



**Organisation
mondiale de la Santé**

**SOIXANTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
Point 13 de l'ordre du jour provisoire**

**A61/INF.DOC./2
24 avril 2008**

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

Le Directeur général a l'honneur de porter à l'attention de l'Assemblée de la Santé le rapport annuel ci-joint du Directeur de la Santé de l'UNRWA pour l'année 2007.

ANNEXE

RAPPORT DU DIRECTEUR DE LA SANTE DE L'UNRWA POUR L'ANNEE 2007**SITUATION GENERALE**

1. Les trois quarts de la population palestinienne ont été dépossédés par la force et expulsés de Palestine entre 1947 et 1949 à la suite de la première guerre israélo-arabe. C'est à la suite de cet événement que l'Assemblée générale des Nations Unies a créé l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) avec pour mandat d'aider les réfugiés palestiniens enregistrés dans les domaines sanitaire, éducatif et social dans le territoire palestinien occupé et dans les pays accueillant des réfugiés (la Jordanie, le Liban et la République arabe syrienne).

2. A l'heure actuelle, le territoire palestinien occupé souffre des effets à long terme des difficultés socio-économiques et la tendance que l'on observe est au durcissement de restrictions, avec un isolement accru de la Bande de Gaza et une absence croissante de continuité géographique en Cisjordanie. Les restrictions aux mouvements de la population palestinienne et des marchandises entre la Bande de Gaza et l'extérieur et à l'intérieur de la Cisjordanie compromettent l'accès à des services de base tels que la santé, limitent les activités commerciales et gênent les opérations de l'UNRWA. Suite aux élections au Conseil législatif palestinien de 2006, le refus du Gouvernement israélien de reverser les recettes fiscales et les recettes de TVA revenant à l'Autorité palestinienne ainsi que le boycott de l'Autorité palestinienne par les donateurs ont entraîné une crise financière.¹ Le non-paiement des traitements des fonctionnaires a entraîné des grèves de grande envergure. Les salaires ont à nouveau été versés à la suite de la levée de l'embargo international en juin 2007, et la clôture de la Bande de Gaza a été renforcée ; même les envois de médicaments essentiels et de produits de consommation ont récemment été retardés aux frontières.

3. Fin 2007, 1,8 million de réfugiés palestiniens enregistrés auprès de l'UNRWA vivaient dans la Bande de Gaza (environ un million) et en Cisjordanie (un peu moins de 750 000), ce qui représente près de 46 % des 3,9 millions de Palestiniens résidant dans le territoire occupé, avec 47 % de réfugiés dans la Bande de Gaza et 25 % en Cisjordanie répartis respectivement dans 8 et 19 camps (le reste vivant dans des villes et villages avec la population hôte). Bien que la densité de la population soit élevée partout sur le territoire occupé, la surpopulation est particulièrement grave dans la Bande de Gaza, l'une des zones les plus densément peuplées au monde. La densité de la population en Cisjordanie est de 439 habitants au km² (contre 411 en 2006), alors qu'elle atteint 4033 habitants au km² (contre 3780 en 2006) dans la Bande de Gaza, où 1,4 million d'habitants vivent sur une superficie de 365 km².

4. Les réfugiés palestiniens enregistrés vivant dans le territoire occupé sont une population jeune qui compte autant de femmes que d'hommes ; 44 % sont des enfants de moins de 18 ans (39 % en Cisjordanie et 47 % dans la Bande de Gaza) et 68 % sont soit des enfants de moins de 18 ans, soit des femmes en âge de procréer. Les taux de fécondité, bien qu'en baisse, sont encore élevés (4,6 dans la Bande de Gaza et 3,1 en Cisjordanie) avec un nombre moyen d'enfants par famille de presque 6 (5,77 en Cisjordanie et 5,74 dans la Bande de Gaza) (voir Tableau 1).

¹ UNRWA. Appel d'urgence 2008, peut être consulté sur le site Web à l'adresse <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

5. Les soins après l'accouchement et les soins aux nouveau-nés sont principalement dispensés par les services de santé publique dans les pays hôtes et, comme on pourrait s'y attendre, les estimations de la mortalité infantile d'après la dernière enquête de l'UNRWA (en 2003) étaient du même ordre que celles des pays hôtes. Les principales causes observées de mortalité infantile sont le faible poids à la naissance, les malformations et les infections des voies respiratoires, ce qui confirme une tendance généralisée dans la région, où l'on observe une baisse de l'incidence des maladies infectieuses et où les maladies non transmissibles sont des causes de plus en plus fréquentes de mortalité et de morbidité (Tableau 1).

6. La réduction combinée des taux de fécondité et des taux de mortalité infanto-juvénile au fil des ans ainsi que l'élargissement du dépistage et du traitement de maladies comme le diabète et l'hypertension, qui touchent généralement la population plus âgée, devraient se traduire par une augmentation de l'espérance de vie chez les réfugiés. Or, en raison de la pauvreté croissante et des taux de chômage élevés, surtout dans le territoire palestinien occupé, cela ne fera probablement qu'ajouter à la charge économique qui pèse sur les ménages et accroître par conséquent le rapport actifs/inactifs (mesuré en proportion des enfants de moins de 15 ans et des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population). Les données pour 2007 indiquent que le rapport de dépendance a atteint 89,6 % dans la Bande de Gaza et 75,4 % en Cisjordanie.

7. La situation socio-économique qui se détériore parmi les réfugiés palestiniens vivant dans le territoire occupé a entraîné une augmentation du nombre de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté (US \$2,8 pour les dépenses par habitant et par jour). La demande plus forte de soins de santé parmi la population réfugiée résulte à la fois de facteurs démographiques et de l'augmentation du groupe très vulnérable de personnes appauvries n'ayant pas d'autres dispensateurs de soins vers qui se tourner.

SERVICES DE SANTE DE L'UNRWA

8. L'UNRWA est le principal organisme humanitaire présent dans la région, où il fournit une assistance à près de la moitié de la population du territoire palestinien occupé. Malgré un environnement de plus en plus instable, il continue à offrir l'un des systèmes de santé les plus rentables et les plus efficaces dans la région. L'Office opère à partir de deux bureaux de terrain en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. L'UNRWA fournit des services de santé primaires complets aux réfugiés palestiniens enregistrés dans le territoire occupé à travers un réseau de 57 centres de soins de santé primaires. L'accès aux soins secondaires et tertiaires est assuré par un hôpital en Cisjordanie et par des hôpitaux sous-traitants. Des services de salubrité de l'environnement sont également assurés dans les camps.

