



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CINQUANTE-NEUVIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
Point 13 de l'ordre du jour provisoire

A59/24
18 mai 2006

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

1. La population arabe dans le territoire palestinien occupé continue d'être confrontée à des niveaux élevés de pauvreté et de chômage (43 % et 22,5 % respectivement en 2005). Les contraintes structurelles telles que les systèmes d'autorisations et de fermetures réglementant le mouvement aussi bien des personnes que des marchandises, la poursuite de la construction de colonies de peuplement et de déviations et l'absence de contrôle sur les ressources hydriques ont des répercussions sur la vie quotidienne de la population.
2. Des services de santé efficaces ont empêché toute flambée majeure de maladie ou toute détérioration grave des indicateurs sanitaires. L'espérance de vie était en 2004 de 72,6 ans. Les taux de mortalité maternelle et infantile étaient de 10,6 pour 100 000 et de 24,2 pour 1000 naissances vivantes respectivement. Ces indicateurs sont inférieurs à ceux de plusieurs pays de la région.
3. Les maladies non transmissibles, en particulier les maladies cardio-vasculaires, constituent avec les affections périnatales les principales causes de décès. Le nombre de décès dus à des accidents est passé de 9 pour 100 000 en 1995 à 32,2 pour 100 000 en 2004. Le nombre d'accidents, principalement des accidents de la circulation, a continué à augmenter. L'anémie ferriprive représente le principal problème nutritionnel dans le territoire occupé ; les autres carences en micronutriments préoccupantes sont l'avitaminose A au stade infraclinique, le rachitisme et la carence en iode. Les taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans semblent en lente augmentation. Les troubles mentaux restent préoccupants dans le territoire palestinien occupé.
4. Les récentes évolutions politiques dans le territoire palestinien occupé ont des répercussions sur la performance du secteur de la santé. Une grande part du budget du Ministère de la Santé provenant de l'aide internationale ces dernières années, on s'attend à ce qu'un changement dans les politiques de financement des donateurs ait des répercussions sur la prestation de services de santé publique et l'accès à ceux-ci, et entraîne un affaiblissement des programmes de soins de santé primaires essentiels tels que la vaccination ou les soins aux mères et aux enfants.
5. Le Secrétariat a redoublé d'efforts pour améliorer le bien-être physique, mental et social du peuple palestinien. L'Organisation soutient depuis plus de 50 ans les programmes sanitaires d'aide à la population réfugiée de l'UNRWA.
6. On trouvera de plus amples informations sur la situation socio-économique, la situation sanitaire et le système de santé dans le rapport d'enquête figurant dans l'annexe, établi pour donner suite à la demande figurant dans la résolution WHA58.6.

7. En 2005, les autorités palestiniennes, l'OMS, l'UNRWA, d'autres organismes des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et d'autres partenaires du secteur de la santé ont collaboré étroitement à la mise sur pied d'une stratégie à moyen terme pour le secteur de la santé définissant les principaux domaines d'intervention ainsi que l'orientation stratégique.

8. La stratégie de coopération pour le territoire palestinien occupé (2006-2008) a été lancée en novembre 2005. Elle tient compte de l'analyse à moyen terme et du consensus en faveur d'une coopération et est axée sur le renforcement des capacités à long terme du Ministère palestinien de la Santé, afin d'accroître la viabilité du secteur de la santé et de répondre au besoin persistant d'opérations humanitaires en cas de crise. Le succès de la stratégie dépendra en grande partie d'une planification globale du processus qui opère une synergie entre les contributions au budget ordinaire et les contributions extrabudgétaires en provenance de la communauté internationale des donateurs.

9. En 2005, l'OMS a continué d'apporter un soutien au Ministère de la Santé pour l'aider à répondre aux besoins sanitaires de la population palestinienne en améliorant les résultats des interventions sanitaires au moyen d'une **coordination** efficiente et efficace ; en réunissant et en interprétant les **informations** sanitaires ; en améliorant la santé grâce à une **assistance technique** poussée ; en défendant le « droit à la santé » à travers une action de sensibilisation ; en favorisant le **dialogue et la coopération** entre professionnels de santé palestiniens et israéliens, organisations non gouvernementales et établissements de santé.

