



Destruction sanitaire : L'effondrement programmé de la vie palestinienne par Israël

Description

Cette note introduit la « dés-sanitarisation » comme cadre d'analyse pour comprendre la destruction systématique par Israël des infrastructures de santé palestiniennes, en particulier à Gaza. Plutôt que de considérer l'effondrement du système de santé de Gaza comme une conséquence secondaire du génocide, cette note soutient qu'il est le produit de politiques de longue date de blocus, d'occupation et de négligence structurelle visant à rendre la vie palestinienne insoignable et périssable.

Par Layth Malhis, le 11 janvier 2026



Activestills

Photographe: **Wahaj Bani Moufleh** â?? 04/01/ 2023 image : activestills

Introduction

Depuis octobre 2023, la guerre gÃ©nocide menÃ©e par IsraÃ«l Ã Gaza a entraÃªnÃ© lâ??effondrement de presque tous les piliers du systÃ©me de santÃ© du territoire. Les forces dâ??occupation israÃ©liennes ont bombardÃ© des hÃ´pitaux, tuÃ© du personnel mÃ©dical, bloquÃ© des convois humanitaires et dÃ©truit des infrastructures essentielles. Les principales organisations de dÃ©fense des droits humains ont dÃ©montrÃ© que la destruction du systÃ©me de santÃ© Ã Gaza est systÃ©matique et dÃ©libÃ©rÃ©e ; pourtant, elles hÃ©sitent souvent Ã nommer ce que cela reprÃ©sente rÃ©ellement : non pas une tactique de guerre isolÃ©e, mais lâ??aboutissement dâ??une politique de longue date. En effet, la destruction du systÃ©me de santÃ© de Gaza a commencÃ© bien avant ce dernier Ã©pisode du gÃ©nocide contre le peuple palestinien. Elle est le rÃ©sultat dâ??une stratÃ©gie soutenue et calculÃ©e visant Ã rendre les Palestiniens impossibles Ã soigner, impossibles Ã aider et, en fin de compte, impossibles Ã sauver.

Cette note dâ??orientation prÃ©sente la dÃ©-sanitarisation, câ??est-Ã -dire la maniÃ¨re dont le colonialisme de peuplement dÃ©truit systÃ©matiquement la santÃ© des populations autochtones : en dÃ©gradant, en bloquant et en transformant en armes toutes les conditions nÃ©cessaires Ã leur santÃ©. En Palestine, la dÃ©-sanitarisation israÃ©lienne ne se contente pas de Â« sâ??attaquer aux services de santÃ© Â» ; elle restructure la santÃ© elle-mÃªme en un domaine de domination, oÃ¹ la

maladie et la vulnérabilité sont d'abord produites et orchestrées. Dans ce régime colonial, la mauvaise santé devient à la fois une condition de domination et un instrument de contrôle. La dés-sanitarisation incarne ainsi la logique d'élimination dans le domaine de la santé. Le régime colonial de peuplement se perpétue en généralisant systématiquement la maladie, la dépendance et la détérioration des conditions de vie parmi les Palestiniens colonisés.

Définition de la « dés-sanctification »

La dés-sanitarisation peut être définie comme un régime systématique qui transforme la santé, d'un bien public protégé, en un domaine de coercition. Ce régime fonctionne grâce à des mécanismes coordonnés d'entrave administratif, de détérioration des infrastructures, de criminalisation des soins cliniques, de création de dépendances techniques, d'effacement épidémiologique, de sabotage écologique et d'incapacitation programmée. Chacun de ces mécanismes est conçu pour produire des carences systématiques en matière de survie, de réparation et d'avenir au sein d'une population ciblée. Sous le régime colonial, la dégradation des conditions sanitaires se manifeste à la fois par une violence administrative insidieuse et par des destructions militaires ponctuelles, qui privent durablement les populations de toute capacité de guérison.

Sous le régime colonial, la dégradation des conditions sanitaires se manifeste à la fois par une violence administrative insidieuse et par des destructions militaires ponctuelles, qui privent durablement les populations de toute capacité de guérison.