9. Les restrictions d'accès ont contraint l'Office à accroître sa couverture sanitaire afin de maintenir les niveaux de soins. Il lui a fallu recruter davantage de personnel, créer des dispensaires mobiles en Cisjordanie et augmenter le nombre de centres de santé dans la Bande de Gaza.

10. En Cisjordanie, on compte actuellement 38 centres de santé primaires, 23 centres de santé et 15 postes de santé ; sur les 23 centres de santé, 17 sont situés à l'intérieur des camps et 6 dans des villages ou villes où vivent de nombreuses familles de réfugiés. Dans la Bande de Gaza, les services sont assurés dans 19 centres de soins de santé primaires, dont 5 dans les principaux camps qui fonctionnent depuis 15 ans avec un double effectif. En 2007, un nouveau centre de santé a été créé à Shouka (dans le sud de la Bande de Gaza).

11. En 2007, plus d'un million de réfugiés résidant dans le territoire palestinien occupé ont eu accès aux services préventifs et curatifs de l'UNRWA, qui comprennent la vaccination, la santé maternelle élargie et la planification familiale, et des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Ce chiffre équivaut à 67 % des réfugiés enregistrés en Cisjordanie et 80 % dans la Bande de Gaza, où les réfugiés ont moins accès à d'autres dispensateurs de soins et comptent davantage sur l'aide médicale de l'UNRWA.

Services ambulatoires

12. Par rapport à 2006, les consultations médicales ont augmenté en 2007, passant de 3,1 à 3,6 millions dans la Bande de Gaza et de 1,6 à 1,7 million en Cisjordanie. Le système de santé est sollicité à outrance, chaque médecin recevant en moyenne 116 personnes par jour dans la Bande de Gaza et 88 en Cisjordanie. En 2007, l'UNRWA a dispensé des soins prénatals à 37 403 femmes enceintes dans la Bande de Gaza et 13 956 en Cisjordanie, des soins postnatals à près de 46 000 femmes et des services de planification familiale à plus de 50 000 clients, des soins à 131 610 enfants de moins de 3 ans et des services de santé scolaires à plus de 250 000 enfants inscrits dans des écoles de l'UNRWA. Plus de 70 000 patients diabétiques et/ou hypertendus ont fait l'objet d'un suivi et de soins réguliers.

Equipes de santé mobiles

13. Des équipes de santé mobiles composées d'un médecin, d'une infirmière auxiliaire, d'un technicien de laboratoire, d'un pharmacien assistant et d'un chauffeur ont été mises en place en Cisjordanie depuis février 2003, avec pour but de prendre en charge le surcroît de travail pour le système de santé et, surtout, de faciliter l'accès aux services de santé là où les fermetures, les points de contrôle et le mur de séparation posent problème. Elles proposent une gamme complète de services médicaux essentiels. Depuis leur mise en service, les équipes mobiles ont joué un rôle médical crucial. Elles ont traité un nombre croissant de réfugiés palestiniens (passé de 69 500 en 2003 à 133 122 en 2007).

Soins hospitaliers

14. Le nombre de patients réfugiés de Cisjordanie et de la Bande de Gaza admis dans des hôpitaux sous-traitants a augmenté de 7 %, passant de 17 572 en 2006 à 18 980 patients.

15. Outre les services hospitaliers sous-traités, l'UNRWA gère un hôpital de 63 lits à Qalqilya en Cisjordanie. Fondé en 1950, l'hôpital offre des soins médicaux, des services de chirurgie et des services de gynécologie-obstétrique aux réfugiés et aux non-réfugiés qui en ont besoin dans le nord de la Cisjordanie. Il compte 14 lits de chirurgie, 12 lits de médecine, 20 lits de pédiatrie, 15 lits de gynécologie-obstétrique et 2 lits de soins intensifs en plus d'un service d'urgence de 5 lits. En 2007, le taux d'occupation moyen quotidien des lits atteignait 55,6 % pour un total de 6545 hospitalisations.

Services de laboratoire

16. Quelque 37 laboratoires en Cisjordanie et 16 dans la Bande de Gaza proposent des services complets de laboratoire. Des analyseurs hématologiques automatiques ont été mis en place dans tous les laboratoires et des analyseurs de chimie clinique ont été mis à disposition localement. En 2007, le nombre de tests effectués a augmenté de 12,8 % dans la Bande de Gaza et de 11,3 % en Cisjordanie.

Santé bucco-dentaire

17. Des services de santé bucco-dentaire sont assurés par 13 dispensaires et 3 unités dentaires mobiles dans la Bande de Gaza et 22 dispensaires et une unité dentaire mobile en Cisjordanie. A la fin de 2007, les tendances de l'utilisation des services faisaient apparaître une augmentation de 7 % des consultations dentaires et de 8 % des activités de dépistage par rapport à 2006, avec une charge de travail quotidienne en augmentation dans la Bande de Gaza, passée de 43 à 57 consultations dentaires par jour.

Services de physiothérapie

18. Depuis 2000, l'UNRWA exploite six unités de physiothérapie dans l'ensemble du territoire palestinien occupé, assurant un large éventail de services de physiothérapie et de réadaptation (traitement manuel, thermothérapie, électrothérapie et gymnastique) et des services de proximité. En 2007, 10 945 patients ont ainsi été traités, soit 12,3 % de plus qu'en 2006. Les patients souffrant de séquelles de traumatismes physiques et de blessures subis au cours des incursions militaires ont représenté 25,3 % du total.

Services de radiologie

19. Quatorze unités de radiologie fonctionnent dans le territoire palestinien occupé (9 en Cisjordanie et 5 dans la Bande de Gaza) pour les patients adressés par les centres de santé de l'UNRWA. Ce service est complété par des accords contractuels avec des hôpitaux et des dispensaires de radiologie privés. En 2007, un total de 60 510 radiographies simples ont été effectuées, dont 31 369 dans la Bande de Gaza et 29 141 en Cisjordanie.

Salubrité de l'environnement

20. Les services de salubrité de l'environnement de l'UNRWA, qui emploient 20 ingénieurs et 340 techniciens sanitaires, ont continué d'être axés sur le maintien de normes acceptables de gestion des déchets solides, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement dans les camps de réfugiés. En 2007, tous les abris des camps avaient accès à une eau sûre et 95 % des camps de Cisjordanie et 85 % de ceux de Gaza étaient raccordés à des réseaux d'égout. La Division de la Salubrité de l'Environnement entretenait l'ensemble des réseaux d'égout des camps en procédant régulièrement à des inspections sanitaires et au contrôle des regards.

