



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

A30/INF.DOC/4

4 mai 1977

TRENTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 3.14 de l'ordre du jour



AIDE SANITAIRE AUX REFUGIES ET PERSONNES DEPLACEES
DANS LE MOYEN-ORIENT

A la demande de la délégation d'Israël, le Directeur général a l'honneur de transmettre à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, pour information, un rapport¹ du Ministère de la Santé d'Israël intitulé "La santé et les services sanitaires dans les régions de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï, de 1967 à 1976".

¹ Annexe.

MISSION PERMANENTE D'ISRAEL
AUPRES DES NATIONS UNIES A GENEVE

Genève, le 2 mai 1977

Monsieur le Directeur général,

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint le rapport du Ministère de la Santé sur "La santé et les services sanitaires dans les régions de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï, de 1967 à 1976".

Je vous serais très obligé de bien vouloir prendre les dispositions nécessaires pour que ce rapport soit publié comme document officiel de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé et distribué aux participants.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur général, les assurances de ma haute considération.

Theodor Meron
Ambassadeur
Représentant permanent

Dr H. T. Mahler
Directeur général
OMS
Genève

LA SANTE ET LES SERVICES SANITAIRES
DANS LES REGIONS DE JUDEE-SAMARIE ET DE GAZA-SINAI,

DE 1967 A 1976

Rapport du Ministère de la Santé, Etat d'Israël, à la
Trentième Assemblée mondiale de la Santé, mai 1977

INTRODUCTION GENERALE

On a assisté pendant la période 1967-1976 à un développement cumulatif de l'infrastructure sanitaire dans les régions de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï. Pendant cette même période, le niveau social et économique s'est considérablement élevé, grâce au pleinemploi, contrastant ainsi avec la situation de chômage et de sous-emploi qui existait auparavant. Il en est résulté une augmentation rapide du revenu en valeur effective par habitant, du pouvoir d'achat, du niveau de l'instruction ainsi que de la qualité de la nutrition, du logement et des services. Parallèlement se sont développés des services communautaires tels que réseaux d'approvisionnement en eau et d'évacuation des eaux usées. Tous ces facteurs ont contribué à améliorer l'état de santé des populations et leur bien-être physique, mental et social dans les régions de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï au cours de la période comprise entre 1967 et 1976 et cela malgré les incertitudes permanentes de la situation politique.

De 1967 à 1976, le développement des services de santé dans la région de Judée-Samarie a porté essentiellement sur l'extension et le renforcement des services spécialisés et hospitaliers, ainsi que sur l'amélioration des services de santé de base. La gamme actuelle des services de réadaptation, de soins, de diagnostic et de prévention devra être encore perfectionnée et développée de façon coordonnée et il faudra mener une action énergique dans le domaine de l'éducation sanitaire.

Avant 1967, les services de santé de base dans la région de Gaza-Sinaï étaient beaucoup moins satisfaisants que dans la région de Judée-Samarie. Dans l'intervalle, on s'est donc attaché à renforcer les services de prévention et de soins primaires, en améliorant progressivement les services spécialisés et hospitaliers. Des progrès considérables ont été accomplis en santé maternelle et infantile grâce à l'implantation d'un vaste réseau de dispensaires qui ont été récemment (1975-1976) convertis en centres de santé maternelle et infantile assurant des soins préventifs et curatifs complets. En outre, les services de soins primaires ont été largement développés. Le nombre des accouchements dans les maternités a considérablement augmenté ces dernières années, passant de 10 % en 1967 à 43 % environ en 1976. La baisse de la mortalité infantile (plus de 160/1000 naissances vivantes avant 1967, contre environ 50/1000 naissances vivantes pendant le premier trimestre de 1977) confirme les progrès accomplis dans ce domaine.

Il en est de même pour le développement des personnels dans les régions de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï. La formation du personnel infirmier (qu'il s'agisse d'infirmières diplômées ou d'aides-soignantes) a été notablement renforcée, tant avant qu'après l'obtention du diplôme. Au cours de cette période, les effectifs de personnel hospitalier et d'agents des services communautaires se sont considérablement accrus. La préparation de moyens de formation plus poussée, postuniversitaire et en cours d'emploi, se poursuit dans les régions d'Israël comme à l'extérieur; ces dispositions comportent notamment neuf bourses de l'OMS destinées à des médecins, infirmières et autres catégories de personnel pour des études de trois à six mois en Grande-Bretagne.

Des progrès sont également accomplis dans l'intégration des services préventifs et curatifs, avec une participation toujours plus active des collectivités à l'organisation et à la gestion des services de santé.

On commence à observer une évolution des tableaux de la morbidité et de la mortalité, et également de celui des soins, tant dans la région de Judée-Samarie que dans celle de Gaza-Sinaï. Les maladies transmissibles posent encore un problème de santé publique, bien que des maladies contagieuses telles que la tuberculose, le trachome, le paludisme et les maladies parasitaires aient considérablement reculé quand elles n'ont pas été totalement éliminées. Certaines maladies infectieuses sont encore importées par des visiteurs et des résidents revenant de pays voisins.

Le Ministère de la Santé d'Israël continue d'aider l'administration des régions de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï à développer les services de santé. Des efforts considérables sont déployés et d'importants moyens financiers sont mis à la disposition de ces régions pour les aider à faire face à leurs besoins; l'état de santé s'est ainsi amélioré par rapport à la situation précaire qui existait avant 1967, pour atteindre aujourd'hui un niveau à peu près comparable à celui de pays parvenus à un stade intermédiaire de développement sanitaire.

JUDEE - SAMARIE

INTRODUCTION

A partir de 1967, la population de la Rive occidentale a bénéficié d'une élévation importante du revenu réel par habitant et du pouvoir d'achat, et aussi d'une amélioration des conditions de vie et de logement, ainsi que de l'infrastructure et des services sociaux tels que l'approvisionnement en eau et l'évacuation des eaux usées.

Les services et installations hospitaliers sur la Rive occidentale se sont améliorés grâce à la création de services spécialisés, depuis 1967. On a pu noter en même temps un renforcement des services de soins primaires et préventifs, ainsi que des progrès considérables dans la mise en place de programmes de formation des personnels.

Les services sanitaires de la Rive occidentale sont parvenus à un stade de leur développement qui autorise le renforcement commun des services préventifs et curatifs, préférable à une progression séparée (et inégale). En même temps, des mesures sont prises en vue de développer les responsabilités locales en matière de soins et de normes sanitaires.

INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

La population de la région de Judée-Samarie n'a cessé de croître au cours des dix dernières années, à raison de 2,2 % par an en moyenne. Cette croissance est la résultante, d'une part, de taux bruts extrêmement élevés de natalité (plus de 45 pour mille habitants) et de taux de fécondité supérieurs à 200 pour mille femmes âgées de 15 à 49 ans, d'autre part, d'un taux brut de mortalité assez faible (inférieur à 6 pour mille habitants).

TABLEAU I
FACTEURS D'ACCROISSEMENT DEMOGRAPHIQUE, JUDEE-SAMARIE
1968-1976.

	<u>1968</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>	<u>1976</u>
Population (en milliers)	584,1	599,7	610,3	625,6	639,3	657,4	674,5	681,4	697,1
Accroissement (en pourcentage)	-	2,7	1,8	2,5	2,2	2,8	2,6	1,0	2,3
Taux brut de natalité	43,9	NC*	43,3	45,1	45,1	44,5	44,2	46,8	NC*
Taux de fécondité	NC*	NC*	NC*	210,9	216,1	NC*	206,4	216,1	NC*
Taux brut de mortalité	NC*	NC*	5,6	5,0	5,8	5,8	5,2	5,8	4,9

* NC = non connu.

Près de la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans, ce qui a conduit les autorités à accorder une place de plus en plus grande aux services préventifs; d'autre part, la proportion relativement faible de la population âgée de plus de 65 ans (moins de 5 %) fait que les besoins en hôpitaux et en installations de soins hospitaliers sont moins importants qu'ailleurs.

TABLEAU II
POPULATION, DISTRIBUTION PAR AGE ET PAR SEXE, JUDEE-SAMARIE
1975 (en milliers)

<u>GROUPE D'AGE</u>	<u>SEXE FEMININ</u>	<u>SEXE MASCULIN</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
0-4	60,1	65,9	126,0	18,5
5-14	95,8	108,0	203,8	29,9
15-19	39,2	43,8	83,0	12,2
20-29	45,6	44,3	89,9	13,2
30-44	49,4	34,7	84,1	12,3
45-64	35,4	31,3	66,7	9,8
65	13,2	14,7	27,9	4,1
TOTAL	338,7	342,7	681,4	100 %

Le niveau de vie n'a cessé de s'élever en Judée-Samarie depuis 1967; le plein emploi est virtuellement garanti, près du tiers de la population active travaillant en Israël. Le produit national brut par habitant a plus que doublé en valeur réelle et la consommation des particuliers s'est accrue de plus de 75 % (voir tableau III).

TABLEAU III
PRODUIT NATIONAL BRUT ET CONSOMMATION PERSONNELLE PAR HABITANT
JUDEE-SAMARIE, 1968-1975
(Base : livre israélienne 1968)

	<u>1968</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>
Produit national brut par habitant	594	781	947	1 148	1 060	1 304	1 211
Consommation personnelle par habitant	611	778	836	976	979	1 031	1 066

L'accroissement démographique dans les régions considérées s'est accompagné d'une augmentation de la proportion de la population active de plus de 14 ans (de 30 % en 1968 à 36,5 % en 1975), ainsi que d'une augmentation toujours plus grande des travailleurs titulaires d'un emploi (89,2 % en 1968 et 98,8 % en 1975); les effectifs totaux des travailleurs sont passés de 114,5 milliers en 1970 à 132,3 milliers en 1975.

