leurs économies. Ce mouvement migratoire a sensiblement décliné au cours de ces dernières années en raison de la crise économique dont est frappée l'industrie pétrolière des pays du Golfe et un grand nombre de ces travailleurs reviennent maintenant dans la région.

### III. CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES

Les conditions sociales et économiques, déterminantes pour la situation sanitaire d'une population, se sont régulièrement améliorées en Judée, en Samarie et à Gaza au cours de ces 20 dernières années. Le chômage et le sous-emploi, chroniques avant 1967, ont fait place au plein emploi (environ 98 % de la population active sont employés), ce qui contraste fortement avec ce que l'on observe dans la plus grande partie du monde industrialisé, Israël compris, où les taux de chômage atteignent 5 à 12 % de la population active. Le plein emploi et des salaires qui augmentent régulièrement en termes réels ont débouché sur une économie monétaire dynamique qui a amélioré l'activité économique locale, les possibilités d'emploi, le niveau de vie et le produit national brut dans la région. En outre, la liberté des échanges de main-d'oeuvre et de marchandises entre la Judée, la Samarie et Gaza d'une part, et Israël, la Jordanie et d'autres pays voisins d'autre part, a contribué au développement économique de la région.

Des programmes de formation technique de grande envergure associés à l'utilisation de matériels agricoles modernes et de techniques agricoles apprises auprès d'agronomes israéliens ont révolutionné l'agriculture, ce qui a permis un fort développement de la production avec une main-d'oeuvre réduite. Il s'en est suivi un accroissement du nombre de travailleurs disponibles pour l'agriculture, les services, le bâtiment et l'industrie.

En Judée et en Samarie, le produit national brut par habitant est passé de US \$170 en 1968 à US \$1519 en 1983. A Gaza, le PNB par habitant est passé de US \$104 en 1968 à US \$1223 en 1983. La production agricole par habitant a fortement progressé dans les deux secteurs du fait de l'amélioration de l'enseignement et de l'application des techniques agricoles. Les ressources vivrières ont augmenté et les exportations agricoles ont stimulé l'économie locale.

La scolarisation s'est généralisée au niveau primaire depuis une dizaine d'années et elle augmente progressivement au niveau secondaire. Le système d'enseignement comprend 12 années de scolarité gratuite : 6 ans d'enseignement primaire obligatoires, 3 ans de collège d'enseignement secondaire obligatoires et 3 années de lycée facultatives. En Judée et en Samarie, les écoles accueillent maintenant plus de 278 000 élèves dans 8125 classes dotées de plus de 7300 enseignants. Il existe actuellement en Judée et en Samarie 4 instituts du niveau universitaire assurant à près de 10 000 étudiants un enseignement professionnel dans des domaines

tels que les soins infirmiers et l'enseignement ainsi que dans d'autres disciplines universitaires. En Judée et en Samarie, plus de 50 000 personnes - soit près d'un quart de la population active - ont un diplôme d'enseignement professionnel. A Gaza, les écoles accueillent plus de 154 000 élèves dans 3700 salles de classe et on compte une université.\*

Les organismes publics d'approvisionnement en eau ont développé la protection des ressources hydriques et augmenté le volume de la distribution d'eau. En Judée et en Samarie, les centres urbains et plus de 200 villages ont été raccordés à des réseaux régionaux de distribution d'eau fournissant de l'eau courante aux habitations 24 heures sur 24. Le réseau routier a été sensiblement amélioré et développé, presque tous les villages étant desservis par des routes pavées. L'électrification, sur la base de réseaux électriques régionaux, a été étendue à des villes et à de nombreux villages de Judée et de Samarie. Des centraux téléphoniques numériques modernes ont été installés ces dernières années et le nombre des raccordements a beaucoup augmenté.

Dans les secteurs public et privé, la construction a pratiquement doublé entre 1974 et 1984 dans les complexes résidentiels de Gaza. Le nombre total des constructions neuves a augmenté de près des 2/3 au cours de la même période en Judée et en Samarie. Les nouveaux logements sont raccordés aux réseaux d'électricité, d'eau et d'égouts. En outre, les logements existants, notamment ceux des camps de réfugiés, sont de plus en plus nombreux à bénéficier de ces services modernes.\*\*

#### IV. MORBIDITE, MORTALITE ET INDICATEURS DE L'ETAT DE SANTE

Dans les sociétés où la situation économique et sociale est mauvaise et les services de santé peu développés, les maladies infectieuses influent profondément sur la morbidité et la mortalité. Grâce au développement socio-économique global et à l'amélioration des services de santé en Judée, en Samarie et à Gaza, les maladies infectieuses sont devenues un facteur moins important de morbidité dans la région. En conséquence, on enregistre un besoin plus marqué de prévention et de soins concernant les maladies chroniques et les maladies liées à un mode de vie de plus en plus prospère. On observe l'apparition de schémas de morbidité caractéristiques des pays développés.

D'autres mesures sont également essentielles pour l'évaluation de la situation sanitaire, telles que les taux de vaccination, les schémas de poids à la naissance, les taux d'admission à l'hôpital, les données diagnostiques, les courbes de croissance des enfants et d'autres données concernant la prestation de soins de santé.\*\*\* Pour nombre de ces indicateurs de la situation sanitaire, la base de données de plus en plus large indique de véritables améliorations au fil des ans.

Etant donné la baisse de la mortalité infantile et juvénile due aux maladies diarrhéiques et aux maladies couvertes par la vaccination telles que la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, le tétanos et la rougeole, de nouvelles cibles ont été identifiées en matière de santé infantile. Les programmes de santé infantile sont désormais axés sur la morbidité liée aux infections respiratoires, aux atteintes du froid et à la nutrition. La prévention est d'autant plus complexe qu'il faut davantage mettre l'accent sur l'éducation de la famille concernant les soins appropriés aux nourrissons. En février 1987, le dépistage de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie chez les nouveau-nés a commencé dans les deux zones et les cas identifiés ont été traités. Les activités de dépistage et de soutien spécial aux enfants exposés au risque de malnutrition seront aussi développées en 1987 ainsi que le dépistage des grossesses à haut risque et les dispensaires d'orientation-recours.

---

\* Bureau central de la statistique - Statistical Abstract of Israel, 1986.

\*\* Organisation mondiale de la Santé (1981) Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève.

\*\*\* Organisation mondiale de la Santé, Série "Santé pour tous", Genève, 1981.

Les soins aux malades chroniques évoluent aussi à mesure de l'amélioration des conditions de vie, entraînant une augmentation des cardiopathies coronariennes comme dans les autres pays en développement, moyens ou avancés, tandis que la morbidité et la mortalité par cardiopathie rhumatismale régressent. Ces activités s'inscrivent dans le cadre du développement général du contenu des soins de santé primaires et de la prévention et de l'adaptation du système de santé aux besoins de la communauté. La mise au point de nouvelles activités sanitaires suppose une intensification des activités d'éducation concernant la santé et la promotion de la santé, conformément aux concepts de la santé pour tous et des soins de santé primaires de la Déclaration d'Alma-Ata.

#### V. SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET SERVICES PREVENTIFS

La communauté sanitaire internationale a fait des soins de santé primaires la clé des progrès de la santé dans les pays en développement. La notion de soins de santé primaires telle qu'elle est définie dans la Déclaration d'Alma-Ata\* comprend la nutrition, une eau de boisson saine, l'assainissement, la vaccination contre les principales maladies infectieuses, la santé maternelle et infantile, la fourniture de médicaments essentiels et l'éducation pour la santé. C'est sur cette approche que repose le développement des services de santé en Judée, en Samarie et à Gaza depuis vingt ans.

##### Santé maternelle et infantile

La santé maternelle et infantile a été l'une des grandes priorités du système de soins de santé. Israël et beaucoup d'autres pays ont constaté pendant leur période de développement qu'il était très avantageux, du point de vue de la santé publique, de placer l'accent sur la santé maternelle et infantile, notamment dans une population caractérisée par des taux de fécondité très élevés et une forte proportion de jeunes. La planification sanitaire a donc privilégié les soins prénatals, les accouchements à l'hôpital, l'amélioration des soins périnataux, l'expansion du programme de vaccination et de sa couverture et, enfin, la surveillance de la croissance. Les soins prénatals et l'identification des cas à haut risque ainsi que les soins à ces cas font désormais l'objet d'une attention particulière.

Le développement du programme de SMI a été basé sur les prestations et l'accès à ces services en Judée et en Samarie. Ainsi, le nombre des centres de SMI a quintuplé (passant de 23 en 1968 à 126 en 1986) et les dispensaires communautaires généraux sont passés de 89 en 1968 à 163 en 1986, ce qui a notablement amélioré l'accès aux soins, même dans les petits villages reculés. A Gaza, 25 centres de SMI ont été créés, soit un par village ou par quartier, en plus des neuf centres de l'UNRWA fonctionnant dans les camps de réfugiés.

En conséquence, l'utilisation des services de SMI a augmenté. Les services de soins prénatals sont très utilisés; des compléments de fer et d'acide folique y sont distribués de manière systématique. Ces services ont influé sur le nombre des naissances à l'hôpital et dans les centres médicaux. En Judée et en Samarie, ce taux est passé de 13,5 % en 1968 à 30 % en 1974 et à 56,6 % en 1986. A Gaza, il est passé de moins de 10 % en 1967 à 47 % en 1974 et à 78 % en 1986.

---

\* Organisation mondiale de la Santé, Série "Santé pour tous", Genève, 1981.

