



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

Rapport du Secrétariat

1. En 2010, la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA63.2, dans laquelle le Directeur général était prié, entre autres, de faire rapport à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de cette résolution et de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé. Le rapport d'enquête est joint en annexe.

2. Le territoire palestinien occupé a un système de santé bien développé, quoique fragmenté, qui offre une gamme complète de services primaires, secondaires et tertiaires, et qui permet d'adresser les patients aux services spécialisés des pays voisins quand les compétences nécessaires ne sont pas disponibles sur place. Les principaux dispensateurs de soins sont le Ministère palestinien de la Santé (ci-après dénommé « Ministère de la Santé »), l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), les organisations non gouvernementales palestiniennes et le secteur privé.

3. L'espérance de vie a légèrement augmenté ces dernières années mais la progression vers les objectifs du Millénaire pour le développement stagne. Les tendances de la mortalité infanto-juvénile ne se sont guère améliorées, surtout dans la Bande de Gaza, où d'après certains éléments, l'écart se creuse entre les taux de mortalité infantile et ceux enregistrés en Cisjordanie.¹ Les décès surviennent principalement pendant la période néonatale et beaucoup de décès néonataux se produisent dans la semaine qui suit la naissance.² Les taux de mortalité infanto-juvénile pourraient sensiblement diminuer si les soins périnataux étaient de meilleure qualité. D'après certaines données préliminaires recueillies dernièrement, il y a eu 30 décès maternels dans la Bande de Gaza en 2008 et 2009³ et 23 en Cisjordanie en 2009.⁴ Ces chiffres correspondent à un taux de mortalité maternelle de 29 pour 100 000 naissances vivantes dans la Bande de Gaza et de 36,4 en Cisjordanie, mais compte tenu des différences entre les méthodes employées en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza, ces chiffres ne sont pas strictement

¹ Enquête démographie et santé 2004 du Bureau central palestinien des Statistiques et Monitoring the Situation of Children and Women 2006. En 2006, le taux de mortalité infantile était de 25,34 pour 1000 naissances vivantes (22,9 en Cisjordanie et 28,8 dans la Bande de Gaza), le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 28,23 pour 1000 naissances vivantes (25,7 en Cisjordanie et 31,7 dans la Bande de Gaza).

² Dans les hôpitaux ayant fait l'objet d'une enquête en 2007 et 2008, 66 % des décès néonataux étaient survenus dans la semaine suivant la naissance. Cette analyse se fonde sur les informations publiées dans plusieurs relevés des Indicateurs OMS de surveillance du secteur de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2008).

³ Ministère de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), 2001, résultats préliminaires (non publiés).

⁴ Ministère de la Santé, 2010. Rapport sur la mortalité maternelle dans les territoires palestiniens (Cisjordanie) en 2009.

comparables.¹ Les causes établies de ces décès laissent à penser que beaucoup d'entre eux auraient pu être évités si des soins plus efficaces avaient été prodigués avant la naissance, à l'accouchement et au début de la période postnatale.

4. L'anémie et les carences en micronutriments sont elles aussi préoccupantes. D'après les estimations, 50 % des nourrissons et des enfants de moins de deux ans en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza souffrent d'anémie ferriprive, liée à un mauvais mode d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et à un accès limité aux suppléments en micronutriments ou à une mauvaise observance de ces traitements. Le taux d'anémie chez les femmes enceintes est systématiquement mesuré et surveillé. Le taux de prévalence de l'anémie est élevé chez les femmes qui consultent les services prénatals (45 % des femmes enceintes dans la Bande de Gaza et 20,6 % en Cisjordanie). La charge des maladies non transmissibles augmente et d'après les informations disponibles, les modes de vie ayant des effets nuisibles sur la santé sont de plus en plus répandus. Aucune intervention efficace n'est encore appliquée à l'échelle de la population pour éviter et maîtriser les facteurs de risque de maladies non transmissibles.

