

L'initiative « Les soins de santé en danger »

Réunion régionale Afrique

24 – 25 juin 2020

Table des matières

L'initiative « Les soins de santé en danger ».....	3
Stratégie 2020-2022 relative aux soins de santé en danger	3
Réunions régionales	4
Respect des services de santé par les porteurs d'armes	5
Mauvaise perception des personnels de santé : un défi en cas d'épidémie ou de pandémie dans une zone de conflit.....	9
Formation de coalitions et mobilisation en faveur du changement : expériences de collaborations visant à renforcer le respect des soins de santé	16
Outils de prévention pour atténuer l'impact de la violence contre les soins de santé et les structures médicales.....	20

L'initiative « Les soins de santé en danger »

Garantir la sécurité de la fourniture des soins de santé et accorder une protection spéciale aux personnels de santé, aux structures médicales et aux véhicules sanitaires est un principe ancré dans les origines mêmes du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Au cours des dix dernières années, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et le Mouvement se sont particulièrement attachés à rendre plus sûr l'accès aux services médicaux à travers l'initiative « Les soins de santé en danger ».

L'adoption de la résolution sur les soins de santé en danger à la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2011 a institué officiellement l'initiative. Le plaidoyer du CICR et de nos partenaires en faveur de la protection des soins de santé a généré une mobilisation importante autour de ce thème, débouchant sur l'adoption de plusieurs résolutions à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil de sécurité des Nations Unies (résolution 2286). Une campagne mondiale de sensibilisation et de mobilisation a été menée parallèlement auprès d'organisations représentant 30 millions de personnels de santé dans le monde. La campagne a rallié le soutien de partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du Mouvement, rassemblant des experts mondiaux pour mettre en lumière les questions relatives aux soins de santé en danger.

Stratégie 2020-2022 relative aux soins de santé en danger

La Stratégie 2020-2022 relative aux soins de santé en danger s'appuie sur la méthode de la théorie du changement et poursuit quatre objectifs.

- Objectif 1 : **Les porteurs d'armes respectent les services de santé et permettent la fourniture de soins en toute sécurité.**
- Objectif 2 : **Les États adoptent et mettent en œuvre une législation visant à protéger les soins de santé contre la violence.**
- Objectif 3 : **Les prestataires de soins de santé sont mieux préparés pour prévenir la violence, et/ou l'atténuer et y faire face.**
- Objectif 4 : **La population des pays touchés par des conflits et d'autres situations d'urgence respecte davantage les soins de santé.**

Réunions régionales

La stratégie met l'accent sur la mise en œuvre de mesures concrètes aux niveaux local et national. En parallèle, l'initiative « Les soins de santé en danger » a réorienté son action, privilégiant la tenue de réunions des parties prenantes au niveau régional plutôt que mondial. Cette perspective régionale permet d'échanger des données d'expérience sur les opérations menées et les approches adoptées et de développer et renforcer les partenariats locaux et nationaux, créant ainsi une communauté d'intérêt visant à prévenir et combattre la violence exercée contre les soins de santé. Le partenariat avec la communauté d'intérêt est un élément central pour faire avancer notre programme commun.

L'initiative « Les soins de santé en danger » vise à mieux comprendre les dynamiques régionales afin de soutenir les actions sur le terrain. Elle mobilise les acteurs clés au travers de forums régionaux, travaille avec les institutions régionales pour appuyer les législations nationales appropriées et encourage les partenaires du Mouvement à explorer les voies de la collaboration et de l'apprentissage par les pairs.

Des réunions régionales ont eu lieu en 2019 à Manille pour la région Asie-Pacifique et à Beyrouth pour la région Proche et Moyen-Orient. Les participants ont apprécié de pouvoir échanger autour d'expériences, de dynamiques et de questions culturelles similaires avec les parties prenantes des pays voisins.

Une réunion était prévue pour la région Afrique à Tunis, du 23 au 25 juin 2020. La réunion en présentiel a dû être annulée à cause des restrictions liées au Covid-19. Elle a été remplacée par une version condensée sous forme d'un webinaire de deux jours. Le programme et les quatre sessions de la réunion de la région Afrique se sont articulés dans les grandes lignes autour des quatre axes de travail de la théorie du changement.

Jour 1 Session 1

Respect des services de santé par les porteurs d'armes

Président : M. Mamadou Sow, chef de la délégation régionale pour l'Afrique australe, CICR

Intervenants : M. Jan Tijmen Ninck Blok, chercheur spécialiste des questions militaires, Initiative « Les soins de santé en danger », Genève, CICR

Mme Juliet Kelechi Unubi, conseillère en affaires humanitaires, délégation du Nigéria, CICR

Mme Catherine Hiltzer, cheffe de la Région Afrique pour l'Appel de Genève

Après avoir souhaité la bienvenue à toutes les personnes assistant virtuellement à la première session, M. Mamadou Sow est revenu sur une série d'événements en rapport avec l'attaque meurtrière récemment perpétrée contre une maternité. Selon lui, ces attaques portaient atteinte à notre humanité et à notre dignité. L'interaction avec les porteurs d'armes dans les situations d'urgence et les conflits pour protéger les soins de santé était essentielle pour l'action du CICR, et il a relevé la participation décisive de nombreuses parties prenantes sur cette question.

M. Sow a rappelé qu'en 2013 à [Sydney](#), les experts militaires de 21 États et organisations multilatérales réunis par le CICR avaient identifié les évacuations par voie terrestre, les fouilles pratiquées dans des structures médicales et les précautions à prendre en cas d'attaque comme étant des domaines où il fallait prendre des mesures pratiques. Pour parler de ces travaux en cours, il a accueilli le premier intervenant, M. Jan Tijmen Ninck Blok, chercheur spécialiste des questions militaires pour le compte de l'initiative « Les soins de santé en danger », qui met actuellement la touche finale à un projet de recherche portant sur le respect des services de santé par les porteurs d'armes et la protection des soins de santé par les forces armées étatiques.

M. Ninck Blok a expliqué que ses travaux avaient pour but d'examiner la conduite et la pratique militaires en matière de protection des soins de santé dans les conflits armés afin de recenser les bonnes pratiques susceptibles d'être transposées dans d'autres contextes. Il s'agissait d'évaluer l'intégration de la protection des soins de santé dans la doctrine militaire et les mesures concrètes. Considérant les forces armées étatiques comme des vecteurs de protection, il était intéressant de voir ce que les forces armées avaient fait et pouvaient faire pour contribuer à assurer l'accès aux soins de santé et leur fourniture en toute sécurité.

Les travaux ont révélé qu'en l'état actuel de la doctrine et de la pratique, l'intégration du cadre normatif était très limitée, surtout au niveau opérationnel. En l'absence d'orientations claires, la décision par défaut consistait généralement à s'abstenir de lancer une attaque. On pouvait se demander quelle place occupait la protection des soins de santé dans les calculs opérationnels face

aux impératifs urgents des opérations militaires. En outre, les principes directeurs étaient difficiles à cerner car les États étaient peu enclins à divulguer des informations sensibles ayant trait à la doctrine militaire.

Néanmoins, plusieurs domaines dans lesquels les forces armées pouvaient jouer un rôle majeur en faveur de la protection des soins de santé ont été recensés. Une boîte à outils comprenant des mesures pratiques a été élaborée, l'accent étant mis sur la compréhension de l'environnement opérationnel, la coordination avec les prestataires civils de soins de santé, la réglementation du comportement du personnel militaire et des mesures spécifiques à certains domaines.

