



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

Rapport du Directeur général

1. En 2020, la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la décision WHA73(32), dans laquelle le Directeur général était notamment prié de rendre compte à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport du Directeur général,¹ en s'appuyant sur une évaluation de terrain. Le présent rapport fait suite à cette demande.

APPUI ET ASSISTANCE TECHNIQUE LIÉE À LA SANTÉ À LA POPULATION DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPÉ, Y COMPRIS JÉRUSALEM-EST, ET DANS LE GOLAN SYRIEN OCCUPÉ

2. En 2020, l'OMS a poursuivi son action visant à fournir un appui et une assistance technique liée à la santé à la population palestinienne dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, conformément aux priorités stratégiques définies conjointement avec le Ministère palestinien de la santé et les partenaires dans le cadre de la stratégie de coopération de l'OMS avec le territoire palestinien occupé 2017-2020. Ces priorités sont alignées sur le treizième programme général de travail, 2019-2023. Après la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale due à la COVID-19 en janvier 2020, l'OMS a étendu ses fonctions essentielles en matière d'intervention d'urgence, conformément au Règlement sanitaire international (2005) et en sa qualité de chef de file du Groupe sectoriel pour la santé du Comité permanent interorganisations.

3. Conformément à la deuxième priorité stratégique de la stratégie de coopération, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire s'est occupé de la préparation et de la riposte à la pandémie de COVID-19 dans le territoire palestinien occupé en 2020. Grâce aux contributions des Gouvernements de l'Allemagne, de l'Autriche, du Canada, de la Croatie, de l'Espagne, de la France, de l'Italie, du Koweït, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et de la Suisse, ainsi que de l'Union européenne et du fonds humanitaire de financement commun dans les pays, le Programme a apporté au Ministère palestinien de la santé une assistance concernant l'ensemble des volets essentiels des opérations efficaces de préparation et d'intervention des pays décrites dans le Plan stratégique de

¹ Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, document A73/15.

préparation et de riposte de l'OMS pour le nouveau coronavirus de 2019.¹ Pour la coordination et la planification d'urgence, l'OMS a collaboré étroitement avec le Bureau du Coordonnateur résident et du Coordonnateur de l'action humanitaire des Nations Unies dans le territoire palestinien occupé afin d'assurer la direction des efforts de l'équipe de pays des Nations Unies pour l'action humanitaire, notamment en organisant l'élaboration et la mise à jour du Plan interorganisations de riposte à la COVID-19.² Le Plan a présenté à l'intention de la communauté de l'action humanitaire une stratégie commune pour répondre aux besoins de santé publique et aux conséquences humanitaires immédiates de la pandémie. Il s'agissait notamment de la riposte humanitaire coordonnée par le Groupe sectoriel pour la santé, coprésidé par l'OMS en tant que chef de file du Groupe avec le Ministère palestinien de la santé et regroupant 100 organisations partenaires opérant dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est. Les priorités de la riposte sanitaire consistaient notamment à éviter la propagation ultérieure de la COVID-19 dans l'ensemble du territoire palestinien occupé et à réduire la demande de services hospitaliers en soins intensifs ; à fournir des soins adéquats aux malades de la COVID-19 et un soutien à leur famille et à leurs proches ; et à réduire l'impact de l'épidémie sur la capacité fonctionnelle du système de santé. Ce Plan venait compléter le Plan palestinien de riposte d'urgence contre la COVID-19, pour lequel l'OMS a fourni une assistance technique supplémentaire. Tout au long de 2020, l'OMS a publié de fréquents rapports de situation concernant la COVID-19, les besoins d'urgence en matière de santé publique et l'aide apportée par l'Organisation, alors qu'en sa qualité de chef de file du Groupe sectoriel pour la santé, elle a apporté par son Secrétariat un appui à la production de bulletins du Groupe sur les besoins humanitaires plus larges et les capacités, lacunes et problèmes des partenaires au sein du Groupe.

4. En ce qui concerne les principaux volets de la surveillance/intervention rapide, du contrôle aux points d'entrée, des laboratoires nationaux, de la lutte anti-infectieuse et de la prise en charge des cas, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a collaboré avec le Ministère de la santé et ses partenaires pour évaluer et renforcer les capacités du système de santé en fournissant une assistance technique et un appui concernant l'achat et l'entrée des fournitures essentielles. Il s'agissait notamment de la mise en place de centres de triage respiratoire et d'installations de quarantaine, d'isolement et de traitement, ainsi que d'un appui technique à la mise en œuvre de bonnes pratiques de surveillance des maladies ; de la recherche des contacts ; du diagnostic du virus de la COVID-19 au laboratoire ; de la lutte anti-infectieuse ; de la prise en charge clinique des cas critiques ; et du triage respiratoire grâce à la formation des agents de première ligne et à la fourniture des dernières recommandations fondées sur des données probantes à mesure de l'évolution des connaissances et de la compréhension des interventions efficaces visant à prévenir, traiter et combattre la COVID-19. Pour ce qui est des fournitures essentielles, l'OMS a cherché à mobiliser des ressources, tout en apportant une assistance opérationnelle et logistique pour l'achat et l'entrée des produits, le matériel essentiel, le matériel jetable et les médicaments, comme l'a défini le Plan de riposte interorganisations. Concernant la communication des risques et la participation communautaire, l'OMS a contribué à la formation d'un groupe de travail composé du Ministère palestinien de la santé, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de la Banque de Palestine et de l'Agence palestinienne de coopération internationale, auquel ont également participé et contribué d'autres organismes des Nations Unies et organisations non gouvernementales, pour produire une campagne nationale de sensibilisation sanitaire. Toutes les deux semaines, le Secrétariat a contribué à l'établissement de contenus pour les réseaux sociaux, de vidéos et de brochures ; à la diffusion de communications sur les risques au moyen de

¹ OMS, *2019 Novel coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan*, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>, consulté le 11 mars 2021).

² Équipe des Nations Unies pour l'action humanitaire dans le territoire palestinien occupé, *COVID-19 Response Plan*, 2020 (<https://www.ochaopt.org/sites/default/files/covid-19-response-plan-inter-agency-opt.pdf>, consulté le 11 mars 2021).

³ *État de Palestine, State of Emergency: Palestine's COVID-19 Response Plan*, 2020 (http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/Palestine_Authority_COVID-19_Response_Plan_Final_26_3_2020.pdf?ua=1, consulté le 11 mars 2021).

panneaux d'affichage, de textes, de messages radiodiffusés, d'entretiens avec les médias et des réseaux sociaux ; et à l'établissement et à la mise à jour d'un tableau de bord et d'un site Web de la COVID-19.

5. Le dernier volet essentiel de la préparation et de la riposte à la COVID-19 vise à assurer la continuité de l'accès aux services essentiels pendant la pandémie afin de prévenir ou d'atténuer les effets secondaires sur la morbidité et la mortalité. Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a continué d'apporter son soutien aux services préhospitaliers de premiers secours, aux services d'urgence, aux capacités chirurgicales aiguës et à la fourniture de services chirurgicaux de sauvetage et de reconstruction des membres, répondant ainsi aux importants besoins à long terme des blessés ayant subi des traumatismes lors des manifestations de la « Grande marche du retour », dans la bande de Gaza de mars 2018 à décembre 2019. L'assistance a été fournie sous la forme d'une formation ; de l'élaboration de lignes directrices techniques et de modes opératoires normalisés ; et du financement des ressources humaines et de matériels pour maintenir le centre de reconstruction des membres du complexe médical Nasser à Khan Younis, dans la bande de Gaza. Les interventions chirurgicales nécessaires ont été touchées au cours des premiers stades de la pandémie, avec une baisse de 50 % en avril 2020 par rapport à la moyenne mensuelle du premier trimestre de l'année. Au troisième trimestre, le nombre des interventions mensuelles avait retrouvé le niveau antérieur à la COVID-19, même si à la fin de 2020 on estimait à 500 le nombre des blessés de la « Grande marche du retour » en attente d'une intervention spécialisée, la durée du traitement nécessaire pouvant aller jusqu'à un an et demi.

6. La première priorité dans le cadre de la stratégie de coopération consiste à contribuer à la mise en place et au renforcement de la résilience du système de santé palestinien ainsi qu'au rôle de direction accru du Ministère de la santé en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle. En 2020, les activités en faveur de cette priorité stratégique ont bénéficié d'un appui financier des Gouvernements belge, italien, japonais et norvégien et d'un financement de base de l'OMS. Le Secrétariat a apporté son soutien aux hôpitaux de Jérusalem-Est, pierre angulaire du système de santé palestinien, en finançant le poste d'un coordonnateur chargé de la collecte, de l'analyse et de la notification des données relatives à un suivi efficace des besoins des établissements hospitaliers et des défis à relever ; en déployant des efforts de mobilisation des ressources auprès des donateurs pour combler le déficit de financement ; et en assurant la liaison avec les organisations partenaires. Les hôpitaux ont dû faire face à une situation d'urgence financière au cours de l'année, en raison de la réduction de la demande de soins et des arriérés dus à la crise budgétaire à laquelle est confronté le Ministère palestinien de la santé, et l'OMS a cherché à appuyer la mobilisation des ressources à cet égard. Du fait du caractère prolongé de la situation dans le territoire palestinien occupé, l'approche liant aide humanitaire, développement et paix vise à transformer les processus de planification stratégique des Nations Unies. L'OMS soutient une analyse conjointe fondée sur cette approche en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et dans la bande de Gaza, qui servira de base pour les résultats définis collectivement dans différents secteurs. Le Secrétariat a poursuivi ses activités de renforcement du système de santé à long terme, notamment en améliorant les systèmes d'information centrés sur les hôpitaux, en renforçant les capacités hospitalières par la mise en œuvre d'un cadre régional d'action et en entreprenant une initiative évaluant les points forts et les carences actuels en matière de gestion et de résultats des soins de santé primaires. Les premiers soins essentiels aux nouveau-nés, un ensemble rentable d'interventions fondées sur des données probantes, ont été mis en place dans cinq hôpitaux publics et six maternités d'établissements privés de la bande de Gaza. À la fin de 2020, l'encadrement des premiers soins essentiels aux nouveau-nés avait été assuré pour 60 % des sages-femmes et infirmières (294 sur 416) et 85 % des médecins (169 sur 198), avec des équipes hospitalières formées à ces soins dans l'ensemble des 11 établissements. Des travaux ont été entrepris pour mettre sur pied une équipe d'évaluation de la qualité au sein du Ministère de la santé. En 2020, l'équipe a procédé à un nouvel examen pour remédier aux vulnérabilités dans le contexte de la COVID-19, qui a conduit à la mise en œuvre de modes opératoires normalisés pour la lutte anti-infectieuse du Ministère de la santé chez la femme enceinte et le nouveau-né.

