



**Organisation
mondiale de la Santé**

**SOIXANTE-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
Point 14 de l'ordre du jour provisoire**

**A62/INF.DOC./2
14 mai 2009**

Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

A la demande du Directeur de la Santé de l'UNRWA, le Directeur général a l'honneur de porter à l'attention de l'Assemblée mondiale de la Santé le rapport ci-joint.

ANNEXE

RAPPORT DU DIRECTEUR DE LA SANTE DE L'UNRWA POUR L'ANNEE 2008**LES REGUGIES PALESTINIENS DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPE**

1. Sur les 4,7 millions de Palestiniens réfugiés enregistrés auprès de l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), 1 836 123 vivent dans le territoire palestinien occupé, soit environ près de la moitié de la population. Au total, 1 073 303 réfugiés (71,6 %) vivent dans la Bande de Gaza et 762 820 (31,7 %) en Cisjordanie.¹

2. Il y a 27 camps de réfugiés sur le territoire palestinien occupé (19 en Cisjordanie et 8 dans la Bande de Gaza). Près d'un tiers des réfugiés vivent toujours dans des camps de réfugiés (46,9 % dans la Bande de Gaza et 25,4 % en Cisjordanie), et le reste de la population vit dans des villes et villages avec la population hôte.

3. La densité de population est élevée dans tout le territoire palestinien occupé, mais la surpopulation est particulièrement grave dans la Bande de Gaza, l'une des zones les plus densément peuplées au monde. La densité de la population (nombre d'habitants/km²) est passée de 481 en 1997 à 626 en 2007 (416 en Cisjordanie et 3881 dans la Bande de Gaza où 1,4 million d'habitants vivent sur une superficie de 365 km²).²

4. D'un point de vue démographique, il s'agit d'une population jeune. La proportion de personnes de moins de 15 ans est légèrement plus élevée parmi les réfugiés (45,8 %) que chez les non-réfugiés (45,3 %). Des taux de fécondité élevés (3,1 chez les réfugiés de Cisjordanie et 4,6 dans la Bande de Gaza) expliquent cette différence. De même, la proportion de réfugiés âgés est de 2,8 % contre 3,1 % chez les non-réfugiés.³ En 2008, le rapport actifs/inactifs (mesuré en proportion des enfants de moins de 15 ans et des personnes âgées de plus de 65 ans) s'établissait à 87 % dans la Bande de Gaza et 73 % en Cisjordanie.⁴ En conséquence, la charge économique qui pèse sur les ménages est particulièrement forte.

5. Les réfugiés palestiniens représentent une population particulièrement vulnérable. Comme les années précédentes, en 2008, ils ont connu des taux de chômage supérieurs à ceux des non-réfugiés. Pendant les six premiers mois de l'année 2008, le chômage était de 5,5 % plus élevé parmi les réfugiés. D'après une enquête sur la population active menée par le Bureau central palestinien des statistiques, au premier trimestre de l'année 2008 le pourcentage de réfugiés âgés de 15 ans ou plus était de 38,5 % contre 42,2 % au sein de la même population non réfugiée. De même, la participation des femmes réfugiées à la main-d'oeuvre s'établissait à 14,2 % contre 15,1 % chez leurs homologues

¹ Rapport annuel du Département de la Santé de l'UNRWA pour 2008, sous presse.

² Enquête menée en 2006 sur la santé des familles palestiniennes.

³ Bureau central palestinien des statistiques. Communiqué de presse : Les caractéristiques démographiques des réfugiés palestiniens, juin 2008.

⁴ Rapport annuel du Département de la Santé de l'UNRWA pour 2008, Op.cit.

non réfugiés. Les données indiquent aussi des taux de chômage plus importants au sein des camps de réfugiés que parmi les résidents des zones urbaines ou rurales.¹

VUE D'ENSEMBLE DES DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPE

6. Malgré la mise en place de vastes programmes de sécurité sociale bien ciblés au cours des huit dernières années, la pauvreté continue de toucher un grand nombre de personnes vivant sur le territoire palestinien occupé. Au troisième trimestre 2008, 51 % des Palestiniens vivaient en dessous du seuil de pauvreté (48 % en Cisjordanie et 56 % dans la Bande de Gaza) et près de 19 % vivaient dans des conditions de pauvreté extrême et n'étaient, par conséquent, pas en mesure de satisfaire leurs besoins fondamentaux – nourriture, vêtements et logement. Comme en 2007, plus de la moitié des ménages de Gaza vivaient dans la pauvreté (56 %) en 2008. En Cisjordanie, ce taux atteignait 48 %. On a constaté que les personnes résidant dans la partie centrale de la Cisjordanie étaient les moins susceptibles d'être frappées par la pauvreté et que le taux de pauvreté des ménages était estimé à 19 % à Jérusalem-Est. Inversement, ce taux culminait dans les parties septentrionale et méridionale de Cisjordanie (Hébron, Bethléem, Tubas et Jénine).² La pauvreté des ménages au regard de leurs revenus était estimée à 46,3 % en 2007 pour l'ensemble des ménages résidant sur le territoire palestinien occupé (34,1 % en Cisjordanie et 69 % dans la Bande de Gaza).³

7. La crise prolongée que connaît le territoire palestinien occupé a un coût humain et économique très grave sur une population de plus en plus vulnérable, dont la détérioration s'est accentuée en 2008. La poursuite du blocus de la Bande de Gaza, la consolidation du système de fermeture en Cisjordanie, auxquelles s'ajoutent des dissensions permanentes entre les partis politiques palestiniens, aggravent les difficultés socio-économiques et augmentent la dépendance à l'égard de l'aide humanitaire.

