



QUARANTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 29 de l'ordre du jour

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

A la demande de l'Observateur permanent de l'Organisation de Libération de la Palestine auprès de l'Office des Nations Unies à Genève, le Directeur général a l'honneur de soumettre à la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé, pour information, le rapport ci-joint.¹



¹ Voir annexe.

Mission permanente de l'Organisation
de Libération de la Palestine auprès
de l'Office des Nations Unies - Genève

Genève, le 5 mai 1987

Dr H. Mahler
Directeur général
de l'Organisation mondiale
de la Santé
1211 Genève 27

Monsieur le Directeur général,

J'ai l'honneur de vous communiquer ci-joint le rapport établi par la Société du Croissant-Rouge palestinien sur la situation sanitaire dans les territoires occupés par Israël depuis 1967.

Nous vous prions de bien vouloir publier ce rapport en tant que document officiel de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé et de le distribuer à ses membres.

Avec mes remerciements, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, les assurances de ma haute considération.

(signé) Nabil Ramlawi
Observateur permanent de l'OLP
auprès des Nations Unies et
auprès d'autres organisations
internationales à Genève

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

INTRODUCTION

1. Le présent rapport vise, d'une part, à donner une vision objective de la situation sanitaire de la population arabe palestinienne dans les territoires arabes occupés et, d'autre part, à décrire diverses politiques sanitaires suivies par les autorités d'occupation israéliennes à l'égard des citoyens arabes palestiniens.
2. Puisqu'il est impossible de dissocier les conditions socio-économiques et les conditions sanitaires, le présent rapport commence par décrire la détérioration des conditions socio-économiques dans les territoires arabes occupés, compte tenu du fait que les conditions sanitaires résultent indiscutablement de la situation socio-économique qui règne dans un pays donné.
3. Comme le montrera le présent rapport, les autorités d'occupation israéliennes se sont livrées à toutes sortes d'actes arbitraires et inhumains en vue d'affaiblir la communauté arabe dans les territoires arabes occupés et de l'empêcher de connaître le développement et le progrès. Elles ont poussé cette communauté dans le cercle vicieux de l'arriération au mépris de tous les principes humains et du droit international. Ces autorités ont mis à exécution une politique soigneusement préparée qui tend à dominer les territoires arabes occupés et à usurper les droits des propriétaires légitimes, et des centres de colonisation israéliens y ont été édifîés afin de judaïser tous les territoires arabes occupés avant de les annexer finalement dans l'entité israélienne.
4. Pour poursuivre la désintégration et la détérioration de l'infrastructure éducationnelle et culturelle, les autorités d'occupation israéliennes s'en sont prises également au secteur de l'enseignement, notamment en modifiant les programmes d'études et en imposant des programmes qui servent leurs fins, outre la fermeture continuelle d'écoles, d'universités et de centres de recherche scientifique ou les violences incessantes à l'encontre d'étudiants et d'enseignants qui ont souvent été révoqués.
5. Israël a systématiquement violé tous les droits de l'homme dans les territoires arabes occupés en imposant des sanctions collectives, en démolissant des habitations, en profanant les lieux saints et en outrageant le clergé, et en se livrant à d'innombrables pratiques du même ordre.
6. Israël a appliqué des politiques arbitraires à l'égard du secteur économique arabe et a pris diverses mesures visant à saper tous les secteurs de l'économie arabe en vue de l'affaiblir au point d'en détruire l'indépendance, de façon qu'elle puisse être aisément incorporée dans les structures économiques israéliennes.
7. De telles politiques ont eu une profonde influence sur la situation socio-économique en maintenant l'arriération sociale, éducationnelle et culturelle. La détérioration des conditions économiques, la baisse des revenus et la pénurie de ressources financières nécessaires pour développer le secteur de la santé ne sont que quelques-uns des résultats d'une telle politique. Dans leur majorité, les Arabes sont tombés au-dessous du seuil de la misère, ce qui n'a pas manqué de laisser une empreinte indélébile sur l'état de santé de la population arabe qui se détériore.
8. Bien que l'engagement à réaliser la santé pour tous d'ici l'an 2000 soit l'un des principaux objectifs de la politique sanitaire définie par l'OMS, les autorités israéliennes poursuivent des politiques visant non seulement à interrompre et entraver le développement des services de santé, mais aussi à gêner la construction des hôpitaux et des installations sanitaires, à priver les hôpitaux existants de nouveaux spécialistes et à s'opposer à tout effort de développement et de modernisation de ces hôpitaux.

9. Les autorités d'occupation ont combattu l'industrie pharmaceutique arabe en édifiant divers obstacles tels que les restrictions imposées à l'importation de matériel industriel et de matières premières, les entraves apportées aux procédés de fabrication et l'interdiction d'exporter des médicaments vers les marchés arabes.

10. Les hôpitaux arabes et tous les membres du personnel dans ce secteur ont connu la terreur et l'intimidation sous toutes leurs formes.

11. Sont particulièrement dangereux, toutefois, les efforts déployés de façon permanente et systématique par les autorités israéliennes pour imposer leur contrôle direct et total sur tout le secteur de la santé dans les territoires arabes occupés, qu'il s'agisse des restrictions frappant les dépenses de santé, de la politique sanitaire, de la planification ou de l'organisation de l'infrastructure et des services de santé, toutes pratiques visant naturellement à incorporer le secteur sanitaire des territoires occupés dans celui d'Israël.

12. Il convient de noter que, pour l'établissement du présent rapport, nous nous sommes inspirés de divers documents sur la santé consacrés aux territoires occupés et publiés par des organisations internationales, régionales et locales. Les documents de l'OMS, les rapports du Comité spécial d'experts présentés à diverses Assemblées mondiales de la Santé, d'autres documents traitant de la situation sanitaire dans les territoires occupés depuis le début de l'occupation et la documentation publiée par divers organes palestiniens dans des journaux, revues ou périodiques ont également été utilisés, outre d'autres informations détenues exclusivement par la Société du Croissant-Rouge palestinien.

1. LA SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

Introduction

13. Dans les territoires arabes occupés, les autorités israéliennes poursuivent diverses politiques arbitraires visant à imposer leur domination totale sur les territoires arabes et les citoyens arabes. En poursuivant ce but, les autorités d'occupation se livrent à toutes les formes de coercition et de terreur et à toutes sortes d'atrocités. Elles sont décidées à s'emparer des terres arabes par la force, à démolir les habitations, à modifier la topographie des terres et des villes arabes et à implanter des centres de colonisation israéliens sur ces terres afin d'en chasser les citoyens arabes et de les obliger à émigrer du pays où ils vivaient depuis des milliers d'années.

14. Les autorités d'occupation s'efforcent de mettre fin à tout progrès social. Elles empêchent les Arabes d'étudier, surtout dans l'enseignement supérieur, et elles ferment les écoles et les universités pendant de longues périodes.

15. Sur le plan économique, elles poursuivent des politiques qui ont pour effet d'abaisser le niveau de vie des Arabes. Les Israéliens emploient une main-d'oeuvre arabe qui perçoit des salaires très bas et qui est privée de la plupart des prestations sociales et du droit à la formation. Les autorités d'occupation israéliennes se sont fixé pour but de placer l'économie arabe sous la domination de l'économie israélienne.

16. Sur le plan juridique, les autorités d'occupation israéliennes appliquent uniquement aux Arabes des lois iniques. Elles choisissent ce qui leur convient le mieux dans l'ancienne législation arbitraire appliquée par les Turcs pendant la colonisation ottomane, ainsi que parmi les lois appliquées par les Britanniques à l'époque du mandat.

17. De telles pratiques sont extrêmement dangereuses eu égard à l'action de colonisation israélienne dans les territoires arabes occupés. Il est hors de doute que la présence israélienne dans les territoires arabes occupés est la forme la plus cruelle de colonisation raciste dans l'histoire. Les autorités d'occupation israéliennes ont recours à toutes les méthodes inhumaines et racistes pour expulser la population palestinienne des terres sur lesquelles elle a vécu pendant des millénaires afin de judaïser les terres et les villes de Palestine.

18. La confiscation des terres et la création de centres de colonisation est une violation flagrante du droit international. Aux termes de la Convention de Genève de 1949 (article 49), les territoires arabes saisis par les autorités d'occupation sont considérés comme des territoires occupés qui ne doivent être ni annexés ni "dénaturés". Cependant, les politiques poursuivies par les autorités d'occupation israéliennes vont à l'encontre des règles admises par l'humanité ainsi que des recommandations des Nations Unies et des organisations internationales.

19. La politique de colonisation poursuivie par Israël constitue non seulement un grave obstacle à la paix, mais de plus c'est l'une des principales raisons expliquant la poursuite des actes de violence et les souffrances du peuple palestinien depuis la création de l'Etat d'Israël en 1948.

20. Il convient de signaler qu'au cours des dernières années on a assisté à une dangereuse recrudescence des actes de violence organisée et des pratiques terroristes perpétrées par les colons juifs armés et par les forces armées israéliennes contre les citoyens palestiniens afin de les terroriser et de les obliger à quitter à tout jamais leurs villages et leurs villes.

21. La violation de toutes les lois internationales par les autorités d'occupation israéliennes est devenue évidente avec le décret du Gouverneur militaire N° 854 du 6 juillet 1980 qui place les établissements d'enseignement palestiniens sous autorité israélienne.

Etablissements d'enseignement supérieur

22. Au cours de l'année 1982-1983, on a assisté à une campagne sioniste intensive, montée par les autorités d'occupation israéliennes, pour exercer une pression sur les instituts d'enseignement supérieur en vue de détruire leurs infrastructures et de saper leur enseignement. Ces instituts sont considérés comme le pivot du développement des populations dans les domaines éducatif, économique et social et ils se sont beaucoup développés dans les territoires occupés. Ils absorbent 40 à 60 % des élèves issus du secondaire, permettant de réduire le recours aux universités étrangères et les risques d'une éventuelle émigration des compétences. Cela contrarie la politique suivie par les autorités d'occupation qui vise à expulser la population des territoires occupés, et particulièrement ceux qui ont fait des études.

