



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

### Rapport du Secrétariat

1. La crise qui se poursuit dans le territoire palestinien occupé, les restrictions croissantes à la circulation des personnes et des biens et l'aggravation de la violence continuent de perturber la vie sociale et économique des Palestiniens, et se ressentent sur leur état de santé et leur accès aux services de santé. La mortalité et la morbidité résultant de l'occupation et du conflit intérieur ont augmenté en 2007, hausse qui s'est poursuivie pendant les premiers mois de 2008.
2. Néanmoins, l'espérance de vie a continué d'augmenter lentement mais régulièrement ; en revanche, les chiffres de la mortalité infanto-juvénile sont restés quasiment inchangés ces dernières années malgré l'engagement pris au niveau mondial d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (voir l'annexe).
3. La malnutrition chronique et les carences en micronutriments qui lui sont associées demeurent un problème de santé publique dans le territoire palestinien occupé ; en outre, plus de 30 % de la charge globale de morbidité chez les adultes est imputable à des maladies non transmissibles (voir l'annexe).
4. Depuis juin 2007, un nouveau Gouvernement d'urgence a été mis en place, les sanctions à l'encontre de l'Autorité palestinienne ont été levées et l'aide internationale a repris. Mais le bouclage interne, la construction du mur de séparation et le système de permis continuent de limiter l'accès des patients aux différents niveaux de soins en Cisjordanie. La Bande de Gaza reste en grande partie isolée du monde extérieur en raison du bouclage externe, et la montée de la violence qu'on y constate pourrait provoquer une crise humanitaire.
5. Des rapports font état d'une réduction de l'accès aux soins de santé secondaires et tertiaires. Le nombre de malades dans l'impossibilité d'accéder au traitement en dehors de la Bande de Gaza a augmenté au cours du deuxième semestre de 2007. Le manque de pièces de rechange essentielles, de biens de consommation de base, de fournitures et de médicaments a encore fragilisé le système de prestation de soins.
6. Un instrument conçu par l'OMS a été adopté en juin 2006 pour mieux apprécier les effets de l'évolution de la situation sur la santé. Les informations recueillies grâce à cet instrument ont permis d'améliorer la gestion et l'action directe, de mieux combler les lacunes et de guider la **promotion de l'aide humanitaire**. L'OMS a facilité et encouragé la communication et la formation de partenariats

stratégiques entre Israéliens et Palestiniens, dans le but de plaider pour l'accès des Palestiniens aux services de santé et de promouvoir la santé en tant que pont pour la paix. Un symposium sur la santé s'est tenu dans la Bande de Gaza, avec la participation d'acteurs de la santé israéliens et palestiniens. Ce symposium a notamment débouché sur un forum commun israélo-palestinien consacré à l'accès à la santé dans la Bande de Gaza.

7. Suite à la suspension de l'aide financière et économique de la communauté internationale pendant le premier semestre de 2007 et pour répondre aux urgences sanitaires résultant de la politique de bouclage de la Cisjordanie et de la Bande de Gaza, l'OMS a continué de fournir du matériel et des produits médicaux essentiels aux services de soins de santé primaires et a collaboré avec le Ministère de la Santé palestinien à l'approvisionnement en médicaments de la Cisjordanie et de la Bande de Gaza.

8. En tant qu'**organisme de conseil technique** du groupe de travail du secteur de la santé présidé par le Ministre de la Santé palestinien, l'OMS fournit un appui technique aux 13 organes de coordination de la santé au niveau central et au niveau des districts auxquels participent des organisations non gouvernementales locales et internationales, des organisations du système des Nations Unies et les autorités locales. L'OMS a tenu des réunions mensuelles pour informer les partenaires de la situation sanitaire, de la prestation des services de santé et de la réponse aux situations d'urgence.

9. L'OMS a continué de collaborer avec le Ministère de la Santé pour renforcer son département nutrition et étendre le **système de surveillance de la nutrition** nouvellement créé. Cette collaboration a pris la forme d'un appui technique et d'une contribution à l'adoption de normes de croissance dans tous les centres de soins primaires. L'OMS a prêté assistance au Ministère de la Santé pour la conception et l'application d'une stratégie nationale d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et concourt actuellement à l'élaboration d'un code national de commercialisation des substituts du lait maternel. L'OMS a fourni un appui technique au programme de **lutte contre les maladies non transmissibles** du Ministère de la Santé en répondant aux besoins particuliers de formation aux soins spécialisés, en établissant des directives pour le diagnostic et le traitement, en mettant en place un système de surveillance des facteurs de risque et en lançant une campagne éducative de prévention des maladies chroniques.

