

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

Rapport du Directeur général

1. En 2018, la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la décision WHA71(10), dans laquelle le Directeur général était notamment prié de rendre compte à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé,¹ en s'appuyant sur une évaluation de terrain. Le présent rapport fait suite à cette demande.

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

2. En 2018, l'OMS a continué à fournir un appui et une assistance technique à la population dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, dans le droit fil des dispositions de la décision WHA71(10). L'action de OMS a ciblé les quatre 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.

3. La première priorité stratégique est la contribution 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. À cet égard, le Secrétariat, grâce à un financement du Gouvernement italien, a continué de promouvoir l'utilisation de données factuelles pour la prise de décisions par le renforcement des capacités et l'analyse des données concernant la gestion de l'information sanitaire et le financement de la santé. L'OMS a encouragé l'amélioration de la prestation de services par l'approche de la médecine de famille, suivie dans trois districts de Cisjordanie, en mettant l'accent sur l'intégration des services aux niveaux des soins primaires et secondaires. Elle a continué d'aider le Ministère de la santé à renforcer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients par l'intermédiaire de l'Initiative pour la sécurité des patients à l'hôpital. Dans la bande de Gaza, elle a collaboré avec une université locale pour introduire un diplôme de médecine de famille destiné aux généralistes en soins de santé primaires. Des fonds du Gouvernement norvégien ont également permis

¹ Voir le document A71/27.

à l'OMS d'appuyer la mise en œuvre de l'approche des soins essentiels précoces dans les maternités de la bande de Gaza par la formation du personnel concernant l'approche et le renforcement des politiques et lignes directrices hospitalières correspondantes.

4. Dans le cadre de cette première priorité stratégique, l'Institut national palestinien de la santé publique a été mis en place sous la forme d'un projet relevant de l'OMS financé par le Gouvernement norvégien et devant déboucher, à l'issue de la transition en cours, sur une institution indépendante du secteur public conformément au cadre juridique approuvé par le Président palestinien en 2016. L'Institut s'attache à produire des éléments factuels en collaborant avec de multiples secteurs sur la recherche en santé publique, la surveillance, le renforcement des capacités et la sensibilisation afin de faciliter les décisions politiques et les mesures pratiques propres à améliorer les résultats sanitaires. Les efforts de l'Institut ont visé à : mettre en place et renforcer les registres dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, des mammographies, du cancer, des causes de décès, des accidents de la route et des traumatismes ; et à améliorer les systèmes d'information sanitaire en soins primaires par l'introduction du logiciel DHIS 2 concernant le système d'information sanitaire de district. Avec l'appui du Gouvernement italien et de la Banque mondiale, l'Institut cherche aussi à promouvoir la couverture sanitaire universelle en appuyant la réforme du financement de la santé, la médecine de famille et les ressources humaines pour la santé.

5. La deuxième priorité stratégique consiste à renforcer les capacités principales au titre du Règlement sanitaire international (2005) dans le territoire palestinien occupé et les capacités de gestion des situations d'urgence sanitaire et de gestion des risques de catastrophe dont font preuve le Ministère de la santé, ses partenaires et les communautés, ainsi qu'à appuyer les capacités d'intervention humanitaire dans le domaine de la santé. Avec un financement du Gouvernement norvégien, le Secrétariat a poursuivi ses efforts pour le renforcement des principales capacités au titre du Règlement pour la détection et l'évaluation des événements de santé publique et pour la riposte. Dans le cadre du plan de travail palestinien triennal 2017-2019 pour le RSI, le Secrétariat a appuyé en 2018 la finalisation des instruments juridiques afin d'aligner la loi de santé publique sur les dispositions du RSI ; l'élaboration de lignes directrices nationales pour la prise en charge des flambées de maladies transmissibles ; l'introduction et l'intégration d'une surveillance des événements ; la formation du personnel aux efforts de prévention et à la lutte contre les infections, aux compétences de laboratoire, à la prise en charge des épidémies et aux interventions d'urgence ; des exercices de simulation en vue de la riposte aux flambées de poliomyélite ; et le renforcement des mécanismes de coordination au Ministère de la santé.

6. L'OMS, avec des contributions des Gouvernements autrichien, suisse et turc, de l'Union européenne, du Fonds central des Nations Unies pour les interventions d'urgence et du fonds humanitaire de financement commun dans les pays, a aidé le Ministère de la santé en assurant des achats et des livraisons de matériel médical et de médicaments essentiels pour faire face à des pénuries critiques dans le secteur de la santé, principalement dans la bande de Gaza. À la suite des protestations et des manifestations marquant la « Grande marche du retour » dans la bande de Gaza qui ont fait de très nombreuses victimes, l'OMS a aidé le Ministère de la santé et ses partenaires à mettre en place et renforcer un système de proximité et dans les hôpitaux pour la prise en charge des traumatismes, avec des contributions financières de l'Union européenne et du fonds humanitaire de financement commun dans les pays. L'OMS a contribué à fournir du matériel et un appui technique aux points de stabilisation des traumatismes proches de la frontière qui assurent un tri et les premiers secours pour sauver des vies en vue d'assurer une prise en charge rapide et efficace des blessés et de réduire la surcharge des services hospitaliers. Afin d'aider les services de santé à faire face à la charge massive de traumatismes des membres, l'OMS a aussi collaboré avec ses partenaires pour renforcer les services de reconstruction des membres et de réadaptation. Les constantes coupures de courant affectent le fonctionnement des établissements de soins et l'OMS, avec le soutien financier du Gouvernement japonais, a collaboré avec le Ministère de la santé pour équiper des hôpitaux de sources d'énergie de remplacement, comme l'énergie solaire.

7. En tant qu'organisme chef de file des Nations Unies pour le mécanisme de coordination de l'action humanitaire du Groupe sectoriel pour la santé, l'OMS copréside les réunions de coordination avec le Ministère de la santé et coordonne les interventions humanitaires pour la santé avec les partenaires dans le territoire palestinien occupé. En 2018, le Groupe sectoriel pour la santé a coordonné la mise au point de l'aperçu des besoins humanitaires et du plan d'intervention humanitaire pour la santé et appuyé les efforts des partenaires pour la mobilisation de ressources. Le Groupe sectoriel a procédé à des évaluations spécifiques des besoins du secteur de la santé en matière de traumatologie et de livraisons d'urgence de carburant et de médicaments essentiels ; il a également coordonné la riposte collective des partenaires dans des zones spécifiques en constituant et en renforçant des groupes de travail concernant les traumatismes, la nutrition, les dispensaires mobiles et la préparation aux situations d'urgence.

