

GROUPE PALESTINE SANTE

RAPPORT DE MISSION PALESTINE

2 AU 9 DECEMBRE 2007

1. Introduction

Cette année, notre groupe a focalisé son attention sur Gaza : nous sommes motivés par la mise au ban de cette partie de la Palestine qu'Israël a déclaré 'entité hostile' après l'intervention des milices du Hamas. Nous voulions savoir comment vivent 1 500 000 habitants coupés du monde, interdits de voyage et dont le ravitaillement est de plus en plus aléatoire, mais aussi – c'est notre métier – comment s'organisent les soins de santé dans ces circonstances où les soins spécialisés sont sinistrés. Notre second objectif était la Cisjordanie : évolution de la situation à Hébron depuis notre dernière mission en 2006.

L'équipe était composée de :

- Valérie Alaluf (médecine générale, santé publique)
- Olivette Mikolajczak (santé mentale)
- Jean-Pierre Thys (médecine interne, maladies infectieuses)
- Pierre Viart (cardiologie pédiatrique)
- Marie-Jeanne Wuidar (médecine générale, santé publique, gynécologie)
- Daniel Dekkers (ingénieur, organisateur).

Chronologie des visites

Dimanche 2.12 : Jérusalem

- Rencontre de David Shulman de Ta'ayush

Lundi 3.12 : Jérusalem - Gaza

- Entrée à Gaza via Erez.
- Rencontre du directeur de Palestinian Medical Relief Society (PMRS) de Gaza : Mr. Abdulhadi Abu Khousa (Abu Akram) et du Dr. Bassam Zaqout, coordinateur de projets qui organise notre visite.

Mardi 4.12 : Gaza

- Participation aux activités de soins primaires du PMRS en trois groupes :
 - Groupe 1 : Consultations à la clinique Hader Abed El Shafi : Pierre Viart et Jean-Pierre Thys
 - Groupe 2 : Clinique mobile à Beit Jahia : Marie-Jeanne Wuidar et Valérie Alaluf
 - Groupe 3 : Soins à domicile pour enfants handicapés : Olivette Mikolajczak et Daniel Dekkers
- Participation à la manifestation des services de santé de Gaza pour la fin du blocus.
- Visite du centre de Caritas à Gaza et rencontre avec le coordinateur local le Dr. Bandali Saigh

Mercredi 5.12 : Gaza

- Suite de la collaboration avec le PMRS :
 - Groupe 1 : Consultations pour enfants à la clinique Um-el-Nasser : Pierre Viart. et Daniel Dekkers.
 - Groupe 2 : Consultations à la clinique de Jabalia : Marie-Jeanne Wuidar et Valérie Alaluf
 - Groupe 3 : Clinique mobile à Rafah : Olivette Mikolajczak et Jean-Pierre Thys
- Conférence de Pierre Viart sur la détection des maladies cardiaques congénitales au centre communautaire de Jabalia

Jeudi 6.12 : Gaza et Jérusalem

- Débriefing de notre visite à Gaza avec les Drs. Abu Akram et Bassam Zaqout.
- Visite de la zone industrielle du terminal de Karni et des sites d'anciennes colonies (Nezarin).
- Sortie de Gaza et retour à Jérusalem.

- Visite de la vieille ville et rencontre avec Evelyn Lernaut (déléguée locale d'OXFAM-solidarité)

Vendredi 7.12 : Jérusalem et Ramallah

- Rencontre de Michel Warschawski : Alternative Information Centre (AIC)

- Discussion avec le Dr. Jihad Mashal, directeur du PMRS sur leurs problèmes et la collaboration envisagée avec le GPS pour la chirurgie cardiaque pour enfants.

- Rencontre du Dr Mustafa Barghouti, chef du parti Al-Mubadara, ancien ministre de l'Information dans le gouvernement d'unité nationale et ex-président / fondateur du PMRS.

- Visite au Consul de Belgique à Jérusalem, Léo Peeters et son adjoint Philippe Potjes

Samedi 8.12 : Hébron

- Rencontre du chef du PMRS à Hébron Dr. Othman Abi Sabha et du Dr. Hassan Amro.

