

**SAFEGUARDING
HEALTH
IN CONFLICT**

2018

L'IMPUNITÉ PERSISTE :

Les attaques contre les services de santé dans 23 pays en conflit

Résumé



Center for Public Health and Human Rights



Center for Humanitarian Health



MEMBRES de SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT COALITION

Agency Coordinating Body for Afghan Relief and Development (ACBAR)

Alliance of Health Organizations (Afghanistan)

American Public Health Association

Canadian Federation of Nurses Unions

Center for Public Health and Human Rights at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Consortium of Universities for Global Health

Defenders for Medical Impartiality

Doctors for Human Rights (UK)

Doctors of the World - Médecins du Monde

Egyptian Initiative for Personal Rights

Friends of the Global Fund Africa (Friends Africa)

Global Health Council

Global Health through Education, Training and Service (GHETS)

Harvard Humanitarian Initiative

Human Rights Watch

Insecurity Insight

International Council of Nurses

International Federation of Health and Human Rights Organisations

International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA)

International Health Protection Initiative

International Rehabilitation Council for Torture Victims

International Rescue Committee

IntraHealth International

Irish Nurses and Midwives Organisation

Johns Hopkins Center for Humanitarian Health

Karen Human Rights Group

Management Sciences for Health

Medact

Medical Aid for Palestinians

North to North Health Partnership (N2N)

Office of Global Health, Drexel Dornsife School of Public Health

Pakistan Medical Association

Physicians for Human Rights (PHR)

Physicians for Human Rights–Israel

Save the Children

Surgeons OverSeas (SOS)

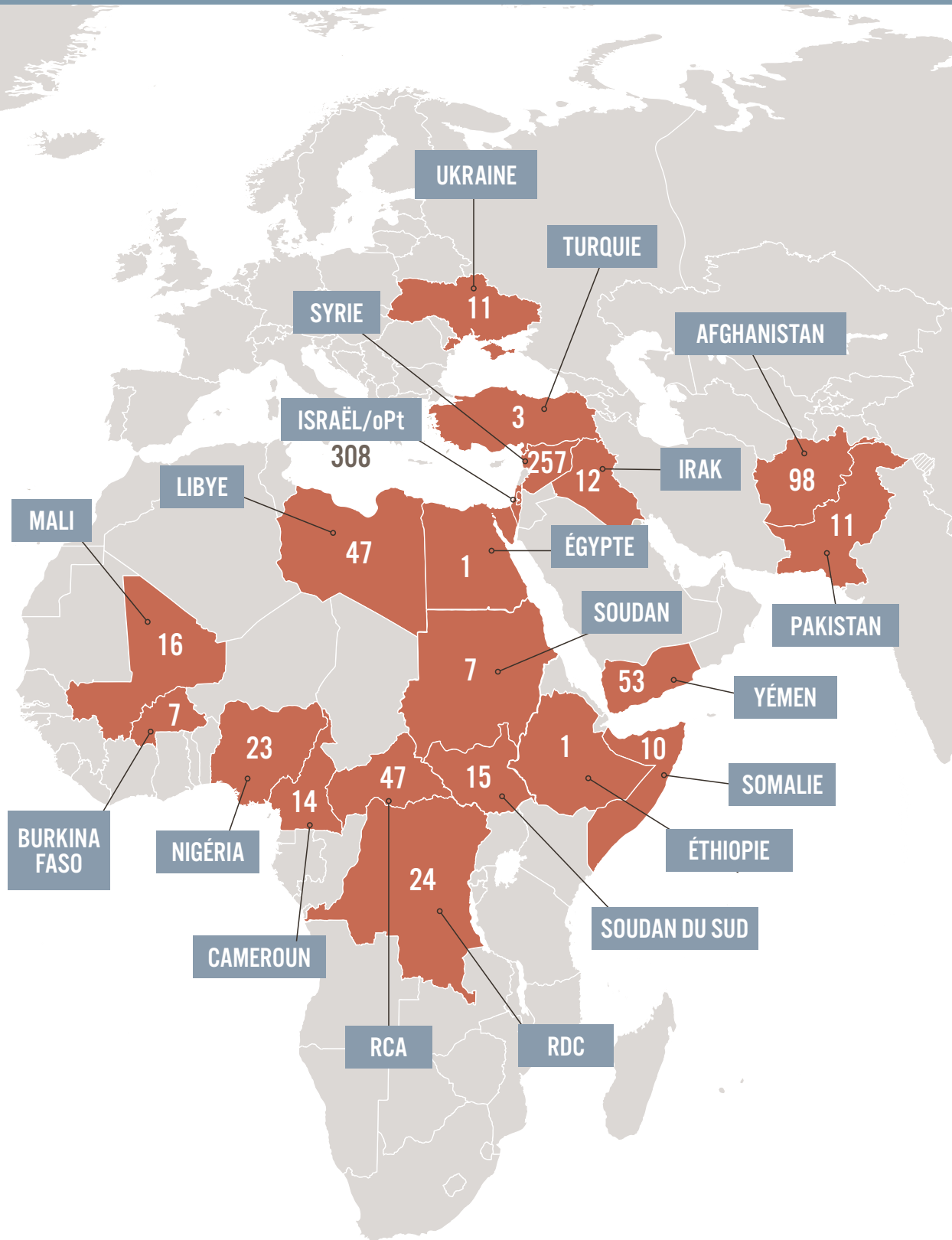
Syrian American Medical Society (SAMS)