8. La construction du mur s'est poursuivie, séparant physiquement les communautés palestiniennes de leur famille et des services essentiels, dont les écoles et les établissements de santé. La fragmentation des terres et des communautés palestiniennes a continué en 2008. Associé à la démolition d'habitations, aux ordonnances d'expulsion et à la limitation des permis, ce processus n'a pas seulement amoindri la productivité économique et les possibilités de reprise et de croissance, mais aussi augmenté le déplacement. Une étude menée conjointement par l'UNRWA et le Bureau de coordination des affaires humanitaires, publiée en novembre 2007, a estimé que près de 1200 familles résidant au nord de la Cisjordanie avaient dû quitter leur communauté suite à la construction du mur. L'année 2008 s'est aussi caractérisée par une augmentation du taux de démolition des maisons. Au cours du premier trimestre 2008, les autorités israéliennes ont procédé à la démolition de 124 structures palestiniennes dans la zone C de Cisjordanie, laissant 435 Palestiniens sans abri. Ces bâtiments ont été détruits car ils avaient été érigés sans permis, lesquels sont souvent refusés aux Palestiniens vivant dans la zone C (plus de 60 % du territoire cisjordanien). Après un arrêt temporaire d'avril à août, les démolitions ont repris dans la zone C et 108 autres structures ont été détruites entre les mois d'août et d'octobre 2008.⁴ Les démolitions se sont poursuivies tout au long de l'année à

¹ Enquête sur la population active réalisée par le Bureau central palestinien des statistiques pour le premier trimestre 2008.

² PNUD : Fast Facts Poverty in focus (www.papp.undp.org).

³ Rapport 2006 sur la pauvreté du Bureau central palestinien des statistiques.

⁴ OCHA Humanitarian Monitor, September 2008 and occupied Palestinian territory CAP 2009.

Jérusalem-Est. D'après le Bureau de coordination des affaires humanitaires, il y aurait des ordonnances de démolition en instance pour plus de 3000 structures palestiniennes en Cisjordanie, soit un risque de déplacement complet pour au moins une dizaine de communautés.¹ Dans la Bande de Gaza, le blocus compromet les services essentiels comme les soins de santé, l'eau courante, l'électricité et l'éducation.

9. Le niveau de violence est élevé. Entre janvier et octobre 2008, 433 Palestiniens, dont 80 enfants, ont été tués au cours d'actes de violence liés au conflit contre 304 pour la même période en 2007.² Deux mille neuf autres personnes ont été blessées, dont 478 enfants – soit un accroissement de 27 % par rapport à la même période en 2007. Le nombre de victimes enfantines a été plus important en termes absolus et proportionnels, puisque le nombre d'enfants blessés et décédés a presque doublé d'une année sur l'autre. La violence des colons contre les civils palestiniens de Cisjordanie s'est aussi intensifiée en 2008, puisque la moyenne mensuelle des incidents impliquant des colons a augmenté, passant de 20 en 2006 et 24 en 2007 à 38 en 2008.³ Fin octobre 2008, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires avait enregistré plus de cas de violence et de harcèlement de la part des colons qu'au cours de toute la période postérieure à 2001, la moitié des incidents survenant à Hébron.⁴

10. En 2008, Israël n'a pas assoupli le régime de bouclage et la première moitié de l'année a vu s'intensifier les opérations militaires israéliennes, y compris les raids aériens et les incursions. La reprise des hostilités en novembre et décembre s'est conclue par une grande offensive menée le 27 décembre. L'aviation israélienne a bombardé plus de 300 cibles pendant les trois premiers jours de l'opération. Au 31 décembre, près de 350 Gazans dont au moins 38 enfants avaient été tués.

11. Au cours de l'opération « Plomb durci », lancée par les forces de défense israéliennes entre le 27 décembre 2008 et le 18 janvier 2009 en réponse aux tirs de roquettes en provenance de la Bande de Gaza, près de 1400 personnes ont trouvé la mort, dont 431 enfants et 112 femmes. On a dénombré 5380 blessés, dont 1872 enfants et 800 femmes. Il s'agissait souvent de traumatismes multiples avec des blessures à la tête, au thorax et à l'abdomen. Les services de santé essentiels n'ont jamais cessé de fonctionner et, le 20 janvier, tous les centres sanitaires de l'UNRWA implantés dans la Bande de Gaza avaient repris leurs opérations. La réactivation du traitement des maladies chroniques, moyennant aussi des campagnes de dépistage actif et de vaccination de rattrapage, a été organisée au lendemain des hostilités. L'atténuation des effets du conflit devrait nécessiter des années de rééducation et de réinsertion. Les états de stress post-traumatique et autres troubles psychologiques et comportementaux provoqués par l'exposition à des événements traumatisants devraient augmenter, comme le nombre de réfugiés à rééduquer. Suite à la déclaration unilatérale de cessez-le-feu faite par Israël le 18 janvier 2009, l'UNRWA a élargi ses opérations de secours afin de faire face à d'autres besoins humanitaires découlant de la crise et de soutenir le redressement à long terme.

12. Au cours de l'année 2008, l'économie palestinienne a stagné, sa capacité de production a faibli, et elle n'a pas été en mesure de générer suffisamment d'emplois pour absorber une population jeune et en expansion ou remplacer les pertes d'emploi. Les taux de chômage enregistrés dans la Bande de

¹ OCHA Special Focus: « Lack of Permit » Demolitions and Resultant Displacement in Area C.

² OCHA Protection of Civilians Database, see www.ochaopt.org.

³ OCHA Humanitarian Monitor reporting.

⁴ OCHA Protection of Civilians database.

Gaza et en Cisjordanie ont été plus élevés qu'en 2007 à la même période.¹ 32,7 % de toute la main-d'oeuvre du territoire palestinien occupé est restée sans travail au cours du premier trimestre 2008 contre 10 % en 2000. Dans la Bande de Gaza, la situation était plus grave (46,1 % contre 15,5 % en 2000) qu'en Cisjordanie (24,6 % contre 7,5 % en 2000). En 2007, le produit intérieur brut palestinien en volume (PIB) était inférieur de 8 % à son niveau de l'année 1999, malgré une croissance démographique d'environ 25 %. Le PIB par habitant était amputé d'un tiers environ par rapport à celui de 1999,² et les données préliminaires laissent entrevoir un repli économique additionnel au cours du premier semestre 2008, associé à des taux d'inflation croissants.³