Programme de santé mentale communautaire

21. Le stress post-traumatique et d'autres troubles psychologiques et comportementaux, conséquences établies de l'exposition à des événements traumatiques,¹ sont une priorité sanitaire émergente pour les réfugiés palestiniens. Des conditions de vie difficiles, alliées à une instabilité politique chronique, à la violence et à l'incertitude, prélèvent un lourd tribut, en particulier chez les enfants et les adolescents du territoire palestinien occupé. L'augmentation de la violence depuis septembre 2000 a entraîné son lot de destructions et de démolitions de maisons, de sièges, de fermetures, de couvre-feux et l'aggravation de la pauvreté pour la population civile. Le mur de

¹ Qouta S, El Sarraj E. « Prevalence of PTSD among Palestinian children in Gaza Strip ». *Arabpsynet Journal* 2004.

séparation a divisé les familles et limité l'accès aux écoles, aux emplois et aux services de base, contribuant à la dégradation de la santé mentale, notamment chez les jeunes Palestiniens.¹

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

Programme de supplémentation alimentaire

23. Le programme d'aide alimentaire de l'UNRWA bénéficie aux femmes enceintes et aux mères allaitantes fréquentant les consultations prénatales dans les centres de soins de santé primaires de l'UNRWA. Entièrement soutenu par des contributions en nature, le programme vise à répondre aux besoins nutritionnels physiologiques supplémentaires des femmes en âge de procréer et à prévenir les carences nutritionnelles associées à une fécondité élevée et à des naissances rapprochées. En 2007, l'UNRWA a fourni une aide alimentaire à plus de 50 000 bénéficiaires (36 000 dans la Bande de Gaza et 15 000 en Cisjordanie).

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

24. Lorsque l'UNRWA a commencé ces opérations, en 1950, la situation sanitaire de la population réfugiée était extrêmement médiocre : taux de mortalité infantile élevé, forte prévalence de la malnutrition et morbidité et mortalité élevées par maladies transmissibles comme le paludisme, la gastro-entérite, la tuberculose, le trachome et les maladies vénériennes. La situation environnementale était catastrophique, la plupart des réfugiés vivant sous des tentes ou dans des baraquements. L'eau provenait de points de distribution publics et les toilettes et bains communautaires étaient les seules installations sanitaires. La Figure illustre l'évolution ultérieure du programme de santé de l'UNRWA.

Maladies transmissibles

25. Un programme élargi de vaccination a été mis en place en 1954 dans les dispensaires de santé de la mère et de l'enfant pour protéger les réfugiés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, la variole, la tuberculose et la fièvre paratyphoïde, et des campagnes de vaccination de masse ont commencé à être organisées à l'intention des enfants d'âge scolaire et préscolaire. Au fil des ans, l'UNRWA a introduit d'autres vaccins contre la poliomyélite et l'hépatite B, ainsi que le vaccin conjugué contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Grâce à l'amélioration de l'hygiène dans le territoire palestinien occupé depuis les années 1960 et à l'oeuvre de pionnier de l'Office en matière de vaccination de l'enfant, la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles ont diminué. Une

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

couverture vaccinale élevée a été obtenue dans la population réfugiée palestinienne du territoire occupé et, aujourd'hui, les maladies évitables par la vaccination sont maîtrisées.

26. En 2007, les taux de couverture vaccinale des nourrissons de 12 mois étaient de 100 % dans la Bande de Gaza et de 99,6 % en Cisjordanie, et les taux de couverture respectifs pour les enfants âgés de 18 mois recevant des doses de rappel étaient de 98,4 % et 99,3 %. Aucun cas de poliomyélite, de paralysie flasque aiguë, de choléra, de tétanos, de diphtérie ou de coqueluche n'a été signalé dans la population réfugiée et aucune flambée ne s'est produite.

27. Les maladies transmissibles comme la tuberculose et le VIH/sida n'ont qu'une faible incidence (10 cas seulement de tuberculose dans la Bande de Gaza et 3 en Cisjordanie décelés en 2007), mais les infections associées à une mauvaise hygiène de l'environnement comme l'hépatite virale et les fièvres paratyphoïdes constituent encore une menace pour la santé publique, ce que reflète le tableau d'endémicité observé dans la région.

28. L'incidence de la fièvre typhoïde et des diarrhées sanglantes a augmenté dans la Bande de Gaza par rapport à 2005, mais on n'a pas observé une telle augmentation en Cisjordanie. Ce phénomène pourrait être l'indicateur précoce de la détérioration des conditions d'hygiène malgré les interventions de l'UNRWA.

29. La brucellose est une zoonose endémique dans les pays méditerranéens, surtout dans les communautés rurales. L'incidence de la brucellose parmi les réfugiés de l'UNRWA est restée faible en 2007, avec 1,8 cas pour 100 000 en Cisjordanie et 0,4 dans la Bande de Gaza.

Maladies non transmissibles

Diabète et hypertension

30. La population réfugiée est de plus en plus sensibilisée aux maladies non transmissibles et les tendances épidémiologiques actuelles prévoient une augmentation de la charge de morbidité dans les années à venir. L'UNRWA aura à faire face aux conséquences socio-économiques d'une prévalence croissante de l'invalidité liée aux maladies non transmissibles et de la charge économique constituée par le nombre croissant de malades chroniques exigeant des soins médicaux.

31. A la fin de 2007, 70 786 patients diabétiques et/ou hypertendus au total étaient soignés dans les centres de santé de l'UNRWA dans le territoire palestinien occupé (44 675 dans la Bande de Gaza et 26 111 en Cisjordanie).

Carences en micronutriments

32. Les carences en micronutriments, notamment l'anémie due à une carence en fer et l'avitaminose A, demeurent des problèmes de santé publique graves et sont probablement dues à plusieurs causes à la fois. Les carences nutritionnelles liées à la fois à des apports insuffisants, dus à la pauvreté ou au manque de disponibilité de certains aliments, et/ou à des besoins biologiques accrus, par exemple pendant la grossesse, ont été recensées comme causes des carences en micronutriments dans tout le territoire occupé. Toutefois, les fortes concentrations de méthémoglobine dues aux

polluants toxiques présents dans l'environnement, tels que les nitrates,¹ et des affections telles que la thalassémie² ont été invoquées comme causes de la forte prévalence observée de l'anémie, notamment dans les communautés fermées ou en proie à des difficultés comme dans la Bande de Gaza.