- Visite de villages au sud d'Hébron, Twane et Susia.

- Visite de la vieille ville d'Hébron

Dimanche 9.12 : Tel-Aviv

-Rencontre de Ran Yaron : Département des Territoires Occupés, Physicians for Human Rights (PHR)

-Visite de la plage à proximité de Jaffa, très différente de celle de Gaza....

2. Gaza

2.1. Situation générale

Nous arrivons à Erez, seul poste frontière en fonction entre Israël et Gaza. Grand et moderne comme un petit terminal d'aéroport. Les formalités sont longues et irrationnelles dans des locaux déshumanisés. Le personnel est peu visible, retranché derrière d'interminables parois vitrées. Le contact avec nous Européens est froid, juste correct. Il est différent avec les Arabes, pour qui les délais de passage sont plus longs, mais les outrances sont évitées. L'un de nous est bloqué, en raison de son nom qui aurait des consonances arabes. Après avoir rassuré les soldats sur les origines juives dudit nom, ce qui prend tout de même quatre heures, nous entrons enfin à Gaza. Nous franchissons un no man's land d'environ 1 km parsemé de ruines, vestiges d'une zone industrielle israélienne qui employait de nombreux Palestiniens, bombardée par les Israéliens lors du désengagement. Cette impression de désolation nous reprendra plusieurs fois, en voyant des bâtiments détruits, en ville ou dans les anciennes colonies évacuées dont il ne reste rien.

Nous découvrons la ville de Gaza, très dégradée, sinistrée. Les trottoirs sont jonchés de débris, la voirie ne fonctionne pas faute de carburant. En effet, durant notre séjour, l'approvisionnement en pétrole est suspendu par les Israéliens et toutes les stations d'essence sont fermées. La crainte de la prolongation de cette coupure est omniprésente dans les conversations.

L'habitat est pauvre, beaucoup de masures au toit en tôle, des maisons dont la construction a été arrêtée, faute de moyens financiers ou faute de matériel de construction. Ci et là, on voit des immeubles détruits lors d'attaques ciblées, on déplore la disparition de familles entières dans un immeuble bombardé par les forces de défense israéliennes qui y voyaient un nid de terroristes. Les rues sont surtout fréquentées par les enfants, les écoles semblant l'une des rares choses fonctionnant encore réellement à Gaza. La circulation reste tonitruante mais il n'y a pas d'embouteillages. Nous croisons de nombreuses carrioles tirées par des ânes.

Quelques boutiques sont ouvertes au centre de la ville mais peu de clients. Les marchés que nous avons vus sont bien approvisionnés en fruits et légumes mais il y a peu de commerces.

Nous ne voyons ni viandes, ni produits de luxe. Nous mangeons les fraises prévues (et emballées) pour l'exportation et bloquées par l'état de siège.

Le long de la plage, nous pouvons admirer de nombreux hôtels qui ont peut-être connu un passé de luxe, mais qui sont actuellement fermés.

L'approvisionnement en électricité vient de 3 sources : Egypte, Israël et l'usine locale (qui a été réparée après sa destruction par l'armée israélienne). Les coupures d'électricité sont fréquentes et obligent la réorganisation des services hospitaliers : il est envisagé de fermer certains services suite à la pénurie.

Les eaux usées sont drainées directement à la mer, rendant celle-ci insalubre et lui conférant un aspect noirâtre et peu avenant. Au nord de la ville, les égouts sont collectés dans de vastes champs d'épandage au milieu desquels vivent quelques tribus bédouines. L'eau est un problème en raison du monopole israélien de la distribution. L'eau captée dans la bande de Gaza est contaminée et impropre à la consommation sans traitement.

La police est présente mais peu visible et nous prête peu d'attention. Nous avons un sentiment de sécurité, nous voyageons du nord au sud de la bande de Gaza sans entrave. La population est accueillante et serviable malgré la désespérance et le sentiment d'humiliation qui s'exprime dès la première question. Dans pratiquement tous les quartiers, les drapeaux verts du Hamas, jaunes du Fatah et rouges du Front Démocratique de Libération de la Palestine fleurissent dans les rues. De nombreux portraits d'Arafat sont présents sur les murs de la ville. Nos collègues affichent sans retenue leur appartenance politique.