FIG. 3 NAISSANCES VIVANTES ET ACCOUCHEMENTS A L'HOPITAL, JUDÉE & SAMARIE  
1967 - 1986

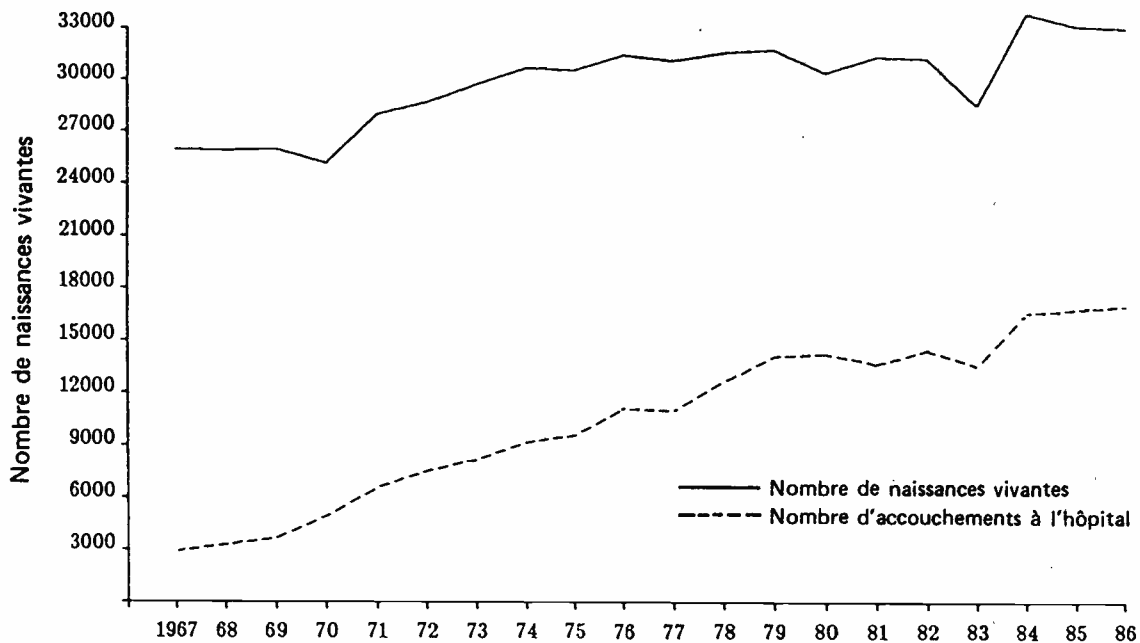
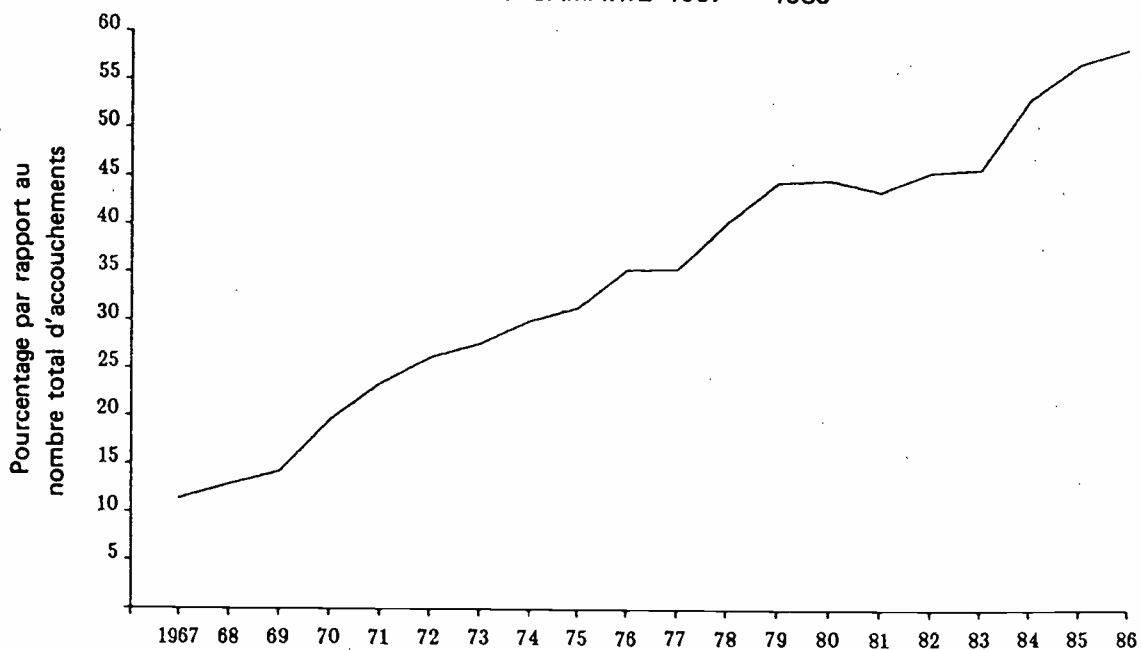


FIG. 4 ACCOUCHEMENTS A L'HÔPITAL ET  
NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES  
JUDÉE & SAMARIE 1967 - 1986



Afin d'améliorer les soins prénatals dispensés aux femmes qui recourent aux services des accoucheuses traditionnelles (dayas), l'administration sanitaire, avec l'aide de l'OMS et du PNUD, développe les programmes de délivrance de brevets d'aptitude, de supervision et de formation destinés aux dayas. En 1982, on a nommé des infirmières monitrices pour les dayas dans tous les districts de la Judée et de la Samarie ainsi qu'à Gaza. Ces monitrices surveillent les soins fournis par les dayas et elles ont organisé des programmes d'éducation pour la santé à l'intention des dayas. En 1986 et en 1987, l'aide du FISE permettra d'intensifier la surveillance des dayas et les activités d'éducation. On favorise l'éducation nutritionnelle des femmes enceintes afin d'améliorer le développement du fœtus et du nourrisson.

Des études pilotes sur les courbes de croissance des nourrissons ont été réalisées, ainsi qu'une analyse des modes d'alimentation des nourrissons. La brochure intitulée "Le guide de la jeune mère" préparée par les services de santé publique est maintenant distribuée dans les maternités des hôpitaux, les centres de SMI et les infirmeries de villages. Un guide pour la nutrition du nourrisson fondé sur les normes internationales a été distribué au personnel médical et infirmier des systèmes de soins de santé primaires.

On améliore les services de soins périnatals en rééquipant les installations et en recyclant les médecins et les infirmières. On enregistre maintenant systématiquement le poids à la naissance lors des accouchements à l'hôpital, ce qui fournit un indicateur précieux pour la surveillance de l'état de santé. Le pourcentage des nouveau-nés de moins de 2500 grammes à la naissance, en Judée, en Samarie et à Gaza est de 7 %, niveau voisin de celui de nombreux pays industrialisés.

A l'heure actuelle, le suivi des nourrissons porte sur tous les aspects de la santé, y compris les vaccinations, la surveillance de la croissance et du développement, la morbidité et l'éducation pour la santé prénatale. La surveillance du développement du nourrisson et de l'enfant par l'observation régulière de la taille et du poids par rapport à l'âge et du poids par rapport à la taille font partie des soins systématiques aux enfants. Ce sont là en effet des indicateurs importants de l'état nutritionnel général de la population et du bien-être de l'enfant. La surveillance du développement de l'enfant, individuellement et en groupe, est fondée sur les normes internationales actuelles de croissance de l'enfant du National Centre for Health Statistics des Etats-Unis d'Amérique. De nouveaux dossiers de soins infantiles utilisant ces normes de croissance sont à l'essai et font l'objet d'une évaluation.

Outre la surveillance de la mortalité infantile telle qu'elle est notifiée aux systèmes de santé publique dans ces zones, on a décidé d'analyser les décès d'enfants de moins d'un an par cause primaire et lieu de résidence afin de disposer d'autres indicateurs. Les maladies respiratoires, peut-être associées aux atteintes du froid, on remplacé les maladies diarrhéiques comme cause majeure de décès chez les nourrissons et les jeunes enfants. Des projets ont été mis sur pied pour sensibiliser le personnel médical et infirmier à ces troubles, particulièrement durant les mois d'hiver.

En Judée et en Samarie, l'administration sanitaire a développé l'étude des décès de nourrissons et d'enfants. Des enquêtes sérologiques sont effectuées pour déterminer les titres d'anticorps protecteurs dans la population scolaire. Avec l'aide de l'OMS et du PNUD, des centres de recherche, centres collaborateurs de l'OMS, ont été établis à Ramallah et à Gaza en 1985-1986, pour développer et élargir les activités de recherche ayant trait aux soins de santé primaires dans la région.



TABLEAU 3. TAUX DE MORTALITE INFANTILE - GAZA, 1969-1986

(notifiés)

Année	1969	1971	1975	1980	1985	1986*
Taux de mortalité néonatale	25,7	25,9	21,5	15,0	14,5	14,9
Taux de mortalité postnéonatale	60,3	60,0	47,8	28,0	18,9	14,1
Taux global de mortalité infantile	86,0	85,9	69,3	43,0	33,4	29,0*

D'après : Centre de recherche sur les services de santé, Gaza, mars 1987.  
\* Préliminaire.

#### Programme élargi de vaccination (PEV)

L'importance du PEV en tant qu'élément essentiel des soins de santé maternelle et infantile et des soins de santé primaires a été fortement soulignée dans les résolutions de l'OMS et dans la Déclaration d'Alma-Ata, en septembre 1978. Le PEV est une composante centrale de la stratégie de l'OMS pour l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000. La couverture vaccinale des enfants figure parmi les indicateurs que l'OMS utilise pour déterminer le succès mondial de cette stratégie.

En Judée, en Samarie et à Gaza, les programmes bien établis de vaccination des enfants ont permis de réaliser une couverture presque totale, situation qui soutient favorablement la comparaison avec celle des pays possédant des programmes avancés de prévention. L'acceptation de ces programmes par la communauté et sa participation ont été déterminantes pour leur succès. Une large place a été accordée à l'éducation du grand public concernant le rôle capital de la vaccination dans la santé des enfants tandis que de nombreux contacts étaient établis avec les personnalités religieuses et laïques de la région.

Le succès de ce programme et l'adjonction de nouveaux vaccins aux programmes de base ont réduit la mortalité et la morbidité juvénile. La diphtérie, la coqueluche et la poliomyélite sont maîtrisées; le tétanos recule rapidement grâce à un programme élargi de vaccination anti-tétanique soutenu par l'OMS et destiné aux femmes en âge de procréer ainsi qu'aux jeunes adultes. S'il y a encore des poussées de rougeole dans la région, de grands progrès sont réalisés dans la réduction de cette maladie en vue de son élimination grâce à un effort soutenu de couverture vaccinale à grande échelle. La vaccination est administrée dans les centres de santé maternelle et infantile et dans les dispensaires communautaires. Dans les petits villages de Judée et de Samarie, des équipes mobiles de santé publique viennent toutes les six semaines vacciner les enfants. Des équipes de santé publique se rendent aussi régulièrement dans les écoles primaires pour vacciner les enfants de la première à la sixième année d'études. Un programme de vaccination contre la rubéole pour les fillettes de 12 ans a été créé en 1981 en Judée et en Samarie. Un programme de vaccination contre la rubéole couvrant les nouveau-nés est actuellement mis en oeuvre et la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole a été instaurée en 1987 dans les deux zones pour les nourrissons de 14-15 mois.