33. La dernière enquête de l'UNRWA (en 2006) concernant la prévalence de l'anémie chez les réfugiés palestiniens du territoire palestinien occupé a révélé que la prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 36 mois était de 57,5 % dans la Bande de Gaza et de 37,1 % en Cisjordanie et, chez les femmes enceintes, de 44,9 % et de 31,1 %, respectivement. Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, l'anémie nutritionnelle est un problème de santé publique modéré (avec une prévalence de 20,0 % à 39,9 %);³ toutefois, la situation est particulièrement préoccupante dans la Bande de Gaza où, dans les deux groupes de population étudiés, l'anémie est un problème de santé publique grave. Les taux de prévalence observés dans la Bande de Gaza et en Cisjordanie sont extrêmement différents, comme l'on pouvait s'y attendre compte tenu du fait que la situation socio-économique est également différente dans les deux territoires.

Santé mentale

34. En 2007, des conseillers ont organisé au total 21 205 séances d'éducation en santé mentale au profit de 300 000 bénéficiaires. Ils ont organisé des réunions avec les parents et entrepris d'autres activités dont ont bénéficié plus de 400 000 personnes. Le but est de sensibiliser les gens et d'améliorer la résilience aux conséquences psychosociales de situations d'urgence chroniques et d'expériences traumatisantes.

35. Au cours de l'année écoulée, les conseillers ont tenu 24 160 consultations individuelles et 10 159 séances de groupe (pour un total de 32 105 bénéficiaires) dans le territoire palestinien occupé. Ils ont atteint 8953 bénéficiaires dans le cadre de 3780 visites à domicile. Les troubles les plus courants observés en 2007 ont été un comportement agressif et une absence de motivation. Le programme a également mis en place des interventions communautaires couvrant à la fois les besoins réguliers des clients et des interventions d'urgence.

36. La situation est particulièrement grave dans la Bande de Gaza, où un quart de la population souffrirait de symptômes de troubles psychologiques nécessitant une intervention comme conséquence d'un traumatisme.⁴ Parmi les enfants, la prévalence de symptômes de troubles dus au stress post-traumatique après des expériences fortement traumatisantes est élevée (68 % des écoliers exposés après l'explosion d'El-Bureij en février 2008), et une résistance au traitement apparaît. Le nombre moyen de séances nécessaires avant l'amélioration de l'état de la récupération est passé de 3,17 au début de la mise en oeuvre du programme à 6,7 en juillet 2007. Les sujets ont besoin d'un suivi prolongé et les familles ont de plus en plus de mal à contrôler leurs enfants.

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

² Sirdah M, Bילו YY, el Jabour S, Najjar K. Screening secondary school students in the Gaza Strip for beta-thalassemia trait. *Clin. Lab. Haematol.* 1998, 20(5): 279-283.

³ McLean E, Egli I, Cogswell M, de Benoist B, Wojdyla D. Worldwide prevalence of anemia in pre-school aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age. In: *Nutritional Anemia*. Basel, Switzerland, Sight and Life Press, 2007.

⁴ Zaqout I. Enhancing resilience in Refugee Population in the Gaza strip, chronically stressed population. A report of the UNRWA Mental Health programme in the Gaza Strip, Amman. UNRWA, 2008.

SITUATION POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPE

Effets sur la santé des réfugiés

37. Depuis 2000, on assiste à une situation de quasi-effondrement de l'économie palestinienne, à une augmentation du chômage, à un accroissement de la pauvreté et à une diminution des activités commerciales,¹ notamment chez les réfugiés. Les résidents ont dû faire face à une crise humanitaire profonde et prolongée dans un contexte de pauvreté généralisée avec une forte prévalence de l'extrême pauvreté.²

38. L'UNRWA relève dans son rapport de novembre 2007³ sur la situation socio-économique récente une importante régression économique dans le territoire palestinien occupé où le produit intérieur brut par habitant a diminué de 30 % en sept ans. Dans le secteur privé, qui occupe 54 % de la population active dans la Bande de Gaza, les restrictions à la liberté de mouvement ont contribué à une réduction notable de l'activité dans les domaines de la construction (12,9 %) et des entreprises manufacturières (6,8 %).⁴ Le déclin dans la Bande de Gaza s'explique en partie par le fait que la plupart des activités commerciales dépendent de l'exportation, les matières premières venant d'Israël. A l'heure actuelle, le chômage dans la Bande de Gaza atteint près de 40 % et devrait encore augmenter.⁵

39. Au milieu de 2006, les niveaux de pauvreté avaient augmenté globalement de 30 % et, dans la Bande de Gaza, près de 80 % de la population des réfugiés vivaient dans des conditions d'extrême pauvreté, une augmentation de 54 % par rapport à 2005.⁶ En 2007, les ménages consacraient en moyenne 62 % de leur revenu à l'alimentation contre 37 % en 2004. Face à cette situation, l'UNRWA a renforcé l'aide alimentaire pour répondre aux besoins d'une population de plus en plus appauvrie. Le nombre de familles dépendant de l'aide alimentaire de l'UNRWA a été multiplié par 10 au cours des 10 dernières années ; aujourd'hui plus d'un million de personnes – les trois quarts environ de la population de Gaza – dépendent de l'aide alimentaire.

40. L'aide humanitaire fournie jusqu'ici n'est pas suffisante pour atténuer la pauvreté. En 2006, la valeur de l'aide fournie par l'UNRWA aux réfugiés pauvres dans le territoire palestinien occupé était

¹ UNRWA Health Department. Impact of the humanitarian crisis in the occupied Palestinian territory on people and services, Amman 2003.

² UNDP. Poverty in the occupied Palestinian territory 2007. Development Times, No. 1, juillet 2007.

³ UNRWA, 2007. *Prolonged crisis in the occupied Palestinian territory: recent socio-economic developments* (Report No. 2). Gaza, Palestine: United Nations Relief and Works Agency, novembre 2007.

⁴ UNRWA. Prolonged crisis in the occupied Palestinian territory: recent socio economic developments, 2007. Voir <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

⁵ The Gaza Strip: a humanitarian implosion – a report issued by Catholic Agency for Overseas Development, Amnesty International CARE International UK, Christian Aid, Médecins du Monde UK, Oxfam, Save the Children UK and Trocaire, March 2008. Voir <http://i.l.cnn.net/cnn/2008/images/03/06/gaza.implosion.pdf>, consulté le 25 mars 2008.