8. La troisième priorité stratégique consiste à renforcer les capacités de prévenir, prendre en charge et combattre les maladies non transmissibles, y compris les troubles de santé mentale, et à réduire les facteurs de risque de violence et de traumatismes. En 2018, grâce à un financement du Gouvernement italien, le Secrétariat a poursuivi des interventions fondées sur des bases factuelles visant à réduire la charge des maladies non transmissibles, notamment en étendant à de nouveaux districts l'ensemble complet d'interventions contre les maladies non transmissibles de l'OMS. Les efforts de l'Organisation ont visé avant tout à renforcer la détection précoce des maladies non transmissibles par l'introduction et le renforcement de programmes de dépistage, de meilleurs registres des patients – notamment des dossiers électroniques sur les patients atteints de maladies non transmissibles dans la bande de Gaza, ainsi qu'à assurer une formation et des activités d'appui pour améliorer les capacités de surveillance des maladies non transmissibles et de promotion de la santé. Grâce à un financement de l'Union européenne, l'OMS a appuyé des établissements de soins de santé primaires du Ministère de la santé et de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) pour appliquer le programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale de l'OMS. Près de 1600 agents ont reçu une formation concernant tout l'éventail des services de santé mentale et de soutien psychosocial, notamment des conseils de santé mentale en milieu scolaire, la détection au niveau des soins primaires des problèmes courants de santé mentale et les compétences en réadaptation du personnel de santé mentale. Le programme a appuyé l'élaboration de plans d'intervention d'urgence en santé mentale dans la bande de Gaza, la constitution de six équipes de santé mentale d'urgence, l'achat de médicaments psychotropes essentiels, la rénovation de l'infrastructure de l'hôpital psychiatrique de Bethléhem et la mise en place d'unités de liaison en santé mentale dans sept hôpitaux généraux du territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est.

9. La quatrième priorité stratégique consiste à renforcer les capacités du Ministère de la santé et des partenaires du secteur de la santé à plaider auprès de toutes les personnes ayant des responsabilités juridiques pour la protection du droit à la santé, pour la réduction des obstacles à l'accès aux services de santé et pour l'amélioration des déterminants sociaux de la santé. En 2018, avec le soutien du Gouvernement suisse et de l'Union européenne, l'OMS a continué d'établir des rapports systématiques sur les obstacles à l'accès des patients à la santé, consécutifs notamment à l'introduction par Israël du système des permis appliqué aux Palestiniens, et a amélioré le suivi des attaques contre les soins de santé par la mise en œuvre du Système mondial de surveillance des attaques contre les soins de santé. L'OMS a cherché à renforcer les capacités du Ministère de la santé et de ses partenaires en organisant des ateliers sur le droit à la santé et les approches fondées sur les droits humains et sur le suivi des attaques contre les soins de santé et en entreprenant des travaux visant à renforcer le suivi des traités relatifs aux droits humains, notamment par une collaboration multidisciplinaire propre à améliorer la surveillance des déterminants sociaux de la santé sous-jacents. L'OMS a préconisé avec tous les responsables de renforcer le respect, la protection et l'exercice du droit de tous les Palestiniens de jouir du meilleur état de santé possible dans le territoire palestinien occupé.

10. Un certain nombre de questions restent en suspens concernant le rapport sur la situation sanitaire dans le Golan syrien occupé¹ et les efforts à cet égard se poursuivent.

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

Démographie, résultats sanitaires de la population et inégalités en matière de santé

11. On estime qu'à la mi- 2019, 4,98 millions de personnes vivent dans le territoire palestinien occupé, dont 2,99 millions en Cisjordanie et 1,99 million dans la bande de Gaza.² Jérusalem-Est compte en outre plus de 300 000 résidents palestiniens.³ Plus de 2,2 millions de réfugiés enregistrés vivent dans le territoire palestinien occupé et plus de 3,2 millions en dehors ; 1,4 million de réfugiés vivent dans la seule bande de Gaza où ils 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.⁴ Pour l'essentiel, la population palestinienne est jeune : près de 40 % des Palestiniens sont âgés de 0 à 14 ans tandis que 5 % des Palestiniens ont 65 ans ou plus.⁵

12. L'espérance de vie à la naissance des Palestiniens dans le territoire palestinien occupé était de 73,8 ans en 2017 ;⁶ la même année, le taux de mortalité infantile des Palestiniens en Cisjordanie et dans la bande de Gaza était de 10,7 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité des moins de cinq ans de 12,1 pour 1000.⁶ Il existe des inégalités sanitaires, les indicateurs étant généralement inférieurs à la moyenne palestinienne dans certaines zones, par exemple dans la zone C en Cisjordanie et dans la bande de Gaza. Ainsi, en ce qui concerne le retard de croissance chez les enfants palestiniens de la vallée du Jourdain en Cisjordanie, on a constaté un taux de 23 % dans les communautés de Bédouins, contre 10 % dans les villages et 9 % dans les camps de réfugiés de l'UNRWA. Il existe aussi des inégalités sanitaires entre la population palestinienne et les 611 000 colons israéliens en Cisjordanie.⁷ L'espérance de vie à la naissance en Israël, y compris pour la population de colons israéliens en Cisjordanie, dépassait de près de neuf ans celle des Palestiniens qui habitent dans le même territoire, pour la même année.⁸

¹ Document A71/27 et décision WHA71(10) (2018).

² Bureau central palestinien des statistiques. Estimated population in Palestine mid-year by governorate, 1997-2021 (http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/2017-2097%المحافظات20%انجليزى.html, consulté le 1^{er} février 2019).

³ East Jerusalem facts and figures 2017. Tel Aviv, The Association for Civil Rights in Israel, 2017. (<https://law.acri.org.il/en/2017/05/24/east-jerusalem-facts-and-figures-2017/>, consulté le 29 mars 2019).

⁴ Where we work. Amman, UNRWA, 2019 (<https://www.unrwa.org/where-we-work>, consulté le 1^{er} février 2019).

⁵ Bureau central palestinien des statistiques. (<http://pcbs.gov.ps>, consulté le 23 janvier 2019).

⁶ Health Annual Report: Palestine 2017. Ramallah, Centre palestinien d'information sanitaire, 2018 (https://www.site.moh.ps/Content/Books/Z8xvh651F8hYKqGw8ZZwzf4ciTWcEARGA5tGhi3K3SzDhqdRiKkDI_QO5cg6K76I2ykBKIXZ6nOM5HTVPxqnDbPI9URRkDlqH9sHx3f3PhYp.pdf, consulté le 29 mars 2019).

⁷ Occupied Palestinian Territory. Humanitarian facts and figures. Jérusalem-Est, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, 2017.

⁸ Bureau central israélien des statistiques (http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTMLID=591). Comparaison pour 2016, la dernière année pour laquelle des données comparables sont disponibles (consulté le 8 février 2019).