10. En ce qui concerne les activités de **coordination**, l'OMS a contribué à la fois à renforcer les moyens du Ministère de la Santé et à promouvoir directement une approche et une vision communes parmi les organismes des Nations Unies et autres organismes internationaux dans le cadre du secteur de la santé. Les réunions mensuelles de coordination de l'aide d'urgence sont coprésidées par l'OMS et le Ministère de la Santé en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. Des réunions du même type ont également été organisées au niveau des districts. L'OMS conserve son rôle consultatif technique au sein du groupe de travail du secteur de la santé et, dans ce cadre, fait office d'organisation technique au sein des groupes thématiques sur la nutrition et la santé mentale, et de secrétariat pour le groupe sur la santé des femmes et des enfants.

11. Le Secrétariat appuie le Ministère de la Santé pour la formulation et la mise en oeuvre de la **politique de santé** du territoire palestinien occupé. Un soutien technique spécifique a été apporté dans les domaines clés tels que la santé mentale, la nutrition, les médicaments essentiels, la lutte contre les maladies transmissibles et la sécurité sanitaire des aliments pour aider à renforcer les politiques, les stratégies et les capacités locales.

12. La fourniture d'une **assistance technique** a répondu aux besoins spécifiques du programme. Dans le domaine de la santé mentale, elle a surtout visé l'élaboration de politiques, la prestation de services et la formation. Dans le domaine de la nutrition, une assistance technique a été fournie au Ministère de la Santé pour l'aider à élaborer un document sur l'état de la nutrition, ainsi qu'une politique et une stratégie nutritionnelles ; en outre, un système de surveillance nutritionnelle est actuellement mis sur pied et des recherches spécialisées sur la nutrition sont en cours. Une contribution est également apportée en vue de l'étude en cours du secteur de la santé, en partenariat avec la Commission européenne, la Banque mondiale, le Department for International Development du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Coopération italienne.

13. Health Inforum (sous la direction de l'OMS) continue de se concentrer sur l'**information** concernant les activités du secteur de la santé, l'état des établissements de santé et la disponibilité de

fournitures médicales. Il a réuni et diffusé des informations concernant la situation sanitaire et l'action humanitaire, et des rapports sur ces questions à travers son site Web¹ et des bulletins de l'information mensuels. Un processus d'intégration avec les centres d'information du Ministère de la Santé a été entamé.

14. Le Secrétariat a facilité et soutenu une communication efficace entre les professionnels et établissements de santé israéliens et palestiniens en favorisant le **dialogue**. A titre d'exemples : la poursuite du dialogue entre professionnels palestiniens et israéliens à travers un réseau de villes européennes, israéliennes et palestiniennes en faveur d'un partenariat sanitaire et social, ainsi que la revue *Bridges*,² magazine de santé publique israélo-palestinien conçu, rédigé et produit conjointement par des professionnels de la santé israéliens et palestiniens, qui paraît tous les deux mois.

15. Comme l'avait demandé l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA58.6, le Directeur général a soutenu le Ministère palestinien de la Santé dans ses efforts pour surmonter les difficultés actuelles et l'a aidé pendant et après le retrait israélien de la Bande de Gaza et de certaines parties de Cisjordanie. La situation sanitaire dans la Bande de Gaza au cours de la phase de retrait a été suivie en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et les organisations non gouvernementales. Un bilan initial de l'état de santé et de l'état de préparation avant le retrait a été effectué, axé principalement sur un ensemble d'indicateurs sanitaires de base concernant la mortalité, la morbidité et la prestation de services, par district et par zones à risque. D'après les indicateurs, l'état de santé n'a pas changé au cours du retrait.