⁶ UNRWA. UNRWA in 2006, in *Official Report of United Nations Relief and Work Agency for Palestine Refugees in the Near East*, 2006. Voir <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

de l'ordre de US \$100 millions. Les données indiquent qu'il aurait fallu un montant supplémentaire de US \$484 millions d'aide humanitaire pour éliminer la pauvreté dans les ménages de réfugiés.¹

41. La pauvreté et les problèmes de santé forment un cercle vicieux. La pauvreté conduit à des problèmes de santé car elle occasionne des risques personnels et environnementaux accrus, une aggravation de la malnutrition et de l'insécurité alimentaire, ainsi qu'un accès réduit au savoir, à l'information et aux soins de santé. De leur côté, les problèmes de santé favorisent la pauvreté en entraînant une réduction du revenu des ménages et en diminuant les capacités, la productivité et la qualité de la vie de la population.² Les besoins accrus de soins de santé qu'on observe aujourd'hui, en particulier chez les résidents de la Bande de Gaza, sont la conséquence d'une diminution de la capacité d'adaptation socio-économique qui a conduit une population croissante et vulnérable de réfugiés à dépendre presque totalement de l'aide humanitaire.

42. Le conflit présente des dangers supplémentaires pour la santé, non pas uniquement du fait de traumatismes, des décès et des incapacités, mais aussi par les déplacements, les inégalités, la discrimination et la marginalisation qu'il favorise et par les obstacles à l'accès aux soins de santé. L'exposition constante à des situations potentiellement mortelles en situation de conflit est un déterminant social spécifique supplémentaire de la santé qui favorise l'enchaînement stress-détresse-maladie.³

43. Les restrictions à la liberté de mouvement dans le territoire palestinien occupé restent un problème complexe pour la population résidente. Les difficultés d'accès aux soins de santé contribuent à la dégradation constante de l'état de santé du peuple palestinien. Le Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires humanitaires et le PAM soutiennent que le système de fermeture est la principale cause de la crise humanitaire dans le territoire occupé, empêchant les Palestiniens d'avoir accès aux services de base tels que la santé et l'éducation et coupant les communautés de leurs terres et de leurs lieux de travail.

44. Les réfugiés doivent faire face à des problèmes qui varient selon les types de restrictions imposées à la liberté de mouvement des personnes et des marchandises dans la Bande de Gaza et en Cisjordanie. Tant l'UNRWA que l'OMS ont exprimé leurs préoccupations à de nombreuses reprises quant aux conséquences que la politique stricte de fermeture imposée à la Bande de Gaza aura sur la santé de la population et sur le droit de jouir du niveau le plus élevé de santé possible. Les conditions sont extrêmement variables et l'imposition d'une fermeture complète a des conséquences graves pour la population résidente, comme on l'a constaté en janvier 2008. A cette occasion, la centrale électrique, les pompes des puits et les équipements d'évacuation des eaux usées ne fonctionnaient plus faute de carburant et de nombreuses habitations sont restées sans eau et confrontées à un risque accru d'inondations par des eaux usées. Les activités normales de salubrité de l'environnement de l'UNRWA ont été entravées, ce qui a constitué une menace supplémentaire pour la santé des réfugiés palestiniens.

45. Si la fourniture de services dans les centres de soins de santé primaires de l'UNRWA n'a pas été affectée par la pénurie de carburant, des mesures conservatoires ont néanmoins été prises pour réduire

¹ UNRWA: « Emergency Appeal 2008 ». Voir <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

² UNRWA Health Programme Five Year Strategy 2008-1012. Amman, UNRWA Health Department, 2008.

³ Watts S, Siddiqi S, Shukrallah A, Karim K, Serag H. Social determinants of health in countries in conflict: the Eastern Mediterranean perspective, Draft Version 2. Health Policy and Planning Unit, Division of Health Systems, Le Caire, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, juin 2007.

la consommation pendant la crise. Par ailleurs, l'UNRWA assure les soins hospitaliers en orientant les malades réfugiés vers les hôpitaux relevant du Ministère de la Santé et des organisations privées ou bénévoles. Toute entrave significative à la fourniture de services secondaires affectera inévitablement les réfugiés qui ne peuvent avoir accès à d'autres dispensateurs de soins.

46. La dégradation du système de santé dans la Bande de Gaza inquiète aussi en raison des conséquences indirectes pour l'Office. L'interruption, dont il a été fait état, des services diagnostiques et curatifs dans près de la moitié des centres du Ministère pour les soins de santé primaires et les difficultés qu'on éprouve à maintenir en bon état des stocks de médicaments, de vaccins et d'autres fournitures médicales en raison de la rupture de la chaîne du froid et de l'incertitude entourant les transports de marchandises limitent l'accès aux soins de santé des résidents de Gaza, dont 70 % sont des réfugiés. Il en résulte une charge accrue pour l'UNRWA qui est la principale organisation internationale dispensant des services de santé dans la Bande de Gaza.

47. Les services de soins de santé tertiaires ne sont disponibles qu'à l'extérieur de la Bande de Gaza. En raison de la fermeture fréquente des frontières, il est de plus en plus difficile pour les malades de Gaza de bénéficier de soins de santé spécialisés de haut niveau. D'après l'OMS, la proportion des malades ayant reçu l'autorisation de quitter la Bande de Gaza pour recevoir des soins médicaux est passée de 89,3 % en janvier 2007 à 64,3 % en décembre 2007, un minimum historique. Il est important de noter que même les malades ayant obtenu un permis se voient souvent refuser le passage aux postes-frontières, 27 cas de ce genre ayant été signalés pour le seul mois d'octobre. Un système d'orientation ne peut plus en fait être assuré aux réfugiés palestiniens. Les malades palestiniens souffrant d'une affection potentiellement mortelle ou ayant besoin de soins d'urgence sont particulièrement vulnérables,¹ et le système de surveillance OMS de l'accès des malades aux services de santé spécialisés qui ne sont pas disponibles dans la Bande de Gaza a confirmé 20 décès (dont 5 d'enfants) en raison d'un accès insuffisant aux services d'orientation entre octobre et décembre 2007.