M. Ninck Blok a évoqué trois moyens clés par lesquels les prestataires de soins pouvaient contribuer spécifiquement à la protection des soins de santé. Le premier par le biais de la coordination entre civils et militaires. S'il était important que les travailleurs humanitaires restent neutres et indépendants dans un tel contexte, l'échange d'informations n'en était pas moins essentiel. Mettre en avant les activités en cours et les conséquences d'un accès non sécurisé aux soins de santé pouvait assurer la protection. Une deuxième piste consisterait à faire appel au personnel médical militaire, qui serait mobilisé en temps de crise pour sauver des vies. Un troisième moyen serait les évacuations médicales, auxquelles on recourrait lorsqu'un niveau de soins plus élevé serait nécessaire. La mise en place d'un mécanisme de coordination permettrait l'évacuation des civils et du personnel militaire. M. Ninck Blok a énoncé quelques idées préalables pour procéder à une évaluation en cas d'interaction avec les forces armées sur ces questions.

Une telle évaluation permettrait de mieux faire respecter les structures médicales et d'améliorer la fourniture des services. Les capacités médicales militaires pourraient également être mises à contribution pour assurer les services courants ou d'urgence, améliorant ainsi la prise en charge. Une meilleure communication contribuerait par ailleurs à garantir la continuité des services et à assurer la planification des mesures d'urgence, notamment lors du départ des militaires.

En conclusion, M. Ninck Blok a indiqué que le rapport, disponible dans plusieurs langues, serait publié au quatrième trimestre de 2020. Poursuivant sur la question de l'interaction entre l'application des lois, les droits de l'homme et les systèmes de santé, M. Sow a donné la parole à Mme Juliet Kelechi Unubi.

Conseillère aux affaires humanitaires auprès de la délégation du Nigéria, Mme Unubi travaillait depuis près de dix ans pour d'autres organisations dans le domaine humanitaire et du développement. Elle a axé la discussion sur le dialogue multidimensionnel instauré par la délégation du Nigéria avec les porteurs d'armes autour de la question des blessures par balle. Elle a décrit une situation caractérisée par des niveaux de violence élevés - l'opposition armée était active dans le nord-est du Nigéria et dans le bassin du lac Tchad, et des affrontements opposaient les forces gouvernementales et des gangs dans d'autres régions du Nigéria, faisant un grand nombre de victimes dans la population civile.

Les personnes blessées par balle au Nigéria étaient souvent harcelées, voire arrêtées par les autorités ou refoulées par les établissements médicaux, d'où un risque de complications médicales causant des handicaps et des morts inutiles. Se faire tirer dessus équivalait trop souvent à une condamnation à mort, la victime décédant sur le champ ou après coup. Le problème se situait dans le droit national.

DANS L'ENSEMBLE, EN L'ÉTAT ACTUEL DE LA DOCTRINE ET DE LA PRATIQUE, L'INTÉGRATION DU CADRE NORMATIF EST TRÈS LIMITÉE, SURTOUT AU NIVEAU OPÉRATIONNEL.

M. Jan Tijmen Ninck Blok

Mme Unubi a cité la loi sur les vols qualifiés et les armes à feu de 1984 (Robbery and Firearms Act)¹, dont les nombreuses ambiguïtés laissent la porte ouverte à des interprétations et des applications erronées de la loi.

En 2016, le CICR créait une communauté d'intérêt des soins de santé en danger dans l'État de Rivers au Nigéria, à l'origine de deux actions principales. Premièrement, sensibiliser la population à l'interprétation correcte de la loi - il n'était pas nécessaire de signaler le cas à la police avant de se faire soigner - en proposant un ensemble d'outils de communication et en mettant au point un outil de gestion des données à l'échelle nationale. Cette action a été suivie d'un appel à la mobilisation pour obtenir une directive écrite de l'inspecteur général de la police. La délégation a rencontré la police à Abuja et la requête a été acceptée, le CICR prenant en charge les coûts d'impression de cette directive.

La directive énonçant que la police ne doit pas entraver l'accès aux soins de santé et que les patients ont droit à des soins avant tout signalement a été publiée cette année-là. Le CICR a continué de diffuser cette directive dans le pays. L'Assemblée nationale s'est prononcée en faveur de cette mesure et a adopté une loi rendant obligatoire la prise en charge des patients blessés par balle dans les établissements de santé privés et publics, loi signée par le président en 2017².

Le CICR suivra l'application de cette loi et poursuivra son dialogue avec les parties prenantes concernées, notamment la communauté des soins de santé. M. Sow a remercié Mme Unubi pour sa présentation centrée sur la police et a orienté le débat sur les groupes armés. Il a relevé le travail effectué dans le document sur les groupes armés publié en 2015 par le CICR³, qui contenait une déclaration que les groupes armés pouvaient utiliser pour protéger les soins de santé. Précisant que l'Appel de Genève avait repris le flambeau et accompli beaucoup de choses dans ce domaine, il a souhaité la bienvenue à Mme Catherine Hiltzer, qui travaillait pour l'Appel de Genève depuis 2017 après avoir œuvré auprès de plusieurs autres organisations, dont le CICR.

Prenant la parole, Mme Hiltzer a parlé de l'Acte d'engagement de l'Appel de Genève et de la République démocratique du Congo (RDC). Elle a noté que les attaques contre les soins de santé étaient un problème de longue date dans le pays, citant un rapport publié par l'Université de Manchester et la London School of Hygiene and Tropical Diseases qui recensait 397 attaques entre janvier et octobre 2019, dont au moins 65 perpétrées par des acteurs non étatiques. L'épidémie d'Ebola avait exacerbé la situation et une grande partie de la violence s'exerçait entre les membres des différentes communautés.

Mme Hiltzer a expliqué que c'était pour cette raison que l'Appel de Genève avait mis l'accent sur la sécurité de l'accès aux soins de santé dans la région. L'organisation était persuadée que des communautés bien informées étaient plus à même de défendre leurs droits. Il fallait commencer par déterminer les besoins, sensibiliser la population à ses droits et aider les communautés à élaborer des stratégies de protection. L'Appel de Genève comportait quatre actes d'engagement thématiques, par

¹ <https://nlipw.com/robbery-firearms-special-provisions-act>

² Pour une étude sur la déclaration des cas de blessures par arme à feu, voir <https://www.isdc.ch/media/1834/17-120-final-nov19.pdf>

³ <https://www.icrc.org/fr/doc/assets/files/publications/icrc-001-4243.pdf>

UNE BLESSURE PAR BALLE ÉQUIVALE À UNE TROP SOUVENT À UNE CONDAMNATION À MORT – LA VICTIME DÉCÉDANT SUR LE CHAMP OU APRÈS COUP.

Mme Juliet Kelechi Unubi

lesquels les groupes armés non étatiques pouvaient s'engager publiquement à soutenir le droit international humanitaire et les normes applicables. Ce processus devait aller de pair avec un plan détaillé de mise en œuvre des mesures de manière à induire un changement de comportement.

Dans le cas de la RDC, l'Alliance des patriotes pour un Congo libre et souverain avait signé, en août 2019, un acte d'engagement portant sur la protection des soins de santé au Nord-Kivu. Le plan de mise en œuvre élaboré au cours des mois suivants arrivait à point nommé, la diffusion du message coïncidant avec l'apparition des problèmes causés par le Covid-19 dans la communauté. Le plan continuait d'être appliqué. M. Sow a remercié Mme Hiltzer pour son excellente présentation.

DES COMMUNAUTÉS BIEN INFORMÉES SONT PLUS À MÊME DE DÉFENDRE LEURS DROITS.