10. L'OMS a détaché un expert international **de la politique et des systèmes de santé** auprès du Ministère de la Santé palestinien chargé d'aider à l'exécution du Plan stratégique national pour la santé et du Plan de développement à moyen terme (2008-2010).

11. L'OMS a pris l'initiative en établissant la composante santé de la procédure d'appel global 2008, l'objectif étant de garantir l'accès de la population palestinienne à une gamme complète de services de santé de bonne qualité. Dans le cadre de la procédure de 2007, des fonds ont été reçus du Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires de l'ONU, du Service d'aide humanitaire de la Commission européenne, du Gouvernement espagnol (par l'intermédiaire du Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU) et du Gouvernement norvégien. EuropeAid et le Gouvernement italien financent des projets de développement dans le secteur de la santé.

12. Les six **hôpitaux de Jérusalem-Est** accueillent la plupart des cas envoyés pour soins spécialisés par les centres de santé du Ministère de la Santé palestinien en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. L'OMS aide ces hôpitaux à mieux coordonner leurs services de santé et à en améliorer la qualité. L'Organisation a par ailleurs continué à conseiller et seconder le Ministère de la Santé pour le développement et la modernisation du **service communautaire de santé mentale**, projet qui prévoit la création d'une direction de la santé mentale au sein du Ministère en vue d'améliorer les moyens de

gestion des activités de développement, du fonctionnement des services et du personnel. Dans le cadre de ses travaux concernant la préparation et l'action contre la grippe aviaire et la grippe pandémique, l'OMS collabore avec les autorités palestiniennes, leur fournissant un appui pour le développement des moyens de dépistage et de surveillance de cas chez l'homme et en mettant en place les principales capacités requises pour que l'Autorité palestinienne puisse endiguer les flambées éventuelles.

13. Pour mettre sur pied des institutions palestiniennes et relancer l'économie, l'Autorité palestinienne a présenté à la Conférence internationale des donateurs pour l'Autorité palestinienne (Paris, 17 décembre 2007) un plan de réforme et de développement qui définit un cadre budgétaire de trois ans. Au total, US \$7,4 milliards ont été promis, dont US \$3,4 milliards pour l'aide humanitaire dans tous les secteurs en 2008. La participation du Ministère de la Santé au Plan palestinien de réforme et de développement suit le Plan stratégique national pour la santé 2008-2010.

14. Les Gouvernements d'Israël et de la République arabe syrienne ont présenté des lettres relatives à la situation sanitaire de la population dans le Golan syrien occupé, mais le Secrétariat n'a pu établir de données ventilées sur cette situation.

#### **MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

15. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport ci-dessus.



## ANNEXE

### **SITUATION SANITAIRE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPE, Y COMPRIS JERUSALEM-EST, ET DANS LE GOLAN SYRIEN OCCUPE**

#### **Rapport d'enquête**

#### **Rapport du Secrétariat**

1. Pour donner suite à la résolution WHA60.2, dans laquelle le Directeur général était prié de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, le Secrétariat a examiné les rapports de sources fiables sur la situation dans le territoire palestinien occupé et a interrogé par téléphone des personnes choisies travaillant dans le domaine de la santé et les domaines apparentés dans le territoire.<sup>1</sup> Il n'a pas disposé d'informations spécifiques pour le Golan syrien occupé.

#### **DETERMINANTS DE LA SANTE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPE**

2. La reprise économique observée entre 2003 et 2005 s'est inversée en 2006, année pendant laquelle le produit intérieur brut a chuté de 8,8 %. La tendance s'est accentuée durant le premier trimestre de 2007, avec une baisse supplémentaire de 4,2 %. Les changements survenus dans la structure de l'économie limitent les possibilités d'autosuffisance et les perspectives de croissance à long terme.

