

DEUXIÈME RÉUNION RÉGIONALE AFRICAINE SUR LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER, 18–19 JUILLET 2022

HEALTH IT'S A CARE MATTER IN OF LIFE DANGER & DEATH

HALTE A LA VIOLENCE CONTRE LES SOINS DE SANTE **C'EST UNE QUESTION DE VIE OU DE MORT**



AFRICA
Regional Health Care in Danger (HCiD) Meeting
@ONLINE
18 & 19 JULY 2022

REGISTER HERE



Federal Ministry of Health



ICRC

RAPPORT

Sommaire

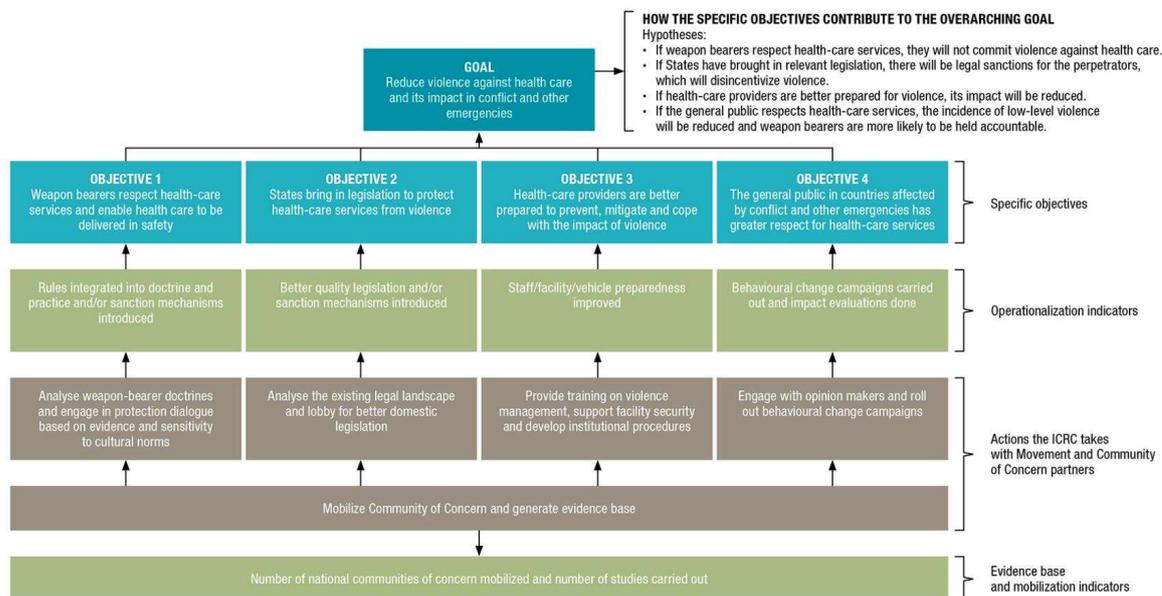
L'initiative « Les soins de santé en danger ».....	2
Stratégie 2020-2022 relative aux soins de santé en danger	3
Réunions régionales	4
Résumé analytique.....	6
Jour 1, session d'ouverture : Bienvenue & remarques liminaires.....	8
Jour 1, session 1 : Outils et approches visant à prévenir la violence contre les soins de santé et à en atténuer l'impact.....	10
Jour 1, session 2 : Renforcer la protection des soins de santé par l'adoption de politiques, de mesures juridiques et éducatives	13
Jour 1, session 3 : Violences contre les soins de santé : dernières recherches effectuées dans la région	17
Jour 2, session 4 : Le rôle de la diplomatie et des plateformes régionales dans la protection des soins de santé.....	21
Jour 2, session 5 : Session thématique sur le Nigéria	25
Jour 2 : Session de clôture	30

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 établissements de soins et aux véhicules sanitaires est au cœur de l'activité du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et ce, depuis toujours. 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 officiellement institué 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, ce qui a conduit à l'adoption de plusieurs résolutions lors de 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 professionnelles et professionnels de la santé dans le monde. La campagne a rallié des partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du Mouvement, rassemblant des expertes et experts au niveau mondial pour mettre en lumière les questions relatives à la menace posant sur les soins de santé.

HEALTH CARE IN DANGER – THEORY OF CHANGE



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 selon trois axes d’action :

- 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, l’atténuer et/ou faire face à ses conséquences.**
- Objectif 4 : **La population des pays touchés par des conflits et d’autres situations d’urgence respecte davantage les soins de santé.**

Le CICR travaillera de concert avec ses partenaires selon les trois axes d’action suivants :

1. **mettre en pratique des mesures concrètes ;**
2. **produire des données probantes ;**

3. influencer et constituer une coalition.

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 aux parties prenantes d'échanger leurs expériences sur les opérations menées et les approches adoptées ainsi que de développer et de renforcer les partenariats locaux et nationaux, de façon à créer une communauté d'intérêt pour prévenir et combattre la violence à l'égard des 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 favoriser des législations nationales appropriées et encourage les partenaires du Mouvement à explorer les voies de la collaboration et du soutien des 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 problématiques culturelles similaires avec les parties prenantes des pays voisins.