Durant des décennies, cette logique coloniale israélienne en matière de santé palestinienne s'est traduite par des phases de négligence, d'instrumentalisation, de dépendance, de siège et de génocide. Ces phases ont sans cesse remodelé les structures coloniales qui organisent la santé et la survie en Palestine, aboutissant à l'effondrement actuel de Gaza. Cette architecture peut être retracée à travers le temps : de la négligence des années 1970 à l'instrumentalisation explicite des soins pendant la première Intifada, en passant par le piège administratif de l'ère d'Oslo, à l'entrave écologique imposée par le blocus et, aujourd'hui, à l'anticipement génocidaire du système de santé de Gaza. La prise de conscience de ces transformations révèle que la politique actuelle d'Israël n'est pas une anomalie, mais la dernière étape d'un processus de contrôle progressif de la santé, qui dure depuis des décennies. Ce régime rend la santé des Palestiniens perpétuellement précaire et leur survie structurellement impossible.

Occupation et négligence en matière de santé (1967-1986)

Le régime israélien a gravement négligé le système de santé palestinien lors de l'occupation de Gaza et de la Cisjordanie en 1967. Le gouvernement israélien a en effet mis en place une politique de confinement, considérant la santé des Palestiniens non pas comme un droit à défendre, mais comme un fardeau à gérer.

Tout au long des années 1970, l'administration militaire israélienne a supervisé un système de santé fragmenté et sous-financé à Gaza. Les données collectées par des médecins palestiniens et confirmées par la suite par l'Union des comités palestiniens de secours médical (UPMRC) montrent que les cliniques fonctionnaient en situation de grave privation institutionnelle : la plupart manquaient de fournitures de base, d'outils de diagnostic et de capacités d'orientation vers des spécialistes. Plutôt que d'investir dans les infrastructures, le régime sioniste a imposé un blocage bureaucratique, soumettant l'achat d'équipements, de médicaments et même d'ambulances à l'obtention d'autorisations militaires israéliennes.

À la fin des années 1970, le ratio médecins/patients à Gaza était d'environ un pour 1 666 personnes, et dans certaines régions, il n'était que d'un pour 2 200, contre un pour 350 à 450 dans les territoires occupés en 1948 et en Jordanie. Les cliniques étaient tout autant débordées : avec seulement 25 établissements, chacun doté d'un seul médecin, sans dentiste ni ambulance, les médecins voyaient près de 200 patients par jour, ne passant que quelques minutes avec chacun d'entre eux.

Ce modèle de négligence organisée se reflétait également dans les indicateurs de santé plus généraux. Le Bureau central des statistiques israélien estime le taux de mortalité infantile à Gaza et en Cisjordanie à environ 70 pour 1 000 en 1985. Les données provenant des réseaux médicaux palestiniens ont révélé une situation encore plus sombre : 49 pour 1 000 à Biddu (un village palestinien près de Jérusalem), 91 pour 1 000 dans les villages autour de Ramallah et jusqu'à 100 pour 1 000 dans les zones les plus pauvres telles que Hébron et la vallée du Jourdain. La même année, la mortalité infantile était de 14 pour 1 000 en Israël, de 55 en Jordanie et de 60 en Syrie. Ces écarts flagrants indiquent que la stagnation des indicateurs de santé palestiniens reflète une négligence structurelle motivée par des intérêts politiques.

Le siège imposé par Israël à Gaza n'était pas seulement une restriction sur les marchandises et les déplacements, mais une contrainte directe sur les conditions fondamentales nécessaires à la vie humaine et à la santé.

La même tendance a été observée dans le domaine des infrastructures. Entre 1974 et 1985, la population de la Cisjordanie a augmenté de 21 %, mais le nombre de lits d'hôpitaux a diminué, passant de 1 393 à 1 308, ce qui a réduit le ratio de 2,1 à 1,6 lit pour 1 000 habitants. À Gaza, la population a augmenté de 26 % tandis que le nombre de lits est passé de 1 004 à 872, faisant chuter le ratio de 2,4 à 1,6 pour 1 000 habitants. Au cours de cette période, Israël a maintenu environ 6,1 lits pour 1 000 habitants.