5. En ce qui concerne les services de santé, la réduction des risques de catastrophe et la préparation aux situations d'urgence sont considérées comme relativement peu prioritaires. Les acteurs du secteur de la santé ont développé leur capacité à faire face aux conséquences des conflits armés et à prendre en charge de nombreuses victimes, mais ils sont moins à même de se préparer à de tels événements ou à d'autres catastrophes d'origine naturelle ou humaine et d'en atténuer les effets. En outre, les capacités de réserve sont insuffisantes au cas où la situation actuelle venait à se détériorer, ce qui rend la population de la Bande de Gaza et de Cisjordanie plus vulnérable aux risques et dangers futurs et aux catastrophes naturelles.

6. L'OMS a continué d'épauler le Ministère de la Santé dans l'élaboration de la stratégie et du plan d'action palestiniens pour la santé. L'Organisation collabore également avec le Ministère de la Santé à la mise au point, d'après une évaluation, d'une stratégie pour instaurer un système d'information sanitaire exhaustif, réactif et fiable.

7. En vue de combler les lacunes actuelles du système de santé publique et de renforcer les processus d'élaboration des politiques et de prise de décisions, l'OMS étudie, avec le concours du Ministère de la Santé et du Gouvernement de la Norvège, l'opportunité de créer un institut de santé publique pour renforcer les fonctions essentielles de santé publique telles que l'évaluation et l'analyse de la situation sanitaire, la veille sanitaire, l'assurance de la qualité et la recherche en santé publique. Cet institut serait un organe indépendant qui fournirait des informations et des conseils fiables au Ministère de la santé, à d'autres décideurs et au grand public.

8. L'OMS a poursuivi ses travaux sur la qualité des soins hospitaliers et a entamé la deuxième phase d'un programme devant permettre à six hôpitaux spécialisés de Jérusalem-Est d'être accrédités au plan international. Une conférence scientifique sera organisée en 2011 pour faire connaître le travail de ces six hôpitaux qui servent de centres de soins tertiaires aux Palestiniens de la Bande de Gaza et de Cisjordanie.

9. L'OMS a poursuivi les efforts qu'elle fait pour faciliter l'accès aux six hôpitaux spécialisés de Jérusalem-Est aux patients de Cisjordanie et de la Bande de Gaza, surtout aux malades chroniques et au personnel soignant vivant en Cisjordanie. En juillet 2010, l'OMS a souligné les problèmes d'accès dans un rapport établi conjointement avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des

¹ Le taux est donné à titre indicatif seulement, car le taux de mortalité maternelle est calculé d'après le nombre de décès observé (signalé) et il est probable que les données soient incomplètes.

Nations Unies (BCAH).¹ Entre autres recommandations formulées dans ce rapport, il était demandé à Israël de garantir l'accès de tous les Palestiniens de Cisjordanie et de la Bande de Gaza aux six hôpitaux de Jérusalem-Est et de permettre aux habitants du même territoire d'accéder 24 heures sur 24 aux services de santé et aux services médicaux d'urgence.

10. La conférence annuelle du Ministère de la Santé, tenue en mai 2010, a porté notamment sur l'amélioration de la qualité des processus, du matériel, des méthodes, des services et de la sécurité des patients. Un responsable qualité a été désigné dans chacun des hôpitaux de district et au département des soins de santé primaires. Une évaluation pilote de la qualité des services dans les centres de soins de santé primaires est en cours dans le Gouvernorat de Ramallah. L'OMS soutient ce programme et a inclus le territoire palestinien occupé dans l'initiative pour la sécurité des patients à l'hôpital. Le Ministère de la Santé s'emploie à fixer des normes de soins pour que ces établissements de santé soient accrédités.