En ce qui concerne la vaccination par le BCG, un vaste effort a été consenti en Judée, en Samarie et à Gaza. Les enfants de 6 à 18 ans ont été vaccinés dans les écoles. A Gaza, on administre le BCG aux nouveau-nés au cours du premier mois dans le cadre des vaccinations systématiques dans les centres de SMI. Tous les enfants de 6 ans entrant à l'école subissent le test de Mantoux et s'il est négatif reçoivent le BCG.

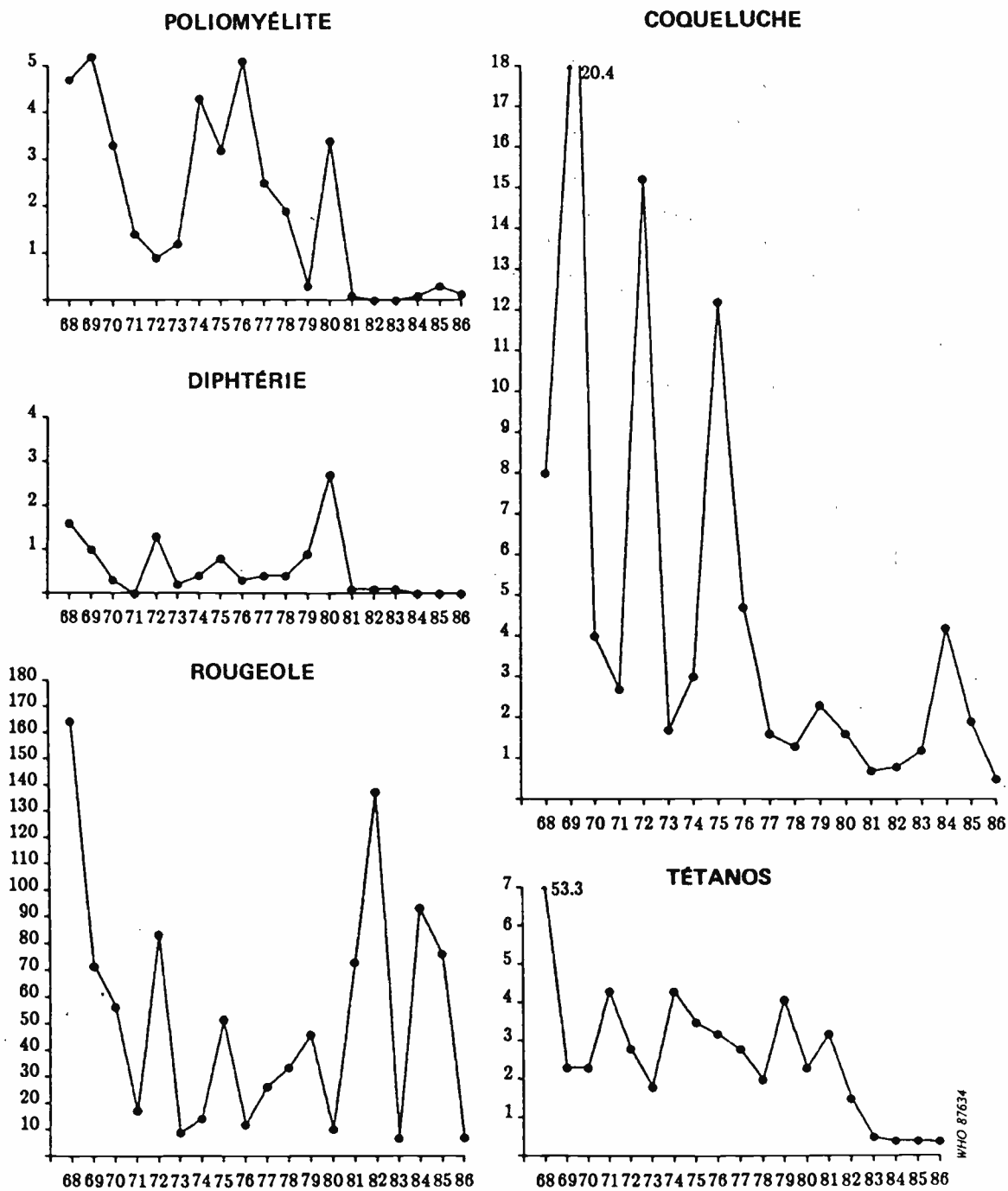
Ces mesures auront des effets durables sur la prévention de la tuberculose. Il ressort d'une étude effectuée en 1982 par un consultant de l'OMS sur la tuberculose en Judée et en Samarie que la prévalence de cette maladie est désormais faible dans la région. A Gaza, la lutte antituberculeuse a fait des progrès substantiels et on a maintenant entrepris d'apporter aux techniques diagnostiques les améliorations recommandées.\*

En 1983, une enquête sérologique sur les titres d'anticorps contre la poliomyélite, la rougeole, la rubéole et le tétanos a été menée sur un échantillon d'enfants de 6 à 8 ans dans les écoles urbaines et rurales de chaque district de Judée et de Samarie. On a observé des titres d'anticorps protecteurs chez plus de 90 % des enfants pour la poliomyélite (types I, II et III), chez 90,6 % pour la rougeole, 98 % pour le tétanos et seulement 49 % pour la rubéole (servant de maladie de référence non encore incluse dans le programme de vaccination systématique des enfants). Ces résultats reflètent l'excellence des taux de couverture réalisés par le programme de vaccination. En 1986, une nouvelle enquête sérologique portant sur la poliomyélite, le tétanos, la rougeole, l'hépatite A, l'hépatite B et la rubéole a été menée auprès des enfants d'âge scolaire en Judée et en Samarie. Elle a révélé la présence d'anticorps anti-poliomyélitiques (types I, II, III) chez plus de 98 % des enfants de 7 ans et des anticorps antirubéoleux chez plus de 98 % des fillettes de 14 ans; on a trouvé des anticorps anti-rougeoleux chez 85 % des enfants de 7 ans et des anticorps antitétaniques chez seulement 60 % des enfants mais chez 90 % des filles de 14 ans (après la dose de rappel).

---

\* Styblo, K. (1982). Rapport de mission : la lutte antituberculeuse en Israël, 9-21 janvier 1982, WHO-EM/TB/157, EM/10P/SPM/001/RB, mai 1982.

**FIG. 5 MALADIES CONTAGIEUSES NOTIFIÉES  
JUDÉE ET SAMARIE**  
Nombre de cas pour 100 000 habitants  
1968 - 1986



WHO 87634

TABLEAU 4. INCIDENCE DE DIVERSES MALADIES INFECTIEUSES NOTIFIEES, GAZA,  
1968-1986  
(Nombre de cas pour 100 000 habitants)

Maladie/année	1968	1970	1975	1980	1982	1984	1985	1986
Diphtérie	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rougeole	471,2	604,6	136,7	0,7	329,3	13,0	73,4	7,2
Coqueluche	55,9	30,2	11,0	1,4	10,2	52,1	14,4	-
Poliomyélite	14,3	12,5	4,3	2,9	0,2	0,0	0,0	0,2
Tétanos*	14,6	13,6	10,8	6,3	2,4	1,8	2,2	0,6

Note : \* Y compris le tétanos du nouveau-né et les cas de tétanos chez l'adulte.

D'après : Centre de recherche sur les services de santé, Gaza, février 1987.

TABLEAU 5. CAS CONFIRMES DE POLIOMYELITE - Judée, Samarie et Gaza,  
1972-1986

Années/zone	Judée et Samarie	Gaza
1972-1976	99	224
1977-1981	57	48
1982-1986	4	4

#### Nutrition et croissance des enfants

Les bilans des disponibilités alimentaires en Judée, en Samarie et à Gaza montrent que la quantité d'énergie disponible par habitant est suffisante et conforme aux allocations alimentaires recommandées par la FAO et l'OMS. La quantité d'énergie disponible par habitant est considérée par l'OMS comme le meilleur indicateur des disponibilités alimentaires totales. L'énergie totale par habitant, selon les bilans des disponibilités alimentaires, était de 2554 calories à Gaza et de 2857 calories en Judée et en Samarie en 1985.

On accorde une attention particulière à l'état nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants. La surveillance nutritionnelle de ces groupes fait désormais partie intégrante des soins de santé primaires.\* Le poids à la naissance a été systématiquement enregistré pour les enfants nés dans les hôpitaux publics et privés en Judée et en Samarie; en 1985, 6,1 % des nouveau-nés pesaient moins de 2500 grammes (poids insuffisant à la naissance). Une étude du poids à la naissance réalisée à Gaza en 1986 indique un taux d'insuffisance pondérale à la naissance légèrement inférieur à 6 %.

On accorde une place de plus en plus importante à la surveillance systématique des courbes de croissance comme méthode de surveillance des enfants pris aussi bien individuellement que dans leur ensemble.\*\* Il ressort d'une importante étude des courbes de croissance réalisée en 1985 dans les centres de SMI en Judée et en Samarie que les enfants nourris au sein présentent une meilleure courbe de croissance que ceux qui sont nourris artificiellement. Dans les villes,

\* OMS (1981). Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. OMS, Genève, p. 26.

\*\* OMS (1985). Septième programme général de travail. OMS, Genève. Une proportion de 90 % d'enfants ou plus nés avec un poids supérieur à 2500 grammes est l'indice d'une bonne nutrition prénatale.

les courbes de croissance des enfants nourris au sein étaient meilleures que celles des enfants nourris artificiellement et les courbes de croissance des enfants des zones urbaines étaient meilleures que celles des enfants des zones rurales. Les résultats montrent que le poids des nourrissons, par rapport à leur âge, est proche des normes de croissance internationales du NCHS pendant les six premiers mois et la deuxième année, mais que la croissance ralentit du sixième au douzième mois. C'est la preuve qu'il est nécessaire d'appliquer un solide programme d'éducation sur les suppléments appropriés à donner aux nourrissons du 6<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> mois. Cette méthode de surveillance collective a permis de sensibiliser le personnel à l'importance fondamentale de la surveillance de la croissance de chaque enfant. De nouveaux dossiers individuels pour les enfants sont à l'essai dans les services de santé publics et dans le programme de santé de village et d'autres études sur la croissance des enfants sont en cours.\*

Un nouveau guide pour la nutrition du nourrisson en bonne santé est distribué au personnel médical, infirmier et autre chargé de la santé communautaire. En 1985, un nouveau guide indiquant comment faire face au problème de l'enfant chétif a été préparé par un comité d'experts en vue d'être distribué dans les services de santé à Gaza, dispensaires communautaires publics et de l'UNRWA y compris, et dans l'hôpital pédiatrique public. Le nouveau guide de la jeune mère publié par les services de santé publique de Judée et de Samarie accorde une très grande importance à la bonne nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Plusieurs affiches préconisant l'allaitement maternel, les soins de routine aux enfants bien portants et aux femmes enceintes et la bonne nutrition des nourrissons ont été distribuées à tous les centres SMI de ces régions.