University Research Company

Watchlist on Children and Armed Conflict

World Vision

PAYS AYANT DES ATTAQUES EN 2018





PAYS	NOMBRE D'ATTAQUES
AFGHANISTAN	98
BURKINA FASO	7
CAMEROUN	14
RCA	47
RDC	24
ÉGYPTE	1
ÉTHIOPIE	1
INDONÉSIE	2
IRAK	12
ISRAËL/Territoire palestinien occupé	308
LIBYE	47
MALI	16
BIRMANIE	4
NIGÉRIA	23
PAKISTAN	11
PHILIPPINES	2
SOMALIE	10
SOUDAN DU SUD	15
SOUDAN	7
SYRIE	257
TURQUIE	3
UKRAINE	11
YÉMEN	53

EN 2018, AU MOINS 973 ATTAQUES ONT EU LIEU CONTRE DES SOIGNANTS, DES STRUCTURES DE SANTÉ, DES VÉHICULES DE SECOURS ET DES PATIENTS DANS 23 PAYS EN CONFLIT À TRAVERS LE MONDE. AU COURS DE CES ATTAQUES, AU MOINS 167 SOIGNANTS ONT TROUVÉ LA MORT ET 708 ONT ÉTÉ BLESSÉS.

INTRODUCTION

En 2018, la Coalition de protection de la santé dans les conflits (« Safeguarding Health in Conflict Coalition » en anglais) a relevé un total de 973 attaques contre des services de santé dans 23 pays en conflit¹. Au moins 167 soignants de 17 pays différents y ont trouvé la mort et 710 personnes ont été blessées. Dans 15 pays, des hôpitaux et des cliniques ont été bombardés et brûlés. Des attaques aériennes ont continué de frapper des structures de santé en Syrie et au Yémen. Le nombre d'attaques répertoriées marque une augmentation importante par rapport à notre dernier rapport, qui faisait état de 701 attaques dans 23 pays en 2017². Cependant, il n'est pas possible de déterminer si cette hausse est due à un plus grand nombre d'attaques en 2018 ou à une amélioration des mécanismes de communication de l'information, grâce à la mise en œuvre du Système de surveillance des attaques contre les services de santé (Surveillance System for Attacks on Health Care, SSA en anglais) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Nous avons pris en compte les données de six des huit pays et territoires où l'OMS collecte actuellement des données et il est probable que le véritable nombre d'attaques soit plus élevé que ce qui est rapporté.

Ce rapport décrit des attaques contre des équipes de vaccination, des secouristes, du personnel infirmier, des médecins, des sages-femmes, des patients, des agents de santé communautaires, des chauffeurs et des gardiens. Ces attaques sont commises en violation des droits de l'homme et du droit humanitaire concernant la protection et le respect des services de santé dans les zones en conflit. Outre la souffrance immédiate causée par ces attaques, les populations se voient privées d'accès aux soins et les objectifs de couverture universelle des soins de santé de l'OMS risquent de ne pas être atteints. Dans six pays, des équipes de vaccination ont été attaquées, empêchant la mise à disposition à l'ensemble de la population de vaccins essentiels comme celui contre la poliomyélite. De plus, beaucoup de pays cités dans ce rapport sont, d'après les critères de l'OMS³, confrontés à des pénuries de personnel de santé et la violence constante contre les services de santé risque de renforcer ce problème.

MÉTHODES ET LIMITES

Ce sixième rapport de la Coalition de protection de la santé dans les conflits porte sur les attaques contre les services de santé dans les situations de conflit, telles que définies par l'OMS comme « *tout acte de violence physique ou verbale, toute menace de violence ou autre violence psychologique, toute entrave qui perturbe la disponibilité des soins, l'accès aux soins et la fourniture de services de soins de santé curatifs et/ou préventifs.* »⁴ Nous avons eu recours au Programme de collecte de données sur les conflits d'Uppsala (Uppsala Conflict Data Program – UCPD) pour déterminer si un pays était considéré en conflit. Ce rapport ne couvre pas les violences interpersonnelles dans les structures de santé ni les conséquences de la violence des gangs ou d'autres formes de violence criminelle qui sont très répandues dans un certain nombre de pays. Lorsque des preuves sont disponibles, nous identifions les auteurs des attaques, et précisons si l'attaque semble intentionnelle ou non. La partie sur la méthodologie dans le rapport général donne plus de détails sur cette question.

