



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

Rapport d'enquête

Rapport du Secrétariat

1. La résolution WHA59.3 priait le Directeur général 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. Avec une équipe d'experts extérieurs, le Secrétariat a examiné près de 90 rapports de sources fiables sur la situation dans le territoire palestinien occupé.¹ Dix personnes choisies pour occuper des postes clés dans le domaine de la santé et les domaines apparentés dans le territoire palestinien occupé ont en outre été interrogées par téléphone. On n'a pas disposé pour cette enquête d'informations suffisantes sur la situation sanitaire dans le Golan syrien occupé, et l'équipe d'experts n'a pas eu la possibilité d'effectuer une mission d'enquête.

DETERMINANTS DE LA SANTE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPE

La crise économique

2. Bien que le produit national brut palestinien ait augmenté ces dernières années (de quelque 5 % en 2005, par exemple), les estimations font apparaître une baisse de 8 à 10 % en 2006. Au cours des six premiers mois qui ont suivi l'entrée en fonctions du nouveau Gouvernement, les recettes fiscales mensuelles sont tombées à environ US \$17 millions (contre US \$104 millions l'année précédente). Depuis mars 2006, le Gouvernement n'a pu verser qu'environ 40 % des traitements des fonctionnaires (ce qui touche, selon les estimations, un million de personnes et de personnes à leur charge). Les obstacles aux déplacements ont contribué au déclin de l'économie et à la hausse du chômage. Malgré l'augmentation de l'aide extérieure, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté (et subissant donc des effets négatifs sur leur santé) a doublé depuis 1999, pour atteindre pratiquement 70 % de la population.

¹ La liste des références et des experts est disponible sur demande.

Le service public

3. La pauvreté croissante et la destruction de pans entiers de l'infrastructure font que les pressions publiques qui s'exercent sur les autorités palestiniennes pour prendre des mesures sont de plus en plus lourdes alors qu'elles n'en ont pas les moyens financiers. Une grève des fonctionnaires a encore affaibli le Ministère de la Santé et les autorités locales centrales et porté tort à l'économie.

L'alimentation

4. Selon la FAO et le PAM, près de la moitié de la population est confrontée ou exposée à l'insécurité des approvisionnements alimentaires. Le PAM avait prévu de fournir une aide alimentaire à 480 000 personnes en 2006 mais, en raison de l'aggravation rapide de la pauvreté, ce nombre est passé à 600 000. Cette pauvreté croissante fait que le principal souci des gens est de se procurer de la nourriture ; la consommation totale de denrées alimentaires a baissé en 2006, car beaucoup de gens n'ont pas les moyens d'acheter à manger et ont été contraints de se dessaisir de biens, terres ou outils.¹ La malnutrition chronique est en augmentation et les choix alimentaires sont restreints du fait de la pauvreté croissante. Les gens mangent moins de produits laitiers, d'oeufs et de légumes et de plus en plus de féculents, meilleur marché, ce qui favorise l'obésité.

L'environnement

5. Près d'un tiers des communautés du territoire palestinien occupé ne sont pas dotées de réseaux d'approvisionnement en eau et sont confrontées à des coupures d'eau pendant l'été, de même que les communautés dont les réseaux sont raccordés à un grand fournisseur d'eau israélien. Les coupures d'électricité ont rendu inutilisables les pompes à eau et les réfrigérateurs de nombreux foyers (qui ne sont alimentés en eau que deux à trois heures par jour) et des centres de santé (pendant plusieurs semaines).

6. Plus du tiers des camps de réfugiés de Cisjordanie ne sont pas raccordés à des réseaux d'égouts et pratiquement le tiers des ménages de la Bande de Gaza n'ont pas accès à des systèmes de collecte des déchets solides. En 2006, les coupures d'électricité et le manque de carburant ont touché les stations de pompage et le ramassage des ordures. En Cisjordanie, on craint le risque de pollution des sources locales en raison du déversement de déchets liquides des établissements israéliens sur les terres palestiniennes. A Gaza, en mars 2007, un bassin d'épuration surchargé a cédé et inondé un village de 5000 habitants, tuant cinq personnes et privant de leur logis 280 familles (1800 personnes) exposées en outre aux maladies transmissibles en raison de multiples facteurs de risque.

7. Les habitations palestiniennes ont été endommagées à la suite d'affrontements armés, de représailles contre les maisons des auteurs d'attentats suicides et par la construction du mur de séparation, d'établissements et de routes en Cisjordanie. En 2006, 56 habitations ont ainsi été détruites en Cisjordanie et 127 dans la Bande de Gaza.

Mode de vie

8. Les modes de vie liés à la santé dans le territoire palestinien occupé témoignent d'une société en transition entre population rurale et population urbaine et confrontée à un conflit déjà ancien. Plus de

¹ Soixante pour cent des habitants de la Cisjordanie et près de 85 % de ceux de la Bande de Gaza avaient réduit leurs dépenses courantes fin 2006.