À un niveau structurel, la stratégie coloniale du régime israélien en matière de santé reposait sur une [politique de dé-développement](#) qui a créé et maintenu la situation de dépendance des Palestiniens. Toutes les décisions importantes concernant les infrastructures médicales, qu'il s'agisse de l'importation de seringues ou de l'agrandissement des hôpitaux, étaient contrôlées de manière centralisée par les autorités militaires israéliennes. Ce contrôle a été consolidé par la mise en place du [régime colonial des permis](#), un système qui soumettait les déplacements des Palestiniens et leur accès aux soins à l'approbation de l'armée. Grâce à ce régime, l'état colonial peut, sous couvert de neutralité administrative, décider de qui vit et de qui meurt.

Première Intifada et militarisation de la santé (1987-1993)

La première Intifada a marqué le moment où¹ des années de dégradation bureaucratique du système de santé palestinien ont dégénéré en une violence coloniale manifeste. La négligence qui avait caractérisé les décennies précédentes était désormais utilisée ouvertement et systématiquement comme une arme. Le soulèvement palestinien de 1987 a déclenché une réponse du régime israélien qui a fusionné la répression militaire et la [coercition médicale](#), étendant sa logique de contrôle à tous les couloirs des hôpitaux et des cliniques.

L'un des récits les plus évocateurs de cette période est celui de Physicians for Human Rights (PHR), dont la documentation est rendue en Cisjordanie et à Gaza pendant les 100 premiers jours de l'Intifada. Le Dr H. Jack Geiger a décrit leurs conclusions comme une « épidémie incontrôlée de violence » perpétrée par les forces israéliennes. Les entretiens avec le personnel médical palestinien ont clairement montré que ce dont PHR avait été témoin n'était pas une défaillance ou un écart par rapport à la politique, mais la norme : les hôpitaux étaient débordés, sous-équipés et dépassaient largement leurs capacités en raison du nombre de cas de traumatismes. L'hôpital public Alia de Hébron, par exemple, seuls deux tensiomètres fonctionnels étaient disponibles.

PHR a noté que les coups infligés aux manifestants palestiniens par les forces d'occupation israéliennes pendant cette période allaient bien au-delà du maintien de l'ordre. Ils étaient systématiques et ciblés, visant à briser des os, en particulier au milieu du tibia, afin de paralyser et de punir les victimes. Les victimes arrivaient souvent aux urgences avec de multiples fractures, des traumatismes graves et des complications telles que des emphysèmes sous-cutanés dus à des fractures des côtes. Ces blessures n'étaient pas accidentelles, mais infligées intentionnellement, reflétant ce qui était largement rapporté à l'époque comme la [« doctrine des jambes cassées »](#) de l'ancien Premier ministre israélien Yitzhak Rabin, une politique dont l'héritage persiste aujourd'hui dans la crise des amputés à Gaza.

En effet, des experts médicaux ont documenté que la plupart des violences étaient destinées à handicaper les Palestiniens. Près de la moitié des blessures par balle visaient les jambes, tandis que les balles à grande vitesse génèrent un effet de « neige de plomb » dans lequel les éclats internes maximisent les dommages aux tissus. Les hôpitaux ont également signalé des insuffisances rénales dues à la dégradation musculaire causée par des coups violents et de fréquentes hémorragies cérébrales dues à des traumatismes crâniens qui ont failli fracturer le crâne. Des milliers de personnes ont été blessées au cours des deux premiers mois du soulèvement, dépassant de loin les chiffres officiels communiqués par les autorités israéliennes, ce qui a poussé un système de santé déjà affaibli au bord de l'effondrement. Après des années de négligence, les hôpitaux n'ont pas pu absorber l'afflux de patients traumatisés et ont fonctionné dans des conditions que les observateurs ont décrites comme bien en deçà de toute norme acceptable.