7. Dans le cadre de la première priorité de la stratégie de coopération, l'Institut national palestinien de santé publique, un projet relevant de l'OMS financé par le Gouvernement norvégien, a poursuivi sa transition en vue de devenir une institution indépendante du secteur public conformément au cadre juridique approuvé par le Président palestinien en 2016. L'Institut s'attache notamment à produire des éléments factuels grâce à la recherche en santé publique et à renforcer les systèmes de surveillance, ainsi que les capacités et la sensibilisation propres à améliorer les résultats sanitaires. Il a établi et renforcé des registres pour la santé de la mère et de l'enfant, la mammographie, la violence de genre, le cancer, les maladies non transmissibles, les rapports statistiques sur les soins de santé primaires, les causes de décès, ainsi que les accidents de la route et les traumatismes qu'ils occasionnent. L'Institut national palestinien de santé publique a également mis en place un observatoire des ressources humaines pour la santé, ainsi que des systèmes d'information sanitaire en soins primaires grâce au déploiement du logiciel District Health Information System 2 (DHIS2). Avec l'appui du Gouvernement norvégien et de la Banque mondiale, il s'efforce aussi de promouvoir la couverture sanitaire universelle en appuyant la médecine de famille, le suivi et la planification stratégique des ressources humaines pour la santé. En 2020, l'Institut s'est concentré sur la riposte à la COVID-19 et il a notamment mis en place le système national de surveillance de la COVID-19, en collaboration avec le Ministère de la santé et l'équipe de pays du DHIS2 ; élaboré un site Web public avec le Ministère de la santé afin de fournir des informations et des indicateurs sur la COVID-19 ; effectué une enquête sur les expériences de stigmatisation ; évalué l'accès aux soins prénatals et postnatals, à la vaccination et aux médicaments pendant la pandémie ; appuyé la mise en œuvre des outils de l'OMS pour les mesures sociales et de santé publique dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ; offert une formation aux agents de santé en première ligne, en partenariat avec le Ministère de la santé, Juzoor pour la santé et le développement social et l'hôpital Augusta Victoria, concernant l'évaluation de base et l'appui aux soins intensifs et aux soins vitaux de base, ainsi qu'à la lutte anti-infectieuse ; et mené à bien une étude sérologique sur la COVID-19 dans le territoire palestinien occupé, dans le cadre des efforts mondiaux visant à comprendre l'étendue de l'exposition au virus comparativement aux cas confirmés.

8. La troisième priorité de la stratégie de coopération consiste à renforcer la capacité de prévenir, prendre en charge et combattre les maladies non transmissibles, y compris les affections de santé mentale, et à réduire les facteurs de risque de violence et de traumatismes. En 2020, les activités dans le cadre de cette priorité stratégique ont bénéficié de fonds des Gouvernements canadien, italien et koweïtien, ainsi que de l'Union européenne. L'OMS a continué d'apporter un appui technique et logistique au Ministère de la santé pour poursuivre la mise en œuvre du programme OMS de l'ensemble complet d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles dans tous les centres de soins de santé primaires de Cisjordanie et de la bande de Gaza, tout en s'efforçant de fournir des orientations en vue des politiques de maintien des services de soins primaires essentiels pendant la pandémie de COVID-19. Le Secrétariat a contribué à améliorer la qualité de la surveillance et de la notification sur les maladies non transmissibles en apportant un soutien technique et en fournissant du matériel informatique essentiel aux centres de soins primaires ; a aidé à évaluer l'efficacité des programmes sur les maladies non transmissibles ; et a appuyé des campagnes visant à promouvoir la prévention des maladies non transmissibles pendant la pandémie de COVID-19, en ciblant les facteurs de risque, en ce qui concerne notamment la lutte antitabac, l'alimentation et l'exercice physique. Parallèlement, le Programme de santé mentale de l'OMS a aidé le Ministère de la santé à élaborer le plan national d'action d'urgence pour répondre aux besoins en santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 et à finaliser la stratégie nationale de prévention du suicide. Dans la bande de Gaza, le Secrétariat a appuyé une campagne de sensibilisation sur la toxicomanie et a acheté des médicaments psychotropes essentiels pour faire face à de graves pénuries, alors qu'à Jérusalem-Est, il a aidé une organisation non gouvernementale locale à fournir des services de santé mentale et de renforcement des capacités psychosociales pendant la COVID-19 dans deux hôpitaux palestiniens de la ville. L'OMS a mené, avec une autre organisation non gouvernementale locale, une étude relative à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des adolescents palestiniens ; elle a également adapté les efforts visant à renforcer les capacités des

professionnels de la santé à fournir un soutien psychosocial et de santé mentale à distance en Cisjordanie et dans la bande de Gaza. L'OMS a continué d'aider le Ministère de la santé à définir les priorités et les lacunes en vue de la stratégie de santé mentale 2021-2026 après une suspension des activités en raison de la pandémie ; elle a également apporté son appui à l'hôpital psychiatrique de Bethléem.

9. La quatrième priorité de la stratégie de coopération consiste à renforcer la capacité du Ministère de la santé et des partenaires du secteur de la santé de promouvoir auprès de tous les milieux juridiquement concernés la protection du droit à la santé, la réduction des obstacles à l'accès aux services de santé et une amélioration concernant les déterminants sociaux de la santé. En 2020, le Gouvernement suisse et l'Union européenne ont apporté leur soutien au programme de défense du droit à la santé de l'OMS. L'Organisation a continué de suivre la situation et de recueillir et notifier des informations sur les obstacles à l'accès à la santé et les attaques visant les services de santé. L'interruption de la coordination entre l'Autorité palestinienne et Israël en mai 2020 a privé de nombreux patients de la bande de Gaza des moyens de soumettre des demandes de permis pour obtenir des soins de santé dans d'autres parties du territoire palestinien occupé, les organisations non gouvernementales n'étant pas en mesure de faire face à la forte demande. Le Secrétariat s'est efforcé de mettre en place un mécanisme temporaire de coordination des demandes de permis pour les patients et leurs accompagnants ; en coopération avec le système d'orientation des patients du Ministère de la santé, il a présenté plus de 1400 demandes de patients et plus de 1600 demandes d'accompagnants au cours des trois mois de fonctionnement du mécanisme. Le programme a adapté les ateliers de renforcement des capacités aux plateformes en ligne, y compris des ateliers de formation et un bref cours sur le droit à la santé avec les partenaires universitaires et du système des Nations Unies, alors que les travaux visant à finaliser une série d'indicateurs pour le suivi renforcé des obstacles au droit à la santé concernant la notification prévue par les traités ont été reportés après le début de la flambée de COVID-19. Le Secrétariat a recueilli et regroupé des données aux fins de l'établissement de produits de sensibilisation et de matériels d'information, qui constituaient la base de campagnes publiques, de la notification dans le cadre des Nations Unies et d'un engagement bilatéral et multilatéral avec les bénéficiaires de droits pour promouvoir le respect ainsi que la protection et la jouissance du droit des Palestiniens au plus haut niveau possible de santé physique et mentale dans le territoire palestinien occupé.

10. En ce qui concerne la situation de la santé publique dans le Golan syrien occupé, les informations suivantes ont été fournies par le Ministère israélien de la santé. Tous les résidents du plateau du Golan (arabes, druzes, juifs ou autres) bénéficient d'un accès complet aux soins de santé universels dans le cadre du système de soins de santé fournis par les réseaux de soins israéliens, assurant les tests, les soins médicaux, la recherche des contacts et la vaccination. Il existe quatre réseaux de soins israéliens – à Clalit, Maccabi, Meuchedet et Leumit – le réseau de Clalit dispensant les soins médicaux à la plupart des résidents du Golan syrien occupé. Tous sont couverts par les autorités sanitaires du district septentrional des services nationaux de santé publique. Un centre médical d'urgence est installé dans le village druze d'Ein Qiniyye et l'établissement hospitalier complet le plus proche – le Rebecca Ziv Medical Center à Safed – se trouve à moins d'une heure de la ville de Majdal Shams, située au nord du Golan. Face à la COVID-19, le Ministère israélien de la santé a intensifié ses efforts de dépistage dans le Golan syrien occupé et effectué environ 15 000 tests en novembre 2020, couvrant la quasi-totalité de la population résidente. Du début de la pandémie jusqu'à fin janvier 2021, on a enregistré dans les villes druzes de Magd et Shams 1602 cas de COVID-19 et 83 hospitalisations dues à la maladie et, à Bukata, 895 cas et 27 hospitalisations ; 15 décès dus à la COVID-19 ont été signalés dans chacune des villes. Une campagne de vaccination a été lancée au début de 2021 et, au 25 janvier, 16,5 % des Druzes de Majdal Shams avaient reçu la première dose de vaccin contre la COVID-19 et 6,1 % la deuxième, alors qu'à Bukata, 16,8 % des résidents avaient reçu la première dose et 3,95 % la deuxième. Au 8 avril 2021, la couverture vaccinale de la population en Israël atteignait 57 % pour la première dose et 53 % pour la

deuxième, alors qu'à Majdal Shams, Bukata, Masade Ein Kenia, elle était de 55 % à 64 % pour la première dose et de 50 % à 57 % pour la deuxième.¹

RAPPORT SUR LA SITUATION SANITAIRE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPÉ, Y COMPRIS JÉRUSALEM-EST

Démographie, résultats sanitaires et inégalités en matière de santé

11. On estime qu'à la mi-2021, 5,2 millions de Palestiniens vivent dans le territoire palestinien occupé – 3,12 millions en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et 2,11 millions dans la bande de Gaza.² La municipalité de Jérusalem – dont les limites sont définies par Israël³ suite à l'annexion après 1967 d'un territoire comprenant la municipalité de Jérusalem-Est telle qu'elle existait avant 1967 (6 km²) et 64 km² du territoire avoisinant situé en Cisjordanie – compte environ 350 000 résidents palestiniens.⁴ Plus de 2,3 millions de réfugiés palestiniens enregistrés par l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) vivent dans le territoire palestinien occupé et plus de 3,4 millions en dehors.⁵ Les 1,48 million de réfugiés palestiniens vivant dans la bande de Gaza représentent près de 70 % de la population. Un quart des réfugiés en Cisjordanie habitent dans l'un des 19 camps qui y sont installés et plus d'un demi-million de réfugiés dans la bande de Gaza vivent dans l'un des huit camps qui s'y trouvent.⁶ Pour l'essentiel, la population palestinienne est jeune : près de 40 % des Palestiniens sont âgés de 0 à 14 ans tandis que 5 % d'entre eux ont 65 ans ou plus.⁷

12. L'espérance de vie à la naissance des Palestiniens dans le territoire palestinien occupé était de 74,0 ans en 2019 (73,6 dans la bande de Gaza et 74,3 ans en Cisjordanie).⁸ La même année, le taux de mortalité infantile des Palestiniens dans la bande de Gaza et en Cisjordanie était de 16,6 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité des moins de cinq ans de 19,4 pour 1000.⁹ Il existe des inégalités sanitaires qui représentent des différences systématiques résultant des conditions politiques, économiques et sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et avancent en

¹ The Israeli Ministry of Health Corona Dashboard (<https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general>).

² Bureau central palestinien des statistiques (PCBS), *Estimated Population in Palestine Mid-Year by Governorate, 1997-2021*; 2017 (http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/2017-2097%20المحافظات%20انجليزي.html, consulté le 11 mars 2021).

³ Korach, M. & Choshen, M., *Jerusalem: Facts and Trends 2019*; Jerusalem Institute for Policy Research, 2019 (https://jerusalemresearch.org.il/wp-content/uploads/2019/05/PUB_505_facts-and-trends_eng_2019_web.pdf, consulté le 11 mars 2021).