Mme Catherine Hiltzer

Lors de la séance de questions-réponses, quelqu'un a demandé à quel point le grand public était conscient de ces problèmes. Mme Hiltzer a répondu qu'il était difficile d'évaluer dans quelle mesure les communautés comprenaient leurs droits. Par exemple, la population pouvait être « taxée » par des acteurs armés pour avoir accès aux soins de santé. Avec une meilleure connaissance du cadre juridique et un changement de perspective, les gens pourraient enfin dénoncer une situation qu'ils savaient injuste, mais devant laquelle ils étaient impuissants. Cela s'appliquait tout particulièrement à la sécurité de l'accès aux soins de santé. Mme Unubi a souligné combien il était important d'intégrer des messages sur la protection des personnels de santé et des patients dans les interactions avec les différentes

communautés, que ce soit à travers la communication publique ou des approches plus subtiles comme la protection intracommunautaire.

Il a ensuite été demandé à Mme Unubi dans quelle mesure les prestataires de soins de santé devaient eux aussi être sensibilisés à ces problèmes. Dans sa réponse, Mme Unubi a souligné l'importance d'une communication à double sens, notamment avec la communauté des soins de santé. Par exemple, les prestataires de soins de santé étaient tenus de soigner les blessés et il était nécessaire de leur rappeler cette obligation de temps à autre.

Une autre question portait sur les réactions qu'une déclaration pouvait susciter de la part des groupes armés non étatiques ou des forces armées. Selon M. Ninck Blok, les forces armées étatiques étaient généralement favorables au respect du droit international humanitaire ou des principes médicaux, mais elles craignaient la légitimation des acteurs non étatiques. Mme Hiltzer a noté que la perception des actes d'engagement différait d'un endroit à l'autre. Elle a réaffirmé que l'acte d'engagement n'était qu'un outil parmi d'autres et qu'une approche pragmatique était primordiale. Revenant sur une question précédente, elle a fait remarquer que la menace d'actes de violence pouvait être brandie ou de tels actes commis lorsque la gamme complète de services faisait défaut dans un endroit donné, citant un exemple tiré d'un autre contexte.

M. Kadio Harouna s'est ensuite interrogé sur les raisons politiques et sociologiques conduisant à attaquer les structures médicales. M. Ninck Blok a répondu que ces structures étaient souvent choisies pour cible précisément à cause des retombées dramatiques que ces attaques avaient pour l'ensemble de la population civile. Une dernière question a porté sur l'éthique, le triage et le traitement des cas les plus urgents. Selon M. Ninck Blok, les considérations éthiques étaient bien prises en compte par les forces armées. Cependant, en cas d'afflux massif de blessés aux affiliations potentiellement différentes, le personnel médical militaire était confronté à des choix difficiles, susceptibles de remettre en question le principe de non-discrimination. Il estimait qu'il fallait appliquer des sanctions en cas de non-respect de ce principe.

Jour 1 Session 2

Mauvaise perception des personnels de santé : un défi en cas d'épidémie ou de pandémie dans une zone de conflit

Président : M. Thierno Balde, chef d'équipe, Partenariats opérationnels,
OMS Région Afrique

Intervenantes : Mme Kate White, responsable des urgences médicales, MSF Hollande

Mme Ombretta Baggio, conseillère principale, Interaction communautaire et redevabilité, Genève, Fédération internationale

Mme Valentine Honoré, coordonnatrice Protection, délégation du CICR en RDC

M. Gianluigi Lopes a accueilli le président de la session, M. Thierno Balde, professeur adjoint à l'Université de Montréal, fort de 40 ans d'expérience de la santé publique et représentant de l'OMS habituellement basé à Brazzaville, mais actuellement déployé à Alger dans le cadre de la lutte contre le Covid-19. M. Balde a déclaré que cette session constituait une excellente occasion d'écouter les représentants des principales organisations intervenant pour gérer les situations d'urgence en Afrique.

M. Balde a ensuite présenté la première intervenante, Mme Kate White, responsable des interventions d'urgence chez MSF Hollande, responsable des urgences médicales et des questions techniques dans le cadre de la riposte de MSF face au Covid-19 et ancienne responsable de la lutte contre le virus Ebola et la rougeole.

Mme White a émis en préambule quelques doutes quant au libellé de la session. Dire que les personnels de santé étaient mal perçus la dérangeait car cela impliquait une compréhension ou une interprétation erronée ou incorrecte. Selon elle, cela revenait à dire que les personnels de santé étaient forcément du bon côté. Dans cette vision manichéenne des choses, on blâmait implicitement la communauté avec laquelle les personnels de santé travaillaient. Mme White souhaitait remettre ce postulat en cause.

Soulignant la riche et complexe histoire de la RDC, Mme White a brièvement décrit le contexte d'un point de vue humanitaire. Les tensions liées à Ebola exacerbèrent les tensions politiques existantes. Avant Ebola, le système de santé était fragile, mais généralement jugé fiable, même si le système officiel n'était pas nécessairement le premier interlocuteur auquel on faisait appel. Le financement extérieur de la situation humanitaire n'avait cessé de diminuer ces dernières années, bien que MSF soit resté présent et actif dans la communauté durant ces 20 dernières années. De manière générale, MSF avait entretenu des relations de confiance mutuelle avec les autorités sanitaires locales et conservé l'accès à la région.

La flambée d’Ebola faisait ressortir certaines contradictions dans l’établissement des priorités six mois après le début de l’épidémie, 33% de la réponse humanitaire globale étant financée contre 100% de la réponse à Ebola. Moins d’une semaine après la flambée d’Ebola en 2018, une épidémie de rougeole s’était également déclarée, tuant trois fois plus de personnes que le virus Ebola sur la même période. Ebola n’était pas la priorité absolue de la population locale, mais un système parallèle fut mis en place, presque exclusivement composé de personnes extérieures à la communauté locale. L’action était cloisonnée et très technocratique - axée sur les indicateurs de résultats clés au détriment d’une prise en compte globale de la communauté, l’accent étant mis au fil du temps sur les questions de sécurité. Cette situation n’a pas seulement compromis l’accès aux soins pour les patients atteints d’Ebola, elle a aussi touché l’ensemble de la population au titre des programmes ordinaires essentiels.

Mme White a déclaré que les droits des patients et des populations locales étaient négligés, voire bafoués. Le bien commun était décidé par des acteurs extérieurs, tiraillés entre l’impératif d’agir rapidement pour contrôler la maladie et celui d’obtenir l’adhésion de la communauté. C’était ainsi, alors même que l’acceptation communautaire était indispensable pour briser les chaînes de transmission.

Les patients étaient davantage perçus comme des vecteurs que comme des victimes. Cela affectait gravement la communauté. Si l’on voulait parler de perception erronée, il fallait se demander à quoi ressemblerait une relation positive. Il incombait aux personnels de santé de maintenir une relation de confiance avec les patients, qui se trouvaient dans une position vulnérable lorsqu’ils requéraient des soins. Cette confiance était souvent minée par l’idée bien ancrée que les patients ne disaient pas la vérité. Les personnels de santé devaient accepter que les patients soient des experts de leur propre santé et renoncer à vouloir tout contrôler.

Les conditions particulières de cette épidémie ne facilitaient pas l’accès et la participation active. La participation des patients à la fourniture des soins était indispensable, notamment pour en définir la forme et le mode de déploiement. Par exemple, la communauté faisait le lien avec les guérisseurs traditionnels ou en autorisant les familles à apporter de la nourriture. Ces interactions étaient essentielles pour les familles. La manière dont l’établissement était conçu pouvait avoir un impact considérable sur la prestation de services. Un centre de transition construit dans la province d’Ituri sur la base de demandes spécifiques de la communauté en était un bon exemple - un lieu accueillant, bâti pour durer, qui favorisait le respect des mesures de prévention et de contrôle des infections tout en étant transparent et convivial pour les patients.

En termes de confiance, la tendance à employer du personnel non originaire de la région constituait un obstacle. Cela tendait par ailleurs à pérenniser une approche centrée sur la maladie, favorisant le cloisonnement. Ces mêmes problèmes entravaient en outre le continuum de soins, en particulier lorsque les patients n’étaient plus pris en charge pour des pathologies autres qu’Ebola.