En raison des restrictions liées au COVID-19, la réunion s'est tenue sous la forme d'un webinaire de deux jours. La première réunion pour la région Afrique a eu lieu en juin 2020. Au vu de son succès, il a été convenu d'organiser une seconde réunion qui a eu lieu les 18 et 19 juillet 2022. 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.

Avertissement

Le présent rapport est un résumé de la réunion régionale Afrique consacrée à l'initiative « Les soins de santé en danger » qui s'est tenue les 18 et 19 juillet 2022. Les avis exprimés sont ceux des participants concernés et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de leurs organisations.



ICRC

**HEALTH IT'S A
CARE MATTER
IN OF LIFE
DANGER & DEATH**



Federal Ministry of Health

*LE CICR TIENT À REMERCIER LE MINISTÈRE
FÉDÉRAL DE LA SANTÉ DU NIGÉRIA POUR
SA COLLABORATION EXEMPLAIRE DANS
L'ORGANISATION CONJOINTE DE LA
RÉUNION RÉGIONALE AFRIQUE SUR LA
MENACE QUI PÈSE SUR LES SOINS DE
SANTÉ.*

Résumé analytique

1. La première session a traité des **outils et approches utilisés pour prévenir la violence exercée contre les soins de santé et atténuer son impact**. Le Dr Shaheem de Vries, directeur médical des services médicaux d'urgence au département de la Santé du gouvernement du Cap-Occidental en Afrique du Sud, a décrit les approches technologiques et humaines utilisées pour interagir avec les communautés touchées. Mme Andohery Andrianariny, coordinatrice adjointe du CICR chargée de la protection de la population civile au Mali, a évoqué le conflit au Sahel, insistant sur l'approche confidentielle et bilatérale adoptée. M. Harouna Kadio, directeur général de l'Agence nationale de gestion des soins de santé primaires du Burkina Faso, s'est exprimé sur l'enseignement aux ambulanciers des règles d'éthique à observer quand il s'agit de dispenser des soins de santé en cas de conflit.

2. La deuxième session était consacrée à **l'amélioration de la protection des soins de santé via l'adoption de politiques, de mesures juridiques et éducatives**. M. Alcídio Siteo, conseiller juridique du CICR pour le Mozambique et l'Angola, a parlé du cadre juridique assurant la protection des établissements de soins et du personnel ainsi que des efforts du CICR en matière de diffusion du DIH. Mme Isam Elhag Mahmoud Abrar, conseillère juridique du CICR au Soudan, a présenté les changements intervenus dans la législation soudanaise, permettant désormais aux services de soins de santé de fonctionner sans nécessiter de procédures administratives préalables. Le professeur Alphonsus Rukevwe Isara, président de la Société des médecins de la santé publique du Nigéria, a évoqué la collaboration avec le CICR, axée sur l'intégration de la protection des soins de santé dans le cursus des facultés de médecine et la promotion des droits et des responsabilités des professionnelles et professionnels de la santé.

3. La troisième session a porté sur les **dernières recherches sur la violence à l'encontre des soins de santé en Afrique**. Le Dr Ghislain Bisimwa Balaluka, directeur de l'École Régionale de Santé Publique de l'Université Catholique de Bukavu en République du Congo, a présenté une étude portant sur les différents aspects de la violence subie par le personnel de santé durant les pandémies COVID-19 et Ebola au Nord-Kivu et au Sud-Kivu. Le Dr Dare Godiya Ishaya, président de la Société des médecins internes ou médecins-assistants, a présenté les conclusions de son étude, selon lesquelles malgré l'entrée en vigueur de la loi de 2017 portant sur l'obligation de soigner les victimes de blessures par arme à feu, la plupart des policiers et du personnel soignant n'étaient pas au fait de tels changements. La professeure Martha M. Bradley, chargée de cours au département de droit public de l'Université de Pretoria en Afrique du Sud, a évoqué le cadre juridique en matière de protection du personnel soignant et humanitaire pendant la crise du COVID-19 et lors de conflits armés non internationaux.

4. La quatrième session était consacrée au **rôle de la diplomatie et des plateformes régionales dans la protection des soins de santé**. S.E. Mohamed Gad, ambassadeur de la République arabe d'Égypte en Éthiopie et représentant permanent de l'Union africaine, a mis en lumière les initiatives régionales en matière de protection des personnels de santé et des établissements de soins, et il a présenté une série de recommandations importantes en matière de protection des soins de santé. Mme Pelagie Manzan Dekou, conseillère juridique pour la Côte d'Ivoire, a décrit la collaboration du CICR avec la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, visant à mettre sur pied un plan de protection des soins de santé et du droit international humanitaire. L'imam Ibrahim Moussa, grand imam de Ouallam, Niger, a évoqué la violence à l'encontre du personnel de santé et des établissements de soins dans la région de Tillabéri et a insisté sur l'importance de collaborer avec les parties prenantes locales.