La situation de l'emploi en Israël (de 14,7 milliers en 1970 à 40,4 milliers en 1975) a permis d'absorber la plus grande partie de ces nouveaux effectifs de main-d'oeuvre (tableau V). Le nombre de personnes employées dans les territoires reste généralement stable, bien que la productivité ait augmenté sensiblement. La libre mobilité de la main-d'oeuvre a été un facteur essentiel de l'augmentation des revenus par habitant et du développement économique général de la Judée-Samarie, en créant une situation voisine du plein emploi.

TABLEAU IV
INDICATEURS DE L'EMPLOI ET DES SALAIRES
JUDEE-SAMARIE
1966-1975

	<u>1968</u>	<u>1970</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>
Pourcentage de travailleurs parmi la population âgée de plus de 14 ans	30,1	36,7	37,6	37,4	39,1	36,5
Pourcentage de travailleurs ayant un emploi	89,2	96,7	98,9	99,0	98,9	98,8
Salaire quotidien moyen par emploi	NC*	7,9	13,7	17,9	25,3	39,6

* NC = non connu.

TABLEAU V
 MOBILITE DE LA MAIN-D'OEUVRE ET LIEU D'EMPLOI
 JUDEE-SAMARIE
 (en milliers)
 1970-1975.

	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>
Personnes travaillant dans les Territoires	99,8	91,2	90,3	87,8	95,0	91,9
Personnes travaillant en Israël	14,7	25,6	34,9	38,6	42,4	40,4
TOTAL	<u>114,5</u>	<u>116,8</u>	<u>125,2</u>	<u>126,4</u>	<u>137,4</u>	<u>132,3</u>

La construction de bâtiments civils, en Judée-Samarie, qui peut servir d'indicateur d'activité économique a augmenté de plus de 400 % entre 1970 et 1975 et le mouvement s'est poursuivi à la même cadence en 1976 et en 1977, malgré la récession économique en Israël et un fléchissement dans la construction.

TABLEAU VI
 CONSTRUCTION DE BATIMENTS CIVILS, SECTEURS PRIVE ET PUBLIC
 JUDEE-SAMARIE
 (Superficie en milliers de mètres carrés)
 1970 - 1975

	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>	<u>1970-75</u> <u>Accroissement</u> <u>annuel moyen</u>
Bâtiments résidentiels terminés	76	134	160	225	321	389	82,4 %
Nombre total de bâtiments terminés	109	166	199	280	283	462	64,8 %
Bâtiments résidentiels commencés	101	185	260	289	452	493	77,6 %
Nombre total de bâtiments commencés	140	224	326	365	558	583	663,3 %

(Tiré des Relevés statistiques d'Israël, 1973 et 1976,
 Bureau central de Statistiques, Jérusalem, Israël)

La productivité agricole dans la région de Judée-Samarie a accusé une progression comprise entre 50 et plus de 150 % depuis 1967, quantitativement, et beaucoup plus forte encore si l'on prend en considération la valeur réelle des ventes (voir TABLEAU VII).

TABLEAU VII
INDICATEURS DE L'ACTIVITE AGRICOLE
PRODUCTION
(milliers de tonnes)
1967 - 1976

	<u>1967/68</u>	<u>1974/75</u>	<u>1967/75</u> Augmentation en %
Céréales	23,5	38,3	63 %
Légumes et pommes de terre	60,0	139,9	133 %
Agrumes et autres fruits	30,0	63,8	113 %
Viande	47,9	78,1	63 %
Lait	10,3	20,3	91 %
Oeufs (millions)	30,3	46,0	52 %
VALEUR TOTALE (millions de livres israéliennes)	25,0	38,0	51 %
	135,0	899,6	566 %

Cet accroissement considérable de la production agricole de la Rive occidentale s'est accompagné d'une hausse du pouvoir d'achat qui a entraîné une amélioration sensible de la nutrition des familles, y compris l'apport calorique moyen, et de la consommation de protéines de première qualité.

Le niveau des services domestiques s'est aussi considérablement élevé depuis 1967 et la proportion des foyers dotés d'électricité, de réfrigérateurs, de radios, de télévisions, et de bains, douches et WC individuels a largement augmenté (voir le TABLEAU VI). L'électrification accrue des logements et l'amélioration des services de base (c'est ainsi que la densité des bains/douches est passée de 19,5 % à 40,9 % par rapport à la population totale) sont autant de facteurs importants de la santé de base qui entraînent une amélioration de la qualité de la vie.

TABLEAU VIII
SERVICES ET APPAREILS DOMESTIQUES
JUDEE-SAMARIE
(Pourcentage de logements dotés des services)
1967 - 1975

	<u>1967</u>	<u>1972</u>	<u>1974/75</u>
Electricité	23,1 %	30,4 %	47,5 %
Réfrigérateurs électriques	4,8	13,8	27,5
Radios	57,9	74,9	79,9
Télévisions	1,8	10,0	20,5
Salles de bains, baignoires ou douches	19,5	28,2	40,9
WC	58,4	73,0	78,9

L'éducation s'est aussi considérablement améliorée depuis 1967 en Judée-Samarie si l'on se réfère au nombre d'établissements pédagogiques et au nombre d'enfants d'âge scolaire qui suivent des programmes d'enseignement. Sur 286 000 enfants et jeunes gens de 5 à 19 ans, plus de 80 % fréquentent des établissements pédagogiques (TABLEAU IX). Les effectifs de l'enseignement secondaire et post-secondaire ont plus que doublé depuis 1967 (TABLEAU X) dans la population de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï. Quant au nombre d'enseignants formés, il a octuplé au cours de la décennie (TABLEAU X).

TABLEAU IX
SERVICES D'ENSEIGNEMENT, JUDEE-SAMARIE
ANNEES DE LA PERIODE 1967 - 1976

	<u>1967/68</u>	<u>1969/70</u>	<u>1971/72</u>	<u>1973/74</u>	<u>1975/76</u>
Etablissements					
pédagogiques	821	880	928	970	995
Classes	4402	5231	5962	6543	6921
Elèves (milliers)	142,2	177,5	196,2	207,7	229,1

TABLEAU X
NOMBRE D'ELEVES PAR TYPE D'INSTITUTION
JUDEE-SAMARIE ET GAZA-SINAI
(ANNEES DE LA PERIODE 1967-1976)
(Milliers)

	<u>1967/68</u>	<u>1969/70</u>	<u>1971/72</u>	<u>1973/74</u>	<u>1975/76</u>
Jardins d'enfants	3,9	7,6	9,2	10,9	11,6
Ecoles primaires	162,1	191,9	211,3	228,6	243,2
Ecoles préparatoires (5e, 4e, 3e)	40,2	55,5	60,1	58,8	74,0
Ecoles secondaires (2e, 1ère, terminale)	15,9	26,3	30,5	31,1	37,6
Formation des enseignants	0,3	1,9	2,1	1,9	2,6
TOTAL	222,2	283,4	313,2	331,3	369,0

TABLEAU DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE

L'analyse des causes de décès signalées en Judée-Samarie fait apparaître un tableau de la mortalité caractérisé par un nombre de décès relativement stable et un taux brut de mortalité en diminution. Les maladies cardio-vasculaires et cérébrovasculaires sont devenues la principale cause de décès clairement définie tandis que les maladies infectieuses respiratoires et gastro-intestinales occupent les troisième et quatrième places.

TABLEAU XI
CLASSEMENT DES CAUSES DE DECES, JUDEE-SAMARIE
1971 - 1975

	<u>1971</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>
Maladies artérioscléreuses, cardio-vasculaires et cérébrovasculaires	1	1	1
Maladies respiratoires y compris les infections	2	2	2
Maladies gastro-intestinales y compris les infections	3	3	3
Maladies du nourrisson	5	4	4
Suicides/accidents/homicides	4	5	5
Maladies néoplasiques	6	6	6
Maladies infectieuses (paludisme, tuberculose, poliomyélite, rougeole, etc.)	7	7	7

Note : Ces données sont basées sur les certificats de décès établis par les médecins locaux travaillant dans la zone. Quoique en voie d'amélioration, l'exactitude, la spécificité et la complétude des rapports laissent encore beaucoup à désirer.

La morbidité déterminée sur la base des consultations des services ambulatoires fait apparaître un maintien de la prédominance des maladies infectieuses dans la population relativement jeune de la Judée-Samarie. Les données relatives aux hospitalisations montrent que les troubles cardio-vasculaires, chirurgicaux et néoplasiques constituent les principales causes d'admission. On a de plus en plus tendance à transférer les malades dans des hôpitaux universitaires d'Israël pour le traitement des maladies cardio-vasculaires et des cancers ainsi que pour les opérations chirurgicales et autres soins délicats. Des services spécialisés ayant été mis en place dans les hôpitaux de la rive occidentale, on assure actuellement sur place une gamme plus étendue d'opérations chirurgicales, orthopédiques et autres, y compris les dialyses rénales.

La surveillance épidémiologique de la Judée-Samarie basée sur les comptes rendus de maladies transmissibles, les certificats de décès et les diagnostics des services ambulatoires et des hôpitaux fait ressortir une évolution du tableau de la morbidité qui tend à se confondre avec celui des pays dits développés. La poliomyélite, la rougeole, et les troubles infectieux gastro-intestinaux et respiratoires sévissent encore mais constituent des causes de décès et de maladie de moindre importance. Le paludisme, le trachome et les maladies parasitaires ont été largement éliminés en tant que causes de nouvelles infections. Les problèmes de santé majeurs sont dus aux artérioscléroses coronariennes et aux maladies cérébrovasculaires qui constituent les principales causes de décès.

SERVICES ET INSTALLATIONS HOSPITALIERS

Les services hospitaliers de la Judée-Samarie sont basés sur neuf régions hospitalières desservies chacune par un hôpital général doté de quatre départements de base : médecine, chirurgie, obstétrique et gynécologie-pédiatrie. Deux de ces hôpitaux régionaux (Naplouse et Ramallah) assurent respectivement dans les régions sud et nord d'autres services spécialisés. L'hôpital psychiatrique de Bethléem dessert toute la région ainsi que la population de Gaza-Sinaï. Le tableau XII résume l'état de développement des services et installations hospitaliers avant 1967 et l'évolution ultérieure.