En contraste avec cette paix apparente, nous croisons des cérémonies funèbres tout au long de notre séjour, victimes d'incursions israéliennes selon nos hôtes. Chaque jour, on nous annonce des incursions israéliennes, des champs saccagés et des militants du Hamas assassinés (13 en 3 jours). On nous montre des champs de pommes de terre détruits par les bulldozers israéliens. Nous évoquons l'effet négatif des fusées Quassam sur l'opinion publique internationale. Nos interlocuteurs sourient avec indulgence : « ces fusées bricolées sont la réponse dérisoire aux incursions israéliennes meurtrières que la presse se garde de relater. Un acte de résistance à la fois symbolique et pathétique monté en épingle par la propagande israélienne...Les rares victimes de ces fusées sont certes des victimes inutiles, mais comment ne pas comprendre ces actes, davantage dictés par le désespoir que par la folie meurtrière ? »

Au camp de Jabalia, le Dr Hassan qui y travaille depuis longtemps nous parle de l'évolution de la population qu'il connaît bien: les familles avaient des revenus avant la 2ème Intifada puis avec l'interdiction de se rendre en Israël pour travailler, les ressources se sont tariées, les économies ont disparu et les gens ont tout perdu, ils deviennent des assistés.

Tout au long de nos pérégrinations du nord au sud de la bande de Gaza, nous sommes frappés par cette population dont le seul objectif est la survie, qui est assistée, sans projet d'avenir ni ambition. 80% de la population vit sous le seuil de pauvreté et dépend des aides alimentaires internationales. Les habitants vivent au jour le jour ; sans emploi pour la plupart, ils consacrent leur énergie à nourrir la famille. L'avenir n'existe plus, ils craignent d'acquiescer une mentalité d'assistés et ne savent dans quel état d'esprit éduquer les enfants. La bande de Gaza entière est un vaste camp de réfugiés.

Nous traversons la zone industrielle de Gaza. Toutes les usines sont à l'arrêt, faute de pouvoir écouler les marchandises. Il y règne un climat de désolation intense. Nous croisons de vastes terrains vagues, seules traces des colonies israéliennes démantelées et qui attendent sans grand espoir les investisseurs palestiniens. Aux abords de la douane des marchandises, nous voyons des amoncellements de containers attendant une hypothétique réouverture de la frontière ; il n'y a aucun camion dans cette zone de transit.

Le moment du départ est arrivé, nous rejoignons le 'terminal' d'Erez pour sortir du territoire. Nous plongeons dans une ambiance de science fiction : les manutentionnaires palestiniens sont harcelés par les gardes israéliens. Nos bagages sont avalés par une machine énorme. Nous errons dans un labyrinthe sécuritaire sous la vidéo des gardes frontières qui nous épient du deuxième étage. Des ordres sont éruptés par hauts parleurs. Nous progressons de box en box et de détecteur en détecteur. L'un de nous est happé dans un local de fouille où il restera une demi-heure... Sans explication... Enfin nous sommes libres de circuler en Israël et rejoignons le confort de n'importe quelle contrée occidentale. En nous retournant, nous apercevons au-delà du mur, au loin, les immeubles de Gaza : nous sommes désormais convaincus qu'Israël et le monde entier font à ces gens honorables un très mauvais procès. Européens, nous nous sentons responsables de leur emprisonnement cyniquement calculé...

2.2. Situation sanitaire

2.2.1. Soins de santé primaire

Nous avons été accueillis et guidés tout au long de notre séjour par le PMRS, l'une des principales Organisations Non Gouvernementales (ONG) palestiniennes actives sur le terrain. Nous avons pu participer à des cliniques mobiles et visiter des cliniques et le projet d'aide aux personnes handicapées.