En résumé, les humanitaires avaient échoué dans quatre domaines : en étant focalisés sur les maladies et non sur les patients, considérés comme des vecteurs ; en n’intégrant pas les enseignements acquis et les bonnes pratiques ; en mettant l’accent sur la sécurité et en politisant l’action ; et enfin, en donnant la priorité absolue à l’Ebola, au détriment de la santé globale de la communauté et de l’ensemble des besoins humanitaires.

Les leçons à tirer pour le Covid-19 était qu’il fallait remettre les patients et les communautés au centre des stratégies. La confiance réciproque et l’interaction communautaire étaient essentielles. Il n’y avait

**METTEZ
AUTANT
D’ARDEUR À
ÉCOUTER
QU’À ÊTRE
ÉCOUTÉS.**

Mme Kate White

pas de recette unique applicable à la communauté tout entière. Une dernière recommandation : on devait mettre autant d'ardeur à écouter qu'à être écouté.

Sur ce, le président M. Balde a pris la parole pour remercier Mme White pour sa brillante présentation, notant la complexité du contexte et la nécessité d'une compréhension approfondie. Il a ensuite accueilli la deuxième intervenante. Mme Ombretta Baggio travaillait dans ce domaine avec la Fédération internationale depuis 2012 et codirigeait actuellement les activités de communication des risques et d'interaction communautaire dans le contexte du Covid-19 avec l'OMS et l'UNICEF. Elle était également la coordinatrice mondiale de la Fédération internationale dans le cadre de la lutte contre Ebola depuis 2017.

Laissant de côté la question des structures médicales, Mme Baggio a recentré le débat sur les communautés. Elle a souligné que des leçons concrètes tirées de la crise d'Ebola pouvaient et devaient être prises en compte dans la gestion d'autres épidémies, telles que la pandémie de Covid-19. La Fédération internationale et la Croix-Rouge de la République démocratique du Congo veillaient habituellement à ce que les dépouilles soient inhumées sans risque et dans la dignité, un élément clé de la lutte contre l'épidémie ; en Guinée, 60% des infections étaient liées à des inhumations pratiquées dans de mauvaises conditions ; en Sierra Leone, ce chiffre était de 80%.

Mme Baggio a relevé que la confiance dans le gouvernement et les acteurs humanitaires n'était pas aussi forte au départ. La lutte contre l'épidémie avait commencé en août 2018 et le nombre d'attaques perpétrées contre les travailleurs humanitaires et les personnels de santé avait augmenté en septembre et octobre, jusqu'à la grave attaque subie en février 2019 par un centre de traitement d'Ebola géré par MSF à Butembo.

Les équipes jouissaient de la meilleure capacité biomédicale possible pour faire face à l'épidémie en RDC en termes de personnel national et international, de disponibilité des traitements et des vaccins, disposant de moyens nettement supérieurs à ceux investis dans l'action menée en Afrique de l'Ouest. Dans le même temps, la désinformation et la méfiance à l'égard des étrangers renforçaient les théories du complot sur l'origine de la maladie. Le bruit courait que des étrangers avaient inventé de toutes pièces cette épidémie pour s'enrichir. Du coup, la communauté refusait de suivre les conseils des services de prévention, les structures médicales étaient sous-utilisées et des attaques perpétrées contre les personnels de santé.

Mme Baggio a ensuite souligné le rôle central de la confiance et des volontaires au sein des communautés. L'expérience en RDC démontrait qu'il était essentiel de passer du temps avec les prestataires de soins de santé locaux, d'écouter la population et de comprendre les besoins d'information et la dynamique interne du pouvoir dans chaque communauté. En RDC, la situation était rendue plus complexe par le grand nombre de porteurs d'armes et les relations entre les hommes et les femmes, autant d'éléments utiles pour dresser un tableau précis et instaurer un dialogue. Le plus important était d'écouter les communautés, de dialoguer avec elles et d'agir en conséquence. Il fallait absolument modifier la manière dont les services étaient fournis pour les aligner sur les besoins de la communauté, y compris en situation d'épidémie. Humanitaires et communautés devaient entamer un processus de cocréation : il ne suffisait pas d'être à l'écoute de la communauté - la communauté devait être aux commandes.

Lors d'une épidémie, les émotions déterminaient les perceptions, qui pouvaient être très différentes de la réalité. Les perceptions n'étaient pas toujours comprises par les uns et les autres car elles déclenchaient des actions parfois violentes. C'était l'un des mécanismes de feedback les plus élaborés et les plus sophistiqués. Quelque 800 volontaires effectuaient des visites dans les foyers et suivaient en direct les réactions et les ressentis de la communauté avec plus de 7 000 points de données par

semaine en moyenne. Cela permettait de se faire une bonne idée de la communauté et de son évolution dans le temps. Il y avait un décalage total entre le discours de la Croix-Rouge (personnel d'intervention) et celui de la communauté, non pas faute d'un manque de compréhension mais bien d'un manque de confiance et de la perception négative des personnels de santé et des structures médicales.

La communauté pensait à tort que les gens mouraient à leur arrivée dans les centres de traitement. En fait, leur prise en charge très tardive, souvent à l'article de la mort, exacerbait le problème de perception. Une idée fausse circulait selon laquelle les inhumations sûres et dignes servaient de prétexte pour prélever des organes, les protocoles sanitaires mis en place permettant de cacher ce qui se passait réellement. Ces perceptions diamétralement opposées mettaient des vies en danger et entraînaient des violences contre les personnels de santé. Le rapport de conclusion établi en octobre 2018 mettait en évidence ce problème de perception communautaire.

Des mesures ont été prises pour faire évoluer les croyances en modifiant les protocoles relatifs aux inhumations. Les familles ont été invitées à assister à certaines parties du processus d'inhumation et la réalisation de vidéos a contribué à apaiser les craintes. L'utilisation de sacs mortuaires transparents permettant aux familles de voir les corps a renforcé leur confiance dans le processus. Cela a induit un changement majeur de perception et la Croix-Rouge était dès lors plus souvent sollicitée après un décès pour procéder à l'inhumation. Il était important d'être accessible et écouté, que les communautés sachent à qui s'adresser et que leurs préoccupations et suggestions soient prises en compte.

En conclusion, cinq leçons devaient être tirées. Premièrement, c'étaient les actions de la communauté qui mettraient fin à une épidémie et permettraient aux familles de protéger leurs proches. L'acceptation par la communauté était un gage de succès, comme pour les inhumations dignes et sans risque. Deuxièmement, les communautés devaient être traitées comme des partenaires et s'approprier la riposte. Cela impliquait de céder le pouvoir et le contrôle. Dans le cas présent, les chauffeurs de taxi ont d'abord été accusés de propager la maladie, avant de devenir les champions de l'action préventive. L'interaction communautaire ne se résumait pas à la diffusion de messages, d'affiches et de t-shirts ; il s'agissait d'un processus de co-création et de dialogue avec la communauté.

La troisième leçon portait sur la nécessité de comprendre en tout temps ce que les gens disaient, pensaient et percevaient, de comprendre leurs systèmes de croyance et d'agir en conséquence. La quatrième leçon mettait en avant la confiance, une confiance à double sens. Si elle faisait confiance aux intervenants, la communauté se conformerait aux consignes de santé mais, de leur côté, les intervenants devaient faire en sorte de trouver des compromis acceptables. Il fallait agir au niveau local et se montrer réactif. Les foyers d'épidémie de Covid-19 étaient multiples et les organisations devaient solliciter et soutenir les acteurs locaux en permanence pour aider les communautés à lutter contre le virus en évitant les messages statiques.