11. L'OMS a fourni une assistance technique sous trois formes : contribution à l'élaboration d'une politique et d'une stratégie de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles dans le territoire palestinien occupé ; préparation de plans opérationnels ; et appui à plusieurs composantes essentielles du plan. La première enquête a été menée en Cisjordanie pour obtenir des données sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles (comme le tabagisme, l'hypertension, l'obésité et la sédentarité) et la même enquête est en cours dans la Bande de Gaza. La première enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves a été conduite auprès d'élèves âgés de 13 à 15 ans. Ses résultats renseigneront sur les facteurs de risque comme les comportements alimentaires mauvais pour la santé, le tabagisme et la consommation de drogues, et serviront à concevoir des interventions et des programmes pour lutter contre ces problèmes. Le Ministère de la Santé est également résolu à appliquer l'ensemble d'interventions essentielles recommandées par l'OMS pour intégrer la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. L'OMS dispensera une formation permettant de se familiariser avec cette approche intégrée et mettra à profit les résultats de l'évaluation des établissements de santé.

12. L'OMS copréside le Groupe de travail sur la lutte antitabac qui appuie et supervise les activités de lutte contre le tabagisme. Le Groupe de travail a reçu pour mission de faciliter la création et les travaux d'une commission intersectorielle chargée de concevoir un projet d'interdiction de fumer dans les lieux publics et un projet de révision de la loi antitabac en vigueur pour qu'elle soit conforme à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

13. Le Secrétariat continue à assumer les responsabilités qui lui incombent en vertu de la résolution WHA63.2², en remplissant son rôle de conseiller technique et de coprésident de deux groupes thématiques des Nations Unies, l'un consacré au VIH/sida, l'autre à la tuberculose. En ce qui concerne la tuberculose, l'OMS a contribué à l'élaboration d'une stratégie, de directives thérapeutiques et de modules de formation. En ce qui concerne le VIH/sida, elle a réalisé une enquête biocomportementale parmi les consommateurs de drogues injectables à Jérusalem-Est, première enquête de ce type, pour déterminer le tableau épidémiologique dans ce secteur à faible prévalence. Un centre spécial VIH/sida

¹ « The impact of the Barrier on Health », disponible à l'adresse : http://issuu.com/who-opt/docs/who-ocha_impact_of_barrier_on_health_gb (consulté le 27 avril 2011).

² Dans la résolution WHA63.2, le Directeur général était prié, entre autres, de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour faire face aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des handicapés et des blessés.

intégré dans les services de soins de santé primaires a été créé dans le Gouvernorat de Ramallah. Deux des médecins qui y exercent ont été formés par un médecin-expert de l'OMS.¹

14. Dans le cadre du projet villes-santé, l'OMS a lancé un programme d'écoles « soucieuses de la santé et de l'environnement » dans les villes de Ramallah et de Nablus. Ce programme est exécuté en partenariat avec les deux municipalités, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Éducation, avec la participation d'organisations publiques et communautaires et avec le parrainage du secteur privé. Cette année, 14 écoles de Ramallah et cinq écoles de Nablus participent à l'initiative.

15. En collaboration avec le Ministère de la Santé et les partenaires du Groupe de responsabilité sectorielle Santé, l'OMS a achevé le projet de compilation des informations sur les établissements de santé dans le territoire palestinien occupé. La base de données sur les établissements de santé comprend des informations sur leur répartition géographique par district et par localité, les types de services offerts, les ressources humaines, le personnel et le matériel spécialisés, ainsi qu'un résumé des activités de chaque établissement.

16. En collaboration avec le Ministère de la Santé, l'OMS a animé 12 ateliers au niveau des districts sanitaires pour recenser les besoins et définir les priorités dans chaque district de Cisjordanie. Les informations recueillies servent à établir des profils de district qui répertorient les établissements de santé, analysent certains indicateurs sanitaires, précisent les besoins et suggèrent des moyens d'améliorer la situation sanitaire.

17. L'OMS a contribué au développement des services communautaires de santé mentale en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. Au cours des trois dernières années, le Ministère de la Santé a créé en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza des unités de santé mentale chargées de diriger la réforme des services. Un nouveau plan stratégique pour la santé mentale a été dressé pour 2010-2013. Parmi les autres activités, on peut mentionner l'instauration de programmes d'études universitaires supérieures en santé mentale dans les universités locales, le renforcement des capacités du personnel, la création d'une organisation non gouvernementale rassemblant les associations familiales, l'éducation et la sensibilisation de grand public pour lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Le projet devrait s'achever fin mai 2011.