En 1986, on fait une large place à la nutrition en tant que facteur permettant d'améliorer la santé infantile maintenant que les moyens de lutte contre les maladies transmissibles sont bien établis et que dans la région les mères font confiance aux services de prévention.

#### Soins de santé primaires élargis

En Judée et en Samarie, il existe plus de 450 villages dont la moitié environ comptent une population inférieure à 1500 habitants. Des équipes de santé publique se rendent dans ces villages pour enregistrer et vacciner les nouveau-nés et les enfants. En 1985, on a adopté une nouvelle approche des soins de santé dans les villages de la région avec un projet dans le district d'Hébron visant à élargir les soins de santé primaires dans les petits villages de sorte à ce qu'ils englobent les soins prénatals, les soins aux enfants bien portants, la surveillance sanitaire de la communauté et l'épidémiologie. Ce projet a été mis au point par l'administration sanitaire en coopération avec le FISE.

Une phase pilote portant sur quatre villages dont la population était comprise entre 500 et 1000 habitants a été exécutée. Il a fallu obtenir l'appui de la communauté, choisir une jeune femme du village pour lui donner une formation d'agent de santé de village; mener à bien un programme de formation d'agents de santé de village d'une durée de six mois; établir de nouvelles fiches de grossesse et de soins infantiles; mettre au point un manuel de formation des agents de santé de village; ouvrir des infirmeries dans les villages et préparer du matériel d'éducation pour la santé comprenant un guide de la jeune mère ainsi que des affiches.

Par la suite, 20 autres villages ne disposant pas de services de santé sur place ont été choisis par le médecin-chef d'Hébron et ses collaborateurs en fonction des besoins et de l'intérêt manifesté par les villages pour le programme. Des jeunes femmes ayant fait des études secondaires et possédant des aptitudes personnelles ont été désignées par les villages pour suivre le programme de formation d'agents de santé de village. Leurs six mois de formation théorique et pratique a débuté en novembre 1985. Tandis qu'elles reçoivent leur formation, des infirmeries sont organisées dans les villages de sorte qu'elles peuvent commencer à y exercer pleinement dès l'achèvement de leur formation. En août 1986, ces vingt nouveaux villages ont ouvert leurs infirmeries. Le troisième cours a commencé en octobre 1986 avec 29 participants.

---

\* Tulchinsky, T. H., Acker, C., El Malki, K., Socolar, R. S. et Reshef, A. (1985). Utilisation de courbes de croissance comme système épidémiologique simple de contrôle de l'état nutritionnel des enfants.

En 1986, ce programme portera sur 40 villages du district d'Hébron et élargira les services existants dans quatre centres de SMI situés dans des villages plus importants. L'infirmier de village est le centre des activités sanitaires du village, qui comprennent des visites bihebdomadaires d'une équipe de santé publique, l'enregistrement des nouveau-nés et des femmes enceintes, l'éducation pour la santé, l'action sanitaire dans les écoles et la surveillance sanitaire de la communauté. L'agent de santé de village réalise des enquêtes dans les foyers, établit une carte sanitaire du village et fait des visites régulières à domicile, notamment dans les familles à haut risque. La surveillance et l'éducation nutritionnelles représentent une part importante de leurs activités. Le programme sera encore étendu en 1987 et, outre une cinquantaine de villages à Hébron, il couvrira 10 villages de la région de Jéricho. Un projet semblable est en préparation dans la région de Naplouse et une proposition visant à étendre le projet des soins de santé primaires élargis à toute cette zone a été soumise au PNUD.

## VI. SERVICES DE SANTE SECONDAIRES ET TERTIAIRES

Les soins de santé à l'hôpital et les services spécialisés constituent naturellement un élément essentiel d'un programme de soins de santé complets. Mais le développement de ces services doit s'appuyer sur des soins de santé primaires bien développés, des effectifs suffisants et les ressources disponibles. Ces soins médicaux spécialisés doivent aussi être répartis de façon que l'ensemble de la population puisse y avoir accès.

### Services hospitaliers

Dans le cadre du développement des services hospitaliers, on a complètement réorganisé et réaménagé les installations existantes afin d'élever la qualité des services au niveau régional. On a accordé une large place aux services d'appui tels que laboratoires, unités de radiologie, fournitures pharmaceutiques, cuisines et blanchisseries. En Judée et en Samarie, les hôpitaux des sept districts ont été réorganisés et les services médicaux de base ainsi que les services d'appui ont été améliorés.

Le développement de nombreux services spécialisés dans les hôpitaux locaux doit se poursuivre conformément aux besoins de la région et au rythme de la formation de personnel spécialisé. Par exemple, tous les hôpitaux publics ont été dotés de services spécialisés comprenant orthopédie, oto-rhino-laryngologie, soins coronariens, oncologie, gastroentérologie, dialyse rénale, chirurgie vasculaire, chirurgie pédiatrique, endocrinologie, soins néonataux et génétique. Lorsque les services ne sont pas disponibles à l'échelon local, les malades sont orientés vers les hôpitaux universitaires israéliens.

L'évolution de la morbidité et des besoins en matière de santé, en particulier, a entraîné la réorganisation de certains hôpitaux spécialisés. Le nombre de lits a été considérablement réduit dans les hôpitaux pour tuberculeux, comme celui de Bureij, en raison d'une plus faible incidence de la tuberculose et de l'amélioration des soins ambulatoires. De même, le nombre de lits réservés aux séjours de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques a pu être diminué à la suite de l'amélioration des services de santé mentale au sein de la collectivité et grâce à des soins hospitaliers plus actifs. Les hôpitaux publics sont en train de renforcer leurs services de soins d'urgence en améliorant leurs équipements et leurs ambulances et en formant des personnels.

### Développement des hôpitaux

En 1985 et en 1986, de nombreux projets concernant les hôpitaux publics en Judée et en Samarie ont été achevés. Des activités de planification et de construction de grande envergure sont en cours pour agrandir et améliorer les hôpitaux de la région.

Hôpital de Ramallah - En 1985, plusieurs nouvelles installations ont été achevées : un nouveau service de radiologie de 350 m<sup>2</sup> comportant quatre salles de radiographie, de radio-scopie/angiographie numérisée et d'échographie; trois nouvelles salles d'opération, un laboratoire clinique et de santé publique, une banque du sang, un ascenseur et une installation de chauffage central. En 1990, la superficie totale de l'hôpital passera des 5000 m<sup>2</sup> qu'il compte

actuellement à 10 700 m<sup>2</sup> et son nombre de lits sera porté de 124 à 207. Une nouvelle unité de soins intensifs de cardiologie a été achevée en 1986. Une nouvelle salle de réveil et une nouvelle salle d'urgence seront terminées mi-1987. Le nouveau service de chirurgie à coeur ouvert a commencé à fonctionner au début de 1987 et l'on prépare l'ouverture d'un service de neurochirurgie.

D'autres services spécialisés sont prévus : un centre de diagnostic et de traitement du cancer, un service de tomographie assistée par ordinateur et un institut de cardiologie. Cet hôpital devient le principal centre de soins tertiaires de Judée et de Samarie.

Hôpital d'Hébron - En 1986, un nouveau complexe chirurgical sera achevé comprenant trois nouvelles salles d'opération, un nouveau service de chirurgie, un nouveau service de radiographie, un service central de fournitures stériles, des zones de soins intensifs et des services d'appui; un nouveau service de radiologie comportant deux salles et un service d'échographie sont actuellement mis en place. Au cours des prochaines années, la superficie de cet hôpital passera de 3100 m<sup>2</sup> à 11 900 m<sup>2</sup> et son nombre de lits de 100 à 136.

Hôpital de Beit Jallah - L'achèvement partiel du nouvel hôpital en 1985-1986 a permis l'ouverture du service d'urgence, du service des consultations externes et du service de radiologie (trois salles), y compris un service d'échographie. Le reste de l'hôpital sera ouvert par étapes successives, sa superficie passant de 5200 à 7800 m<sup>2</sup> et son nombre total de lits de 64 à 90 au cours des prochaines années.

Hôpital Rafidia (Naplouse) - Un nouveau plan directeur de développement de cet hôpital est maintenant achevé, qui se traduira par une augmentation de sa superficie, celle-ci passant de 5600 à 10 600 m<sup>2</sup>, et par d'importantes rénovations. Le service de radiographie sera agrandi ainsi que la pharmacie du service des consultations externes et les ailes destinées aux services administratifs. Le nombre de lits passera de 118 à 184.

Hôpital Shifa (Gaza) - En 1985, les travaux d'expansion et de rénovation achevés, le service d'obstétrique et de gynécologie (bâtiment 6) a ouvert ses portes; les 6 nouvelles salles de radiographie commenceront à fonctionner en 1986. La structure de l'aile principale de l'hôpital (bâtiment 8) est maintenant construite; cette aile sera achevée au cours des prochaines années et abritera un nouveau complexe chirurgical complet, un service de soins intensifs, deux nouveaux services de chirurgie, des salles d'enseignement et d'autres services. En 1987, un service de radioscopie/angiographie numérisée a été adjoint au service de radiologie et un service de tomographie assistée par ordinateur sera créé en 1987-1988. Un plan directeur de développement d'ici à l'an 2000 est en préparation.

Khan Younis - En 1985-1986, la salle d'opération a été complètement rénovée pour répondre aux normes modernes. Le plan directeur pour la rénovation complète de l'hôpital Khan Younis est maintenant bien avancé.

### Infrastructure

On a procédé et on continue de procéder à l'amélioration des cuisines, des blanchisseries, des ascenseurs, des revêtements de sol en PVC, des peintures, des services électriques et mécaniques, des systèmes de distribution d'eau et de gaz, du système téléphonique, de la sécurité et d'autres infrastructures. Les soins d'urgence ont été améliorés grâce à la rénovation des installations de la salle d'urgence et à une meilleure dotation en personnel. Des services spécialisés tels que les soins coronariens dans les unités de soins coronariens intensifs et les soins d'urgence de traumatologie dans les services de chirurgie sont maintenant offerts. Les hôpitaux régionaux de Ramallah et de Naplouse fournissent des services de laboratoire de santé publique. Ils ont aussi leurs propres banques de sang.