Ce rapport présente des données provenant de sources diverses : des données open source collectées par des membres de la Coalition ; des informations sur l'insécurité issues des bulletins d'informations mensuels sur les attaques contre les services de santé (Attacks on Health Care Monthly News Briefs) et fournies par l'OMS ; des données sur des événements qui se sont déroulés en Syrie, fournies par la Société médicale syro-américaine (Syrian American Medical Society) et l'organisation Médecins pour les droits humains (Physicians for Human Rights) qui sont membres de la Coalition ; des informations sur les attaques qui ont eu lieu dans les territoires palestiniens occupés, fournies par Médecins du Monde ; des données provenant du Système de surveillance des attaques contre les services de santé de l'OMS pour six pays : l'Afghanistan, l'Irak, la Libye, le Nigéria, les territoires palestiniens occupés et le Yémen ; des données issues de recherches menées par des membres de la Coalition pour compiler des informations provenant du Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU (OCHA en anglais), du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (HCDH) et du Haut-Commissariat pour les Réfugiés (HCR) ; et des informations provenant de reportages réalisés par des médias qui semblent fiables. Nous remercions les organisations qui ont accepté de partager leurs informations pour ce rapport.

1 Il faut noter que l'OMS a mis à jour ses chiffres concernant les territoires palestiniens occupés depuis l'analyse que nous avons réalisée. En conséquence, les chiffres de l'OMS concernant les territoires palestiniens occupés sont supérieurs à ceux qui apparaissent dans ce rapport, ce qui signifie que le nombre total d'attaques contre les services de santé est supérieur à ce qui est présenté dans ce rapport.

2 Le nombre de pays en conflit où des attaques contre les services de santé ont été répertoriées est le même que dans notre rapport de 2017, mais la liste des pays a changé en fonction des pays en conflit et des attaques répertoriées.

3 OMS. Densité et répartition du personnel de santé. (en anglais) <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-c-viz?lang=en> (consulté le 14 mars 2019).

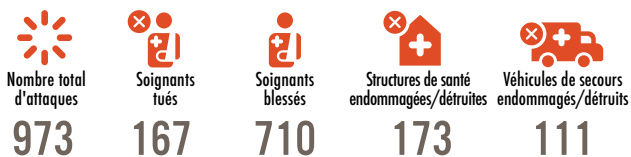
4 OMS. Système de surveillance des attaques contre les services de santé : Méthodologie. (en anglais). Décembre 2018. <https://www.who.int/emergencies/attacks-on-health-care/SSA-methodology-6February2018.pdf?ua=1>

L'ensemble des données concernant les attaques est disponible en libre accès sur le portail du Humanitarian Data Exchange (HDX).⁵

Nous nous efforçons de n'inclure que des attaques perpétrées par des parties au conflit, mais dans certains pays, il est difficile de faire la distinction entre des actes criminels et des attaques à motivation politique. Le SSA ne collecte aucune information sur les auteurs, c'est pourquoi les informations sur les auteurs des attaques ont été omises pour les incidents rapportés par le SSA. De plus, il existe des différences importantes entre les données, qui peuvent être attribuées à la rigueur variable des systèmes locaux de collecte de données. Par exemple, le SSA a répertorié des centaines d'attaques dans les territoires palestiniens occupés, et seulement un petit nombre au Yémen, ce qui n'est probablement pas représentatif de la situation sur le terrain.

Nous n'avons pas pu obtenir suffisamment de données pour déterminer le nombre de blessés, de malades, ou de passants, qui ont été tués ou blessés au cours de ces attaques. Lorsque l'information est disponible, elle est présentée dans la partie décrivant les attaques pays par pays.

APERÇU GÉNÉRAL



Les pays comptant le plus grand nombre d'attaques répertoriées en 2018 sont les territoires palestiniens occupés (308), la Syrie (257), l'Afghanistan (98), le Yémen (53), la Libye (47) et la République centrafricaine (RCA) (47). En 2018, nous avons constaté une augmentation du nombre d'incidents rapportés au Cameroun, en Libye, dans les territoires palestiniens occupés et au Yémen, par rapport à 2017, et une diminution du nombre d'incidents en Irak et au Soudan du Sud.

LES ATTAQUES CONTRE LES STRUCTURES DE SANTÉ ET LES VÉHICULES DE SECOURS

40 structures de santé ont été détruites dans 11 pays et 180 attaques qui ont endommagé des structures de santé ont été rapportées dans 17 pays.

Plus de 120 attaques aériennes et au sol ont visé des structures de santé en Syrie, et 23 structures de santé ont été frappées plusieurs fois, le plus souvent par les forces gouvernementales et les forces russes. Au cours de l'assaut final du gouvernement contre la Ghouta orientale, qui a donné lieu à un des bombardements les plus importants de la guerre en Syrie, les forces syriennes et les forces alliées ont touché quatre hôpitaux en février 2019, et quatre autres dans les jours qui ont suivi.

Au Yémen, il y a eu au moins sept attaques aériennes contre des structures de santé, une attaque aérienne contre une ambulance, et 15 cas de tirs d'artillerie contre des structures de santé et des véhicules de secours. Dans un cas, une frappe aérienne de la coalition dirigée par l'Arabie saoudite a touché un centre de traitement du choléra de Médecins Sans Frontières (MSF) à Abs, alors qu'il était clairement identifié comme une structure médicale. L'attaque a détruit un service d'accueil des patients et endommagé un service adjacent, le toit et des murs, et le centre de traitement n'était plus opérationnel. Au Yémen, il y a aussi eu au moins deux cas de doubles frappes, au cours desquelles les secouristes ont été tués après être venus aider les victimes d'une première attaque. Cinq soignants ont été tués et un soignant a été blessé au cours de ces frappes.