18. L'OMS a continué à soutenir le programme de nutrition du Ministère de la Santé, notamment en formant le personnel du Ministère et en fournissant le matériel nécessaire. Cet appui vise essentiellement à renforcer le système de surveillance de la nutrition dans le territoire palestinien occupé, qui s'applique aux nourrissons, aux femmes enceintes et aux écoliers. En outre, l'OMS seconde le Ministère de la Santé dans l'application de la stratégie pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

19. Depuis janvier 2009, l'OMS dirige le Groupe de responsabilité sectorielle Santé et nutrition du territoire palestinien occupé, forum de coordination conjointe qui rassemble 55 partenaires – organisations des Nations Unies, organisations non gouvernementales, secteurs public et privé. Le Groupe assure des services d'aide humanitaire en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. L'OMS représente également le secteur de la santé dans l'équipe humanitaire de pays des Nations Unies et dans le dispositif de coordination intergroupes, ainsi que lors des réunions des donateurs organisées tous les 15 jours par le Département d'aide humanitaire de l'Union européenne. Entre juin et octobre 2010, le Groupe de responsabilité sectorielle Santé et nutrition a mis au point son plan d'action pour

¹ Dans la résolution WHA63.2, le Directeur général était prié, entre autres, de soutenir le développement du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris des ressources humaines.

élargir l'accès aux services de santé essentiels. Ce plan a servi de base au volet santé du plan commun d'action humanitaire et a fourni un cadre pour la conception et la sélection des projets santé et nutrition des partenaires du Groupe pour l'appel global de 2011.

20. Pour mieux faire face à l'évolution de la situation humanitaire dans le territoire palestinien occupé, le Groupe de responsabilité sectorielle Santé et nutrition a collectivement évalué son efficacité et fixé des objectifs pour 2011. L'OMS a dirigé le processus de définition de normes pour l'action sanitaire d'urgence et a aidé à standardiser les services sanitaires mobiles et à constituer une base de données sur ces services. Elle a par ailleurs mis au point un système de surveillance des services d'aide d'urgence offerts à la population palestinienne de Jérusalem-Est et aidé à faire face aux restrictions d'accès aux hôpitaux de Jérusalem-Est.

21. L'OMS a fourni un appui pour remédier aux carences de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et contribué à gérer l'important volume des dons de fournitures médicales destinés à la Bande de Gaza, ce qui a supposé de louer des entrepôts supplémentaires, de participer au tri, à l'enregistrement, au stockage et à la distribution des fournitures médicales et d'éliminer les médicaments périmés ou inutilisables. L'Organisation a également fourni du matériel médical en réponse à des besoins urgents, des pièces détachées et une assistance technique pour entretenir, réparer et améliorer le matériel existant.

22. L'OMS a conçu et mis en œuvre dans les maternités des hôpitaux publics de la Bande de Gaza un projet destiné à améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés à l'accouchement. Ce projet concerne les maternités et les unités de soins néonataux de sept hôpitaux, où ont lieu 90 % environ des accouchements dans la Bande de Gaza. Des changements cruciaux ont été apportés aux soins habituellement prodigués pendant les accouchements et l'environnement dans lequel ils se déroulent. Au cours des 12 prochains mois, l'OMS entend favoriser une évolution des méthodes de soins et des mentalités. Ce changement réduira les risques que présentent la prise en charge actuellement surmédicalisée du travail normal, le manque d'attention prêtée aux grossesses à haut risque et la sortie prématurée des mères et des bébés de la maternité.

23. L'OMS a continué à surveiller l'orientation-recours des patients de la Bande de Gaza et à rendre un rapport mensuel sur la question. Quelque 12 000 patients ont été adressés aux services spécialisés d'établissements de santé de Cisjordanie, de Jérusalem-Est, d'Égypte, d'Israël et de Jordanie. Ces transferts étaient nécessaires, car la Bande de Gaza n'a pas les moyens de traiter ces patients. Un cinquième des 11 175 demandes de permis déposées auprès des autorités israéliennes pour franchir le point de passage d'Erez ont été refusées ou acceptées avec retard.