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 2017.¹ Selon les statistiques du Ministère de la santé, les décès périnataux et les malformations congénitales représentent plus de 10 % des décès ; les maladies infectieuses 8,1 % ; et les accidents de la circulation, les agressions et les chutes 3,1 %.¹

14. Les Palestiniens vivant sous occupation sont souvent exposés à la violence. En 2018, on a dénombré 299 Palestiniens tués et 29 878 blessés dans le contexte de l'occupation et du conflit. Quarante-sept pour cent des morts et 80 % des blessés étaient enregistrés dans la bande de Gaza, avec une forte recrudescence des incidents violents depuis le début de la « Grande marche du retour », le 30 mars 2018. Le cinquième (19 %) des morts et le quart (24 %) des blessés dans la bande de Gaza en 2018 avaient moins de 18 ans, et 2 % des morts et 8 % des blessés étaient des femmes ou des filles. La même année, 14 Israéliens sont morts et 142 ont été blessés.² Parmi les Palestiniens blessés pendant les manifestations dans la bande de Gaza, plus de la moitié (53 %) ont été transférés dans un hôpital et 6239 ont été touchés par des tirs à balles réelles. La majorité (87 %) des blessures par balles réelles étaient des traumatismes des membres ;³ 113 amputations ont été pratiquées en 2018 dans la bande de Gaza à la suite de traumatismes survenus pendant les manifestations, 21 personnes sont devenues paraplégiques à la suite de lésions de la moelle épinière et 9 ont définitivement perdu la vue.⁴ En Cisjordanie, plus de la moitié (58 %) des traumatismes sont également survenus dans le contexte de manifestations, dont 16 % lors d'opérations de fouilles et d'interpellations et 10 % à la suite d'actes de violences commis par des colons.

15. L'exposition à la violence et l'occupation prolongée affecte la santé mentale des Palestiniens, les troubles de santé mentale étant une des principales préoccupations de santé publique. Dans la bande de Gaza, plus de la moitié des enfants exposés au conflit peuvent se trouver en état de stress post-traumatique.⁵ Dans la bande de Gaza, on estime en outre à 210 000 – plus d'une personne sur dix – le nombre de cas de troubles mentaux sévères ou modérés.⁶ L'ensemble du territoire palestinien occupé présente la charge de morbidité mentale de l'adolescent la plus élevée de la Région de la Méditerranée orientale. Environ 54 % des garçons et 47 % des filles de 6 à 12 ans présentent des troubles affectifs et/ou comportementaux et la charge globale de morbidité mentale représente selon les estimations environ 3 % des années de vies perdues ajustées sur l'incapacité.⁷

¹ Health Annual Report: Palestine 2017. Ramallah, Centre palestinien d'information sanitaire, 2018 (https://www.site.moh.ps/Content/Books/Z8xvh651F8hYKqGw8ZZwzf4ciTWcEARGA5tGhi3K3SzDhqdRiKkDI_QO5cg6K76l2ykBKlXZ6nOM5HTVPxqnDbPI9URRkDlqH9sHx3f3PhYp.pdf, consulté le 29 mars 2019).

² Occupied Palestinian Territory. Data on casualties. Jérusalem-Est, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, 2019 (<https://www.ochaopt.org/data/casualties>, consulté le 28 janvier 2019).

³ Données fournies par le Ministère palestinien de la santé.

⁴ Données fournies par la société As-Salama et le Ministère palestinien de la santé.

⁵ Thabet A, Thabet S, Vostanis P. The relationship between war trauma, PTSD, depression, and anxiety among Palestinian children in the Gaza Strip. *Health Science Journal*. 2016;13:621. doi: 10.21767/1791-809X.1000621. (<http://www.hsj.gr/medicine/the-relationship-between-war-trauma-ptsd-depression-and-anxiety-among-palestinian-children-in-the-gaza-strip.php?aid=11302>, consulté le 7 février 2019).

⁶ Humanitarian needs overview 2019. Jérusalem-Est, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, 2018 (<https://www.ochaopt.org/content/humanitarian-needs-overview-2019>, consulté le 7 février 2019).

⁷ Charara R, Forouzanfar M, Naghavi M, Moradi-Lakeh M, Afshin A, Vos T et al. The burden of mental disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990-2013. *PLOS One*. 2017 (<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0169575>, consulté le 7 février 2019).

Législation et prestation des soins de santé

16. La Cisjordanie et la bande de Gaza sont séparées par des divisions administratives, législatives et politiques et aussi physiquement, le seul passage entre les deux s'effectuant en traversant le territoire israélien. Jérusalem-Est est en plus séparé du reste de la Cisjordanie par un mur et les Palestiniens résidents ont un statut et une carte d'identité différents des autres Palestiniens de Cisjordanie ; dans la bande de Gaza, le statut et la carte d'identité sont encore différents. Ces statuts distincts accordés par Israël aux Palestiniens résidant dans les différentes zones du territoire occupé n'assurent pas le même type d'accès aux soins de santé, ni la même liberté de mouvement. Les détenteurs d'une carte d'identité de Jérusalem-Est ont accès à l'assurance-maladie et aux services de santé israéliens, mais ce statut est précaire car ils doivent continuer de résider ou d'exercer un emploi à Jérusalem pour en bénéficier. Les « résidents » palestiniens de Jérusalem-Est peuvent voyager librement sur le territoire israélien, à la différence de la majorité de ceux qui vivent dans le reste du territoire occupé depuis 1967. Les Palestiniens vivant dans le territoire occupé en dehors de Jérusalem-Est n'ont pas droit à l'assurance-maladie ni aux services de santé israéliens ; l'administration du système de santé publique dans leur cas relève de l'Autorité palestinienne et de l'autorité de fait dans la bande de Gaza.

17. L'absence de souveraineté territoriale a une incidence sur les recettes de l'Autorité palestinienne et par contrecoup sur la durabilité du secteur public de la santé qui est largement tributaire des donateurs.¹ Le Protocole de Paris sur les relations économiques, qui a officialisé une union douanière effective avec Israël, conditionne le prix des médicaments, et détermine donc dans quelle mesure le coût global des soins de santé est abordable dans le territoire palestinien occupé. Pour se procurer de nombreux médicaments, le Ministère palestinien de la santé doit payer des prix bien supérieurs aux prix de référence internationaux, car les restrictions applicables aux importations contribuent largement aux prix plus élevés.² À la fin de 2018, la livraison de vaccins au Ministère palestinien de la santé a été retardée du fait de l'exécution d'une mesure législative israélienne précédemment non appliquée apportant des restrictions concernant le pays d'origine des vaccins importés. Cette loi pourrait avoir de graves conséquences financières pour le Ministère de la santé en remettant en cause le succès du programme de vaccination en Cisjordanie et dans la bande de Gaza. Si une solution temporaire a été trouvée au début de 2019, il reste qu'à long terme l'application de la loi pourrait compromettre non seulement la couverture vaccinale dans le territoire palestinien occupé, mais aussi la sécurité sanitaire.