Enfin, la communauté ne devait pas seulement être placée au centre, elle devait être aux commandes. M. Balde a remercié Mme Baggio pour son excellente présentation, qui avait mis en exergue

L'INTERACTION COMMUNAUTAIRE NE SE RÉSUME PAS À LA DIFFUSION DE MESSAGES, D'AFFICHES ET DE T-SHIRTS. C'EST UN PROCESSUS DE CO- CRÉATION ET DE DIALOGUE PARTAGÉ AVEC LA COMMUNAUTÉ.

Mme Ombretta Baggio

l'importance de la confiance, du feedback et de l'adaptation. Il a ensuite accueilli Mme Valentine Honoré, coordonnatrice chargée de la protection au CICR et responsable des soins de santé en danger en RDC.

Dans un premier temps, Mme Honoré a évoqué l'historique de la violence perpétrée contre les personnels de santé en RDC, phénomène accentué par la pandémie de Covid-19. Exposant la triste réalité récente, elle a souligné l'importance de la liberté de mouvement pour le personnel médical et les patients et le caractère vital des évacuations médicales.

NOUS CRAIGNONS QUE LES PERSONNELS DE SANTÉ SOIENT STIGMATISÉS POUR LEUR IMPLICATION DANS LE « BUSINESS DU COVID ».

Mme Honoré a décrit trois types de violence contre les soins de santé. Premièrement, la violence exercée à titre individuel, deuxièmement la violence collective et troisièmement la violence exercée par des acteurs armés. Elle a relevé l'existence d'un lien entre les attaques contre les soins de santé et les restrictions à la libre circulation. Des patients suspectés d'avoir le Covid-19 et le personnel médical réputé avoir traité ces patients avaient été victimes de discrimination et fait l'objet d'une stigmatisation. Le CICR craignait que les personnels de santé soient stigmatisés pour leur implication dans le « business du Covid ». L'annonce des décès par le personnel médical pouvait donner lieu à des actes de violence. Des établissements avaient également été

attaqués, comme récemment un centre de quarantaine. L'usage de la force avait été exercé contre des personnes ne portant pas de masque.

Mme Honoré notait la répétition de tendances similaires à celles observées pendant l'épidémie d'Ebola trois mois après le début de la pandémie de Covid-19. Ces points ayant déjà été abordés par les deux autres intervenantes, elle s'est concentrée sur les leçons à tirer des expériences récentes qui avaient eu des conséquences dramatiques, notamment sur la sûreté et la sécurité du personnel.

Tout d'abord, l'absence d'informations et de communication claires était une préoccupation majeure. Les rumeurs s'étaient multipliées, notamment autour de la gestion des dépouilles. Les transferts tardifs des cas suspects d'Ebola renforçaient l'impression que les centres de traitement d'Ebola étaient des mouroirs. Le manque d'interaction communautaire engendrait de l'hostilité et était perçu comme une contrainte imposée de l'extérieur. Le traitement exclusif de l'Ebola accentuait la crise de confiance.

Ebola a nourri et renforcé la perception négative à l'égard des prestataires de soins de santé. Les violences sexuelles, la malnutrition, le choléra et la rougeole étaient prioritaires aux yeux de la communauté, mais pas à ceux des acteurs externes. La rougeole avait ainsi causé quelque 6 300 morts, contre 2 000 attribuables à l'Ebola au cours de cette période. Le recours à des escortes armées pour les personnels de santé alimentait les perceptions négatives et confirmait l'idée qu'il s'agissait d'un business.

Le même type de rumeurs courait à propos de la pandémie de Covid-19, véhiculant l'impression qu'elle était fabriquée de toutes pièces par des acteurs extérieurs pour des motifs économiques et politiques. S'appuyant sur l'expérience acquise et réfléchissant aux moyens d'améliorer la riposte face à la pandémie, Mme Honoré a délivré six messages concernant la lutte contre le Covid-19 en RDC.

Pour commencer, il fallait éviter la stigmatisation et concevoir la riposte en plaçant la communauté au centre. Il était notamment utile de prendre le temps d'expliquer l'importance des mesures de quarantaine. Les méthodes participatives étaient essentielles à cet égard. Deuxièmement, on devait garantir un accès sans discrimination aux soins de santé comme le prévoyait la loi - y compris dans les

zones reculées ou touchées par la violence. Troisièmement, il fallait protéger les personnels de santé et préserver la capacité d'intervention médicale pour d'autres besoins. Les questions jugées prioritaires par la population locale devaient être traitées comme telles. Quatrièmement, il convenait de trouver le bon équilibre entre la protection des personnels de santé et le recours à la force, en évitant autant que possible les escortes armées. Cinquièmement, on se devait de protéger les acteurs chargés de la gestion des dépouilles et de veiller à ce que les morts reçoivent un traitement digne. Une formation et un soutien devaient être fournis. Enfin, il fallait protéger les données personnelles des patients et collecter les coordonnées des membres de la famille des patients admis pour les tenir au courant, ce qui n'était pas toujours le cas.

Le CICR partageait cette semaine ces informations avec les acteurs en RDC en diffusant une note de sensibilisation destinée à soutenir la réponse à cette situation sans précédent. Il s'agissait de les alerter sur le risque de violence et de les inciter à protéger les personnels de santé, les véhicules sanitaires et les structures médicales. Sur ce, M. Balde a remercié Mme Honoré pour sa présentation, saluant la cohérence du message délivré par les trois intervenantes.

La séance de questions-réponses a commencé par une question sur la manière de placer la communauté au centre de l'action. M. Balde a noté que les observations formulées par les collègues soulignaient l'impact que ces enjeux avaient sur l'action menée au Sahel, où l'on déplorait de nombreuses attaques armées contre des structures médicales. Il a également relevé les différentes initiatives pilotées par les principaux protagonistes intervenant dans ce domaine pour protéger la fourniture des soins de santé et a demandé comment gagner la confiance de la communauté et renforcer les capacités d'intervention dans les circonstances actuelles.

Après avoir remercié les trois intervenantes, M. Ambele a souligné le défi posé par le déploiement des équipes en situation d'épidémie où l'accès était généralement limité et l'accent placé sur les centres de traitement. Comment déployer les équipes et accéder aux différentes zones en évitant de se focaliser sur le traitement pour mieux prendre en compte les besoins de la communauté ? Une deuxième question a été posée par la directrice adjointe des opérations du CICR, Mme Mary Werntz. Prenant acte des points relatifs à l'abandon du pouvoir et du contrôle, à la co-création, à la confiance mutuelle, à la diffusion de messages non statiques, à la hantise d'être accessible qui prenait le dessus sur l'obtention d'un accès aux communautés, elle a demandé comment accélérer ce changement de culture dans le secteur humanitaire. Après quoi, M. Maciej Polkowski, responsable de l'initiative du CICR « Les soins de santé en danger », a constaté que les acteurs ayant une portée et une audience mondiales suscitaient de plus en plus la stigmatisation, la méfiance et la violence, se demandant s'il fallait compléter l'action locale par une réponse à l'échelle planétaire. Pour terminer, quelqu'un a sollicité des précisions sur les outils utilisés pour recueillir les opinions.

En réponse à ces questions, Mme Baggio a déclaré que la technologie n'était pas la solution pour recueillir un feedback. Ce qu'il fallait, c'était des volontaires munis d'un stylo et de papier pour collecter les données qui seraient ensuite compilées dans des fichiers Excel. Le personnel local était par ailleurs formé au codage des données afin de pouvoir effectuer le travail sur place. Le logiciel Kobo pouvait être utilisé comme solution mobile. La condition première était un changement de culture - écouter et co-créer. Sans cela, les humanitaires n'étaient pas en phase avec la réalité. Les enquêtes de perception réalisées par Ground Truth Solutions révélaient que 75% des personnes interrogées dans dix pays pensaient que l'aide reçue ne correspondait pas à la perception qu'ils avaient de leurs besoins. En RDC, un processus de planification participative était mis en place avec la communauté. Les humanitaires devaient être prêts à renoncer à leur pouvoir de décision et faire ce que la communauté décidait. Ils devaient faire preuve de souplesse.