⁴ Salem, W., « The East Jerusalem Municipality: Palestinian Policy Options and Proposed Alternatives », *Jerusalem Quarterly* 74 (2017), pp 120-136.

⁵ Données fournies par l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), 2021.

⁶ UNRWA, Where we work (<https://www.unrwa.org/where-we-work>, consulté le 7 mars 2021).

⁷ PCBS, *Indicators; 2020* (http://www.pcbs.gov.ps/site/lang_en/881/default.aspx#, consulté le 7 mars 2021).

⁸ Centre palestinien de l'information sanitaire (PHIC), *Health Annual Report: Palestine 2019, 2020*. Les statistiques sur l'espérance de vie dans le territoire palestinien occupé ne tiennent pas compte de la majorité des Palestiniens résidant à Jérusalem-Est, en raison de l'impossibilité d'accéder aux données d'état civil recueillies par les autorités israéliennes concernant le territoire annexé.

⁹ United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, 2020 (<https://childmortality.org/data/State%20of%20Palestine>, consulté le 7 mars 2021).

âge.¹ On constate des différences au sein de la population palestinienne quant aux résultats sanitaires, notamment entre la Cisjordanie et la bande de Gaza, entre les villes, les villages, les camps de réfugiés et les communautés de Bédouins, ainsi qu'entre les différentes zones comme la zone C, Jérusalem-Est et la zone d'accès limité de la bande de Gaza. Les schémas de problèmes de santé et de morbidité varient selon l'âge et le sexe. Les lacunes de la ventilation des données concernant les différents groupes palestiniens, et surtout leur emplacement, limitent néanmoins l'analyse des inégalités sanitaires. On estime à plus de 600 000 le nombre des colons juifs israéliens établis en Cisjordanie² et leur espérance de vie dépasse de plus de neuf ans^{3,4} celle des Palestiniens vivant dans le même territoire, avec une mortalité infantile et une mortalité maternelle, respectivement, cinq et neuf fois plus faible chez les colons en 2019.^{1,5} Il ressort des données israéliennes concernant la même année que chez les non-juifs qui s'identifient comme Palestiniens ou Arabes et bénéficient du statut de résident en Israël ou de la citoyenneté israélienne, y compris les Palestiniens de la municipalité de Jérusalem définie par Israël, l'espérance de vie est inférieure de 3,2 ans pour les femmes (81,9 contre 85,1) et de 3,7 ans pour les hommes (78,1 contre 81,8).⁵

13. Les maladies non transmissibles demeurent la principale cause de mortalité dans le territoire palestinien occupé, provoquant plus des deux tiers des décès chez les Palestiniens en 2019.⁴ Selon les statistiques du Ministère palestinien de la santé, les décès périnataux et les malformations congénitales représentent plus de 10 % des décès, et les accidents de la circulation, les agressions et les chutes 2,9 %. Le taux de suicide indiqué comme cause de décès – 0,3 % des décès – était plus de huit fois plus important chez les hommes que chez les femmes.⁴

Vulnérabilités structurelles du système de santé palestinien avant la COVID-19

14. Avant que la flambée de COVID-19 ne touche le territoire palestinien occupé le 5 mars 2020, le système de santé palestinien était déjà fragmenté et fragile. Il incombe à tous les acteurs responsables de défendre le droit des Palestiniens au niveau de santé le plus élevé qu'il leur est possible d'atteindre dans le territoire palestinien occupé, c'est-à-dire à Israël en tant que puissance occupante, à l'Autorité palestinienne, à l'autorité de fait dans la bande de Gaza, et aux États tiers. L'Autorité palestinienne s'est vu confier des pouvoirs et des responsabilités dans le domaine de la santé en Cisjordanie et dans la bande de Gaza, en vertu des Accords d'Oslo. Or, dans la pratique, la gouvernance du système de santé et la capacité d'accès du Ministère palestinien de la santé aux communautés de l'ensemble de la Cisjordanie et de la bande de Gaza sont entravées par le fractionnement administratif et géographique du territoire palestinien occupé, ainsi que par les contrôles et restrictions considérables limitant la libre circulation des personnes à l'intérieur ainsi qu'à l'entrée et à la sortie des zones sous contrôle palestinien. Le financement adéquat et durable des soins de santé publique est par ailleurs entravé par les conditions économiques de l'occupation. Les recettes destinées au financement des prestations de soins de santé publique sont affectées par les milliards de pertes en dollars des États-Unis subies par l'économie

¹ OMS, « 10 facts on health inequities and their causes » ; 2020 (https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/, consulté le 11 mars 2021).

² Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), *Humanitarian Facts and Figures. Occupied Palestinian Territory*, 2018.

³ Centre palestinien de l'information sanitaire (PHIC), *Health Annual Report: Palestine 2019*, 2020. Les statistiques sur l'espérance de vie dans le territoire palestinien occupé ne tiennent pas compte de la majorité des Palestiniens résidant à Jérusalem-Est, en raison de l'impossibilité d'accéder aux données d'état civil recueillies par les autorités israéliennes concernant le territoire annexé.

⁴ Bureau central israélien des statistiques ; 2020 (https://www.cbs.gov.il/he/publications/doclib/2020/3.shnatonhealth/st03_05.pdf, consulté le 7 mars 2021).

⁵ United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, 2020 (<https://childmortality.org/data/Israel>, consulté le 11 mars 2021).

palestinienne à cause des ressources naturelles qui échappent à son contrôle,¹ des recettes fiscales liées aux activités commerciales dont la perception est incomplète, de la diminution des recettes provenant de l'impôt sur le revenu du fait de la progression du chômage et des effets économiques des restrictions apportées à la libre circulation des personnes, des biens et des services.²

15. La fermeture et le blocus de la bande de Gaza depuis 2007 ont contribué à isoler cette partie du territoire de la Cisjordanie et de Jérusalem-Est, et touché tous les aspects de la vie, des déterminants sous-jacents de la santé à la disponibilité et la qualité de soins de santé, en passant par l'accès aux soins. Plusieurs flambées de violence successives en 2008-2009, en 2012, en 2014 et plus récemment lors de la « Grande marche du retour » en 2018-2019, ont été préjudiciables au développement du système de santé, entraînant une réorientation de fonds vers les interventions d'urgence humanitaire, alors que la division politique a accentué les inégalités persistantes et croissantes entre la bande de Gaza et la Cisjordanie. La pénurie de médicaments et fongibles essentiels qui dure depuis longtemps nuit à la couverture efficace et à la qualité des services dans le cadre du système de soins de santé publique et se traduit par une augmentation des dépenses directes supportées par les patients et leur famille lorsque les médicaments et les fournitures sont disponibles dans le secteur privé. En février 2020, avant l'arrivée de la COVID-19 dans le territoire palestinien occupé, le magasin pharmaceutique central de Gaza disposait de moins d'un mois de stocks pour 39 % des médicaments essentiels et 31 % des fongibles essentiels.³ Au cours de 2020, 44 % des médicaments essentiels et 31 % des fongibles essentiels en moyenne étaient au niveau zéro correspondant à moins d'un mois de stocks au moment de l'inventaire mensuel.³ L'ensemble du territoire palestinien occupé est confronté à un manque d'effectifs touchant certaines spécialités en médecine et en chirurgie – médecine de famille, néphrologie, ophtalmologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, médecine d'urgence, radiologie, rhumatologie, pathologie, neurologie et neurochirurgie, notamment.⁴ La pénurie de personnel et le manque de médicaments, de fournitures et d'expertise s'ajoutent au manque de certains équipements médicaux – comme pour la radiothérapie ou la médecine nucléaire – et poussent les patients à s'adresser à des prestataires de soins en dehors du Ministère de la santé. La plupart d'entre eux sont certes disponibles dans le territoire palestinien occupé, mais ne sont accessibles que moyennant l'obtention d'un permis israélien permettant de franchir le poste de contrôle de Beit Hanoun (Erez).⁵

16. La zone annexée de Jérusalem-Est, dont plus de 90 % est composé des villages palestiniens et municipalités de Cisjordanie entourant la municipalité de Jérusalem-Est d'avant 1967,⁶ a été coupée du reste du territoire palestinien occupé par le tracé du mur de séparation à l'est, contraignant les Palestiniens de Cisjordanie et de la bande de Gaza à obtenir un permis israélien pour entrer à Jérusalem-Est.⁷ Les Palestiniens à l'intérieur de la ville peuvent déposer une demande pour obtenir le statut de résidents ; pour cela ils doivent être en mesure de prouver que la ville constitue durablement pour eux leur « centre de vie » (lieu de résidence ou de travail). De 1967 à mai 2019, Israël a révoqué le statut de

¹ Banque mondiale, *Area C and the Future of the Palestinian Economy*; 2013, (documents1.worldbank.org/curated/en/137111468329419171/pdf/AUS29220REPLAC0EVISION0January02014.pdf, consulté le 11 mars 2021).

² Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (2020). Rapport sur l'assistance de la CNUCED au peuple palestinien : évolution de l'économie du Territoire palestinien occupé, document TD/B/67/5.

³ Données fournies par le magasin pharmaceutique central de la bande de Gaza, 2021.

⁴ OMS, Ministère palestinien de la santé et Institut national palestinien de santé publique, *National Human Resources for Health Observatory: Health Workforce Dynamics in Palestine*, 2020.

⁵ Pour plus de détails concernant les données sur les obstacles à l'accès, voir les paragraphes 29 et suivants.

⁶ Salem, W., « The East Jerusalem Municipality: Palestinian Policy Options and Proposed Alternatives », *Jerusalem Quarterly* 74 (2017), pp.120-136.

⁷ En Cisjordanie, la plupart des femmes de plus de 50 ans, des hommes de plus de 55 ans et des enfants de moins de 14 ans sont exemptés sauf le samedi, avant 8 heures et après 19 heures.

résident de 14 643 Palestiniens – un chiffre qui passe à quelque 86 000 si l'on tient compte des enfants à charge qui ont perdu leur droit de résidence.^{1,2} Les Palestiniens résidant à Jérusalem-Est ont accès à l'assurance-maladie israélienne, à la différence de ceux qui habitent ailleurs en Cisjordanie ou dans la bande de Gaza. Les six principaux hôpitaux palestiniens du réseau hospitalier de Jérusalem-Est sont soumis à la réglementation clinique et aux règles de sécurité établies par le Ministère israélien de la santé, et les soins qu'ils dispensent aux patients éligibles sont couverts par le régime israélien de l'assurance-maladie. Ces hôpitaux constituent néanmoins une pierre angulaire du système de santé palestinien et une part importante de leurs revenus provient du remboursement par le Ministère palestinien de la santé des services dispensés aux patients palestiniens. Les obstacles empêchant le Ministère palestinien de la santé d'obtenir des recettes et une succession de crises financières ont eu des répercussions sur les arriérés dus aux prestataires de soins qui ne relèvent pas du Ministère, et notamment au réseau hospitalier de Jérusalem-Est, vers lequel étaient acheminés 38 % des patients orientés par le Ministère en 2020.³