2.2.1.1. Cliniques mobiles

Les cliniques mobiles sont organisées dans les quartiers les plus décentrés qui ne disposent pas de structure de santé dans leur zone. Il s'agit surtout de populations fort défavorisées. L'équipe est formée de médecins, travailleuses de santé communautaires, technicien en laboratoire et d'un chauffeur et apporte tout le matériel indispensable : médicaments, petit laboratoire, échographie en cas de consultations pré natales, Les soins, examens de laboratoire, échographies et médicaments sont gratuits. Suivant le cas, l'équipe réalise des consultations de médecine générale, des consultations gynécologiques et des consultations du nourrisson du type des consultations organisées en Belgique par l'Office des Naissances et de l'Enfance (ONE).

La consultation de médecine générale est bondée: jusqu'à 58 patients en 2h30... La clinique mobile ne passe pas souvent... Beaucoup d'enfants, pathologies respiratoires et digestives essentiellement. Il n'y a pas de signes évidents de malnutrition mais les enfants ne sont pas pesés. Le médecin fait un travail assez remarquable de tri, prend le temps d'examiner, même sommairement les patients. Les antibiotiques sont prescrits très largement. Un certain nombre de patients présentent des prescriptions faites ailleurs en vue d'obtenir les médicaments gratuitement. Aucun dossier n'est tenu, la population fréquentant la clinique mobile étant très changeante.

Les consultations gynécologiques concernent le suivi des grossesses et la contraception. Les moyens contraceptifs les plus utilisés sont le stérilet, le dépo-provera et la pilule contraceptive. Pour le suivi des grossesses, le médecin utilise une échographie portable. D'après le médecin qui nous accompagne, les fausses couches sont fréquentes : grossesses chez des femmes très jeunes, malformations foetales, infections uro-génitales, affections auto-immunes. Les césariennes sont également fréquentes, attribuées à une utilisation élevée de progestatifs.... Les avortements ne sont qu'exceptionnellement pratiqués et uniquement pour raison médicale.

La consultation du nourrisson comprend la vaccination. Les dossiers sont bien tenus, généralement en anglais. Les enfants sont examinés succinctement, mais chacun est inspecté correctement. Les enfants présentent surtout des pathologies respiratoires. Ils sont propres en général et plutôt bien nourris. L'allaitement maternel est correctement encouragé. Les médicaments sont prescrits le moins possible, mais à notre surprise, les familles pratiquent l'auto-médication à grande échelle: ils se fournissent les médicaments qui leur semblent convenir et viennent en fait demander au médecin non un diagnostic, mais le nom du médicament qui conviendrait... se chargeant eux mêmes du diagnostic en quelque sorte...

Le laboratoire dispose des examens usuels de base : examen direct des urines et des selles, glycémie, hémoglobine, vitesse de sédimentation. Il fournit les résultats très rapidement, ce qui permet une prise de décision sur base des résultats du jour. Pour les examens plus sophistiqués, le patient doit se rendre à l'hôpital.

Les équipes mobiles disposent des médicaments de base pour les soins de première ligne : principaux antibiotiques, médicaments pour l'asthme, pour l'hypertension, hypoglycémiant oraux pour le diabète.

Lors des discussions que nous avons avec les médecins, ils nous présentent les difficultés qu'ils éprouvent à accéder à une formation continue. Ils signalent également la difficulté à restreindre l'utilisation des antibiotiques fort demandés par la population.

Pour toutes les équipes mobiles, nous sommes frappés par la qualité du personnel malgré les difficultés de travail : énormément de patients et difficulté d'organiser un suivi.

D'autres ONG, comme Caritas Jérusalem, organisent aussi des équipes mobiles, ainsi que des campagnes d'éducation à la santé. Une concertation existe entre les ONG santé afin d'éviter les duplications.

2.2.1.2. Centres de santé

A Jabalia nous visitons un centre de santé très bien équipé: consultations de médecine, pédiatrie, gynécologie, dentisterie, laboratoire très complet de biochimie, sérologie, microbiologie ainsi qu'une pharmacie.

Dans ce centre, les consultations sont payantes, les médicaments également. Il y a beaucoup moins de monde. Les patients ont un dossier bien tenu.

Nous assistons à quelques consultations de médecine et de pédiatrie. Le temps de consultation est raisonnable et laisse le temps pour une éducation à la santé.