23. Les conférenciers et enseignants des universités arabes sont emprisonnés ou exilés s'ils n'acceptent pas la politique poursuivie par les autorités d'occupation.

24. La fermeture de l'université est un exemple de sanction collective contre le personnel enseignant et les étudiants parce qu'ils refusent l'ingérence des autorités d'occupation dans les affaires éducatives et administratives de l'Université. Par exemple, l'Université Bir Zeit, la plus grande de la Rive occidentale, a été fermée à dix reprises entre 1967 et 1985, à deux reprises pendant des périodes de quatre mois au cours de l'année universitaire 1981-1982. Les autorités d'occupation ont :

1. assigné à résidence les membres du Comité des étudiants et certains enseignants;
2. empêché l'exécution du projet d'agrandissement de l'Université qui devait s'échelonner sur une période de dix ans;
3. autorisé des patrouilles militaires à violer régulièrement l'enceinte du domaine universitaire, à lacérer les affiches et articles placardés sur les tableaux d'affichage, brimant les étudiants et supprimant leurs activités;
4. refusé d'accorder des permis de résidence demandés par l'Université pour 30 enseignants visiteurs d'autres pays;
5. mis à l'index 5000 livres de la bibliothèque universitaire alors qu'il s'agissait de manuels et d'ouvrages traitant de poésie ou d'autres sujets non politiques;

6. refusé la franchise douanière à l'Université Bir Zeit, alors que les universités israéliennes en bénéficient. En 1980, les droits de douane ainsi acquittés se sont élevés à environ \$250 000. Tout le matériel pédagogique et de laboratoire qui était admis en franchise avant 1967 a été assujéti à des droits de douane et à des taxes exorbitants.

Ecoles

25. Selon les statistiques de 1980-1981, la Bande de Gaza compte 35 écoles et la Rive occidentale en compte 775. Il manque 794 classes et environ 3000 places. Les départements de l'éducation de la Rive occidentale estimaient dans leur rapport de 1973 que les deux tiers des salles de classe étaient inadéquates et que le nombre de classes disponibles ne couvrait que 60 % des besoins réels. Pour compenser cette carence, les habitants sont obligés de construire des locaux à leurs propres frais. Les statistiques 1980-1981 indiquent qu'il manque encore à Ramallah 1490 classes; quelque 355 salles ont été construites aux frais des habitants. A Naplouse, la construction de la plupart des salles de classe est financée par les habitants et la municipalité, et il en est de même pour les autres régions de la Rive occidentale.

26. Les effectifs par salle de classe dépassent 50 élèves. D'après une enquête exécutée en 1978-1979 sur le nombre d'élèves par classe, il a été établi qu'en moyenne 60 % des classes comptaient plus de 50 élèves.

Elèves

27. Il y a 250 000 élèves dans les territoires occupés, dont 14 000 ont atteint la dernière étape de leurs études secondaires. Ils sont soumis à toutes sortes de tracasseries et de mesures arbitraires, ou à l'imposition de lourdes amendes. A Bethléem, 15 élèves ont été expulsés de l'école secondaire de filles Al Khodr, qui a été fermée durant trois semaines. A Naplouse, plus de 40 élèves ont été arrêtés et, en 1983, plus de 20 établissements scolaires ont été fermés et un grand nombre d'étudiants soumis à de multiples intimidations.

Enseignants

28. Les 7200 enseignants connaissent des conditions de travail difficiles et manquent des moyens matériels dont ils auraient besoin pour s'acquitter convenablement de leur tâche. En outre, leur traitement est extrêmement faible par rapport au coût de la vie et ils sont constamment menacés de perdre leur emploi s'il leur arrive d'être arrêtés. Les promotions sont gelées, alors que les règlements et dispositions en vigueur interdisent de telles mesures.

Programmes d'études

29. Le nom de Palestine et toutes les références à la présence palestinienne ont été supprimés et remplacés par le mot "Israël". Toutes les références aux résolutions adoptées par les Nations Unies et par des conférences internationales sur le droit du peuple palestinien à l'autodétermination ont été également supprimées.

Violations des droits de l'homme dans les territoires occupés

30. La situation en ce qui concerne les droits de l'homme de la population arabe s'est encore dégradée, comme en témoigne la modification par les autorités d'occupation de toutes les lois et réglementations en vigueur avant 1967.

POLITIQUES ISRAËLIENNES VIOLANT LES DROITS DE L'HOMME DANS LES TERRITOIRES ARABES OCCUPÉS

1. Sanctions collectives

31. Les autorités d'occupation infligent des sanctions collectives aux citoyens arabes, telles qu'arrestations, détention, emprisonnement (on ne peut donc s'étonner que le nombre des détenus atteigne 200 000 personnes), couvre-feux abusifs et blocus de camps de réfugiés, de villages et de villes. En mars 1983, les autorités d'occupation, au mépris de plusieurs droits

fondamentaux, ont refusé aux habitants arabes des permis de conduire et des autorisations de voyage. Elles ont également imposé des restrictions aux déplacements, institué le couvre-feu, fermé des magasins, détruit des habitations et des puits et procédé à des déplacements de population. Les autorités d'occupation ont renforcé leur contrôle de la presse arabe, qui est soumise à une censure sévère. Des mesures arbitraires sont prises à l'encontre des journalistes, qui sont arrêtés ou expulsés. Ces autorités ont également dissous les conseils municipaux élus dans plusieurs grandes villes, les remplaçant par des officiers de l'armée israélienne.

2. Destruction des habitations

32. Pour punir les citoyens palestiniens de leur résistance, les autorités d'occupation détruisent les maisons et rasant des quartiers et des villages. Selon un rapport des Nations Unies, elles ont fait sauter 1346 maisons entre 1967 et 1982.

3. Attaques contre des lieux saints et des chefs religieux

33. Les autorités d'occupation et les colons ont attaqué à maintes reprises les lieux saints musulmans et chrétiens. En 1983, les autorités ont perpétré 333 agressions contre les lieux saints, tantôt plaçant des explosifs dans les mosquées et les églises, tantôt attaquant les fidèles pour les empêcher de faire leurs prières. Parallèlement, les autorités d'occupation ont continué à faire des fouilles sous les murs de la Mosquée Al-Aksa dans le but de la détruire et de construire sur ses décombres le Troisième Temple. Les fouilles en question constituent une violation de l'article 32 de la Convention de La Haye, qui interdit d'effectuer des fouilles archéologiques dans les territoires occupés. En outre, il y a eu des tentatives fréquentes de violation de la mosquée du prophète Abraham à Hébron. Les lieux de culte chrétiens n'ont pas été épargnés non plus par les autorités d'occupation. Il suffit de rappeler l'attaque de l'Eglise Baptiste de Jérusalem, en octobre 1982. En mai 1983, le couvent allemand de Jérusalem a également été attaqué et deux religieuses ont été tuées dans le couvent de l'Eglise orthodoxe russe de cette même ville.

Agissements des autorités d'occupation à l'égard des réfugiés palestiniens

34. Les Palestiniens qui ont été chassés de Palestine en 1948 et qui vivent à présent dans les territoires occupés en 1967 - certains sur la Rive occidentale dans des camps comprenant 341 000 habitants et d'autres dans la Bande de Gaza où 377 000 personnes sont réparties dans d'autres camps - constituent 69 % de la population des territoires occupés et leurs camps font l'objet de campagnes d'intimidation incessantes et de pratiques iniques telles qu'imposition de couvre-feux, campagnes d'arrestations et irruption dans les maisons, notamment pendant la nuit. Les statistiques internationales confirment que 88 % des habitants des camps ont été emprisonnés, arrêtés ou soumis à des interrogatoires par les autorités d'occupation. Les agissements des autorités d'occupation ont atteint un point culminant aux camps de Dahisha et de Jabalia avec le lancement du projet Ben Borath qui vise à l'élimination des camps palestiniens, c'est-à-dire à la dispersion de la population palestinienne et, donc, à l'anéantissement de la cause palestinienne par l'élimination de toute trace des réfugiés palestiniens et la destruction de leurs liens avec les Nations Unies et l'UNRWA.

La situation économique

35. Dans les territoires arabes occupés, les autorités israéliennes appliquent une politique économique bien définie, conforme à leurs visées expansionnistes.

a) Secteur de l'agriculture

36. Le secteur de l'agriculture a constitué la colonne vertébrale de l'économie palestinienne au fil des ans. Poursuivant leurs objectifs d'expansion et de colonisation, les autorités d'occupation ont annexé de vastes étendues de terres palestiniennes et lancé des ordres militaires arbitraires pour limiter la production agricole. Parmi ceux-ci figurent le contrôle des opérations de commercialisation des produits agricoles, le contrôle des ressources hydriques et de sévères restrictions imposées à leur utilisation par les agriculteurs palestiniens, ainsi

que des restrictions à l'exportation d'agrumes et d'autres produits sur des marchés extérieurs. En conséquence, le secteur de l'agriculture s'est détérioré et sa production est en diminution.

b) Secteur industriel

37. Les autorités israéliennes ont entravé le développement du secteur industriel dans les territoires arabes occupés, refusant aux citoyens arabes les autorisations de créer des entreprises industrielles et les empêchant d'importer les machines et les matières premières nécessaires à l'industrie. De ce fait, l'industrie a subi une réduction de 45,8 % de sa production et une réduction de 47,6 % des travailleurs. Vingt-huit pour cent des usines arabes fonctionnent actuellement à moins de 50 % de leur capacité.

c) Secteur du tourisme

38. Plusieurs obstacles ont également été mis au développement de ce secteur dont la productivité s'est trouvée considérablement réduite. Le nombre des hôtels sur la Rive occidentale est passé de 29 en 1970 à 16 en 1984.