16. En réponse au paragraphe 5.2) de la résolution WHA58.6, le Directeur général a fait effectuer une évaluation des détecteurs utilisés par Israël aux postes-frontières palestiniens, dont l'utilisation a soulevé des inquiétudes sur le plan sanitaire. L'appareil, bien qu'il y soit fait référence dans cette résolution sous l'appellation « détecteur à rayons X », n'émet pas de rayons X, mais transmet et reçoit des ondes sur des bandes de radiofréquences pouvant atteindre 30 GHz. Un émetteur-récepteur (antenne) transmet et reçoit les signaux micro-ondes renvoyés par le corps humain et tout objet qu'il est susceptible de porter. Contrairement aux détecteurs de métaux, ce système est conçu pour détecter des armes en plastique ou en céramique, des explosifs plastiques et autres objets non métalliques sous les vêtements. Un réseau de capteurs capte les ondes réfléchies et envoie l'information à un logiciel informatique de traitement de l'image à haute vitesse qui l'analyse et produit une image tridimensionnelle à haute résolution des signaux. Pour former une image à la surface de la peau, l'appareil émet des micro-ondes à une fréquence située entre 24 et 30 GHz. A ces fréquences, presque toute l'énergie est absorbée par la peau. Aucune énergie micro-onde ne pénètre dans le tissu cutané à plus d'un millimètre de profondeur. Les tissus et organes situés sous la peau ne sont pas exposés aux micro-ondes et ne peuvent donc être endommagés. S'agissant de son innocuité pour la santé, l'évaluation conclut que, d'après les informations actuellement disponibles, rien ne permet de penser que cet appareil présente un danger pour la santé.

17. Dans les conditions actuelles – où il est possible que les bailleurs de fonds adoptent de nouvelles politiques et réduisent leurs financements –, des scénarios doivent être envisagés concernant les interventions humanitaires d'urgence à mettre en place pour faire face à d'éventuelles crises. Le processus des appels communs semble offrir un cadre approprié pour parvenir à un consensus sur de tels scénarios et préparer des interventions humanitaires coordonnées. Le Ministère palestinien de la Santé a déjà publié un appel public demandant de l'aide pour répondre à des pénuries émergentes. Il

¹ www.healthinforum.org.

² www.bridgesmagazine.org.

existe un déficit budgétaire pour l'achat de médicaments, de fournitures et de produits consommables, ainsi que de matériels de laboratoire, de radiographie et de diagnostic, que l'on peut chiffrer à environ US \$4,5 millions par mois. Le Secrétariat procède actuellement à une évaluation objective et au suivi de la situation sanitaire et élabore, avec le concours d'autres partenaires de l'action, un plan d'urgence de trois mois.

18. L'OMS continuera à collaborer avec les organismes des Nations Unies, l'UNRWA en particulier, ainsi qu'avec l'Autorité palestinienne afin de surveiller la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé et tiendra les Etats Membres informés de cette situation.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

19. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

ANNEXE

**SITUATION ECONOMIQUE ET SANITAIRE DANS LE TERRITOIRE
PALESTINIEN OCCUPE : RAPPORT D'ENQUETE**

1. Dans sa résolution WHA58.6, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé. Plusieurs analyses approfondies de la situation ont été effectuées au cours du second semestre de 2005. Les résultats et les principales conclusions des missions et documents suivants sont récapitulés ci-après : stratégie de coopération pour l'OMS et le territoire palestinien occupé, 2006-2008 ; cadre d'analyse des besoins, Comité permanent interorganisations, 2005 ; bilan commun pour le territoire palestinien occupé ; la situation nutritionnelle en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. Une étude complète de la situation nutritionnelle en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. Ministère palestinien de la Santé, OMS, UNICEF, 2005 ; Ministère de la Santé. La situation sanitaire en Palestine : Rapport annuel de 2004, Ministère de la Santé, 2005.

SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

2. La plupart des enquêtes font observer que l'économie palestinienne n'est pas suffisamment adaptée aux fermetures et aux restrictions pour pouvoir compenser les effets défavorables de ces multiples difficultés.