En médecine prédominent les malades chroniques, surtout diabétiques ou hypertendus, ces deux affections étant souvent associées. Ces malades se présentent à la consultation munis d'une fiche mentionnant quelques résultats d'examens simples tels que la tension artérielle, la glycémie à jeun et/ou postprandiale, le taux de cholestérol. Le traitement des diabétiques consiste en règles d'hygiène de vie et en antidiabétiques oraux (l'insuline étant prescrite à l'hôpital). Le suivi de ces patients semble bien assuré.

Le pédiatre fait un effort manifeste pour ne pas prescrire systématiquement des antibiotiques et pour expliquer aux mères comment faire face aux infections respiratoires et digestives banales.

Les Dr Rami et Shamara regrettent d'être acculés à une large prescription d'antibiotiques. Ces médicaments - et bien d'autres - sont, en réalité, demandés par les malades, la culture palestinienne poussant ceux -ci à ne quitter la consultation qu'avec une prescription de médicaments en main. Pareille attitude, en fait d'antibiothérapie, doit avoir de sérieuses conséquences sur l'écologie bactérienne, sans parler de son impact financier. Lors d'une mission ultérieure à Gaza, un exposé concernant l'usage rationnel des antibiotiques pourrait conforter les médecins dans une politique d'usage plus économe de ces drogues.

A côté du centre de santé de Jabalia est installé un centre communautaire qui collabore étroitement avec celui-ci. Ce centre organise des activités pour les adolescents, les femmes, les mères. Il a des activités de soutien psychologique. Il développe des activités culturelles. Un réseau de volontaires permet le fonctionnement de ces différentes activités.

2.2.1.3. Projet d'aide aux personnes handicapées

Le projet vise trois objectifs : réduire le handicap (physiothérapie), aide technique (béquilles, chaises roulantes...) et meilleure acceptation du handicap par la société (scolarisation des enfants : 176 enfants scolarisés, formation des familles à la prise en charge des enfants, spots TV...). Nous avons rencontré trois familles aidées par le projet. Ces familles vivent dans un état de pauvreté immense et certains enfants présentent des signes de malnutrition chronique. Les enfants présentaient un handicap physique et/ou mental grave. Le travail de l'équipe, en dehors de l'aide matérielle, est axé non seulement sur l'enfant et son handicap, mais aussi sur le soutien à la famille pour que celle-ci puisse s'occuper de l'enfant de manière appropriée. D'après les physiothérapeutes, les malformations congénitales sont fréquentes, liées en partie à la consanguinité et une réflexion est en cours pour tenter de réduire le risque de maladies congénitales (possibilité de distribuer d'acide folique aux femmes en période péri conceptionnelle pour diminuer les anomalies du tube neural, faisabilité de tests ADN...). Nous avons été impressionnés par la cohérence du projet et la qualité et l'empathie du personnel soignant.

2.2.2. Soins spécialisés et transfert de patients

Les soins de santé primaires sont bien organisés et nos collègues sont compétents ; la plupart des enfants que nous avons vus paraissent en bonne santé, sans signe clinique flagrant de malnutrition. Par contre, les soins spécialisés sont en détresse : le matériel approprié et les médicaments ne suivent plus, les spécialistes tentent de s'enfuir à l'étranger, les structures se détériorent... D'après le PMRS, il manque 123 médicaments qui concernent surtout les maladies chroniques. Seule solution pour la prise en charge des pathologies complexes est le transfert en Cisjordanie ou Israël. Mais on nous confirme le harcèlement des malades au poste

frontière. On nous explique des cas de décès à cause du refus de laisser passer. On nous décrit, et ce sera confirmé par les collègues israéliens de PHR, des décès pendant la longue attente à Erez. Parfois, odieux chantage, Israël impose au patient un pacte de délation en échange du laisser passer. Nous voyons enfin des malades qui devraient depuis longtemps être pris en charge dans des centres adaptés et dont la situation se dégrade. En dehors du réseau public de soins primaires assuré avec brio par le PMRS, l'organisation de la médecine curative paraît chaotique : au secteur privé jadis florissant mais encore actif s'ajoutent des filières et des structures de soin gérées sans trop de coordination par l'Autorité Palestinienne et diverses ONG internationales ... cela est source de redondances, mal venues en cette période de siège où l'acquisition du matériel et des médicaments est plus que problématique...