3. Pendant la première moitié de 2007, le déficit de l'Autorité palestinienne était de US \$100 millions par mois. Bien que le Gouvernement israélien ait débloqué le produit du dédouanement retenu en juin 2007, la masse salariale de l'Autorité palestinienne dépasse ses revenus. La situation est d'autant plus difficile que les possibilités d'augmenter les recettes intérieures sont limitées compte tenu du manque à gagner sur la taxe sur la valeur ajoutée et les droits de douane depuis la suspension du commerce à Gaza.

4. L'assistance extérieure pendant le premier semestre de 2007 a atteint près de US \$450 millions. L'Autorité palestinienne a estimé qu'il faudrait une aide d'au moins US \$1,62 milliard par an pour combler son déficit budgétaire, 94 % de ce montant servant à couvrir les dépenses renouvelables.

5. Dans la Bande de Gaza, le taux de chômage est passé de 30 % en 2005 à près de 35 % en 2006 et à 38 % au troisième trimestre de 2007. En Cisjordanie, il a reculé, passant de 20 % à 19 % pendant le premier semestre de 2007. Cependant, ces taux ne prennent pas en considération les travailleurs qui ont perdu leur emploi et qui exercent un travail familial non rémunéré ou qui travaillent comme saisonniers dans l'agriculture. Les personnes travaillant dans le cadre des programmes d'emploi temporaire de l'UNRWA ne sont pas prises en compte non plus dans les chiffres du chômage. Le Bureau central de statistique palestinien estime que, si l'on tient compte du sous-emploi et des

---

<sup>1</sup> La liste des références et des experts est disponible sur demande.

personnes qui ont quitté le marché du travail parce qu'elles ne trouvent pas d'emploi, le taux de chômage en 2006 atteindrait 28 % en Cisjordanie et dépasserait 39 % dans la Bande de Gaza. Si les conditions actuelles ne changent pas, le chômage devrait dépasser 50 % dans la Bande de Gaza d'ici le milieu de 2008.

6. Dans la Bande de Gaza, la pauvreté a atteint un niveau sans précédent : 80 % des ménages sont pauvres contre 63 % en 2005 et les deux tiers environ vivent dans une pauvreté extrême. Le taux de pauvreté est inférieur de 30 % environ en Cisjordanie.

7. En 2007, l'indice moyen des prix à la consommation a augmenté de 6,3 % dans la Bande de Gaza et de 5,8 % en Cisjordanie par rapport à 2006, le prix de la farine de blé ayant grimpé de plus de deux tiers. Bien qu'essentiellement due aux prix du marché international, cette hausse aggrave encore la situation socio-économique, en particulier dans la Bande de Gaza, à cause de la baisse du pouvoir d'achat. Depuis juin 2007, les dépenses alimentaires représentent 62 % du budget des ménages dans la Bande de Gaza. Parmi les habitants de la Bande de Gaza autres que les réfugiés, 61 % sont en situation d'insécurité alimentaire et 11 % risquent de se retrouver dans le même cas ; 70 % des ménages déclarent avoir plus de mal à acheter des aliments en quantité suffisante. Les choix alimentaires sont restreints par la montée de la pauvreté. Les habitants consomment moins de produits laitiers, d'œufs et de légumes et davantage de féculents, qui sont meilleur marché.

8. Le nombre de ménages disposant d'eau potable a diminué de plus de 8 % entre 2000 et 2007. En outre, à cause de la crise financière et de la fermeture des frontières, les services des eaux manquent souvent de réserves de carburant et de fournitures essentielles pour, notamment, le traitement des eaux, l'évacuation des eaux usées et l'élimination des déchets. Depuis janvier 2008, suite à la pénurie de carburant, 40 000 m<sup>3</sup> d'eaux usées partiellement traitées seulement sont déversées dans la mer tous les jours.

9. L'ONU estime que le nombre de postes de contrôle et de barrages est passé de 376 en août 2005 à 563 en janvier 2008 ; pendant les 12 mois qui ont précédé février 2008, le nombre de postes de contrôle volants a diminué, passant de 455 à 243. En plus de limiter la circulation dans le territoire palestinien et avec l'extérieur, ces politiques et procédures restreignent l'accès aux marchés intérieur et international, aux services de santé, aux ressources en eau et à d'autres ressources naturelles, et nuisent particulièrement aux habitants de la zone « charnière » fermée et des zones directement placées sous contrôle israélien.