A partir de 1967, on s'est attaché à améliorer la gamme et la qualité des services hospitaliers de base en développant les hôpitaux publics et en améliorant les services "hôteliers" de base et les services médicaux d'appui tels que laboratoires et unités radiologiques. L'effectif du personnel médical a augmenté dans tous les hôpitaux publics parallèlement à la demande accrue de services spécialisés. La qualité d'ensemble du personnel médical s'est aussi considérablement améliorée à la suite du retour dans leurs foyers de spécialistes qualifiés qui avaient quitté le pays ou qui s'étaient rendus à l'étranger pour y recevoir une formation spécialisée.

TABLEAU XII
INSTALLATIONS HOSPITALIÈRES PUBLIQUES, JUDEE-SAMARIE
1976

<u>Hôpitaux</u>	<u>Nbre de lits</u>	<u>Services avant 1967</u>	<u>Services introduits depuis 1967</u>	<u>Observations</u>
Hôpital de Ramallah	123	Médecine Chirurgie	Pédiatrie-1970 OB-GYN-1970 Dialyse rénale-1973 Chirurgie vasculaire-1975 Gastroentérologie-1976 Unité pour le traitement des affections coronariennes-1976	Hôpital général pour la région sud et hôpital spécialisé pour divers services. Personnel médical passé de 5 à 14 personnes.
Hôpitaux de Naplouse et de Réfidia	179	Chirurgie OB-GYN ORL.	Pédiatrie-1973 Dialyse rénale-1976 Orthopédie-1976 OB-GYN-1976 Chirurgie-1976	Le nouvel hôpital de Réfidia a ouvert en 1976 avec des services de base très améliorés. Intégration en cours des soins hospitaliers avec les soins sanitaires et ambulatoires. Personnel médical passé de 7 à 26 personnes.
Hôpital de Jénin	70	Chirurgie	OB-GYN-1971 Pédiatrie-1972 Médecine-1972	Personnel médical passé de 4 à 7 personnes. Elargissement des services et amélioration du matériel et des installations. Amélioration de la fonction d'hôpital de district.
Hôpital de Tulkarm	70	Chirurgie Médecine	OB-GYN-1972 Médecine-1975	Personnel médical passé de 2 à 6 personnes.
Hôpital de Bayt Jala	64	Chirurgie	Médecine-1973 Gastroentérologie-1975 Orthopédie-1976	Personnel médical passé de 2 à 5 personnes.
Hôpital d'Hébron	100	Chirurgie Médecine	OB-GYN-1970 Pédiatrie-1973	Personnel médical passé de 3 à 9 personnes.
Hôpital de Jéricho	50		Orthopédie-1972 Médecine-1974 Obstétrique	Personnel médical passé de 2 à 6 personnes.
Hôpital psychiatrique de Bethléem	320	Psychiatrie		Nombre des dispensaires pour soins ambulatoires accru de 1 à 3 en 1975.

DEVELOPPEMENT ET FORMATION DU PERSONNEL

Jusqu'en 1967, l'importance et la couverture des services hospitaliers locaux étaient limitées de sorte que l'augmentation du nombre et de la gamme des services hospitaliers réalisée depuis cette date sur la rive occidentale, jointe à l'accroissement des services de santé publique et des soins de santé primaires ont fait peser une lourde charge sur les ressources en personnel.

A partir de 1967, le développement du programme de formation du personnel occupe un rang de priorité élevé et l'on a créé un certain nombre de cours nouveaux (voir le tableau XIII).

TABLEAU XIII
PROGRAMMES DE FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE
EN JUDEE-SAMARIE DEPUIS 1967

	<u>Lieu</u>	<u>Date d'ouverture</u>	<u>Durée</u>	<u>Effectif des étudiants</u>	<u>Observations</u>
Cours de sage-femme	Naplouse	1970	2 ans	10 élèves jus- qu'en 1975 et 15 depuis 1976	Niveau fin d'études secondaires. Langue d'enseignement : anglais
Aides-infirmières	Tulkarm	1971	18 mois		Niveau fin d'études secondaires. Langue d'enseignement : arabe
Aides-infirmières	Naplouse	Décembre 1973	18 mois	32 élèves par classe	
Aides-infirmiers	Hébron	Janvier 1974	18 mois	"	Hommes seulement
Infirmières diplômées	Ramallah	Octobre 1971	3 ans		Certificat d'études secondaires requis. Langue : anglais
Techniciens radiologistes		1976	1 an	15 élèves	Mis au point avec l'aide du Département de Radiologie de l'Hôpital de Tel Hashomer
Divers	Hôpitaux universitaires d'Israël				Cours de brève durée pour médecins-spécialistes, infirmières-monitrices, personnel infirmier spé- cialisé, personnel administratif et paramédical, dispensés de façon suivie.

DOTATION EN PERSONNEL

Le personnel des hôpitaux publics de la rive occidentale (ainsi que celui des services ambulatoires et de santé publique) s'est accru globalement, comme l'indique le tableau XIV, d'environ 35 % depuis mai 1967 (c'est-à-dire depuis la période précédant la prise en charge par Israël des services sanitaires de la région).

TABLEAU XIV
PERSONNEL DES SERVICES DE SANTE DE L'ETAT
JUDEE-SAMARIE
1967-1976

	<u>Mai</u> <u>1967</u>	<u>Sept.</u> <u>1967</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>	<u>1976</u>
Médecins	97	55	119	139	150
Infirmières (diplômées et aides-infirmières)	241	317	308	374	554
Personnel technique et paramédical	66	94	147	152	166
Personnel adminis- tratif et personnel des services d'appui	508	312	493	475	388
Total	912	778	1 067	1 140	1 258

L'accroissement des personnels de santé par rapport aux effectifs d'avant 1967 et surtout à ceux de la période qui suit immédiatement la guerre de 1967 est spectaculaire : environ 50 % et près de 200 % respectivement. Des augmentations tout aussi importantes du personnel infirmier et du personnel technique et paramédical ont été enregistrées, au cours de la période 1967-1976, dans le cadre du relèvement du niveau des services dans les hôpitaux de Judée-Samarie.

UTILISATION DES HOPITAUX

L'utilisation des hôpitaux, tant locaux qu'israéliens, par les habitants de la Judée-Samarie a continué de s'accroître quantitativement et qualitativement. Le nombre des hôpitaux est passé de 14 à 16 et celui des lits d'hôpital de 1282 à 1342; dans les hôpitaux, les sorties et les jours de soins ont augmenté à la fois en valeur absolue et en proportion pour 1000 habitants (de 534 à 578 pour 1000 habitants). Les opérations chirurgicales effectuées dans les hôpitaux locaux ont également augmenté en valeur absolue et en proportion pour 10 000 habitants (de 154 pour 10 000 à 182 pour 10 000) (voir le tableau XV).

TABLEAU XV
UTILISATION DES HOPITAUX ET DES SERVICES CHIRURGICAUX
JUDEE-SAMARIE
1972-1976

	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>
Hôpitaux (total)	14	16	16	16
Total des lits d'hôpital	1 282	1 409	1 393	1 342
Nombre de sorties d'hôpital (milliers)	43,0	43,4	46,6	50,1
Jours de soins (milliers)	341,6	359,4	381,8	394,3
Taux d'occupation	72,1	70,8	76,0	80,5
Population (milliers)	639,3	657,4	674,5	681,4
Sorties pour 1000 habitants	67,2	66,0	69,1	73,5
Jours de soins pour 1000 habitants	534,3	540,7	566,1	578,6
Durée moyenne de séjour	7,9	8,2	8,1	7,8
Opérations chirurgicales (milliers)	9,9	9,4	11,0	12,4
Opérations chirurgicales pour 10 000 habitants	154	142	163	182

Le tableau XVI fait quelques comparaisons globales entre 1968 et 1976 et montre l'augmentation du nombre total des lits dans les hôpitaux de la rive occidentale, de l'effectif du personnel professionnel par unité, de l'utilisation des hôpitaux publics et privés et des accouchements à l'hôpital.

TABLEAU XVI
INDICATEURS DE L'UTILISATION DES HOPITAUX, JUDEE-SAMARIE

	<u>1968</u>	<u>1976</u>
Population (milliers)	584 200	690 000
Nombre d'hôpitaux publics	8	9
Nombre de lits	553	656
Hôpitaux privés	8	7
Nombre de lits	328	310
Nombre total de lits d'hôpital général	881	966
Nombre de lits pour 1000 habitants	1,5	1,4
Personnel médical, infirmier et paramédical par lit d'hôpital	0,36	0,62
Personnel administratif et d'appui	0,27	0,34
Taux d'occupation - hôpitaux publics	54,7 %	69 %
Taux d'occupation - hôpitaux privés	49,6 %	67,9 %
Pourcentage de naissances à l'hôpital	12,9 %	33,7 %

Le nombre d'habitants de la rive occidentale soignés dans des hôpitaux universitaires d'Israël est passé de 30 en 1968 à 1012 en 1975. De 1967 à la fin de 1976, 6910 malades de la rive occidentale ont été hospitalisés dans des hôpitaux israéliens aux frais du Gouvernement d'Israël. Les transferts et hospitalisations se sont effectués principalement dans les services de soins cardio-vasculaires, de radiothérapie, de neurochirurgie, de greffes rénales, d'ophtalmologie et de chirurgie ORL.

En résumé, les services hospitaliers offerts aux habitants de la zone Judée-Samarie ont augmenté en quantité et en qualité depuis 1967; se sont notamment accrus la gamme des services de base et spécialisés fournis par le personnel local et le nombre des transferts dans des hôpitaux universitaires d'Israël.

L'organisation future des services hospitaliers de Judée-Samarie sera axée vers l'intégration des services hospitaliers et ambulatoires avec les services de santé publique ainsi que vers une prise en charge croissante des soins de santé par la communauté locale.