13. Dans tout le territoire palestinien occupé, l'insécurité alimentaire s'est accrue. Une enquête menée conjointement par la FAO, l'UNRWA et le PAM a établi qu'en 2008 1,4 million de Palestiniens souffraient d'insécurité alimentaire (38 % contre 34 % en 2006) et que 500 000 autres risquaient de suivre le même chemin. Ce phénomène est plus répandu dans la Bande de Gaza (56 %) qu'en Cisjordanie (25 %). Les Palestiniens mangeaient moins, bon nombre de parents réduisaient leur ration au profit de leurs enfants. Depuis janvier 2008, la moitié de la population interrogée avait diminué ses dépenses d'ordre alimentaire, 89 % avaient restreint la qualité des produits achetés, tandis que 75 % avaient minoré la quantité de denrées alimentaires. Presque tous les Palestiniens avaient réduit leur consommation de fruits et légumes frais et de protéines animales pour faire des économies. Ces comportements risquaient d'avoir des conséquences sanitaires graves, vu la prévalence déjà élevée de l'anémie et autres carences en micronutriments sur le territoire palestinien occupé.⁴

14. Les réfugiés palestiniens restent plus sensibles à la pauvreté que les non-réfugiés.⁵ Les conditions prévalant dans les camps de réfugiés ont continué de se détériorer plus vite que dans les zones urbaines et rurales où vivent les non-réfugiés. 38,6 % des ménages installés dans les camps de réfugiés connaissaient la pauvreté contre 29,5 % et 29,3 % des ménages ruraux et urbains non réfugiés, respectivement ; de plus, une forte augmentation du taux de pauvreté a été enregistrée parmi les réfugiés en 2007.⁶

15. Contrairement aux tendances de la pauvreté et du chômage, le taux d'analphabétisme des réfugiés palestiniens était inférieur à celui des non-réfugiés. En 2007, il s'établissait à 5,7 % chez les réfugiés de plus de 15 ans contre 6,5 % chez les non-réfugiés. En outre, la proportion de réfugiés de plus de 15 ans titulaires d'un premier diplôme universitaire au moins était de 9,2 % contre 8,4 % au sein de la même population non réfugiée.⁷

¹ Enquête sur la population active du Bureau central palestinien des statistiques et données fournies à l'UNRWA sur demande spéciale.

² Evolution et perspectives économiques pour 2007, Banque mondiale, Moyen-Orient et Afrique du Nord.

³ Estimations préliminaires de la comptabilité nationale trimestrielle, premier et deuxième trimestres 2008, Bureau central palestinien des statistiques.

⁴ PAM, Food Security and Market Monitoring Report numéro 19, juillet 2008.

⁵ PNUD Fast Facts Poverty in focus, Op.cit.

⁶ Enquête sur la santé des familles palestiniennes, 2007.

⁷ Enquête sur la santé des familles palestiniennes, 2006.

SITUATION SANITAIRE DES REFUGIES DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPE : L'ECART EPIDEMIOLOGIQUE SE CREUSE

16. Il y a une différence notable d'indicateurs – OMD et autres indicateurs sanitaires – entre la Cisjordanie et la Bande de Gaza. Dans l'ensemble, la Bande de Gaza est plus mal lotie, bien que les deux populations soient comparables et que les dispensateurs de soins de santé soient les mêmes. Cela vaut aussi bien pour les réfugiés que les non-réfugiés (l'Autorité palestinienne et l'OMS surveillent toute la population ; L'UNRWA surveille plus particulièrement la population réfugiée).¹ La Bande de Gaza se caractérise par un taux de mortalité infantile invariablement plus élevé (données de l'UNRWA : Cisjordanie 15,3 pour 1000 naissances vivantes, Bande de Gaza 25,2 pour 1000 naissances vivantes ; données de l'OMS : Cisjordanie 23,2 pour 1000, Bande de Gaza 29 pour 1000) et un taux de mortalité maternelle à l'avenant (données de l'UNRWA :² Cisjordanie 8,2 pour 1000 naissances vivantes, Bande de Gaza 37,5 pour 1000 ; données de l'OMS : Cisjordanie 6,7 pour 1000 contre 21,3 pour 1000 dans la Bande de Gaza), une espérance de vie moindre³ (Cisjordanie : 74,3 ans, Bande de Gaza : 73,2 ans) et des niveaux plus élevés de dénutrition et de carence en micronutriments.

17. Les facteurs contribuant aux différences observées entre les réfugiés palestiniens dans la Bande de Gaza et la Cisjordanie sont divers. Les résidents de Cisjordanie ont un certain niveau d'accès aux services de santé israéliens de qualité supérieure, accès qui est plus difficile pour les Gazans. De plus, la pénurie de fournitures médicales et autres approvisionnements essentiels, comme le carburant et l'électricité, est beaucoup plus fréquente dans la Bande de Gaza et a entraîné des dysfonctionnements dans la prestation de soins de santé.⁴

18. Malgré des services de santé largement disponibles et un taux élevé de couverture vaccinale, les indicateurs de santé n'ont pas connu d'amélioration substantielle. Aucun progrès notable n'a été enregistré pour réduire la mortalité infantile au cours de la période 2000-2006. Or on pouvait s'y attendre puisque l'assistance post-partum et néonatale est essentiellement assurée par les services de santé publics. Par conséquent, les taux de mortalité infantile ne peuvent descendre fortement en dessous du niveau national avant la mise en place de services secondaires et tertiaires, destinés à réduire les causes sous-jacentes de la mortalité infantile, à savoir les naissances prématurées, le faible poids de naissance et les malformations congénitales.

Maladies transmissibles

19. Les maladies évitables par la vaccination sont bien maîtrisées dans la Bande de Gaza et en Cisjordanie, et la couverture antirougeoleuse est en permanence supérieure à 95 % et conforme au taux enregistré au plan national.

20. Les maladies transmissibles comme la tuberculose et le VIH/sida ont une faible incidence (5 cas de tuberculose seulement ont été signalés en 2008 pour la Bande de Gaza et un cas pour la

¹ Sauf indication contraire, les données de l'UNRWA portent sur l'année 2007 et celles de l'OMS sur 2005-2006.