18. Selon le Bureau central palestinien des statistiques, 78 % environ de la population palestinienne vivant en Cisjordanie et dans la bande de Gaza est couverte par un système de prépaiement des soins de santé. Les principaux prestataires, l'assurance-maladie publique et l'UNRWA, assurent plus de 90 % de la couverture, avec d'importants chevauchements. L'assurance-maladie publique couvre les services primaires, dont les services de santé de la mère et de l'enfant, les soins secondaires, les médicaments délivrés sur ordonnance inscrits sur la liste des médicaments essentiels et les soins tertiaires nécessaires mais qui ne sont pas disponibles dans les établissements du Ministère de la santé, achetés auprès d'établissements qui ne dépendent pas du Ministère de la santé dans le territoire palestinien occupé ou au dehors. Quelque 45,5 % du financement provient de paiements directs ; 1 % environ de la population est confrontée à des dépenses catastrophiques et 0,8 % supplémentaire s'appauvrit en raison du paiement

¹ Area C and the future of the Palestinian economy. Report no. AUS2922. Banque mondiale, 2013. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/137111468329419171/pdf/AUS29220REPLAC0EVISION0January02014.pdf>, consulté le 7 février 2019).

² Public expenditure review of the Palestinian Authority: towards enhanced public finance management and improved fiscal sustainability. Report no. ACS18454. Banque mondiale, 2016 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/320891473688227759/pdf/ACS18454-REVISED-FINAL-PER-SEPTEMBER-2016-FOR-PUBLIC-DISCLOSURE-PDF.pdf>, consulté le 11 janvier 2019).

de soins de santé.^{1,2} L'UNRWA dont le mandat a été fixé par la résolution 302(IV) de l'Assemblée générale des Nations Unies offre des services, notamment des soins de santé primaires, à 5,4 millions de réfugiés palestiniens enregistrés situés dans cinq zones d'intervention de la Région de la Méditerranée orientale, et notamment aux quelque 2,2 millions de réfugiés résidant dans la bande de Gaza et en Cisjordanie.³ L'Office gère 144 centres de santé, dont 65 dans la bande de Gaza et en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est. En 2018, il a dû faire face à une crise financière sans précédent à la suite de la décision du Gouvernement des États-Unis d'Amérique de réduire de US \$300 millions ses contributions, menaçant ainsi la poursuite de ses services de soins de santé essentiels. Grâce au soutien accru d'autres donateurs et de la communauté internationale, l'UNRWA a pu mobiliser les fonds nécessaires pour maintenir ses opérations et offrir des services essentiels ininterrompus en 2018. Les indicateurs sanitaires mesurés par l'UNRWA en 2018 sont restés comparables à ceux de 2017 et des années précédentes, mais en 2019 les réfugiés palestiniens restent confrontés à des problèmes de développement et de protection et l'Office indique avoir besoin de US \$1,2 milliard pour maintenir les services essentiels ininterrompus destinés aux réfugiés palestiniens, notamment en matière sanitaire.⁴

19. Le Ministère palestinien de la santé est le principal prestataire de soins de santé primaires en Cisjordanie, où il gère plus de 71 % des 583 dispensaires. Dans la bande de Gaza, le Ministère de la santé gère environ un tiers (33 %) des 160 dispensaires de soins de santé primaires, et l'UNRWA et les acteurs non étatiques jouent un plus grand rôle.⁵ On comptait également 15 dispensaires mobiles dans la zone C de la Cisjordanie à la fin de 2018, la plupart fournis par des acteurs non étatiques.⁶ Au total, il y a 81 hôpitaux dans le territoire palestinien occupé, 51 en Cisjordanie et 30 dans la bande de Gaza. On compte environ 1,7 lit d'hospitalisation pour 1000 habitants aussi bien en Cisjordanie que dans la bande de Gaza. Le Ministère de la santé gère 43 % de ces lits en Cisjordanie et 73 % dans la bande de Gaza. Les acteurs non étatiques gèrent 46 % des lits d'hôpitaux en Cisjordanie et 22 % dans la bande de Gaza, les institutions privées 9 % et l'UNRWA 2 % en Cisjordanie et les services médicaux militaires 6 % dans la bande de Gaza.⁵

Le système israélien des permis et ses effets sur l'accès aux services de santé

20. Le territoire palestinien occupé est divisé géographiquement et politiquement. Pour se rendre de Cisjordanie dans la bande de Gaza ou vice versa, il faut passer par le territoire israélien et l'entrée en Israël est régie par le système des permis applicable à tous les Palestiniens à l'exception des quelque 300 000 qui résident à Jérusalem-Est. Ce régime s'étend aux patients, à ceux qui les accompagnent ainsi qu'aux agents de santé. Tous les patients et accompagnants de la bande de Gaza doivent demander une autorisation israélienne pour quitter la zone et avoir accès aux hôpitaux de Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et d'Israël. L'accès a posé de gros problèmes ces dernières années, le taux d'acceptation des demandes de permis ayant baissé de plus de 90 % en 2012 à un creux de 54 % en 2017. Le taux de 61 % en 2018 est le deuxième plus faible taux enregistré. Pour les blessés de la « Grande marche du retour » dans la bande de Gaza, il a été encore bien inférieur puisque sur les 435 permis demandés moins

¹ Rapport des comptes nationaux de la santé, Bureau central palestinien des statistiques/Ministère de la santé, février 2016.

² Improving health system financing and service provision for universal health coverage in Palestine: addressing the challenges for a sustainable and equitable health system development. Rapport de mission OMS-Banque mondiale, 2016.

³ Occupied Palestinian territory emergency appeal 2019. Amman, UNRWA, 2019 (https://www.unrwa.org/sites/default/files/content/resources/2019_opt_ea_final.pdf, consulté le 19 mars 2019).

⁴ Informations fournies par l'UNRWA.

⁵ Health Annual Report: Palestine 2017. Ramallah, Centre palestinien d'information sanitaire, 2018 (https://www.site.moh.ps/Content/Books/Z8xvh651F8hYKqGw8ZZwzf4ciTWcEARGA5tGhi3K3SzDhqdRiKkDI_QO5cg6K76l2ykBKIXZ6nOM5HTVPxqnDbPI9URRkDlqH9sHx3f3PhYp.pdf, consulté le 29 mars 2019).