5. La dernière session était consacrée au **Nigéria**. Le Dr Datonye Dennis Alesia, rédacteur en chef du Nigerian Medical Journal de la Société nigériane de médecine, a parlé de la coordination conjointe des secteurs de la santé et de la sécurité soutenue par le CICR pour protéger les soins de santé. Le Dr Manir H. Jega, responsable de la santé et des soins au sein de la Croix-Rouge nigériane, a présenté une campagne locale de mobilisation faisant appel à des volontaires. M. Aliyu Agwai, responsable des systèmes nationaux de gestion des informations sur la santé au ministère fédéral de la Santé au Nigéria, a évoqué l'intégration d'indicateurs sur la violence à l'encontre des soins de santé dans le système national de gestion des informations sur la santé. Le Dr Osahon Enabulele, président élu de l'Assemblée mondiale de la santé, a clôturé la réunion régionale en insistant sur l'importance des personnels de santé et en fournissant des exemples d'actions visant à atténuer la violence à leur encontre.

Jour 1, session d'ouverture : Bienvenue & remarques liminaires

Modératrice : **Juliet Kelechi Unubi**, conseillère aux affaires humanitaires, CICR Nigéria

Intervenants : **Professeur Sydney Ibeanusi**, directeur du département des services hospitaliers, ministère fédéral de la Santé, République fédérale du Nigéria

Patrick Youssef, directeur régional du CICR pour l'Afrique

Mme Juliet Kelechi Unubi a fait une présentation générale, résumant le contexte, les objectifs et les règles de base de la réunion, puis elle a présenté les deux intervenants éminents chargés de communiquer les messages liminaires. **M. Patrick Youssef** a souhaité la bienvenue à tous les participants virtuels, puis il a salué la présence d'un représentant du ministère fédéral de la Santé du Nigéria, co-organisateur de la deuxième réunion régionale africaine sur les soins de santé en danger, en rappelant que le Nigéria avait toujours été un acteur de poids dans la protection des soins de santé. M. Youssef a expliqué que la crise humanitaire en Afrique, aggravée par la pandémie du COVID-19 et la désinformation, a empêché les populations civiles d'accéder aux soins de santé, ce qui a rendu plus pertinente que jamais l'initiative « Les soins de santé en danger », mise en place il y a dix ans. Déclarant que l'un des principaux défis est le caractère invisible de la violence à l'encontre des personnels de santé, il a salué le travail en cours avec le ministère de la Santé et d'autres partenaires, qui est selon lui essentiel pour rendre compte de ce qui est invisible. Il a également rappelé que le continent était profondément enraciné dans l'initiative « Les soins de santé en danger », comme en a par exemple attesté l'organisation de quatre réunions d'experts à Pretoria, Abuja, Dakar et au Caire au tout début du projet. M. Youssef a conclu en espérant que cette réunion puisse être un espace et une plateforme propices à une réflexion plus approfondie sur le rôle de la diplomatie sanitaire visant à informer et à influencer l'environnement politique afin de s'attaquer à ce problème important et durable.

Tandis que le **professeur Sydney Ibeanusi**, s'exprimait au nom du ministre de la Santé, le Dr Osagie Ehanire, a souligné l'importance de l'initiative « Les soins de santé en danger » au Nigéria et dans la région. Faisant état des objectifs communs du ministère nigérian de la Santé et du CICR visant à assurer un accès sûr aux services de santé en temps de crise, il a déclaré que le sujet suscitait l'intérêt du gouvernement nigérian, comme en témoignait la tenue récente de deux ateliers nationaux.

Le professeur Ibeanusi a ajouté que différentes mesures avaient été adoptées en vue de répondre à cette question, notamment l'intégration de question de la responsabilité du personnel de santé dans les cursus des facultés de médecine, la coordination de la santé et de la sécurité ainsi que la saisie de données relatives aux incidents de violence à l'encontre des personnels de santé dans leur système national d'information sur les soins de santé. Ce faisant, il a rappelé que les droits des personnels de

santé étaient bien ancrés dans la Charte des droits du patient du Nigéria. De plus, un travail de coordination avait été initié avec différents commissaires à la santé dans l'optique d'intégrer la protection des soins de santé dans leurs programmes et de créer une plateforme de coordination avec différents acteurs. Une collaboration était en cours avec d'autres ministres du gouvernement pour faire de la violence contre les soins de santé une préoccupation nationale. Au niveau régional, l'objectif était de proposer une réunion sur la protection des soins de santé aux instances régionales et sous-régionales, à la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Union africaine, et solliciter une collaboration régionale en ce qui concerne la situation dans le bassin du lac Tchad. Le professeur Ibeanusi a conclu en disant qu'ils espéraient que le CICR continuerait à soutenir les efforts du ministère de la Santé, lequel réunit régulièrement les parties prenantes en vue de prendre des mesures pour réduire la violence contre les soins de santé au Nigéria ou ailleurs et de discuter des bonnes pratiques. Le professeur Ibeanusi a ensuite déclaré la session ouverte.