² Les données de l'UNRWA relatives à la mortalité maternelle ne reflètent que les bénéficiaires fréquentant les services de soins prénatals de l'Office.

³ Dossier documentaire de la CIA 2008.

⁴ Rapport du Directeur de la Santé de l'UNRWA présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2008.

Cisjordanie), et les zoonoses endémiques comme la brucellose ont continué d'avoir une faible incidence puisque 3 cas seulement ont été notifiés en Cisjordanie et 2 dans la Bande de Gaza.

21. Les maladies liées à une mauvaise hygiène du milieu constituent toujours une menace de santé publique reflétant une endémicité locale. Les taux de prévalence pour la Bande de Gaza et la Cisjordanie ont montré en 2008 une différence frappante s'agissant des affections véhiculées par l'eau et la nourriture, comme l'hépatite aiguë (81,0 pour 100 000 dans la Bande de Gaza et 23,7 pour 100 000 en Cisjordanie) et la fièvre typhoïde (10,6 pour 100 000 et zéro respectivement). Entre 2003 et 2007, l'incidence de ces deux maladies s'est accrue de 1,5 cas pour 100 000 dans la Bande de Gaza. En Cisjordanie, la prévalence de l'hépatite virale a diminué dans les mêmes proportions et les cas de fièvre typhoïde sont restés au niveau zéro pendant toute la période.

Maladies non transmissibles

22. La population réfugiée est de plus en plus sensibilisée aux maladies non transmissibles et les tendances épidémiologiques actuelles prévoient une augmentation de la charge de morbidité car les conditions socio-économiques sont appelées à se dégrader. L'UNRWA devra faire face aux conséquences socio-économiques d'une prévalence croissante de l'invalidité liée aux maladies non transmissibles et de la charge économique constituée par le nombre grandissant de malades chroniques exigeant des soins médicaux. En 2008, le taux de détection du diabète sucré chez les réfugiés palestiniens de plus de 40 ans était de 11 % en Cisjordanie et de 13 % dans la Bande de Gaza. Le taux d'hypertension détecté dans la même population s'établissait respectivement à 15 % et 19 %.

23. Si la dénutrition sévère notifiée dans les années 1950 et 1960 n'est plus fortement prévalente dans la Bande de Gaza, le retard de croissance constitue toujours un problème chez les enfants de moins de cinq ans. D'après une étude conduite en 2008 par le Bureau central palestinien des statistiques, cette prévalence atteint 12,4 % dans la Bande de Gaza contre 7,9 % en Cisjordanie.¹

24. Les carences en micronutriments, notamment l'anémie due à une carence en fer et l'avitaminose A, demeurent des graves problèmes de santé publique. La dernière enquête de l'UNRWA sur la prévalence de l'anémie a été conduite en 2006 et révélé que chez les enfants âgés de 6 à 36 mois, elle était nettement supérieure dans la Bande de Gaza (57,5 %) comparée à la Cisjordanie (37,1 %), soulignant à nouveau une différence épidémiologique au sein du territoire palestinien occupé. Le même phénomène a été observé chez les femmes enceintes où la prévalence est plus élevée dans la Bande de Gaza (44,9 % contre 31,1 % en Cisjordanie). Dans les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale, l'anémie nutritionnelle est un problème de santé publique modéré (avec une prévalence comprise entre 20,0 % et 39,9 %).² Chez les réfugiés palestiniens de la Bande de Gaza, l'anémie est un grave problème de santé publique et la prévalence est invariablement supérieure de 40 % au sein des groupes vulnérables examinés. Des apports insuffisants dus à la pauvreté ou au manque de disponibilités de certains aliments et/ou à des besoins biologiques accrus ont été recensés comme la cause de la carence en micronutriments dans la Bande de Gaza. Toutefois, les fortes concentrations de méthémoglobine dues aux polluants toxiques présents dans l'environnement, tels

¹ PCBS Health situation in the Palestinian Territory 2008 (www.pcbs.gov.ps).

² McLean E, Egli I, Cogswell M, de Benoist B, Wojdula D. Worldwide prevalence of anemia in pre-school aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age, in: Nutritional Anemia. Basel, Switzerland, Sight and Life Press, 2007.

que les nitrates,¹ et des affections telles que la thalassémie² ont aussi été invoquées comme causes de la prévalence toujours élevée de l'anémie que l'on observe, malgré la mise en oeuvre par l'UNRWA du programme à long terme de supplémentation martiale.

25. Le stress post-traumatique et d'autres troubles psychologiques et comportementaux, conséquences établies de l'exposition à des événements traumatiques, sont une priorité sanitaire émergente. Les conditions de vie toujours difficiles des réfugiés palestiniens, alliées à une instabilité politique chronique, à la violence et à l'incertitude, prélèvent un lourd tribut, en particulier chez les enfants et les adolescents.³ Comme indiqué plus haut, depuis septembre 2000, la population palestinienne a été touchée par la démolition de maisons, de sièges, des bouclages et le couvre-feu qui ont entraîné une pauvreté exponentielle au sein de la population. Le mur de séparation a divisé les familles et limité l'accès aux écoles, aux emplois et aux services de base, contribuant à la dégradation croissante de la santé mentale, notamment chez les jeunes palestiniens.⁴ Des études successives ont souligné les effets négatifs à court et long termes du conflit en cours sur les enfants et les jeunes palestiniens – peur, énurésie, problèmes de concentration, troubles de l'alimentation et du sommeil, irritabilité et augmentation des comportements antisociaux à l'adolescence et des névroses à l'âge adulte. Les étudiants palestiniens ont le plus bas niveau d'autosatisfaction par rapport à 35 autres pays, d'après une étude menée auprès de 3500 étudiants de Ramallah⁵ et, d'après les activités de dépistage conduites par l'UNRWA dans les écoles de la Bande de Gaza, un quart des étudiants palestiniens présenteraient des symptômes de troubles psychologiques liés au stress et aux traumatismes.⁶ Au cours de l'année 2008, les troubles les plus courants traités par le programme de santé mentale de l'UNRWA dans la Bande de Gaza étaient l'agressivité (17 %), les problèmes familiaux (11 %) et le manque de motivation (8 %).