De plus, le régime israélien a régulièrement violé la « neutralité médicale », principe du droit international visant à protéger le personnel médical, les patients et les installations. Les forces israéliennes ontquisitionné des ambulances et les ont utilisées comme points d'entrée déguisés pour procéder à des arrestations et à des passages à tabac dans les

camps de réfugiés. **Les forces israéliennes** ont bloqué, agressé, détenu et expulsé des travailleurs de la santé, détruit du matériel médical et arraché des patients hors de leur lit. Les services de santé palestiniens se sont effondrés : les soins prénataux se sont détériorés, les programmes de vaccination ont été interrompus et les coupures d'eau dans les camps de réfugiés ont contraint les femmes à accoucher sans eau potable.

Pendant ce temps, l'Association médicale israélienne a refusé de rencontrer la délégation de PHR, et les responsables ont rejeté les abus documentés comme étant fabriqués de toutes pièces. Ce déni de la souffrance est en soi un mécanisme de « dés-sanitarisation » : il efface les torts tout en permettant leur poursuite. Comme l'a conclu la délégation, si ces pratiques avaient eu lieu dans le contexte d'une « guerre reconnue », une grande partie de ce qu'elle a observé aurait été considérée comme des atrocités.

La violence de la première Intifada a vu l'ampleur de la destruction des soins de santé à Gaza et en Cisjordanie causée par le régime israélien. Les hôpitaux ont cessé de fonctionner comme des lieux de refuge et sont devenus des lieux de peur et de contrôle militaire. L'utilisation publique des soins comme arme pendant l'Intifada ne s'est pas arrêtée ; elle s'est institutionnalisée.

Oslo et le renforcement de la dépendance (1994-2008)

Les accords d'Oslo des années 1990 n'ont pas conduit à l'autodétermination des Palestiniens. Au contraire, ils ont transformé l'occupation israélienne, qui est passée d'un régime de contrôle direct à une forme plus ancrée de contrôle à distance. Bien qu'Oslo ait abouti à la création du ministère palestinien de la Santé (PMoH), cela s'est fait dans un contexte d'occupation militaire et de dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds qui a rendu impossible le développement d'un système de santé souverain et intégré. La prestation des soins de santé est restée divisée entre le PMoH, l'UNRWA, les organisations non gouvernementales et les prestataires privés. Parallèlement, le régime israélien a continué à contrôler la circulation des personnes et des biens, ce qui a rendu accès aux soins conditionné par un régime de permis restrictif et arbitraire.

[La politique de dés-sanitarisation d'Israël se manifeste dans son attaque calculée contre la possibilité même d'une vie palestinienne, effaçant les corps autochtones par l'anéantissement des soins.](#)

Oslo n'a pas réduit le contrôle israélien sur les services de santé palestiniens ; il a simplement réorganisé ce contrôle en mécanismes administratifs qui ressemblaient à une autonomie palestinienne, mais qui, dans la pratique, maintenaient et renforçaient la « dés-sanitarisation » israélienne. Ce qui était perçu comme un transfert de pouvoir exclut la souveraineté sur les ressources, la mobilité et les services médicaux de base qui sont indispensables au fonctionnement d'un système de santé. L'autorité sur les frontières restant exclusivement entre les mains d'Israël, chaque composant de gestionnaire, chaque livraison d'antibiotiques et chaque pneu d'ambulance nécessitent l'approbation de l'armée.

Les Palestiniens de Gaza et de Cisjordanie qui avaient besoin d'un traitement spécialisé à Jérusalem-Est occupée ou au-delà dépendaient des autorisations délivrées par l'administration civile israélienne. Rien qu'en 2011, plus de 33 000 patients ont été orientés par le ministère de la Santé vers des soins nécessitant une autorisation. Parmi eux, au moins six patients sont décédés en attendant l'autorisation. D'autres patients ont été soumis à des « entretiens de sécurité » avant d'obtenir l'autorisation, un processus extrajudiciaire manquant de transparence et de contrôle médical. En 2013, plus de 1 500 patients ont subi des retards et plus de 250 ont reçu aucune réponse.