3. La Banque mondiale estime que la croissance réelle du produit national brut en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza pourrait avoir atteint 8 % à 9 % en 2005, poursuivant ainsi le redressement amorcé il y a deux ans (suite à la période de crise grave survenue entre 2000 et 2002, au cours de laquelle le revenu par habitant avait chuté d'environ 36 %, et à la période de stabilisation et de relèvement progressif en 2003-2005, au cours de laquelle la croissance avait atteint en moyenne environ 7 % par an). Les données pour 2005 montrent qu'avec 22,5 % contre 27 % en 2004, les taux de chômage représentent plus du double de leur niveau d'avant l'Intifada. Près de 43 % de la population palestinienne vit encore au-dessous du seuil de pauvreté¹ contre 47 % en 2004, quelque 15 % étant considérés comme vivant dans une pauvreté extrême contre 16 % en 2004. Les estimations montrent régulièrement que le nombre de Palestiniens pauvres a doublé entre 1999 et 2005, passant de 788 400 à 1 565 000. Les niveaux de pauvreté sont plus élevés dans la Bande de Gaza qu'en Cisjordanie et à Jérusalem-Est, et les groupes touchés sont les nouveaux pauvres, les pauvres chroniques, les enfants, les femmes en âge de procréer et les jeunes.

4. Le déséquilibre entre la croissance démographique et la croissance économique qu'illustre le décalage entre le taux de croissance démographique de 3,4 % et un produit intérieur brut qui oscille représente un véritable défi pour l'économie palestinienne ainsi qu'un obstacle au développement du territoire palestinien occupé.

5. En 2005, le nombre de personnes à charge par travailleur était passé à 5,6. Dans la Bande de Gaza, l'augmentation a été encore plus prononcée et l'on est passé de 5,9 personnes à charge par travailleur en 2000 à 8,2 en 2005.

¹ Défini comme une consommation par habitant de US \$2,3 par jour pour un ménage moyen de deux adultes et quatre enfants.

6. A la suite du désengagement fin 2005 et début 2006, la communauté internationale a, avec l'appui des Nations Unies, accéléré les mesures visant à stimuler l'emploi dans le territoire palestinien occupé dans le cadre d'un programme de relèvement économique plus large. Des questions subsistent cependant : les nouveaux emplois pourront-ils être maintenus dans le temps et leur nombre sera-t-il suffisant pour occuper les nouveaux arrivants sur le marché du travail ?

7. Les effets sociaux et psychologiques de plus de quatre ans de conflit sur la population sont considérables, mais les jeunes Palestiniens sont particulièrement vulnérables.

CONSTATATIONS CONCERNANT LA SANTE

8. La population palestinienne du territoire palestinien occupé subit une transition démographique du fait du taux relativement bas de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans (28,3 pour 1000 naissances vivantes), d'un taux de fécondité élevé et d'une augmentation de l'espérance de vie (voir paragraphe 2 du document principal).

9. Bien que, d'après les indicateurs, l'état de santé général des Palestiniens du territoire palestinien occupé n'ait pas évolué de façon significative, la situation actuelle laisse présager une détérioration. La pauvreté et l'insécurité alimentaire en particulier ont augmenté dans les groupes vulnérables, y compris dans les communautés vivant à proximité du mur de séparation dont les habitants ne peuvent rejoindre leurs emplois et les marchés. Parmi la population touchée par la présence du mur, 50,3 % ont indiqué avoir réduit leur approvisionnement alimentaire, 51,5 % vivent au-dessous du seuil de pauvreté, et 47,7 % ne sont pas raccordés au système d'égout, contre 40,1 %, 40,9 % et 37,8 % respectivement des habitants qui ne sont pas touchés par la présence du mur.

10. La couverture par les services prénatals reste élevée (96,5 % en 2004). Par contre, la couverture par des soins post-partum est encore faible, mais semble avoir progressé dans le territoire palestinien occupé, passant de 19,7 % en 1996 à 26,3 % en 2000 et 33,3 % en 2004 ; près des deux tiers des femmes du territoire palestinien occupé ne reçoivent toujours pas de soins post-partum. Le taux de fécondité a diminué, passant d'environ 6 en 2000 à 4,5 en 2005, selon les estimations. Le recours aux méthodes de planification familiale a augmenté de 45,2 % en 1996 à 51,4 % en 2000, mais il est retombé à 49 % en 2004.