17. En Cisjordanie, en dehors de Jérusalem-Est, le morcellement administratif a créé des zones qui sont théoriquement placées sous le contrôle civil et de sécurité palestinien (A et H1), sous contrôle civil palestinien et contrôle militaire israélien (B) et sous contrôle civil et militaire israélien (C et H2). Dans la pratique, toute la Cisjordanie se retrouve sous l'autorité militaire israélienne. La division physique croissante due au mur de séparation, à l'extension de l'infrastructure des colonies et aux nombreux barrages routiers – postes de contrôle fixes et mobiles notamment – a contribué à la fragmentation des zones sous contrôle civil palestinien, ainsi qu'à des contraintes sévères affectant le développement et l'accès aux communautés palestiniennes des autres zones, plus particulièrement la zone C, qui couvre plus de 60 % de la superficie de la Cisjordanie, où même l'établissement de structures permanentes ou semi-permanentes pour la prestation de soins de santé se heurte à des politiques d'aménagement discriminatoires dont les Palestiniens sont victimes.⁴ Ce qu'on appelle la « zone de jointure » entre la ligne d'armistice de 1949, qui délimite la Cisjordanie, et le mur de séparation est située à l'intérieur des 9 % de la Cisjordanie qui se retrouvent du côté israélien du mur. Les Palestiniens qui y vivent doivent obtenir une autorisation israélienne pour regagner ou quitter leur communauté et ceux de l'extérieur qui veulent s'y rendre doivent obtenir un permis israélien. L'accès est limité et souvent contrôlé au niveau du seul passage permettant de franchir le mur, ce qui affecte par exemple les communautés de Beit Iksa près de Jérusalem et d'Arab ar-Ramadin ash-Shamali près de Qalqilya. Les restrictions relatives au développement et à l'accès contribuent à accroître les besoins humanitaires en santé, notamment dans la zone C, la zone H2 de Hébron et la zone de jointure. Plus de 170 000 personnes de 180 communautés dans ces zones dépendent des services de santé primaires assurés par des dispensaires mobiles ; à fin décembre 2020, ceux-ci avaient desservi 146 925 personnes.⁵

18. En plus de ces vulnérabilités géographiques et économiques, le déplacement et le statut de réfugié prolongés qui durent depuis 1948 sont à l'origine de besoins humanitaires considérables pour les Palestiniens, notamment en matière de soins de santé essentiels de base. C'est l'UNRWA qui est chargé d'apporter l'aide humanitaire nécessaire en matière de soins de santé aux réfugiés palestiniens, et plus

¹ The Association for Civil Rights in Israel, *East Jerusalem Facts and Figures 2019*; 2019 (https://fef8066e-8343-457a-8902-ae89f366476d.filesusr.com/ugd/01368b_20dc66c3a088465286ce4c6d5a87c56c.pdf, consulté le 7 mars 2021).

² Al Haq, *Residency revocation: Israel's forcible transfer of Palestinians from Jerusalem*; 2017 (<http://www.alhaq.org/advocacy/6331.html>, consulté le 11 mars 2021).

³ Données fournies par l'unité du Ministère palestinien de la santé chargée de l'achat des services, 2021.

⁴ Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Colonies de peuplement israéliennes dans le Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et le Golan syrien occupé : Rapport de la Haute-Commissaire des Nations Unies pour les droits de l'homme*, document A/HRC/46/65, 2021.

⁵ Données fournies par le Groupe sectoriel pour la santé dans le territoire palestinien occupé, 2021.

de 44 % des Palestiniens en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et dans la bande de Gaza ont le statut de réfugiés. L'UNRWA dispense les soins de santé primaires dans le territoire palestinien occupé par l'intermédiaire de 65 centres de soins de santé primaires – 22 dans la bande de Gaza et 43 en Cisjordanie (Jérusalem-Est comprise) – alors que les soins secondaires et tertiaires sont assurés par son réseau d'hôpitaux sous contrat ou directement par l'hôpital de Qalqilya en Cisjordanie. En 2020, 45 % des réfugiés palestiniens de Cisjordanie et 81 % de ceux de la bande de Gaza ont eu recours aux services préventifs et curatifs de l'UNRWA. Par ailleurs, 36 991 réfugiés palestiniens ont obtenu des soins secondaires ou tertiaires couverts par l'UNRWA. En 2020, la situation financière de l'UNRWA restait critique, avec un déficit du budget programme de l'Office de 75 millions de dollars des États-Unis (USD), sans compter les 152 millions USD nécessaires pour la riposte à la COVID-19. En décembre 2020, la bande de Gaza avait reçu 55 % du total des moyens requis, et l'Office avait obtenu 86 % du montant nécessaire aux interventions spécifiques à la lutte contre la COVID-19 en Cisjordanie.¹

Préparation et riposte à la COVID-19 en 2020

19. L'autorité palestinienne a déclaré l'état d'urgence après la confirmation des premiers cas de COVID-19 dans le territoire palestinien occupé le 5 mars 2020, dans les environs de Bethléem. L'entrée a été interdite aux touristes étrangers et les écoles, universités, mosquées et églises ont été fermées pour une période initiale d'un mois.² Le plan palestinien de riposte à la COVID-19 rendu public le 26 mars 2020 a défini la stratégie de riposte générale du Gouvernement face à la pandémie, une approche pour coordonner l'aide et les besoins financiers à couvrir pour appliquer des mesures de santé publique efficaces tout en préservant les fonctions existantes. Le Ministère palestinien de la santé a mis en place le Comité sanitaire national sur la COVID-19 et le Comité épidémiologique national bénéficiant de l'appui technique de l'OMS et dans lequel celle-ci était représentée, afin de renforcer le suivi efficace de la situation épidémiologique et en matière de santé publique, et d'apporter des recommandations au Comité national d'urgence palestinien. L'équipe de pays des Nations Unies a constitué une équipe spéciale interorganisations contre la COVID-19 qui a publié un plan de riposte le 14 mars 2020, actualisé le 27 mars puis le 23 avril.³ Au 28 janvier 2021, le nombre de produits délivrés ou achetés aux fins de la riposte sanitaire pour les besoins de prise en charge de cas confirmés atteignait les taux suivants : 92 % pour les respirateurs, 119 % pour les moniteurs de surveillance des patients, 88 % pour les concentrateurs d'oxygène, 66 % pour les lits supplémentaires dans les unités de soins intensifs et 88 % pour les lits supplémentaires pour les patients. En ce qui concerne la lutte anti-infectieuse, à la même date, les fournitures et achats de produits couvraient : 68 % des besoins de masques chirurgicaux ; 130 % des masques de protection respiratoire N-95 ; et 117 % des gants chirurgicaux. Par ailleurs, toujours au 28 janvier 2021, les livraisons et achats d'équipements de laboratoire couvraient 51 % des besoins pour les tests d'amplification en chaîne par polymérisation (PCR) pour la COVID-19 et 53 % des besoins en écouvillons/moyens de prélèvement d'échantillons.⁴

20. Pour ce qui est de la communication sur les risques et la mobilisation communautaire, le Ministère palestinien de la santé a établi une équipe spéciale associant l'OMS, l'UNICEF, la Banque de Palestine et l'Agence palestinienne de coopération internationale, ainsi que des représentants d'autres organismes des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales, qui a mis en œuvre une campagne nationale

¹ Données fournies par l'UNRWA, 2021.

² Wafa News Agency, « Palestinian premier, with emergency powers, shuts down country for one month over corona »; 2020 (<https://english.wafa.ps/Pages/Details/101601>, consulté le 11 mars 2021).

³ Équipe des Nations Unies pour l'action humanitaire dans le territoire palestinien occupé, *COVID-19 Response Plan*, 2020 (<https://www.ochaopt.org/sites/default/files/covid-19-response-plan-inter-agency-opt.pdf>, consulté le 11 mars 2021).

⁴ Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires dans le territoire palestinien occupé, *COVID-19 Emergency Situation Report 27 (14-28 January 2021)*, 2021 (<https://www.ochaopt.org/content/covid-19-emergency-situation-report-27>, consulté le 11 mars 2021).

de sensibilisation sanitaire. Il ressort d'une évaluation publiée en septembre 2020 sur les activités de promotion de la santé et de sensibilisation communautaire que la moitié des répondants avaient de bonnes connaissances sur la COVID-19 et que parmi les autres 40 % avaient des connaissances moyennes à élevées – les répondants affirmant eux-mêmes suivre de très près (45 %) ou d'assez près (52 %) les mesures de prévention.¹ Dans la pratique cependant, parmi les obstacles au respect des mesures de santé publique, notamment par rapport à l'impact économique des restrictions associé à une sécurité sociale inadéquate – 90 % des répondants se disaient inquiets des effets de la pandémie sur le revenu du ménage. L'enquête a révélé en outre un effet significatif sur le bien-être mental évoqué par les répondants eux-mêmes. À la longue, on a constaté une érosion sensible du respect des consignes et des règlements visant à prévenir la propagation de la COVID-19.²

21. Le système de surveillance de la santé publique dans le territoire palestinien occupé qui est bien établi a été en mesure de réagir efficacement à la flambée de COVID-19 en recueillant, analysant et notifiant des données sur le nombre total de cas confirmés, de cas actifs, de cas guéris et de décès dus à la COVID-19 et sur les tendances selon le lieu et dans le temps, avec une ventilation selon l'âge, le sexe et divers groupes spécifiques – agents de santé, voyageurs et personnes travaillant en Israël et dans les colonies en Cisjordanie.³ Le fait que Jérusalem-Est échappait au contrôle de l'Autorité palestinienne et l'interruption de la coordination avec les autorités israéliennes entre mai et novembre 2020 ont créé des obstacles à la détection fiable et exhaustive des cas de COVID-19 dans la population palestinienne de la ville. Les données notifiées par le Ministère palestinien de la santé sur les cas positifs parmi les Palestiniens de Jérusalem-Est ont été obtenues de sources publiques et non officielles. La surveillance efficace reposait jusqu'ici sur la détection exhaustive des cas de COVID-19 dans la population grâce à la disponibilité de tests et d'équipements de laboratoire. En Cisjordanie, le taux de positivité des tests de dépistage de la COVID-19 effectués dépassait 30 % au début avril 2020, ce qui signifiait que plus de trois tests effectués sur 10 donnaient un résultat positif et que le nombre de tests était peut-être insuffisant au regard du nombre de cas de COVID-19 dans la population. Le taux de positivité qui était resté au-dessous de 5 % entre fin avril 2020 et mi-juin 2020 a dépassé à nouveau 20 % en moyenne entre novembre et décembre 2020, lors d'un pic important.⁴ La bande de Gaza a également subi une hausse significative du taux de positivité, qui est passé d'un niveau plancher de 4 % à mi-septembre à un plafond de plus de 37 % à mi-décembre 2020.⁵ Cette augmentation est survenue dans le contexte d'un pic important des cas de COVID-19 et suite à une période de pénurie grave de kits de dépistage en laboratoire dans la bande de Gaza.

22. Le contrôle des mouvements de la population et la mise en œuvre de mesures de quarantaine aux points d'entrée ont été indispensables pour assurer une riposte de santé publique efficace à la COVID-19. Dans le territoire palestinien occupé, tous les points d'entrée, à l'exception du poste-frontière de Rafah avec l'Égypte, sont contrôlés par les autorités israéliennes et nécessitent une coordination avec elles. Le 18 mars 2020, l'Autorité palestinienne a fait état d'un haut niveau de coordination avec les autorités israéliennes pour les mesures d'endiguement du virus à Bethléem et autour de la ville, reconnaissant

¹ ABC Consulting, *KAP Study for the "Risk Communication and Community Engagement Plan (RCCE)" for the State of Palestine*; 2020.

² Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires dans le territoire palestinien occupé, *COVID-19 Emergency Situation Report 25 (17-30 December 2020)*, 2020 (<https://www.ochaopt.org/content/covid-19-emergency-situation-report-25>, consulté le 11 mars 2021).

³ Ministère palestinien de la santé, « CORONAVIRUS – COVID19 Surveillance System »; 2021 (المركز الإلكتروني لغايروس - كوفيد 19 كوفيد - كوفيد 19 (moh.ps), consulté le 11 mars 2021).

⁴ Données fournies par l'Institut national palestinien de santé publique, 2021.

⁵ Ministère palestinien de la santé, Institut national palestinien de santé publique et OMS, « COVID-19 Cases in the Gaza Strip: Weekly epidemiological bulletin from (10/01 TO 16/01 2021) and (17/01 TO 23/01 2021) »; 2021 (http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/COVID-19_Gaza_epidemiological_bulletin_24Jan2021.pdf?ua=1, consulté le 11 mars 2021).

qu'elle s'imposait compte tenu « des relations entre elles et de leurs frontières communes ».¹ Mais le 19 mai 2020, à la suite de la déclaration israélienne d'une nouvelle annexion importante de grandes parties de la Cisjordanie, l'Autorité palestinienne a déclaré qu'elle se considérait comme libérée de l'accord avec Israël et mettait fin aux activités de coordination avec les autorités israéliennes. C'était là une décision lourde de conséquences pour la coordination de la riposte de santé publique contre la pandémie, notamment aux points d'entrée, qui affectait le mouvement des agents de santé, des ambulances, des patients et de leurs accompagnants, ainsi que les approbations pour l'importation de produits médicaux essentiels. Israël a par ailleurs maintenu les restrictions administratives et physiques imposées à la libre circulation des Palestiniens avec le régime des permis appliqué aux habitants du territoire palestinien occupé en dehors de Jérusalem-Est et l'infrastructure des colonies, des routes, des postes de contrôle, des barrages routiers et du mur de séparation en Cisjordanie.

23. Les mesures visant à assurer une lutte anti-infectieuse efficace dans les établissements de soins comprennent des aspects administratifs et environnementaux, en plus de la fourniture d'équipements de protection individuelle, masques et gants compris. En ce qui concerne les mesures administratives, les partenaires de l'action sanitaire et humanitaire ont cherché à offrir une formation aux agents de première ligne pour les protéger efficacement contre les virus respiratoires. Du début de la flambée de COVID-19 dans le territoire palestinien occupé jusqu'en janvier 2021, les organisations partenaires en santé ont assuré 75 événements de formation auxquels ont pris part 4182 agents de santé. Au 2 février 2021, au moins 4356 agents de santé avaient été testés positifs pour la COVID-19 (2314 en Cisjordanie au 26 janvier 2021 ; 2042 dans la bande de Gaza).² Les établissements de santé ont également adopté de nouveaux protocoles pour réduire au maximum les risques liés à la COVID-19 pour les patients et le personnel, notamment en limitant les consultations en présentiel et en élargissant les services de télémedecine.

24. Au début de la flambée en territoire palestinien occupé, l'Autorité palestinienne et les autorités de fait dans la bande de Gaza ont appliqué des mesures de quarantaine strictes, notamment en imposant des quarantaines obligatoires dans des établissements désignés à cet effet. En Cisjordanie, avec l'augmentation du nombre de cas, cette politique a été progressivement abandonnée au profit d'une quarantaine et d'un isolement à domicile. Dans la bande de Gaza cependant, la politique de quarantaine obligatoire dans des établissements désignés est restée en vigueur du 15 mars au 14 novembre 2020, en étant poursuivie après la première transmission communautaire du virus sur place le 24 août 2020. La politique a été appliquée à toute personne entrant dans la bande de Gaza, à l'exception de quelques agents humanitaires. Cette politique concernait notamment les patients et leurs accompagnants regagnant la bande de Gaza après avoir obtenu des soins ailleurs ; au 24 août, la durée exigée de la quarantaine était de 21 jours. Par ailleurs, l'Autorité palestinienne et les autorités de fait avaient d'emblée établi des centres d'isolement pour héberger les cas confirmés de COVID-19, sans distinction selon la gravité des symptômes. Après la propagation de l'infection dans la communauté, on a privilégié l'isolement à domicile, les hospitalisations étant décidées en fonction de la gravité.

25. Afin de prendre en charge les patients, il a fallu élargir et adapter les services de santé pour améliorer la détection et le traitement efficaces des cas de COVID-19. À Jérusalem-Est, l'hôpital St Joseph et l'hôpital Makassed ont été désignés comme centres de traitement pour les cas de COVID-19, et une unité supplémentaire a été établie à l'hôpital St Joseph pour augmenter de 50 à 72 le nombre des lits réservés aux cas de COVID-19 à Jérusalem-Est.² En Cisjordanie en dehors de Jérusalem, le centre de désintoxication de Bethléem a été réaffecté au traitement des cas de COVID-19 et chaque hôpital

¹ Abu Toameh, K., « Israel, Palestinians set up joint operations room to combat coronavirus », Jerusalem Post. (www.jpost.com/israel-news/israel-palestinians-set-up-joint-operations-room-to-combat-coronavirus-621431, consulté le 11 mars 2021).

² Données fournies par le réseau des hôpitaux de Jérusalem-Est, 2021.

public du Ministère de la santé a désigné une unité chargée des patients COVID-19. Partout où les unités désignées étaient débordées, il a fallu s'adresser à des prestataires de soins ne relevant pas du Ministère de la santé. Dans la bande de Gaza, l'hôpital européen de Gaza à Khan Younis a été réaffecté à la prise en charge des patients atteints de formes modérées, sévères et critiques de COVID-19, alors que l'hôpital turc a admis des cas modérés. En novembre 2020, le nombre de lits réservés aux patients COVID-19 dans la bande de Gaza s'élevait à 70 lits dans les unités de soins intensifs (les cas critiques, tous à l'hôpital européen) ; 80 lits pour les patients très dépendants (les cas sévères, tous à l'hôpital européen) ; et 350 lits pour les cas modérés (180 à l'hôpital européen et 170 à l'hôpital turc).¹ Les partenaires de l'action sanitaire et humanitaire ont également appuyé le renforcement des protocoles de prise en charge des cas. L'OMS a notamment appuyé le renforcement des capacités de 637 agents de santé, médecins et personnel infirmier compris, s'occupant du triage de patients ayant des difficultés respiratoires ou de la prise en charge des cas sévères et critiques dans les unités de soins intensifs. Le taux de létalité de 1,1 % au 28 janvier 2021 dans le territoire palestinien occupé² était plus élevé que le taux israélien (0,75 %), mais inférieur à ceux de la Jordanie (1,3 %) et de l'Égypte (5,5 %).³ Un taux de positivité plus élevé lors du dépistage de la COVID-19 est révélateur d'un manque de fournitures pour effectuer les tests et d'un nombre plus important de cas bénins/modérés non détectés, ce qui affecte le dénominateur dans le calcul du taux de létalité en le faisant augmenter.

26. Les vaccins permettent de sauver des millions de vies chaque année et constituent désormais un outil essentiel pour mettre fin à la pandémie de COVID-19. En décembre 2020, l'Autorité palestinienne avait fait une demande de vaccins contre la COVID-19 pour la population palestinienne en Cisjordanie et dans la bande de Gaza par l'intermédiaire du mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 et son système de garantie de marché (AMC). Le 30 janvier 2021, dans le cadre du mécanisme COVAX/AMC la fourniture de 37 440 doses de vaccin Pfizer/BioNTech au territoire palestinien occupé pour les soignants en première ligne a été confirmée ; sous réserve d'accords avec les fabricants, 240 000 doses supplémentaires du vaccin AstraZeneca sont attendues, avec une date de livraison prévue entre mars et juin 2021. Les organisations de la société civile ont fait part de leurs préoccupations concernant la responsabilité israélienne en vertu de la Convention de Genève concernant la vaccination des Palestiniens en territoire palestinien occupé. Les préoccupations concernaient notamment l'obligation prévue à l'article 55(1) de la Quatrième Convention de Genève qui incombe à une puissance occupante de veiller à l'approvisionnement en produits médicaux de la population civile d'un territoire occupé, dans toute la mesure de ses moyens.⁴ Initialement, après le début de la vaccination par Israël en décembre 2020, seuls les Palestiniens bénéficiant du statut de résident à Jérusalem-Est, les détenus palestiniens dans les prisons israéliennes et les agents de santé palestiniens dans les hôpitaux israéliens ou palestiniens à Jérusalem-Est pouvaient recevoir le vaccin. Par la suite, à partir de mars 2021, Israël a commencé à vacciner les Palestiniens titulaires d'un permis de travail en Israël ou dans les colonies israéliennes en Cisjordanie. À fin janvier 2021, Israël avait transféré 2000 doses de vaccin à l'Autorité palestinienne. Le Ministère palestinien de la santé a complété son plan national de déploiement et de vaccination pour la distribution équitable de vaccins reçus par le biais du mécanisme COVAX/AMC à la population palestinienne en Cisjordanie et dans la bande de Gaza, qui vise, conformément aux recommandations de l'OMS, à privilégier la protection des agents de santé en première ligne et des

¹ Données fournies par les autorités sanitaires de la bande de Gaza, 2021.

² OMS, « Coronavirus disease (COVID-19) in the occupied Palestinian territory » ; 10 mars 2021 (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiODJlYWMIYTETNDAXZS00OTFILThkZjktNDAlODY2OGQ3NGJkIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsmiMiOjh9>, consulté le 11 mars 2021).

³ Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires dans le territoire palestinien occupé, *COVID-19 Emergency Situation Report 28 / February 2021*; 2021 (<https://www.ochaopt.org/content/covid-19-emergency-situation-report-28>, consulté le 11 mars 2021).