Parallèlement, le rejet arbitraire des accompagnateurs désignés, y compris dans les cas pédiatriques, a encore compromis l'accès aux traitements essentiels. Dans plus de 90 % des cas, les ambulances se sont vu refuser l'entrée directe à Jérusalem-Est, obligeant les patients en urgence à subir plusieurs transferts aux points de contrôle. En Cisjordanie, sur près de 250 000 demandes de permis, plus de 20 % ont été refusées ou retardées. À Gaza et en Cisjordanie, de nombreux patients ont manqué leurs rendez-vous, ont dû se contenter de traitements de qualité inférieure à l'étranger ou sont décédés en attendant des soins.

Le contrôle administratif de l'accès aux soins est devenu la logique dominante de la gouvernance sanitaire post-Oslo. En retardant ou en refusant les permis, obligeant les patients à attendre des semaines ou des mois, le régime israélien a conservé son autorité sur la survie des Palestiniens, soumettant les médecins, les patients, les ambulances et les fournitures médicales à l'approbation militaire. La violence coloniale israélienne s'est manifestée à travers la paperasserie, les postes de contrôle militaires et l'accès aux sources d'énergie essentielles au fonctionnement des installations médicales. À Gaza, les restrictions en matière de carburant ont rendu les hôpitaux dépendants des générateurs et extrêmement vulnérables à l'effondrement sous le siège.

Les soins de santé sous le siège de Gaza (2008-2023)

En 2007, après la victoire électorale du Hamas et sa rupture politique avec le Fatah, Israël a imposé un blocus terrestre, aérien et maritime total sur Gaza, inaugurant ainsi une politique ouverte d'isolement des infrastructures. Les soins de santé sont entrés dans un état de blocus permanent. La même année, les responsables israéliens ont mis au point un cadre visant à restreindre l'accès à la nourriture en calculant l'apport calorique minimum nécessaire pour éviter la malnutrition et en réduisant les importations afin de maintenir la vie des Palestiniens au bord de la catastrophe.

En 2008, le régime israélien a refusé ou retardé plus de 40 % des demandes de consultation médicale, y compris les cas urgents liés au cancer, à l'insuffisance rénale et aux traumatismes. Les équipements médicaux essentiels et les pièces de rechange ont été soumis à des restrictions en tant que biens à double usage, et les pénuries de carburant ont plusieurs reprises mis hors service les générateurs des hôpitaux. Après 18 mois de blocus, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a averti que le système de santé de Gaza était incapable de mettre en place une réponse d'urgence organisée.

Cette fragilité artificielle a préparé le terrain pour une nouvelle catastrophe. Lorsque l'opération « Plomb durci » a débuté en décembre 2008, avec 22 jours d'assaut, les

infrastructures sanitaires affaiblies ont explosé sous la pression. Sans électricité fiable, sans approvisionnement et sans hôpitaux fonctionnels, il est devenu presque impossible de soigner les blessés et les malades. Beaucoup sont morts en attendant des soins qui ne sont jamais arrivés. Ce qui pouvait sembler à première vue être une défaillance énergétique ou infrastructurelle était en réalité une privation systématique de ressources vitales qui rendait la santé et la survie des Palestiniens dépendantes du contrôle politique et militaire.

L'opération Plomb durci a ainsi mis en évidence les conséquences de cette vulnérabilité artificielle. Les forces israéliennes ont tué plus de 1 400 Palestiniens et contraint les hôpitaux confrontés à un afflux massif de blessés à fonctionner sans électricité, sans approvisionnement et sans installations fonctionnelles suffisantes. Elles ont également endommagé 34 centres de santé, privant de nombreux blessés d'accès à des soins vitaux. En 2010, la pression combinée du blocus et du développement systématique a conduit les observateurs à se demander ouvertement si les actions d'Israël à Gaza reflétaient une intention génocidaire.

En 2017, lorsque la seule centrale électrique de Gaza a fermé ses portes après l'épuisement des réserves de carburant, l'OMS a averti que 14 hôpitaux publics et 16 cliniques de soins primaires risquent de fermer leurs portes en raison d'une grave pénurie de carburant. Les restrictions de carburant imposées par le blocus ont rendu les salles d'opération, les incubateurs néonataux, les unités de dialyse et la réfrigération des vaccins largement inutilisables. Les hôpitaux ont été contraints de rationner l'électricité à quelques heures par jour, tandis que les rapports faisant état de malnutrition chronique chez les enfants et de carences en micronutriments ont fortement augmenté.