2. ADMINISTRATION DU SYSTEME DE SANTE ET POLITIQUES SANITAIRES
DANS LES TERRITOIRES ARABES OCCUPES

Introduction

Politiques sanitaires dans les territoires arabes occupés

39. La politique suivie par les autorités israéliennes consiste non seulement à empêcher le développement des services, qu'il s'agisse des soins de santé primaires ou de la médecine curative, mais aussi à réduire les services existants. Six hôpitaux sur la Rive occidentale et à Gaza ont été fermés, outre plusieurs centres ou dispensaires de médecine préventive, le laboratoire central, le Centre antituberculeux de Jérusalem, l'école d'infirmières et, récemment, l'Hospice, ce qui est une infraction aux prescriptions de l'article 57 de la Convention de Genève. Certains bâtiments ont été confisqués, par exemple la Clinique Saint-Joseph à Jérusalem, transformée en commissariat de police, l'Hôpital Jeneid à Naplouse, qui est devenu la prison Jeneid, et l'hôpital public du quartier Al-Sheikh Jarrah de Jérusalem, devenu le quartier général de la police israélienne. On pourrait citer de nombreux exemples de l'interdiction de créer de nouvelles institutions caritatives ou locales. Les autorités israéliennes ont rejeté une demande de l'Association médicale arabe de Gaza tendant à créer un hôpital, une demande de l'Association féminine de Beit-Sahour en vue de mettre sur pied une maternité, et une demande de l'Association des Amis de l'Hospice visant à rénover cet établissement hospitalier. La délivrance du permis de construire pour un hôpital de la Société des Amis des Malades d'Hébron a été différée pendant cinq ans. Les Israéliens empêchent les hôpitaux existants de créer de nouveaux services spécialisés. La participation des institutions et organisations internationales à la promotion de la santé dans les territoires occupés est minime. Une meilleure connaissance des besoins et une programmation plus rationnelle encourageraient le soutien international.

40. Les politiques en matière de personnels de santé ne comportent aucun plan pour la formation ni pour le développement des compétences dont les agents sanitaires ont besoin. Les programmes de recherche ont été suspendus. Les établissements sanitaires ne sont pas dotés du personnel nécessaire. La réduction des crédits budgétaires alloués par le Gouvernement à la santé a abouti à une diminution du nombre des postes dans les établissements sanitaires et à une baisse des salaires en dépit de la hausse du coût de la vie. Nombreux sont les personnels de santé qui ont dû rechercher un emploi dans d'autres secteurs. Les autorités israéliennes repoussent toute tentative de développement ou de modernisation des établissements sanitaires et suivent une politique consistant à aiguiller les malades des territoires occupés sur des hôpitaux israéliens et à établir des liens entre les établissements palestiniens et les établissements israéliens afin de supprimer toute entité arabe indépendante dans ce secteur.

41. En raison de la politique menée par les autorités d'occupation, les établissements sanitaires palestiniens ne sont pas en mesure de dispenser les services de santé nécessaires. A cause du manque de personnel qualifié, de matériel, et parfois de médicaments, les malades sont souvent transférés dans des hôpitaux israéliens, ce qui provoque chez eux un sentiment de frustration et un manque de confiance dans les services de leurs propres hôpitaux. La définition de la politique sanitaire et l'engagement politique en vue d'instaurer la santé pour tous sont inaccessibles pour les autorités palestiniennes, aucun engagement réel n'étant possible eu égard aux conditions qui règnent actuellement dans les territoires occupés.

Définition de la politique sanitaire

42. L'organisation des services de santé est placée sous le contrôle direct et absolu des autorités d'occupation qui seules peuvent définir la politique sanitaire dans les territoires occupés.

Planification

43. La planification relève directement des autorités d'occupation et aucun citoyen arabe n'est autorisé à y participer ou à exprimer son opinion en la matière. On ne peut donc dire qu'il y ait une quelconque planification sanitaire visant à élever le niveau de santé de la population. Il n'existe pas de planification à moyen et à long terme. La conduite de l'activité sanitaire repose sur un concept de planification à court terme. Le personnel sanitaire local s'efforce d'évaluer et d'analyser la situation sanitaire, efforts basés sur la préparation d'un inventaire des services et sur certains éléments d'appréciation des besoins de santé à satisfaire. Malheureusement, l'évaluation des besoins de la population ne repose pas sur un système d'informations statistiques totalement adéquat ou sur des enquêtes épidémiologiques ou sociales concernant l'utilisation des services, les attitudes des médecins ou de la population pas plus que sur l'analyse des besoins ressentis par rapport aux besoins déterminés par les médecins. Or ceux-ci ne sont pas autorisés à exprimer leur opinion ni à participer à la planification pour déterminer les priorités et les politiques de santé des territoires occupés.

44. Les autorités militaires affectent aux hôpitaux de la Rive occidentale des crédits équivalant au dixième environ de ceux qui sont alloués à un seul hôpital israélien de taille moyenne. Le traitement d'un médecin arabe dans les territoires occupés ne correspond qu'à la moitié environ de celui d'un médecin israélien. Il convient de noter que l'administration militaire ne publie aucun chiffre concernant le budget de santé dans les territoires occupés.

Le budget de santé pour la Rive occidentale

45. Si l'on considère le budget de santé pour la Rive occidentale pendant la période allant de 1978 à 1984 comme un indicateur de la situation sanitaire, il apparaît clairement que ce budget est tombé de US \$35,36 millions en 1978 à US \$3,98 millions en 1984, soit environ 15,7 % du budget de 1978. Le budget pour 1985 ne dépassait pas US \$3 millions. En revanche, le budget de santé en Israël est passé de US \$1139 millions en 1978 à US \$1931 millions en 1984, soit une augmentation de 170 %. Bien que l'effectif de la population sur la Rive occidentale soit l'équivalent de 22,5 % de la population d'Israël, les dépenses de santé par Palestinien ne dépassent pas 2 % de ce qu'elles sont pour un Israélien.

Le seuil de pauvreté dans les territoires occupés

46. Le revenu mensuel moyen dans les territoires occupés a baissé, ce qui signifie que le coût élevé des services médicaux n'est pas compensé par une augmentation des revenus familiaux, d'où une aggravation de la situation sanitaire.

| | Rive occidentale | | Gaza | |
|---|--|--------|---------|--------|
| | 1983 | 1984 | 1983 | 1984 |
| Revenu familial minimum requis (en US \$) | 586,0 | 586,0 | 586,0 | 586,0 |
| Revenu familial réel (en US \$) | 441,8 | 380,0 | 462,4 | 380,0 |
| Ecart entre le minimum requis et le revenu réel (en US \$) | 144,8 | 206,0 | 123,6 | 206,0 |
| Indicateur médian de pauvreté (en pourcentage) | 24,7 % | 35,2 % | 21,15 % | 35,2 % |
| Hypothèses | Nombre moyen de personnes par ménage : 6 personnes Nombre moyen d'actifs par ménage : 2 personnes | | | |

Administration des services de santé

47. Les autorités israéliennes privent les médecins et les personnels de santé arabes du droit de participer à l'administration des services de santé publique. C'est ce dont témoigne la centralisation de toutes les questions sanitaires entre les mains des autorités israéliennes et la participation insuffisante ou sans effet des nationaux à ces questions. Quand le Comité a essayé de savoir quelles mesures financières avaient été prises pour l'extension des programmes de santé, il n'a pas pu obtenir l'information nécessaire. D'après les rapports, la participation communautaire en général et la participation des personnels de santé en particulier à la planification, à l'administration et à la répartition des crédits budgétaires est pratiquement inexistante.

Les politiques israéliennes et les industries pharmaceutiques arabes

48. Les industries pharmaceutiques arabes dans les territoires occupés éprouvent d'énormes difficultés en raison des pratiques israéliennes envers les établissements nationaux de production. Ces pratiques sont :

- les difficultés entravant l'importation de matières premières. En effet, l'importation de ces matières par le port jordanien d'Aqaba et leur acheminement par des ponts sur le Jourdain les exposent à la grande chaleur, au risque de détérioration, car certaines de ces matières premières sont très sensibles. En outre, les inspections méticuleuses de ces substances leur font courir le risque d'être endommagées et de se détériorer. Tout cela pour que les autorités d'occupation interdisent l'importation de ces matières premières parce que ce sont des substances chimiques stratégiques;
- l'imposition de taxes et de droits de douane doubles sur la production de médicaments, ce qui augmente les coûts de production et les prix et rend ces médicaments non compétitifs par rapport aux produits israéliens;
- la création d'obstacles et de difficultés pour entraver le fonctionnement des industries pharmaceutiques arabes. En conséquence, les laboratoires pharmaceutiques arabes dans les territoires occupés sont confrontés à une crise financière gigantesque, qui les empêche de répondre aux besoins des citoyens arabes dans ces territoires.

L'infrastructure sanitaire dans les territoires arabes occupésIntroduction

49. Cette partie du rapport traite de l'infrastructure sanitaire dans les territoires arabes occupés et examine ses deux composantes principales : premièrement, l'infrastructure publique et, deuxièmement, l'infrastructure gérée par des organisations charitables, privées et internationales.

L'infrastructure sanitaire publique

50. Sous cette rubrique, les points suivants seront passés en revue :

1. l'infrastructure sanitaire sur la Rive occidentale;
2. l'infrastructure sanitaire de la Bande de Gaza;
3. les personnels de santé
4. une comparaison entre l'infrastructure sanitaire dans les territoires arabes occupés, d'une part, et en Israël et en Jordanie, d'autre part.

L'infrastructure sanitaire sur la Rive occidentale

51. Ce point sera étudié dans le contexte des différentes zones de la Rive occidentale, soit Jérusalem, Ramallah, Naplouse, Tulkarem, Djénine et Bethléem.