Jour 1, session 1 : Outils et approches visant à prévenir la violence contre les soins de santé et à en atténuer l'impact

Modératrice : **Theresia Mohere**, chargée de programme, Aga Khan Health Service, Tanzanie

Intervenants : **Dr Shaheem de Vries**, directeur médical, services médicaux d'urgence du département de la Santé du gouvernement du Cap-Occidental, Afrique du Sud

Mme Andohery Andrianariny, coordinatrice adjointe chargée de la protection de la population civile, CICR Mali

M. Harouna Kadio, directeur général, Agence nationale de gestion des soins de santé primaires, Burkina Faso

Lors de la première session, les participants ont échangé au sujet de leurs expériences liées aux outils et approches utilisés pour prévenir la violence exercée contre les soins de santé et atténuer son impact. Soulignant l'importance d'un partenariat et la nécessité d'évaluer les progrès et l'impact des mesures censées prévenir la violence, **Theresia Mohere** a pris la parole pour présenter le **Dr Shaheem de Vries**. Le Dr de Vries a débuté sa présentation en expliquant que la création de protocoles assurant l'escorte d'ambulances par des policiers dans les zones rouges n'avait pas permis de répondre efficacement aux besoins des communautés en proie à la violence, ce qui avait entraîné des retards dans les traitements médicaux. Au vu de l'inanité de cette approche, une pression a été exercée afin de limiter le nombre de zones rouges et de modifier le *modus operandi* visant à atténuer les risques pour le personnel. Plusieurs solutions ont été envisagées : tout d'abord, des caméras, des policiers et des surveillants de quartiers ont été placés dans des endroits stratégiques afin de recueillir des informations ; certains centres de régulation ont été mobilisés dans le but de recueillir des informations cruciales et d'atténuer ainsi la menace de certaines violences. De plus, le leadership des services médicaux d'urgence et les efforts consentis par le personnel se sont avérés essentiels dans la recherche de solutions. Pour autant, la solution la plus importante portait sur la question de l'interaction communautaire et de l'implication de différentes parties prenantes. Enfin, s'agissant de la communication, des documentaires ont été visionnés pour illustrer l'importance de la sécurité pour dispenser des soins de santé.

La présidente a ensuite présenté **Mme Andohery Andrianariny**, qui a fait part de l'expérience malienne concernant l'initiative « Les soins de santé en danger ». Elle a rappelé que le Mali n'était pas épargné par le conflit qui touche le Sahel. En effet, ce conflit affectait la population civile et le personnel de santé depuis plusieurs années. Le département de la Protection du CICR avait documenté

plus de 70 incidents ayant impacté des personnels de santé dans le centre et le nord du Mali. Un incident pouvant inclure plusieurs violations, pas moins de 130 violations du droit malien, du droit international et du droit humanitaire avaient été recensés depuis 2020.

Mme Andrianariny a expliqué que les soins de santé souffraient énormément de la présence de personnes armées dans les établissements, souvent assortie de menaces envers le personnel et de dommages aux installations, ce qui suscitait de larges craintes auprès de la population nécessitant des soins. Avec l'accord du personnel concerné, le CICR avait également documenté des cas de restrictions de déplacement tels que les enlèvements, les arrestations, les vols ainsi qu'un petit pourcentage d'attaques visant directement des établissements de soins. Le CICR avait pointé ces violations dans le cadre d'un dialogue confidentiel et bilatéral avec les auteurs. S'agissant du grand public, des campagnes et des émissions de radio avaient été organisées afin de sensibiliser l'opinion sur l'importance de cette question. Parallèlement, les chefs communautaires avaient été mobilisés pour montrer combien il était important de protéger les personnels de santé et les établissements de soins.

En conclusion, Mme Andrianariny a cédé la parole au Dr Yssouf Al Moustapha Touré, directeur de l'hôpital de Gao et à M. Sidibé Hamidou, responsable de l'hôpital de Sévaré. Tous deux ont confirmé les nombreuses difficultés auxquelles ils se trouvaient confrontés s'agissant de la sécurité de leur établissement et de leurs patients. Ils ont ajouté que le séminaire de formation sur l'initiative « Les soins de santé en danger » organisé par le CICR leur avait été très profitable.

Mme Moheré a ensuite accueilli **M. Harouna Kadio**. Ce dernier a parlé de la diffusion des règles d'éthique à observer pour dispenser des soins de santé dans une situation de conflit au Burkina Faso.

Selon lui, le Burkina Faso avait traversé une période difficile. Plus de 60% du pays était en proie à des conflits depuis 2016 et l'on observait un nombre croissant d'événements portant atteinte à la sécurité des personnels de santé. Cette situation avait généré une crise humanitaire caractérisée par la perte de moyens de subsistance et le déplacement des populations, avec un impact sur les établissements de soins et les personnels de santé. Selon un rapport du ministère de la Santé du Burkina Faso publié en 2022, 539 établissements de soins avaient été confrontés à l'insécurité, 185 avaient dû fermer et 354 avaient travaillé au minimum de leurs capacités, privant plus de deux millions d'habitants d'un accès aux soins. Revenant sur l'incident au cours duquel une ambulance avait heurté un engin explosif improvisé, tuant ses six occupants en mai 2021, M. Kadio a rappelé que les enlèvements et les meurtres de personnels de santé ainsi que les vols d'ambulances constituaient la majeure partie des incidents rapportés.