⁶ Données fournies par le Groupe sectoriel pour la santé, territoire palestinien occupé.

d'un cinquième (19 %) ont été accordés. La même année, moins de la moitié (48 %) des demandes de permis déposées concernant des accompagnants de patients de la bande de Gaza ont été accordées. La majorité des patients de Cisjordanie doivent aussi demander un permis pour avoir accès aux hôpitaux de Jérusalem-Est ou d'Israël, seuls étant exemptés la plupart des femmes de plus de 50 ans, des hommes de plus de 55 ans et des jeunes enfants voyageant avec un adulte porteur d'un permis en règle. On ne dispose pas de données ventilées selon les permis des patients et ceux des accompagnants, le taux des demandes acceptées pour l'ensemble des deux groupes s'établissant à 82 % en 2018.¹

21. Le système de santé palestinien fait traditionnellement appel aux hôpitaux de Jérusalem-Est et d'Israël pour les soins spécialisés. En 2018, on a enregistré 71 923 cas orientés de Cisjordanie vers des établissements ne relevant pas du Ministère de la santé, dont 54 % environ ont eu besoin d'un permis israélien pour accéder à Jérusalem-Est ou à Israël. Dans la bande de Gaza, 30 944 cas ont été orientés par le Ministère de la santé dont quelque 77 % ont eu besoin d'un permis israélien pour accéder aux soins de santé en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, et en Israël.² Parmi les demandes de permis de sortie de la bande de Gaza, 92 % concernaient des soins de santé couverts par le Ministère de la santé, 29 % des moins de 18 ans, 17 % des plus de 60 ans, 46 % des patientes et 28 % des examens et traitements oncologiques.²⁵ En raison de pénuries chroniques de matériel, de fournitures et de services spécifiques, l'orientation-recours s'impose vers des établissements ne relevant pas du Ministère de la santé, y compris à Jérusalem-Est et en Israël. On ne trouve aucun service de radiothérapie ou de médecine nucléaire sur le territoire palestinien occupé en dehors de Jérusalem-Est. La pénurie de médicaments et de produits à usage unique est particulièrement prononcée dans la bande de Gaza, où pour 46 % des produits figurant sur la liste des médicaments essentiels et 27 % des produits de la liste des fournitures médicales jetables essentielles, on ne disposait en moyenne que de moins d'un mois de stocks en 2018. La pénurie touche davantage des catégories particulières de médicaments comme les antibiotiques et les produits de chimiothérapie anticancéreuse et d'hématologie avec en moyenne moins d'un mois de stocks de 60 % des produits disponibles pendant l'année.³

22. L'accès aux professionnels de la santé est lui aussi entravé par le système des permis israéliens. Le personnel de santé doit présenter une demande d'entrée dans la bande de Gaza pour des interventions humanitaires ou pour des motifs de formation, alors que la majorité des demandes de sortie présentées par des agents de santé concernent le perfectionnement et la formation professionnels. En 2018, il ressort des données recueillies par l'OMS que 78 % des demandes d'entrée dans la bande de Gaza soumises par des agents de santé ont été acceptées par Israël, mais que seules 15 % des demandes de sortie pour le compte de partenaires de la santé et du Ministère de la santé l'ont été. La majorité des personnels de santé palestiniens travaillant dans des hôpitaux de Jérusalem-Est sont titulaires d'une carte d'identité de Cisjordanie. Sur les 1768 demandes de permis présentées par des hôpitaux de Jérusalem-Est pour le compte de membres du personnel en vue de l'accès à leur lieu de travail en 2018, 97 % ont débouché sur une autorisation de 6 mois et 2 % sur un permis de 3 mois, 1 % des demandes ayant été rejetées.⁴

23. En août 2018, la Haute Cour israélienne a accepté une pétition émanant des organisations de protection des droits humains Gisha, Al Mezan, Physicians for Human Rights Israel and Adala, soumises pour le compte de sept patients sollicitant un permis de sortie de la bande de Gaza par le poste d'Erez pour être soignés. La Cour a jugé inefficace et illégale la décision du Cabinet de sécurité israélien en 2017 de refuser aux patients de la bande de Gaza l'accès au traitement médical comme moyen de

¹ Données sur les permis fournies par le Bureau palestinien de liaison et de coordination, 2018.

² Données sur les orientations-recours fournies par l'unité du Ministère palestinien de la santé chargé des achats de services.

³ Données fournies par la pharmacie centrale de la bande de Gaza.

⁴ Données fournies par les hôpitaux de Jérusalem-Est.

pression sur Hamas.¹ Les refus sont souvent fondés sur des motifs assez vagues et l'on constate qu'une proportion relativement élevée d'appels de décisions négatives présentés pour le compte de certains groupes de patients aboutit. Ainsi en 2018, l'Organisation Physicians for Human Rights Israel a présenté des requêtes en révision du refus de 64 demandes de permis concernant des femmes atteintes d'un cancer et toutes ont abouti.² En 2019, des patients continuent de se voir refuser un permis au motif qu'ils ont des proches résidant illégalement en Cisjordanie, au moins 43 patients n'ayant pas obtenu l'autorisation de quitter la bande de Gaza pour se faire soigner en 2018 pour ce seul motif. Le Centre Al Mezan pour les droits humains et Physicians for Human Rights Israel ont récemment saisi la Haute Cour de justice en raison des délais de traitement particulièrement longs relatifs aux demandes d'autorisation liées aux orientations-recours, mais ils ont été déboutés au début de 2019, la Cour ayant demandé qu'un appel plus restreint soit présenté pour le compte de patients ou de groupes de patients particuliers. Cette décision confirme ce qu'avait constaté l'étude de recherche juridique sur le droit à la santé demandée et publiée en 2017, à savoir que la Haute Cour de justice israélienne « évite souvent de se prononcer sur des questions de principe – surtout pour ce qui est du statut de Gaza et des obligations d'Israël concernant Gaza – préférant les décisions au cas par cas et les solutions pragmatiques. »³

Blocus, « Grande marche du retour » et attaques contre les soins de santé dans la bande de Gaza

24. Le blocus en vigueur et les conflits successifs ont eu un impact sur les capacités du secteur de la santé dans la bande de Gaza. L'approvisionnement en électricité y est limité et aléatoire, l'alimentation n'étant assurée par le réseau que sept heures par jour en moyenne, ce qui a de graves implications pour le secteur de la santé. Hôpitaux et dispensaires sont tributaires de l'approvisionnement en carburant pour alimenter les groupes électrogènes. La pénurie de carburant et les coupures de courant peuvent mettre en danger la vie des patients. Par exemple, lorsque les générateurs d'appoint ne pouvaient plus fonctionner à l'Hôpital pédiatrique spécialisé de Gaza, les équipes médicales ont dû ventiler manuellement quatre enfants en attendant que les ingénieurs chargés de la maintenance puissent les réparer. Les fluctuations du réseau et les coupures de courant réduisent aussi la durée de vie des appareils sensibles dans les hôpitaux.