## ACCES AUX SOINS

10. Comme le manque de ressources et les systèmes complexes de bouclage interne et externe rendent difficile la livraison de fournitures, en particulier dans la Bande de Gaza, la qualité des soins se dégrade progressivement et la pénurie de fournitures et de pièces de rechange indispensables est chronique. Une partie du matériel hospitalier pour le traitement et le diagnostic en laboratoire ne fonctionne plus ; les malades chroniques, comme les insuffisants rénaux et les cancéreux, en souffrent. Par exemple, 10 des 26 unités de dialyse de l'hôpital de Shifa sont souvent hors service à cause du manque de matériel et de pièces de rechange ; ailleurs, dans la bande de Gaza, une grande partie du matériel de diagnostic des services du Ministère de la Santé, par exemple les appareils d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie et de radiographie, est régulièrement hors service.

11. D'après l'observation que fait l'OMS de la disponibilité des médicaments, les pénuries ont été constantes en 2007. Selon le rapport d'octobre et novembre 2007, les stocks de 85 médicaments (20 %) au magasin central de la Bande de Gaza suffisent pour moins d'un mois et 56 de ces produits ne sont pas disponibles dans le territoire palestinien occupé. De plus, les stocks de 17 % des produits consommables n'étaient pas suffisants pour un mois d'utilisation. En Cisjordanie, 97 médicaments (23 %) étaient en quantité insuffisante pour un mois de consommation et 73 produits étaient indisponibles. Au magasin central de Gaza, il n'y a pas de stock régulateur pour un tiers des médicaments essentiels. De toute évidence, le système de santé publique est à la merci de pénuries de médicaments. Au niveau des districts, dans les pharmacies des services de soins de santé primaires de Cisjordanie et de la Bande de Gaza, une moyenne de 11 % des médicaments essentiels ne sont pas disponibles et, au niveau des hôpitaux, 10 % des médicaments en moyenne sont indisponibles dans la Bande de Gaza et 8 % en Cisjordanie.

12. D'après les indicateurs OMS de surveillance du secteur de la santé, il y a des pénuries intermittentes de lits, d'autres fournitures, de moniteurs de chevet et d'unités de traitement des déchets. On constate aussi une pénurie de personnel qualifié de différentes catégories dans de nombreux domaines.

13. En décembre 2007, les pannes d'électricité se sont multipliées en raison de la forte consommation d'énergie en période hivernale, des coupures d'électricité par Israël et d'une grève des pompistes. De plus, au début de janvier 2008, le Gouvernement israélien a réduit les importations de gazole à usage industriel dans la Bande de Gaza, avec pour résultat des coupures d'électricité quotidiennes d'une durée moyenne de huit heures. Ces coupures de courant et les quantités limitées de carburant pour les générateurs affectent plus particulièrement les unités de soins intensifs, les blocs opératoires et les unités de soins d'urgence et de traumatologie équipés d'appareils de radiographie, d'extracteurs d'oxygène, de systèmes d'aspiration centralisée, de systèmes de climatisation, de pompes à eau et de buanderies. En février 2008, l'hôpital de Shifa à Gaza a fait état de coupures d'électricité d'une durée de 4 à 18 heures par jour ; les autres hôpitaux relevant du Ministère de la Santé connaissent les mêmes difficultés. De plus, nombre de centres de soins de santé primaires dépendant du Ministère de la Santé ont dû arrêter leurs générateurs de secours faute de gazole. L'immobilisation de nombreux véhicules du Ministère empêche le transport de personnel et de fournitures et compromet par conséquent la prestation des services.

14. La détérioration du réseau de soins de santé primaires, principalement causée par le manque de fournitures médicales indispensables, par les grèves périodiques dans le secteur public et l'incapacité des réfugiés de payer les honoraires symboliques dans les centres de santé publics, a eu pour effet d'accroître la demande de services assurés par d'autres dispensateurs que le Ministère de la Santé. Ainsi, la demande de services de santé assurés par de grandes organisations non gouvernementales a augmenté de 20 % à 30 % entre 2006 et 2007, tandis que la demande de soins de santé primaires auprès de l'UNRWA s'est accrue de 10 % entre 2005 et 2006, et de 20 % supplémentaires pendant le premier semestre de 2007.