En Libye, l'OMS a rapporté que l'hôpital Al-Jala de Benghazi a été attaqué quatre fois, et que ces attaques pourraient conduire à la fermeture de cet hôpital essentiel. En République démocratique du Congo (RDC), il y a eu sept incidents au cours desquels des forces armées sont entrées dans des structures de santé. Au cours d'un de ces incidents, une infirmière et une patiente ont été agressées sexuellement, et une tentative d'agression a été commise contre une autre infirmière. En RCA, des attaques ont touché 22 structures de santé, ce qui a conduit un grand nombre d'entre elles à fermer temporairement ou à suspendre leurs activités, parfois pendant de longues périodes.

Au moins 93 ambulances ou véhicules de secours ont été endommagés dans neuf pays et 20 ont été volés ou détournés. 18 véhicules de secours ont été détruits au Burkina Faso, en Égypte, dans les territoires palestiniens occupés, en Syrie et au Yémen. En Syrie et en Afghanistan, des dispositifs explosifs improvisés ont été placés dans des ambulances et les ont endommagées. Au cours d'une attaque en janvier, un kamikaze conduisant une ambulance remplie d'explosifs, a prétexté transporter un patient blessé pour passer un check-point à grande vitesse, avant de faire exploser la bombe, faisant au moins 95 morts.

⁵ Humanitarian Data Exchange. Mai 2019. <https://data.humdata.org/dataset/shchealthcare-dataset>

Au Yémen, des groupes armés ont « militarisé » des hôpitaux. Par exemple, en novembre, des Houthis ont pris le contrôle de l'hôpital du 22 Mai et ont placé des tireurs sur le toit, ce qui a suscité des représailles de la part des forces progouvernementales. Les combats se sont alors intensifiés dans toute la ville et se sont rapprochés dangereusement de l'hôpital gouvernemental de al-Thawra, provoquant la fuite de centaines de patients et de soignants.

Les attaques contre les structures de santé ont eu un effet considérable sur l'accès aux soins. En Afghanistan, la violence et les menaces ont forcé 140 cliniques à fermer entre juin 2017 et juin 2018, privant d'accès aux soins une population de deux millions de personnes. En Libye, au Yémen et dans quatre états du nord du Nigéria, plus de la moitié des structures de santé ont fermé, ou ne sont plus totalement opérationnelles. En Syrie, plus de la moitié des structures de santé privées ne sont plus totalement opérationnelles, et plus d'un tiers des hôpitaux publics ont été fermés au deuxième semestre 2018.

LES ATTAQUES CONTRE LES SOIGNANTS

Des soignants ont été tués dans 17 pays, au cours de déplacements, ou tués par des frappes aériennes, par des bombes ou par des soldats. La Syrie et l'Afghanistan comptent le plus grand nombre de soignants tués en 2018. Au total, 88 soignants ont été tués en Syrie, dont plus de la moitié par des frappes aériennes, et 19 soignants ont été tués en Afghanistan. Dans les territoires palestiniens occupés, trois soignants ont été tués par des soldats israéliens au cours des manifestations de la Grande marche du retour à Gaza. Des soignants ont aussi été tués au Burkina Faso, au Cameroun, en RCA, en RDC, en Irak, au Mali, en Birmanie, au Nigéria, au Pakistan, aux Philippines, en Somalie, au Soudan du Sud, en Ukraine, et au Yémen.

95 soignants ont été kidnappés, dont 21 au Nigéria et 17 en Afghanistan. Au Nigéria, Hauwa Mohammed Liman, une sage-femme, a été retenue prisonnière à partir de mars 2018 et jusqu'à son exécution, par le groupe de la Province d'Afrique de l'Ouest de l'État Islamique⁶ en octobre.

Le nombre d'attaques répertoriées ciblant des équipes de vaccination en Afghanistan, en RCA, en RDC, au Pakistan, en Somalie et au Soudan est plus important qu'en 2017. Au cours de ces attaques, six soignants ont été tués et six autres blessés.

Un grand nombre de soignants ont été blessés dans 15 pays par des tirs à balles réelles, des gaz lacrymogènes (à la fois par inhalation des gaz ou en étant touchés par les grenades

lacrymogènes), des balles en caoutchouc, des armes explosives, notamment des bombes barils, des frappes aériennes, des attaques au couteau et des bombes placées dans des ambulances. Dans les territoires palestiniens occupés, plus de 150 soignants ont été blessés par des armes non léthales comme des balles en caoutchouc et des gaz lacrymogènes au cours des manifestations de la Grande marche du retour à Gaza. Au Cameroun, il a été rapporté que les forces camerounaises ont ouvert le feu sur une ambulance qui transportait des patients, blessant gravement une infirmière.

REFUS D'ACCÈS AUX SOINS

Bien que le refus d'accès aux soins soit rarement signalé, nous avons répertorié des incidents en RCA, en Birmanie, dans les territoires palestiniens occupés et aux Philippines. Ces incidents incluent à la fois des barrières administratives et physiques à l'accès aux soins. En Ukraine, des infrastructures d'accès à l'eau potable ont été bombardées. En RCA, en Birmanie, dans les territoires palestiniens occupés et aux Philippines, des groupes armés non gouvernementaux ou des forces gouvernementales ont bloqué la fourniture de services de santé ou l'accès d'une population à des services de santé. Dans les territoires palestiniens occupés, Israël a refusé des autorisations de sortie à des personnes vivant à Gaza qui tentaient d'accéder à des soins de santé, et a bloqué l'accès à Gaza à des équipes de santé.