SANTE PUBLIQUE

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Depuis 1967, une place importante est faite à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. L'effort s'est poursuivi en 1976 avec la création de trois nouveaux centres de soins maternels et infantiles ambulatoires, ce qui porte à 46 le nombre total de ces centres pour desservir la population de Judée et Samarie. Ces centres assurent gratuitement les soins prénatals et postnatals, ainsi que les vaccinations et autres soins aux enfants bien-portants dans l'ensemble de la zone Judée et Samarie.

Les taux de natalité et de fécondité ont continué à augmenter de sorte qu'ils sont parmi les plus élevés du monde. La proportion des naissances à l'hôpital a augmenté, mais dans une moindre mesure que dans la zone de Gaza et du Sinaï.

L'amélioration du taux de déclaration des naissances et des décès se poursuit à la suite d'une prise de conscience accrue dans le personnel de santé local et la collectivité en général.

On a obtenu en 1976 une augmentation de l'effectif de sages-femmes qualifiées grâce à un accroissement du nombre d'inscriptions au cours d'obstétrique de l'hôpital de Naplouse, qui est passé de 9 en 1975 à 15 en 1976.

La proportion des accouchements qui se font en milieu hospitalier est en augmentation (elle est passée de 13,5 % en 1968 à 30,1 % en 1976). Les taux de mortalité infantile sont plus exacts que les années précédentes en raison de l'amélioration des habitudes de déclaration. La régression observée pour la mortalité infantile concerne dans une très large mesure la période postnéonatale.

TABLEAU XVII
STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES
SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE
JUDEE ET SAMARIE
1968-1976

	<u>1968</u>	<u>1970</u>	<u>1972</u>	<u>1974</u>	<u>1976</u>
Naissances (pour mille habitants)	25,6	26,5	28,7	30,1	31,1
Population	584,1	610,3	625,6	671,7	697,1
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	43,9	43,3	45,1	44,2	44,4
% de naissances en hôpital	13,5	20,7	26,5	29,0	30,1
Décès néonataux	197	173	245	236	257
Décès postnéonataux	663	573	817	707	618
Mortalité infantile globale	860	746	1062	943	875
Taux de mortalité néonatale	7,7	6,5	8,5	7,8	8,2
Taux de mortalité postnéonatale	26,0	21,6	28,4	23,0	19,8
Taux de mortalité infantile	33,6	28,1	37,0	30,7	28,1

Les maladies infectieuses continuent à poser des problèmes importants pour la petite enfance en Judée et Samarie. Les ravages des vastes épidémies de poliomyélite, rougeole, paludisme, diarrhées infantiles ont été fortement réduits grâce à des mesures systématiques de lutte contre les maladies transmissibles : vaccinations de masse, lutte antipaludique et amélioration de l'approvisionnement en eau.

La santé maternelle et infantile donne l'image d'une situation considérablement améliorée, mais elle reste toutefois un problème important. Les taux de fécondité très élevés dans la population de la rive occidentale du Jourdain sont à la base d'un problème essentiel de santé maternelle et infantile. Pour que l'amélioration de la santé maternelle et infantile se poursuive, il faudra porter plus d'efforts sur la planification familiale, l'éducation sanitaire et l'amélioration des services directs de soins prénatals et infantiles.

SALUBRITÉ DE L'ENVIRONNEMENT ET LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES

Depuis 1967, 43 villages en Judée et Samarie ont été raccordés à des réseaux centraux d'adduction d'eau qui distribuent de l'eau potable et de l'eau saine aux collectivités et aux habitations privées. Les principales agglomérations, notamment Hebron, Bethléem, Beit Jallah, Beit Sackuv, ont bénéficié d'un agrandissement important des systèmes d'approvisionnement en eau saine de sorte que l'approvisionnement total en eau a triplé. Pour Naplouse, Jénin, Tulkarem et Kalkiya, le volume d'eau distribué a doublé.

Les efforts, en matière de lutte contre les maladies transmissibles, ont porté essentiellement, depuis 1967, sur les vaccinations, les mesures de lutte contre le paludisme, la tuberculose, le trachome et les maladies parasitaires ainsi que sur l'éducation sanitaire. De vastes

campagnes de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche et de vaccination antipoliomyélitique ont obtenu une couverture estimée à 80 %, tandis que la vaccination contre la rougeole a atteint environ 60 % de la population exposée. Ces programmes ont contribué à réduire fortement la morbidité et la mortalité dues à ces maladies en Judée et Samarie. Les programmes d'éradication du paludisme ont conduit à déclarer la rive occidentale zone indemne du paludisme en 1973.

RESUME

Comme le constatait en 1975 le rapport du Comité spécial d'experts OMS, il y a eu une amélioration considérable de la prestation des services de santé dans les zones de Judée et de Samarie (comme dans celles de Gaza et de Sinaï).

En 1967, lorsque l'administration des services de santé est passée sous la responsabilité du Gouvernement d'Israël, il se posait une multitude de problèmes sanitaires très fondamentaux, notamment :

- niveau insuffisant de l'éducation sanitaire
- niveau insuffisant de la salubrité de l'environnement
- niveau insuffisant de la qualité et de la distribution des prestations sanitaires
- manque de personnel sanitaire local qualifié
- paludisme endémique, tuberculose, trachome, maladies infectieuses et parasitaires de l'enfance
- taux élevé de mortalité infantile
- taux élevé de la mortalité due aux maladies de l'enfance
- faible niveau de l'instruction générale
- pauvreté généralisée
- faible niveau de vie

Pour les services de santé, la priorité immédiate a été donnée à la mise en place d'une infrastructure essentielle de services préventifs et curatifs, qui s'est révélée une tâche considérable et complexe.

Dans les dix années écoulées depuis 1967, les progrès ont été réels. Pour améliorer encore les services de santé et l'état sanitaire en Judée et en Samarie, il faudra porter de nouveaux efforts sur les réseaux de distribution d'eau et d'évacuation des eaux usées, sur l'éducation sanitaire, sur les enquêtes épidémiologiques spéciales, sur le perfectionnement de services régionaux tels que les services de laboratoire, et sur le développement des services spécialisés à l'intérieur de la région.

GAZA - SINAI

INTRODUCTION

L'amélioration de l'état sanitaire de la population de Gaza et du Sinaï depuis 1967 a été le résultat d'un développement économique et d'un plein emploi continu, de l'augmentation du pouvoir d'achat, de l'effet conjugué de l'amélioration des réseaux d'approvisionnement en eau et d'évacuation des eaux usées, de nouveaux programmes de logement et d'une élévation de la qualité de l'enseignement.

L'infrastructure de services préventifs et de services de soins primaires s'est considérablement développée depuis 1967 dans les zones de Gaza et du Sinaï. Le développement des services hospitaliers depuis 1967 a également été considérable et un nouveau programme de développement sur trois ans a commencé en 1976 avec la création d'un service d'obstétrique et de gynécologie à l'Hôpital Shifa de Gaza.

La proportion des accouchements faits à l'hôpital dans les zones de Gaza et du Sinaï est passée à 40 % en 1976. La mortalité infantile a été de 50 pour 1000 naissances vivantes, la régression intéressant à la fois la période néonatale et la période postnéonatale. Le maintien du taux de fécondité à un niveau très élevé crée un élément important de morbidité et de mortalité pour l'enfance et la petite enfance, d'où la nécessité de services en planification familiale et éducation sanitaire.

CONDITIONS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

La population de Gaza et du Sinaï a rapidement augmenté au cours des dix dernières années (tableau XVIII). Le taux très élevé de natalité (qui est en moyenne de 45 pour 1000 habitants depuis 1967) et le taux de mortalité en régression sont à l'origine de cet accroissement démographique qui est de l'ordre de 95 000 personnes, soit 24 % environ pour les huit années écoulées depuis 1967, ce qui correspond à une moyenne annuelle de 2,8 %.

TABLEAU XVIII
CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE, GAZA ET SINAI
1968-1976
(en milliers)

	<u>1968</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>	<u>1976</u>
Population	357,8	365,5	372,4	381,8	390,7	405,4	418,8	430,8	442,3
Nombre de naissances	15,5	NC*	15,9	17,5	18,3	19,6	21,1	21,6	NC*
Augmentation du pourcentage	-	2,2	1,9	2,5	2,3	3,4	3,3	2,9	2,6
Taux brut de natalité (naissances pour 1000 habitants)	43,3	NC*	42,9	45,8	46,9	48,2	50,4	49,3	NC*
Taux de fécondité (naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)	NC*	NC*	NC*	194,9	205,9	NC*	217,8	220,2	NC*

* NC = non connu.

En raison du taux élevé de fécondité, la population comprenait en 1975 (tableau XIX) 54 % d'enfants de moins de 14 ans, alors que les personnes de 65 ans et au-delà ne représentent que 2,5 %. Comme dans d'autres pays du monde, ce profil démographique est lié à des taux relativement élevés de morbidité et de mortalité, qui sont le résultat de deux facteurs : la multiparité et l'âge des mères.

TABLEAU XIX
REPARTITION DE LA POPULATION* PAR AGE ET PAR SEXE
GAZA ET SINAI, 1975

Groupe d'âge	Sexe féminin	Sexe masculin	Total	%
0- 4	40,9	44,6	85,5	17,99
5-14	60,8	67,2	127,9	36,27
15-19	18,2	26,3	44,5	9,36
20-29	36,5	30,3	66,8	14,05
30-44	35,0	19,8	54,8	11,53
45-64	20,8	18,5	39,3	8,27
65	5,7	6,4	12,0	2,52
TOTAL	217,9	213,1	430,8	100 %

* Estimée d'après le recensement de 1967 et des enquêtes ultérieures

Les conditions socio-économiques ont continué à s'améliorer dans les zones de Gaza et du Sinaï du fait qu'il y a pratiquement plein emploi; le produit national brut (PNB) par habitant et la consommation privée par habitant ont augmenté de 90 %. L'amélioration du pouvoir d'achat s'est manifestée par un plus grand nombre d'appareils domestiques dans les ménages et par un essor de la construction de logements qui se poursuit dans les zones de Gaza et du Sinaï. Depuis 1967, l'augmentation annuelle moyenne du PNB par habitant et celle de la consommation privée par habitant (en monnaie constante) ont été de 20,4 % et de 18,3 % respectivement (voir tableau X).

