

PALESTINE

Dépendre des autres : fourniture d'eau et de soins de santé

IZZAT ABDUL-HADI THOMAS WHITE

La dépendance de la Palestine vis-à-vis d'Israël pour l'eau et de la communauté internationale pour les services de santé met en évidence l'état de délabrement dans lequel se trouve la protection sociale en Palestine et son assujettissement aux décisions militaires israéliennes. Ceci ne résulte pas des insuffisances des approches traditionnelles du développement (en particulier les structures différentes en matière d'incitation et de sanction sur lesquelles reposent les approches de l'Etat et du marché pour la fourniture de services de base¹), mais de la politique militaire et gouvernementale israélienne envers la Cisjordanie et Gaza.

Les échecs actuels dans la fourniture de services ne devraient pas être perçus dans le contexte des seules deux dernières années. Les politiques israéliennes depuis 1967, en particulier en Cisjordanie, ont cherché à promouvoir le développement juif par rapport au développement non juif. La conséquence de ces politiques est la main-mise israélienne sur le potentiel à la fois de l'Autorité nationale palestinienne (PNA) et des organisations privées de fourniture de services de base aux Palestiniens.

Cette évaluation examinera deux services de base : l'eau et les soins de santé. Le gouvernement israélien a cherché à contrôler les ressources hydrauliques dans les zones relevant de l'Autorité palestinienne. L'impact de ce contrôle réduit à néant la théorie du développement normale Etat contre marché, suscitant des questions sur son applicabilité en Palestine. Dans le cas des soins de santé, le contexte singulier des territoires palestiniens et la crise actuelle de l'invasion israélienne favorisent la fourniture de services par des ONG étrangères, par opposition aux approches traditionnelles de l'Etat ou du marché.

L'alimentation en eau : dépendance vis-à-vis d'un monopole privé israélien

L'alimentation en eau dépend de Mekorot, une compagnie sous-traitante privée israélienne qui alimente les colonies israéliennes de la Cisjordanie et de Gaza. Mekorot contrôle plus de 90% de l'ensemble des ressources hydrauliques des territoires palestiniens. (Des puits palestiniens forés ou de retenue d'eau de pluie fournissent les 10% complémentaires). Mekorot est une excroissance des ordonnances militaires israéliens concernant l'octroi de licences pour l'alimentation en eau et les puits palestiniens, qui avaient été mises en place après l'occupation du territoire palestinien, durant la guerre de 1967. Ces ordonnances plaçaient les sources d'eau sous le contrôle des officiers commandants régionaux et, en fin de compte, sous le contrôle de la Loi israélienne relative à l'eau de 1959, aux termes de laquelle toute l'eau est déclarée propriété publique israélienne. Depuis 1967, Israël a

¹ Les débats courants sur les différentes incitations et sur l'efficacité de la fourniture de services privée ou publique ne sont pas tout à fait applicables à la situation d'occupation militaire étrangère. Pour une solide analyse de la Palestine et de la théorie du développement dans le contexte de l'occupation, voir « Theories of Development and Underdevelopment : the Particularity of Palestinian Dependence » in S. Roy, *The Gaza Strip : the Political Economy of De-Development*, Washington DC : Institute of Palestine Studies, 1995.

œuvré à incorporer les territoires occupés dans le réseau hydraulique israélien. Après 1967, l'eau a été distribuée à partir du système israélien, par l'administration civile de l'armée israélienne, au niveau des districts dans les territoires occupés. La distribution a été transmise à l'Autorité palestinienne à son installation, bien que les territoires occupés soient toujours liés au réseau d'alimentation en eau des colonies israéliennes. Actuellement, la Palestinian Water Authority est chargée d'acheter l'eau à Mekorot et de la fournir aux districts palestiniens qui sont responsables de la distribution finale.

