

# Le plan national de santé pour le peuple palestinien

L'indépendance approche, l'autonomie est maintenant à portée de main. Le peuple palestinien a besoin d'un programme de gouvernement qui définisse sa politique de santé. C'est l'objet du rapport publié par la Commission nationale de planification de la santé en septembre 1992 sous le titre : « Plan national de santé pour le peuple palestinien ».

Ce rapport procède d'une démarche extrêmement originale puisque, par souci de consultation démocratique, il s'inspire de trois sources complémentaires exposées en trois parties distinctes : les experts de la Commission nationale de la santé (13 membres et un directeur de programme), des groupes de citoyens représentatifs de la population de quatre régions (technique des groupes nominaux), enfin les acteurs d'ateliers de réflexion sur la santé réunis à Hébron, Ramallah, Jinîn et Gaza en février 1992. La synthèse de ces travaux constitue un rapport intérimaire qui doit être « finalisé » en 1993.

Dans la première partie du rapport, la Commission nationale de la santé s'est attachée à établir un constat de la situation sanitaire dans les territoires occupés. Ensuite elle a défini des thèmes d'actions à mettre en œuvre.

En préalable, la Commission nationale expose ses conceptions et ses principes d'une politique nationale de santé. Elle ne limite pas la santé au champ restreint de l'intervention médicale. Adoptant le slogan OMS : « La santé pour tous en l'an 2000 », elle définit la santé comme étant, non pas l'absence de maladie, mais le bien-être physique, mental et social. La santé est la résultante de quatre forces interactives : la biologie, les comportements individuels, l'environnement et les services de santé. Les facteurs dont dépend le niveau de santé des citoyens dépassent très largement les interventions sanitaires classiques : ce sont les conditions générales de vie, les agents économiques, le PNB ou le revenu moyen par habitant,

l'éducation, l'aménagement du territoire, les communications, l'hygiène, la pollution, l'habitat, la démographie et, bien entendu, l'indépendance politique et la paix.

En effet, les victimes de l'Intifada et les entraves dues à l'occupation militaire sont perçues comme la première cause d'un bilan sanitaire alarmant dans les territoires occupés : l'espérance de vie est médiocre (62 ans pour les femmes et 60 ans pour les hommes), le taux de mortalité brut est de 740 pour 100 000 (contre 620 en Israël), essentiellement par maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, cancers et maladies respiratoires ; la mortalité périnatale (mort-nés et décès avant 7 jours) est de 38,6 pour mille naissances ; la mortalité néonatale (de 8 à 28 jours) est de 13,3 pour mille et la mortalité infantile précoce (de 1 mois à 1 an) de 48,1 pour mille ; soit une mortalité infantile totale à 1 an de l'ordre de dix pour cent.

Les causes générales de ce mauvais bilan sont une insuffisante et très inégale répartition des moyens sanitaires, un bas niveau économique avec 80 % des foyers en dessous du seuil de pauvreté (le revenu est de 415 dollars par famille et par mois dans les territoires occupés contre 1 600 dollars en Israël). Le degré de protection sociale est faible (80 % des citoyens n'ont pas d'assurance maladie), le taux d'épargne pour la santé est réduit et les dépenses individuelles pour maladie ont baissé de 30 à 22 dollars dans les dix dernières années (contrastant avec une augmentation de 350 à 500 dollars en Israël). Les perspectives sont sombres : le taux de scolarisation de longue durée est insuffisant (moyenne de scolarisation de 8,5 ans en 1990 dans les territoires occupés, contre 11,6 ans en Israël), le chômage a augmenté de plus de 30 % depuis l'Intifada, la démographie galope (plus de 40 % de croissance de la population d'ici l'an 2002), et presque la moitié de la population a moins de 15 ans.

Cette situation ne peut s'aborder, pense la Commission nationale de la santé, que par des solutions de « crise » : prévention, promotion, protection ; davantage donc par une organisation de la société et une meilleure utilisation des moyens existants que par des investissements supplémentaires.

Cette analyse rejoint de façon remarquable et non concertée les préoccupations exprimées par les groupes de citoyens et dont s'inspire la deuxième partie du rapport.

Cette deuxième partie s'intitule : « Perception par les Palestiniens des problèmes de santé : les besoins et les obstacles ». Des enquêteurs ont interrogé un échantillon représentatif (sociologiquement et non statistiquement) de citoyens palestiniens sur la façon dont ils percevaient les problèmes de la santé et leurs solutions éventuelles. L'enquête s'est déroulée dans 19 localités réparties entre la Cisjordanie et Gaza. Elle a engagé 215 participants rassemblés en groupes de douze : un couple d'enseignants, deux mères de famille, un commerçant, un manœuvre, un ouvrier spécialisé, un couple d'étudiants du secondaire, un couple d'étudiants universitaires, une personnalité locale. Les questions ont porté sur les infrastructures sani-

taires, les hôpitaux, les centres de santé, les personnels soignants, les assurances médicales, les médicaments.