TABLEAU XX
PRODUIT NATIONAL BRUT ET CONSOMMATION PRIVEE PAR HABITANT
GAZA ET SINAI, 1968-1975
(en livres israéliennes de 1968)

	1968	1970	1971	1972	1973	1974	1975	Augmentation annuelle moyenne
PNB par habitant	363 IL*	506	574	666	733	754	748	20,4 %
Consommation privée par habitant	393 IL*	530	553	668	675	710	750	18,3 %

* Livres israéliennes

La croissance économique spectaculaire des zones de Gaza et du Sinaï depuis 1967 est due dans une large mesure à l'augmentation de la productivité agricole, à des programmes massifs de construction, aux débuts du développement industriel et à l'emploi des résidents de Gaza en Israël. Le résultat net de toute cette activité a été la continuité du plein emploi (plus de 98 % en moyenne depuis 1972) d'une main-d'oeuvre en augmentation (tableau XXI).

La mobilité qui caractérise la main-d'oeuvre de la population de la bande de Gaza a également été un facteur essentiel de la croissance économique de Gaza. L'augmentation de la productivité et l'intensification de la construction à Gaza même ont été obtenues avec un effectif de main-d'oeuvre relativement stable, alors que la main-d'oeuvre travaillant en Israël a considérablement augmenté au cours des années, représentant une forte proportion de l'accroissement de main-d'oeuvre dans la bande de Gaza (voir tableau XXI). Cette mobilité et l'interdépendance économique croissante avec Israël ont été bénéfiques à la fois pour Gaza, où le revenu importé a eu un effet stimulant, et pour Israël, où la pénurie de main-d'oeuvre est chronique.

Il convient de noter que les salaires et les conditions de travail des résidents de ces territoires qui sont employés en Israël sont les mêmes que ceux consentis aux Israéliens. En outre, les salaires et les conditions de travail de la main-d'oeuvre employée dans les territoires eux-mêmes se rapprochent constamment du niveau israélien.

TABLEAU XXI
MOBILITE DE LA MAIN-D'OEUVRE, LIEU DE L'EMPLOI,
POPULATION DE LA BANDE DE GAZA (en milliers), 1970-1975

	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>
Emploi dans les territoires mêmes	52,9	51,5	46,0	45,6	46,7	46,7
Emploi en Israël	5,9	8,2	17,5	22,7	26,3	25,9
TOTAL	55,8	59,7	63,5	68,3	73,0	72,6

Source: Tableau 27/24, 712. Statistical Abstracts of Israel. 1976

TABLEAU XXII
INDICATEURS D'EMPLOIS ET DE SALAIRES
GAZA - NORD DU SINAI
1968-1975

	<u>1968</u>	<u>1970</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>
Main d'oeuvre en % de la population de plus de 14 ans	29,3	31,7	31,5	32,6	33,6	32,3
% d'emplois de la main d'oeuvre	83,1	93,9	98,4	99,4	99,3	99,6
Salaire quotidien moyen par travailleur (livres israéliennes)	NC*	6,5	12,8	19,6	27,2	38,7

* NC = non connu.

La construction civile dans les zones de Gaza et du nord du Sinaï a connu entre 1970 et 1975 des augmentations annuelles moyennes se situant entre 79 % et 149 % et des augmentations globales se situant entre 500 % et 900 %. Cet essor s'est poursuivi en 1977, malgré un ralentissement très considérable de la construction en Israël (tableau XXII).

TABLEAU XXIII
CONSTRUCTION DE BATIMENTS NON MILITAIRES
PUBLICS ET PRIVES
GAZA ET NORD DU SINAI
(en milliers de mètres carrés)
1970-1975

	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>1975</u>	<u>1970-75</u> <u>Accroissement</u> <u>annuel moyen</u>
Constructions à caractère résidentiel achevées	16	32	75	99	114	84	85 %
Total des constructions achevées	20	37	91	111	119	99	79 %
Constructions à caractère résidentiel commencées	19	50	106	130	106	180	169 %
Total des constructions commencées	24	59	124	145	115	203	149 %

A Gaza et dans le nord du Sinaï, la production agricole a elle aussi fortement augmenté entre 1967 et 1976, une plus grande priorité étant donnée à des cultures de rapport plus rentables ainsi qu'à la production de lait et d'oeufs. La valeur de la production agricole a augmenté plus de sept fois, en monnaie constante, pendant cette période de cinq ans.

TABLEAU XXIV
ECONOMIE AGRICOLE, INDICATEURS D'ACTIVITE
GAZA - NORD DU SINAI
1967-1976

PRODUCTION AGRICOLE (en milliers de tonnes)			
	<u>1967/68</u>	<u>1974/75</u>	<u>Accroissement en %</u>
Agrumes	91,0	201,4	121
Autres fruits	19,0	25,2	
Viande	1,7	3,5	105
Lait	2,8	12,8	357
Oeufs (en millions)	10,0	32,8	228
Valeur totale (en millions de LI)	36,3	296,6	711

La situation en ce qui concerne les services et appareils domestiques s'est de même sensiblement améliorée depuis 1967. La proportion de logements dotés d'un certain confort a augmenté comme suit : électricité : de 17,9 à 35,7 %; réfrigérateurs : de 2,5 à 22,5 %; postes de radio : de 47,7 à 90,6 %; postes de télévision : de 3,3 à 28,6 %; salles de bains/douches : de 19,6 en 1972 à 34,4 % en 1974/75 et toilettes : de 70,7 % à 78,6 % (tableau XXV).

Le problème du logement a longtemps été particulièrement aigu dans les régions de Gaza et du nord du Sinaï. Les autorités exécutent depuis 1967 de grands projets de construction pour fournir notamment des logements décentes aux réfugiés qui vivaient depuis des années dans des conditions déplorable. Au cours de la seule année 1976, on a fini de construire 1000 nouvelles unités fournissant un logement décent et privé à quelque 10 000 personnes. Les programmes de construction de logements ont sensiblement contribué à améliorer l'état de santé de la population.

TABLEAU XXV
SERVICES ET APPAREILS DOMESTIQUES A GAZA ET DANS LE SINAI
1967-1975
(Pourcentage de logements équipés)

	<u>1967</u>	<u>1972</u>	<u>1975</u>
Electricité	17,9	22,8	35,7
Réfrigérateurs	2,5	5,7	22,5
Postes de radio	47,7	85,5	90,6
Postes de télévision	3,3	7,5	28,6
Toilettes	70,7	78,1	78,6
Salles de bains ou douches	NC	19,6	34,4
Machines à coudre	NC	18,1	26,9

* NC = non connu.

TABLEAU XXVI
LOGEMENTS ET INFRASTRUCTURE
GAZA ET NORD DU SINAI
1967-1976

Zone	Nouvelles Unités de logement terminées	Unités existantes rénovées/agrandies	Infrastructure et services
Rafiah			
. Sheik Zuareb	500 (1973)		
. Brasilien	450 (1973)		
. Rafiah Tel Sultan			
Khan Yunis			
. Sultan Quartier A	128 (1971)		
. Sultan Quartier B	1 000 (1975)		
Gaza			
. Sheik Radwan	1 000 (1976)	-	
. Camps centraux de réfugiés		1500 pièces nouvelles	2000 toilettes indi- viduelles Adduction d'eau Electricité Eclairage des rues Routes et trottoirs Terrains de jeux
. Dir El Balakh			
. Gaza-Beit-Lahya			

Le niveau d'instruction continue d'augmenter à Gaza et au Sinaï, aussi bien par le nombre des installations et la qualité d'études scolaires plus longues que par l'augmentation des effectifs d'enseignants qualifiés (tableau XXVII).

TABLEAU XXVII
INDICATEURS DU NIVEAU D'INSTRUCTION
GAZA - NORD DU SINAI
ANNEES CHOISIES ENTRE 1968 ET 1976

	1967/68	1969/70	1971/72	1973/74	1975/76
Etablissements scolaires	166	194	235	275	304
Classes	1 746	2 192	2 550	3 043	3 436
Elèves (en milliers)	80,1	104,4	117,1	123,6	139,9

A Gaza et dans le Nord du Sinaï, on comptait en 1975 172 400 jeunes âgés de 5 à 19 ans, dont 139 900 (soit 81 %) étaient inscrits dans des établissements scolaires. Le nombre des classes a augmenté de près de 1700 (soit 96,8 %) depuis 1967 tandis que la qualité des installations s'est améliorée de la même manière que la qualité et le nombre des enseignants locaux affectés aux programmes de formation.

TABLEAU DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE

Avant 1967, alors que les services assurés étaient placés sous la responsabilité du Gouvernement militaire égyptien et de l'UNRWA, le tableau de la morbidité et de la mortalité à Gaza

et dans le Nord du Sinaï était caractérisé par de nombreux cas de malnutrition et de maladies infectieuses et par un taux très élevé de mortalité infantile. A cet égard et à d'autres points de vue, la situation était caractéristique d'une région sous-développée sur les plans sanitaire et socio-économique, aussi bien en ce qui concerne les réfugiés que le reste de la population. L'UNRWA continue à assurer des services de santé dans les camps de réfugiés.

Le transfert de la responsabilité des services de santé aux Autorités israéliennes, en 1967, s'est traduit par le développement des services préventifs de base ainsi que par la mise en place d'une infrastructure de services préventifs et curatifs. Sous l'effet de ces mesures, combinées à une élévation du niveau de vie ainsi qu'à une amélioration des revenus et des conditions de logement, le tableau de la morbidité a commencé à se rapprocher de celui des régions développées, bien que certaines causes de morbidité et de mortalité qui peuvent être prévenues continuent de poser des problèmes.