Les Israéliens utilisent 85% à 90% des ressources hydrauliques de la Cisjordanie, soit à l'intérieur d'Israël à par des puits forés latéralement, soit dans les colonies juives de la Cisjordanie et de la Bande de Gaza.² Le forage de puits par les Palestiniens est interdit sans autorisation des autorités militaires israéliennes, même dans les zones sous autorité palestinienne, car les questions ayant trait à l'eau font partie des pourparlers sur le statut final devant être négocié dans l'avenir. L'utilisation de l'eau pour l'agriculture par les Palestiniens est restée aux niveaux de 1967 et l'usage domestique ne s'est accru que de 20% depuis 1967, en dépit d'une hausse de 300% de la population au cours de la même période.³ Les Palestiniens doivent faire face à des pénuries graves et aux coûts élevés pratiqués par le monopole israélien. La consommation d'eau avant les invasions israéliennes était rationnée par Mekorot pour fournir 110 millions de mètres cubes à plus d'un million de Palestiniens et 50 millions de mètres cubes à 125.000 colons israéliens, soit un rapport de 4 pour 1 en faveur des colons. A Gaza, ce rapport était de 12 pour 1 en faveur des colons avant la seconde Intifada. Les prix de l'eau pour les Palestiniens étaient sept fois plus élevés que ceux appliqués aux colons, un fait que les Israéliens mettent sur le compte du coût de la distribution. Selon d'autres sources « la question n'est pas le prix absolu que les Palestiniens paient pour l'eau, qui peut de fait refléter des coûts réels. La question est celle d'une discrimination flagrante et formalisée, de la part des Israéliens. »⁴ Mekorot subventionne essentiellement la fourniture d'eau aux colonies juives de la Cisjordanie et taxe les Palestiniens pour couvrir les coûts encourus.

Les invasions israéliennes dans les zones sous contrôle de l'Autorité palestinienne depuis septembre 2000 ont endommagé les systèmes palestiniens de distribution d'eau et ont affecté la sécurité de l'approvisionnement. Des attaques directes menées par l'armée israélienne contre les infrastructures hydrauliques palestiniennes ont causé des dommages d'un montant de 774.405 dollars US depuis mars 2002. Les prix de l'eau potable ont enregistré une hausse, en particulier dans la distribution privée d'eau par camions aux réseaux non connectés, où les prix sont jusqu'à 40% plus élevés que les taux pratiqués par l'Autorité palestinienne avant l'Intifada. Pour répondre aux besoins israéliens en matière d'eau, Mekorot a réduit la pression de l'eau dans la Bande de Gaza, en mai 2002 ; la totalité de la ville d'Hébron a reçu moins de 2000 mètres cubes d'eau quotidiennement.⁵ En avril 2002, les forces militaires israéliennes ont arraché les canalisations d'eau entrant dans les villes de Naplouse et de Jenin, ce qui a mené à de graves pénuries dans certaines zones. La

² La Cisjordanie a trois principaux bassins hydrauliques dont l'eau est consommée par les Israéliens : le Bassin ouest, 91,4% par Israël et 2,69% par les colons ; le Bassin nord, 68,67% par Israël, 3,33% par les colons ; et le Bassin est, 29,41% par Israël, et 30,88% par les colons.

³ La population palestinienne a enregistré une hausse, passant de 1.013.000 en 1967, à plus de 3300.000 en 2002. Cf. statistiques démographiques à <http://www.pnic.gov.ps>

⁴ D. Brookes et S. Lonergan, *The Economic, Ecological and Geopolitical Dimensions of Water in Israel*, Centre for Sustainable Regional Development, Victoria, Canada, 1993.

⁵ K. Kamphoefner, « Water Inequalities », CPTnet, 9 septembre 2002, p. 1. Voir : www.palestinemonitor.org.

consommation globale par personne à Jenin a été réduite à 20 litres par mois, un taux de 80% inférieur aux estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour un état de santé raisonnable.⁶ Les bouclages et les couvre-feux imposés par les Israéliens ont réduit l'accès des Palestiniens à des sources d'eau salubre. L'Union of Palestinian Medical Relief Committees (UPMRC – Union des Comités palestiniens d'assistance médicale) a signalé 95 cas d'hépatite A à Naplouse durant le mois d'août 2002, et selon une étude de l'USAID, 30% des foyers palestiniens ont actuellement au moins un cas de diarrhée dû à des sources d'eau contaminées.

Dans l'optique du débat de politique sur la fourniture d'eau publique ou privée, le cas palestinien ne s'intègre pas simplement au discours établi. Actuellement, l'Autorité palestinienne, une entité quasi étatique, achète la majeure partie de l'eau palestinienne auprès d'une compagnie sous-traitante israélienne. On peut débattre du point de savoir s'il s'agit de fourniture publique ou privée. En outre, étant donné la crise actuelle, la réponse à la question relative aux avantages de la fourniture d'eau publique ou privée aux Palestiniens dépend largement de considérations à court terme, en laissant les discussions à long terme à une période où les Palestiniens retrouveront le contrôle de leur vie à travers l'Autorité palestinienne. L'invasion israélienne a paralysé les efforts de l'Autorité palestinienne en vue de la fourniture de la plupart des services de base.