Chaque hôpital public en Judée et en Samarie a maintenant nommé un technicien qualifié chargé de l'entretien des bâtiments et des équipements. Des contrats d'entretien préventif ont été passés avec les sociétés de fournitures médicales. On augmente la superficie, qui passe de 15 m<sup>2</sup> à 40-60 m<sup>2</sup> par lit, ce qui témoigne de l'importante évolution des aspects qualitatifs des prestations et de l'ampleur des services d'appui.

On a préparé des plans directeurs pour les principaux hôpitaux publics et procédé à l'échelonnement des projets. Les crédits fournis par le fonds public de développement des services de santé constituent le principal élément de financement, mais de très importantes contributions financières ont été faites par le PNUD et l'Association arabe de Prévoyance médicale à une partie des nouveaux projets. Le rythme des progrès dépendra des fonds fournis par les autorités et d'autres sources. Les projets de développement sont planifiés et exécutés de manière à gêner le moins possible les malades et le personnel des hôpitaux, même si cela ralentit parfois la progression des travaux.

Les nouveaux projets proposés pour 1987-1988 comprennent l'établissement de centres de diagnostic et de traitement du cancer et des troubles cardiaques et d'un service de tomographie assistée par ordinateur à l'Hôpital de Ramallah, l'achèvement du nouvel hôpital de Beit Jallah, l'achèvement du bâtiment 8, le plus important des nouveaux bâtiments de chirurgie et de médecine de l'Hôpital Shifa, et l'exécution des plans directeurs des hôpitaux d'Hébron, de Ramallah, de Beit Jallah, Rafidia et Shifa. Des projets de moindre envergure sont en cours de réalisation dans d'autres hôpitaux de chaque région.

### Planification hospitalière

La planification hospitalière pour les deux régions repose sur le schéma d'utilisation, y compris l'accroissement des accouchements à l'hôpital, et sur l'élargissement des services spécialisés disponibles localement. On accorde une grande importance au renforcement des services de diagnostic et de consultations externes et à la participation accrue des médecins hospitaliers aux soins dispensés dans les centres de santé communautaires et de SMI. La population comptant environ 50 % de moins de 15 ans, il faudra au cours des cinq prochaines années élargir les schémas actuels d'utilisation des hôpitaux et augmenter le nombre de lits d'hôpital, encore que l'on doive toujours mettre l'accent sur les services de prévention et les soins ambulatoires. L'expansion des services spécialisés offerts dans les hôpitaux locaux permet d'avoir recours aux hôpitaux israéliens comme centres de soins tertiaires quand les services ne sont pas encore disponibles localement.

La mise en place de services spécialisés nouveaux et renforcés dans les hôpitaux locaux est liée au développement des services d'appui, à la formation des personnels et à la présence d'équipements modernes. Par exemple, les nouveaux complexes chirurgicaux bénéficieront des services de 25 jeunes médecins de Judée, de Samarie et de Gaza, qui ont maintenant achevé leur formation en anesthésie d'une durée de deux ans offerte dans les hôpitaux israéliens, ainsi que des nouveaux équipements d'anesthésie et des systèmes de distribution de gaz installés dans leurs hôpitaux, ce qui leur permettra de disposer de techniques d'anesthésie modernes.

On procède au développement de services spécialisés de niveau secondaire dans les hôpitaux régionaux (Beit Jallah, Ramallah, Naplouse et Hébron). Les hôpitaux communautaires (Jenin, Tulkarem et Jéricho) disposent des quatre services de base. Des services de soins tertiaires sont aussi créés dans les hôpitaux régionaux, notamment dans les hôpitaux de Ramallah, Beit Jallah et Naplouse en Judée et en Samarie, ainsi que dans l'hôpital Shifa et l'hôpital pédiatrique Nasser à Gaza.

Des plans directeurs sont actuellement élaborés pour les principaux hôpitaux de Judée et de Samarie (Ramallah, Rafidia, Beit Jallah et Hébron) et pour l'hôpital Shifa à Gaza. Des plans directeurs sont mis au point pour Khan Younis, l'hôpital pédiatrique de Gaza et pour les hôpitaux de Jenin et Tulkarem en Judée et en Samarie.

### Santé mentale

Dans la planification des programmes de santé mentale, on met maintenant l'accent sur la réadaptation et les soins ambulatoires dans la communauté et non plus sur l'hospitalisation. De même, les malades hospitalisés dans un établissement psychiatrique bénéficient d'un environnement thérapeutique plus actif. Un traitement complet avec suivi dans la communauté est devenu la pierre de touche d'une prise en charge à long terme des problèmes de santé mentale.



A la suite de ce changement d'orientation, on accorde une plus grande importance au développement des soins de santé mentale ambulatoires et aux services sociaux d'appui tels que les ateliers protégés. A Gaza, les services de santé mentale se sont rapidement développés depuis huit ans, s'agissant aussi bien des soins hospitaliers que des soins ambulatoires.

L'Hôpital psychiatrique de Bethléem a été réorganisé et modernisé; il existe de nouveaux services ambulatoires à Naplouse, à Hébron, à Ramallah, ainsi qu'à Bethléem. La nouvelle aile de l'Hôpital psychiatrique de Bethléem, destinée aux cas chroniques et remplaçant le service de convalescence, sera achevée et opérationnelle en 1986. L'ancienne unité abritera un service d'ergothérapie et d'autres services d'appui. Un plan directeur pour le développement futur de cet hôpital est en préparation.

De nouveaux centres de développement de l'enfant sont maintenant opérationnels à Ramallah, à Hébron et à Gaza grâce à la coopération du FISE et du ministère des services sociaux. Un centre semblable a été ouvert récemment à Jenin. Ces centres fournissent des moyens diagnostiques et thérapeutiques précieux pour les enfants dont le développement aussi bien physique que mental est anormal. Ils accueillent des malades envoyés par les centres SMI des organisations bénévoles, des praticiens privés et d'autres sources. On trouve dans les deux régions un éventail de plus en plus large de services de santé mentale qui répondent aux besoins d'une société en mutation.

#### Problèmes des groupes spéciaux

On procède actuellement à la décentralisation du système carcéral de sorte à rapprocher les détenus de leur foyer et de leur famille et à rendre possible une libération plus rapide. Dans toutes les prisons, on a établi des dispensaires et des infirmeries auxquels du personnel médical a été affecté pour répondre aux besoins des détenus. Des services spécialisés sont assurés sur demande lorsque des cas difficiles sont transférés dans les hôpitaux locaux ou suprarégionaux. La nourriture et les soins médicaux fournis répondent aux normes internationales en vigueur. Dans le cadre de la rééducation, on encourage les détenus à participer à des travaux manuels et à suivre une formation professionnelle.

Les personnes âgées, en tant que groupe spécial ayant besoin de soins de santé, exigeront une attention accrue à l'avenir, au fur et à mesure qu'on répondra mieux aux besoins aigus en soins de santé et que les besoins en soins de longue durée viendront au premier plan. Il faudra peut-être fournir un complément aux soins familiaux donnés traditionnellement aux personnes âgées, sous forme de soins ambulatoires, de soins à domicile et autres services sociaux d'appui, dans la mesure en particulier où il est difficile aux services dispensant des soins coûteux aux cas graves de s'occuper des soins de longue durée.

Les problèmes de santé des Bédouins, en particulier de ceux qui sont encore nomades, tiennent essentiellement à la difficulté qu'ils ont à se mettre en relation avec le système de santé. Cependant, ils ont maintenant plus facilement accès aux soins de santé grâce à une meilleure distribution des équipements. Ainsi, l'intégration des Bédouins dans le système de santé est-elle en bonne voie. La sédentarisation des familles bédouines est un facteur clé de l'amélioration des conditions d'hygiène et de vie ainsi que de l'amélioration de leur accès aux services de santé.

#### VII. PERSONNELS ET FORMATION

Des personnels qualifiés sont l'élément clé de l'infrastructure sanitaire. Sans la main-d'oeuvre qualifiée nécessaire, les autres ressources d'un système de santé sont sous-utilisées, voire gaspillées. La priorité a été accordée à la formation des personnels, et notamment à la mise au point de programmes locaux pour la formation de personnels infirmiers et paramédicaux afin de faire face aux besoins croissants des services de santé communautaires.

Programmes d'éducation

Des écoles d'infirmières et d'autres programmes de formation de personnels de santé ont été créés en Judée, en Samarie et à Gaza, les conditions d'admission et les programmes d'études étant fixés par la Division des soins infirmiers du Ministère de la Santé d'Israël, qui assure également l'encadrement.

En Judée et en Samarie, l'administration sanitaire dirige l'Ecole d'infirmières d'Etat de Ramallah (Ibn Sina) ouverte en 1971. A ce jour, 141 infirmières d'Etat ont obtenu leur diplôme au terme d'un programme de trois ans. Le programme comporte un solide élément de soins infirmiers communautaires et inclut des travaux sur le terrain dans les hôpitaux, au sein de la communauté et en matière de statistiques démographiques. La formation des aides-soignantes dans les hôpitaux publics est désormais concentrée à Naplouse et les autres écoles sont gérées par des organisations privées telles que St Lukes et El Ithidad. Pendant l'année scolaire 1986-1987, le nombre des élèves admises à suivre le programme d'Ibn Sina est passé de 15 à 30, et il devrait encore augmenter. Plusieurs promotions d'infirmières ont suivi avec succès les deux cours de soins infirmiers de niveau universitaire sanctionnés par une licence et dispensés l'un au Collège d'El Bireh, l'autre à l'Université de Bethléem. Un nouveau programme de formation d'aides-soignantes a débuté à l'Hôpital psychiatrique de Bethléem et on prévoit d'ouvrir un centre de formation pour les personnels infirmier et paramédical.

A Gaza, 614 aides-soignantes ont obtenu leur diplôme à l'Ecole d'infirmières de l'Hôpital Shifa, ouverte en 1973 et agrandie en 1975, qui dispense un cours de 18 mois. L'Ecole d'infirmières d'Etat de Gaza, ouverte en 1976, qui privilégie les soins infirmiers communautaires, a octroyé à ce jour 97 diplômes; 65 élèves suivent actuellement le programme de 3 ans.

L'éducation en cours d'emploi, les réunions du personnel, un cercle de lecture de revues spécialisées et les conférences données par des professeurs israéliens et étrangers invités contribuent à améliorer la qualité des services de santé publics. Le système d'orientation et de consultation établi avec les hôpitaux d'Israël a également aidé à améliorer la qualité des services de même que les visites d'experts de l'OMS. Un grand nombre de documents relatifs au développement des services de santé à Gaza ont été publiés et des exposés ont été présentés à l'occasion de congrès internationaux. Le Bulletin médical de Gaza publié par le Centre de Recherche sur les Services de Santé de Gaza reparait.