Les premiers obstacles opposés à l'amélioration du niveau de santé sont, bien sûr, de l'avis unanime, l'occupation militaire, les préjudices causés par la répression, les morts violentes de l'Intifada. Les racines à long terme du mal actuel sont analysées comme étant le bas niveau économique et le coût élevé des soins, le manque d'éducation sanitaire, l'absence d'hygiène et de politique d'environnement, le manque de personnel médical, notamment de spécialistes, l'insuffisance des équipements hospitaliers et des centres de santé, les carences de l'assurance maladie.

Les premières mesures à adopter par un programme national de santé devraient être, selon l'opinion des sujets interrogés et par ordre décroissant de priorité : une large diffusion de l'information et de l'éducation sanitaire, une politique d'hygiène et d'environnement, une baisse du coût des soins, une politique d'assurance maladie, un accroissement du nombre d'hôpitaux, une augmentation du nombre des spécialistes, un plus facile accès aux soins, l'acquisition d'ambulances correctement équipées.

De cette enquête émergent deux notions fortes, très largement exprimées par les interlocuteurs :

- l'obligation de créer dès à présent un Haut Comité national de la santé qui regrouperait la multitude des forces actuellement éparpillées sur le réseau sanitaire palestinien. Ce Haut Comité définirait, unifierait et appliquerait la politique nationale de santé du peuple palestinien ;

- la préférence pour une politique orientée vers les soins de santé primaire et communautaire (prévention, évaluation, planification).

Ces recommandations apparaissent aussi clairement dans les conclusions des ateliers de réflexion qui terminent l'ensemble du rapport.

La troisième partie, en effet, présente un compte rendu des débats qui ont animé les ateliers sur la politique de santé organisés en février 1992 à Ramallah, Jinîn, Hébron et Gaza. Plus de 1 200 personnes ont participé à ces séminaires, des professionnels de santé publique ou de groupes privés, des responsables locaux et une partie des citoyens recrutés pour les groupes nominaux précédents. Les recommandations formulées représentent 6 mois de travail de la Commission nationale de planification de la santé. Elles constituent une sorte de proposition de programme de santé pour les années à venir, « *une voie pour demain* ».

La santé est définie comme « *ce que nous, la société, entreprenons collectivement pour obtenir les conditions permettant aux gens d'épanouir leur santé* ». Les règles sont donc d'emblée clairement définies : la santé est une responsabilité collective, elle se conçoit comme une notion globale, elle procède d'une approche multidisciplinaire, économique, politique et sociale. Les recommandations ici proposées ne cherchent pas à établir un consensus, elles ne constituent pas un aboutissement mais la mise en chantier d'un programme dont les objectifs et les moyens iront en croissant. Il importe de définir une stratégie qui permette d'augmenter l'espé-

rance et la qualité de vie, de réduire les maladies évitables, de propager l'éducation sanitaire. Il faut identifier les besoins, dégager les priorités, fixer les objectifs, définir les moyens, évaluer les progrès. Un obstacle majeur : un million deux cent mille Palestiniens sont sans assurance maladie ; une urgence : il manque un centre de décision, un Haut Comité national de la santé ; un besoin : il faut créer une École nationale de santé publique et un Centre d'épidémiologie, de statistiques et d'évaluation ; une solution : le pragmatisme qui oblige à choisir la prévention, la promotion et la protection.

— *La prévention* : elle fonctionnera grâce à une Agence centrale d'évaluation chargée de recueillir dès 1993 les données démographiques et épidémiologiques. Cette agence dépendra du Haut Comité national de la santé. Les systèmes de recueil de données devront être totalement opérationnels en 1996. Les objectifs sont les suivants :

- 90 % des enfants devront être vaccinés en 1995, sous le contrôle à la fois des parents et de l'autorité scolaire ;
- les maladies sexuellement transmissibles devront être éradiquées, notamment le sida, par l'information scolaire commencée dès 1994, les services cliniques de dépistage, les centres de soins communautaires ;
- les soins anténatals seront généralisés et toutes les femmes enceintes y auront accès d'ici l'an 2000. La mortalité infantile précoce sera réduite à 20 pour mille en 1997 ;
- l'incidence des maladies cardiovasculaires devra diminuer d'ici 1996, grâce à un dépistage de masse de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, une réduction du tabagisme ;
- le dépistage des cancers, notamment celui des cancers du sein par la mammographie, se généralisera en 1995, avec le support éducatif des médias ;
- l'identification des handicaps chroniques, leur prévention (en particulier contrôle des complications du diabète) et leur prise en charge (multiplication des centres de rééducation) seront diffusés d'ici 1995 ;
- les techniques de diagnostic des maladies génétiques seront accessibles à tous d'ici 1995 ;
- toutes les personnes âgées seront couvertes par une assurance maladie et bénéficieront des avantages de la sécurité sociale.