Le secteur des soins de santé : dépendance vis-à-vis de l'extérieur pour le financement et la fourniture

Après la guerre de 1967, Israël a entrepris d'incorporer les soins de santé aux Palestiniens au système sanitaire israélien en liant le contrôle militaire des hôpitaux de la Cisjordanie et de la Bande de Gaza à son système sanitaire national. Des ordonnances militaires de la fin des années 60 et des années 70 ont interdit aux Palestiniens d'ouvrir de nouveaux centres de santé ou de nouveaux hôpitaux et l'armée israélienne a pris la gestion de la majeure partie des hôpitaux palestiniens. La situation dans les territoires occupés est restée stable jusqu'à l'éclatement de la première Intifada, en 1987, après quoi des organisations caritatives et des ONG ont passé outre les ordonnances israéliennes pour ouvrir des centres de santé en vue de traiter les milliers de Palestiniens blessés. Les ONG ont constitué la base des soins de santé durant les années 80 et au début des années 90. En 1994, l'administration civile de la Cisjordanie et de Gaza par les militaires israéliens a transféré la responsabilité de la santé au ministère de la santé de l'Autorité palestinienne qui, à son tour, a entrepris un processus d'intégration de la fourniture de soins par l'Autorité palestinienne, les ONG et le secteur privé. La tendance majeure qui se dessine depuis l'établissement de l'Autorité palestinienne est le transfert du financement international du secteur non-gouvernemental aux institutions de l'Autorité palestinienne, réduisant de 65% le nombre de centres de santé gérés par des ONG depuis 1993.

Avant le début de la seconde Intifada, en septembre 2000, une stratégie intégrée était mise en œuvre, reconnaissant l'importance de l'élaboration d'un plan national incluant les sources publiques, privées et les ONG. En 1999, il y avait 52 hôpitaux en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza, 14 gérés par le ministère de la santé, 24 par des ONG et 14 gérés comme des entreprises privées. En ce qui concerne les centres de soins de santé primaires, 60% étaient gérés par le ministère de la santé,

⁶ Entretien avec Taher Nasser El-Dein, député de district du District de l'eau de Ramallah, 28 octobre 2002.

31% par des ONG et 9% par l'Office de secours et de travaux des Nations-Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA). Quatre vingt quatorze pour cent des lits d'hôpitaux en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza sont fournis par le secteur public, à travers le ministère de la santé, des ONG ou l'UNRWA ; et seulement 6% sont fournis par le secteur privé. En 1998, reconnaissant l'importance des ONG, le ministère de la santé a démarré un système d'externalisation de soins de santé en finançant les services fournis par les ONG. Cette approche parallèle en matière de fourniture de services comprend le financement partiel ou complet, par le ministère de la santé, des services de santé fournis par les ONG.

Le secteur sanitaire palestinien dépend de l'appui international pour le financement et la fourniture des services de soins de santé. Le financement est fourni au ministère de la santé à travers l'Autorité palestinienne – financée par des sources internationales - les paiements d'assurance santé, les co-paiements et les frais de consultations. L'UNRWA est financée par les pays donateurs. Les ONG palestiniennes dépendent des bailleurs internationaux, soit directement à travers des gouvernements, soit à travers des ONG internationales, et les cliniques privées dépendent de l'externalisation du ministère de la santé, des frais de consultations et des dons caritatifs. En 1999, la dernière période pour laquelle des statistiques à l'échelle du secteur sont disponibles, les financements étrangers ont fourni près de 175 millions de dollars US. Pour donner une mesure de l'échelle de cette contribution au système sanitaire palestinien, ce chiffre peut être comparé au budget global de ministère de la santé en 2000, qui était de 50 millions de dollars US, non compris les salaires et de près de 95 millions de dollars US, y compris les salaires. En 1997, le Japon a fourni la majeure partie du financement international au système sanitaire palestinien (39%).