2.3 Projet cardio-pédiatrique

Durant les consultations de pédiatrie, notre cardiologue pédiatrique a pu examiner quelques enfants porteurs d'anomalies cardiaques opérées ou non. Il est apparu que le suivi de ces affections n'était pas organisé. Les patients n'ont pas de dossier et les antécédents sont inconnus. Manifestement, aucune stratégie de suivi n'est mise sur pied. L'équipe qui a assuré le traitement chirurgical – le plus souvent israélienne - n'a pas indiqué aux parents de filière de suivi et les médecins généralistes du PMRS se trouvent devant une médecine bien trop spécialisée pour s'adapter correctement. Ils ignorent par exemple, mais c'est bien compréhensible, quels examens spécialisés demander et comment les interpréter pour assurer la suite de la prise en charge. Une petite patiente étiquetée de CIV avait finalement une sténose aortique sévère à opérer. Le diagnostic précis a pu être obtenu en par une échographie cardiaque qui a été réalisée dans les 24h avec compétence dans un des hôpitaux de la ville. Il est curieux que cette compétence existe chez les cardiologues d'adultes mais que ceux-ci ne paraissent pas motivés pour assurer le suivi des malformations congénitales chez l'enfant. Il faut dire que la sténose aortique est aussi une pathologie de l'adulte; il est fort possible que ce même cardiologue soit moins à l'aise devant une transposition de gros vaisseaux sanguins ou une forme de coeur uni ventriculaire (pathologies spécifiquement pédiatriques).

A l'occasion d'une clinique mobile s'est présenté un jeune garçon porteur d'une malformation cardiaque cyanogène opérée. Il venait non pour la cardiopathie mais pour son check-up médical de routine. Une nouvelle fois, pas de dossier de suivi concernant la cardiopathie. Le patient avait une cicatrice de thoracotomie latérale et un souffle continu. Il s'agissait vraisemblablement d'une cardiopathie sévère palliée par un shunt systémo-pulmonaire. Cet enfant était donc en attente d'une prise en charge complémentaire pour achever le traitement chirurgical. Les parents ne paraissaient pas être au courant et le médecin du PMRS ne disposait d'aucune information lui permettant de relancer la dynamique nécessaire... Confirmation donc du flou complet concernant l'organisation de la prise en charge de cette pathologie. On ne peut s'empêcher de penser qu'il en est probablement même pour toutes les pathologies complexes...

En résumé, il existe des moyens pour traiter chirurgicalement les enfants dans les centres israéliens. Bien entendu ces moyens sont 'en panne' depuis le blocus - ou à tout le moins fortement freinés. On est là dans une situation de crise grave sur le plan de l'éthique médicale. Une fois le diagnostic fait, avec ou sans indication chirurgicale, le suivi n'est absolument pas assuré. On n'a pas l'impression que les médecins israéliens s'investissent dans le suivi de ces patients, pour lesquels cependant ils devraient rester en liaison avec un collègue palestinien.

Cependant, nous n'avons abordé le problème que dans un sens (à partir de la médecine de terrain vers la spécialité) et nous ignorons tout de ce qui se passe dans les hôpitaux (à partir de la spécialité vers la médecine générale) et il y a peut-être là des patients suivis correctement. Par ailleurs, le cardiologue pédiatrique a pu examiner un cœur foetal en utilisant l'appareil échographique de suivi des grossesses (il y avait aussi une consultation prénatale) dont la qualité est satisfaisante. Il devrait être possible de dépister in utero les cardiopathies majeures si l'on a la formation nécessaire.

Pour conclure sur le plan cardio-pédiatrique, nous pourrions encourager les médecins du PMRS à centraliser les cas, à créer un dossier de suivi qui s'efforce de rassembler les données chirurgicales et de diagnostic invasif. En motivant un généraliste du PMRS, il pourrait être possible de le former à l'échocardiographie de base de manière à apporter de la cohérence au suivi. Reste alors le problème de l'appareil dont le coût est compris entre 30 000 et 50 000€. Il s'agirait d'un appareil portable qui pourrait en même temps servir au dépistage dans les maternités. Le seul point réellement difficile est la formation du médecin car il s'agirait d'une activité à mille lieues de sa routine quotidienne...