26. Parmi les enfants réfugiés de la Bande de Gaza, la prévalence de l'état de stress post-traumatique consécutif à des expériences fortement traumatisantes est élevée. Après un bombardement du camp de réfugiés El-Bureij (au centre de la Bande de Gaza), effectué en février 2008, 68 % des élèves fréquentant les écoles de l'Office manifestaient des symptômes compatibles avec ce trouble. Après l'invasion israélienne du nord de Gaza, en mars 2008, 39 000 élèves palestiniens réfugiés ont fait l'objet d'un dépistage de troubles psychosociaux. Au total, 94 % ont eu des réactions post-traumatiques importantes et pourraient développer un état de stress post-traumatique.⁷

27. Les lésions invalidantes touchent 2,5 % de la population et la prévalence est comparable entre les réfugiés (2,6 %) et les non-réfugiés (2,4 %). Au total, 14,8 % des personnes âgées souffrent au moins d'une incapacité. La moitié environ de la population handicapée présente une incapacité

¹ Abu Naser AA, Ghbn N, Khoudary R. Relation of nitrate contamination of groundwater with methaemoglobin level among infants in Gaza. *La Revue de la Santé de la Méditerranée orientale*. 13(5): 994-1004, 2007.

² Sirdah M, Bילו YY, el Jabour S, Najjar K. Screening secondary school students in the Gaza Strip for beta-thalassemia trait, *Clin Lab Haematol*. 20(5): 279-83, 1998.

³ Qouta S, El Sarraj E. Prevalence of PTSD among Palestinian children in Gaza Strip, *Arabpsynet Journal* 2004.

⁴ Giacaman R, Saab H, Nguyen-Gillman V, Naser G. *Palestinian adolescents coping with trauma*. Birzeit University, 2004, pp. 1-89.

⁵ Giacaman R, Khatib R, Shabaneh L, Ramlawi A, Sabri B, Sabatinelli G, Khawaja M, Laurance T. Health status and health services in the occupied Palestinian territory, *The Lancet*, March 2009 doi:10. 1016/S0140-6736(08)61345-8.

⁶ Zaqout I. Community Mental Health Programme 2008 Annual Report.

⁷ Zaqout I. Community Mental Health Programme March 2008 Monthly Report.

physique (50,1 % chez les réfugiés, 45,6 % chez les non-réfugiés). La deuxième cause d'incapacité est la déficience visuelle et/ou auditive (27,4 % et 27,2 % respectivement).¹

SERVICES DE SANTE DE L'UNRWA

28. L'UNRWA fournit depuis 60 ans des services de santé primaires complets aux réfugiés palestiniens et est le principal organisme humanitaire présent sur le territoire palestinien occupé, où il prodigue une assistance à près de la moitié de la population. L'Office opère à partir de deux bureaux de terrain en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza et à travers un réseau de 61 centres de soins de santé primaires. L'accès aux soins secondaires et tertiaires est assuré par un hôpital en Cisjordanie (Qalqilya) et par des hôpitaux sous-traitants, dans les deux cas.

29. En Cisjordanie, on compte actuellement 41 centres de soins de santé primaires comprenant 26 centres de santé et 15 postes de santé. Dans la Bande de Gaza, les services sont assurés dans 20 centres de soins de santé primaires (17 centres de santé et 3 points de santé). Pour répondre à la demande croissante de services sanitaires de la part d'une population réfugiée en expansion dans la Bande de Gaza, vu l'incapacité de l'UNRWA à créer des établissements supplémentaires, 5 centres de santé implantés dans les camps les plus importants fonctionnent depuis 16 ans avec un double effectif.

30. En 2008, plus d'un million et demi de réfugiés résidant dans le territoire palestinien occupé (70 % de tous les réfugiés enregistrés en Cisjordanie et 80 % de ceux de la Bande de Gaza) ont eu accès aux services préventifs et curatifs de l'UNRWA, qui comprennent : suivi postnatal des nourrissons (surveillance de la courbe de croissance, examens médicaux et vaccinations), consultations externes, planification familiale, soins prénatals prodigués aux femmes enceintes, santé bucco-dentaire, prévention secondaire et prise en charge du diabète et de l'hypertension chez les réfugiés de plus de 40 ans.

Services curatifs

31. Par rapport à 2007, le nombre de consultations médicales effectuées en 2008 a légèrement augmenté dans la Bande de Gaza (passant de 3,6 à 3,8 millions), tout en restant stable en Cisjordanie (laquelle est passée de 1,7 à 1,72 million). Le système de santé de l'Office est sollicité à outrance, chaque médecin recevant en moyenne 103 patients par jour dans la Bande de Gaza et 89 en Cisjordanie.

32. Les services de santé bucco-dentaire sont assurés par 14 dispensaires et 3 unités dentaires mobiles dans la Bande de Gaza et 22 dispensaires et une unité dentaire mobile en Cisjordanie. A la fin 2008, les tendances de l'utilisation des services faisaient apparaître une augmentation de 8 % des consultations dentaires et des activités de dépistage dans la Bande de Gaza. D'où une augmentation de la charge de travail quotidienne des chirurgiens-dentistes, laquelle est passée de 52 à 62,4 consultations quotidiennes dans la Bande de Gaza. Il n'y a pas eu de changement significatif en Cisjordanie.

33. Afin de satisfaire la demande croissante de rééducation consécutive aux violences et aux accidents survenant dans le territoire palestinien occupé, l'UNRWA exploite 9 unités de physiothérapie dans la Bande de Gaza et 6 en Cisjordanie, proposant un large éventail de services de

¹ Enquête sur la santé des familles palestiniennes, 2006.

physiothérapie et de réadaptation (exercices physiques, traitement manuel, massages, ergothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, thermothérapie et gymnastique posturale), ainsi que des services de proximité. En 2008, 13 903 patients ont été traités. 25 % des patients souffraient de séquelles de traumatismes physiques et blessures subis au cours des incursions militaires.