70 % de la population n'a quasiment pas accès à des activités de loisirs et regarder la télévision est la principale activité des enfants de plus de six ans. La situation qui se détériore a eu des conséquences majeures pour la population qui a dû avoir recours à des solutions comme ne pas payer ses factures ou réduire sa consommation alimentaire (voir aussi paragraphe 4).

9. Les taux de fécondité élevés et les naissances rapprochées entraînent une anémie chez les femmes, surtout chez les plus pauvres. Une chute depuis 2000 du recours aux méthodes de contraception modernes (contrairement à ce que l'UNRWA observe ailleurs) pourrait être attribuée à un désir d'avoir davantage d'enfants, auquel on peut parfois s'attendre dans les zones de conflits où les victimes sont nombreuses.

Les services de santé

10. Le Ministère de la Santé dispense environ 60 % des services de santé (en achetant des soins tertiaires principalement auprès de dispensateurs privés, y compris en Egypte, en Israël et en Jordanie) et gère les programmes de santé publique. Les dépenses totales du Ministère en 2005 se sont montées à US \$155,6 millions, qui se partagent presque pour moitié entre postes salariaux et non salariaux. L'UNRWA fournit principalement des services de soins de santé primaires à la population réfugiée et achète des services de soins secondaires et tertiaires en cas de besoin. Le secteur des organisations non gouvernementales comprend les hôpitaux de mission, des installations financées par des organisations internationales et des centres de santé communautaires. Le secteur privé de la santé est relativement réduit.

11. Les dépenses de santé par habitant s'élevaient à US \$138 en 2003 (on ne dispose pas de chiffres plus récents) et représentaient 13 % du produit intérieur brut. Près de la moitié des recettes destinées au secteur de la santé provenaient de donateurs. On manque de médecins spécialistes, d'infirmières, de sages-femmes et de spécialistes de la santé publique.

12. Le nombre de lits d'hôpitaux (15,1 pour 10 000 habitants) se situe dans la fourchette inférieure pour la Région de la Méditerranée orientale ; le taux d'occupation est raisonnable (environ 80 %) pour les hôpitaux du Ministère de la Santé, mais très faible pour les hôpitaux non gouvernementaux et privés (moins de 40 %).

13. La séparation pour la prestation de soins de santé entre la Bande de Gaza et la Cisjordanie et le contrôle par Israël de tout mouvement compliquent la tâche de coordination des activités du Ministère de la Santé, ce qui entraîne souvent des doubles emplois et des pertes d'efficacité.

Impact des principaux événements survenus en 2006

14. La forte augmentation du nombre de victimes d'affrontements armés, l'augmentation substantielle des entraves à la circulation des personnes et des biens, la crise économique, les interruptions dans l'approvisionnement en électricité et en carburant, et la grève ont entraîné des problèmes considérables pour le secteur de la santé. Les pannes d'électricité fréquentes, par exemple, gênent les services de laboratoire et de radiologie, interfèrent avec le matériel de surveillance des patients et compromettent la chaîne du froid pour la conservation des vaccins, en particulier dans la moitié des centres de soins de santé primaires dépourvus de générateurs.

15. En juin 2006, un indicateur mis au point par l'OMS a été introduit pour mieux suivre l'impact de l'évolution de la situation. Les données obtenues ont fait apparaître une augmentation des admissions dans les hôpitaux du Ministère de la Santé et des consultations dans les centres de soins de

santé primaires du Ministère et de l'UNRWA. Le nombre de patients envoyés à l'étranger pour y être soignés a diminué. Le déplacement de patients des organisations non gouvernementales et du secteur privé vers le service public a encore ajouté à la pression sur celui-ci. Bien que le personnel de santé n'ait pas été payé depuis mars 2006, il a continué à travailler jusqu'à fin août. Les services hospitaliers et de soins de santé primaires ont été maintenus, mais l'offre réduite de médicaments et autres fournitures et les difficultés d'entretien du matériel ont mis en danger la qualité des soins.

16. En juillet et août 2006, le nombre de victimes a augmenté et la crise financière a continué à saper la fourniture de soins de santé. Les pénuries ont encore réduit la capacité des hôpitaux du Ministère de la Santé à dispenser les soins, notamment s'agissant des traitements de longue durée (dialyse et traitement du cancer, par exemple). Le 28 août, des personnels de santé et autres fonctionnaires de Cisjordanie ont entamé une grève, exigeant le paiement de leur traitement. Seuls les patients dont l'état était critique ont été admis à l'hôpital et un service minimum était prévu pour les situations d'urgence et le programme de vaccination. La plupart des services de soins de santé primaires ont été suspendus, mais les consultations de jour ont continué de proposer chimiothérapie et traitements chroniques. Des tensions entre personnel et patients ont été signalées et certains fonctionnaires ont été menacés ou agressés physiquement. En octobre, l'accès aux services de santé a été sérieusement restreint en Cisjordanie, mais les services ont été préservés dans la Bande de Gaza. Entre décembre 2006 et février 2007, après la grève, les services hospitaliers et de soins de santé primaires sont revenus à la normale, mais les problèmes de matériel et les pénuries se sont poursuivis.