L'infrastructure sanitaire à Jérusalem

52. Les autorités militaires ont séparé la ville de Jérusalem du reste de la Rive occidentale. La ville a été ensuite divisée en six districts sanitaires dans le but d'y oblitérer l'identité arabe et de saper toutes les institutions sanitaires qui s'y trouvent. Les autorités israéliennes ont fermé le seul hôpital arabe de Jérusalem, à savoir l'Hospice. En outre, elles ont sapé le système de santé palestinien moyennant :

1. la séparation des établissements de soins de Jérusalem de ceux de la Rive occidentale;
2. l'impossibilité pour la population de Jérusalem de s'affilier au régime d'assurance-maladie de la Rive occidentale;
3. la prise en main du nouvel hôpital public du district de Sheikh Garrah à Jérusalem, qui a été transformé en quartier général du Ministère israélien de la Police;
4. la fermeture de l'hôpital pédiatrique SebaFord, du département de la santé et des dispensaires à Jérusalem;
5. la fermeture du centre antituberculeux malgré son importance considérable;
6. la fermeture de la banque du sang de Jérusalem, seul établissement du genre dans la région;
7. la fermeture du laboratoire central de Jérusalem, qu'a condamnée le Comité spécial d'experts, tout comme la fermeture du centre antituberculeux;
8. la fermeture de l'Hospice, qui était le seul hôpital public dans la partie arabe de Jérusalem et desservait la ville et les villages avoisinants dont la population s'élève à environ 150 000 personnes, pour la plupart pauvres ou ne disposant que de faibles revenus. L'hôpital a été fermé le 29 juillet 1985, les membres de son personnel ont été arrêtés et interrogés après que les autorités aient fait quitter leur lit par la force aux malades. Les autorités d'occupation ont donné des justifications trop fragiles à cet acte pour que l'on prenne la peine de les réfuter.

L'infrastructure sanitaire dans le district de Ramallah

53. La population du district de Ramallah s'élevait à 135 000 habitants en 1985. Avant 1967, le district possédait les quatre hôpitaux suivants qui comptaient au total 209 lits : hôpital de campagne (93 lits), ancien hôpital public (58 lits), nouvel hôpital public (58 lits) et hôpital des maladies transmissibles. Les autorités d'occupation ont fermé l'hôpital de campagne qui possédait 20 lits de pédiatrie et l'ont transformé en bureaux administratifs pour le gouvernement militaire, puis en prison. Elles ont également fermé l'hôpital des maladies transmissibles et, en 1975, elles ont fusionné l'ancien hôpital public et le nouveau, réduisant ainsi de plus de la moitié le nombre de lits réservés aux enfants. Il a été impossible de répondre aux besoins de la population en raison du nombre insuffisant d'unités de diagnostic, ce qui signifie qu'il a fallu aiguiller les malades vers des hôpitaux israéliens pour les examens para-cliniques, pratique qui fait peser un fardeau supplémentaire sur le budget hospitalier. Un laboratoire régional permettrait d'économiser du temps, des efforts et de l'argent, mais les autorités israéliennes s'opposent à sa construction. L'hôpital de Ramallah se trouve également face à de nombreuses difficultés techniques, outre le manque de personnel provoqué par la modicité des salaires.

L'infrastructure sanitaire dans le district de Naplouse

54. Le district de Naplouse comptait une population d'environ 150 000 habitants en 1985 et il dispose des hôpitaux suivants :

- L'ancien hôpital public avec une capacité de 153 lits en 1967, qui a été ramenée après l'occupation à 87 lits, dont 30 pour la médecine interne, 30 pour la pédiatrie, 10 pour l'ORL, 4 pour les maladies rénales, 4 pour les soins intensifs et 9 pour la physiothérapie et la convalescence. Bien que l'hôpital souffre déjà d'une pénurie aiguë de personnel médical et d'un manque de matériel convenable, il a été fermé par les autorités d'occupation et son matériel a été confisqué.
- Le nouvel hôpital de Rafidia dont les six étages devaient être inaugurés en 1967. Les autorités d'occupation n'en ont ouvert que deux en 1975. Il offre 118 lits, dont 50 pour la chirurgie, 38 pour la gynécologie et l'obstétrique, 20 pour l'orthopédie et 10 pour l'ORL. L'hôpital n'est pas bien entretenu en raison du manque de personnel d'entretien et faute de remédier à cette situation il se détériorera inévitablement.

L'infrastructure sanitaire dans le district d'Hébron

55. En 1985, le district d'Hébron comptait une population d'environ 160 000 habitants répartis dans cinq petites villes et 55 villages. Le seul hôpital de ce district a été créé en 1965; sa capacité est de 100 lits. D'après le rapport du Comité de Secours palestinien, 69 % de la population d'Hébron est totalement dépourvue de ressources, ce qui est le pourcentage le plus élevé de la Rive occidentale. Treize pour cent de la population seulement bénéficient d'une assurance-maladie. Le traitement et l'hospitalisation reviennent à environ \$100 par jour à ceux qui ne sont pas couverts. L'Hôpital d'Hébron est le seul hôpital dans cette région de la Rive occidentale. En 1967, on comptait 1,04 lit pour 1000 habitants mais, en 1985, ce chiffre était passé à 0,63 pour 1000.

56. Selon les rapports, l'hôpital dans son ensemble a besoin d'être rénové et exige que des solutions soient trouvées aux problèmes posés par le personnel infirmier, le service de buanderie, le matériel de radiographie, l'ascenseur, le manque de certains médicaments, la pénurie de personnel, l'alimentation insuffisante en électricité et en eau et les installations sanitaires défectueuses. Tous ces problèmes sont principalement imputables à l'insuffisance des crédits budgétaires.

57. Début mai 1980, la Société des Amis des Malades d'Hébron a demandé l'autorisation de construire un hôpital de 300 lits, avec l'appui d'une contribution de US \$6 000 000 de la Conférence islamique; à l'époque, les autorités israéliennes ont refusé l'autorisation de construire cet hôpital.

L'infrastructure sanitaire dans les districts de Tulkarem et de Djénine

58. Les districts de Tulkarem et de Djénine, dont l'infrastructure est à peu près la même, reflètent le déséquilibre du développement de l'infrastructure sanitaire depuis 1967. Ils sont tous deux éloignés de la région centrale et possèdent moins de services de santé que cette dernière. Les services qu'ils assurent sont pratiquement inconnus dans les villages avoisinants.

59. La population de Tulkarem s'élevait à 145 000 habitants en 1985 et celle de Djénine à 130 000 habitants. Les 70 lits que comptait l'Hôpital de Tulkarem en 1967 ont été ramenés, après l'occupation, à 60 lits également répartis entre les services de chirurgie, de médecine interne, de gynécologie et de pédiatrie. Par la suite, les lits réservés aux services de chirurgie ont été supprimés. Djénine possédait 70 lits d'hôpital en 1967. Après l'occupation, ce nombre a été ramené à 55 lits répartis comme suit : 16 en chirurgie, 12 en gynécologie, 10 en pédiatrie et 17 en médecine interne. Les lits du service de chirurgie ont été par la suite supprimés. Beaucoup de patients devant se faire hospitaliser vont se faire soigner à Naplouse, à Ramallah à Jérusalem, à Béthléem et en "Israël".

60. Les installations de l'Hôpital public de Tulkarem sont très mauvaises, s'agissant surtout du service de radiographie, faute d'un spécialiste. Le laboratoire ne peut effectuer que des examens très simples; il manque souvent de réactifs et du matériel et des fournitures nécessaires. Le taux d'occupation des lits est faible du fait que certains services ne sont pas ouverts ou que les installations indispensables font défaut.

61. La situation de l'Hôpital de Djénine n'est en aucun cas meilleure que celle des hôpitaux des autres régions. Il souffre d'une pénurie de personnel spécialisé (médecins spécialistes, techniciens de laboratoire, techniciens de radiologie) et de services de laboratoire ainsi que de services préventifs adéquats, d'orthopédistes et d'oto-rhino-laryngologistes. Le niveau des soins fournis à la population n'atteint que 10 % du niveau de santé des pays développés d'Europe ou du niveau d'Israël.

L'infrastructure sanitaire dans le district de Bethléem

62. Ce district, qui comprend Bethléem, Beit-Jallah et Jéricho, compte une population d'environ 110 000 habitants d'après les statistiques de 1985. On trouve dans le district de Bethléem des hôpitaux publics, privés et appartenant à des associations charitables. Les hôpitaux publics englobent :

L'Hôpital de Beit-Jallah

63. En 1967, cet hôpital ne comptait que 64 lits dont 14 pour la médecine interne, 12 pour la chirurgie, 5 pour la gynécologie, 18 pour l'orthopédie et 3 pour le cancer. Les lits destinés à la neurochirurgie ont été supprimés et les lits réservés à la chimiothérapie ramenés de 5 à 3. D'après le rapport du Comité spécial d'experts, "c'est un hôpital assez actif, mais comme tous ses semblables, il a ses problèmes : manque d'ambulances, manque de personnel, surtout infirmier, manque de coordination au niveau central dans la distribution des médicaments".

64. Certains gouvernements et certaines institutions ont fourni une aide à cet hôpital : le Gouvernement suédois, US \$635 000; le Gouvernement jordanien, US \$250 000; la Municipalité de Beit-Jallah, US \$120 000; l'Association arabe pour les Services de Santé, US \$100 000. Les autorités militaires n'ont fait don que de US \$50 000.

L'Hôpital de Jéricho

65. L'Hôpital public de Jéricho dessert la région des Ghors. Son nombre de lits a été ramené de 72 à 48 : 5 pour la médecine interne, 5 pour la pédiatrie, 7 pour la chirurgie générale et 26 pour la chirurgie orthopédique. Le service de radiologie possède un vieil appareil et un petit laboratoire permet des examens de base, mais il n'y a pas de banque du sang.

66. Il mérite d'être signalé qu'en 1986 les autorités militaires ont supprimé 26 des 48 lits réservés à l'origine à l'orthopédie, ce qui constitue une étape vers la fermeture de l'hôpital. La fermeture de l'Hôpital de Jéricho est le prochain objectif des autorités d'occupation. Ayant déjà fermé l'Hospice, elles prennent vis-à-vis de l'Hôpital de Jéricho les mesures qui ont abouti à cette fermeture, c'est-à-dire diminution des lits, des services et du budget. Il s'en est suivi une détérioration de la situation sanitaire dans la Région.

L'infrastructure sanitaire de la Bande de Gaza

67. Alors qu'on comptait 364 000 habitants au total dans la Bande de Gaza en 1969, leur nombre atteignait 560 000 en 1985, soit une augmentation de 54 %.