48. En Cisjordanie, le régime de fermeture continue d'entraver l'accès aux lieux de travail, aux marchés et aux services de santé et d'éducation. Le nombre d'entraves physiques, notamment de postes de contrôle, est passé de 528 à 563 entre janvier et septembre 2007.² Au moins 500 000 personnes vivent à moins d'un kilomètre du mur et le passage à Jérusalem-Est est particulièrement problématique, un quart des 230 000 habitants vivant à l'est du mur de séparation. Les Palestiniens de Cisjordanie munis d'une autorisation appropriée ne disposent actuellement que de quatre points d'entrée dans la ville. Les restrictions à la liberté de mouvement dues au système de fermeture en général et au mur de séparation en particulier ont sensiblement limité la capacité de l'UNRWA d'apporter une aide humanitaire et sanitaire à la communauté des réfugiés de Cisjordanie.

Effets sur les opérations de l'UNRWA

49. Les difficultés de mouvement du personnel et des marchandises et l'accroissement des prix, notamment des médicaments et des produits alimentaires, sont deux des principaux problèmes auxquels le programme de santé de l'UNRWA est aujourd'hui confronté en plus de la complexité logistique et de l'accroissement des coûts opérationnels découlant de la politique de fermeture dans le territoire palestinien occupé. En 2007, l'UNRWA a dû faire face à des coûts supplémentaires estimés à

¹ UNRWA. Health situation in Gaza. United Nations Relief and Work Agency Palestine Refugees in the Near East Report, 21 janvier 2008.

² Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. West Bank closure count and analysis occupied Palestinian Territory, septembre 2006.

US \$2,04 millions en raison de restrictions d'accès, de droits de transit, de frais de stockage, de surestaries et de palettisation.

50. Le budget santé de l'UNRWA pour 2007 était juste au-dessus de US \$113 millions (US \$73 425 885 pour la Bande de Gaza et US \$39 713 102 pour la Cisjordanie). En raison de contraintes financières, l'Office n'était pas en mesure de rembourser les coûts pour tous les accouchements dans les hôpitaux, y compris à faible risque, ni de payer pour des traitements permettant de sauver des vies, comme par exemple les dialyses. Le coût des médicaments a augmenté de 20 % au cours de l'année écoulée, limitant également le pouvoir d'achat du programme.

51. Le prix des produits alimentaires a doublé, ce qui contraint l'Office à se demander s'il faut cesser de fournir des produits alimentaires à tous les bénéficiaires afin de pouvoir garantir l'aide aux groupes les plus vulnérables.

52. Les expéditions de médicaments essentiels et de fongibles ont été retardées à la frontière de la Bande de Gaza. On a cherché des solutions de rechange par Kerem Shalom (UNRWA et OMS), mais les garanties à long terme sur la continuité de l'accès aux fournitures médicales doivent encore être obtenues. Bien qu'achevés en 2007, les centres de santé de Tal Sultan-Rafah et de Khan Younis ne sont pas opérationnels faute d'autorisation d'importer du matériel et du mobilier, et la reconstruction des centres de santé de Jabalia a été gelée faute de matériaux de construction.

53. Les exigences accrues concernant la fouille des véhicules des Nations Unies et l'obligation pour le personnel des Nations Unies de passer des contrôles de sécurité très stricts avant de pénétrer dans le territoire situé entre le mur de séparation et la ligne verte (ce qu'on appelle la « seam zone ») provoquent des difficultés opérationnelles majeures ainsi que des retards, des suppléments de coût et une réduction du rayon d'action, ce qui finit par limiter la capacité des organisations à répondre aux besoins de communautés de plus en plus vulnérables. Depuis septembre 2007, de nouveaux règlements concernant la fouille ont été appliqués au terminal de Reikhan pour l'accès à la communauté Barta'a qui est isolée par le mur de Cisjordanie (gouvernorat de Jénine). A la suite de ces mesures, les équipes sanitaires mobiles de l'UNRWA n'ont pu, depuis début septembre 2007, assurer les visites bihebdomadaires aux patients. Les difficultés d'accès à cette communauté s'étaient déjà aggravées auparavant, les équipes sanitaires de l'UNRWA étant souvent empêchées de passer les postes de contrôle pour avoir accès aux communautés à desservir. Il est trois fois plus difficile d'accéder à Jérusalem au début de 2008 à cause des exigences constantes concernant la fouille de véhicules et la vérification du passeport national des employés internationaux de l'UNRWA.

54. Les restrictions d'accès à la Cisjordanie concernent aussi bien les malades que les membres du personnel de l'UNRWA. En 2007, 348 membres du personnel de santé de l'UNRWA au total se sont vu refuser ou retarder l'accès à leur lieu de travail, en général à la suite de mesures de fermeture. On a compté 272 heures perdues, ce qui correspond à 42 journées de travail (on compte 6,5 heures pour une journée de personnel médical), et 13 % des employés de la Cisjordanie ont été touchés. Le 11 août 2007, trois membres du personnel de l'UNRWA ont été rudoyés par des soldats des forces de défense israéliennes, ayant reçu des coups, et notamment des coups de pied, sans raison apparente alors qu'ils s'efforçaient de passer un poste de contrôle à Naplouse.

55. Une grande partie des restrictions susmentionnées à l'accès, notamment les exigences concernant la fouille de véhicules des Nations Unies, sont incompatibles avec la Convention de 1946 sur les privilèges et immunités des Nations Unies et avec l'Accord Comay-Michelmores de 1967 entre Israël et l'UNRWA aux termes duquel le Gouvernement israélien est tenu de « tout mettre en oeuvre pour faciliter la tâche de l'UNRWA, sous réserve uniquement de règlements ou d'arrangements qui peuvent être exigés par des considérations de sécurité militaire ».

56. Les mouvements du personnel de l'UNRWA en Cisjordanie et les transports de marchandises de l'UNRWA d'Israël vers la Cisjordanie risquent de devenir encore plus problématiques. En effet, depuis juillet 2007, les autorités israéliennes indiquent que des « contrôles de sécurité complets » comparables à ceux en vigueur à Erez seront imposés à l'ensemble du personnel de l'UNRWA se rendant dans la « seam zone » et que ces contrôles pourraient s'étendre aux points de passage à l'entrée de Jérusalem (y compris Jérusalem-Est). Les autorités suggèrent également que le nombre de points de passage pour les marchandises en Cisjordanie serait réduit et qu'un système spécial serait imposé pour le transfert des marchandises. Si ces nouvelles restrictions avaient été appliquées, l'UNRWA et les autres organisations humanitaires auraient dû faire face à des conséquences logistiques et financières sans précédent et perdu le contrôle de la chaîne d'approvisionnement logistique. Toutefois, à fin 2007, le régime plus strict n'avait pas encore été appliqué.