34. Pour promouvoir la mise en place de mécanismes d'adaptation pour les réfugiés, l'UNRWA accorde une importance particulière à l'élaboration de stratégies à l'échelle de l'Office pour le bien-être psychosocial, en particulier des enfants et des jeunes. Des programmes de santé mentale structurés sont mis en oeuvre dans la Bande de Gaza et en Cisjordanie. Ils ont démarré en 2002 sous forme de projets de soutien psychosocial avec le recrutement de conseillers. Les programmes ont ensuite été élargis avec le recrutement d'un expert international en 2005 pour constituer à présent le programme de santé mentale communautaire. L'Office a affecté 246 conseillers aux écoles, 34 aux centres de santé et 28 aux centres communautaires à travers tout le territoire occupé et fourni un éventail de services visant à promouvoir la mise en place de mécanismes d'adaptation constructifs pour les réfugiés en situation de crise, et à éviter les conséquences psychologiques à long terme.

35. En 2008, le programme de santé mentale communautaire sur le territoire palestinien occupé a mené 35 278 sessions de soutien psychosocial individuel, 12 193 sessions de groupe, 21 753 sessions de sensibilisation collective, 4802 réunions de sensibilisation publique et 4863 visites à domicile, soit un total de près de 700 000 bénéficiaires. Le but est d'augmenter la prise de conscience et de forger une résilience face aux conséquences psychosociales des expériences traumatiques et urgences chroniques.

36. Quarante laboratoires en Cisjordanie et 17 dans la Bande de Gaza proposent des services complets de laboratoire comprenant chimie, hématologie, sérologie et microscopie directe des urines et des selles. Des analyseurs hématologiques automatiques ont été mis en place dans tous les laboratoires et des analyseurs de chimie ont été mis à disposition localement. En 2008, le nombre de tests effectués s'établissait à 2 570 017 (1 779 474 dans la Bande de Gaza et 790 543 en Cisjordanie).

37. L'UNRWA exploite 14 unités de radiologie sur le territoire palestinien occupé (9 en Cisjordanie et 5 dans la Bande de Gaza). En 2008, un total de 56 218 radiographies simples ont été effectuées, dont 32 001 dans la Bande de Gaza et 24 217 en Cisjordanie.

38. Cinq équipes de santé mobiles composées d'un médecin, d'une infirmière auxiliaire, d'un technicien de laboratoire, d'un pharmacien assistant et d'un chauffeur ont été mises en place en Cisjordanie depuis février 2003, avec pour buts de prendre en charge le surcroît de travail pour le système de santé et, surtout, de faciliter l'accès aux services de santé là où les fermetures, les points de contrôle et le mur de séparation posent problème. Elles proposent une gamme complète de services médicaux essentiels, curatifs et préventifs, à environ 13 000 patients par mois – réfugiés et non-réfugiés – vivant dans plus de 150 points isolés. Depuis leur mise en service, les équipes mobiles ont joué un rôle médical crucial et ont traité un nombre croissant de réfugiés palestiniens (passé de 69 500 en 2003 à 139 992 en 2008).

39. Le nombre de patients réfugiés de Cisjordanie et de la Bande de Gaza admis dans des hôpitaux sous-traitants a augmenté de 1,9 %, passant de 23 045 en 2007 à 23 488 patients en 2008. Outre les services hospitaliers sous-traités, l'UNRWA gère un hôpital de 63 lits à Qalqilya. Fondé en 1950, cet hôpital offre des soins médicaux, des services de chirurgie et des services de gynécologie obstétrique aux réfugiés et aux non-réfugiés qui en ont besoin dans le nord de la Cisjordanie. Il compte 14 lits de chirurgie, 12 lits de médecine, 20 lits de pédiatrie, 15 lits de gynécologie obstétrique et 2 lits de soins intensifs en plus d'un service d'urgence de 5 lits. En 2008, le taux d'occupation moyen quotidien des lits atteignait 55,3 % pour un total de 6026 hospitalisations.

Services préventifs

40. La lutte contre les maladies transmissibles passe à la fois par une couverture vaccinale élevée et par la détection et la gestion précoces des flambées moyennant un système de surveillance épidémiologique implanté dans un centre de santé. En 2008, le taux de couverture vaccinale pour les nourrissons de 12 mois était de 100 % dans la Bande de Gaza et de 99,7 % en Cisjordanie, et le taux de couverture des enfants de 18 mois auxquels on administrait des doses de rappel était de 100 % dans les deux endroits. Aucun cas de poliomyélite, paralysie flasque aiguë, choléra, tétanos, diphtérie ou coqueluche n'a été notifié au sein de la population réfugiée et aucune flambée ne s'est produite.

41. La santé maternelle et infantile est l'une des pierres angulaires des soins de santé primaires de l'UNRWA. Au cours de l'année 2008, l'Office a prodigué des soins prénatals à 39 565 femmes enceintes dans la Bande de Gaza et 13 354 en Cisjordanie, des soins postnatals à quelque 47 240 femmes et des services de planification familiale à plus de 66 000 clients. Un total de 136 000 enfants de plus de trois ans ont bénéficié de l'assistance du programme en 2008.

42. En sus des activités de promotion et d'éducation sanitaires, 250 000 enfants inscrits dans les écoles de l'UNRWA ont bénéficié des services de santé scolaires, comprenant examens médicaux, vaccinations, dépistage des déficiences visuelles et auditives, consultations de santé bucco-dentaire, supplémentation en vitamine A et programme de vermifugation.

43. La prévention secondaire des complications tardives du diabète et de l'hypertension est l'une des principales fonctions des dispensaires de l'UNRWA traitant les maladies non transmissibles. A la fin de 2008, 78 437 patients diabétiques et/ou hypertendus au total étaient soignés dans les centres de santé de l'UNRWA dans le territoire palestinien occupé (49 528 dans la Bande de Gaza et 28 909 en Cisjordanie).

Salubrité de l'environnement

44. Les services de salubrité de l'environnement de l'UNRWA, qui emploient 20 ingénieurs et 340 techniciens sanitaires, ont continué d'être axés sur le maintien de normes acceptables de gestion des déchets solides, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement dans les camps de réfugiés. En 2008, tous les abris des camps avaient accès à une eau saine et 95 % des camps de Cisjordanie et 85 % de ceux de Gaza étaient raccordés à des réseaux d'égout.