68. La situation, pour les services de santé de la Bande de Gaza, est difficile : au lieu de se développer à mesure que la population s'accroît, ils sont plus durement atteints que ceux de la Rive occidentale. Les autorités d'occupation israéliennes ont fermé l'Hôpital de Tal-Al-Zouhour et l'Hôpital des maladies fébriles et les ont transformés en services et bureaux militaires. Le nombre total de lits a été ramené de 977 à 755 en 1982. Le seul hôpital de la région spécialisé dans les maladies des voies respiratoires n'a pas été épargné. Le nombre de lits pour ces maladies a été réduit de 210 en 1967 à 70 en 1980.

69. Les autorités militaires d'occupation gèrent quatre hôpitaux dans la Bande de Gaza et contribuent à la gestion d'un cinquième, l'Hôpital Bureij pour les maladies respiratoires. L'Hôpital Al-Shifaa, qui compte 336 lits, est l'un des plus grands de la Bande de Gaza mais il manque de crédits depuis des années et il est insuffisamment équipé par rapport aux hôpitaux israéliens.

70. Les malades de l'Hôpital Al-Shifaa, en particulier ceux qui occupent les bâtiments anciens, ont très froid l'hiver, la seule source de chaleur dans les salles de 14 lits étant insuffisante. En 1983, la morgue de l'Hôpital Al-Shifaa est restée fermée plus d'un an jusqu'à ce qu'un habitant de Gaza fournisse les fonds nécessaires pour effectuer les réparations. En 1984, faute de moyens financiers, le service de chirurgie a dû interrompre pendant six mois les opérations qui n'étaient pas absolument indispensables.

71. En décembre 1984, les autorités israéliennes ont fermé le service orthopédique d'une vingtaine de lits de l'Hôpital Nasser, à Khan Younis, sous prétexte qu'il était contaminé; ces activités ont été transférées à l'Hôpital Al-Shifaa à Gaza.

72. En 1984, les opérations étaient constamment retardées par suite de pannes affectant le matériel d'anesthésie, la table d'opération et l'appareil de radiographie. La population de Khan Younis se plaignait de la longueur des files d'attente et se déclarait généralement mécontente des services médicaux fournis par l'hôpital. A l'hôpital de 65 lits de la Mission évangélique, le seul hôpital privé de Gaza, la journée d'hospitalisation, y compris les services chirurgicaux et les médicaments, revient à plus de US \$100. Néanmoins, cet hôpital connaît des difficultés financières depuis quelque temps. L'autorisation demandée par la Société médicale arabe de créer un hôpital de 300 lits au moyen de fonds bénévoles n'a pas été encore accordée.

Personnels de santé

73. Les personnels de santé des territoires arabes occupés sont constamment en difficulté du fait que les autorités israéliennes d'occupation, par leurs pratiques et leur politique, s'emploient sans cesse à limiter et réduire leur nombre. Les autorités israéliennes ne remplacent pas ceux qui démissionnent ou prennent leur retraite, ce qui a entraîné une détérioration des services de santé. Le rapport du Comité spécial OMS d'experts a indiqué qu'il y avait des problèmes de recrutement et de formation à tous les niveaux. Malgré les besoins de nombreux centres et secteurs sanitaires, de nombreux médecins palestiniens ne trouvent pas de travail, faute de postes inscrits au budget des services nationaux. De plus, il n'existe pas de "plan de développement des personnels de santé".

74. Parmi les pratiques des autorités d'occupation israéliennes conçues pour forcer les personnels de santé à abandonner leur poste et à émigrer, on peut citer :

- la fermeture ou le regroupement de centres et établissements de santé rendant certains postes superflus;
- la faiblesse des salaires malgré l'augmentation du coût de la vie, les impôts et l'inflation galopante;
- l'absence de possibilités de formation et de spécialisation et la pénurie d'installations et de matériel pour travailler;
- l'absence de sécurité et de stabilité de l'emploi en raison des expulsions, des arrestations et des incarcérations.
- l'interdiction faite aux personnes se trouvant en dehors des territoires occupés au moment de l'occupation de rejoindre leur famille;
- les tentatives d'ingérence dans l'application des lois régissant la pratique professionnelle, ainsi le décret N° 745/1978 passé par l'armée d'occupation israélienne.

Statistiques relatives aux personnels de santé

75. Le tableau ci-après donne le nombre moyen pour certaines catégories de personnel de santé et le nombre moyen de lits d'hôpitaux pour 1000 habitants.

NOMBRE MOYEN DE PERSONNELS DE SANTE, 1984

| | Médecins | Dentistes | Pharmaciens | Infirmières | Lits d'hôpitaux |
|------------------|----------------------------------|-----------|-------------|-------------|-----------------|
| | Nombre moyen pour 1000 habitants | | | | |
| Rive occidentale | 0,27 | 0,015 | 0,14 | 0,33 | 1,15 |
| Gaza | 0,05 | 0,10 | 0,10 | 0,52 | 1,4 |
| Israël | 2,9 | 0,70 | 0,62 | 3,6 | 6,4 |
| Jordanie | 1,2 | 0,02 | 0,33 | 0,66 | 1,8 |

Tendances relatives au nombre des hôpitaux et des lits d'hôpitaux

76. Le secteur de la santé d'Israël étudie les moyens d'augmenter les salaires, d'attirer des personnels, de réduire les horaires de travail et d'organiser des cours de formation annuels à l'intention du personnel des services de soins intensifs pour prématurés et des unités de soins intermédiaires.

77. Des efforts particuliers ont été faits pour accroître le nombre moyen de médecins et d'infirmières par patient dans différents domaines, notamment les soins aux prématurés, mais ces dépenses paraissent absolument exagérées sur la Rive occidentale, où la situation du secteur de la santé est très précaire.

78. Dans les territoires occupés, les services sont essentiellement assurés par les hôpitaux publics. En 1967, les Palestiniens avaient accès à douze hôpitaux publics et trois autres venaient d'être mis en service, ce qui témoignait d'un progrès en matière de développement sanitaire.

79. A l'heure actuelle, après 20 ans d'occupation, la Rive occidentale ne compte plus que neuf hôpitaux publics et huit hôpitaux privés, c'est-à-dire presque dix fois moins qu'en

Israël en 1984. Vingt ans d'occupation ont également démantelé le secteur médical arabe de telle sorte que certains services n'ont à leur tête aucun administrateur alors que d'autres sont administrés par un spécialiste.

80. Les autorités militaires ont placé des dispensaires, des centres de santé maternelle et infantile, des écoles de soins infirmiers et autres établissements de santé des territoires occupés sous leur administration. La plupart des installations sont situées dans les centres urbains et inaccessibles pour 75 % de la population rurale. Le tableau ci-après illustre les tendances relatives au nombre total d'hôpitaux et de lits d'hôpitaux.

| Nombre d'hôpitaux publics et d'hôpitaux privés | | | | | | | |
|--|--------|----------------------|--------|--------|-----------------|--------|------------------|
| | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | Evolution |
| Rive occidentale | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | Aucun changement |
| Gaza | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | Aucun changement |
| Israël | 140 | 144 | 146 | 148 | 150 | 152 | + 8,6 % |
| Jordanie | 22 | 35 | 35 | 42 | 48 | 53 | + 65,61 % |
| | | Nombre total de lits | | | | | |
| Rive occidentale | 1 045 | 1 021 | 1 021 | 991 | 991 | 951 | - 9 % |
| Israël | 26 011 | 26 267 | 26 579 | 27 247 | 26 430 (sic) | 27 039 | + 4 % |

Dispensaires spécialisés

81. Les services curatifs sont assurés par les hôpitaux et les dispensaires. L'état des dispensaires n'est guère meilleur que celui des hôpitaux. Les dispensaires spécialisés sont rares : cinq sur la Rive occidentale et deux dans la Bande de Gaza, soit un dispensaire pour 250 000 habitants. Ces chiffres montrent bien l'insuffisance des services curatifs dans les territoires occupés. Ces dispensaires sont très sommaires et il n'existe pas de dispensaire dentaire sur la Rive occidentale ni à Hébron. Les autorités d'occupation ont fermé deux dispensaires à Ramallah.

Laboratoires

82. Il y a 12 laboratoires sur la Rive occidentale et deux dans la Bande de Gaza. Le laboratoire central de Jérusalem a été fermé. Le moins que l'on puisse dire de ces laboratoires est qu'ils ne peuvent pas remplir leur fonction et qu'il leur est tout juste possible d'effectuer des épreuves élémentaires. Les autres épreuves sont assurées par des hôpitaux israéliens une fois par jour ou une fois par semaine selon le type d'hôpital. Les laboratoires continuent de souffrir de la vétusté de leur équipement et il n'y a aucune possibilité de faire l'acquisition de matériel récent répondant aux exigences d'un diagnostic moderne.

Radiologie

83. Les services radiologiques se détériorent et ne peuvent pas pratiquer tous les examens radiologiques car le matériel utilisé date d'avant 1969. On ne peut radiographier que les os et le thorax. Il n'y a qu'un radiologue sur la Rive occidentale alors que les techniciens de radiologie travaillent 24 heures sur 24 dans les hôpitaux et que certaines unités fonctionnent depuis 1963. Il convient de mentionner que le coût des épreuves de laboratoire et des examens radiologiques exécutés dans les hôpitaux israéliens est déduit de l'allocation budgétaire pour les services de santé dans les territoires occupés.

Banques de sang

84. La banque centrale se trouve à Jérusalem et il existe six annexes sur la Rive occidentale. Comme on l'a déjà mentionné, la banque de Jérusalem a été fermée. Dans la Bande de Gaza, les habitants ont donné du sang pour améliorer les conditions de fonctionnement de la banque de sang.

Soins de santé primaires

85. On ne peut isoler les soins de santé primaires des plans de développement en général et du développement sanitaire en particulier. Les composantes ci-après sont considérées comme faisant partie intégrante du système de soins de santé primaires.

Soins de santé maternelle et infantile

86. Les soins de santé primaires sont orientés essentiellement vers la santé maternelle et infantile. Les centres de soins maternels et infantiles ne sont pas assez nombreux dans les territoires, ne disposent pas du matériel et des personnels nécessaires et ne suffisent pas à assurer des soins prénatals et des soins infantiles, un contrôle de la croissance et de la nutrition et la lutte contre les principales causes de mortalité périnatale. Les enfants représentent 48,7 % de la population totale des territoires occupés. Nous estimons que les services sont tout à fait insuffisants. En 1983, 27,12 % seulement de l'ensemble des lits d'hôpital étaient réservés aux enfants, qui représentent pourtant à eux seuls presque la moitié de la population totale.