2.3. Gaza vu de Cisjordanie

Nous sortons de Gaza avec le sentiment d'avoir côtoyé une population délaissée par l'ensemble du monde. Nous en discutons avec nos interlocuteurs palestiniens qui ne sont pas très optimistes. Si les Palestiniens de Cisjordanie semblent solidaires de Gaza (des manifestations sont organisées pour demander la suspension du blocus de Gaza), ils estiment pour la plupart que le Hamas et le Fatah sont tous deux responsables de la situation actuelle et que la seule solution est le retour de l'unité palestinienne ; le Fatah ne semble pas réellement se préoccuper de Gaza et pourrait même, selon certains, accepter un état palestinien sans Gaza.

2.4. Gaza vu d'Israël

Nos discussions avec les Israéliens actifs dans les divers mouvements de paix israéliens sont encore plus pessimistes. Michel Warschawski (AIC) nous explique que le gouvernement israélien a réussi à faire passer le problème palestinien à l'arrière-plan. Il va jusqu'à affirmer que Gaza a été abandonnée et trahie, que les victimes sont présentées comme étant les responsables de leur situation. Le gouvernement israélien s'est arrogé le droit de déclarer Gaza entité hostile, retirant de ce fait à 1,5 millions d'habitants tout droit humain.

Ran Yaron (PHR) nous explique comment la politique israélienne en matière de permis de séjour en Israël pour raison médicale s'est détériorée depuis l'état de siège de Gaza. Avant juin 2007, 75 à 80% des demandes provenant de la bande de Gaza étaient acceptées. Après juin 2007, seules étaient acceptées celles concernant des urgences vitales. Entre juin et septembre 2007, sur 132 demandes, 52 furent approuvées. Depuis septembre 2007, la situation s'est encore aggravée, le délai d'attente étant prolongé : 1 à 3 semaines, ce qui est un non sens en matière d'urgence vitale. De plus, une fois le permis accordé, les services de sécurité d'Erez exigent parfois des patients leur collaboration en échange du passage de la frontière.

Quelques ONG internationales continuent de travailler à Gaza aux côtés des ONG palestiniennes : OXFAM solidarité Belgique, Caritas Jérusalem, Care International, MSF...

Le consulat de Belgique est conscient de la situation à Gaza et organise souvent des visites malgré sa préoccupation quant aux enlèvements. Léo Peeters (consul) et Philippe Potjes (adjoint) poussent la Belgique à soutenir en priorité les secteurs suivants : santé primaire (et non les spécialistes du 2^{me} et 3^{me} degrés), éducation, renforcement de la société civile.

3. Cisjordanie

Notre deuxième objectif est la Cisjordanie. La situation y paraît sans doute relativement favorisée par rapport à Gaza. Mais restent le mur et la vexation des check points. Cette aisance de surface cache le déchirement de la société palestinienne entre les 'obéissants' de Cisjordanie (aux ordres de l'Occident...) et les 'rebelles' de Gaza (càd ceux qui se plient au verdict d'élections démocratiques...) On perçoit l'instabilité de cet équilibre fratricide. L'inquiétude est partout sur les visages de ceux, nombreux, qui désapprouvent ces manœuvres politiciennes destinées à obtenir un état palestinien vide de sens et infidèle à ses fondements.

L'entrée des Palestiniens à Jérusalem donne un aperçu de la liberté toute relative... Mustapha Barghouti, président du PMRS et ancien ministre de la communication de l'éphémère gouvernement unitaire palestinien, devait recevoir une décoration à l'ambassade d'Italie située à Jérusalem afin d'honorer les efforts effectués pour amener la paix dans la région. Il n'a pas reçu l'autorisation israélienne pour s'y rendre, sans doute était-il considéré comme un individu trop dangereux pour l'Etat d'Israël...

Les ONG palestiniennes sont assez inquiètes du risque de diminution de leurs financements. Une décision européenne tendrait à diminuer l'aide aux ONG au profit d'un financement de l'autorité palestinienne, ce qui obligerait les ONG à stopper certains projets.