25. Les Palestiniens résidents ne disposent que de deux postes pour quitter la bande de Gaza : celui d'Erez vers Israël au nord et celui de Rafah vers l'Égypte au sud. Or 70 % des patients de Gaza orientés vers d'autres services doivent passer par Erez, et donc obtenir un permis.⁴ En 2018, le poste d'Erez a été ouvert aux porteurs d'une autorisation israélienne 306 jours sur 365. Huit pour cent des patients sont orientés vers l'Égypte et doivent passer par Rafah. Les patients sont une catégorie de personnes de la bande de Gaza autorisées à présenter une demande d'entrée sur le territoire égyptien par Rafah.³² En 2018, le poste de Rafah vers l'Égypte a été ouvert 188 jours dans les deux sens et l'on a enregistré au total 59 849 passages de Palestiniens quittant la bande de Gaza, dont 1510 étaient des patients et 1464 des accompagnants.^{5,6} Il ressort des données fournies par les autorités du poste que l'entrée en

¹ Victory for human rights organizations in Israeli Supreme Court. Communiqué de presse. Gaza, Centre Al Mezan pour les droits humains, août 2018 (<http://www.mezan.org/en/post/23196/Victory+for+human+rights+organizations+in+Israeli+Supreme+Court>, consulté le 29 mars 2019).

² Informations fournies par Physicians for Human Rights Israel.

³ Gross A. Litigating the right to health under occupation: between bureaucracy and humanitarianism. *Minnesota Journal of International Law*. Disponible à l'adresse <https://ssrn.com/abstract=3065363>.

⁴ Données fournies par l'Unité du Ministère palestinien de la santé chargé des achats de services.

⁵ Gaza crossings: movement of people and goods. Jérusalem-Est, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, 2019 (<https://www.ochaopt.org/data/crossings>, consulté le 7 février 2019).

⁶ Données fournies par les autorités du poste de Rafah.

Égypte a été refusée dans 7070 cas (11 % des personnes cherchant à entrer en Égypte), les Palestiniens refoulés par les autorités égyptiennes ayant dû regagner la bande de Gaza. Le nombre de patients parmi les cas refoulés n'a pas été enregistré. Avant sa fermeture par le Gouvernement égyptien au milieu de 2013, plus de 4000 Palestiniens de la bande de Gaza passaient le poste de Rafah chaque mois pour des raisons de santé.

26. Les approvisionnements humanitaires venant d'Israël pénètrent dans la bande de Gaza par le poste de Kerem Shalom au sud. En 2018, le poste de Kerem Shalom a été ouvert pendant 238 jours pour l'entrée des fournitures humanitaires, médicales notamment. Les autorités israéliennes limitent l'entrée dans la bande de Gaza de produits pouvant avoir selon elles une « double utilisation », c'est-à-dire susceptibles de servir à des fins militaires. Dans le secteur de la santé, cette mesure affecte l'importation de groupes électrogènes pour les hôpitaux, de matériel de communication pour la coordination des ambulances et les interventions d'urgence, ainsi que l'importation de l'équipement de protection individuelle des agents de santé – notamment les casques, gilets protecteurs et masques à gaz destinés aux agents de premiers secours. Le personnel de santé est de ce fait plus vulnérable lors d'attaques contre les soins de santé. À cela s'ajoutent les délais d'attente très longs pour l'approbation de livraisons de matériel médical complexe et de pièces détachées ainsi que pour les appareils nécessaires au traitement et à la réadaptation, y compris les prothèses de membres.

27. Outre les problèmes de caractère systémique, le nombre élevé des blessés au cours de la « Grande marche du retour » a eu un impact négatif sur la capacité du secteur sanitaire plus large à fournir des services essentiels, avec une suspension de la chirurgie électorale, une réaffectation des lits d'hôpitaux aux patients chirurgicaux ainsi que du personnel de santé et des ambulances, et même une surcharge des services auxiliaires comme la blanchisserie et le nettoyage des locaux. Les traumatismes subis et l'exposition aux actes de violence pendant la « Grande marche du retour » ont entraîné des besoins plus importants de services de réadaptation physique et mentale. D'importants problèmes de fonctionnement se posent aussi, comme l'approvisionnement limité en fournitures essentielles, le manque d'équipement de protection individuelle pour les agents de santé et les moyens de communication inefficaces reposant sur une technologie dépassée ou une téléphonie mobile limitée par des insuffisances de réseau au voisinage de la frontière.

28. L'OMS a enregistré 363 attaques contre les soins de santé dans la bande de Gaza en 2018, dont 362 depuis le début des manifestations de la « Grande marche du retour ». Trois agents de santé ont été tués par des balles réelles et 565 ont été blessés – 42 par des balles réelles, 32 par des éclats, 89 par des bombes lacrymogènes (traumatismes ou brûlures), 18 par des balles en caoutchouc, 375 par des inhalations de gaz et 12 par d'autres traumatismes physiques. Parmi les morts et les blessés, 511 étaient des hommes et 57 des femmes ; 85 ambulances, 5 autres moyens de transport sanitaire et 3 établissements de soins permanents ont subi des dégâts. Les recherches qualitatives effectuées par l'OMS, fin 2018 et début 2019, font ressortir une sous-notification des attaques qui n'entraînent ni dégâts, ni traumatismes. Outre les incidents répertoriés par le Système de surveillance des attaques contre les soins de santé, le suivi du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme montre que des agents de santé ont été attaqués en cherchant à porter secours à des blessés et pendant qu'ils prodiguaient des soins, et que des équipes ont été empêchées d'accéder aux victimes.¹

¹ Suivi du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, territoire palestinien occupé.

Populations vulnérables, restrictions et attaques contre les soins de santé en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est

29. Depuis l'Accord intérimaire israélo-palestinien sur la Rive occidentale et la bande de Gaza (aussi appelé « Accord d'Oslo II ») et le Protocole concernant le redéploiement à Hébron, la Cisjordanie a été divisée en plusieurs zones – A, B et C et H1/H2 à Hébron – les zones A et H1 étant contrôlées militairement et civilement par les Palestiniens, la zone B civilement par les Palestiniens et militairement par les Israéliens, et les zones C et H2 civilement et militairement par les Israéliens. Après 1967, Israël a incorporé Jérusalem-Est dans la municipalité israélienne de Jérusalem, en accordant aux résidents un statut différent de celui des Palestiniens dans le reste du territoire palestinien occupé. Depuis le début des années 2000, Jérusalem-Est a en outre été coupée du reste de la Cisjordanie par le mur de séparation, qui scinde aussi d'autres parties de la Cisjordanie, en créant ce qu'on appelle la « zone de jointure ». Le mur divise les familles et les communautés, limite l'accès aux terres cultivées de nombreux Palestiniens qui vivent du côté de la Cisjordanie et érige de graves obstacles en contraignant notamment les communautés palestiniennes établies du côté israélien du mur et titulaires d'une carte d'identité cisjordanienne à d'importants détours sur des itinéraires longs et imprévisibles pour atteindre les villes et les dispensaires. Cette division physique et législative de la Cisjordanie a créé des populations particulièrement vulnérables dans la zone C, dans la zone de jointure et dans la zone H2 à Hébron. Sur les quelque 330 000 Palestiniens vivant dans ces trois zones, 114 000 (35 %) ont un accès limité aux soins de santé primaires. Des dispensaires mobiles desservent actuellement 135 communautés, mais la durabilité de ces services est sujette à caution en raison de l'incertitude relative à leur financement. En 2018, le nombre des équipes médicales affectées aux dispensaires mobiles est tombé de 22 à 15. La prestation de leurs services est entravée par des barrages routiers et les conditions météorologiques défavorables. Des efforts ont été consentis pour offrir à certaines communautés des installations plus durables, mais ils se heurtent aux politiques de planification restrictive à l'égard des Palestiniens de la zone C, sous contrôle civil et militaire israélien, ce qui affecte la création de dispensaires permanents.