Dans l'est de la RDC, la violence dans et autour des structures de santé a conduit de nombreuses cliniques à fermer pour des raisons de sécurité, ce qui a créé des retards problématiques dans la fourniture de services de santé essentiels, qui ont duré plusieurs jours. Cela a fragilisé les efforts réalisés pour contenir la propagation du virus Ebola. L'OMS reste très préoccupée par la situation sécuritaire, car non seulement la violence met en danger les soignants et les patients, mais elle entrave aussi les efforts réalisés pour identifier les contacts que les malades ont eus avec d'autres personnes, et elle renforce les risques de propagation de la maladie. Au cours d'un incident, le groupe armé des Forces Démocratiques Alliées a lancé une attaque contre les forces de l'ONU près d'un centre de traitement Ebola, tué sept soldats de maintien de la paix, et provoqué la fermeture temporaire des centres de traitement de la région.

LES AUTEURS DES ATTAQUES

Pour certains pays, nous avons reçu suffisamment d'informations pour nommer précisément les auteurs

⁶ Les groupes affiliés à l'État Islamique sont tous en lien, mais nous avons choisi d'utiliser leur dénomination par pays dans tout le rapport.

des attaques. Dans l'ensemble, nous recevons des informations précises sur les auteurs des attaques dans 47 % des cas. Parmi ces incidents, 71 % sont attribués aux forces gouvernementales et 27 % à des forces non gouvernementales.

Au Cameroun, au Soudan et en Syrie, plus de la moitié des attaques auraient été perpétrées par des forces gouvernementales ; en Syrie, ce chiffre inclut à la fois les forces gouvernementales syriennes et des forces étrangères. Au cours d'un incident au Cameroun, l'armée camerounaise aurait brûlé un centre de santé, tuant au moins 13 patients, dont une femme qui venait d'accoucher. En Syrie, 174 attaques auraient été perpétrées par des forces gouvernementales, notamment celles du gouvernement syrien, les forces russes et les forces turques, ce qui constitue 68 % de toutes les attaques.

En RDC et en Somalie, plus de la moitié des attaques ont été attribuées à des acteurs non gouvernementaux, dont la moitié des incidents en Somalie auraient été perpétrés par Al-Shabab. En RDC, 83 % des attaques rapportées ont été attribuées à des acteurs non gouvernementaux, notamment le groupe rebelle Mai-Mai, et 88 % de toutes les attaques rapportées ont eu lieu dans les provinces orientales du Nord et du Sud Kivu.

LE RECOURS AUX ARMES

Lorsque cela était possible, nous avons collecté des informations sur l'usage des armes. Les auteurs des attaques auraient utilisé une arme dans 779 attaques. Les auteurs des attaques ont utilisé des armes à feu dans 137 attaques, des armes explosives dans 272 attaques, et dans 27 % des cas, il s'agissait d'explosifs, dans 55 % des cas de bombes aériennes, et dans 10 % des cas, de dispositifs explosifs improvisés. Les auteurs des attaques ont eu recours à des couteaux ou ont déclenché des incendies dans 82 attaques. Au Yémen, plus de la moitié des attaques ont été perpétrées avec des armes explosives. En Afghanistan, il y a eu au moins deux attaques-suicides, toutes les deux dans la capitale, Kaboul. Ces attaques ont causé la mort de 124 personnes.

CE RAPPORT SE BASE SUR LES DONNÉES QUE NOUS AVONS COLLECTÉES. NOUS AVONS VÉRIFIÉ TOUS LES CHIFFRES, MAIS DES ERREURS SONT POSSIBLES. NOUS INVITONS LES LECTEURS À NOUS CONTACTER S'ILS CONSTATENT DES ERREURS DANS LES CHIFFRES.

7 SHCC. Violence sur le front : les attaques contre les services de santé en 2017. Mai 2017. (en anglais). <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2018final.pdf>.

ANALYSE

Le nombre d'attaques contre les services de santé répertoriées dans ce rapport en 2018 (973) est supérieur à celui de notre rapport en 2017 (701), ce qui est peut-être le résultat d'une meilleure collecte de données.⁷ La situation est très préoccupante, et dans les pays les plus touchés — l'Afghanistan, le Cameroun, la RCA, la RDC, la Libye, le Mali, le Nigéria, les territoires palestiniens occupés, le Soudan du Sud, la Syrie et le Yémen — les attaques, associées au départ de nombreux soignants, ont considérablement réduit l'accès aux services de santé. La violence contre les acteurs de la santé en Syrie n'a que peu attiré l'attention, mais il y a eu plus de 250 attaques en 2018 dans ce pays.