Le Covid-19 était un phénomène mondial, mais aussi local. Il y avait une multitude d'épidémies de Covid-19 qui évoluaient à des rythmes différents. Des efforts étaient mis en œuvre pour lutter ensemble contre la désinformation, faire taire les rumeurs et unifier les messages. Mme White s'est félicitée de la réponse apportée et a souligné la nécessité d'être vraiment transparent sur ce qui se passait. Les humanitaires imaginaient souvent que la communauté ne comprenait pas de quoi il retournait alors même qu'elle comprenait très bien. En tant qu'humanitaires, nous parlions de « notre » accès, mais la question devait être inversée : les communautés avaient-elles accès aux humanitaires ? Les humanitaires étaient-ils suffisamment ouverts pour l'admettre ? Les soins médicaux étaient en bout de ligne et ne feraient jamais cesser une épidémie à eux seuls. Sur ce, M. Balde a souligné qu'il fallait préparer la riposte avant qu'une situation d'urgence ne survienne.

LA TECHNOLOGIE N'EST PAS LA SOLUTION POUR OBTENIR UN FEEDBACK.

Mme Ombretta Baggio

Répondant à la question de l'accès, Mme Honoré a déclaré qu'il y avait quelques années, l'Appel de Genève avait beaucoup travaillé avec les communautés du Nord-Kivu et publié un rapport, dont la principale conclusion était qu'il fallait faire participer les acteurs à l'action humanitaire neutre, impartiale et indépendante.⁴

Enfin, M. Enawaru s'est exprimé sur l'importance de passer d'une approche fondée sur les besoins à une approche fondée sur les droits qui renforcerait la redevabilité des acteurs externes. M. Balde a précisé que la communauté devait aussi être comprise dans toute sa singularité, compte tenu de ses divers besoins et capacités. S'interrogeant sur les moyens de s'affranchir d'une approche cloisonnée ou bâtie sur des piliers, notamment en considérant l'interaction communautaire comme un axe central pour appréhender les problèmes sur le terrain, il a conclu en remerciant toutes les personnes présentes.

⁴ https://www.genevacall.org/wp-content/uploads/2019/05/WHS_Report_2016_web.pdf

Jour 2 Session 3

Formation de coalitions et mobilisation en faveur du changement : expériences de collaborations visant à renforcer le respect des soins de santé

Présidente : Mme Thembeke Gwagwa, deuxième vice-présidente, Conseil international des Infirmières

Intervenants : M. Benjamin Uzochukwu, président, Association des professionnels de la santé publique du Nigéria

M. Kadio Harouna, conseiller juridique, ministère de la Santé, Burkina Faso

Mme Laurel Baldwin-Ragaven, professeure de médecine familiale, Université de Witwatersrand

L'objectif de cette session était de présenter des expériences réussies de partenariats ayant mobilisé conjointement les parties prenantes pour élaborer des mesures locales de protection des soins de santé. Des contributions du Nigéria, du Burkina Faso et de l'Afrique du Sud ont été partagées pour illustrer des séries d'interventions menées dans des domaines précis, dont la clef de voûte était le lien établi entre les acteurs rassemblés autour d'un objectif commun et œuvrant ensemble pour réduire la violence exercée contre les soins de santé.

La session était animée par Mme Thembeke Gwagwa, deuxième vice-présidente et représentante de l'Afrique au conseil d'administration du Conseil international des Infirmières, partenaire de longue date de l'initiative « Les soins de santé en danger » du CICR qui défend l'idée de s'associer pour mettre sur pied un programme de haut niveau pour la protection des personnels de santé.

Prenant la parole en premier, M. Benjamin Uzochukwu, a raconté que l'Association des professionnels de la santé publique du Nigéria (APHPN) avait été approchée par le CICR pour discuter de la violence et des attaques perpétrées contre les soins de santé. Une séance de formation commune visant à former les membres de l'APHPN et à les sensibiliser à ce programme avait rassemblé des membres de toutes les régions du pays.

Dans un second temps, une série de tables rondes - ouvertes à l'APHPN mais aussi aux membres du ministère de la Santé et à d'autres parties prenantes - était organisée, aboutissant à la formulation d'une proposition visant à élaborer un programme d'études minimum qui serait intégré dans l'enseignement médical au Nigéria. Ce faisant, le groupe voulait susciter la réflexion sur les questions de protection des soins de santé au cours des années d'études des futurs médecins. Ce programme avait déjà été revu par le groupe et devait être transmis aux autorités pour approbation et mise en œuvre. En outre, un groupe de travail technique était officiellement créé pour encourager et orienter les discussions sur le sujet, et pour promouvoir un programme de recherche sur la protection des soins de santé.

Mme Gwagwa a ensuite accueilli la deuxième intervenante, Mme Laurel Baldwin-Ragaven, professeure de médecine familiale à l'Université de Witwatersrand. Active dans ce domaine depuis plus de 25 ans, Mme Baldwin-Ragaven a présenté une analyse approfondie de la mise en place d'un réseau de protection des soins de santé incitant les forces de sécurité à mieux respecter les prestataires de soins de santé.

Dans ce cadre, elle a relaté l'histoire récente de l'Afrique du Sud, notamment le soulèvement de Soweto, l'enquête sur l'assassinat de Steve Biko, la Commission Vérité et réconciliation et les violences récentes contre les mineurs et les étrangers. Elle a décrit des événements historiques au cours desquels la neutralité médicale avait été remise en question et l'accès aux soins de santé retardé ou entravé pour illustrer l'imbrication des questions de respect des droits de l'homme et de prestation éthique des soins de santé. En 2012, sur fond d'attaques xénophobes, deux initiatives étaient lancées pour lutter contre ce phénomène : Student Advocates for Health et le Pfulandela Pledge, qui reconnaissaient la nécessité d'une transformation pour rompre avec l'héritage de l'apartheid.

Mme Baldwin-Ragaven a poursuivi en évoquant les manifestations violentes survenues en 2016 sur les campus universitaires de toute l'Afrique du Sud pendant la campagne « Fees Must Fall », qui réclamait des changements systémiques dans le système universitaire, notamment la baisse des frais d'inscription. Selon elle, un comportement éthique était essentiel pour la fourniture des soins de santé et devait être appréhendé conjointement à la question des droits de l'homme.

NOUS VOULONS CRÉER ET INSTITUTIONNALISER UN PROGRAMME D'ÉTUDES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE PAR L'ENTREMISE DES MEMBRES DE L'APHPN QUI ENSEIGNENT L'ÉTHIQUE DANS DIFFÉRENTES UNIVERSITÉS.

M. Benjamin Uzochukwu

**EN ÉVITANT
STRATÉGIQUEMENT
CERTAINS SUJETS ET EN
NOUS CONCENTRANT
SUR NOS POINTS
COMMUNS ET SUR UN
PRODUIT/RÉSULTAT
PRÉCIS, NOUS AVONS
RÉUSSI À FAIRE PASSER
DANS LE DOMAINE
PUBLIC UN DOCUMENT
SUR LES DROITS DE
L'HOMME ET LA**

Durant cette période, la police a réprimé certaines manifestations par la force et plusieurs manifestants (principalement des étudiants) ont subi de graves traumatismes, touchés par des balles en caoutchouc, perdant la vue ou souffrant de lésions suite à l'inhalation de gaz. Les universités et d'autres établissements, dont celui où travaillait Mme Baldwin-Ragaven, ont organisé les premiers secours et soigné les blessés, avant d'être à leur tour victimes d'attaques. Mme Baldwin-Ragaven a présenté un dossier avec des photos pour illustrer la situation.