⁴ « Racism and Institutionalised Discrimination in the Roll-Out of the COVID-19 Vaccine », PNGO, PNIN & PHROC Joint Statement; 2021 (<https://www.alhaq.org/advocacy/17767.html>, consulté le 11 mars 2021).

personnes exposées à des effets sanitaires plus sévères en cas d'infection. Il ressort toutefois d'une étude qualitative menée début mars que la population du territoire palestinien occupé est assez sceptique quant aux effets de la vaccination contre la COVID-19, alors que dans le passé le taux d'acceptation d'autres vaccins était élevé.¹

27. Le maintien de la prestation de services de santé essentiels pour la population a été affecté par la nécessité de réorienter des ressources limitées, y compris des ressources humaines, aux mesures de préparation et de riposte à la COVID-19. Dans la bande de Gaza par exemple, seuls 12 des 54 établissements de soins primaires (22 %) sont restés ouverts tout au long de la flambée en territoire palestinien occupé, alors que 12 autres restaient fermés à fin octobre 2020.² Des mesures ont été prises pour veiller au maintien durable de services essentiels, notamment la vaccination, les soins prénatals et postnatals et la prise en charge des affections chroniques, ainsi que pour adapter les services en offrant des consultations à distance et des services de télémedecine, dans la mesure du possible ; la qualité et la couverture des services ont toutefois été mises à rude épreuve du fait de la réduction des capacités et de la surcharge. De même, en Cisjordanie, les hôpitaux de Jérusalem-Est ont constaté une diminution de 40 % des hospitalisations en mars 2020 et de 54 % en avril 2020, par rapport à la même période en 2019.³ En raison des importantes restrictions d'accès depuis la bande de Gaza, la proportion des patients orientés vers les hôpitaux de Jérusalem-Est est passée de 50 % dans la deuxième moitié de 2019 à 36 % en 2020.⁴ Les consultations en soins ambulatoires ont baissé de 57 % en mars et de 72 % en avril 2020 par rapport à la même période en 2019, alors que les taux d'interventions chirurgicales non urgentes diminuaient de 43 % et de 66 %, et ceux des interventions chirurgicales essentielles urgentes de 68 % et de 74 % pour ces deux mois par rapport à 2019.⁵ Les hôpitaux du Ministère palestinien de la santé en Cisjordanie en dehors de Jérusalem-Est ont constaté une diminution analogue reflétée par les chiffres issus de plusieurs indicateurs de l'utilisation des hôpitaux. Entre mars et mai 2020, les réductions les plus marquées ont été constatées en avril concernant les consultations en soins ambulatoires (81 %), les interventions chirurgicales (51 %), les admissions en urgence (49 %), les admissions générales (30 %) et le taux d'occupation des lits (23 %).²

28. Pour ce qui est de la prestation de soins de santé de caractère humanitaire, la très forte demande et la réorientation des services à cause de la COVID-19 ont entravé les capacités des partenaires du Groupe sectoriel de la santé concernant la réalisation des objectifs fixés au début de 2020. Ils n'ont donc pu desservir que 58 % de la population ciblée par le Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Des activités spécifiques au Programme spécial ont été plus durement touchées par le manque de fonds, notamment la prestation des services assurés par les dispensaires mobiles, dont 36 % des activités seulement ont pu être financées. Les mesures de santé publique introduites pour combattre la COVID-19, telles que les restrictions à la libre circulation, ont également contraint les partenaires à reporter ou à adapter des activités du Programme spécial pour la plus grande partie de 2020.

¹ Informations fournies par le Groupe sectoriel pour la protection dans le territoire palestinien occupé, 2021.

² Données fournies par le Ministère palestinien de la santé, 2021.

³ OMS, « Coronavirus disease (COVID-19) in the occupied Palestinian territory »; 10 mars 2021 (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODJlYWM1YTEtNDAxZS00OTFlThkZjktNDA1ODY2OGQ3NGJkIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCI6ImMiOj99>, consulté le 11 mars 2021).

⁴ Données fournies par l'unité chargée de l'achat des services au Ministère palestinien de la santé, 2021.

⁵ Données fournies par le réseau des hôpitaux de Jérusalem-Est, 2021.

Obstacles exacerbés à l'accès aux services de santé essentiels et interruption de la coordination entre l'Autorité palestinienne et Israël

29. Israël a poursuivi l'application de son régime de permis pour les Palestiniens en 2020, ce qui, dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et de l'interruption de la coordination entre l'Autorité palestinienne et Israël, a encore accru les difficultés d'accès auxquelles étaient confrontés les patients palestiniens, leurs accompagnants, les agents de santé et les ambulanciers. À fin février 2020, avant l'apparition de la COVID-19 dans le territoire palestinien occupé, plus de 1000 et plus de 1500 demandes de permis concernant respectivement des patients de la bande de Gaza¹ et de Cisjordanie avaient été refusées par Israël, ou étaient restées sans réponse définitive avant la date du rendez-vous du patient à l'hôpital.² Concernant la bande de Gaza, 69 % des 3554 demandes de permis présentées en janvier et février par des patients souhaitant se déplacer pour recevoir des soins ont été approuvées, alors que la proportion était de 81 % pour les patients de Cisjordanie sur 16 574 demandes de permis. En avril 2020, les demandes de permis pour les patients et leurs accompagnants de la bande de Gaza et de Cisjordanie, sans Jérusalem-Est, avait diminué de plus de 90 % par rapport aux demandes mensuelles en janvier et février.^{2,3} On a enregistré une diminution similaire du nombre de demandes de permis pour des patients et accompagnants souhaitant quitter la bande de Gaza par le poste de contrôle de Beit Hanoun (Erez) pour accéder au reste du territoire palestinien occupé, à Israël ou à la Jordanie. La réduction du nombre de demandes de permis concernant les patients et accompagnants a été proportionnellement plus importante que celle du nombre des patients orientés par le Ministère palestinien de la santé – la diminution atteignant 41 % pour la Cisjordanie et 60 % pour la bande de Gaza en avril 2020, comparativement aux orientations mensuelles pour les deux premiers mois de l'année. En Cisjordanie, le nombre mensuel des orientations par le Ministère est remonté au niveau qui était le sien avant la COVID-19 en juin 2020,³ avec une baisse de 31 % des demandes de permis concernant des patients pour l'ensemble de 2020 (78 385 demandes) comparativement à 2019 (112 881 demandes).⁴ Dans la bande de Gaza, toutefois, le nombre des orientations de patients est resté faible jusqu'à la fin de l'année, avec une moyenne mensuelle de 1122 orientations d'avril à décembre 2020 (une réduction de 56 %).⁵ L'impact a été proportionnellement plus important pour les orientations de patients en dehors de la bande de Gaza, qui représentaient 82 % en 2019, mais seulement 65 % en 2020, avec une baisse similaire de la proportion des orientations pour lesquelles il fallait obtenir un permis (70 % en 2019 et 52 % en 2020).⁶ Les demandes de permis de patients enregistrées pour la bande de Gaza ont diminué de 65 %, passant de 26 279 en 2019 à 9085 en 2020.¹

30. L'Autorité palestinienne a cessé la coordination avec les autorités israéliennes le 19 mai 2020, à la suite de l'annonce par Israël de l'annexion de grandes parties de la Cisjordanie. L'interruption de la coordination a affecté les demandes de permis, concernant notamment les patients et leurs accompagnants. En Cisjordanie, les patients ont continué de demander des permis directement aux autorités israéliennes par l'intermédiaire du Bureau israélien de la coordination au niveau du district situé à l'intérieur de la Cisjordanie. Mais dans la bande de Gaza, la coordination des demandes de permis concernant les patients et leurs accompagnants devait être assurée par un tiers. Plusieurs organisations

¹ Données fournies par le Bureau de liaison sanitaire de la bande de Gaza, 2021.

² Données fournies par le Bureau palestinien des affaires civiles, 2021.

³ Données fournies par l'unité du Ministère palestinien de la santé chargée de l'achat des services, 2021 ; pour 2019, les données sur la destination des patients orientés sont fournies pour avril à décembre en raison de problèmes de ventilation des données de janvier à mars.

⁴ Données sur les permis fournies par le COGAT israélien, 2021.

⁵ Données fournies par le Bureau de liaison sanitaire de la bande de Gaza, 2021.

⁶ Données fournies par l'unité du Ministère palestinien de la santé chargée de l'achat des services, 2021 ; pour 2019, les données sur la destination des patients orientés sont fournies pour avril à décembre en raison de problèmes de ventilation des données de janvier à mars.

les ont aidés à demander des permis à partir du 19 mai, notamment le Centre palestinien des droits de l'homme, Physicians for Human Rights Israel, l'hôpital Augusta Victoria, l'hôpital Makassed, l'hôpital St John et le Comité international de la Croix-Rouge. À partir du 6 septembre, l'OMS a mis en place un mécanisme de coordination temporaire dans un système de demande de permis qui a été intégré au système des orientations de patients du Ministère palestinien de la santé. Cette intégration a permis d'augmenter la capacité de gérer la forte demande de permis concernant les patients et accompagnants qui avait dépassé celle des autres organisations. Parallèlement aux possibilités limitées d'obtenir des permis, le nombre des orientations délivrées par le Ministère palestinien de la santé a diminué mois après mois, passant de 1288 en juin à 783 en septembre 2020. Leur nombre a légèrement augmenté après l'introduction du mécanisme de coordination temporaire de l'OMS en septembre 2020 et l'Autorité palestinienne a rétabli la coordination avec les autorités israéliennes à partir du 24 novembre 2020.

31. À la suite des flambées de COVID-19 en Égypte et en Jordanie, les déplacements en direction et en provenance de ces deux pays voisins ont été considérablement affectés pendant une grande partie de l'année. D'avril à juillet 2020, aucun passage de la bande de Gaza vers l'Égypte n'a été enregistré. Malgré cela, des orientations de patients vers l'Égypte ont continué à être délivrées : on en a recensé plus de 1100 entre avril et juin 2020. De même, les Palestiniens de Cisjordanie n'ont pu se rendre en Jordanie pendant une grande partie de l'année. On n'a enregistré aucune orientation de patient vers la Jordanie en mars et avril 2020, deux seulement en mai et à nouveau en juin, puis plus d'une centaine d'août à décembre, émises par le Ministère de la santé. L'OMS a suivi le cas de Manal, une fillette de 6 ans du camp de réfugiés de Jabalia dans la bande de Gaza, qui n'a pu se rendre en Jordanie pour une greffe de moelle osseuse allogénique prévue le 9 mars. Après plus de trois mois d'attente dans un logement fourni par l'hôpital An-Najah de Naplouse, elle est retournée dans la bande de Gaza sans recevoir de traitement. Après avoir passé 21 jours en quarantaine, Manal est décédée le 7 août dans la bande de Gaza.¹

32. Les restrictions ont également affecté la liberté de mouvement des agents de santé, des équipes médicales et des ambulances en 2020. Les ambulances ne pouvant entrer à Jérusalem-Est en provenance du reste de la Cisjordanie, les patients ont dû être transférés dans 97 % des cas d'une ambulance à immatriculation palestinienne à une ambulance à immatriculation israélienne ce qui a prolongé la durée du trajet.² Les ambulances palestiniennes doivent obtenir un permis israélien pour opérer à Jérusalem-Est. En 2019 et 2020, la Société du Croissant-Rouge palestinien a eu du mal à renouveler les permis de ses ambulances ; on leur aurait demandé de retirer le mot « Palestine » des emblèmes. Les permis des ambulances devaient être renouvelés sur une base trimestrielle et non plus tous les deux ans, et l'organisation devait satisfaire à des exigences administratives et bureaucratiques supplémentaires.² Ce problème a pu être réglé au début de 2021. Concernant l'accès des agents de santé à leur lieu de travail à Jérusalem-Est, il ressort des données fournies par quatre des six hôpitaux en 2020 que 98 % des demandes de permis ont été approuvées pour six mois et un peu plus de 1 % pour trois mois, neuf demandes ayant été rejetées.³ Dans la bande de Gaza, les demandes de permis relatives à une formation ou à la participation à une conférence ou un atelier – notamment pour des agents de santé – ont diminué de 64 % en 2020 par rapport à l'année

¹ OMS, « 6-year-old Manal returns to the Gaza Strip after being unable to cross to Jordan for treatment »; 2020. (<http://www.emro.who.int/pse/palestine-infocus/6-year-old-manal-returns-to-the-gaza-strip-after-being-unable-to-cross-to-jordan-for-treatment.html>, consulté le 11 mars 2021).