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

On déploie depuis 1967 des efforts considérables pour améliorer la santé maternelle et infantile dans les régions de Gaza et du Sinaï où le taux de fécondité reste très élevé. Avant 1967, les soins aux mères et aux enfants étaient extrêmement limités et il n'existait pas de centres de protection maternelle et infantile. La mortalité infantile était très élevée, étant estimée à plus de 120 pour mille naissances vivantes.

Depuis 1967, la priorité a été donnée à la création de centres de santé maternelle et infantile pour les soins aux femmes enceintes et aux nourrissons et à l'amélioration des maternités. Au total, 12 centres de santé maternelle et infantile ont été mis sur pied et leur utilisation s'est accrue de façon spectaculaire au cours des années, le nombre des consultations étant passé de 33 000 au début à 265 000 en 1976, soit une moyenne de 10 pour une naissance vivante.

En 1975, les centres de santé maternelle et infantile ont commencé à être convertis en centres de soins complets aux mères et aux enfants, assurant à la fois des services de diagnostic, de traitement et de prévention. Cette évolution a permis à la population de prendre davantage conscience de l'importance de la santé maternelle et infantile. Etant associés à l'Hôpital Nasser pour enfants, ces centres de santé maternelle et infantile peuvent assurer maintenant des services spécialisés de pédiatrie; cette association a également renforcé le contact entre les soins primaires et les soins hospitaliers spécialisés, ce qui s'est traduit par une amélioration des services pédiatriques sur le terrain et en milieu hospitalier.

Tous les hôpitaux généraux qui desservent la région disposent maintenant de services pédiatriques modernes, bien équipés, dotés d'un personnel suffisant; d'autre part, des hôpitaux de jour récemment créés assurent des soins infirmiers et des observations médicales pour les nombreux cas de diarrhée estivale et d'infections respiratoires observées chez les nourrissons et les jeunes enfants. Ces hôpitaux de jour ont amélioré les services de traitement pour ces problèmes à la fois courants et importants.

Le nombre des accouchements dans les hôpitaux a progressivement augmenté depuis 1967 et a marqué un accroissement particulièrement sensible en 1976.

Comme en témoignent les statistiques, on a enregistré des progrès considérables en matière de santé infantile. La mortalité infantile est passée d'environ 120 pour 1000 naissances vivantes en 1967 à 50 pour 1000 naissances vivantes pendant le premier trimestre de 1977, alors même que la notification s'est sensiblement améliorée.

Un taux élevé de fécondité, une parité également élevée et des maternités à un âge trop avancé sont autant de facteurs de risque pour les nourrissons. L'amélioration des conditions d'hygiène, l'élévation du niveau de vie ainsi que les soins prénatals et postnatals ont tous contribué au déclin substantiel du nombre des morts foetales tardives, ainsi que des morts néonatales et postnatales.

La situation d'ensemble est donc caractérisée par des progrès notables, mais de nouvelles améliorations sont prévues. Des mesures sont notamment prises pour développer les soins prénatals, les accouchements en milieu hospitalier et les soins postnatals, améliorer l'assainissement et combattre les maladies infectieuses. Une importance accrue est donnée à l'éducation sanitaire axée sur la protection maternelle et infantile et la planification familiale dans le cadre d'un programme complet de santé maternelle et infantile.

TABLEAU XXVIII
STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES
SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE
ZONE DE GAZA
1969-1977*

	1969/70	1971/72	1973/74	1975/76	1977*
Taux de mortinatalité	11,9	10,2	7,2	3,5	3,9
Taux de mortalité néonatale	25,7	25,9	20,9	17,1	14,8
Taux de mortalité postnatale	60,3	60,0	56,2	48,3	34,7
Taux de mortalité infantile	86,0	85,9	77,1	65,5	49,6

* 1977 : premier trimestre seulement.

LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES

Le programme de lutte contre les maladies infectieuses repose essentiellement sur la vaccination des enfants, complétée par l'amélioration des conditions d'hygiène du milieu et des services de traitement. L'importance prioritaire accordée à la vaccination antipoliomyélitique, DCT, BCG, antirougeoleuse et antivariolique s'est traduite par un taux élevé de couverture estimé à plus de 80 %.

Certaines maladies ont été pratiquement éradiquées, notamment les suivantes :

Paludisme - aucun cas depuis 1972.

Trachome - aucun cas nouveau ces dernières années.

Choléra - certains cas importés ayant provoqué d'autres cas ont été enregistrés jusqu'en 1976, mais la région est maintenant considérée comme exempte de choléra.

Varirole - aucun cas depuis de nombreuses années.

D'autres maladies ont marqué un recul considérable tout en continuant à poser des problèmes. Ce sont notamment les suivantes :

Poliomyélite - environ 100 000 doses de vaccin ont été administrées en 1976.

Rougeole - elle continue à poser un problème malgré un programme actif de vaccination, mais le nombre des cas et des décès a sensiblement baissé. Environ 10 000 vaccinations antirougeoleuses ont été pratiquées en 1976.

Tuberculose - des mesures comprenant notamment des examens de dépistage prescrits par des médecins, des examens radiologiques systématiques et des épreuves tuberculiques chez les écoliers ont permis de détecter des cas nouveaux dans différentes localités où sont appliquées des mesures de surveillance épidémiologique. La lutte antituberculeuse a marqué des progrès considérables mais les efforts entrepris vont être maintenus pour ramener le taux de prévalence à un niveau satisfaisant. Les nouveau-nés et les écoliers chez lesquels la réaction tuberculique est négative sont vaccinés par le BCG. Quelque 20 000 vaccinations par le BCG ont ainsi été effectuées en 1976.

Les programmes de vaccination ont été menés activement par le personnel des services de santé publique et de l'UNRWA et les centres de santé maternelle et infantile. Le taux de couverture de la vaccination DCT est de près de 100 %, de même que celui de la vaccination anti-poliomyélitique par voie buccale administrée en plusieurs doses.

SERVICES HOSPITALIERS

Les services hospitaliers assurés à Gaza et dans le Sinaï pour les deux régions (nord et sud) représentent cinq hôpitaux publics et un hôpital privé.

Depuis 1967, les soins hospitaliers assurés aux habitants de Gaza et du Sinaï ont fait des progrès considérables, aussi bien en quantité qu'en qualité. L'hôpital de Shiffa, qui dessert le nord de la bande de Gaza, s'est adjoint un certain nombre de services spécialisés importants et a accru le nombre des médecins spécialistes de son personnel qui représentent une plus large gamme de disciplines. L'Hôpital Nasser pour enfants, qui a été agrandi en 1975, a beaucoup développé ses services grâce à la participation active de membres de son personnel aux activités des centres de santé maternelle et infantile situés dans toute la bande de Gaza. Les services spécialisés pour prématurés ont été développés et des spécialistes israéliens extérieurs donnent des consultations externes en neurologie, cardiologie, néphrologie et génétique. Un service d'hôpital de jour a été créé à l'intention en particulier des enfants atteints de diarrhée estivale et d'infections respiratoires en hiver, ce qui permet d'assurer des soins hospitaliers tout en évitant les traumatismes et les dépenses qu'entraînent une hospitalisation complète. Enfin, l'hôpital organise depuis quelques temps des conférences cliniques hebdomadaires et des conférences mensuelles de pathologie clinique, renforçant ainsi son influence en matière d'enseignement.

L'hôpital ophtalmologique installé après 1967 dans des locaux modernes et bien équipés a assuré des services importants dans toute la région où sévissent à l'état endémique des ophtalmies chroniques comme le trachome qui provoque des lésions étendues. Le nouveau service de greffe de la cornée créé en 1975 est à même d'assurer la réadaptation de personnes rendues aveugles par des ophtalmies chroniques. En outre, un service d'aiguillage vers le service d'ophtalmologie d'un hôpital israélien (celui d'Ashkelon) a été mis sur pied.

L'hôpital de Khan Yunis a été fermé en 1972; il a été entièrement remis à neuf, rééquipé et doté de lits supplémentaires, passant en 1974 de 100 à 210 lits. Il a été agrandi à nouveau en 1976 et compte maintenant 240 lits.

Les hôpitaux de la région de Gaza et du Sinaï assurent des services d'aiguillage des malades vers des hôpitaux universitaires d'Israël dont les principaux sont :

l'hôpital Tel Hashomer (Tel-Aviv);

l'hôpital Hadassah (Jérusalem);

l'hôpital Barzilai (Ashkelon).

L'infrastructure et le niveau des services hospitaliers à Gaza ont été sensiblement améliorés ces dix dernières années et il est prévu de les améliorer encore et de les moderniser progressivement au cours des années à venir en augmentant le nombre des services spécialisés locaux et en perfectionnant les équipements.