87. De plus, les enfants soignés dans les hôpitaux publics de la Rive occidentale sont souvent confiés à des généralistes, étant donné qu'il n'y a que 12 pédiatres. Il existe 84 centres de santé maternelle et infantile sur la Rive occidentale et 18 centres dans la Bande de Gaza. Les soins de santé primaires sont assurés dans les dispensaires par du personnel paramédical (auxiliaires, infirmiers diplômés et sages-femmes); dans de nombreuses localités rurales, des accoucheuses traditionnelles interviennent encore souvent dans l'assistance obstétricale; 366 villages de la Rive occidentale n'ont pas de centres de soins maternels et infantiles.

Dispensaires

88. On compte 145 dispensaires publics sur la Rive occidentale sous administration militaire et 21 dispensaires publics à Gaza. Beaucoup de ces dispensaires ne disposent même pas du matériel nécessaire pour assurer des soins de santé primaires et beaucoup de médicaments essentiels font également défaut. Pour la plupart des médicaments, le stock est épuisé le dixième jour du mois. Sur 450 villages, 305 n'ont pas de dispensaire (alors que chaque colonie sioniste implantée sur la Rive occidentale ou à Gaza dispose d'un dispensaire bien équipé). Il convient de noter que ces dispensaires ne sont pas ouverts pendant toute la semaine et qu'ils n'accueillent pas les urgences pendant la nuit. Le médecin responsable ne se rend bien souvent dans beaucoup de ces dispensaires que deux fois par semaine et ne reste pas longtemps car il doit ensuite retourner chez lui. Les médecins se plaignent toujours qu'ils doivent examiner 20 à 50 malades à l'heure, ce qui signifie qu'ils consacrent moins de trois minutes à chacun. A titre de comparaison, chaque colonie israélienne de la Rive occidentale et de Gaza dispose au moins d'un médecin résident et d'une infirmière qui sont à leur poste pendant toute la semaine.

89. La plupart des dispensaires de la Rive occidentale et de Gaza disposent d'un infirmier ou d'une infirmière mais plusieurs n'en ont pas. Les conditions de travail dans ces dispensaires sont insatisfaisantes, ils sont mal situés pour répondre aux besoins concrets des villes et de certains villages dont la population dépasse 10 000 habitants. Les dispensaires reçoivent deux fois par semaine la visite d'un jeune généraliste qui vient d'être diplômé et qui reste deux heures; le reste du temps, les services sont assurés par une infirmière souvent non qualifiée.

Tendances de la mortalité infantile

90. La mortalité infantile est un indicateur important du niveau des soins de santé primaires. Les chiffres avancés par les autorités d'occupation israéliennes seront donc examinés ici pour

démontrer dans quelle mesure ils sont faux; on s'efforcera ensuite de présenter des taux nouveaux et plus réalistes.

Taux de mortalité infantile officiels et tendancieux

91. Depuis de nombreuses années, les autorités militaires d'occupation ont publié et diffusé des statistiques sur la mortalité infantile qui ont dû être révisées par le Bureau central des Statistiques israélien avant d'être homologuées. D'après ces statistiques, le nombre des mortinassances atteignait 30 à 38 pour 1000 naissances vivantes sur la Rive occidentale pendant la période 1976-1984. Le Bureau central des Statistiques israélien a toutefois corrigé ces chiffres pour indiquer un taux de 70 pour 1000.

92. En ce qui concerne les populations des camps de réfugiés de la Rive occidentale, l'UNRWA a publié des statistiques indiquant que la mortalité infantile dans les camps allait de 37 à 84 pour 1000 entre 1977 et 1984. Mais l'on peut affirmer qu'aucune étude statistique réaliste et fiable n'a jusqu'à présent été effectuée car la plupart des chercheurs se sont servis des statistiques publiées par les autorités d'occupation, qui sont loin d'être précises. Une étude menée sur la Rive occidentale indique que, dans le district de Naplouse, les taux de mortalité infantile se situent entre 100 pour 1000 à Hawara et 286 pour 1000 à Majdal Bani Fadel.

Santé scolaire

93. Les activités préventives et les visites médicales pour les écoliers et le personnel scolaire sont, d'après un rapport du Comité spécial d'experts, "insuffisantes, voire inexistantes".

Assistance sociale

94. L'assistance sociale venant compléter les soins de santé, par exemple dans les domaines de la santé mentale, de la santé maternelle et infantile ou de la santé des prisonniers, est inexistante. En outre, l'inflation fait qu'il est difficile à la population d'avoir accès aux denrées de première nécessité (protéines animales) et il n'existe aucun programme d'éducation en santé et en nutrition.

Assurance-maladie

95. En 1978, les autorités d'occupation israéliennes ont introduit un système d'assurance-maladie, obligatoire pour les fonctionnaires de l'Etat et les employés des conseils municipaux et de villages, y compris retraités, et facultatif pour les autres catégories sociales. Toutefois, le système imposé par les autorités d'occupation ne résout pas le problème de la dégradation des services de santé proposés aux citoyens arabes, car ces services sont dispensés par les établissements de santé de l'Etat situés dans les territoires occupés qui, comme nous l'avons déjà mentionné, souffrent d'une grave pénurie de matériel, de moyens financiers et de personnel. Lors de l'introduction de ce système, on aurait dû développer les établissements sanitaires pour leur permettre d'assurer le volume de travail additionnel résultant de cette mesure, mais cela n'a pas été fait. Ainsi, les dispensaires hospitaliers ont été considérés comme des dispensaires spécialisés, ce qui n'apportait rien de nouveau et ne nécessitait pas un nouveau budget étant donné que le spécialiste était déjà sur place avant et après l'introduction du système. Les dispensaires généraux auraient dû être ouverts le soir, ce qui n'a été le cas que dans quatre dispensaires de Gaza.

96. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de médicaments et les assurés doivent se les procurer à leurs frais. En outre, les patients qui ont besoin d'examens de laboratoire ou d'examens radiologiques doivent s'adresser à des laboratoires privés où les prix sont très élevés car les laboratoires d'Etat ne sont pas bien équipés.

Frais médicaux

97. Les autorités d'occupation prétendent que 40 % des habitants de la Rive occidentale et 80 % de ceux de la Bande de Gaza sont assurés et ce, dans le but de faire apparaître le système d'assurance-maladie plus utile et efficace qu'il n'est. Or, d'après les statistiques dont nous disposons, le nombre des personnes assurées ne dépasse pas 20 % sur la Rive occidentale et 60 % dans la Bande de Gaza, ce qui veut dire que plus des deux tiers de la population dans le premier cas et les deux cinquièmes dans le second ne sont pas assurés.

98. Le tableau ci-dessous indique le montant des frais médicaux payés par les personnes non assurées dans les établissements de soins publics des territoires occupés. Le prix d'une nuit à l'hôpital est passé de 220 shekels (environ \$20) en 1981 à 48.000 shekels (environ \$160) à la fin de 1984.

FRAIS MEDICAUX PAYES PAR LES PERSONNES NON ASSUREES
DANS LES TERRITOIRES OCCUPES (EN SHEKELS ISRAELIENS)

| Date | Journée d'hospitalisation | Consultations externes | Radiographie | Examens de laboratoire |
|---------------|---------------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| Janvier 1981 | 220 | 10 | 30 | 30 |
| Mai 1981 | 600 | 30 | 60 | 100 |
| Octobre 1981 | 900 | 50 | 90 | 100 |
| Mai 1982 | 1 500 | 100 | 200 | 300 |
| Janvier 1983 | 4 300 | 130 | - | - |
| Décembre 1984 | 4 800 | - | - | - |

99. Pour Israël, le fait de creuser de nouveaux puits profonds dans les territoires occupés va à l'encontre de ses intérêts. La politique sioniste d'approvisionnement en eau des citoyens arabes sous occupation peut se résumer comme suit :

- 1) imposer de nouvelles restrictions à la consommation d'eau, ce qui affecte la santé de la population;
- 2) ne mettre en place qu'une infrastructure minimale d'approvisionnement en eau dans les villes en privant totalement les villages de telles installations. Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (document A36/13) indique que la salinité de l'eau et l'insuffisance des approvisionnements inquiètent sérieusement les responsables municipaux qui souhaiteraient utiliser leurs propres budgets pour creuser des puits mais se heurtent au refus des autorités israéliennes.

100. Les affirmations des Israéliens selon lesquelles ils développent les ressources en eau et améliorent l'approvisionnement en eau potable dans les territoires occupés ne sont que purs mensonges. Quelques villages sont approvisionnés en eau chlorée. Deux-cent-soixante-cinq villages environ n'ont aucune installation de ce type ou ne sont pas approvisionnés. Ils sont entièrement tributaires des sources, des puits et des bassins voisins.

101. Sur un total de 350 000 villageois, 285 000 n'ont pas accès à une source d'eau de boisson acceptable. En d'autres termes, près de 50 % des villageois, qui ne sont pas plus de 1000 par village, n'ont pas accès à de l'eau potable soit parce qu'il n'existe pas de système d'adduction d'eau, soit parce que l'eau n'est pas chlorée. On peut dire que 35 % de la population des

territoires occupés est exposée à toutes sortes de maladies parce que l'eau qu'elle boit et utilise est polluée. On sait que la plupart des habitants de la Rive occidentale utilisent de l'eau de captage. Les autorités d'occupation ont décrété que l'essentiel des ressources en eau devaient rester inutilisées et qu'il ne fallait pas véritablement les développer de manière à ne pas affecter l'approvisionnement en eau d'Israël. C'est ainsi que l'utilisation de l'eau est réglementée dans de nombreuses zones, et ce, depuis plusieurs dizaines d'années, et que les ressources n'ont pas été développées.