Dans un bel exemple de mobilisation en faveur du changement et de la protection des soins de santé, la Fondation Nelson Mandela s'est posée en médiateur entre les différents groupes de manifestants et les autorités afin de trouver un terrain d'entente fondé sur le respect et le dialogue. L'un des groupes de travail mis en place était chargé d'élaborer les lignes directrices relatives à la fourniture de services de santé sur les campus universitaires lors de manifestations, afin de garantir le respect des forces de police et la neutralité des prestataires de soins de santé. Ce groupe était composé de membres du corps de police, d'enseignants universitaires, de la Fondation Nelson Mandela, de MSF, du CICR, de représentants de Student Advocates for Health et d'étudiants.

Le dialogue entre les membres n'allait pas de soi et il a fallu

instaurer une confiance mutuelle pour pouvoir aller de l'avant de manière constructive. C'est en évitant certains sujets et en se concentrant sur les points communs et sur un produit/résultat précis qu'un document sur les droits de l'homme et la neutralité médicale a pu voir le jour. Les lignes directrices ont été acceptées et adoptées par les autorités et sont en passe d'être intégrées dans les directives de la police nationale. Mme Baldwin-Ragaven a conclu en parlant de l'effet de transformation que cette expérience avait eue sur les étudiants et tous les protagonistes : de ces événements traumatisants était née une incroyable résilience.

Mme Gwagwa a salué les puissants messages véhiculés par Mme Baldwin-Ragaven, notamment la difficulté pour les professionnels de la santé d'honorer leurs obligations éthiques dans la pratique face aux pressions politiques. Elle a ensuite donné la parole à M. Kadio Harouna, conseiller juridique auprès du ministère de la Santé du Burkina Faso, conseiller technique et spécialiste des droits de l'homme et de la santé.

M. Harouna a évoqué l'expérience du ministère de la Santé du Burkina Faso, qui avait œuvré aux côtés du CICR et des services de santé des forces militaires pour élaborer un programme commun sur la protection des soins de santé et sensibiliser les autorités sanitaires locales dans les zones touchées par le conflit et la violence.

Depuis 2014, la crise au Burkina Faso s'était aggravée et les biens publics, notamment les services médicaux, n'avaient pas été épargnés. L'escalade de la violence s'était encore accélérée en 2019 avec la fermeture de plus de 100 centres de santé à travers le pays. Le CICR suivait la question depuis 2018 et avait organisé une série de discussions. Une table ronde avec les autorités civiles et sanitaires avait ainsi fait le point, en 2019, sur la législation relative à la protection des soins de santé. Elle avait notamment recensé les forces d'opposition et les mesures déjà prises – élaboration d'un code de la santé, actions législatives et recommandations formulées avec les autorités sanitaires civiles et militaires du pays.

M. Harouna a souligné que c'était grâce aux échanges entre les principaux acteurs que des recommandations concrètes avaient vu le jour et que les efforts pour renforcer la confiance (entre les autorités centrales et locales) avaient abouti à la création d'un mécanisme ouvert pour s'attaquer aux vrais problèmes. Il a relevé que cette communication permettait de résoudre d'autres difficultés, par exemple en lien avec la collecte et la protection des données relatives aux soins de santé ou avec les échanges et le dialogue entre les autorités et les prestataires de soins de santé dans les zones à haut risque.

Le groupe travaillait actuellement sur une législation nationale visant à renforcer la protection des soins de santé et l'intégration de cette question dans l'enseignement médical. Le partenariat établi autour de la protection des soins de santé s'était révélé fructueux récemment en tant que plateforme de dialogue sur les problématiques liées à la pandémie.

La partie consacrée aux questions-réponses a été très dynamique. M. Uzochukwu a répondu à la question portant sur l'élaboration de programmes d'études pour les étudiants en médecine, expliquant les différents modules de la proposition nigériane, destinés à exposer non seulement la réalité de la violence perpétrée contre les soins de santé, mais aussi les droits et responsabilités du personnel médical, le cadre juridique de la protection et d'autres sujets pertinents.

Mme Baldwin-Ragaven a précisé qu'elle ne remettait pas en cause la neutralité médicale au sens juridique, mais qu'elle constatait qu'étant assurée par des êtres humains, la fourniture des soins de santé n'était pas toujours impartiale dans la pratique, d'où un tiraillement constant autour du respect des droits de l'homme. Le processus comportait par ailleurs une dimension de genre, que la pandémie actuelle faisait ressortir. Elle a parlé d'un nouveau doctorat sous sa tutelle portant sur le chevauchement entre la violence perpétrée contre les personnels de santé et la violence sexiste, afin de déterminer si les femmes étaient davantage ciblées.

M. Harouna a indiqué qu'une loi sur l'emblème, qui serait intégrée dans la législation nationale du Burkina Faso, était en cours d'élaboration, de même qu'un code de santé publique contenant une disposition sur la neutralité des soins de santé, applicable en cas de conflit. Il a insisté sur le fait que ces documents n'avaient de valeur que s'ils étaient mis en œuvre, d'où la nécessité de concentrer les efforts sur les mécanismes de mise en œuvre en partenariat avec les différents acteurs engagés dans le processus.

En conclusion, M. Uzochukwu a souligné l'importance de poursuivre les recherches sur cette question, Mme Baldwin-Ragaven mettant en avant la nécessité de prendre des mesures efficaces pour garantir le respect du principe de neutralité médicale. M. Harouna a noté que de nombreuses initiatives n'étaient pas suffisamment connues et que des forums comme la présente réunion étaient d'une grande utilité.

NOUS VOULONS NOUS ASSURER QUE CES RECOMMANDATIONS NE SERONT PAS RELÉGUÉES AU FOND D'UN TIROIR

M. Kadio Harouna

TANT QUE LA SOCIÉTÉ NE RESPECTERA PAS LES DROITS DES FEMMES, CELA SE REFLÉTERA DANS LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ DONT LE PERSONNEL EST MAJORITAIREMENT FÉMININ

Mme Thembeke Gwaqwa

Jour 2 Session 4

Outils de prévention pour atténuer l'impact de la violence contre les soins de santé et les structures médicales

Président : M. Mohammed El Sahili, Fédération internationale des hôpitaux, Zambie

Intervenants : Mme Delphine Marcé, coordonnatrice Protection, délégation du CICR en République centrafricaine

M. Anthony Garang, Ministère de la Santé/président du syndicat des médecins au Soudan du Sud

M. Abdulkadir Ibrahim « Afi » Haji, directeur du développement institutionnel et de la communication, Croissant-Rouge de Somalie

M. Issack Gerad, agent de terrain principal chargé de la protection, délégation du CICR en Somalie

La quatrième et dernière session était présidée par M. Mohammed El Sahili, membre de la Fédération internationale des hôpitaux en Zambie, qui a aimablement accepté de modérer la discussion et de représenter l'organisation internationale avec laquelle le CICR travaille depuis le début de l'initiative « Les soins de santé en danger ».