Les données présentées dans ce rapport montrent la grande diversité des attaques contre les services de santé en 2018. Il y a eu des frappes aériennes, des tirs d'artillerie, des incendies et des pillages d'hôpitaux, des violences communautaires à l'intérieur des structures de santé, des attaques contre les véhicules de secours et les ambulances, des enlèvements de membres du personnel médical, et des infrastructures de santé ont été utilisées à des fins militaires. Il est inquiétant de constater que des équipes de vaccination ont été attaquées dans au moins six pays. Les efforts réalisés pour contenir et éradiquer l'épidémie de maladie à virus Ebola en RDC ont été limités par la méfiance de la population locale envers la réponse nationale et internationale, ce qui a parfois conduit à ce que des cliniques soient incendiées, et par les menaces et les violences commises par des groupes armés non gouvernementaux.

La collecte de données a connu un développement important en 2018 avec la création du SSA. Cependant, le SSA a des limites auxquelles l'OMS pourrait remédier. Il est nécessaire de collecter plus d'informations concernant les détails de chaque incident et l'identité des auteurs de l'attaque lorsqu'elle est connue. De plus, à part dans le territoire palestinien occupé, les menaces et les entraves à l'accès aux soins sont rarement rapportées, ce qui constitue une lacune à combler. Malgré cela, l'OMS doit être soutenue au niveau international pour la mise en œuvre de cette initiative.

En 2018, des progrès encourageants ont été réalisés pour résoudre le problème de la violence et de l'ingérence dans les services de santé. L'Assemblée générale des Nations Unies a inclus dans sa résolution 73/174 sur les droits de l'homme et le terrorisme, un article qui appelle les États à garantir que les lois antiterrorisme n'empêchent pas le déroulement des activités médicales et humanitaires. La résolution fait

suite à un rapport écrit par la Coalition de protection de la santé dans les conflits⁸ et ses partenaires, qui montre que partout dans le monde les activités des soignants tombent sous le coup de lois antiterroristes et de lois qui y sont liées, parce qu'ils respectent leur devoir éthique de fournir des soins à toute personne qui en a besoin.

De plus, l'organisation non gouvernementale (ONG) l'Appel de Genève a proposé un Acte d'engagement⁹ à des groupes armés non gouvernementaux, pour les encourager à protéger et respecter les services de santé dans les situations de conflit, et à accepter de faire évaluer leur application de cet engagement. L'Acte d'engagement a été ouvert à la signature.

Les institutions de défense des droits de l'homme de l'ONU ont pris des initiatives pour enquêter sur les violations du droit humanitaire et des droits de l'homme. De plus, la Représentante spéciale du Secrétaire général pour les enfants et les conflits armés a listé les auteurs d'attaques répétées contre des écoles et des hôpitaux dans son rapport annuel.

Cependant, peu de progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'application de la résolution 2286 du Conseil de sécurité de l'ONU par les États membres. Les membres du Conseil de sécurité n'ont pas appliqué les mesures simples réclamées par le Secrétaire général de l'ONU en 2016 pour la mise en œuvre de cette résolution. Ces mesures incluent des actions simples, telles que la réforme des lois qui disposent que des soignants soient sanctionnés pour avoir prodigué des soins de façon impartiale, l'intégration des standards internationaux de protection des acteurs de la santé dans les lois nationales, la réforme de la doctrine militaire et de la formation militaire et le renforcement des moyens disponibles pour mener des enquêtes et des mécanismes de responsabilité. Peu de choses ont été faites pour permettre de mener des enquêtes, et encore moins pour renforcer les moyens disponibles, et l'impunité reste la règle.

Les ventes d'armes par les États-Unis et le Royaume-Uni à l'Arabie saoudite se sont poursuivies en 2018, malgré le fait que des enquêteurs des Nations Unies ont montré que les bombardements aveugles d'hôpitaux pourraient être

considérés comme des crimes de guerre. L'utilisation par la Russie de son droit de veto a empêché le renvoi de la Syrie devant la Cour pénale internationale. Israël a refusé de coopérer avec une enquête de l'ONU sur les violations des droits humains à Gaza.

La Coalition salue le travail réalisé par la Pologne, la Suède, la France et l'Allemagne pour maintenir le sujet à l'agenda du Conseil de sécurité, mais nous appelons tous les États à faire leur devoir. Pour que les services de santé soient respectés et protégés, les États doivent appliquer la résolution 2286 du Conseil de sécurité et agir pour garantir la protection des services de santé.

Des opportunités d'action existent pour 2019. Le suivi de la réunion du Conseil de sécurité organisée selon la formule Arria par la France et l'Allemagne en avril 2019, et le débat public sur la protection des civils prévu au cours de la réunion du Conseil de sécurité du mois de mai, sont autant d'occasions d'examiner des propositions concrètes pour prévenir les attaques et mettre fin à l'impunité. De plus, la réunion de haut niveau de l'ONU sur la couverture santé universelle prévue en septembre sera une occasion d'intégrer la notion de sécurité des soins de santé comme un critère clé pour atteindre l'objectif d'un accès à tous les services de santé essentiels pour toutes les communautés dans le monde. Beaucoup de pays cités dans ce rapport ne parviennent pas à respecter la recommandation de l'OMS selon laquelle il faut au moins 4,45 médecins, infirmières et sages-femmes pour 1000 personnes.¹⁰ Mais en 2019, des attaques contre les services de santé mettent en danger la vie des soignants, des blessés et des malades, et ces attaques risquent de forcer encore davantage de soignants à fuir les régions où l'on a désespérément besoin d'eux.