15. A la fin de 2006, le territoire palestinien occupé comptait 78 hôpitaux d'une capacité totale de 5014 lits, accueillant 11 % des personnes hospitalisées chaque année. La proportion de 13 lits d'hôpital pour 10 000 habitants se situe dans la fourchette inférieure pour la Région de la Méditerranée orientale. Le taux d'occupation est d'environ 80 % dans les hôpitaux relevant du Ministère de la Santé, mais plus de deux fois inférieur dans les hôpitaux tenus par des organisations non gouvernementales et dans les hôpitaux privés. Chaque mois, quelque 35 000 personnes sont hospitalisées, 11 000 opérations chirurgicales et 9000 accouchements sont effectués.

16. En Cisjordanie, l'accès aux centres de soins secondaires et tertiaires est limité par les restrictions à la circulation, car la plupart des hôpitaux sont situés dans les villes, y compris Jérusalem-Est (20 % des lits d'hôpitaux de la Cisjordanie). Jérusalem est importante pour le système palestinien de prestation des soins parce que c'est principalement dans ses six hôpitaux que la population palestinienne peut recevoir des soins tertiaires. Les restrictions à la circulation ont diminué les recettes de 40 % parce que moins de patients peuvent venir consulter (90 % des patients des services ambulatoires viennent de Cisjordanie, car les habitants de Jérusalem sont couverts par le système de santé israélien). Les importantes restrictions à la circulation des agents de santé et des malades entraînent des difficultés d'accès aux services de santé et de prestation des services. Chaque mois, entre 3000 et 4000 permis doivent être demandés pour le personnel (75 % du personnel travaillant dans les hôpitaux de Jérusalem-Est vient de Cisjordanie) et pour les patients.

17. Le fonctionnement de deux systèmes de santé séparés, l'un dans la Bande de Gaza et l'autre en Cisjordanie (y compris Jérusalem-Est), complique encore les difficultés qu'éprouve le Ministère de la Santé à coordonner ses activités, démultiplie inutilement les services, fait perdre en efficacité et augmente les coûts. La baisse des recettes de la caisse d'assurance à cause de la montée du chômage et de la pauvreté s'ajoute à l'augmentation des coûts. En outre, comme la capacité des Palestiniens de payer directement de leur poche s'amointrit, ils ont un accès limité aux services qui ne sont disponibles que dans le secteur privé (par exemple les examens réguliers de dépistage du cancer du sein).

18. Le coût des soins dispensés à l'étranger est passé de US \$6,2 millions en 2002 à US \$32,5 millions en 2003 et US \$53,4 millions en 2004, et, depuis 2005, c'est le troisième poste de dépenses par ordre d'importance du Ministère de la Santé. En 2007, le coût de quelque 9000 transferts de malades s'est élevé à US \$25,5 millions, la pathologie la plus courante étant le cancer (1078 cas). La plupart des malades ont été envoyés en Israël, surtout depuis juillet 2007, en raison de la fermeture de la frontière avec l'Égypte à Rafah, ce qui grève davantage encore le budget du Ministère de la Santé : les services achetés en Égypte sont en effet moins chers que ceux achetés dans d'autres pays voisins. De plus, la proportion de patients qui ont obtenu un permis a diminué de 25 % pendant le deuxième semestre de 2007. Pour la Cisjordanie, 22 729 patients ont été envoyés à l'étranger en 2007 pour un coût total d'environ US \$46,1 millions.

19. Le Ministère de la Santé a recommencé à verser les salaires de son personnel et à distribuer des fournitures et des médicaments dans la Bande de Gaza, avec le concours de l'OMS, de l'UNRWA, de la Banque mondiale et du Comité international de la Croix-Rouge. Alors que la crise financière du Ministère semblait s'arranger pendant le deuxième semestre de 2007, le financement des organisations non gouvernementales a diminué, mettant en péril une grande partie des services de santé palestiniens.