30. Les voies de communication entre les principales villes palestiniennes sont entravées par un large réseau de postes de contrôle israéliens souvent mobiles : on comptait en 2018 140 postes fixes et 2254 postes mobiles en Cisjordanie.¹ L'extension de l'infrastructure de peuplement en Cisjordanie limite encore davantage la liberté de mouvement des Palestiniens, empêchant l'accès à 40 kilomètres de routes, rallongeant l'itinéraire entre les centres palestiniens et aggravant la fragmentation des communautés. Le passage des ambulances est également touché et l'on a enregistré 35 cas d'ambulances stoppées à un poste de contrôle en 2018. Les ambulances venant de Cisjordanie se heurtent en outre à d'autres obstacles pour le transport de patients vers les hôpitaux de Jérusalem-Est. Il ressort des données recueillies par la Société du Croissant-Rouge palestinien qu'en 2018, dans le cas de 84 % des 1462 trajets d'ambulance vers Jérusalem en provenance d'autres parties de Cisjordanie, les patients ont dû être transférés sur une autre ambulance au poste de contrôle, entraînant des retards et un gaspillage de ressources. De même, l'accès aux dispensaires mobiles est parfois entravé par des postes de contrôle, par le mur de séparation et par l'infrastructure de peuplement, problèmes auxquels s'ajoutent les obstacles naturels et l'isolement de certaines communautés.

31. En Cisjordanie, l'OMS a enregistré 60 attaques contre les soins de santé dans le Système de surveillance des attaques sur les soins de santé en 2018. Il s'agit dans la plupart des cas d'interdictions ayant empêché les ambulances et le personnel médical d'accéder aux patients, de traumatismes subis par le personnel et d'attaques contre des véhicules et de dommages causés aux véhicules. Six dispensaires mobiles ont été directement empêchés d'accéder aux communautés de la zone C jusqu'à

¹ Over 700 road obstacles control Palestinian movement within the West Bank. Jérusalem-Est, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, octobre 2018. (<https://www.ochaopt.org/content/over-700-road-obstacles-control-palestinian-movement-within-west-bank>, consulté le 8 février 2019).

deux semaines, un véhicule d'un dispensaire mobile du Ministère de la santé a été confisqué par l'armée israélienne, deux autres dispensaires ainsi qu'un hôpital ont été affectés par la militarisation des équipements sanitaires et des actes de violence, et l'on a enregistré en outre sept attaques de colons israéliens. Plusieurs blessés privés d'accès aux soins sont décédés. De plus, dans plusieurs cas répertoriés par le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, des soldats n'ont pas fourni des soins médicaux à des Palestiniens gravement ou mortellement blessés à la suite de coups ou de coups de couteau ou n'ont pas facilité la prestation de soins.¹

Soins de santé pour la population carcérale

32. Les prisonniers palestiniens détenus en Israël souhaitant accéder à des soins de santé indépendants ont continué d'être confrontés à des difficultés. Les services de soins primaires relèvent des services pénitentiaires israéliens et non du Ministère de la santé. Les organisations de défense des droits humains de la société civile font état de problèmes de négligence, avec un accès insuffisant à des traitements adéquats en temps utile et des problèmes d'examen ou de suivi ne permettant pas d'assurer des modalités de traitement efficaces. Ces organisations signalent aussi être dans l'impossibilité d'accéder aux prisons à des fins de suivi. Le Comité international de la Croix-Rouge a accès aux services pénitentiaires mais ne rend pas compte publiquement de la situation des 5370 prisonniers palestiniens qui étaient considérés comme étant détenus dans les prisons israéliennes, dont 298 étaient originaires de la bande de Gaza et 203 étaient des mineurs en décembre 2018.^{2,3} On a fait état de cas d'alimentation inappropriée de prisonniers, souffrant notamment d'un cancer ou d'autres affections graves, et d'un accès insuffisant aux services de soutien psychosocial, avec privation des visites de proches et des communications avec la famille.⁴

Déterminants de la santé sous-jacents

33. L'occupation de la Cisjordanie et en particulier le bouclage de la bande de Gaza ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé pour les Palestiniens, avec 68 % des ménages souffrant d'insécurité alimentaire modérée ou grave dans la bande de Gaza (12 % en Cisjordanie), 1,9 million de Palestiniens dépendant de l'aide humanitaire pour l'eau et l'assainissement et 260 500 confrontés à des difficultés et à une situation précaire pour leur logement et les produits non alimentaires. Cette précarité a des conséquences négatives sur les résultats en termes de santé, la prévalence du retard de croissance dans la bande de Gaza s'établissant à 10 %, selon les estimations, et frappant surtout les enfants des familles réfugiées et à faible revenu.^{5,6} Dans les communautés défavorisées de la vallée du Jourdain en Cisjordanie, le taux atteint même 16 %.⁷ Quelque 92 430 enfants de moins de 5 ans sont particulièrement

¹ Suivi du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, territoire palestinien occupé.

² Statistics on Palestinians in the custody of the Israeli security forces. Jérusalem, Centre d'information israélien pour les droits humains dans les territoires occupés, 2019 (https://www.btselem.org/statistics/detainees_and_prisoners, consulté le 29 mars 2019).

³ Statistics on Palestinian minors in the custody of Israeli security forces. Jérusalem, Centre d'information israélien pour les droits humains dans les territoires occupés, 2019 (https://www.btselem.org/statistics/minors_in_custody, consulté le 29 mars 2019).

⁴ Physicians for Human Rights Israel, 2018.

⁵ National Nutrition Surveillance System 2016: Preliminary Report. Ramallah, Ministère palestinien de la santé, 2017.