8 Buissonniere, Marine, Sarah Woznick, et Leonard Rubenstein. La Criminalisation des soins de santé. Coalition pour la protection des services de santé dans les conflits, Johns Hopkins Bloomberg School of Global Health: Center for Public Health and Human Rights, Université de l'Essex. Juin 2018. (en anglais) <https://www1.essex.ac.uk/hrc/documents/54198-criminalization-of-healthcare-web.pdf>.

9 L'Appel de Genève. "L'Appel de Genève lance un nouvel Acte d'engagement innovant sur la protection des services de santé dans les conflits armés." 23 novembre 2018 (en anglais). <https://genevacall.org/geneva-call-launches-an-innovative-new-deed-of-commitment-on-protecting-health-care-in-armed-conflict/>

10 OMS. Densité et répartition du personnel de santé. (en anglais) <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-c-viz?lang=en> (consulté le 14 mars 2019).

TOUTES LES PARTIES AU CONFLIT DOIVENT :

1. Adhérer aux dispositions du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme concernant le respect et la protection des services de santé, des blessés, des malades, et la possibilité donnée aux soignants d'assumer leurs responsabilités éthiques en matière de fourniture de soins à toute personne en ayant besoin.
2. Garantir l'application complète de la résolution 2286 du Conseil de sécurité de l'ONU et adopter des mesures concrètes pour renforcer la protection des services de santé et l'accès aux soins de santé dans les contextes de conflit armé, comme exposé dans les recommandations du Secrétaire général au Conseil de sécurité en 2016.
3. En particulier, comme demandé dans la résolution 2286 « mener des enquêtes rapides, complètes, impartiales et efficaces » sur les attaques et les autres formes d'ingérence dans les services de santé afin de garantir que les auteurs de ces attaques soient tenus pour responsables, et afin d'obtenir réparation pour les victimes.

LE CONSEIL DE SÉCURITÉ DE L'ONU DOIT :

1. Adopter officiellement les recommandations pour la mise en œuvre de la résolution 2286 émises par le Secrétaire général en 2016.
2. Exhorter le Secrétaire général à rendre compte de l'adhésion aux dispositions de la résolution 2286 et à ses recommandations.
3. Transmettre les conclusions des enquêtes des experts de l'ONU réalisées en Syrie et en Arabie Saoudite identifiant de possibles crimes de guerre contre les services de santé, à la Cour pénale internationale pour une enquête complémentaire.
4. Prévoir des séances d'information sur la situation dans les pays identifiés dans ce rapport, où les services de santé subissent les attaques les plus graves. Ces séances d'informations doivent inclure des informations sur les enquêtes menées et les mécanismes de responsabilité que l'État concerné a mis en œuvre.
5. User de son autorité pour imposer, le cas échéant, des sanctions contre les auteurs de violences à l'encontre des services de santé.

6. Exhorter les gouvernements des États membres à prendre les mesures recommandées par le Secrétaire général en 2016 pour la mise en œuvre effective de la résolution 2286.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ONU DOIT :

1. Préparer un rapport sur l'application par les États membres des dispositions de la résolution 2286 et des recommandations préalables du Secrétaire général.
2. Fournir des briefings par pays au Conseil de sécurité, comme demandé dans la recommandation 4 ci-dessus. Ils devront être fournis par les agences de l'ONU dont le mandat comprend l'identification des auteurs des attaques.
3. Inclure en annexe de son rapport annuel sur les Enfants et les Conflits armés, une liste de tous les auteurs de violations graves des droits de l'enfant dans les conflits, notamment les auteurs d'attaques contre les hôpitaux et les soignants.
4. Inclure dans ses propositions de budget annuel les ressources nécessaires pour garantir que les mécanismes d'enquête et de responsabilité ont les ressources financières et l'expertise nécessaire pour mener à bien leurs missions.
5. Pour faire suite à son rapport de 2016 sur la résolution 2286, renforcer le rôle des opérations de maintien de la paix pour contribuer à un environnement permettant « la fourniture de soins médicaux en toute sécurité », et appliquer la Déclaration d'engagements communs sur les opérations de maintien de la paix de l'ONU de 2019 en ce qui concerne la protection des civils ; prendre des mesures concrètes pour élaborer des directives et des formations pour les soldats de maintien de la paix, portant sur les actions et les comportements spécifiques nécessaires pour protéger les services de santé.
6. Inclure l'examen des moyens nécessaires pour renforcer la sécurité des services de santé dans les pays vulnérables et touchés par des conflits, dans le Forum politique de haut niveau sur le développement durable portant sur la réalisation des Objectifs de développement durable (dans le cadre de la réalisation de l'Agenda 2030), et dans la Réunion de haut niveau sur la couverture santé universelle.