En 2018, la Grande Marche du retour a déclenché une nouvelle vague de tirs à balles réelles d'Israël dirigés par Israël contre les manifestants ont fait plus de 35 000 blessés entre mars 2018 et décembre 2019, submergeant les chirurgiens qui manquaient de matériel pour éviter des centaines d'amputations, illustrant ce que Ghada Majadli a décrit comme la « fragmentation de la nation par la fragmentation du corps ».

Ainsi, Gaza avait déjà été étouffée biologiquement par la politique israélienne bien avant le génocide actuel. Le siège imposé par Israël n'était pas seulement une restriction des marchandises et des déplacements, mais une contrainte directe sur les conditions de base nécessaires à la vie et à la santé humaines.

Le génocide en cours à Gaza

Le génocide actuel marque la phase finale de la destruction des infrastructures sanitaires. Les forces israéliennes ont transformé les hôpitaux de Gaza, qui étaient des lieux de refuge, en lieux de mise à mort. Les organisations de défense des droits humains [ont rapporté](#) que les forces israéliennes encerclent, assiègent, bombardent et [attaquent les installations médicales](#) à plusieurs reprises avant de forcer leur évacuation. Entre octobre 2023 et mai 2025, les forces israéliennes ont tué plus de [1 400 travailleurs de la santé](#) et mené plus de [700 attaques](#) contre des établissements de santé, éliminant systématiquement le système médical de Gaza.

Après que les forces israéliennes ont [bombardé l'hôpital Al-Ahli](#) en octobre 2023, tuant 471 personnes et en blessant plus de 370, le ciblage des installations médicales est devenu monnaie

courante. Cela a ouvert la voie au siège de l'hôpital Al-Shifa, autrefois le plus grand centre de traumatologie de Gaza. En avril 2024, l'encerclement, les bombardements et l'invasion israélienne avaient [rendu inutilisable](#).

Les forces israéliennes intensifient [leurs](#) attaques contre le secteur de la santé à Gaza en toute impunité. Elles ont assiégé [Al-Awda](#), [Kamal Adwan](#), [l'Indonésien](#), [Al-Rantisi](#) et [Nasser Medical Complex](#), forçant les évacuations, tirant sur les salles de l'hôpital, détendant le personnel médical et bloquant l'approvisionnement en nourriture et en fournitures médicales. Ces actions s'inscrivent dans le cadre d'un plan militaire israélien plus large visant à fermer toutes les installations médicales du nord de Gaza. En janvier 2024, les troupes israéliennes [ont fait une descente](#) à l'hôpital Al-Amal, ont tiré directement sur sa façade, ont arrêté des médecins et ont déplacé plus de 7 000 personnes qui y avaient trouvé refuge. Elles ont maintenu le siège pendant plus de 40 jours et ont fermé [l'hôpital](#) en mars 2024.

Depuis le 7 octobre 2023, Israël a franchi la dernière étape de la « dés-sanitarisation » en éliminant la possibilité pour Gaza de maintenir ses habitants en vie. Il reste moins de [1 800 lits d'hôpital](#) pour plus de deux millions de Palestiniens à Gaza. Les opérations chirurgicales, les dialyses, les traitements contre le cancer et les soins néonataux sont pratiquement impossibles. Le personnel médical à ceux qui sont encore en vie et qui n'ont pas été arrêtés ou torturés travaille sous les bombardements, presque sans électricité, sans antibiotiques et sans anesthésie. Les blessures se croisent [et](#) les amputations sont pratiquées sans analgésiques. La malnutrition et les maladies autrefois évitables [se propagent rapidement](#), l'OMS mettant en garde contre des épidémies de [hémipatie A](#), de [polio](#) et de [jaunisse](#).