² Données fournies par la Société du Croissant-Rouge palestinien, 2021.

³ Données fournies par les hôpitaux de Jérusalem-Est, 2021.

précédente.¹ Les sorties d'employés palestiniens d'organisations internationales enregistrées au poste de contrôle de Beit Hanoun (Erez) ont également diminué de 72 %.²

33. L'interruption de la coordination avec Israël en mai 2020 a exacerbé la crise budgétaire à laquelle est confrontée l'Autorité palestinienne, qui n'accepte pas les recettes fiscales perçues par Israël. La situation a affecté toutes les dépenses importantes du Ministère palestinien de la santé, à savoir le versement des salaires, les paiements aux prestataires non gouvernementaux, privés et autres pour les soins dispensés aux patients orientés, les médicaments et fournitures essentiels et le service de la dette.³ L'augmentation des arriérés dus aux prestataires de soins palestiniens, tels que les hôpitaux de Jérusalem-Est, l'hôpital Al Ahli en Cisjordanie et l'hôpital spécialisé Al Hayat dans la bande de Gaza, a eu par contrecoup des effets sur les versements au personnel hospitalier et sur la capacité de maintenir les services. Dans le cas des hôpitaux de Jérusalem-Est, cette situation est intervenue dans le contexte d'une sensible réduction de l'utilisation des services et de l'occupation des lits affectant leurs recettes, à cause de la baisse du nombre des patients orientés et des restrictions de mouvement qui ont particulièrement touché ceux de la bande de Gaza. À fin septembre 2020, le Ministère palestinien de la santé avait accumulé un montant de 68 millions USD dû aux hôpitaux de Jérusalem-Est, dont 78 % à l'hôpital Augusta Victoria.³ Pour sa part, l'hôpital Makassed, en quasi-fermeture en juillet 2020 en raison des factures impayées et de la baisse des recettes, s'est vu contraint de mettre en disponibilité 108 de ses employés et à retenir ou à réduire sévèrement les versements dus à d'autres – qui ont reçu de 0 à 30 % de leur salaire pendant des périodes critiques.³ Pour l'hôpital spécialisé Al Hayat dans la bande de Gaza, la dette cumulée pour les services fournis aux patients orientés par le Ministère palestinien de la santé avait atteint 50 millions de nouveaux shekels à fin octobre 2020. L'hôpital a adopté une politique visant à limiter la prestation de services aux seuls patients cancéreux dont la demande de permis avait été accordée tardivement ou rejetée. En décembre 2020, l'hôpital Al Ahli en Cisjordanie a cessé d'accueillir les cas de cancer de la thyroïde orientés pour un traitement à l'iode radioactif en raison des montants impayés dus par le Ministère de la santé, la question ayant toutefois pu être réglée avant la fin de l'année.

Déterminants de la santé sous-jacents, exposition à la violence et attaques visant les services de santé

34. En Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et dans la bande de Gaza, tous les aspects de la vie, englobant les déterminants de la santé sous-jacents, ont été profondément affectés par l'occupation prolongée, la situation des Palestiniens durablement déplacés et le blocus à long terme que subit la population. La politique israélienne de destruction d'habitations est un facteur de précarité en matière de logement, notamment pour les Palestiniens de Jérusalem-Est et de la zone C, qui regroupent 98 % des destructions de bâtiments (79 % dans la seule zone C) et 96 % des personnes déplacées (72 % dans la zone C) entre 2009 et mars 2021.⁴ En plus des destructions d'habitations, près d'un bâtiment détruit sur 10 (9 %) servait à des fins d'eau, d'assainissement et d'hygiène, alors que 13 % servaient aux moyens de subsistance et 29 % à l'agriculture.¹ Plus d'un tiers (34 %) des ménages cisjordaniens ont un accès limité à l'approvisionnement en eau potable.⁵ Ainsi, plus de 170 000 personnes dans plus de 100 communautés de la zone C dépendent de l'eau de pluie ou de camions-citernes, alors même que l'eau acheminée par camion coûte environ six fois plus que l'eau courante ;² en outre plus de

¹ Données fournies par le Bureau palestinien des affaires civiles, 2021.

² Données fournies par les autorités du terminal 5/5 dans la bande de Gaza, 2021.

³ PHIC, Health Annual Report: Palestine 2019 ; 2020.

⁴ Data on demolition and displacement in the West Bank. OCHA ; 2021 (<https://www.ochaopt.org/data/demolition>, consulté le 11 mars 2021).

⁵ WASH Cluster State of Palestine, « Critical access to water during COVID-19 endangered by a rise in demolitions in the West Bank: The case of Masafer Yatta », 2021.

350 000 Palestiniens qui ont accès à l'eau courante reçoivent moins de 50 litres par personne et par jour, bien moins que la quantité journalière minimale de 100 litres recommandée par l'OMS.¹ On estime qu'au moins 50 colonies israéliennes déversent environ 35 millions de mètres cubes d'eaux usées dans les sols palestiniens chaque année, en contaminant les sources et les cultures et en affectant la santé du bétail et de la population.^{2,3} Dans la bande de Gaza, 96 % des ménages ont un accès limité à l'eau potable,⁴ et 4 % seulement des 180 mètres cubes d'eaux souterraines prélevées chaque année de la nappe phréatique de Gaza respectent les normes de qualité de l'eau potable, en raison des infiltrations d'eau de mer et de la pollution provoquée par les eaux usées.⁵ La bande de Gaza déverse en outre quotidiennement quelque 100 000 mètres cubes d'eaux usées dans la Méditerranée,⁷ dont le traitement ne respecte pas les normes internationales à cause des coupures de courant et d'une infrastructure insuffisante.⁶ Les mesures visant à renforcer, construire ou remettre en état l'infrastructure des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins se heurtent aux restrictions à l'importation de matériel et à l'application par Israël d'une liste de produits à double usage couvrant l'ensemble du territoire palestinien occupé, une liste plus étendue encore s'appliquant à la bande de Gaza. Le secteur de la santé est notamment affecté par l'application de la réglementation sur le matériel de communication et de restrictions aux importations de produits spécifiques (comme ceux destinés à la médecine nucléaire ou certains matériels utilisés pour les prothèses), ainsi que par les retards dans l'approvisionnement de pièces de rechange pour l'équipement médical complexe qui est soumis à une approbation administrative.

35. L'occupation prolongée et la fragmentation du territoire qui lui est associée, l'accès limité aux ressources naturelles, les restrictions à la liberté de mouvement, les limites imposées aux importations et la perception des droits de douane qui échappe à son contrôle ont porté préjudice à l'économie palestinienne et contribué à l'aggravation de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire et du chômage.⁷ La fermeture et le blocus de la bande de Gaza ont anéanti l'économie locale et contribué à un taux de chômage parmi les plus élevés au monde.⁸ La pandémie de COVID-19 n'a fait qu'aggraver la situation. Au cours de la deuxième moitié de 2020, le taux de chômage dans la bande de Gaza a atteint 49,1 %, contre 45,5 % au premier trimestre avant l'arrivée de la COVID-19 dans le territoire palestinien occupé.¹ Le chômage touche toujours davantage les jeunes et les femmes,¹ et la situation est plus grave qu'en Cisjordanie dont le taux de chômage déjà élevé est juste inférieur à 15 %.¹ Par ailleurs, la Banque mondiale prévoyait que le taux de pauvreté passerait à fin 2020 de 53 % à 64 % dans la bande de Gaza et doublerait en Cisjordanie passant de 14 % à 30 %. L'insécurité alimentaire, qui touchait 68 % des ménages dans la bande de Gaza en 2018, concernait 72 % de la population – plus de 1,4 million de

¹ Palestinian Water Sector Regulatory Council, Water Service Providers Performance Report; January 2020.

² Première urgence internationale, *Impunité environnementale : l'impact du déversement des eaux usées par les colonies en Cisjordanie*, 2021 (<https://www.premiere-urgence.org/cisjordanie-impact-des-eaux-usees-des-colonies/>, consulté le 11 mars 2021).

³ Action Against Hunger, *Settlements' wastewater dumping contaminating lands and springs. Case study: Nahhalin, Bethlehem Governorate*; 2018.

⁴ PCBS, *Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey (PMICS) 2019-2020*; 2020 (<http://www.pcbs.gov.ps/site/512/default.aspx?lang=en&ItemID=3871>, consulté le 11 mars 2021).

⁵ Banque mondiale, *Securing Water for Development in West Bank and Gaza 2018*; 2018 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/736571530044615402/Securing-water-for-development-in-West-Bank-and-Gaza-sector-note.pdf>, consulté le 11 mars 2021).

⁶ OCHA, *Humanitarian Needs Overview OPT: Humanitarian Programme Cycle 2021*; 2020 (https://www.ochaopt.org/sites/default/files/hno_2021.pdf, consulté le 11 mars 2021).

⁷ CNUCED, *Rapport sur l'assistance de la CNUCED au peuple palestinien : Évolution de l'économie du Territoire palestinien occupé*, document TD/B/67/5.

⁸ CNUCED, *Occupied Palestinian Territory Has World's Highest Unemployment Rate*; 2018 (https://www.ochaopt.org/sites/default/files/hno-hrp_dashboard_-_english.pdf, consulté le 11 mars 2021).

personnes – au début de 2021.¹ En Cisjordanie, le taux d'insécurité alimentaire a plus que doublé, passant de 12 % en 2019² à 28 % au début de 2021.³

36. En matière de protection individuelle, la situation dans le territoire palestinien occupé constitue une crise prolongée dans laquelle les Palestiniens sont exposés à des niveaux élevés de violence. En 2020, 30 Palestiniens ont été tués et 2751 blessés dans le contexte de l'occupation et du conflit.³ En 2020, 88 % des décès et 98 % des traumatismes liés à ce contexte étaient enregistrés en Cisjordanie, alors qu'en 2018 et 2019, 84 % des 436 décès et 79 % des 46 750 traumatismes avaient été enregistrés dans la bande de Gaza, en grande majorité dans le contexte de la « Grande marche du retour ».⁵ En 2020, neuf des 30 décès (30 %) et 19 % des traumatismes enregistrés pour lesquels on disposait de données ventilées concernaient des enfants de moins de 18 ans, et aucun décès et 1,4 % des traumatismes des femmes ou des filles.⁵ On dénombrait trois morts et 58 blessés israéliens la même année.⁵ En 2019, 29 % des femmes interrogées dans le cadre d'une enquête par le Bureau central palestinien des statistiques ont affirmé avoir subi différents types d'actes de violence commis par le partenaire intime.⁴ En 2020, dans le contexte d'une situation financière plus difficile encore, du travail ménager non rémunéré et de restrictions à la liberté de mouvement en dehors du foyer pendant la pandémie de COVID-19, les correspondants des victimes de violences sexistes travaillant pour les services d'assistance téléphonique ont fait état d'une augmentation de 70 % du nombre d'appels.⁵ L'insécurité liée à l'emploi, au logement et au revenu, ainsi que les actes de violence subis ont eu des répercussions sur la santé mentale et le bien-être des Palestiniens en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et dans la bande de Gaza. La COVID-19 a aggravé de nombreux facteurs défavorables à cet égard et on estime à près de 550 000 le nombre de personnes ayant besoin de services de soutien psychosocial ou de santé mentale en raison d'une situation de détresse ou d'une mauvaise santé mentale au début de 2021.⁶