Pour répondre à ce problème, une formation avait été dispensée aux ambulanciers avec le soutien du CICR et de la Croix-Rouge burkinabè. Cette formation avait permis de renforcer les capacités et les

compétences des ambulanciers, améliorant dans le même temps la protection des véhicules sanitaires, le transfert des patients et l'accès aux soins pour les populations des zones touchées par le conflit. Pas moins de cent trente ambulanciers avaient ainsi bénéficié de cette formation dans sept régions, ce qui leur avait permis par la suite d'adopter des comportements conformes à l'éthique médicale et aux règles en vigueur. En guise de conclusion, M. Kadio a ajouté que le CICR était considéré comme un acteur de premier plan pour le ministère de la Santé, notamment dans sa façon de gérer les problèmes liés à l'insécurité des soins de santé et leurs effets sur la population. Il a ensuite donné la parole à M. Sidou, qui a rappelé qu'il travaillait avec le CICR depuis 2012. M. Sidou a déclaré qu'il était de la plus haute importance que le CICR poursuive son travail de sensibilisation auprès de différents acteurs afin de protéger les personnels de santé.

Lors de la séance des questions-réponses, quelqu'un a demandé quelle initiative en matière de résilience de la communauté le service des urgences souhaitait revoir. Le Dr de Vries a répondu qu'au vu des informations dont il disposait, la sécurité de la communauté ne concernait pas seulement l'accès aux soins de santé. À titre d'exemple, il a expliqué qu'une communauté disposait de zones de passages sûres empruntées par les membres pour faire leurs courses ou rendre visite à leur famille. Selon lui, plutôt que d'imposer une décision générale sur les couloirs verts, il était plus opportun de comprendre quelles pratiques de sécurité étaient mises en œuvre pour la communauté elle-même. Il existait donc un moyen de s'engager activement auprès de populations d'une zone spécifique, en tenant compte de leurs suggestions et des mesures concrètes engagées pour gérer la sécurité des personnes dans les quartiers. De ce fait, il était nécessaire de collaborer sur ce point avec les communautés.

La deuxième question s'adressait à Mme Andrianariny, et consistait à savoir si le CICR partageait ses évaluations avec les services de sécurité, ce à quoi elle a répondu par la négative. Elle a précisé qu'avec l'accord du personnel de santé, le CICR pouvait engager un dialogue confidentiel et bilatéral avec l'auteur présumé des faits afin de lui accorder une protection et d'éviter une répétition des incidents.

Il a été ensuite demandé à M. Kadio s'il avait une approche spécifique pour prévenir la violence lors des activités de vaccination. Celui-ci a répondu que des campagnes de vaccination étaient menées dans tout le pays et qu'il n'y avait pas d'approche uniforme en raison de la spécificité de chaque zone. Toutefois, de manière générale, il a toujours conseillé à son personnel de respecter scrupuleusement le code de conduite et le serment d'Hippocrate afin d'éviter tout comportement risqué et compromettant.

Jour 1, session 2 : Renforcer la protection des soins de santé par l'adoption de politiques, de mesures juridiques et éducatives

Modératrice : **Dr Paola Forgione**, conseillère juridique, CICR

Intervenants : **Professeur Alphonsus Rukevwe Isara**, président, Société des médecins de la santé publique du Nigéria

Alcídio Siteo, conseiller juridique pour le Mozambique et l'Angola, CICR Mozambique
Thème : la protection juridique des soins de santé au Mozambique

Isam Elhag Mahmoud Abrar, conseiller juridique, CICR Soudan
Thème : améliorer la protection juridique des soins de santé au Soudan

Le **Dr Paola Forgione** a présenté la session consacrée au renforcement de la protection des soins de santé via l'adoption de politiques, de mesures juridiques et éducatives. Elle a ensuite donné la parole à **M. Alcídio Siteo**. L'exposé de ce dernier traitait de la protection juridique des soins de santé au Mozambique. M. Siteo a commencé par retracer brièvement l'histoire récente des conflits armés au Mozambique : le mouvement de libération, puis deux guerres civiles consécutives et depuis 2017, un nouveau conflit dans le nord du pays. Lors de sa présentation, il a insisté sur les conséquences des conflits armés sur les soins de santé, à savoir le manque d'accès aux services de santé pour les victimes, la destruction des hôpitaux et les attaques perpétrées à l'encontre des professionnelles et professionnels de la santé.

M. Siteo a également souligné que la Constitution du Mozambique garantissait un droit générique à l'accès aux soins, ajoutant toutefois qu'il n'y avait aucune disposition particulière concernant la protection des soins de santé lors de conflits armés. Aucune législation précise sur la protection des personnels de santé n'existait au-delà des dispositions générales de plusieurs lois nationales. Les attaques à l'encontre du personnel de santé étaient donc considérées comme un crime militaire. Il y avait certes une répression au niveau national, mais il n'existait aucun cadre ou aucune disposition permettant de protéger le personnel soignant pendant les conflits, ni aucun système de recevabilité. S'agissant de l'éthique médicale et de la confidentialité, M. Siteo a expliqué qu'il était interdit au personnel de santé de refuser de s'acquitter de ses fonctions, sauf si ce refus était lié à une objection morale ou humanitaire, ou s'il existait une contradiction avec le code d'éthique de la Société de médecine, mais jamais en cas d'urgence. Il a également précisé que la loi autorisait l'utilisation de l'emblème pour le transport du personnel médical et paramédical, des unités, des marchandises et des médicaments, ajoutant que le transport par ambulance des personnes blessées et gravement malades

était gratuit. L'absence d'un cadre juridique spécifique concernant l'aide médicale lors de conflits armés ou de dispositions visant à protéger les professionnelles et professionnels de la santé et les infrastructures sanitaires lors de conflits armés ou de situations d'urgence était considérée comme une occasion pour les autorités d'entamer un processus d'élaboration. Le dossier était actuellement traité par la Commission nationale des droits de l'homme et du droit international humanitaire, récemment créée.