Les derniers développements concernant la formation des personnels de santé sont les suivants.

Formation en anesthésiologie - Un cycle de formation d'une durée de deux ans destiné à 25 médecins de Judée, de Samarie et de Gaza s'est achevé fin 1986 dans dix hôpitaux israéliens. Les candidats ont été sélectionnés moyennant des entretiens et des examens écrits et ils ont passé avec succès des examens écrits et pratiques du niveau de ceux qui sanctionnent les deux ans de spécialisation des anesthésistes israéliens. Ils ont assisté un jour entier par semaine à des conférences et des démonstrations à l'Hôpital Beilinson et reviennent dans les services d'autres hôpitaux israéliens où ils sont affectés pour recevoir une formation pratique en anesthésiologie pendant le reste de la semaine. Ce projet a été financé par le PNUD. De nouveaux équipements d'anesthésie ont été achetés pour les hôpitaux où reviennent ces anesthésistes une fois leur formation achevée. Des programmes d'orientation ont aussi été organisés à l'intention du personnel chirurgical pour les initier aux techniques d'anesthésie modernes et les anesthésistes nouvellement qualifiés intégrés dans leurs équipes chirurgicales ont eu un effet positif immédiat sur la qualité des services locaux.

Formation permanente en médecine interne - Un programme de formation permanente de 8 mois destiné à 25 médecins venant d'hôpitaux de Judée et de Samarie et organisé par l'Université de Tel Aviv s'est achevé en août 1986. Cette formation porte sur les disciplines de base de la médecine et le matériel clinique; les cours ont lieu une journée entière par semaine à l'Hôpital Beilinson et dans d'autres hôpitaux de Tel Aviv ainsi que dans les hôpitaux de Beit Jallah et de Ramallah. Ce projet est financé par l'administration sanitaire. Un cours du même type a commencé, à raison d'une journée par semaine, pour d'autres médecins de Judée et de Samarie à l'Hôpital Hadassah, Mt-Scopus, Jérusalem.

Formation à diverses spécialités médicales - Un cours de deux ans destiné à 14 médecins venant d'hôpitaux de Judée, de Samarie et de Gaza a débuté à l'Hôpital Beilinson, en Israël, en novembre 1985. Les spécialisations englobent la médecine interne, la pédiatrie, l'obstétrique, la chirurgie pédiatrique et l'anatomopathologie. Les internes participent pleinement aux soins dispensés aux patients et aux activités éducatives. Cette formation est financée par le PNUD.

Formation de techniciens de l'assainissement pour Gaza - Un programme comportant 2500 heures de cours destiné à donner une formation de technicien de l'assainissement à 25 personnes de Gaza a débuté en mars 1985 et se terminera au milieu de l'année 1986. Les participants sont 4 vétérinaires, 13 ingénieurs agronomes et 8 autres personnes (il faut au minimum un diplôme de fin d'études secondaires pour être admis). Les cours ont été dispensés en anglais au centre de formation de techniciens de l'assainissement de l'Hôpital Assaf Harofe (500 heures) et à Gaza (2000 heures). Les participants ayant réussi les examens écrits recevront une licence de technicien de l'assainissement. Cette formation est financée par l'administration sanitaire.

Formation de sages-femmes pour Gaza - Une formation à plein temps d'une durée de neuf mois destinée aux sages-femmes a débuté en 1985 pour 12 infirmières qualifiées de Gaza à l'Hôpital Assaf Harofe. La formation est dispensée en anglais et financée par l'administration sanitaire. Les diplômées ont maintenant réintégré les services de santé.

Formation des infirmières à l'administration - Un cours d'administration destiné à 25 infirmières en chef de Gaza se déroule actuellement à l'Hôpital Ashkelon. Les cours ont lieu deux jours entiers par semaine et comprennent des conférences et des exposés par des professeurs israéliens dans divers domaines de l'administration.

Formation des infirmières pour les services de soins intensifs - Des cours de trois à six mois à l'intention des infirmières de Judée et de Samarie ont commencé au printemps 1986 à l'Hôpital Beilinson. Ces infirmières constitueront l'effectif des nouveaux services de soins intensifs mis en place dans les hôpitaux de Ramallah, Rafidieh et Beit Jallah.

Formation du personnel pour les services de chirurgie à coeur ouvert - En 1986, des personnels de l'Hôpital de Ramallah ont suivi divers stages au Centre médical Tel Hashomer Sheba, Hôpital universitaire israélien, en vue de l'ouverture du service de chirurgie à coeur ouvert de l'Hôpital de Ramallah en 1987. Ce service fonctionne de manière satisfaisante depuis février 1987.

Plusieurs autres programmes de formation en sont à un stade avancé de préparation et doivent débiter au cours de l'année 1987, à savoir :

- un cours de radiologie (deux ans) pour six médecins de Judée et de Samarie à l'Hôpital Hadassah, à Ein Karem, qui doit débiter en 1987;
- un cours de technicien de radiologie pour des personnels de Judée, de Samarie et de Gaza qui débiterà au milieu de l'année 1987 dans des hôpitaux israéliens;
- un programme de formation permanente destiné à 25 médecins de Gaza qui se déroulera à la Faculté de médecine de l'Université Ben Gourion et à l'Hôpital Soroka, à Beersheba, et portera sur les disciplines de base et les disciplines cliniques.

### Effectifs

L'effectif des services de santé publics a très nettement augmenté au fil des ans depuis 1968. A Gaza, les personnels médicaux des services de santé publics sont passés de 27 à 50 pour 100 000 habitants (tableau 4).

En Judée et en Samarie, ils sont passés de 18 à 31 pour 100 000 habitants, tandis que l'on compte au total 70 médecins pour 100 000 habitants. Les personnels infirmiers et paramédicaux sont passés de 56 à 118 pour 100 000 entre 1968 et 1985. Le personnel infirmier des services publics a plus que doublé dans les deux régions et le rapport personnel infirmier-lits d'hôpital a également augmenté. En 1986, une centaine de postes ont été créés dans les services de santé publics de Judée et de Samarie.

Au cours des dernières années, les échelles de salaires ont progressé plus vite que les taux d'inflation en raison d'augmentations supérieures à celle du coût de la vie, tendance qui s'est accompagnée d'une nouvelle réduction des différences de taux net de rémunération entre personnels de santé locaux et personnels de santé israéliens. Néanmoins, les salaires continuent à poser un problème dans les services publics par comparaison avec ceux des services privés.

## VIII. ADMINISTRATION ET FINANCES

Les services de santé de Judée, Samarie et Gaza ont gagné en ampleur et en complexité, ce qui pose de nombreux problèmes financiers et pratiques. Les services publics de Judée et de Samarie représentent environ 60 % de l'ensemble des services de santé et ceux de Gaza 85 %. L'assurance-maladie pour les services publics a été adoptée dans ces régions aussi bien comme méthode destinée à améliorer l'accès aux soins de santé moyennant un paiement anticipé sur le lieu de travail mais aussi comme système de financement supplémentaire des soins de santé. Au financement assuré par les pouvoirs publics et l'assurance-maladie vient s'ajouter la contribution croissante d'institutions internationales qui fournissent des fonds pour lancer de nouveaux projets de soins de santé.

### Assurance-maladie

Le renchérissement des services de santé et de l'infrastructure communautaire est un problème qui se pose désormais dans tous les pays. Les dépenses de santé ont ainsi augmenté en Judée, en Samarie et à Gaza, tandis que l'expansion des services et des programmes se poursuit. Pour contrebalancer le fardeau inévitable que ce mécanisme fait peser sur les gouvernements, nombre de pays recourent à un système national d'assurance-maladie. En Judée, en Samarie et à Gaza, des plans d'assurance-maladie volontaire ont été mis en place au cours des dernières années, les taux de cotisation oscillant entre 32 % en Judée et en Samarie (1986) et 75 % à Gaza en 1985.

Toutes les familles cotisent à l'assurance-maladie, quel que soit le nombre de leurs membres et leurs antécédents médicaux. Les fonctionnaires et les salariés travaillant en Israël sont automatiquement assurés. De plus, les familles qui bénéficient d'une assistance sociale sont inscrites sans avoir à cotiser.

Les plans d'assurance couvrent les services ambulatoires préventifs et curatifs, ainsi que les services hospitaliers des établissements publics de santé et les cas adressés dans des hôpitaux israéliens. Il convient aussi de souligner que de nombreux services publics, en particulier les services de santé maternelle et les soins aux enfants jusqu'à l'âge de 3 ans ainsi que le traitement du cancer sont gratuits, que les intéressés soient assurés ou non.

### Dépenses de santé

Les dépenses publiques de santé en pourcentage du budget total pour la Judée et la Samarie ont augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières années. En 1986, 21,1 % de la totalité du budget ordinaire et 22,5 % du budget de développement ont été affectés à la santé, ce qui représente une augmentation par rapport aux 17,2 % et 14,3 % respectivement alloués en 1985. Le budget de la santé pour la Judée et la Samarie a augmenté de 12 % pour ce qui est du budget ordinaire et de 22 % pour le budget de développement en termes réels entre 1986-87 et 1987-88. L'achèvement de nombreux projets de santé nouveaux et l'aboutissement imminent de certains autres témoignent du rang de priorité plus élevé accordé depuis quelques années à la santé dans le budget par les pouvoirs publics. Depuis plusieurs années maintenant, plus de 30 % de la totalité du budget ordinaire et du budget de développement de Gaza sont affectés à la santé.

### Organismes communautaires et bénévoles

Le financement au moyen de crédits extrabudgétaires provenant d'organismes communautaires, bénévoles et de bienfaisance et convenablement coordonnés est encouragé et d'importants services

communautaires sont assurés de cette façon. Ces organismes constituent des sources supplémentaires de fonds nécessaires pour le matériel, les fournitures médicales et les projets spéciaux des établissements publics de santé, ainsi que pour les bourses permettant la formation post-universitaire des personnels médicaux. Ces fonds contribuent largement à l'édification continue d'un système de soins de santé de plus en plus complet et perfectionné et, par conséquent, coûteux.

Une participation communautaire active et générale est nécessaire pour mener à bien l'expansion rapide des services de soins maternels et infantiles et généraliser les dispensaires en Judée, en Samarie et à Gaza. Par exemple, ces services publics de soins primaires sont installés dans des bâtiments fournis par les autorités locales. Dans ce sens, l'amélioration des services est l'aboutissement d'un processus dans lequel la communauté ne demande pas seulement un service aux autorités mais s'assure, par sa propre action, qu'il est mené à bien.