TABLEAU XXIX
SERVICES HOSPITALIERS
GAZA - SINAI
1976

Hôpital	Nombre lits	Services avant 1967	Services créés depuis 1967	Observations
Hôpital de Shiffa (Gaza)	310 lits	Médecine Chirurgie Obst.-Gyn.	. ORL . Dialyse rénale . Gastro-entérologie et gastroscopie . Radiologie . Bibliothèque . Archives médicales . Obst.-Gyn. rénové (1976) . Hôpital de jour . Centres de soins infantiles complets . Consultation de neurologie . Consultation de néphrologie . Consultation de génétique . Consultation de cardiologie	Un nouveau programme de rénovation/expansion devant s'étendre sur 3 ans et coûter 40 millions de livres israéliennes a commencé en 1976 par la rénovation du service Obst.-Gyn. Il est encore prévu d'établir des services d'urologie et d'orthopédie. Depuis 1975, en raison de l'organisation d'un assez grand nombre de services spécialisés, des cycles de conférences et des programmes de formation permanente ont été établis à l'intention du personnel. Depuis 1975, l'hôpital maintient d'étroites relations avec le réseau de centres de soins infantiles complets couvrant la Bande de Gaza à qui il prête du personnel pour assurer des soins spécialisés dans le cadre de services préventifs et de soins primaires facilement accessibles à la population de zone. Des consultations de néphrologie, génétique, neurologie et cardiologie ont été créées en 1975. Des spécialistes attachés à des hôpitaux d'Israël (Tel Hashomer et Hadassah) viennent régulièrement assurer ces consultations.
Hôpital d'ophtalmologie (Gaza)	57 lits	L'hôpital a été ouvert en 1968. Auparavant, des soins ophtalmologiques étaient assurés par un ophtalmologue égyptien	En 1976 a été créé un service de greffe cornéenne. Vingt greffes ont été pratiquées en 1976.	Les services assurés par le personnel local composés de 2 ophtalmologues et de 2 médecins résidents sont complétés par la visite hebdomadaire d'un ophtalmologue israélien. Les cas compliqués sont envoyés à l'Hôpital d'Ashkelon.
Hôpital de Khan Yunis (sud de la Bande de Gaza)	100 lits jusqu'en 1972, puis 200 lits une fois l'hôpital rénové et agrandi; nouvel agrandissement en 1975 : 240 lits	Médecine Chirurgie Pédiatrie Obst.-Gyn.	Tous les services ont été entièrement rénovés et leur équipement renouvelé (1972-1973); Orthopédie (1973) Physiothérapie (1975)	
Hôpital de Bourej pour maladies des voies respiratoires (Gaza)	210 lits	Service anti-tuberculeux Service des maladies broncho-pulmonaires (aiguës et chroniques) Service de contrôle pour malades envoyés de l'extérieur	Programme de vaccination par le BCG des enfants en bas âge Epreuve tuberculique pratiquée chez les écoliers Programmes de dépistage de la tuberculose	

SOINS AMBULATOIRES

Des soins ambulatoires sont assurés par le personnel attaché aux hôpitaux publics dans le cadre des diverses consultations spécialisées des hôpitaux et plus récemment dans le cadre de programmes de santé publique intégrant les services curatifs ou les soins de santé primaires et les services préventifs. L'intégration des soins de santé primaires et des services préventifs a été inaugurée par les centres de santé maternelle et infantile - maintenant transformés en centres de soins maternels et infantiles complets; il existe maintenant 12 centres de ce type dans toute la région de Gaza-nord du Sinaï. En outre, 17 dispensaires (alors qu'il n'en existait que 10 avant 1967) ont ajouté des services préventifs aux prestations de santé primaire qu'ils assuraient normalement. Ces centres disposent des services d'un ou de deux médecins à demeure dont les services sont complétés par ceux de pédiatres de l'extérieur (venant de l'hôpital Nasser pour enfants).

Les efforts d'intégration des soins de santé primaires et des services préventifs avec l'appui de spécialistes de l'extérieur viennent seulement de commencer (1975). Les effets de cette mesure semblent pourtant déjà se faire sentir dans les soins de santé maternelle et infantile grâce au développement des soins préventifs. Les effets à plus long terme, c'est-à-dire la plus grande efficacité de l'éducation par la santé et l'amélioration de l'état de santé, ne pourront être observés qu'après une période prolongée.

PERSONNEL

Divers programmes de formation, nouveaux et élargis, ont été établis dans la zone de Gaza-Sinaï depuis 1967 (voir tableau XXIII). Grâce au développement de la formation des infirmières diplômées et des aides-infirmières et à l'amélioration des établissements d'enseignement locaux, on a pu constater une amélioration tant quantitative que qualitative des effectifs formés et en outre on a pu offrir aux jeunes gens de la région des possibilités de formation professionnelle. Les effectifs de personnel infirmier se sont accrus (tableau XXIX) et le moral et l'efficacité du personnel hospitalier et des centres de santé se sont améliorés.

L'accent est mis sur la santé communautaire dans la nouvelle école d'infirmières diplômées créée à Gaza. Cette école est devenue une source importante de personnel bénéficiant d'une formation axée sur les besoins de santé de la collectivité.

Les moyens de formation postuniversitaire offerts aux médecins et autres travailleurs de santé se sont améliorés depuis 1967, surtout avec le retour de spécialistes que l'on avait envoyés parachever une formation à l'étranger. Des cycles réguliers de réunions du personnel hospitalier et de conférences en anatomopathologie clinique ont été institués avec la participation de consultants israéliens et des archives médicales ont été mises sur pied dans les hôpitaux. Le bulletin médical de Gaza ("Gaza Medical Bulletin") a commencé à paraître en 1974. En outre, un programme de formation mis sur pied à l'intention du personnel médical comprend des conférences données par des spécialistes venus d'Israël et l'organisation de stages de médecins de la zone de Gaza dans des hôpitaux d'Israël.

Le développement des programmes de formation s'est accompagné par une augmentation du personnel employé dans les services de santé de l'Etat, comme le montre le tableau XXXI.

TABLEAU XXX
PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL TRAVAILLANT
DANS LES SERVICES DE SANTE DE L'ETAT
GAZA ET SINAI
1967-1976

	Mai 1967	Septembre 1967	1974	Décembre 1975	Décembre 1976	Augmentation en % Mai 1967 à décembre 1976
Médecins	97	36	119	139	154	58
Infirmières (diplômées et aides-infirmières)	241	217	308	475	498	107
Personnel technique et paramédical	66	49	147	152	162	145
Administration et services	508	548	394	374	517	2
	912	850	1 068	1 140	1 331	

Les plus importantes augmentations d'effectifs ont été observées chez le personnel infirmier (107 %) et le personnel paramédical (145 %) par rapport à la situation avant mai 1967, mais on a également constaté une augmentation substantielle de l'effectif des médecins (58 %). L'accroissement des effectifs est encore plus considérable si l'on compare la situation à ce qu'elle était immédiatement après la guerre de 1967 qui a entraîné le départ de nombreux médecins et autres personnels sanitaires égyptiens. De septembre 1967 à décembre 1976, le nombre des médecins a augmenté de 328 %, celui du personnel infirmier de 129 % et celui du personnel technique et paramédical de 231 %.

Depuis 1967, toute une gamme de programmes de formation postuniversitaire institués dans les hôpitaux israéliens de la rive occidentale à l'intention du personnel médical, infirmier et paramédical-technique de la région de Gaza-Sinaï ont contribué au développement général du personnel dans toute la région.

Les arrangements sont à un stade avancé concernant l'attribution de bourses d'études de l'OMS à des spécialistes des régions de Gaza-Sinaï et Judée-Samarie pour leur permettre d'aller étudier pendant des périodes d'environ trois à six mois en Grande-Bretagne. Ce programme offrira la possibilité d'acquérir une formation postuniversitaire supérieure dans toute une gamme de domaines ressortissant aux soins de santé dans la collectivité, et d'améliorer les soins dispensés dans ces régions.

SANTE MENTALE

Judée-Samarie et Gaza-Sinaï

Il n'existe pas de méthode reconnue pour mesurer l'état de santé mentale d'une population, mais certains indicateurs peuvent aider à s'en faire une idée, par exemple l'hospitalisation de malades pour lesquels des médecins locaux ont posé un diagnostic psychiatrique.

TABLEAU XXXI
PROGRAMMES DE FORMATION PROFESSIONNELLE
GAZA-SINAI
1972-1976

Infirmières diplômées	Ecole infirmière de Gaza Hôpital de Khan Yunis	Ouverte en septembre 1976 dans des locaux agrandis et améliorés	18 étudiants - programme de 3 ans. Les diplômés ont obtenu de très bons résultats aux examens officiels israéliens donnant droit à l'autorisation d'exercer	L'accent est mis sur la santé communautaire. Le personnel enseignant a récemment achevé un stage de 6 mois de formation en cours d'emploi à l'hôpital de Ramallah avec du personnel enseignant de la rive occidentale et d'Israël
Aides-infirmières	Hôpital de Shifa (Gaza)	Ouvert en 1973. Bâtiment rénové et agrandi en 1975	20 étudiants ont obtenu leur diplôme en 1973 et 60 en 1976	Ce groupe a obtenu de très bons résultats aux examens établis d'après les programmes d'études des hôpitaux israéliens
Techniciens de radiologie, de laboratoire et d'anesthésie	Hôpital de Shifa	Les cours ont commencé en 1972-1973	20 techniciens de radiologie et 20 techniciens de laboratoire admis tous les ans pour un cours d'un an	
Physiothérapie	Hôpital baptiste (Gaza)	Cours de physiothérapie pour 4 infirmières diplômées. Durée 18 mois, commencé en 1975	6 infirmières diplômées employées par le Ministère de la Santé ont obtenu leur diplôme en septembre 1976	

L'Hôpital psychiatrique de Bethléem continue à soigner des malades venant des zones de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï. Cet hôpital peut s'occuper d'un plus grand nombre de cas avec un moins grand nombre de lits, en raison de la réduction de la durée de séjour et de la plus grande place faite aux soins ambulatoires.

L'hospitalisation de malades atteints de troubles mentaux graves, y compris les états schizophréniques psychotiques et dépressifs, n'a pas beaucoup augmenté depuis 1968. L'accroissement du nombre des consultations externes de psychiatrie et des services de diagnostic et d'aiguillage a entraîné l'augmentation des admissions de malades atteints de troubles psychonévrotiques pour des séjours de moindre durée. Le personnel de santé mentale a augmenté de 20 % en 1976.

Il n'a pas été observé de changements dans la mortalité par affections liées à des stress, telles que l'hypertension, l'ulcère gastroduodénal, l'asthme et le diabète sucré dans les populations de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï.