Enfin, toujours selon M. Siteo, le Mozambique s'était trouvé dans une situation nécessitant une amélioration des connaissances en droit international humanitaire (DIH). De nombreuses discussions et formations sur le DIH avaient été menées avec les pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire. Des conférences sur le DIH avaient également été organisées avec des universitaires. Certains avaient fait de leur mieux pour améliorer la situation, et le Mozambique s'était efforcé de renforcer la communauté de ceux qui pouvaient faire progresser la situation. Le CICR avait transmis des connaissances sur le DIH, créé une communauté d'intérêt autour de la question et incité les acteurs à élaborer des solutions. De plus, le Mozambique avait récemment doté la nouvelle Commission nationale des droits de l'homme et du droit international humanitaire d'un mandat spécifique visant à conseiller les autorités sur la mise en œuvre du DIH (dossier actuellement traité), et à élaborer un cadre juridique pour la protection des soins de santé et de ceux qui n'ont pas participé au conflit.

Mme Forgione a ensuite donné la parole à la deuxième intervenante, **Mme Isam Elhag Mahmoud Abrar**, qui a fait un exposé sur l'amélioration de la protection juridique au Soudan. Elle a commencé par expliquer que, par le passé, les médecins devaient remplir un formulaire de police (le formulaire de police n°8) dès lors que les patients étaient exposés à un danger criminel, mais que l'obligation de remplir ce formulaire avait été à l'origine de la plupart des cas de violence à l'encontre des médecins. Ces derniers craignaient d'être tenus pénalement responsables s'ils traitaient des patients en état critique sans avoir rempli cette condition préalable.

En 2016, plusieurs chefs de clinique avaient été accusés de meurtre à la suite d'un traitement dispensé à un citoyen. Le ministère de la Justice avait par la suite annulé l'obligation de remplir ce formulaire. Après la révolution de 2019, le gouvernement de transition avait promulgué la loi de 2020 sur la protection des médecins, des cadres de santé et des établissements de santé dans l'optique de résoudre ce problème. Malgré certains problèmes dus au fait que les postes de police n'étaient pas encore au courant de la promulgation de cette loi, ce texte législatif innovant avait conféré une immunité aux médecins, leur évitant d'être exposés à des poursuites judiciaires qui iraient à l'encontre de leur mission. En outre, la nouvelle loi définissait également la responsabilité civile des médecins portant préjudice à leurs patients et prévoyait des sanctions sévères en cas d'agression du personnel

de santé sur le lieu de travail. Les agressions, les perturbations du travail, la destruction de matériel et la diffusion d'informations trompeuses étaient devenues des infractions désormais passibles de sanctions.

Le Dr Forgione a ensuite présenté le dernier intervenant de la session, le professeur **Alphonsus Rukevwe Isara**, qui a d'abord évoqué le module Soins de santé en danger instauré dans les universités nigérianes, soulignant que la Société des médecins de la santé publique du Nigéria (APHPN) était la principale organisation de médecins du continent africain. Cette association regroupe des universitaires, les trois niveaux de soins de santé dispensés au Nigéria, des agences internationales et des organisations non gouvernementales.

Le professeur a rappelé que la collaboration entre l'APHPN et le CICR avait débuté en 2017 lors d'une table ronde axée sur l'intégration de la protection des soins de santé dans le cursus des écoles de médecine et la promotion des droits et responsabilités des personnels de santé. L'APHPN avait participé aux tables rondes de 2019 et 2021 ainsi qu'à d'autres réunions et avait instauré en 2020 un module sur les soins de santé en danger destiné aux étudiants en médecine et aux personnels de santé. La formation des étudiants en médecine et des personnels de santé sur les soins de santé en danger s'était déroulée dans de nombreux centres médicaux et universités du pays. Une étude multicentrique visant à évaluer la prévalence et les caractéristiques de la violence contre les soins de santé au Nigéria était en cours.

Le professeur Isara a conclu en déclarant que le renforcement du module Soins de santé en danger dans les écoles de médecine du Nigéria était une priorité pour l'APHPN, ajoutant qu'un groupe de travail (composé de membres de tous les États du Nigéria) avait été créé au sein de l'APHPN afin de coordonner la mise en œuvre (suivi et évaluation) de ce module. Afin de promouvoir la mise en œuvre du module « Soins de santé en danger » et d'évaluer le niveau d'assimilation des étudiants en médecine, un concours « Soins de santé en danger » devrait être organisé entre les étudiants en médecine des universités participantes.