Des services de santé importants sont gérés directement par des organismes bénévoles et charitables, tant locaux qu'internationaux, au nombre desquels on peut citer l'Hôpital pédiatrique de Caritas, l'Hôpital orthopédique Mont St David, le Centre de nutrition infantile de Terre des Hommes, tous trois à Bethléem, l'Hôpital ophtalmologique St John à Jérusalem et de nombreux autres. Ces organismes assurent une part capitale de l'ensemble des services de santé en Judée et en Samarie. Un certain nombre de programmes de développement hospitalier sont aussi l'oeuvre des organisations bénévoles des "Sociétés des amis" qui ont l'assentiment des autorités de la santé publique. Cela a permis d'accélérer la mise en oeuvre du plan et de créer les services spécialisés et sous-spécialisés dont avaient besoin les hôpitaux de district de Judée et de Samarie. A Gaza, une association bénévole locale appelée "Les amis des malades" et composée de personnalités et de responsables communautaires a été créée en vue de rassembler des crédits pour financer l'équipement hospitalier et l'éducation sanitaire. L'Association arabe de prévoyance médicale a contribué aux projets de développement hospitalier à Ramallah et dans d'autres hôpitaux de Judée et de Samarie.

#### Institutions internationales

Divers organismes internationaux fournissent des crédits importants pour le développement des services de santé publics et privés dans ces régions. Ces organismes versent aussi des fonds pour des projets de développement socio-économique directement et indirectement liés à la situation sanitaire dans ces régions.

Le PNUD, notamment, a fourni une assistance financière de grande envergure pour aider à favoriser le développement des services de santé. De 1981 à 1983, le PNUD a réalisé des projets d'un coût total de près de US \$10 millions recouvrant divers programmes ayant trait à la santé, l'éducation, le développement des personnels et les infrastructures communautaires et sociales. D'importants systèmes de collecte et d'épuration des eaux usées financés et contrôlés par le PNUD seront achevés et fonctionneront à Gaza en 1987. Un autre projet vient de commencer à Jabaliya. Des personnels du PNUD sont sur place et des consultants médicaux de haut niveau se rendent fréquemment dans ces régions pour examiner le matériel, les installations et les programmes de formation nécessaires tant dans les installations publiques que privées.

D'autres organismes tels que l'ANERA (American Near East Refugee Association) et le CDF (Community Development Fund) ont financé, au cours de ces trois dernières années, toutes sortes de projets à vocation sanitaire. Au nombre des projets de l'ANERA figurent l'expansion et l'amélioration d'un centre pour les enfants arriérés mentaux à Naplouse, un cours préparant au diplôme d'infirmière au Collège Ramallah d'El Bireh, l'équipement d'un laboratoire et l'installation de canalisations d'égouts à Gaza. Les projets du CDF comprennent l'évacuation des eaux usées à El Bireh, Jabaliyah, Khan Younis et Gaza, la fourniture de matériel pour l'Association féminine de Caritas, des dispensaires pour les Sociétés du Croissant-Rouge à Bethléem, El Birah et Gaza, du matériel de laboratoire et de soins pour les dispensaires des organisations charitables de Ramallah et une subvention pour la création d'une usine de traitement des eaux usées à Khan Younis.

Grâce à une subvention de US \$1,7 million du Gouvernement d'Allemagne fédérale, le FISE a contribué à la réalisation de divers projets dans la région au cours de la période 1984-1986, concernant les sels de réhydratation orale, l'allaitement maternel, la formation des dayas, des centres psycho-pédagogiques et des jardins d'enfants. Avec les ministères des services sociaux, le FISE a ouvert des centres de développement de l'enfant à Kamallah, Hébron et Gaza en 1985-1986 et il a apporté son concours au projet de soins de santé primaires élargis à Hébron ainsi qu'à des projets de supervision des dayas.

La Société de Secours catholique a financé des dispensaires dans un certain nombre de villages de Judée et de Samarie et elle exécute des projets d'éducation sanitaire et nutritionnelle dans quelque 100 villages de Judée et de Samarie. Le Conseil oecuménique du Proche-Orient (NECC) et l'American Institute for the Middle East (A Mid East) oeuvrent aussi dans la région. L'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique a actuellement à son budget plus de US \$6 millions pour la mise en oeuvre de projets d'organisations volontaires américaines en Judée, en Samarie et à Gaza.

Entre 1978 et 1982, le Congrès des Etats-Unis d'Amérique a inscrit à son budget un montant total de US \$31 millions pour des activités concernant les domaines ci-après : santé, éducation, coopératives, électrification, approvisionnement en eau, routes d'accès et systèmes d'évacuation des eaux usées. D'autres organismes internationaux ont fourni une aide financière importante pour développer les locaux de l'Hôpital orthopédique du Mont St David à Bethléem et de l'Hôpital de Beit Jallah.

#### IX. PLANIFICATION, EVALUATION ET AUTRES ASPECTS

Le processus de planification ne saurait être efficace sans surveillance et évaluation. Tel est l'objet des activités conjointes de planification et des missions de consultants.

##### Planification sanitaire

Dès le départ, le développement du système de soins de santé s'est appuyé sur la planification menée conjointement par les autorités sanitaires locales et Israël. Les visites ultérieures de comités et d'experts de l'OMS ont largement contribué à la planification sanitaire grâce aux analyses objectives et hautement professionnelles que ceux-ci ont consacrées à des problèmes de santé particuliers. Les ressources sont limitées mais les améliorations apportées au système de soins de santé sur la base de la planification ont permis une utilisation plus efficace de ces ressources, fondée sur des critères objectifs.

En 1983, une Commission mixte pour la planification des services de santé de Judée et de Samarie a été créée; elle se compose de hauts fonctionnaires de la santé, locaux et israéliens. Elle a été chargée d'examiner la situation sanitaire existante, de définir les besoins en matière de santé et d'élaborer un plan de santé pour les cinq années à venir. Le rapport de cette commission a été présenté au Gouvernement.

Le rapport de la Commission Adler accorde une très grande importance à l'hygiène du milieu et aux besoins de soins de santé primaires en Judée et en Samarie. La planification hospitalière concernant les services régionaux secondaires et les services tertiaires dans les hôpitaux publics et privés existants a fait l'objet d'un examen accompagné de projections détaillées jusqu'en 1990. L'assurance-maladie pour tous a été recommandée. Les besoins en matière de formation des personnels de santé, d'octroi de licences et de formation permanente ont également été examinés en détail.

Les pouvoirs publics et le Ministère de la Santé ont approuvé le rapport de la Commission Adler en tant que document de base de la planification à moyen terme des services de santé en Judée et en Samarie jusqu'en 1990. Des fonctionnaires du Ministère de la Santé procèdent à l'élaboration de plans d'exécution détaillés.

A Gaza, des fonctionnaires de la santé de haut niveau, tant locaux qu'israéliens, collaborent à l'élaboration d'un plan de soins de santé privilégiant les soins primaires, la vaccination et l'approvisionnement en eau et qui prévoit le développement des services hospitaliers en deux sites principaux.

#### Consultants de l'OMS

Un certain nombre de fonctionnaires de l'OMS sont venus en mission dans la région pour fournir des avis dans des domaines tels que la tuberculose, la lutte contre les maladies diarrhéiques, les sels de réhydratation orale, la santé mentale et autres. Un consultant principal du programme de santé de la famille à l'OMS à Genève, s'est rendu dans les régions en 1985-1986. Il a fourni des données importantes et objectives sur les progrès réalisés dans le domaine de la santé maternelle et infantile en Judée, en Samarie et à Gaza. Le Dr Cook a émis plusieurs recommandations constructives concernant des améliorations à apporter à la santé maternelle et infantile dans ces régions : renforcer les programmes de prévention et de traitement en matière de nutrition, actualiser les méthodes de recherche et instaurer des services de planification familiale fondés sur les besoins médicaux.

En juin 1987, un consultant de l'OMS examinera les problèmes de nutrition des enfants; il visitera les hôpitaux locaux et d'autres établissements de soins et participera à une série de séminaires sur ce sujet avec des personnels de santé locaux. Ces activités seront mises sur pied en 1987 par un ancien directeur de la Division de la Nutrition de l'OMS.

#### Autres consultants extérieurs

En 1985 notamment, des groupes de consultants parrainés par des organisations locales et internationales se sont rendus dans les régions à plusieurs reprises. L'Association arabe de Prévoyance médicale a parrainé plusieurs visites d'un groupe de travail expérimenté formé d'experts de la santé et créé par l'American Public Health Association (APHA). Ce groupe avait été chargé d'examiner si la création en Judée et en Samarie d'un nouvel hôpital privé dispensant des soins tertiaires était nécessaire et réalisable. Le groupe d'experts de l'APHA estime que les soins de santé primaires constituent la plus haute priorité dans une région en développement.

L'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique a financé plusieurs études sanitaires dans la région. Des représentants de cet organisme y ont effectué des missions ainsi que les représentants d'un grand nombre d'institutions internationales telles que le PNUD, l'UNRWA, la Croix-Rouge internationale, le FISE et d'autres. En mars 1986, l'UNRWA a fait réaliser par une équipe de représentants de l'OMS une évaluation de ses services de santé en Judée, en Samarie et à Gaza. Une autre équipe de médecins de l'Université Georgetown, Washington D.C., a effectué une enquête approfondie sur les services de santé de l'UNRWA. Le rapport de cette enquête est paru en 1986 dans le *New England Journal of Medicine*.\*

En juillet-août 1986, un délégué du Comité international de la Croix-Rouge est venu examiner les services de santé en Judée, en Samarie et à Gaza. Un psychiatre suisse a réalisé cette enquête et a mis l'accent en particulier sur les soins de santé primaires à Hébron.

#### Zones privilégiées du programme

L'accent porte actuellement sur un certain nombre de domaines dont le développement doit être poursuivi, à savoir :

- éducation nutritionnelle;
- développement des soins de santé primaires;

---

\* Lilienfield, L. S., Rose, J. C., Corn, N. (1986) Special Report, UNRWA and the Health of Palestinian Refugees. *New England Journal of Medicine*, 315, 9, 595-600.

- amélioration des services hospitaliers, de la spécialisation et des effectifs;
- formation médicale spécialisée dans les hôpitaux israéliens;
- développement de la formation infirmière;
- enseignement infirmier supérieur et spécialisation;
- formation continue aux soins de santé primaires des personnels médicaux et infirmiers
  - physiothérapie, médecine du travail, traitement des infections respiratoires, assistance sociale et autres;
- élargissement de la couverture de l'assurance-maladie;
- augmentation du nombre des accouchements à l'hôpital;
- identification des grossesses à haut risque et soins spéciaux.