⁶ El Kishawi R, Soo K, Abed YA, Muda WAMW. 2017. Prevalence and associated factors influencing stunting in children aged 2-5 years in the Gaza Strip-Palestine: a cross-sectional study. *BioMed Central Pediatrics*. 2017;17:210. Doi:10.1186/s12887-017-0957-y.

⁷ Prevalence and determinants of malnutrition and intestinal infections among children and their mothers in the Jordan Valley. Ramallah, Institut national palestinien de santé publique, 2016 (http://pniph.org/site/assets/uploads/Prevalence_Determinants_Malnutrition_Intestinal_Infections.pdf, consulté le 29 mars 2019).

vulnérables : en 2018 on comptait 10 000 rachitiques chez les moins de 5 ans et quelque 36 000 cas de diarrhée aqueuse ou sanglante à la suite de la crise des eaux usées et d'une dégradation de l'accès à l'eau potable.¹ Beaucoup de Palestiniens de Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, sont confrontés à l'insécurité du logement : en 2018, Israël a démoli 461 structures ce qui a conduit au déplacement de 472 personnes. Près de trois cinquièmes (59 %) des structures démolies étaient situées dans la zone C, près de deux cinquièmes (38 %) à Jérusalem-Est et 3 % dans les zones A et B.²

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

34. Comme noté plus haut, plusieurs questions restent en suspens concernant le rapport sur la situation sanitaire dans le Golan syrien occupé présenté l'an dernier dans le document A71/27, dont il a été pris note dans la décision WHA71(10) (2018), et les activités se poursuivent sur ces questions.

35. En 2017, la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a formulé des recommandations à l'intention d'Israël et de l'Autorité palestinienne pour améliorer la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé.³ Des informations sur les progrès accomplis pour donner suite à ces recommandations ont été fournies l'an dernier dans le document A71/27. Cette partie fournit un résumé succinct des nouveaux progrès accomplis depuis.

En ce qui concerne les recommandations 1 et 6 selon lesquelles les autorités israéliennes sont tenues d'établir des procédures permettant un accès sans retard à des soins spécialisés à tous les patients palestiniens qui en ont besoin et garantissant aux agents de santé un accès libre à leur lieu de travail, et la possibilité de se perfectionner et de se spécialiser dans leur profession

36. L'accès des patients, de leurs accompagnants et du personnel de santé reste un problème majeur dans le territoire palestinien occupé, surtout pour les Palestiniens de la bande de Gaza. Le taux d'approbation des demandes de permis s'est établi à 61 % pour les patients, 48 % pour les accompagnants et 15 % pour le personnel de santé. Dans 90 % des transports en ambulance de patients à destination de Jérusalem-Est en 2018, un transfert de véhicule a été requis, mais 1 % seulement des demandes de permis israéliens pour l'entrée d'agents de santé à Jérusalem-Est pour des motifs professionnels ont été rejetées.

¹ 2019 Humanitarian needs overview. Jérusalem-Est, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, décembre 2018 (https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/2018/12/humanitarian_needs_overview_2019-%281%29.pdf, consulté le 18 janvier 2019).

² Data on demolition and displacement in the West Bank. Jérusalem-Est, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, 2019 (<https://www.ochaopt.org/data/demolition>, consulté le 5 février 2019).

³ Ces recommandations ont également été réaffirmées dans le rapport du Rapporteur spécial sur la situation des droits de l'homme dans les territoires palestiniens à la trente-septième session du Conseil des droits de l'homme (26 février-23 mars 2018) en ce qui concerne le droit à la santé. Elles portent sur l'accès, la liberté de passage des ambulances palestiniennes, la protection du personnel et des établissements médicaux, la suppression des obstacles inutiles empêchant le perfectionnement professionnel et la spécialisation du personnel de santé palestinien et la santé des détenus, entre autres. Le rapport est disponible à l'adresse http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/37/75, consulté le 29 mars 2019).

En ce qui concerne les recommandations 2 et 3 tendant à ce que l'Autorité palestinienne améliore le système d'orientation-recours et consolide ses efforts pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle

37. Le Ministère palestinien de la santé a poursuivi ses efforts visant à renforcer son système d'orientation-recours et il a appliqué des mémorandums d'accord avec les hôpitaux israéliens qui ont contribué à réduire le coût par patient des orientations. Le Ministère de la santé a poursuivi les activités visant à améliorer les systèmes d'information sanitaire, ainsi que la qualité, la présentation dans les délais voulus, la disponibilité et la méta-analyse des données hospitalières, notamment au moyen de travaux préparatoires en vue de l'introduction de groupes rattachés à un diagnostic pour les paiements hospitaliers.

38. Le Ministère palestinien de la santé qui s'est engagé à instaurer la couverture sanitaire universelle par la signature du pacte mondial CSU2030 s'efforce d'atteindre cet objectif par une réforme du financement de la santé et un renforcement de la médecine de famille et des ressources humaines pour la santé.

En ce qui concerne la recommandation 4 tendant à ce que l'Autorité palestinienne étudie les solutions possibles pour que les produits médicaux ne soient pas soumis aux restrictions commerciales du Protocole de Paris

39. Il n'y a pas eu de progrès substantiels à cet égard. Au cours de la deuxième moitié de 2018, Israël a commencé à prendre des mesures en vue de l'application du Protocole de Paris limitant l'importation de vaccins en provenance de certains pays. Si ce problème n'est pas réglé, le succès durable du programme de vaccination sur le territoire palestinien pourrait être remis en cause, menaçant la sécurité sanitaire.

En ce qui concerne la recommandation 5 tendant à ce que l'Autorité palestinienne élabore une stratégie globale pour les personnels de santé

40. Les efforts se sont poursuivis et l'Institut palestinien de santé publique a apporté un appui technique à la réalisation du registre des ressources humaines pour la santé et de la stratégie d'ensemble du personnel de santé avec le Ministère palestinien de la santé.

En ce qui concerne la recommandation 7 concernant le renforcement des efforts pour surmonter la division politique entre la Cisjordanie et la bande de Gaza

41. Les efforts pour surmonter la division politique entre la Cisjordanie et la bande de Gaza n'ont pas encore permis de réaliser des progrès.

En ce qui concerne la recommandation 8 selon laquelle toutes les parties doivent adhérer à la résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité des Nations Unies rappelant les règles du droit international coutumier qui concernent la protection des blessés et des malades, le personnel médical dans l'exercice de sa mission médicale, leurs moyens de transport ainsi que les installations médicales

42. Les incidents et attaques contre les soins de santé plus fréquents dans le contexte de la « Grande marche du retour » ont été décrits ci-dessus au paragraphe 27. Les attaques contre les soins de santé se sont également poursuivies en Cisjordanie ; elles sont traitées – de même que la nature des attaques – ci-dessus au paragraphe 30.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

= = =