11. Les taux de mortalité des nourrissons et des moins de cinq ans sont inférieurs aux valeurs moyennes des pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (taux de mortalité infantile 53 pour 1000 naissances vivantes) et comparables à ceux des pays arabes voisins, mais largement supérieurs aux taux israéliens (taux de mortalité infantile 5 pour 1000 ; taux de mortalité des moins de cinq ans 6 pour 1000).

12. La malnutrition aiguë touchait respectivement 2,8 %, 1,4 % et 1,9 % des jeunes enfants dans le territoire palestinien occupé en 1996, 2000 et 2004. Le retard de croissance a concerné 7,2 % des enfants de moins de cinq ans en 1996 et 9,4 % en 2004, et cette augmentation représente un problème de santé publique d'une certaine importance. Une nouvelle dégradation de la situation économique pourrait conduire à des taux plus élevés de retard de croissance.

13. Plus d'un quart des enfants de moins de cinq ans et 31,1 % des femmes en âge de procréer souffrent d'anémie ferriprive. D'autres carences en micronutriments sont observées concernant la vitamine A, la vitamine D et l'iode. Environ 22 % des enfants de moins de cinq ans ont une carence en vitamine A et 53,9 % sont à la limite de la carence. Les chiffres pour l'avitaminose A sont

sensiblement plus élevés dans la Bande de Gaza (26,5 %) qu'en Cisjordanie (18,9 %). Le rachitisme est largement présent dans la Bande de Gaza mais rare en Cisjordanie ; en 2003 et 2004, respectivement, 444 et 325 cas ont été signalés dans le territoire occupé. Les études menées en 2004 indiquent une prévalence de la carence en iode de 15 %. Plus des deux tiers des ménages font néanmoins état de la consommation de sel iodé, les chiffres étant sensiblement plus élevés dans la Bande de Gaza (82,7 %) qu'en Cisjordanie (56,5 %).

14. La prévalence des troubles mentaux courants (stress post-traumatique, anxiété, troubles de l'humeur et somatoformes) se situait en 2003 à 40,3 % chez 59 % de la population ayant été directement exposés directement à la violence, contre 12,6 % dans les 31 % de la population qui n'avaient pas été exposés. Des recherches menées par le Centre de conseil palestinien dans la région de Qalqiliya ont montré qu'une proportion importante des personnes enquêtées ont des pensées suicidaires ; la majorité n'avaient plus d'espoir dans l'avenir et exprimaient des sentiments de colère constante face à une situation échappant à leur contrôle ; toutes déclaraient se sentir stressées. Les sentiments d'insécurité ont également augmenté dans les zones directement touchées par la présence du mur de séparation (90 % contre 75 % dans d'autres zones de Cisjordanie).

15. Ces dernières années, l'Autorité palestinienne est parvenue à prévenir et maîtriser la plupart des maladies infectieuses grâce à des programmes de santé publique (vaccination, éducation sanitaire et surveillance épidémiologique renforcées). En 2004, les maladies transmissibles étaient à l'origine de 10,1 % de la mortalité totale seulement. Les hépatites A, B et C sont endémiques dans le territoire palestinien occupé et dans la région environnante en général. Le calendrier de vaccination des enfants comprend la vaccination contre l'hépatite B et le taux de couverture dépasse 95 %. Les taux de tuberculose ont été ramenés dans le territoire palestinien occupé à 0,85 pour 100 000 en 2004. L'incidence du SIDA et de l'infection à VIH serait de 0,03 pour 100 000.

16. Les maladies cardio-vasculaires (39,6 %), le cancer (9,9 %), le diabète sucré (3,6 %) et l'insuffisance rénale (3,4 %) ainsi que les infections périnatales (9,7 %) sont actuellement les principales causes de décès dans la population générale.

17. On a observé une nette augmentation du nombre total d'accidents mortels, avec un taux de mortalité spécifique de 9,1 pour 100 000 en 1995 et de 36,0 pour 100 000 en 2002. En 2003, ce taux a été ramené à 24 pour 100 000, mais il a de nouveau augmenté en 2004 pour atteindre 32,4 pour 100 000. Les accidents mortels sont dus pour la plupart à la circulation routière.