La réalisation de ces activités dépend de leur financement par l'administration civile et de l'augmentation des crédits internationaux pour accélérer l'amélioration de la qualité de la vie de la population de ces zones.

#### X. RECHERCHE SUR LES SOINS DE SANTE

En 1984, l'Organisation mondiale de la Santé et le Ministère de la Santé d'Israël ont décidé de créer trois centres collaborateurs OMS, chargés d'effectuer des recherches sur les soins de santé primaires et le développement des personnels en Judée, en Samarie et à Gaza.

Le Centre de recherche sur les services de santé de Ramallah a été créé en 1985. Ses effectifs sont constitués de personnel du Ministère de la Santé ainsi que d'autres personnels rémunérés grâce à des crédits du PNUD, qui a également fourni d'importants moyens dont un ordinateur, du matériel de bureau et des véhicules et qui prend en charge les coûts de fonctionnement. En 1986, un centre semblable s'appuyant sur le Centre d'épidémiologie et d'information sanitaire du Ministère de la Santé a été créé à Gaza.

Le Centre de recherche sur les services de santé de Ramallah est placé sous la direction du Dr Nadim Tubassi, médecin-chef du district sanitaire de Ramallah. Le centre est doté de deux médecins locaux possédant une maîtrise de santé publique obtenue après avoir suivi le cours international de santé publique à l'Ecole de Santé publique de l'Université hébraïque Hadassah. Il compte également un statisticien analyste de données informatiques, une infirmière, un statisticien et du personnel administratif. Le Centre de recherche sur les services de santé de Ramallah offre d'importantes potentialités nouvelles pour le développement des services de santé en Judée et en Samarie. Il a joué un rôle capital dans l'étude des courbes de croissance des nourrissons, dans une enquête sérologique réalisée chez des écoliers et dans le lancement de l'analyse permanente de tous les décès infantiles et juvéniles notifiés dans la région.

Le Centre de recherche sur les services de santé de Gaza se trouve sous la direction d'un pédiatre de Gaza titulaire d'une maîtrise de santé publique de l'Ecole de Santé publique de l'Université hébraïque Hadassah. Ce centre a été ouvert en 1981 sous le nom d'unité d'information sanitaire et il a exécuté plusieurs projets de recherche qui ont fait l'objet de rapports lors de conférences internationales ou ont été publiés dans différentes revues médicales. Le Centre entame actuellement un projet pilote d'informatisation des données concernant les soins infantiles dans les centres de SMI ainsi que d'autres études ayant trait au schéma de croissance des enfants, aux causes de mortalité infantile, aux atteintes du froid, à l'anémie du nourrisson, ainsi qu'une enquête épidémiologique sur l'asthme.

Un troisième centre collaborateur OMS chargé d'effectuer des recherches et d'établir des programmes concernant les personnels de santé a été créé en Judée et en Samarie. Ce centre s'attachera à identifier les besoins de personnels de santé et les activités de formation nécessaires aux services de santé en Judée et en Samarie. Un groupe de travail sur les personnels de santé a été formé et placé sous la présidence d'un éminent médecin local, Directeur de l'Hôpital



psychiatrique de Bethléem et Chef de la Division des Hôpitaux des Services publics de Santé. Ce groupe de travail coordonnera l'élaboration de politiques concernant les personnels de santé, les priorités et les programmes pilotes, conformément aux orientations générales sur rapport de la Commission mixte de planification.

Deux des fonctionnaires des centres de recherche ont participé à un programme d'été de trois semaines sur les méthodes de recherche épidémiologique à la Faculté de Médecine de Beersheba en août 1986 et les directeurs des deux centres ont suivi des cours de quatre semaines en épidémiologie au Centre for Disease Control, Atlanta, Georgie, et à l'Université du Minnesota en 1986. Les directeurs des trois centres collaborateurs OMS se sont rendus au Siège de l'OMS à Genève pour s'entretenir avec le personnel technique de l'OMS et avec le Directeur général.

Un atelier sur les méthodes de recherche destiné au personnel associé aux trois centres collaborateurs OMS a eu lieu à Jérusalem en décembre 1986, la deuxième partie de cet atelier étant prévue pour juin 1987. Vingt-cinq personnes participaient à cet atelier qui était dirigé par cinq consultants locaux et internationaux de l'OMS. Après l'atelier du mois de décembre, tous les participants ont collaboré à des projets de recherche dans divers domaines, y compris l'état de santé des écoliers, l'utilisation des soins prénatals, l'utilisation des dayas et la prévalence des facteurs de risque des cardiopathies coronariennes.

De nouveaux projets de recherche sur la population financés par le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP) par l'intermédiaire de l'OMS et du PNUD doivent commencer en 1987-1988, et notamment des études approfondies sur la mortalité infantile, les facteurs qui déterminent le lieu de l'accouchement ainsi que des études sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant l'espacement des grossesses.

#### RESUME

Tandis que les conditions socio-économiques s'amélioraient de façon spectaculaire, on a observé un accroissement de la quantité et de la qualité des services de santé en Judée, en Samarie et à Gaza. Une solide infrastructure a été mise en place pour les soins de santé primaires, les services hospitaliers et l'hygiène du milieu.

Un grand nombre de nouveaux projets ont été lancés ou achevés en 1985-1986. La planification a été assise sur des bases solides avec la participation sans restriction des plus hauts professionnels locaux de la santé. Le développement hospitalier s'oriente de plus en plus vers les spécialités secondaires et tertiaires. On développe la formation des personnels de façon à répondre aux besoins de base et aux besoins nouveaux en spécialités. Des programmes de recherche sur les services de santé sont en cours de réalisation. Des projets novateurs ont été mis sur pied dans le domaine des soins de santé primaires élargis et dans celui du développement de l'enfant.

Grâce à leur dynamisme, les services de santé offrent des possibilités de promotion aux agents de santé locaux ainsi que des soins de santé dont la qualité s'améliore régulièrement à la population.

En 1987 et 1988, d'importants nouveaux programmes s'achèveront tandis que d'autres débiteront. L'assurance-maladie pour la totalité de la population est une haute priorité; l'augmentation des accouchements à l'hôpital en est une autre; l'élargissement des soins de santé primaires une troisième et la mise en place de nouveaux services de sous-spécialités une quatrième.

#### Judée et Samarie

Le rapport de la Commission mixte pour la planification des services de santé, terminé en 1985, a été accepté comme un programme de santé intégré et un plan d'action pour la région jusqu'en 1990. En 1986-1987, le développement des services de santé a considérablement progressé en Judée et en Samarie dans le contexte de l'amélioration continue des conditions de développement socio-économique et communautaire.

Un centre de recherche sur les services de santé a été créé et inauguré en 1985 comme centre collaborateur de l'OMS. Ce centre a mis sur pied un certain nombre de projets de recherche sur les soins de santé primaires qui permettront de surveiller les conditions de santé dans la région et d'aider au développement futur du programme de santé.

Les soins de santé primaires élargis ont été inaugurés en 1985 comme projet pilote en collaboration avec le FISE dans les petits villages du district d'Hébron. Il s'agit d'un projet novateur qui vise à faire bénéficier les petits villages ruraux de soins de santé préventifs modernes. Il a été étendu en 1986 à plus de 50 villages d'Hébron et, en 1987, il sera étendu aux districts de Jéricho et de Naplouse.

Un certain nombre de projets hospitaliers importants ont été menés à bien ainsi que les plans directeurs pour leur développement futur. Des programmes de formation pour un grand nombre de médecins ont été mis sur pied en collaboration avec les hôpitaux universitaires d'Israël et le PNUD. L'Hôpital de Ramallah apparaît comme le principal hôpital de soins tertiaires de la région. Grâce à l'achèvement de son infrastructure, cet hôpital offre maintenant des services très spécialisés : chirurgie à coeur ouvert, radiothérapie, imagerie assistée par ordinateur, neurochirurgie et autres.

D'importants progrès ont été accomplis en Judée et en Samarie en 1986-1987 dans le domaine des soins primaires et des soins hospitaliers ainsi que dans celui du développement des personnels.

#### Gaza

De nouveaux progrès ont été accomplis dans les services de santé de Gaza en 1985-1986. Le bâtiment 6 de l'Hôpital Shifa, service d'obstétrique élargi, a ouvert ses portes. Le nouveau service de radiologie a commencé à fonctionner au début de 1987 et un scanographe assisté par ordinateur sera installé à la fin de 1987. La rénovation du complexe chirurgical de l'Hôpital Khan Yunis a été achevée en 1987. Le bâtiment 8 de l'Hôpital Shifa, les nouveaux services chirurgicaux et centraux de l'hôpital, a été partiellement ouvert en 1986 et il sera achevé au cours des deux années à venir, avec l'adjonction de deux étages supplémentaires.

Les services de soins primaires, parallèlement, se développent avec l'ouverture du 26<sup>e</sup> centre de santé communautaire de la région.

Les programmes de formation de spécialistes en anesthésie pour Gaza ont été menés à bien et d'autres programmes sont en cours dans les hôpitaux universitaires d'Israël : médecine interne, pédiatrie, anatomo-pathologie, obstétrique et santé publique. Le centre de recherche sur les services de santé de Gaza a ouvert ses portes au début de 1986 en tant que centre collaborateur de l'OMS. Il constitue une base solide pour la recherche sur les services de santé et la recherche épidémiologique en vue de définir les besoins des services de santé et les stratégies de planification future. Cet acquis fait partie du processus continu de l'amélioration des soins de santé pour la population de Gaza. Il contribue à l'amélioration des conditions de vie de la population.

Ce processus de développement est complexe et continu. De nombreux problèmes restent à surmonter, dont les moindres ne sont pas les difficultés financières. L'aide financière internationale de plus en plus souple et constructive permet heureusement aux autorités d'investir dans de nouveaux programmes de santé. Elle provient des organismes internationaux tels que l'OMS, le PNUD, l'UNRWA, le FISE, l'AID, Terre des Hommes et d'autres. Il convient de citer également de nombreux autres organismes et donateurs locaux et des sociétés qui souhaitent voir améliorer les soins de santé à la population de ces zones. Cette coopération axée sur l'amélioration des soins de santé et des conditions de vie est encourageante, non seulement pour les agents de santé locaux et les personnels de santé des services publics et privés mais aussi pour la population.