24. Dans la résolution WHA63.2, le Directeur général était prié, entre autres, de créer, en coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge, un comité international d'équipes médicales spécialisées chargées de diagnostiquer les graves problèmes de santé dont souffrent les prisonniers et détenus palestiniens dans les prisons israéliennes et de leur fournir tous les traitements nécessaires et urgents conformément aux conventions et accords internationaux pertinents. Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a informé le Secrétariat qu'il n'était pas en mesure « de donner suite à la résolution. Si le CICR veut continuer à jouir de la confiance de toutes les parties, il doit être considéré par chacune d'entre elles comme neutre et indépendant et reconnu pour son processus de prise de décisions autonome, libre de toute ingérence des gouvernements. Ainsi le CICR ne peut fonder son action sur une résolution adoptée par une organisation internationale, y compris l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). »

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

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

ANNEXE

**RAPPORT D'EXAMEN SUR LA SITUATION SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE
DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPÉ, Y COMPRIS JÉRUSALEM-EST,
ET LE GOLAN SYRIEN OCCUPÉ**

1. Le présent rapport a été établi en application de la résolution WHA63.2. Le Secrétariat a procédé à un examen des rapports disponibles provenant de sources fiables concernant la situation dans le territoire palestinien occupé. Des informations ont en outre été demandées à ce sujet au Gouvernement d'Israël, au Gouvernement de la République arabe syrienne et à l'Autorité palestinienne.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPÉ

2. L'occupation du territoire palestinien, y compris de Jérusalem-Est, continue à créer des difficultés économiques et sociales pour les Palestiniens. Les restrictions à la libre circulation des personnes, des biens et des services au cours des dix dernières années ont beaucoup affaibli l'économie palestinienne. D'après les estimations, le produit par habitant à la fin de 2010 était de 30 % inférieur à celui de 2000 ;¹ en 2010, le produit par habitant dans la Bande de Gaza représentait la moitié environ de celui enregistré en Cisjordanie. Le niveau d'emploi a baissé, surtout parmi les jeunes et les habitants de la Bande de Gaza. Toutefois, la croissance économique a repris en 2009, à un taux estimatif de 6,8 %. Le produit intérieur brut (PIB) en valeur réelle a beaucoup plus augmenté en Cisjordanie (8,5 %) que dans la Bande de Gaza (1 % environ). Au premier semestre de 2010, le taux de croissance en Cisjordanie était estimé à 8 %. C'est la troisième année consécutive de croissance du PIB, signe possible d'un redressement de l'économie en Cisjordanie.² Mais il se peut que la croissance économique enregistrée dernièrement ne se maintienne pas, car elle résulte principalement de dépenses publiques financées par les donateurs et d'une augmentation du niveau d'emploi des Palestiniens en Israël et dans les colonies israéliennes.³

3. Globalement, le chômage en Cisjordanie a diminué, passant de 15,9 % au deuxième trimestre de 2009 à 15,2 % au deuxième trimestre de 2010. Pendant la même période, il est passé de 36 % à 39 % dans la Bande de Gaza.³

4. Les taux de pauvreté ont diminué, même s'ils demeurent élevés. En 2009, 21,9 % de la population est tombée sous le seuil de pauvreté, contre 31,2 % en 2007. Le taux de pauvreté dans la Bande de Gaza (33,2 %) est deux fois plus élevé qu'en Cisjordanie (15,5 %). En Cisjordanie, 7,5 % des habitants vivent dans une pauvreté extrême, chiffre qui atteint 20 % dans la Bande de Gaza.⁴

5. Il semble que les investissements privés reprennent dans certains secteurs, mais pas suffisamment pour remplacer le financement des donateurs comme principal facteur de croissance. Parallèlement, le nombre de nouvelles entreprises est en constante augmentation depuis 2006. Cette

¹ CNUCED 2010. Rapport sur l'assistance de la CNUCED au peuple palestinien. TD/B/57/4. Genève, 13 juillet 2010.