3.1. Hébron

Après quelques kilomètres et plusieurs check points qui ne posent pas trop problème pour les Occidentaux que nous sommes, nous nous rendons à Hébron où le PMRS soutient avec PHR-Israël un programme de santé mentale à l'initiative du GPS (Colette Versporten) et de Médecins du Monde-Belgique. Nous retrouvons l'ambiance malsaine de la vieille ville d'Hébron où les colons israéliens habitant les étages jettent leurs ordures sur les Palestiniens du rez-de-chaussée. Nous visitons à nouveau les villages défavorisés au sud d'Hébron dans la région de Yatta. Ces villages sont les victimes de colons israéliens arrogants et 'hors la loi' qui les encerclent et entravent toute libre circulation. Les enfants ne peuvent aller à l'école qu'encadrés par des volontaires d'ONG internationales (ICP, Conseil Œcuménique des Eglises,...) ou de Ta'Yush ('*Ensemble*, mouvement israélien d'activistes pour la paix), qui les protègent des exactions des colons. Mais la population reste à la merci de l'expansionnisme israélien. Le chef du village de Susia est désespéré : la nuit précédente, les colons de Mahoun sont descendus dans son oliveraie et ont abattu 32 oliviers âgés de 35 ans, soit la moitié de son exploitation, le privant de la moitié de ses maigres revenus. Nous prenons des photographies, ne sachant comment assimiler cet acte de pure méchanceté destiné à faire fuir les résidents et à voler leurs terres.

3.2. Qabatya

L'un des membres de l'équipe, Olivette, a accompagné Jessica Devliegere représentante de Solidarité Socialiste (Solsoc) à Ramalah à Qabatya situé a 10km au sud-ouest de Jénin dans le nord des territoires palestiniens. Solsoc y appuie un projet pour la réhabilitation des personnes atteintes d'un handicap. Une petite clinique spécialisée en physiothérapie reçoit en ambulatoire des adultes et des enfants présentant un handicap suite à un accident (éclats d'obus, armes à feu, travail dans la carrière de pierre toute proche, thrombose cérébrale due à l'hypertension, syndrome congénital fort similaire à ceux de Gaza, anoxie à la naissance provoquant hémiplégie ou infirmité motrice cérébrale).

Dans ce bâtiment très simple, une pièce est réservée pour un groupe d'enfants mentalement handicapés. Deux éducatrices ont un programme adapté à chacun d'entre eux. Le matériel employé dans les écoles spéciales est à leur disposition. Une dizaine d'enfants de 5 à 13 ans sont suivis par ce programme. Les progrès sont perceptibles par rapport aux visites précédentes.

L'appui à ce projet se terminera dans 5 mois et Jessica s'applique à aider le directeur et le conseil d'administration à trouver d'autres subsides pour continuer le projet. En effet, beaucoup des usagers sont pauvres et les soins sont onéreux. Le physiothérapeute travaille dans cette structure depuis 8 ans. Il espère se recycler 3 semaines en Belgique afin de perfectionner ses connaissances grâce à une bourse de Solsoc .

3.3. Cardio pédiatrie en Cisjordanie

Le docteur Nazih de Nazareth a développé une clinique mobile destinée aux maladies cardiaques grâce au financement d'une ONG française. L'hôpital de Makassed (Jérusalem) a également son propre programme de dépistage des maladies cardiaques. La collaboration entre ces équipes est inexistante. Pour le moment, le groupe GPS ne voit pas comment soutenir le projet cardio-pédiatrique en Cisjordanie mais reste disponible en cas de besoin. Notre groupe focalisera toutefois ses efforts pour le développement du dépistage et du suivi des maladies cardiaques infantiles dans la bande de Gaza.

4. **Conclusion**

Nous quittons une population au destin fracassé qui tente malgré tout de survivre en voulant croire qu'il y a un avenir. Les Européens ont le devoir de se rendre sur place pour appréhender la réalité et témoigner. Les dangers pour les visiteurs, dont font grand cas les Israéliens, sont davantage une manœuvre de dissuasion et d'isolement qu'une réalité.