45. L'UNRWA est intervenu pour soutenir les municipalités et les prestataires de services collectifs à plusieurs occasions au cours de l'année 2008 afin d'assurer l'approvisionnement continu des services. L'Office a fourni du carburant et des pièces détachées aux municipalités, aux conseils de gestion des déchets solides et aux entreprises de services collectifs pour faire fonctionner les installations de traitement de l'eau et des eaux usées et les équipements de gestion des déchets solides. En outre, l'UNRWA a recruté des sous-traitants pour enlever les déchets stockés sur des lieux de déversement sauvages et les transférer vers des sites d'enfouissement autorisés.

46. Parmi les activités de lutte antivectorielle, en 2008 des produits chimiques, du pétrole et des outils ont été fournis aux municipalités dans le cadre de campagnes d'éradication des moustiques, en particulier s'agissant des eaux stagnantes de Wadi Gaza.

Programme de supplémentation alimentaire

47. Le programme d'aide alimentaire de l'UNRWA bénéficie aux femmes enceintes et aux mères allaitantes fréquentant les consultations prénatales/postnatales dans les centres de soins de santé primaires de l'UNRWA. Entièrement soutenu par des contributions en nature, le programme vise à répondre aux besoins nutritionnels physiologiques supplémentaires de ces femmes et à prévenir les carences nutritionnelles. En 2008, l'UNRWA a fourni une aide alimentaire à plus de 45 000 bénéficiaires sur le territoire palestinien occupé (30 000 dans la Bande de Gaza et 15 000 en Cisjordanie).

DEFIS ET OBSTACLES RELATIFS A LA PRESTATION DE SERVICES SANITAIRES

48. Les restrictions d'accès pour les Palestiniens et la grève de 2008 des personnels de santé dans la Bande de Gaza ont pesé lourdement sur un système de santé publique déjà en délicatesse. Cette situation a entraîné une réduction des services fournis par le secteur public et, par conséquent, un accroissement de la demande des services de l'UNRWA.

49. Les problèmes de circulation du personnel de l'UNRWA et des marchandises et l'accroissement du prix des médicaments et des denrées alimentaires sont deux aspects problématiques qui ont touché le programme sanitaire de l'UNRWA en 2008, parallèlement aux complications logistiques et à l'accroissement conséquent des coûts de fonctionnement découlant de la politique de bouclage imposée sur le territoire palestinien occupé.

50. En Cisjordanie, malgré le renforcement des mécanismes de coordination de l'UNRWA avec les agents de liaison militaires israéliens, la circulation des personnels s'est encore restreinte pour devenir imprévisible à plusieurs postes de contrôle israéliens, notamment ceux qui régulent l'accès à Jérusalem-Est. Ces restrictions limitent la capacité de l'Office à satisfaire les besoins des communautés de plus en plus vulnérables.

51. En 2008, la capacité des personnels de l'UNRWA à pénétrer dans des zones opérationnelles est restée tributaire des demandes de fouille de véhicules qui ne respectent pas les privilèges et immunités des Nations Unies. En conséquence, l'accès en temps utile des personnels et des produits sur les lieux de travail et auprès des communautés vulnérables isolées par le mur de séparation en a sérieusement pâti. Au total, 275 personnes ont été exposées à 65 incidents (retard, accès refusé ou détour) dus aux postes de contrôle ou au bouclage, ce qui a représenté 167 heures perdues (26 jours). En 2008, le remboursement des frais de transport (taxis) du personnel de l'UNRWA liés aux détours est passé à US \$11 773 contre 5500 en 2007, soit un accroissement de 113 %. Cela s'est traduit par un temps d'attente plus long pour les patients et des perturbations dans les activités systématiques et courantes des centres de santé (retards ou absences du personnel). Un certain nombre de femmes enceintes qui avaient un rendez-vous de suivi dans un centre de l'UNRWA n'ont pas été en mesure de s'y rendre en temps utile du fait des bouclages et des restrictions imposées à la circulation des personnes. Le manque d'accès aux services sanitaires de l'UNRWA a aussi compromis la surveillance des patients diabétiques et hypertendus qui n'ont pas pu bénéficier d'un traitement et d'un suivi réguliers.

52. En 2008, l'équipe médicale mobile de l'UNRWA n'a pas pu se rendre au village de Bart'a. Ce village se trouve dans la zone située entre la frontière de la Cisjordanie et la ligne d'armistice de 1949, et l'entrée en est contrôlée par les forces armées israéliennes qui exigent la fouille des véhicules et du

personnel de l'UNRWA (action contraire à la Convention de 1946 sur les privilèges et immunités des Nations Unies).

53. Les difficultés d'accès des patients aux hôpitaux de Jérusalem sous-traitants se sont accrues. L'UNRWA a constaté une diminution de 62 % du nombre des réfugiés palestiniens admis dans les hôpitaux de Jérusalem en 2008 par rapport à 2007.

54. La croissance rapide de la population, la demande accrue de services, l'intégration de nouvelles activités dans les soins de santé primaires et l'augmentation des contraintes financières sont autant d'éléments qui grèvent le programme sanitaire de l'UNRWA et entament sa capacité d'endiguer les effets négatifs de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire, du chômage, de la violence ainsi que de l'isolement social et institutionnel qui pèsent sur la santé de ses bénéficiaires.

55. Les restrictions financières demeurent une sérieuse préoccupation pour l'Office. En 2008, le programme sanitaire n'a pas été en mesure de rembourser les coûts de toutes les prestations effectuées dans les hôpitaux, choisissant de sélectionner les cas présentant un risque élevé et modéré. Pour la même raison, les traitements de soins tertiaires indispensables comme la dialyse ne sont pas remboursés par l'Office.