57. La capacité du personnel de l'UNRWA d'entrer dans les zones opérationnelles continue de dépendre d'un système d'autorisation imprévisible qui ne tient pas compte des privilèges et immunités du personnel des Nations Unies. En conséquence, l'accès rapide du personnel et des marchandises aux lieux de travail et aux communautés vulnérables isolées par le mur était sérieusement entravé. Des « fermetures complètes » ont été imposées par les autorités israéliennes pendant 91 jours en 2006 et 45 jours en 2007.

PERSPECTIVES D'AVENIR

58. Avec l'aide de la communauté internationale, l'UNRWA a mis au point au fil des années un ensemble de mesures précises, rentables et répondant aux besoins pour atténuer les effets les plus graves du conflit sur les communautés de réfugiés dans le territoire palestinien occupé. Ces mesures comprennent des programmes d'emploi, une assistance en nature et en espèces, une aide alimentaire, la reconstruction et la remise en état des infrastructures endommagées pendant le conflit, des soins médicaux d'urgence et le conseil et l'appui psychologiques.

59. Le programme de santé a contribué au bien-être et au développement humain de quatre générations de réfugiés palestiniens et se trouve maintenant confronté aux besoins nouveaux de la population desservie et à la dégradation des conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les réfugiés.

60. La sensibilisation accrue aux maladies non transmissibles a des conséquences pour la pérennité de l'Office en raison des coûts plus élevés et de la durée des traitements. En outre, la nécessité de faire face au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles reste un des principaux problèmes auxquels il se trouve confronté.¹

61. L'état nutritionnel, en particulier celui des groupes vulnérables parmi les réfugiés tels que les personnes vivant dans une extrême pauvreté, les femmes enceintes, les enfants et les communautés rurales isolées, doit être surveillé de près. Des programmes spécifiques d'alimentation complémentaire prévoyant la distribution de corbeilles de produits alimentaires, l'enrichissement en fer de produits

¹ UNRWA. Annual Report of the Department of Health. Amman, UNRWA Health Department, 2006.

comme la farine et des campagnes de supplémentation en vitamine A sont appliqués en réponse aux besoins.¹

62. On ne peut envisager dans un proche avenir une modification sensible de l'accès des réfugiés palestiniens aux soins de haute qualité à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire palestinien occupé. L'utilisation croissante des services médicaux de l'UNRWA liée à la perspective d'un engagement à long terme en faveur des réfugiés a conduit l'Office à établir une hiérarchie de ses interventions, à réorganiser ses services et à accroître son efficacité à terme afin de maintenir des soins de bonne qualité.

63. Des dispositifs de compensation ont été mis en place pour limiter les conséquences des restrictions à la liberté de mouvement dans le territoire palestinien occupé en ce qui concerne les patients, l'accès des membres du personnel aux lieux de travail de l'UNRWA et l'approvisionnement médical. En 2007, des personnels d'appui du programme d'urgence ont été engagés pour faire face à la demande accrue de services médicaux ou pour remplacer ceux qui ne pouvaient accéder à leur lieu de travail dans la Bande de Gaza ou en Cisjordanie. En outre, des fournitures médicales supplémentaires ont été envoyées pour répondre aux besoins des malades et maintenir des réserves suffisantes pour deux mois dans chaque centre de santé afin d'éviter de se retrouver immédiatement en rupture de stock à la suite des mesures de fermeture. On s'est adressé à trois hôpitaux de Cisjordanie pour surmonter les problèmes d'accès aux hôpitaux liés à l'Office, notamment ceux de Jérusalem-Est.

64. L'UNRWA a continué de collaborer étroitement avec l'Autorité palestinienne et les autres organisations du système des Nations Unies pour préparer la procédure d'appel global et le plan de développement à moyen terme, et l'Office intensifie ses liens avec l'OMS (par le biais du programme Interventions sanitaires en cas de crise) et avec d'autres partenaires locaux pour renforcer la coopération technique dans les domaines prioritaires et les domaines définis d'un commun accord, notamment la nutrition, la santé mentale, le programme élargi de vaccination, la sécurité sanitaire des aliments et la sensibilisation.

65. Malgré les difficultés, l'Office ne peut se dérober face aux besoins sanitaires prioritaires insatisfaits comme la santé mentale, le dépistage et le traitement du cancer et les services de réadaptation physique. Le niveau de bien-être psychologique le plus élevé possible devrait devenir une des cibles majeures au cours des prochaines années, compte tenu de la pauvreté et de la ségrégation sociale des réfugiés palestiniens dans le territoire occupé. En outre, le dépistage précoce et la prise en charge du cancer deviendra un problème à l'avenir, car la part la plus importante des efforts devra être supportée par le système des soins de santé,² de même que l'augmentation attendue de la demande de services de réadaptation physique.

66. Une conséquence majeure de la crise actuelle dans le territoire palestinien occupé concerne la modification progressive de l'aide internationale apportée au peuple palestinien, l'aide au développement étant délaissée au profit d'une action d'urgence. Cette évolution est inévitable compte tenu de l'effondrement de l'économie, de l'épuisement des dispositifs permettant de faire face à la crise, de la destruction des moyens d'infrastructure, du dépérissement des institutions de la société civile, des dégâts causés aux fonctions et aux services du secteur public et de l'application de politiques strictes de séparation et de fermeture.

¹ UNRWA. Prevalence of anaemia among Palestine refugee pregnant women and children 6-36 months of age in the Gaza Strip and West Bank. Amman, UNRWA Health Department, 2006.

² UNRWA. Annual Report of the Department of Health. Amman, UNRWA Health Department, 2006.

67. Or la nature du programme de santé est de garantir la continuité de l'aide aux bénéficiaires. Il existe un déséquilibre chronique entre les besoins et les demandes de la population de réfugiés d'une part et les ressources humaines et financières dont dispose le programme de l'autre, ce qui a conduit à une renégociation constante et à une hiérarchisation des activités afin de faire face aux contraintes budgétaires.

68. Les efforts consentis pour répondre aux besoins des réfugiés palestiniens nécessiteront la mobilisation de ressources humaines et financières supplémentaires et l'appui de particuliers, de pays et d'institutions du monde entier.