² <http://siteresources.worldbank.org/INTWESTBANKGAZA/News%20and%20Events/22687078/June2010newsletterfinal.pdf>.

³ <http://siteresources.worldbank.org/INTWESTBANKGAZA/Resources/WorldBankSep2010AHLCReport.pdf>.

⁴ http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_pcbs/PressRelease/poor2009_E.pdf.

activité concerne essentiellement les secteurs du commerce et des services, tandis que ceux de l'industrie, de l'agriculture et du tourisme sont à la traîne.¹

6. Le blocus imposé par Israël dans la Bande de Gaza depuis juin 2007 reste en vigueur. En juin 2010, Israël a annoncé un assouplissement du blocus, qui s'est traduit par un accroissement des importations. Mais les restrictions à la liberté de mouvement des personnes, à l'importation des matériaux de construction de base et à l'exportation de marchandises sont inchangées. Si le desserrement du blocus a été bénéfique à l'activité du secteur privé, ses effets sur l'économie ne sont pas encore visibles. Avec le maintien des limites aux exportations, les possibilités qu'a la Bande de Gaza de développer son activité économique et d'accroître le niveau d'emploi, tous deux très bas, demeurent restreintes.¹

7. La séparation de Jérusalem-Est du reste du territoire palestinien occupé nuit à l'économie, par exemple en ce qui concerne les possibilités d'emploi pour la population de Cisjordanie. D'après un rapport du International Peace and Cooperation Center, le mur de séparation a eu des conséquences économiques néfastes pour les habitants de Jérusalem-Est, comme une baisse des revenus des familles ou le déplacement du lieu de travail.²

8. Le manque d'accès aux terres dans la Zone C a d'importantes répercussions sur les activités et le développement économiques dans le territoire palestinien occupé. En plus de limiter l'accès physique, les restrictions ont une incidence sur l'occupation des sols, l'agriculture, les industries, le logement et le tourisme. Ces mesures s'appliquent à plus de 50 % des terres de Cisjordanie.¹

9. Les problèmes d'accès à l'eau sont une entrave de plus dans le secteur économique, en particulier pour le potentiel agricole. D'après les estimations des ressources qu'elles contiennent, les nappes aquifères de Cisjordanie et d'Israël sont exploitées à l'excès par Israël. Les Palestiniens ont de ce fait moins d'eau car ils utilisent des puits moins profonds. Parmi les habitants de la région, les Palestiniens sont les moins bien approvisionnés en eau douce.¹

10. Dans la Bande de Gaza, 90 à 95 % des ressources en eau ne satisfont pas aux normes applicables à l'eau de boisson. Si l'on se base sur les lignes directrices de l'OMS, les concentrations de chlorures et de nitrates y sont jusqu'à six fois trop élevées. Comme la nappe souterraine est peu profonde et qu'il est probable que les eaux usées s'y infiltrent, il y a un risque de maladies à transmission hydrique comme la typhoïde ou l'hépatite.³

11. Près des deux tiers de la population de la Bande de Gaza et 25 % des habitants de Cisjordanie vivent dans l'insécurité alimentaire.⁴ Dans la Bande de Gaza, les besoins alimentaires absorbent en moyenne 72 % des dépenses des ménages, contre 54 % en Cisjordanie. Plus d'un million de Palestiniens ont besoin d'une aide alimentaire.⁵

¹ <http://siteresources.worldbank.org/INTWESTBANKGAZA/Resources/WorldBankSep2010AHLReport.pdf>.

² The International Peace and Cooperation Center: Jerusalem Wall: A Decade of Division and Urban Incarceration – A Survey on the Impact of the Separation Wall on Jerusalem. Jerusalem, 2009.

³ http://www.ewash.org/files/library/FINAL_WASH_REPORT.pdf.

⁴ <http://siteresources.worldbank.org/INTWESTBANKGAZA/Resources/WorldBankReportAHLCApril2010Final.pdf>.

⁵ <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp229899.pdf>.