56. Le doublement du coût des denrées alimentaires met l'Office en position de devoir trancher s'il interrompt son approvisionnement à tous les bénéficiaires au profit des groupes les plus vulnérables. Dans ce contexte, le programme de supplémentation alimentaire destiné aux femmes enceintes et aux mères allaitantes a été nécessairement réorienté vers celles qui sont en deçà du seuil de pauvreté.

PERSPECTIVES D'AVENIR

57. Les réfugiés palestiniens sont victimes d'inégalités en matière de santé pour toutes les raisons susmentionnées. L'UNRWA vise à aplanir ces disparités socio-économiques et à atténuer leurs effets sur la santé moyennant une offre de services de soins de santé primaires complets qui est la meilleure possible. Au final, l'Office vise à permettre à ces réfugiés de mener une vie saine, satisfaisante et productive.

58. Grâce à son approche transversale des soins de santé primaires complets, l'UNRWA se trouve dans une position exceptionnelle pour mettre en oeuvre des services préventifs et curatifs ciblés et atteindre les communautés vulnérables. Le programme sanitaire englobe la santé des réfugiés de la naissance à la vieillesse, et met en oeuvre des activités de prévention et de promotion sanitaires à différents niveaux, en coordination avec les Départements Santé, Education et Secours de l'UNRWA. L'éducation sanitaire assurée par un environnement exclusivement médical est dispensée dans les écoles et autres centres de regroupement communautaire, permettant ainsi la mise en place d'initiatives à vocation communautaire. L'impact des infrastructures sur la santé est directement supervisé, les médicaments essentiels sont souvent mis à disposition gracieusement et leur gestion fait l'objet d'un suivi constant pour se conformer aux normes de l'OMS.

59. Soutenu par la communauté internationale, l'UNRWA a élaboré à travers les années un train de mesures efficaces, adaptées et perfectionnées afin d'atténuer les effets du conflit sur les communautés réfugiées du territoire palestinien occupé. Ces mesures comprennent des programmes pour l'emploi, une assistance en numéraire et en nature, une aide alimentaire, la reconstruction et la remise en état des infrastructures endommagées par le conflit, des soins médicaux d'urgence et un soutien psychologique ainsi que la surveillance et la notification des violations du droit humanitaire.

60. Le programme sanitaire a contribué au bien-être et au développement humain de quatre générations de réfugiés palestiniens et doit aujourd'hui relever les défis liés à l'évolution des besoins de la population desservie et à la détérioration des conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les réfugiés.

61. La sensibilisation accrue aux maladies non transmissibles a des conséquences pour la pérennité de l'Office en raison des coûts plus élevés et de la durée des traitements. La nécessité de faire face au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles reste un des principaux problèmes auquel il se trouve confronté.

62. L'état nutritionnel, en particulier celui des groupes vulnérables parmi les réfugiés tels que les personnes vivant dans une extrême pauvreté, les femmes enceintes, les enfants et les communautés rurales isolées, doit être surveillé et des interventions efficaces doivent être mises en place. Des programmes spécifiques d'alimentation d'appoint comprenant la distribution de corbeilles de produits alimentaires, l'enrichissement en fer de produits comme la farine et des campagnes de supplémentation en vitamine A doivent être mis en oeuvre pour répondre aux besoins.

63. Le déséquilibre chronique entre les besoins et les exigences de la population réfugiée, d'une part, et les ressources humaines et financières dont dispose le Programme, de l'autre, oblige en permanence à renégocier et hiérarchiser les activités afin de surmonter les restrictions budgétaires. Si l'on veut satisfaire les besoins des réfugiés palestiniens, il faudra mobiliser davantage de ressources humaines et financières et obtenir le soutien des personnes, des gouvernements et des institutions du monde entier.

64. L'assurance-qualité est une préoccupation majeure du programme sanitaire. Des études spécifiques doivent être conduites dans le but d'optimiser le temps que le médecin consacre aux patients en évitant une longue attente et d'évaluer la qualité des soins dispensés dans les centres de santé et les hôpitaux sous-traitants. Une analyse approfondie du résultat des visites et de la nature des visites répétées permettra de réorganiser les services et d'accroître l'efficacité interne.

65. Des mécanismes de compensation doivent être mis en place pour limiter les conséquences des restrictions à la liberté de circulation dans le territoire palestinien occupé en ce qui concerne les patients, l'accès des membres du personnel au lieu de travail de l'UNRWA et l'approvisionnement médical. L'Office continuera de satisfaire la demande accrue de services médicaux.

66. Malgré les difficultés, l'Office ne peut se dérober face aux besoins sanitaires prioritaires comme la santé mentale, le dépistage et le traitement du cancer et les services de rééducation physique. Le niveau de bien-être psychologique le plus élevé possible devrait devenir une des cibles majeures au cours des prochaines années, compte tenu de la pauvreté et de la ségrégation sociale des réfugiés palestiniens dans le territoire occupé. En outre, le dépistage précoce et la prise en charge du cancer deviendront un problème à l'avenir, car la part la plus importante des efforts devra être supportée par le système des soins de santé, de même que l'augmentation attendue de la demande de services de rééducation physique.

CONCLUSIONS

67. Vu l'importance cruciale de la santé comme droit fondamental de la personne humaine, indivisible des autres droits de l'homme, il faut impérativement que l'ensemble des parties prenantes

fassent tout ce qui est en leur pouvoir pour assurer l'accès aux soins de santé des réfugiés palestiniens dans le territoire occupé.

68. Il convient pour toutes les parties de veiller à ce que, conformément au statut de l'UNRWA – institution neutre et impartiale des Nations Unies –, les privilèges et immunités de son personnel soient respectés et que sa sécurité soit garantie à tout moment. L'accès du personnel de santé de l'Office sur son lieu de travail et auprès des communautés isolées doit être assuré, en application des lois et conventions internationales.

69. Il est essentiel que la communauté internationale renouvelle son soutien pour permettre à l'UNRWA de poursuivre les activités prévues dans son programme sanitaire, surmonter les difficultés logistiques, absorber le coût croissant des fournitures et ajuster les services pour répondre aux besoins croissants des réfugiés, et de continuer à faire face à la situation d'urgence humanitaire apparemment sans fin dans le territoire palestinien occupé.

= = =