Le premier exposé a été présenté par M. Anthony Garang, président du syndicat des médecins du Soudan du Sud, qui a fait observer que la question de la violence contre les soins de santé avait pris une nouvelle actualité avec la pandémie de Covid-19, des problèmes de harcèlement et de violence liés au virus ayant été constatés par le syndicat. Celui-ci avait aidé à identifier ses membres afin qu'ils puissent continuer à circuler après le couvre-feu pour dispenser des soins. Si la prestation éthique des soins de santé était déjà inscrite dans la législation nationale, la réalité sur le terrain au Soudan du Sud était tout autre et les prestataires rencontraient des difficultés avec les porteurs d'armes (militaires et civils). Une « politique d'interdiction des

**BEAUCOUP D'ARMES
CIRCULENT, Y COMPRIS
ENTRE LES MAINS DE
CIVILS, ET CELA MET EN
DANGER LA VIE DES
PATIENTS, DU
PERSONNEL SOIGNANT
ET DU PUBLIC.**

M. Anthony Garang

Politique d'interdiction des armes

- Peut être considéré comme une **arme** tout objet conçu ou utilisé pour infliger un dommage corporel ou physique. Cela recouvre notamment les armes à feu, les couteaux, les épées, les matraques, les lances et les bâtons.
- Politique élaborée en juillet 2019 par le ministère de la Santé du Soudan du Sud, la Croix-Rouge et d'autres parties prenantes
- Protège les prestataires de soins de santé et les patients contre le harcèlement, les menaces et la violence
- Interdit l'entrée de porteurs d'armes dans les structures médicales
- Contribue à éviter les flambées de violence à l'intérieur des établissements de santé
- Assure le rétablissement des blessés et des malades durant les conflits
- Assure un environnement sûr pour dispenser les soins médicaux

armes » était donc nécessaire pour promouvoir un environnement de travail respectueux et sûr au sein des structures médicales.

Cette politique, qui serait bientôt validée, aiderait les structures médicales à régler le problème des armes, lesquelles étaient très souvent à l'origine d'incidents de sécurité à l'intérieur des établissements.

Des actes de harcèlement à l'égard des personnels de santé étaient également à déplorer, ainsi que des pillages et des obstructions délibérées ou des retards dans la fourniture des soins de santé dus à la conduite des porteurs d'armes ou à la présence de postes de contrôle. M. Garang a précisé la teneur de la politique, qui couvrait de manière très complète le droit d'accès aux soins de santé et prévoyait des mesures concrètes que les établissements pouvaient adopter pour empêcher l'irruption d'acteurs armés. Ces mesures allaient des campagnes de sensibilisation de la communauté à la formation des personnels de santé et des gardes employés dans les établissements, en passant par l'affichage de panneaux clairs et le signalement des incidents.

Il restait encore à faire approuver cette politique par les plus hautes instances du gouvernement et à en assurer l'application pratique dans tout le pays.

Les deux intervenants représentant la Somalie ont ensuite donné un aperçu de la situation actuelle en matière de violence et de conflit dans le pays, décrivant les nombreux types d'attaques perpétrées contre les soins de santé. M. Haji a exposé les stratégies suivies par le Croissant-Rouge de Somalie pour prévenir la violence contre son personnel et les centres de santé et pour atténuer les risques. Il a indiqué que le personnel était formé à l'analyse de l'environnement sécuritaire, à l'interaction avec la communauté et au signalement des incidents de sécurité. Clairement identifié par l'utilisation appropriée de l'emblème, le Croissant-Rouge de Somalie avait transmis les coordonnées de tous les centres de santé aux parties au conflit. Dans quelques situations particulièrement dangereuses, il avait

été décidé, après mûre réflexion, de faire appel à des escortes armées pour certaines opérations afin de décourager les pillages et les enlèvements.

M. Issack Gerad a parlé de l'expérience du CICR qui avait évalué la sécurité et la sûreté d'un hôpital en Somalie en menant une enquête, à laquelle avaient répondu plus de 100 personnels de santé locaux et autres personnes travaillant dans l'hôpital entre octobre 2018 et août 2019. L'enquête portait sur la sûreté de l'accès à l'hôpital, la sécurité à l'intérieur de l'établissement et le contrôle des points d'entrée et de sortie. Concernant l'accès, il a été relevé que les points de

contrôle empêchaient les personnels de santé de se déplacer librement entre leur domicile et leur lieu de travail. Le périmètre extérieur de l'hôpital était en outre très exposé et il n'existait pas de protocoles appropriés pour contrôler les points d'entrée et de sortie.

Sur la base des résultats de l'enquête, un plan d'action visant à renforcer la sécurité de l'hôpital a été élaboré et examiné avec les autorités locales. La mise en œuvre des mesures, notamment les initiatives de communication visant à renforcer le respect de ces mesures et de la politique d'interdiction des armes à l'intérieur des structures médicales, était en cours. Enfin, la sensibilisation au principe éthique qui sous-tend la fourniture impartiale des soins de santé a permis de mieux faire comprendre à la

LES GENS NE PORTENT PAS DE MASQUES. NOUS AVONS REMARQUÉ QUE CEUX QUI EN PORTENT DANS LES MARCHÉS LOCAUX SONT SUSPECTÉS D'AVOIR LE COVID-19.

M. Abdulkadir Afi

communauté (et indirectement aux porteurs d'armes) l'importance de respecter les besoins médicaux en privilégiant les soins.

Intervenant en dernier, Mme Delphine Marcé a présenté les leçons tirées en République centrafricaine, où l'irruption de personnes armées était régulièrement rapportée dans un hôpital soutenu par le CICR dans le nord du pays. Ces intrusions armées ne concernaient pas seulement les groupes armés présents dans la région, mais aussi les patients et membres de leur famille qui portaient des couteaux et des machettes. Le problème était que les proches des patients étaient parfois contrariés par le traitement proposé et il arrivait que les patients eux-mêmes harcèlent le personnel pour être soignés en priorité.

Des discussions menées avec les commandants des forces de la Mission de maintien de la paix des Nations Unies en vue de renforcer leur présence et les contrôles effectués à l'entrée de l'hôpital ont abouti à la mise en place d'un poste de contrôle à l'entrée et à la sortie, ainsi que d'un couloir fait de sacs de sable. Ces mesures ont entraîné une réduction visible des intrusions armées dans l'hôpital durant l'année qui a suivi leur mise en œuvre, assurant ainsi un environnement plus sûr pour le personnel et les patients.

Lors de la séance de questions-réponses, il a été demandé à M. Garang s'il était difficile de modifier le comportement des porteurs d'armes et de convaincre les forces de sécurité et les gardes de respecter l'établissement de santé. Il a répondu que c'était un immense défi qui avait demandé beaucoup de temps et de dialogue avec les communautés et les porteurs d'armes.

Les intervenants représentant la Somalie ont expliqué que l'environnement très instable et risqué appelait des mesures adaptées au contexte, ainsi qu'une meilleure mise en réseau et un renforcement du dialogue avec les porteurs d'armes afin qu'ils intègrent les notions de protection et de respect de la fourniture des soins de santé.

Plusieurs intervenants ont répondu à une question sur l'application des politiques d'interdiction des armes dans d'autres pays touchés par des problèmes similaires. Ils ont expliqué que ce type de politique était très important, mais que sa mise en œuvre nécessitait du temps et des efforts de la part de tous les acteurs engagés dans la fourniture de soins de santé, ainsi que des autorités et des forces de sécurité. Une telle politique ne pouvait cependant pas être simplement copiée, elle devait être adaptée à chaque contexte en tenant compte des besoins locaux. Il fallait en outre définir les modalités de signalement des incidents de sécurité et déterminer où les porteurs d'armes (policiers ou soldats) pouvaient attendre et/ou déposer leurs armes dans l'établissement médical.

Enfin, les intervenants ont évoqué l'importance de dialoguer avec la communauté pour s'assurer de son adhésion, ainsi qu'avec les porteurs d'armes présents. Les échanges directs et indirects - via la radio, les groupes WhatsApp ou les campagnes publiques - pouvaient être très utiles à cet effet.

UNE FOIS LES MESURES MISES EN ŒUVRE, ON A OBSERVÉ UNE RÉDUCTION NOTABLE DES INTRUSIONS ARMÉES À L'HÔPITAL.

Mme Delphine Marcé