12. L'alimentation en électricité demeure insuffisante dans la Bande de Gaza ; la fourniture de services et la vie quotidienne de la population s'en trouvent affectées. Les coupures de courant ont diverses conséquences, y compris sur l'approvisionnement des foyers en eau : d'après les informations disponibles, un ménage sur cinq n'est approvisionné en eau courante qu'un jour sur cinq ; un ménage sur deux n'a de l'eau que tous les quatre jours ; et un ménage sur trois qu'un jour sur deux. Les prestataires de services continuent à utiliser des générateurs de secours pour produire de l'électricité.¹

ACCÈS AUX SOINS

13. Le Ministère de la Santé, l'UNRWA, les organisations non gouvernementales et les organisations commerciales privées sont les quatre principaux dispensateurs de services de santé. Le Ministère de la Santé dirige 59 centres de soins de santé primaires dans la Bande de Gaza et 381 en Cisjordanie. L'UNRWA assure la direction de 18 centres de soins de santé primaires dans huit camps de réfugiés dans la Bande de Gaza et de 41 centres en Cisjordanie. Le secteur des organisations non gouvernementales administre 194 centres de soins de santé primaires et dispensaires généraux (57 dans la Bande de Gaza et 137 en Cisjordanie).¹

14. Il y a 75 hôpitaux dans le territoire palestinien occupé (50 en Cisjordanie et 25 dans la Bande de Gaza), avec un total de 5058 lits dans les hôpitaux publics et autres. Près des trois quarts de ces lits sont dans des services généraux, 16,0 % dans des services spécialisés, 3,8 % dans des services de réadaptation et 7,5 % dans des maternités. Au total, il y a 12,9 lits pour 10 000 habitants (12,7 en Cisjordanie et 13,5 dans la Bande de Gaza).²

15. Avec l'appui des donateurs, le Ministère de la Santé a continué à étendre le champ et la gamme des services de santé publics en Cisjordanie. Le secteur hospitalier a notamment bénéficié d'importants investissements dans l'infrastructure et le matériel : plusieurs hôpitaux ont été modernisés et les services développés. Le Ministère de la Santé s'est également employé à renforcer ses moyens institutionnels et sa gouvernance, notamment en s'efforçant d'améliorer encore le processus de planification. Mais le système de santé palestinien reste confronté à de nombreuses difficultés, parmi lesquelles les restrictions à la libre circulation et à l'accès aux services de santé. Les déplacements en Cisjordanie sont devenus un peu plus faciles au cours de l'année écoulée grâce à la suppression de certains postes de contrôle, mais il reste encore de nombreux postes de contrôle et bouclages. L'accès à Jérusalem-Est, où la plupart des services de santé tertiaires sont assurés, est particulièrement difficile. Les restrictions administratives ont aussi des répercussions sur la prestation des soins dans les secteurs ruraux classés « Zone C » aux termes de l'accord d'Oslo.

16. Dans la Bande de Gaza, le blocus imposé par Israël et les divisions politiques internes entre la Cisjordanie et la Bande de Gaza continuent à avoir de graves répercussions sur l'offre de services de santé adéquats à la population. Les hôpitaux et les centres de soins de santé primaires de la Bande de Gaza continuent à fonctionner, mais ils se heurtent à de nombreuses difficultés. Par exemple, la pénurie de médicaments et de fournitures essentielles s'accroît : 38 % des médicaments essentiels étaient en rupture de stock au magasin central début janvier 2011. Les coupures de courant répétées et une alimentation électrique précaire ont des conséquences néfastes sur les soins médicaux : matériel médical fragile endommagé, suspension des services d'appoint, interruption ou report des traitements. L'état du matériel médical s'est aussi détérioré par manque de moyens d'entretien et de pièces

¹ http://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_the_humanitarian_monitor_2010_10_19_english.pdf.