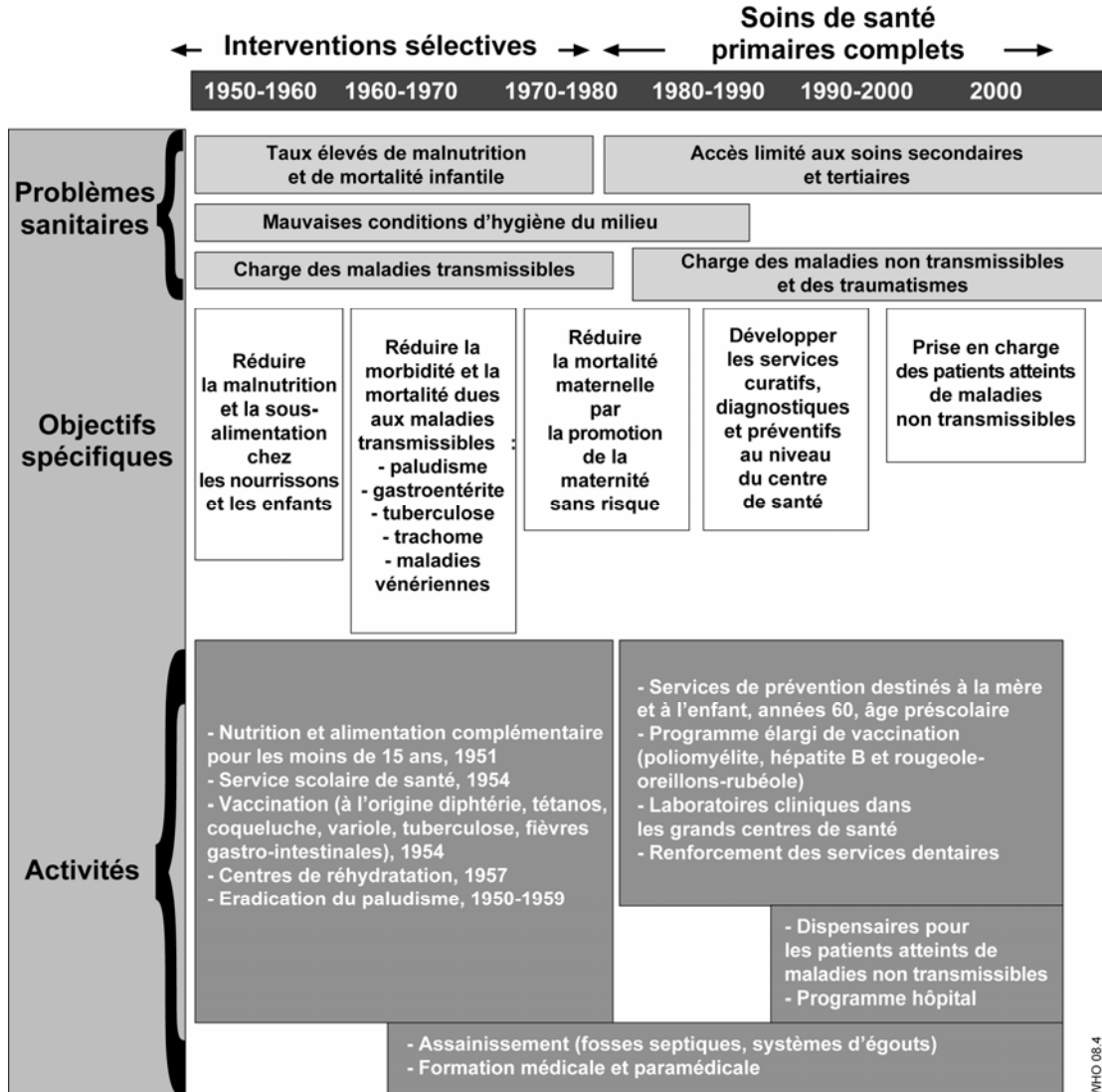
CONCLUSION

69. Vu l'importance cruciale de la santé comme droit fondamental de la personne humaine indispensable à l'exercice des droits de l'homme, il faut impérativement que toutes les parties prenantes fassent tout ce qui est en leur pouvoir pour assurer l'accès aux soins de santé des réfugiés palestiniens dans le territoire occupé. Pour y parvenir, l'accès aux lieux de travail ainsi qu'aux communautés isolées doit être garanti à tous les membres du personnel de l'UNRWA et les marchandises ne doivent pas être bloquées.

70. Il convient de souligner la nécessité pour toutes les parties de reconnaître l'UNRWA en tant qu'organisation d'aide impartiale et de respecter les privilèges et immunités du personnel des Nations Unies. La sécurité de l'ensemble du personnel de l'UNRWA doit être garantie sans condition à tout moment. L'action humanitaire de l'UNRWA doit être reconnue comme indépendante, et l'accès libre et sûr du personnel diplomatique et humanitaire agréé doit être autorisé, comme le prévoit le droit international humanitaire.

71. Pour que l'UNRWA puisse continuer à faire face à la situation d'urgence humanitaire apparemment sans fin dans le territoire palestinien occupé, il est essentiel que la communauté internationale lui renouvelle son soutien. Une augmentation de 20 % du financement est nécessaire pour maintenir les activités du programme santé de l'UNRWA à leur niveau actuel, surmonter les difficultés logistiques, faire face au coût croissant des fournitures et ajuster les services pour répondre aux besoins croissants des réfugiés.

Figure. Evolution du programme de santé de l'UNRWA des années 50 jusqu'à nos jours



WHO 08.4

Tableau 1. Indicateurs sociaux et sanitaires concernant la population desservie par l'UNRWA dans le territoire palestinien occupé¹ et données du Ministère de la Santé pour Israël ainsi que pour certains pays de la Région de la Méditerranée orientale

Pays/territoire/ population desservie	Années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Taux de fécondité	Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes
Autorité palestinienne*	2000-2005	46,3	5,57	18
Cisjordanie (UNRWA)	2003-2006	33,8	3,1	15,3
Bande de Gaza (UNRWA)	2003-2006	40,1	4,6	25,2
Israël	2000-2005	28,35	2,85	5
République arabe syrienne	2000-2005	39,5	3,47	16
Jordanie	2000-2005	37,1	3,53	19
Liban	2000-2005	27,3	2,32	22

* Ministère de la Santé.

= = =

¹ UNRWA. Annual Report of the Department of Health. Amman, UNRWA Health Department, 2006.