Lors de la séance questions-réponses, une personne a demandé pour quelle raison il n'existait pas de cadre juridique en matière de protection des soins de santé au Mozambique. Une autre personne a demandé s'il ne serait pas possible pour le CICR de proposer un tel cadre. M. Siteo a répondu que l'absence de législation nationale spécifique au DIH pouvait être due à la méconnaissance du DIH. Le CICR a aidé les autorités à étoffer leurs connaissances du DIH et à les mettre en œuvre, notamment en soutenant l'élaboration de la législation. Les autorités mozambicaines ont également pris conseil auprès du CICR. En conséquence de quoi, de nombreux acteurs étatiques ont désormais compris la

pertinence de la question sur les soins de santé en danger et sont impatients de doter le pays d'un cadre juridique approprié, notamment en créant la commission nationale sur le DIH.

Une question a été posée sur le rôle du CICR concernant l'annulation du formulaire n° 8 et l'entrée en vigueur de la loi sur la protection des médecins, des cadres de santé et des établissements de santé. Mme Abrar a répondu que le CICR avait travaillé sur ce dossier, mais pas spécialement sur le formulaire de police. Le CICR avait certes organisé des réunions de diffusion avec différents acteurs, sans toutefois plaider en faveur d'un changement juridique.

Jour 1, session 3 : Violences contre les soins de santé : dernières recherches effectuées dans la région

Modératrice : **Mutsa Mugangavari**, cheffe adjointe de la délégation régionale, CICR Afrique du Sud

Intervenants : **Dr Ghislain Bisimwa Balaluka**, directeur de l'école de santé publique, Université catholique de Bukavu, République démocratique du Congo

Dr Dare Godiya Ishaya, président de Société des médecins internes ou médecins-assistants

Professeure Martha M. Bradley, chargée de cours à la faculté de droit public de l'Université de Pretoria, Afrique du Sud

Cette session avait pour objectif de recenser les dernières recherches effectuées dans la région concernant la violence contre les soins de santé. Après avoir été présenté par **Mme Mugangavari**, le **Dr Ghislain Bisimwa Balaluka**, directeur de l'École de santé publique de l'Université catholique de Bukavu en République démocratique du Congo, a présenté une étude croisée sur la violence à l'égard des personnels de santé dans l'est de la République démocratique du Congo (RDC). En guise de préambule, il a déclaré que même si un conflit sévissait en RDC depuis plus de 30 ans, force était de constater qu'aucun système de collecte de données relatives aux incidents n'avait été mis en place et que peu de données étaient disponibles. Les seules données disponibles provenaient de l'étude Munzembo au Katanga (prévalence de 80%) et d'un rapport du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies faisant état de 121 cas d'attaques de groupes armés en 2021 dans six provinces orientales.

Précisant que l'étude comprenait des données qualitatives et quantitatives recueillies auprès d'environ 600 professionnelles et professionnels de la santé lors d'entretiens et d'une enquête menée pendant les pandémies Ebola et COVID-19 dans l'est de la RDC (Nord-Kivu et Sud-Kivu), il a précisé que près de 50% des personnes interrogées avaient subi des violences. Si, dans la plupart des cas, il s'agissait d'agressions verbales, dans d'autres, des agressions physiques avaient été rapportées, parfois sous la menace d'armes. En outre, concernant le profil des auteurs, il s'agissait en premier lieu de la famille du patient, suivie par le patient lui-même, la communauté et enfin les groupes armés. M. Bisimwa a toutefois rappelé que les agresseurs pouvaient présenter plusieurs profils simultanément, expliquant par exemple que des membres de la famille pouvaient très bien appartenir à un groupe armé. Dans cette même étude, la plupart des personnes interrogées avaient déclaré avoir été témoins d'une agression contre un collègue, confirmant ainsi les données déjà présentées. Néanmoins, seul un faible pourcentage d'entre elles avaient décidé de porter plainte.

M. Bisimwa a ensuite évoqué les raisons ayant motivé des actes de violence à l'encontre du personnel de santé, comme le sentiment d'une négligence médicale, les connaissances de la communauté sur la pandémie et sa résistance aux campagnes de sensibilisation, les différends concernant le recrutement du personnel et les conflits avec des patients au sujet de la facturation. Parmi les solutions envisagées pour réduire le nombre d'agressions, M. Bisimwa a cité les campagnes de sensibilisation, la construction d'établissements de soins locaux et la formation du personnel de sécurité. Il a également recommandé que les hôpitaux et autres établissements de soins élaborent des stratégies pour dénoncer et sanctionner de tels faits, mais aussi pour empêcher ce type de problèmes. Enfin, selon lui, la création d'un observatoire national pourrait consolider le système de santé par la surveillance des cas de violence à l'encontre du personnel de santé.