TABLEAU XXXII

QUELQUES INDICATEURS RELATIFS AUX SERVICES DE SANTE MENTALE
 ET A L'ETAT DE SANTE MENTALE DE LA POPULATION
 JUDEE-SAMARIE

	1968	1970	1972	1974	1976
Lits psychiatriques	400	400	370	370	320
Admissions	425	351	533	788	796
Taux d'occupation					
Sorties	449	351	532	802	738
Services de consultations externes	1	1	1	1	3
Nombre de consultations	4 778	5 113	4 990	4 962	7 364
Effectif total du personnel infirmier et psychiatrique	107	110	106	107	129

Eu égard au nombre des cas exigeant l'hospitalisation, l'état de santé mentale de la population de la zone de Gaza-Sinaï paraît relativement stable.

SUD DU SINAI

INTRODUCTION

Avant 1967, il n'existait pratiquement pas de services de santé accessibles à la population de cette région, alors sous administration égyptienne. Au cours des huit dernières années, des progrès considérables ont été réalisés pour la santé et les services sanitaires offerts à la population nomade bédouine du sud du Sinaï grâce à l'amélioration des services préventifs et à la création d'un réseau de services de soins de santé primaires.

CONDITIONS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

La population du sud du Sinaï comprend environ 7500 personnes vivant dans des campements bédouins et dans des établissements semi-permanents éparpillés à travers ce vaste territoire désertique.

Traditionnellement, l'économie repose essentiellement sur l'élevage de moutons, de chèvres et de chameaux migrants, ainsi que sur la récolte de dattes. Ces dernières années, la création d'emploi dans des établissements comme Ophira, Dahab et A'Tour, dans la construction et le tourisme, a été un facteur important de croissance économique, permettant d'accroître les revenus locaux et le pouvoir d'achat.

L'enseignement a été très amélioré et élargi, de sorte que maintenant presque tous les enfants fréquentent l'école primaire.

SERVICES DE SANTE PUBLIQUE

Les soins sanitaires préventifs et curatifs intégrés sont gratuits et s'organisent autour de centres de santé et de cliniques rurales, ainsi que de cliniques mobiles fournissant des

services préventifs et assurant des traitements. L'hospitalisation se fait dans les hôpitaux de Gaza et d'Israël et elle est gratuite.

Les efforts ont surtout porté sur la santé maternelle et infantile, sur la lutte contre les maladies infectieuses ainsi que sur l'approvisionnement en eau potable.

Une campagne de vaccination (BCG, diphtérie-tétanos-coqueluche, vaccin buccal contre la poliomyélite et la variole) a été lancée et une grande partie de la population a été immunisée. Des programmes de détection de la tuberculose par examens radiologiques et de lutte contre les maladies parasitaires ont été mis sur pied en 1976.

Soins de santé primaires

Un réseau de services de soins primaires a été créé pour la population du sud du Sinaï et s'appuie sur des centres de santé, des cliniques mobiles et des dispensaires ruraux - dispensant tous à la fois des soins préventifs et curatifs. Les centres de santé se trouvent dans les zones d'établissement permanent et servent de base aux programmes des cliniques mobiles en même temps qu'ils dispensent des soins à la population locale. Les dispensaires locaux, situés dans les zones d'établissement semi-permanent, fournissent toute une gamme de services préventifs et curatifs.

Le tableau XXVIII indique les programmes exécutés et les services offerts par les centres de santé et les dispensaires locaux, qui ont tous été créés depuis 1967.

Le personnel des services sanitaires du sud du Sinaï est essentiellement composé de Bédouins de la région formés dans les hôpitaux d'El-Arish et d'Israël. Les assistants médicaux des dispensaires locaux se sont révélés être un personnel très efficace et compétent s'occupant de diagnostic préventif, y compris des examens cliniques et de laboratoire, et dispensant des services de premiers secours et d'orientation.

TABLEAU XXXIII
SERVICES SANITAIRES LOCAUX
SUD DU SINAI
1976

<u>Centres sanitaires</u>	<u>Population concernée</u>	<u>Services</u>
Santa Catherina	4500	Personnel - un docteur, une infirmière diplômée, une infirmière praticienne, un assistant médical, un chauffeur. Services de consultation - interniste effectuant des visites, services de pédiatrie et de gynécologie. Moyens de diagnostic (petit laboratoire et électrocardiographe). Service d'urgence d'ambulance et d'hélicoptère. Service de soins dentaires (une fois par semaine). Fourniture de services de clinique mobile aux villages et camps desservis par des dispensaires locaux.
Ophira	3500	
<u>Dispensaire local</u>		
Dans chaque établissement		visites médicales (1 à 3 fois par semaine); visites de pédiatres; assistant médical - 24 heures sur 24; évacuation par hélicoptère ou ambulance; premiers secours; service pharmaceutique; clinique d'infirmières de protection maternelle et infantile (toutes les semaines); visites hebdomadaires d'une infirmière de santé publique; programmes de vaccination comprenant les vaccins contre la diphtérie-tétanos-coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et le BCG.

Le nombre de visites médicales dans les centres de santé, les dispensaires locaux et les cliniques mobiles en 1976 a été le suivant :

- Santa Catherina - 3000
- Ophira - 3500

Le nombre de visites dentaires dans les deux centres est d'environ 300 par an dans chacune des zones.

Une campagne de vaccination lancée en 1976 dans la population du Sud Sinaï a permis d'immuniser tous les enfants ayant entre 3 mois et douze ans contre la diphtérie-tétanos-coqueluche, la poliomyélite, la variole et la rougeole. Au cours d'une campagne contre la tuberculose, lancée en 1976, 1500 personnes ont été examinées par une équipe composée d'infirmières médicales et de personnel de laboratoire. Chaque personne a été examinée cliniquement, puis a subi un test de Mantoux et un contrôle radiophotographique. Il a été ainsi possible de découvrir six cas de tuberculose active, 28 cas de "tuberculose probablement active", neuf cas de tuberculose non active, trois cas de malignité pulmonaire, neuf cas de pneumoconiose, deux cas d'inversion des organes et plusieurs cas de maladies pulmonaires chroniques ou de maladies pulmonaires cardio-vasculaires.

HAUTEURS DU GOLAN

INTRODUCTION

La population des hauteurs du Golan comprend des Druses et des Juifs habitant les villages ruraux. La population Druse s'occupe essentiellement d'agriculture et d'artisanat, ces deux activités ayant connu un net essor depuis 1967. Les principales communautés Druses sont Raja, Ein Kinya, Massada et Majdal Shams.

La population juive des hauteurs du Golan comprend des personnes travaillant dans l'agriculture et la petite industrie.

SERVICES DE SANTE

Les centres de santé ruraux, qui ont été créés depuis 1967 pour répondre aux besoins des deux populations, fournissent à la fois des services de soins préventifs et de soins primaires.

Les centres de santé installés à Rajar, Ein Kinya, Massada et Majdal Shams exécutent des programmes actifs de vaccination, dispensent des soins prénatals et postnatals, assurent des consultations pour enfants, établissent des diagnostics de soins primaires et fournissent des services de traitement.

Le personnel des cliniques rurales comprend des assistants médicaux de la région formés dans les hôpitaux israéliens, qui peuvent s'appuyer sur les services médicaux mobiles et peuvent envoyer leurs malades chez des spécialistes ou dans les hôpitaux israéliens.

RESUME ET CONCLUSIONS

L'état de santé de la population de Judée-Samarie et de Gaza-Sinaï continue à progresser à la suite de l'augmentation du niveau de vie ainsi que de l'amélioration des services sanitaires préventifs et curatifs. La quasi-réalisation du plein emploi et la nette amélioration du pouvoir d'achat de la population de ces régions se sont accompagnées d'une amélioration des systèmes principaux d'égoûts, des conditions de logement, de la nutrition et de l'enseignement.

En 1976, le Comité spécial d'experts de l'OMS chargé d'étudier la situation sanitaire des habitants de ces régions a conclu que "des progrès ont été réalisés dans le développement de l'infrastructure pendant la période 1967-1975, un nombre important de centres de santé, dispensaires et postes de santé étant créés dans toutes les régions visitées". Le Comité a formulé plusieurs observations et recommandations qui ont été intégrées dans la planification relative à l'amélioration des services sanitaires et de l'état de santé de la population de ces territoires (document A29/52).

En 1976, les services créés dans les régions de Gaza-Sinaï ont fait porter leurs efforts sur les programmes préventifs dans les secteurs tels que la protection maternelle et infantile et la lutte contre les maladies transmissibles. Des progrès considérables ont été obtenus dans ces régions. Sur la rive occidentale, dans les territoires de Judée et Samarie, l'effort a plutôt porté en 1976 sur l'élévation du niveau des soins hospitaliers grâce à une amélioration des ressources et des normes en matière de spécialité.

Dans ces deux régions, les programmes de formation de personnel ont pris de l'ampleur et accru leur qualité tandis que les services de laboratoire se sont améliorés grâce à une meilleure distribution des ressources.

En matière de soins de santé, on a pu constater dans cette partie du monde, en 1976, que les citoyens des pays voisins d'Israël, en dépit de la persistance des incertitudes politiques au Moyen-Orient, recourent de plus en plus souvent aux services de santé israéliens. Ce phénomène a été marqué non seulement chez les habitants des territoires de Judée, Samarie, Gaza et Sinaï sous administration israélienne, mais aussi chez les citoyens de Jordanie, d'Egypte, de Syrie et surtout du Liban dont le système sanitaire s'est pratiquement effondré sous la charge de la guerre civile. Les autorités sanitaires israéliennes ont nettement développé les services offerts aux citoyens libanais malades et blessés, y compris les soins ambulatoires et hospitaliers (environ 60 000 patients ambulatoires traités dans les cliniques à la "bonne frontière" et 600 malades hospitalisés), le tout à la charge du contribuable israélien.

Israël continue à montrer qu'il est prêt à fournir des soins de santé non seulement aux habitants des territoires sous administration israélienne mais aussi à ceux des pays voisins qui ont besoin de tels soins. L'objectif de ces entreprises est la fourniture de services d'un niveau croissant d'efficacité et de spécialisation.

Depuis 1967, de nombreux progrès ont été réalisés et ces progrès ont continué en 1976 malgré les graves problèmes économiques auxquels Israël est confronté.

* * *