² Ministère palestinien de la Santé, Rapport annuel sur la Santé, Palestine. Centre palestinien de l'information sanitaire, 2010.

détachées (malgré un programme financé par le Gouvernement italien et l'OMS pour tenter de remédier à ce problème). De nombreux agents de santé qualifiés ne travaillent pas à cause des clivages. Il est également difficile pour le personnel de santé d'entretenir ou d'améliorer ses connaissances professionnelles et ses compétences cliniques, car les restrictions imposées par Israël à la circulation des personnes à l'entrée et à la sortie de la Bande de Gaza les empêchent d'accéder à un enseignement et à une formation modernes et adaptés. La fermeture de la Bande de Gaza compromet le fonctionnement du système de santé, entrave l'approvisionnement en fournitures médicales et la formation du personnel de santé et empêche les patients gravement malades de recevoir sans retard les soins spécialisés dont ils ont besoin en dehors de la Bande de Gaza.

17. Au total, 8161 patients ont été transférés pour être soignés en dehors du territoire palestinien occupé en 2009 : 3399 venaient de Cisjordanie et 4762 de la Bande de Gaza.

SITUATION SANITAIRE

18. L'espérance de vie générale est de 70,5 ans pour les hommes et de 73,2 ans pour les femmes. Le taux de croissance démographique est de 2,9 % dans le territoire palestinien occupé (2,6 % en Cisjordanie et 3,3 % dans la Bande de Gaza). Le taux brut de natalité a diminué au cours des dix dernières années, passant de 42,7 en 1997 à 29,6 en 2008.¹

19. Le taux de fécondité total dans le territoire palestinien occupé était de 4,6 en 2009 (4,1 en Cisjordanie et 5,3 dans la Bande de Gaza), chiffre relativement élevé dans la région. En ce qui concerne les femmes enceintes, quatre sur 10 consultent les services prénatals et presque toutes accouchent dans un établissement de santé.¹ Il y a eu 30 décès maternels en 2008 et 2009 dans la Bande de Gaza² et 23 en 2009 en Cisjordanie³, ce qui correspond à un taux de mortalité maternelle de 29 pour 100 000 naissances vivantes dans la Bande de Gaza et de 36,4 en Cisjordanie.⁴ Nombre de femmes enceintes souffrent d'anémie (45 % des femmes enceintes dans la Bande de Gaza et 20,6 % en Cisjordanie).⁵ Un tiers environ des femmes en début de grossesse sont vaccinées contre le tétanos en Cisjordanie.

20. Les principales causes de décès dans le territoire palestinien occupé sont pour la plupart des maladies non transmissibles, les quatre premières étant les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer (le cancer de la trachée, le cancer colorectal et le cancer anal venant en tête) et les inflammations du système respiratoire.¹

¹ Ministère palestinien de la Santé, Rapport annuel sur la Santé, Palestine. Centre palestinien de l'information sanitaire, 2010.

² Ministère de la Santé et UNFPA, 2011, résultats préliminaires (non publiés).

³ Ministère de la Santé. Rapport sur la mortalité maternelle dans les territoires palestiniens (Cisjordanie) en 2009.

⁴ Le taux est donné à titre indicatif seulement, car le taux de mortalité maternelle est calculé d'après le nombre de décès observé (signalé) et il est probable que les données soient incomplètes.

⁵ Ministère palestinien de la Santé. Rapport sur le système de surveillance de la nutrition, Ministère de la Santé, 2009.

21. Le taux de mortalité infantile ne s'est guère amélioré ces dernières années (25,34 pour 1000 naissances vivantes : 22,9 en Cisjordanie et 28,8 dans la Bande de Gaza).¹ Les principales causes de décès des nourrissons sont la pneumonie et d'autres troubles respiratoires (34,5 %), les malformations congénitales (16,3 %), suivis de la prématurité et du faible poids de naissance (13,4 %).²

= = =

¹ Bureau central palestinien des Statistiques, Enquête démographie et santé (2004) et Monitoring the Situation of Children and Women (2006). En 2006, le taux de mortalité infantile était de 25,34 pour 1000 naissances vivantes (22,9 en Cisjordanie et 28,8 dans la Bande de Gaza), le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 28,23 pour 1000 naissances (25,7 en Cisjordanie et 31,7 dans la Bande de Gaza).

² Ministère palestinien de la Santé, Rapport annuel sur la Santé, Palestine. Centre palestinien de l'information sanitaire, 2010.