SYSTEME DE SANTE

18. Le Ministère de la Santé et l'UNRWA sont les principaux dispensateurs de services de santé dans le territoire palestinien occupé. L'UNRWA s'occupe de 1 635 000 réfugiés et le Ministère exerce l'autorité réglementaire sur le système de santé. Des organisations non gouvernementales locales et des professionnels privés dispensent également des services de santé. La multiplicité des dispensateurs de soins exerçant en l'absence d'une politique unifiée entraîne une certaine fragmentation des prestations.

19. Le réseau des établissements de santé dans le territoire palestinien occupé est bien développé quantitativement. Fin 2004, le nombre total de centres de soins de santé primaires complets atteignait 731 (606 en Cisjordanie et 125 dans la Bande de Gaza), dont 413 (56,5 %) sont gérés par le Ministère de la Santé, 53 (7,3 %) par l'UNRWA et 265 (36,3 %) par des organisations non gouvernementales. En outre, on compte 230 centres de santé maternelle et infantile (202 en Cisjordanie et 28 dans la

Bande de Gaza), 153 centres spécialisés (64 en Cisjordanie ; 89 dans la Bande de Gaza), 197 centres de planification familiale (153 en Cisjordanie ; 44 dans la Bande de Gaza) et 58 dispensaires dentaires (27 en Cisjordanie et 31 dans la Bande de Gaza).

20. Sur les 19 544 employés du système de santé palestinien en 2004, plus de la moitié (56,9 %) travaillaient dans le secteur public (Ministère de la Santé). Les ressources humaines du secteur de la santé du territoire palestinien occupé sont inégalement réparties entre les régions et selon les types de profession. Le nombre d'infirmières par médecin est faible (1,5 infirmière par médecin) par rapport aux normes recommandées.

21. On a estimé que jusqu'en 2002 les médecins palestiniens obtenaient leur diplôme dans 450 universités de 120 pays. Il n'existe pas de formation médicale spécialisée reconnue dans le territoire palestinien occupé même si, dans certains hôpitaux, il est possible d'obtenir des postes d'interne ou de résident pour certaines spécialisations reconnues par les Conseils jordanien et palestinien.

22. Les dépenses de santé par habitant dans le territoire palestinien occupé sont plus élevées que la moyenne régionale. Selon les dernières estimations d'une enquête ad hoc, les dépenses de santé totales par habitant s'élevaient à US \$138,4 en 2003. Le système de santé publique s'en remet largement à l'aide internationale et sa viabilité est un sujet de préoccupation. La ventilation des dépenses de santé par source de financement montrait en 2002 que le Ministère des Finances représentait 15 %, la population générale 38 % (par le biais notamment des primes d'assurance-maladie, des cofinancements et de la facturation par les établissements publics et privés) et les donateurs 48 %. Les salaires représentent pratiquement la moitié du budget du Ministère de la Santé et les transferts à l'étranger sont le troisième poste de dépense par ordre d'importance. Chaque année, des milliers de patients vont se faire soigner à l'étranger, principalement en Égypte, en Israël et en Jordanie. En 2004, le nombre total de malades hospitalisés ou adressés en consultation à l'étranger a atteint 31 744, soit une augmentation de 57,9 % par rapport à 2003.

23. Environ le quart de la population ne bénéficie pas d'un régime d'assurance-maladie. En 2004, 76,1 % des ménages du territoire palestinien occupé étaient couverts, dont plus de la moitié par l'Etat et environ le tiers par l'UNRWA. Le reste de la population couverte l'était par la sécurité sociale, des régimes d'assurance-maladie militaires ou des assurances israéliennes.

24. L'accès aux soins de santé est généralement équitable. Toutefois, il y a de bonnes raisons de penser que l'accès des Palestiniens aux services a été affecté par les restrictions de mouvement, le mur de séparation et la dégradation de la situation économique. Par ailleurs, les récents développements politiques et la réduction des crédits alloués au Ministère de la Santé auront probablement un impact négatif sur le secteur de la santé. Si la crise du financement persiste, on s'attend à une réduction des programmes de santé publique et à une désorganisation possible des services de santé.

= = =