LES ÉTATS MEMBRES DOIVENT :

1. Développer un cadre politique national fondé sur les bonnes pratiques et établissant clairement l'autorité et la responsabilité des institutions en termes de protection des civils et des biens civils au cours des hostilités, comme recommandé par le Secrétaire général dans son [rapport 2018](#) sur la protection des civils. Inclure dans leurs cadres politiques les étapes nécessaires à l'application de la résolution 2286.
2. Par le biais de leurs ministères de la Défense et de l'Intérieur, selon les cas :
 - a. Examiner et réviser les politiques militaires et les pratiques de formation militaire, pour garantir le respect des obligations de respect et de protection des services de santé en ce qui concerne les intrusions de forces armées dans les structures médicales, le comportement des forces armées dans les check points, et toutes autres circonstances où les services de santé sont exposés à des risques liés aux opérations militaires.
 - b. Respecter les règles interdisant d'entrer avec des armes dans les hôpitaux et les autres structures de santé.
 - c. Coopérer avec les ministères de la Santé et suivre leurs directives concernant les mesures qui peuvent être prises pour protéger les structures de santé de l'ingérence de forces armées gouvernementales.
 - d. Sanctionner les soldats et les membres du personnel de sécurité qui entravent l'accès aux structures de santé, en bloquant l'accès, menaçant ou agressant les membres du personnel de ces structures alors qu'ils réalisent des activités de soins de santé en adéquation avec leur mission et leurs obligations éthiques.
 - e. Réaliser une évaluation annuelle complète des performances de toutes leurs forces militaires, de police et de sécurité en matière de protection des services de santé dans les conflits, en particulier lorsque des forces armées ont entravé ou bloqué l'accès aux soins de santé, perpétré des violences contre des structures de santé, du personnel de santé ou des blessés et des malades, ou arrêté ou sanctionné des soignants pour avoir fourni des soins à une personne considérée comme un ennemi.
3. Par le biais de leurs ministères de la Santé :
 - a. Collecter des données sur les violences et les menaces contre les structures de santé dans les contextes de conflit, dans le cadre de la surveillance sanitaire courante et des activités d'assurance de la qualité.
 - b. Développer des systèmes pour collecter des informations de la part d'ONG et d'organisations de la société civile, sur des actes qui entravent l'accès à des structures de santé ou les bloquent, et sur des menaces et des agressions contre les membres de leur personnel réalisant des activités de soins de santé.
 - c. Soutenir activement les structures de santé en cherchant à leur donner les moyens d'assurer leur sécurité, notamment en intervenant auprès d'autres ministères et d'autres acteurs qui contreviennent ou pourraient contrevioler à la protection des structures de santé contre les attaques.
 - d. Intervenir comme interlocuteur avec les ministères de la Défense et de l'Intérieur pour renforcer la sécurité des structures et du personnel de santé.
4. En accord avec la résolution 73/174 de l'Assemblée générale sur les droits de l'homme et la lutte contre le terrorisme, réformer les lois et les pratiques policières et judiciaires afin de ne pas entraver les services humanitaires et médicaux, ni sanctionner ceux qui les fournissent à des personnes blessées ou malades, quelle que soit leur affiliation politique.
5. S'abstenir de vendre des armes aux auteurs d'attaques contre les services de santé.
6. Renforcer les mécanismes nationaux permettant de mener des enquêtes approfondies et indépendantes sur les violations supposées.
7. Garantir que les auteurs d'attaques sont tenus responsables de ces violations du droit.
8. Mener des actions diplomatiques efficaces, telles que des déclarations et des démarches publiques, contre les auteurs d'attaques contre les services de santé.
9. Mener des actions pour s'acquitter de leurs responsabilités en termes de garantie du respect du droit international humanitaire, comme mentionné dans le premier article de chaque Convention de Genève. Pour cela, ils doivent diligenter des enquêtes sur les cas où des forces militaires alliées ou gouvernementales pourraient avoir attaqué des hôpitaux ou d'autres structures de santé.
10. Soutenir le système de surveillance des attaques contre les services de santé de l'OMS.
11. Rendre compte au Secrétaire général des actions menées pour répondre aux objectifs de la résolution 2286.

L'OMS DOIT CONTINUER DE DÉVELOPPER SON SYSTÈME DE SURVEILLANCE DES ATTAQUES CONTRE LES SERVICES DE SANTÉ ET :

1. Chercher de nouveaux partenaires, notamment des ONG, pour garantir que le système prend en compte toutes les attaques.
2. Fournir des informations décrivant les faits essentiels survenus lors d'un incident (sans mentionner la localisation le cas échéant pour des raisons de sécurité), et prendre des mesures pour permettre d'identifier les auteurs des attaques lorsqu'ils sont connus.

LES GROUPES ARMÉS NON GOUVERNEMENTAUX DOIVENT :

1. Signer l'Acte d'engagement de l'Appel de Genève sur la protection des services de santé et prendre des mesures permettant son application, son évaluation et garantissant sa responsabilité, comme décrit dans l'Acte d'engagement.





SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT

La Coalition de protection de la santé dans les conflits est un groupe de plus de 35 organisations œuvrant pour la protection des acteurs et des services de santé menacés par la guerre ou les troubles civils. Nous avons contribué à sensibiliser l'opinion aux attaques mondiales contre la santé et avons exhorté les agences des Nations Unies à intensifier leur action mondiale pour protéger la sécurité des soins de santé. Nous surveillons les attentats, renforçons les normes universelles de respect du droit à la santé et demandons que les auteurs rendent compte de leurs actes.

www.safeguardinghealth.org