17. Dans les établissements du Ministère de la Santé, malgré tous les problèmes, le nombre de consultations de soins de santé primaires et d'hospitalisations en 2006 n'a été que légèrement inférieur à ce que l'on prévoyait. L'utilisation des services de santé de l'UNRWA a été nettement supérieure à celle observée en 2005, tandis que le nombre de consultations de soins de santé primaires des établissements non gouvernementaux restait relativement stable.

18. Bien que l'approvisionnement en courant électrique de la Bande de Gaza ait été en partie rétabli, les services de santé connaissent encore des coupures d'électricité de plusieurs heures par jour. Le carburant destiné aux générateurs continue d'être garanti par le mécanisme international temporaire. L'offre de médicaments s'est améliorée grâce à une première livraison de médicaments achetés dans le cadre de ce mécanisme, mis en oeuvre au deuxième semestre 2006.

IMPACT SUR LA SANTE

19. Entre 2002 et 2005, l'espérance de vie de la population palestinienne est passée de 71,1 à 71,7 ans pour les hommes et de 72,6 à 73 ans pour les femmes. Les événements survenus en 2006 ont toutefois fait subir à la population civile d'énormes souffrances, affaibli les services de santé essentiels et amené le système de santé au bord de l'effondrement. Début 2007, les efforts diplomatiques internationaux ont repris, ce qui, allié à un soutien extérieur et à une coopération accrue, pourrait aider à transformer la crise en une chance de développement sanitaire.

La violence

20. Selon les données dont on dispose, le nombre de décès de Palestiniens a plus que triplé entre 2005 (215) et 2006 (678) ; pour près d'un décès sur cinq, il s'agissait d'enfants (127 en 2006), soit près de quatre fois plus qu'en 2005. En janvier et février 2007, la nette augmentation de la violence entre factions palestiniennes a déjà provoqué 130 décès, contre 146 pour toute l'année 2006 et 11 pour 2005. Les traumatismes ont aussi augmenté : le nombre total de Palestiniens blessés (3199) en 2006 a

été plus de deux fois plus élevé qu'en 2005 et le chiffre correspondant pour les enfants (472) plus de trois fois plus élevé. Ces traumatismes entraînent des incapacités, ce qui augmente les besoins en services complets de réadaptation.

La santé mentale

21. Depuis 2000, la demande de services de santé mentale a augmenté régulièrement. L'incidence des nouveaux troubles mentaux enregistrés dans les services de santé mentale communautaires a doublé entre 2000 et 2005. Le mur de séparation aurait entraîné une nette augmentation des symptômes émotionnels, physiques et comportementaux dans la population touchée.

La santé de la mère et de l'enfant

22. La mortalité des nouveau-nés liée à l'accouchement a augmenté, mais il faudrait pouvoir effectuer davantage d'études pour dégager les tendances de la mortalité néonatale et leurs déterminants. La Bande de Gaza et la Cisjordanie enregistrent la plus forte proportion de grossesses à haut risque de toutes les zones de réfugiés sous mandat de l'UNRWA. Bien que le taux de mortalité maternelle ait apparemment baissé entre 2002 et 2005, des défauts dans la qualité des soins restent préoccupants.

23. Une récente enquête montre une augmentation de la prévalence de la malnutrition chronique et de l'anémie, en particulier chez les enfants de Cisjordanie.

Les maladies transmissibles

24. La tendance générale concernant les maladies transmissibles, notamment les maladies à prévention vaccinale, depuis deux ans, a été une baisse de l'incidence. Toutefois, des facteurs environnementaux qui se détériorent (eau, évacuation des eaux usées, conditions de logement, par exemple) pourraient expliquer une augmentation de maladies comme l'hépatite A, la pneumonie, d'autres maladies respiratoires et la diarrhée dans la Bande de Gaza entre mai et juillet 2006.

25. En 2006, la grève a affecté l'administration des vaccins, et des coupures d'électricité ont peut-être endommagé la chaîne du froid. On craint que le mauvais état du système de santé publique n'ait de conséquences fâcheuses pour les programmes de vaccination, avec un risque de réémergence de maladies maîtrisées ou éradiquées comme la poliomyélite.

Les maladies non transmissibles

26. Depuis 2005, les pénuries de fournitures de base, les restrictions de mouvements, la baisse du nombre de transferts et les grèves dans les services de santé ont eu pour effet de réduire l'accès aux services de diagnostic et de traitement (dialyse, traitement du cancer ou du diabète, par exemple) et, par conséquent, d'accroître la charge des maladies non transmissibles.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

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

= = =