37. Les niveaux élevés d'exposition à la violence ont eu des effets directs sur les écoles et les soins de santé. En 2020, l'Organisation des Nations Unies a confirmé 11 attaques contre des écoles,⁷ alors que le système de surveillance des attaques de l'OMS a enregistré 59 attaques contre les services de santé dans le territoire palestinien occupé, dont 50 (85 %) en Cisjordanie et 9 (15 %) dans la bande de Gaza, 49 (83 %) après l'arrivée de la COVID-19 en territoire palestinien occupé ; 25 (42 %) concernaient des barrages empêchant l'accès à des services de soins, dont 12 empêchant des ambulanciers de porter secours à des blessés qui sont ensuite décédés. Trente-six attaques (61 %) impliquaient des actes de violence physique contre des agents de santé, des ambulances et des établissements de santé et six (10 %) la détention ou l'arrestation d'agents de santé ou d'ambulanciers, de patients ou de leurs accompagnants. Un incident peut comprendre plusieurs types d'attaques. L'espace réservé aux interventions humanitaires de prestation de soins, y compris les services liés à la COVID-19, est resté insuffisant, notamment à Jérusalem-Est et dans la zone C en Cisjordanie. Le 15 mars 2020, par exemple, quatre agents paramédicaux de la Société palestinienne de secours médicaux ont été arrêtés à Jérusalem-Est alors qu'ils distribuaient du matériel de sensibilisation à la COVID-19. Une unité mobile de la société

¹ OCHA, *Humanitarian Needs Overview OPT: Humanitarian Programme Cycle 2021; 2020* (https://www.ochaopt.org/sites/default/files/hno_2021.pdf, consulté le 11 mars 2021).

² OCHA, *Humanitarian Needs Overview: Dashboard; 2019*. (https://www.ochaopt.org/sites/default/files/hno-hrp_dashboard_-_english.pdf, accessed 11 March 2021).

³ OCHA, *Occupied Palestinian Territory: Data on casualties* (<https://www.ochaopt.org/data/casualties>, consulté le 11 mars 2021).

⁴ PBCS, *Preliminary Results of the Violence Survey in the Palestinian Society 2019* (<http://www.pcb.gov.ps/Downloads/book2480.pdf>, consulté le 11 mars 2021).

⁵ Données fournies par le Sous-Groupe sectoriel contre la violence de genre dans le territoire palestinien occupé, 2021.

⁶ OCHA, *Humanitarian Needs Overview OPT: Humanitarian Programme Cycle 2021; 2020* (https://www.ochaopt.org/sites/default/files/hno_2021.pdf, consulté le 11 mars 2021).

⁷ Groupe sectoriel pour l'éducation, *Education Under Attack in 2020; 2021* (<https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/education-under-attack-2020-year-ongoing-violations-against>, consulté le 11 mars 2021).

de secours apportant des soins primaires essentiels à trois communautés de la zone C près de Qalqilya a été interdite d'accès pendant quatre semaines, du 9 avril au 7 mai 2020, car une autorisation ne leur avait pas été délivrée. Parmi les cas d'interdictions d'accès aux ambulanciers cherchant à porter secours à des personnes blessées par les forces israéliennes et qui sont décédées, on peut mentionner le cas d'Iyad Al Hallaq, un Palestinien âgé de 32 ans présentant des difficultés d'apprentissage qui a été abattu à Jérusalem-Est le 30 mai 2020.

Santé de la population carcérale

38. En 2020, les personnes privées de liberté gardées dans un établissement de détention étaient exposées à un risque élevé de transmission de la COVID-19.¹ L'OMS a publié des recommandations sur la préparation, la prévention et la lutte concernant la COVID-19 dans les prisons et autres lieux de détention, qui ont été communiquées à l'État d'Israël et à l'Autorité palestinienne.² Les recommandations visaient le respect des principes des droits humains, l'évaluation et la gestion des risques, l'orientation des patients détenus et les protocoles cliniques, la planification d'urgence, la formation, la communication des risques, les mesures de prévention et la prise en charge des cas. Les Palestiniens détenus en Israël continuaient de recevoir des services de santé de l'administration pénitentiaire israélienne plutôt que du Ministère israélien de la santé ou d'un prestataire indépendant. Le Comité international de la Croix-Rouge, qui a eu accès aux prisons israéliennes pour suivre la mise en œuvre des recommandations sur la préparation, la prévention et la lutte concernant la COVID-19, n'est cependant pas en mesure de rendre compte publiquement des conditions de détention des quelque 4400 Palestiniens concernés selon les estimations, dont 440 étaient en détention administrative sans jugement, 140 des enfants et 36 des femmes en mars 2021.³ Les organisations de la société civile qui veillent à la défense des droits humains font état de l'impossibilité d'accéder aux centres de détention à des fins de suivi, ainsi que de problèmes liés à la prestation de traitements adéquats en temps voulu et à l'examen des dossiers ou à la mise en œuvre entravant les modalités de traitement efficaces. En 2020, quatre Palestiniens sont décédés pendant leur détention dans un établissement israélien.⁴ Sept corps de détenus palestiniens décédés dans une prison israélienne sont actuellement retenus par les autorités (dont deux décédés en 2020, quatre entre 2016 et 2019 et un en 1980).² En janvier 2021, le nombre de cas de COVID-19 enregistrés parmi les détenus palestiniens s'établissait à 366, dont une centaine à la prison de Gilboa près de Beisan/Beit She'an.⁵ Il a été signalé qu'environ 700 Palestiniens détenus dans les prisons israéliennes en janvier 2021 avaient besoin de soins médicaux, dont 300 atteints d'une maladie chronique et 11 au moins d'un cancer.⁵ Les organisations de défense des droits humains, sur la base de déclarations sous serment, font état d'allégations de recours systématiques à la torture et aux mauvais traitements dans les centres d'interrogation israéliens, en l'absence d'interventions de médecins des services pénitentiaires israéliens, de soins médicaux prodigués ou de rapports établis par eux. En 2020, sur les 118 visites à 154 Palestiniens détenus dans des prisons israéliennes, Addameer a recensé 48 cas allégués de torture et 43 cas allégués de mauvais traitements ou de traitements dégradants, 12 autres détenus ayant eu à subir une détention au secret rigoureuse.⁴ Il a également été fait état d'une alimentation inadéquate des détenus, notamment ceux atteints d'un cancer ou d'une autre maladie grave, d'un accès insuffisant au soutien psychosocial, avec suppression des visites familiales et de toute communication avec l'extérieur.⁵

¹ OMS, *Prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention; 2021* (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/focus-areas/prevention-and-control-of-covid-19-in-prisons-and-other-places-of-detention>, consulté le 11 mars 2021).

² OMS, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance*, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336525/WHO-EURO-2020-1405-41155-55954-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 11 mars 2021).

³ Addameer, Prisoner Support and Human Rights Association, 2021 (<https://www.addameer.org/>, consulté le 11 mars 2021).

⁴ Informations fournies par Addameer, 2021.

⁵ Informations fournies par les organisations de la société civile, 2020.

RÉSUMÉ DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DE L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL POUR AMÉLIORER LA SITUATION SANITAIRE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPÉ, Y COMPRIS JÉRUSALEM-EST

39. Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des précédentes recommandations faites à Israël, à l'Autorité palestinienne et aux États tiers pour améliorer la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, sont décrits dans le présent rapport. Bon nombre de ces recommandations restent d'actualité en 2021.

RECOMMANDATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL POUR AMÉLIORER LA SITUATION SANITAIRE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPÉ, Y COMPRIS JÉRUSALEM-EST

40. À l'intention du Gouvernement israélien :

- a) réexaminer le système des permis pour assurer l'accès sans entrave des patients aux services de santé dont ils ont besoin selon les recommandations des médecins, ainsi que l'accès des accompagnants, et mettre fin aux refus ou aux retards arbitraires ;
- b) assurer la coordination avec l'Autorité palestinienne en vue d'une couverture sanitaire équitable et universelle de l'ensemble de la population palestinienne en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et dans la bande de Gaza, aucune communauté n'étant laissée de côté ou rendue vulnérable par les politiques d'occupation ;
- c) assurer aux agents de santé palestiniens l'accès à leur lieu de travail et à un perfectionnement professionnel continu, et favoriser l'importation en temps utile de fournitures et d'équipements médicaux ;
- d) faciliter la libre circulation des ambulances palestiniennes en réduisant les obstacles bureaucratiques, et notamment en prolongeant les autorisations de circuler à Jérusalem-Est ;
- e) veiller au respect et à la protection du personnel et des établissements médicaux conformément au droit humanitaire international ;
- f) assurer la prestation indépendante et sans retard des services de santé aux détenus palestiniens, améliorer les conditions de détention, notamment en veillant à une alimentation adéquate et aux soins aux patients détenus, et veiller à ce que nul ne soit soumis à la torture ou à d'autres formes de traitements ou de châtements cruels, inhumains ou dégradants ;
- g) respecter et protéger les déterminants sous-jacents de la santé des Palestiniens en Cisjordanie, y compris à Jérusalem-Est, et dans la bande de Gaza, et en tenir compte, et en particulier mettre un terme aux restrictions à la liberté de mouvement, aux fermetures des points de passage, aux destructions d'habitations et aux déplacements de population, et permettre l'extension des services essentiels et de l'infrastructure.

41. À l'intention de l'Autorité palestinienne :

- a) renforcer le suivi et la notification des inégalités afin de maintenir la transparence, l'équité et la responsabilité dans la prestation des soins de santé à la population palestinienne dans le territoire palestinien occupé, y compris pour les médicaments et fournitures essentiels, la prestation de services, l'orientation des patients et les résultats sanitaires, avec une ventilation par marqueurs démographiques, notamment selon le sexe et la situation géographique ;
- b) renforcer la coordination technique entre les autorités de Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et celles de la bande de Gaza, et veiller à ne pas politiser la prestation de soins de santé à la population dans le contexte des divisions politiques ;
- c) s'efforcer de mettre fin à la stigmatisation, notamment des personnes handicapées ou atteintes d'une affection mentale ou d'un cancer, et assurer l'accès de tous les Palestiniens aux services de santé, y compris à des services complets de santé sexuelle et reproductive ;
- d) améliorer les conditions de détention et veiller à ce que nul ne soit soumis à la torture ou à d'autres formes de traitements ou de châtiments cruels, inhumains ou dégradants.

42. À l'intention des États tiers :

- a) promouvoir le développement du secteur de la santé palestinien et chercher à protéger les déterminants de la santé sous-jacents en maintenant un appui constant aux services essentiels et à l'économie palestinienne ;
- b) appuyer les efforts visant à renforcer la protection des Palestiniens, notamment du personnel et des services de santé, contre les violations ainsi que le respect des obligations en vertu du droit international ;
- c) promouvoir la coordination technique entre les autorités sanitaires et appuyer la coordination des interventions humanitaires pour garantir la protection de la santé pour tous et par tous, et veiller à ce que les services de santé soient dépolitisés et à l'abri des pressions.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

= = =