102. Le taux annuel de consommation ménagère sur la Rive occidentale est d'environ 20 m³ par personne. Le chiffre correspondant en Israël est de 60 m³ par personne. Ce taux varie d'une zone à l'autre sur la Rive occidentale. Dans certains villages du district de Jénin, où l'eau provient de puits, la consommation annuelle moyenne d'eau est d'environ 7 m³ par personne, soit à peu près le dixième de celle du citoyen israélien.

103. Les conclusions d'une étude publiée par l'Université de Bir-Zeit, sur la Rive occidentale, sur les bactéries contenues dans l'eau de boisson fournie à huit villages de la région jordanienne d'El Ghor indiquent que la qualité de l'eau de boisson, dans tous les villages examinés, ne satisfait pas aux normes de l'OMS (10 E. coli/100 ml d'eau non chlorée). La qualité de la moitié des stocks d'eau n'était pas acceptable, d'après les normes des autorités de la santé publique des Etats-Unis (200 E. coli/100 ml).

104. Jéricho est l'une des zones les plus désavantagées sur le plan de la santé et de l'approvisionnement en eau puisque les sources d'eau de boisson sont utilisées non seulement pour les besoins de l'homme et de l'animal mais aussi pour le lavage et le nettoyage. En hiver, l'eau des rivières se mêle aux eaux usées et aux déchets avant de pénétrer dans les canaux d'eau de boisson. L'eau analysée dans le canal de Ghawr-el-Fâr situé sur des terrains publics contenait des concentrations microbiennes extrêmement dangereuses pour la santé des populations utilisant cette eau.

La fourniture d'eau et l'assainissement à Gaza

105. Les installations d'eau à Gaza sont d'un niveau inférieur à celles de la Rive occidentale. Une attitude de négligence délibérée freine leur développement et leur amélioration. Tout d'abord, les camps de réfugiés à Rafah sont privés de toute distribution d'eau acceptable; dans certaines régions, les canalisations d'eau potable s'imbriquent avec celles des eaux résiduelles qui débordent des égouts à ciel ouvert.

106. Les habitants de Gaza qui résident loin des principaux centres sont privés de réseau central d'approvisionnement en eau. De plus, la salinité de l'eau à Gaza est très élevée, de 0,7 à 1 millièmes; malgré cela, aucun effort sérieux n'a été fait par l'administration militaire pour réduire cette salinité qui augmente de jour en jour.

107. Quant aux villes de la Bande de Gaza, Khan Younis et Rafah, elles souffrent de l'insuffisance des méthodes d'épuration des eaux usées. Les habitants y déchargent l'essentiel de leurs eaux usées dans les caniveaux.

108. L'élimination des déchets dans les camps se fait par l'intermédiaire de fosses d'aisance, mais il n'existe aucun système pour les vidanger de sorte qu'elles débordent et qu'il se forme des mares nauséabondes. Durant les mois d'été, les moustiques et autres insectes vecteurs de microbes se multiplient autour de ces mares, en propageant maladies et infections cutanées. Il n'est donc pas étonnant que des maladies comme le choléra, la typhoïde, la dysenterie et l'hépatite apparaissent dans ces endroits. En dépit des quelques services de l'UNRWA dans le domaine de l'hygiène du milieu, comme l'épuration et la distribution d'eau, l'élimination des eaux usées, le drainage des eaux, et la lutte contre les rongeurs et les insectes, la proportion des habitations desservies en eau potable, en 1981 par exemple, ne dépassait pas 39,7 %, ce qui réduisait les chances d'améliorer les conditions sanitaires dans les camps de réfugiés.

L'environnement et la salubritéa) Le réseau d'égouts et les latrines

109. Une proportion élevée des habitations rurales des territoires occupés est toujours dépourvue de latrines ou de réseau d'égouts. En revanche, quatre villes de Cisjordanie disposent de moyens d'épuration des eaux usées.

110. L'étude menée sur l'installation de latrines a démontré que cette opération avait suscité l'apparition de microbes et de vecteurs. Il convient également de noter l'absence de cabinets équipés de chasses d'eau en raison de leur coût élevé. Il semble que le seul moyen d'en équiper les maisons est d'accorder une subvention aux propriétaires qui se chargeront de leur installation. Telle est d'ailleurs la méthode adoptée par les pays développés. Mais l'occupant n'entend ni faciliter les choses, ni atténuer la souffrance du peuple palestinien soumis à l'occupation.

b) La protection des denrées alimentaires

111. Quelque 90 % des marchandises (y compris toutes sortes de denrées alimentaires) importées par les territoires occupés proviennent d'Israël. Ces territoires constituent donc un marché important pour l'industrie israélienne. Pour les autorités israéliennes, la commercialisation des produits israéliens passe bien sûr avant la santé des habitants des territoires occupés. Ainsi, l'année dernière, sur 5000 infractions portant sur la sécurité des aliments, seules 580 ont été sanctionnées, ce qui représente un taux d'à peine 12 %.

112. En outre, la plupart des magasins d'alimentation des villages arabes occupés vendent de la marchandise israélienne qui ne répond pas aux conditions de sécurité des aliments. De surcroît, le traitement du lait non pasteurisé est à l'origine d'infections provoquées par des micro-organismes tels que Brucella et autres. C'est ainsi que l'on se trouve constamment en présence de maladies transmises par les aliments.

Education pour la santé

113. L'un des meilleurs moyens d'améliorer l'action préventive est de mettre en place des programmes d'éducation pour la santé. Or, dans les territoires occupés, le budget de la santé ne comporte aucun crédit pour l'extension des infrastructures d'éducation pour la santé.

114. Un grand nombre d'habitants sont en mauvaise santé ou même meurent par suite de l'absence de toute éducation pour la santé dans la Bande de Gaza, où de nombreuses maladies subsistent en raison de l'ignorance en matière de santé, de mauvaises habitudes alimentaires ou de mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement dont on pourrait pourtant venir à bout grâce à une bonne éducation pour la santé.

115. Or, rien de la sorte n'a été organisé en raison de l'insuffisance ou de l'absence de crédits alloués à cette fin.

LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DANS LES TERRITOIRES ARABES OCCUPES

Introduction

116. Toute étude indépendante visant à rassembler des informations sur la propagation de la maladie dans les territoires arabes occupés se heurte à des difficultés considérables. Ces difficultés sont résumées ci-après :

- Les autorités israéliennes empêchent toute visite non autorisée de spécialistes étrangers dans les territoires arabes occupés. Les autorisations qui sont délivrées ne sont souvent pas honorées.

- Les chercheurs et spécialistes palestiniens locaux ne sont pas autorisés à rassembler ni à transmettre des informations, quelles qu'elles soient. Ceux qui essaient de le faire sont renvoyés de leur poste et emprisonnés ou bannis des territoires occupés. L'une des principales raisons de ne pas mentionner les sources d'études indépendantes est la peur de mesures de rétorsion ultérieure.
- Les rapports du Gouvernement israélien sont biaisés et trafiqués de manière à donner l'impression trompeuse que la situation dans les territoires occupés est idéale.

Propagation de la maladie dans les territoires arabes occupés

117. D'après les statistiques, les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil digestif (surtout chez les enfants) et les troubles mentaux sont les problèmes de santé les plus répandus dans les territoires occupés et 34,5 % de la totalité des admissions à l'hôpital sont imputables à des maladies respiratoires chez l'enfant.
118. Une analyse épidémiologique a fait apparaître clairement qu'en dépit des efforts d'immunisation, les poussées de plusieurs maladies transmissibles constituent toujours un grave sujet de préoccupation. Il y a eu, par exemple, une poussée de diphtérie sur la Rive occidentale en 1979 et en 1980 et peut-être une poussée de poliomyélite chez les enfants sur la Rive occidentale et à Gaza de 1974 à 1980. La rougeole s'est aussi déclarée récemment dans les deux régions. On ne peut absolument pas considérer ces poussées épidémiques en dehors du programme de vaccination dans les territoires occupés. Le Comité spécial d'experts signale que dans les Hauteurs du Golan des vaccins ont été transportés de façon inappropriée dans les centres de santé maternelle et infantile et que l'un des dispensaires visités ne disposait pas de réfrigérateur. Un autre rapport indique qu'en 1984, l'incidence de la rougeole était quatorze fois plus élevée qu'en 1983 tandis que celle de la coqueluche l'était quatre fois plus, probablement par défaut de vaccination.
119. En dépit des allégations des autorités israéliennes qui prétendent avoir vacciné 90 % de la population des territoires occupés, de nombreux cas de rougeole épidémique se sont manifestés en 1981-1982. Une étude effectuée dans la Bande de Gaza a montré qu'il y avait eu 1859 cas de rougeole et que 38,7 % des malades avaient été vaccinés contre cette maladie tandis que 61,3 % n'avaient pas reçu de vaccin.
120. Les efforts de lutte contre les maladies diarrhéiques, qui figurent parmi les causes les plus graves de morbidité et de mortalité à Gaza et sur la Rive occidentale, sont appuyés par l'OMS. Cependant, comme le signale le Comité spécial d'experts, si cette stratégie de lutte contre les maladies diarrhéiques contribue à atténuer les conséquences graves de la diarrhée aiguë, elle ne s'attaque pas à ses causes extrêmement complexes dans la région. Aucune évolution n'a été enregistrée en ce qui concerne les parasitoses intestinales; une étude à ce propos indique que 60 % des élèves des écoles souffrent de parasites intestinaux en conséquence de l'insuffisance des moyens d'assainissement. L'entérite est un problème de santé publique comme le montre le fait que 84 cas de fièvre typhoïde et 266 cas de dysenterie ont été signalés sur la Rive occidentale en 1983 et que 173 décès ont été provoqués par l'entérite. A Gaza, 50 cas de fièvre typhoïde et 25 cas de choléra ont été enregistrés et ces maladies sont liées aux moyens d'assainissement et d'approvisionnement en eau de boisson ainsi qu'au comportement de la communauté. L'incidence élevée du tétanos persiste dans les territoires occupés aussi bien chez les nourrissons que chez les personnes âgées.
121. La tuberculose est un autre problème de santé qui se pose dans les territoires occupés. Néanmoins, les autorités d'occupation ont fermé le centre antituberculeux de Jérusalem et annoncé leur intention de fermer celui de Birkeh, à Hébron, courant 1986. Ainsi, la région ne possédera plus qu'un seul centre antituberculeux à Naplouse. En outre, il n'existe pas un seul hôpital pour les maladies pulmonaires sur la Rive occidentale et la capacité de celui de Gaza a été réduite par les autorités d'occupation de 120 à 70 lits. La leishmaniose pose un autre problème sur la Rive occidentale, tout comme le goitre qui semble être endémique dans la région. Le paludisme est endémique dans la vallée du Jourdain.
122. Vu le peu de moyens dont ils disposent, les hôpitaux dans les territoires occupés ne peuvent guère traiter les maladies chroniques, notamment les affections cardio-vasculaires, rénales et hématologiques et le cancer.