Ce à quoi nous assistons à Gaza est une guerre biologique menée par la famine, les infections et les blessures non soignées, ce que Ghassan Abu Sittah appelle une « [biosphère de génocide](#) ». L'impact de l'assaut israélien est dévastateur, causant des destructions environnementales, sociales et biologiques. Le régime israélien a transformé l'air, l'eau et le sol en armes en [détruisant les stations d'épuration](#) et les usines de dessalement, en inondant les quartiers de [déchets](#), en contaminant les [aquifères](#) et en brûlant les terres agricoles. Les bombardements des vergers, des serres et des canaux d'irrigation ont annihilé la production alimentaire elle-même. Boire de l'eau, respirer et cultiver des aliments comportent désormais un risque mortel.

La politique de dés-sanitisation d'Israël est au cœur de cette « biosphère de génocide », qui se manifeste par son attaque calculée contre la possibilité même de la vie palestinienne, effaçant les corps autochtones par l'anéantissement des soins. Même si les Palestiniens survivent aux bombardements, au siège et au contrôle bureaucratique, ils seraient condamnés à une agonie sans traitement, privés du droit de guérir, de se rétablir ou de résister. Le génocide israélien utilise des balles, mais plus écisivement encore, [la septicémie](#), [la mortalité](#) et la suffocation par la douleur. L'objectif est de démanteler les systèmes qui soutiennent la vie, en privant la population palestinienne de ses médecins, de ses cliniques et de ses hôpitaux. Il ne s'agit pas de l'effondrement d'un système de santé, mais de la mise en œuvre d'une logique coloniale visant à éteindre les conditions mêmes de la vie.

Recommandations

Sans une reconnaissance internationale qui place la destruction de la santé au cœur de ce génocide, la diplomatie du cessez-le-feu reste insuffisante. Pour mettre fin à la d -sanitarisation, l' action doit aller au-delà de l' aide humanitaire et de la reconstruction. Les recommandations suivantes s'adressent aux  tats, aux agences des Nations-Unies, aux tribunaux internationaux, aux bailleurs de fonds et aux institutions de santé palestiniennes, chacun étant responsable de prévenir et d'inverser la destruction de la souveraineté sanitaire palestinienne.

- **Reconnaître la destruction des services de santé comme un crime**

Les instances juridiques internationales et les mécanismes de défense des droits humains doivent adopter officiellement le terme à« destruction des services de santé à» afin de reconnaître la destruction intentionnelle des systèmes de santé comme un outil de punition collective et un moyen d'effacer un peuple. Nommer ce crime renforce les efforts de surveillance, de documentation et de responsabilité juridique.

- **Rendre la violence historique juridiquement punissable**

Les tribunaux et les organismes d'enquête doivent évaluer les violations israéliennes dans une perspective à long terme qui inclut des décennies de siège, de dégradation et de détérioration structurelle de la santé palestinienne. L'effondrement prolongé du système doit être traité comme une violence structurelle, et tous les acteurs complices, y compris les  tats qui apportent un soutien politique ou militaire, doivent être tenus pour responsables.

- **Poursuivre une reconstruction structurelle fondée sur la libération**

Les efforts de reconstruction et de relèvement doivent être menés par les Palestiniens et fondés sur la souveraineté. Cela nécessite de mettre fin au contrôle israélien sur les frontières, l'espace aérien, le carburant et les chaînes d'approvisionnement médical, d'abolir le régime des permis médicaux, de garantir la libre circulation des patients et des prestataires de soins, et d'intégrer des protections juridiques contre de futures tactiques de siège.

- **Créer des espaces de recherche pour une médecine au service de la libération**

Les universités et les organisations de santé internationales devraient mettre en place une plateforme de recherche dirigée par des Palestiniens pour étudier les effets de l'occupation sur la santé et produire des savoirs utiles aux communautés concernées. Cette recherche doit viser la justice et non la simple aide humanitaire.

- **Mettre en place des protections absolument efficaces pour les installations médicales**

Les processus de réforme du droit international humanitaire doivent éliminer les lacunes qui permettent les attaques contre les installations médicales. Les  tats doivent adopter des garanties juridiques absolues pour les infrastructures et le personnel de santé, en reconnaissant la protection des unités médicales comme une norme *jus cogens* qui ne peut être outrepassée.

Traduction : LD pour l'Agence Média Palestine

Source : [Al-Shabaka](#)

date crÃ©e
2026/01/20