Les actions israéliennes depuis septembre 2000 ont sérieusement porté atteinte au secteur sanitaire palestinien – et de fait à la santé elle-même – essentiellement en raison de la réduction des dépenses par les prestataires publics et du manque d'accès aux services pour la population palestinienne. La santé des Palestiniens a également pâti de l'augmentation de la pauvreté, qui a entraîné une baisse de la capacité à payer pour l'assurance santé. Les pertes de revenu de l'Autorité palestinienne, en raison de la confiscation de l'impôt sur le revenu par Israël sont en moyenne de 20 millions de dollars US par mois depuis avril 2001. l'Autorité a enregistré une baisse de revenu de 76% entre fin 2000 et le début de 2001.⁷ Le ministère de la santé signale qu'en raison de la baisse de revenu, ses hôpitaux et ses autres structures fonctionnent à présent à 30% de leur capacité.⁸ En 2001, 62,5% des ménages de Gaza faisaient état de la difficulté d'accès aux soins de santé parce qu'ils « rencontrent des problèmes ... en raison de la fermeture [des routes] par les Israéliens ».⁹

Face au siège israélien, le ministère de la santé a mis en œuvre une stratégie de « décentralisation » par laquelle des ONG locales et des cliniques privées se voyaient chargées d'une responsabilité supplémentaire. Les stratégies mises en

⁷ World Bank Draft Report, « One Year of Intifada – The Palestinian Economy in Crisis » Banque mondiale, novembre 2001, p. 25

⁸ Cité dans : The Palestinian Initiative for the Promotion of Global Dialogue & Democracy, Miftah. "Palestinian Humanitarian Disaster", 10 juillet 2002. Voir www.miftah.org

⁹ Palestinian Central Bureau of Statistics, "Impact of the Israeli Measures on the Economic Conditions of Palestinians Households (3rd Round : July-August 2001)" PCBS, 2001, p. 5. Disponible à : <http://www.pcbs.org>

œuvre par le ministère de la santé pour faire face à la crise sanitaire comprenaient l'achat de médicaments à crédit auprès des fournisseurs locaux, la coordination des efforts médicaux avec les ONG nationales et internationales, la promotion des soins à domicile et le développement d'équipes sanitaires mobiles. Dans de nombreux cas, le secteur de la santé a été appuyé par des efforts d'aide internationale accrus en direction des ONG. L'UPMRC signale que le nombre total de personnes traitées dans ses centres de santé s'est accru, passant de 32.000 en 2000 à 308.000 en 2001, à la suite de l'augmentation des financements externes, de la gratuite des services et de l'établissement de centres de santé à travers la Cisjordanie et la Bande de Gaza.¹⁰ Il y a des preuves que les structures privées de soins de santé pâtissent de la situation. En raison de l'incapacité des personnes à faire face aux frais de l'assurance et de la réduction du financement fourni par le ministère de la santé, les fournisseurs privés ont dû soit baisser leurs tarifs soit fermer. Dans certains cas, les cliniques et les hôpitaux privés sont rachetés par des ONG qui bénéficient d'une aide internationale accrue.

Conclusion

Les modèles de développement axés sur la fourniture publique contre la fourniture privée de services ne s'appliquent pas à la fourniture d'eau et de soins de santé en Palestine. En raison de la structure actuelle de la fourniture eau, les Palestiniens dépendent entièrement du contrôle des prix et de l'approvisionnement exercé par Israël pour la fourniture d'eau. Les Palestiniens ne sont pas en mesure de sanctionner ces contrôles israéliens à travers des mécanismes de marché ou publics. Les Palestiniens n'ont pas le choix d'acheter l'eau auprès de sources secondaires – l'option du marché – ou de formuler leur opposition à la politique israélienne de fourniture d'eau – l'option de la fourniture publique.

La dépendance générale du système sanitaire palestinien à l'égard du financement international – d'une importance particulière en raison de la confiscation par Israël des recettes fiscales palestiniennes – mène à une structure qui favorise la fourniture de services par les ONG par rapport à la fourniture publique ou privée de soins de santé. Les ONG sont plus flexibles étant donné l'évolution de la situation et ne dépendent ni de l'impôt pour leur financement, ni de la richesse personnelle privée et de l'assurance pour couvrir les coûts de leur gestion, contrairement aux prestataires de services privés.

Dans la situation actuelle, la dépendance à l'égard d'Israël pour l'eau continuera à dominer les réseaux de distribution publics et semi-publics dans les zones relevant de l'Autorité palestinienne, indépendamment du choix des Palestiniens en ce qui concerne la fourniture publique ou privée. Dans le secteur de la santé, les circonstances dictent un retour à la fourniture de soins de santé par les ONG comme avant l'établissement de l'Autorité palestinienne.

Bisan Center for Research and Development, Ramala
<bisand@palnet.com>

¹⁰ Entretien avec le Dr. Jihad Mashal, directeur général de l'UPMRC, 20 octobre 2002.