123. Ces dernières années on a observé d'autre part une très nette extension de l'hépatite virale type A. Le nombre des cas persistants est encore important, 1138 cas ont été notifiés sur la Rive occidentale et à Gaza et il s'agit, là encore, d'une maladie en rapport avec l'hygiène du milieu et les comportements. La malnutrition énergétique est le plus grave problème qui se pose à la médecine pédiatrique sur la Rive occidentale et à Gaza.

124. L'Hôpital Saint-Jean de Jérusalem est le seul établissement, parmi tous ceux de la Rive occidentale, qui dispense des soins ophtalmologiques. Il ne compte que 82 lits, soit le même nombre qu'en 1983, et un effectif de 10 médecins et de 56 infirmiers et infirmières qui doivent desservir 44 084 habitants, soit un taux de 0,5 agent de santé pour 10 000 habitants. On a constaté que 1,7 % de la population souffre de troubles aigus de la vision et que la prévalence de la cécité est supérieure de 133 % à 667 % aux taux enregistrés par l'OMS pour le monde entier. La conjonctivite est en tête de liste parmi les maladies oculaires dans les territoires occupés, frappant généralement les habitants les plus pauvres qui vivent dans un environnement insalubre.

PREVALENCE DES MALADIES SUR LA RIVE OCCIDENTALE

Ramallah

125. Selon des études entreprises en 1984 par le Comité palestinien des Secours médicaux, quelque 12 % des enfants dans cette région souffrent de malnutrition et d'autres affections, à savoir : amygdalite, otite, oreillons, maladies diarrhéiques, rougeole, bronchite, rhumatisme, hépatite, fièvre typhoïde, brucellose, maladies chroniques (hypertension, diabète, etc.), affections dentaires et parodontopathies.

126. Les statistiques concernant la région de Ramallah révèlent que la mortalité infantile est extrêmement élevée, à savoir 160,8 pour 1000 enfants inclus dans l'échantillon; dans les différents villages, les taux varient de 321/1000 à 143/1000, ce qui donne une moyenne générale de 161/1000. Par contre, chez la population juive d'Israël, la mortalité infantile est de 14/1000.

Hébron

127. Selon des études effectuées par le Comité palestinien des Secours médicaux, il existe, en raison de l'absence de mesures sanitaires préventives et de l'ignorance de la population, une forte prévalence de maladies infectieuses telles que les suivantes : amygdalite, otite moyenne, dermatoses contagieuses, maladies diarrhéiques diverses, maladies parasitaires, oreillons, varicelle, rougeole et brucellose. On note en outre un accroissement de la malnutrition et des maladies dues à l'insalubrité telles que le rhumatisme articulaire aigu et d'autres affections.

Tulkarem et Djénine

128. Dans cette région, la mortalité infantile est plus forte que dans toute autre partie de la Rive occidentale. Le taux de mortalité est de 136 pour 1000 nourrissons dans la région de Tulkarem et de 66 pour 1000 chez les nourrissons plus âgés, ce qui est extrêmement élevé.

Bethléem

129. Du fait que, dans cette région, les services de santé sont primitifs et l'établissement hospitalier périmé, le nombre des malades aiguillés sur l'étranger et vers les hôpitaux israéliens pour y subir un traitement est plus élevé que dans tout autre district. Dans le district de Jéricho, 13 % de la population bénéficient d'une assurance-maladie. Il convient de noter également qu'ici 31 % des enfants souffrent de malnutrition. Sur la Rive occidentale, le district de Bethléem vient au second rang après Hébron en ce qui concerne la pénurie de services de santé et la prévalence des dermatoses, des maladies gastriques et des leishmanioses et autres maladies parasitaires. En plus de la malnutrition chez les enfants, l'incidence totale des

maladies infectieuses avait baissé sous le pouvoir jordanien, entre 1957 et 1963, d'environ 60-70 %, soit une baisse annuelle de 12-38 %. Dans la seule ville de Jérusalem, pour la typhoïde, la rougeole et la méningite, cette baisse était d'environ 70 %. Au contraire, on constate que pendant la période d'occupation, entre 1968 et 1984, le nombre total des cas a augmenté de 2,5 %. On note également que plusieurs maladies n'ont pas été déclarées et n'ont pas été soignées pour diverses raisons. L'augmentation annuelle est de 7 %. On remarque aussi que pendant la période d'occupation le taux de mortalité par fièvre typhoïde a augmenté de 29 %, par varicelle de 836 % et par oreillons de 925 %.

La propagation des maladies dans la Bande de Gaza

130. En 1981-1982, les principales maladies dans la Bande de Gaza ont été, dans l'ordre : maladies infantiles, bronchite, maladies du grand âge et maladies vaguement définies comme les cardiopathies, les maladies cérébrovasculaires et les infections intestinales. En 1983, les taux de cancer et des maladies respiratoires ont sensiblement augmenté, mais les principales maladies chez les enfants de moins de 5 ans ont été, dans l'ordre : maladies néonatales, maladies respiratoires, maladies intestinales microbiennes et parasitaires et déformations congénitales. La santé publique se heurte également à plusieurs problèmes dont le plus important est la multiplication des insectes nuisibles et des rongeurs, comme les moustiques et les rats. Plusieurs rapports indiquent une nette augmentation des moustiques et des rats durant la période 1983-1984.

Causes de la mortalité à Gaza

131. En 1967, les maladies infectieuses sont la principale cause de mortalité chez les habitants de Gaza. Mais en 1981, les maladies comme les coronaropathies, les affections malignes, le diabète, l'hypertension artérielle et les accidents de la route ont été à l'origine de plus de 40 % de la mortalité, les chiffres ayant augmenté en 1983.

132. De 1981 à 1982, les principales causes de mortalité dans la Bande de Gaza ont été les suivantes : maladies périnatales, pneumonie, maladies du grand âge, cardiopathies, affections digestives et maladies cérébrovasculaires. A partir de 1983, les affections malignes et les maladies respiratoires sont venues remplacer les deux dernières causes de décès. Les taux de mortalité correspondant aux maladies du système respiratoire, à l'exception de la pneumonie, ont augmenté de 269 % de 1981 à 1983.

La situation sanitaire dans les prisons de l'occupation sioniste

133. Environ 30 à 40 % des habitants des territoires arabes occupés ont été en prison au moins une fois depuis l'occupation en 1967. Dans le camp de prisonniers de Fariah, ouvert en 1982, il y avait, en 1987, 2161 détenus dont l'âge moyen s'échelonnait entre 12 et 25 ans. Parmi les prisonniers, on a enregistré un nombre étonnamment croissant d'enfants. Au cours du premier trimestre de 1987, plus de 15 jeunes de 11 à 23 ans ont été tués par les Israéliens et des centaines ont été blessés lors des démonstrations demandant avec insistance que soit levé le siège imposé aux camps palestiniens de réfugiés au Liban. Si l'on fait le bilan des sentences des tribunaux israéliens frappant des citoyens arabes, on constate qu'en moyenne 30 condamnations ont été prononcées chaque semaine, les peines allant de six mois de détention à l'emprisonnement à vie.

134. Les conditions sanitaires dans les prisons de l'occupant sioniste ont atteint un tel niveau qu'elles violent en permanence les lois internationales - dès le moment de l'arrestation. De nombreux captifs et les rapports des missions d'enquête de la Croix-Rouge internationale témoignent des dommages physiques et psychologiques résultant de ces conditions. On peut citer, entre bien d'autres exemples de ce que subissent les prisonniers, la médiocrité et l'insuffisance de l'alimentation, le manque d'eau potable, le jour et la nuit, et d'eau pour se laver et se baigner, l'obligation de dormir sur de vieux matelas qui ont servi pendant des années sans avoir été aérés, les couvertures élimées, l'effrayante surpopulation des cellules - qui ont souvent servi d'écuries à l'armée avant l'occupation, le petit nombre et l'exiguïté des fenêtres obturées par des plaques d'amiante ou de fer, le prétendu "dispensaire", tenu par des membres des services secrets sionistes, qui est utilisé pour faire peur aux prisonniers malades

et qui est dépourvu de tout, si ce n'est de quelques cachets d'aspirine ou de tranquillisants à usage général, les pulvérisations de gaz, la torture psychologique, la condamnation au cachot. La vie des captifs dans ces prisons et la détérioration de leur santé après la captivité font partie d'un redoutable plan sioniste dont le dessein est d'annihiler les prisonniers palestiniens physiquement et psychologiquement, bien qu'ils se montrent fermes et aguerris par une vie de continuelles difficultés.

Conclusion

135. Nous nous sommes efforcés dans le présent rapport de traiter des différents aspects de la santé et de problèmes connexes dans les territoires arabes occupés. La plupart de ces problèmes peuvent être résolus, dans des circonstances normales, par le personnel médical et administratif local du secteur de la santé publique. Mais dans une situation aussi extraordinaire et sous l'occupation sioniste de ces territoires, la solution à ces problèmes dépasse de loin les compétences des travailleurs et des services de santé locaux.

136. La destruction systématique du secteur de la santé sous l'occupation ne peut donc être arrêtée que si l'on élimine ce qui la motive, par une solution politique fondée sur les aspirations de la population occupée. Les services de la Rive occidentale et de Gaza ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins en soins de santé primaires des Palestiniens qui vivent dans ces régions.

= = =