## SITUATION SANITAIRE

20. L'espérance de vie a continué d'augmenter lentement, atteignant 71,8 ans pour les hommes et 73,3 ans pour les femmes en 2007 ; elle est légèrement plus élevée pour les deux sexes en Cisjordanie que dans la Bande de Gaza. Le taux de mortalité infantile est de 25,3 pour 1000 naissances vivantes, plus élevé dans la Bande de Gaza qu'en Cisjordanie (respectivement 28,8 et 22,9 pour 1000 naissances vivantes). La tendance est la même pour le taux de mortalité de l'enfant (28,2 pour 1000 naissances vivantes : 31,8 dans la Bande de Gaza et 25,8 en Cisjordanie). Ces deux taux de mortalité sont plus élevés pour les garçons que pour les filles.



21. Le taux de mortalité maternelle est de 6,2 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de fertilité sur l'ensemble du territoire était de 4,6 en 2006 (4,2 en Cisjordanie et 5,4 dans la Bande de Gaza), la différence étant marginale entre zones rurales et zones urbaines. Globalement, un peu plus de la moitié des femmes âgées de 15 à 49 ans ont recours à la planification familiale, proportion qui est plus élevée de 13 % en Cisjordanie que dans la Bande de Gaza. Presque toutes les mères bénéficient de soins prénatals dispensés par un personnel qualifié. Le nombre moyen de consultations médicales pendant la grossesse est de 7,8.

22. Environ 10 % des habitants du territoire occupé souffrent d'au moins une maladie chronique diagnostiquée. La prévalence des maladies non transmissibles chroniques a augmenté parallèlement à la détérioration des conditions de vie, à la plus grande fréquence de la détresse psychique et à la pénurie de soins indispensables, y compris de médicaments. La diabète, le cancer et les maladies cardio-vasculaires restent les principales causes non transmissibles de morbidité et de mortalité dans le territoire palestinien occupé et la principale raison de transfert à l'étranger. Entre 35 % et 50 % de toutes les hospitalisations d'urgence sont liées à des accidents, qui sont aussi la principale cause de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans. Pour toutes les tranches d'âge, les accidents sont la deuxième cause de mortalité (12,5 %) après les cardiopathies.

23. La santé mentale demeure un important sujet de préoccupation. D'après les enquêtes effectuées en 2007, 86 % des sondés disaient avoir des problèmes de sommeil, 77 % faisaient état d'une détérioration de leurs relations familiales et 72 % signalaient une plus grande nervosité chez les enfants. Près de 40 % des sondés étaient angoissés, irritables et frustrés, et la moitié environ craignaient de perdre leur habitation ou leur terre et d'être déplacés ou déracinés.

24. Le nombre de Palestiniens morts en 2007 (953) a augmenté de 8,8 % par rapport à 2006, et la moitié environ de ces décès étaient dus au conflit interne et à la violence. Près de 10 % des personnes décédées étaient des enfants (93 en 2007). Par rapport à 2006, le nombre de blessés s'est accru de près de 14 % en 2007 (4771) et le nombre d'enfants blessés a diminué (93).

25. Environ 10 % des enfants de moins de cinq ans dans le territoire palestinien occupé souffrent de malnutrition chronique (13 % dans la Bande de Gaza et 8 % en Cisjordanie, le chiffre le plus élevé – 30 % – étant enregistré dans le gouvernorat de Gaza-Nord). Environ 1,4 % des enfants sont atteints de malnutrition aiguë. Les principaux problèmes de nutrition dans le territoire palestinien occupé sont dus à des carences en micronutriments, notamment en fer : plus de la moitié des enfants de 6 à 36 mois dans la Bande de Gaza et plus d'un tiers en Cisjordanie sont anémiés. La prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes atteint 45 % dans la Bande de Gaza et 31 % en Cisjordanie.

26. Le manque d'investissements dans les mesures de prévention en 2006 a pu contribuer à la recrudescence de certaines maladies à transmission vectorielle et zoonoses constatée en 2007. Entre 2006 et 2007, le nombre de cas signalés de leishmaniose est passé de 150 à 181, de salmonellose de 27 à 70, d'hydatidose de 2 à 28 et de shigellose de 23 à 113. Selon le Bureau central de statistique palestinien, 14 % des enfants de moins de cinq ans ont eu la pneumonie au cours de leur existence. La pneumonie est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

= = =