— *La promotion* : elle vise à encourager la santé par l'entretien de la condition physique. Les campagnes de promotion, s'appuyant aussi sur les médias, auront pour thèmes : la nutrition (réduire la mortalité due au surpoids) ; le tabac (obtenir un environnement sans tabac et diminuer les maladies cardiovasculaires et respiratoires) ; l'alcool et la drogue (prévenir et traiter les toxicomanies avec une approche médicale, psychologique et sociale) ; le contrôle des naissances (donner à tous l'accès aux méthodes de limitation des naissances dès 1996) ; la protection des enfants (supprimer les violences aux enfants maltraités dès 1994) ; la santé mentale (dépister et prendre en charge les maladies psychiatriques d'ici 1998).

— *La protection* : toute une série de mesures devront être prises afin d'assurer la protection sanitaire de la population : les services d'urgence médicale vont se multiplier et se coordonner dès 1996 ; les laboratoires d'analyse médicale adopteront dès 1996 les standards OMS pour les examens biologiques et les contrôles de pollution (eau, air, aliments, produits toxiques et déchets industriels) ; un conseil spécialisé surveillera dès 1997 l'efficacité des mesures d'hygiène buccodentaire ; les industries alimentaire et pharmaceutique seront soumises à contrôle dès 1997 ; les accidents du travail seront pénalisés dès 1995 ; l'équilibre écologique sera protégé d'ici 1998 au plus tard, en fixant des normes pour la qualité de l'air, de l'eau potable, des aliments, de l'habitat, de l'hygiène générale et scolaire, en réglementant les nuisances dues au bruit, aux radiations ionisantes, aux déchets domestiques et industriels, aux produits toxiques, à l'évacuation des eaux usées.

Ces recommandations s'achèvent par un avertissement sans ambiguïté : inutile de compter sur des investissements providentiels, cette politique ne s'appliquera que par redéploiement des moyens existants, par la mobilisation de toutes les énergies, par l'unification des ressources, par la création donc d'un grand rassemblement palestinien pour la santé.

Ce document est un remarquable manifeste politique, lucide, clairvoyant, courageux. Y manquent encore cependant quelques débats et des prises de positions qu'il ne sera pas possible d'éviter pour la finalisation du rapport. Car enfin il se pose une question que seule aborde une demi-page terminale du programme : qui va payer ? Au-delà des déclarations d'intention très louables dont on sent bien qu'elles sont inspirées par des experts de santé publique, il ressort une contradiction très forte qui oppose l'incitation insistante à la responsabilité individuelle pour alimenter les dépenses de santé et l'appel à la solidarité collective. Si les citoyens prennent en charge leurs dépenses de santé, paiement direct ou assurances privées, deux questions se posent : comment soigner les 80 % de citoyens qui sont en dessous du seuil de pauvreté et qui n'ont pas d'assurance maladie ? Comment rémunérer durablement un système de santé privé quand si peu de gens peuvent le financer ? Si au contraire s'installe un régime de financement collectif, d'autres interrogations apparaissent : Qui doit cotiser, et selon quelles modalités ? Fiscalité ou prélèvements sociaux ? Quels seront les risques couverts ? Seulement la maladie ou aussi le chômage qui progresse si vite, et la vieillesse dont le programme prévoit qu'elle sera couverte par la Sécurité sociale ? Peut-on imaginer d'abord une assurance sociale partielle qui concernerait les fonctionnaires et les militaires, et qui couvrirait les risques élémentaires comme la naissance et la vieillesse ? Doit-on encourager la gestion mutualiste de l'assurance sociale dans les entreprises ? Comment concilier assurance maladie et justice sociale puisque les citoyens les plus défavorisés courent les risques les plus élevés d'accident et de maladie ? Il est évident que le débat n'est pas technique mais politique, comme l'est celui qui concerne, pour des principes religieux, le choix de la limitation des naissances et du dépistage des maladies génétiques, ou, pour des impératifs nationaux, le déve-

loppement d'une industrie du médicament, le partage des équipements lourds avec des pays voisins ou le maintien d'une coopération avec la médecine israélienne.

Débat difficile mais réflexion urgente : il est grand temps d'en discuter, l'indépendance est pour demain.

**Jacques MILLIEZ**  
Professeur de médecine,  
spécialiste d'obstétrique-gynécologie,  
université de Paris VI.