Mme Mugangavari a ensuite présenté le deuxième intervenant, le **Dr Dare Godiya Ishaya**. Prenant la parole, celui-ci a exposé son étude de base portant sur l'évaluation du degré de mise en œuvre de la loi de 2017 relative à l'obligation de soigner les victimes de blessures par arme à feu (CTCVG Act 2017) parmi les personnels soignants et les forces de police nigérianes. Il a expliqué que les blessures par arme à feu faisaient figure d'exception avant la guerre civile de 1967-1970, et qu'elles s'étaient toutefois répandues de plus en plus par la suite. Face à cette situation, de nouvelles mesures avaient été prises afin de contrôler l'accès aux soins de santé des victimes de telles blessures, ce qui avait conduit les hôpitaux à demander une autorisation de la police avant de les soigner. En dépit des efforts déployés pour remédier à cela, notamment avec la promulgation de la loi de 2017, force était de constater que cette dernière était souvent méconnue des professionnelles et professionnels de la santé et des forces de police, mais aussi du grand public. Cette étude montrait donc comment la loi était appliquée en pratique par les personnels de santé et la police afin de faciliter l'accès aux soins des personnes blessées.

Il en est ressorti que, malgré l'entrée en vigueur de la loi de 2017 il y a cinq ans, les principales parties prenantes telles que la police et les personnels de santé n'en avaient pas toujours connaissance ou que la compréhension de certains points essentiels de cette loi faisait défaut. D'où la nécessité de sensibiliser davantage ces groupes de parties prenantes par le biais de formations, d'ateliers, de spots télévisés/radiophoniques et de messages sur les réseaux sociaux et d'effectuer davantage d'études qualitatives afin d'identifier des domaines non couverts par la loi de 2017 et d'accroître l'interaction entre les personnels de santé et la police pour une meilleure compréhension de la loi. Enfin et pour conclure, cette étude préconisait la mise en place de financements pour couvrir les frais de traitement des victimes de blessures par arme à feu et une éventuelle révision de la loi de 2017 afin de clarifier les points obscurs.

Après avoir remercié l'intervenant, Mme Mugangavari a souligné l'importance de faciliter le dialogue au sein des différents groupes communautaires afin de s'assurer d'une compréhension mutuelle. Elle a ensuite cédé la parole à la **professeure Martha M Bradley**, dont l'intervention a porté sur le DIH dans le contexte des conflits armés et du COVID-19. En préambule, cette dernière a expliqué que les conflits armés non internationaux faisaient partie intégrante de la réalité africaine et qu'elle avait donc décidé de se concentrer sur cet aspect. Elle a ensuite rappelé que l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève s'appliquait à tous les conflits armés non internationaux et que le Protocole additionnel II avait renforcé la protection du personnel de santé, à condition que le conflit armé non international soit conforme au champ d'application de l'article 11, à savoir lorsque le niveau d'organisation du groupe armé reflète son contrôle territorial. Ce dernier donnait, selon elle, davantage de contenu à la protection du personnel de santé.

La présentation de la professeure Bradley s'est concentrée sur trois dimensions du DIH et sur les garanties offertes par ce dernier dans la lutte contre le COVID-19 : premièrement, la protection du traitement des malades, deuxièmement, la sécurité du personnel de santé, des établissements de soins et des véhicules sanitaires et enfin, la protection du personnel humanitaire. S'agissant de la première dimension, elle a rappelé que l'article 3 commun stipulait que les blessés, malades et naufragés devaient être recueillis et soignés, précisant qu'il importait peu que l'état de santé soit antérieur au conflit ou non imputable à ce dernier. Dans ces conditions, il importait peu qu'un malade du COVID-19 fasse ou non partie de forces armées. Dans tous les cas, il devait être soigné. De plus, elle a ajouté que selon la règle 110 du DIH du CICR, applicable à la fois aux conflits armés nationaux et non internationaux, les blessés et malades devaient recevoir, dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs, les soins médicaux nécessités par leur état. Elle a précisé que cela s'appliquait à n'importe quelle pandémie, et pas seulement au COVID-19.

S'agissant de la protection du personnel de santé, des établissements de soins et des véhicules sanitaires, elle a rappelé que selon les règles 25 et 29 du DIH du CICR (considérées comme implicites dans l'article 3 commun), le personnel de santé et les moyens de transport sanitaire exclusivement réservés au transport et à des fonctions sanitaires devaient être protégés en toutes circonstances. Un lien était donc établi entre le fait d'être recueilli et soigné et celui de protéger le personnel de santé ainsi que les établissements de soins et les véhicules sanitaires, car en l'absence de protection du personnel de santé, il était impossible de porter assistance aux personnes blessées et aux malades. Enfin, concernant l'aide humanitaire, la professeure Bradley a précisé que même si l'article 3 commun ne faisait pas explicitement référence à l'aide humanitaire, les règles 55 et 56 du DIH stipulaient que les parties au conflit devaient autoriser et faciliter le passage rapide de secours humanitaires destinés

aux personnes civiles dans le besoin et assurer la liberté de déplacement au personnel de secours autorisé.

Lors de la séance questions-réponses, quelqu'un a demandé si, dans l'étude sur la violence à l'encontre des personnels de santé dans l'est de la RDC, la définition des groupes armés incluait les forces armées ou les autorités. Le Dr Bisimwa a répondu que l'étude englobait tous les porteurs d'armes, y compris les forces armées régulières et ce, également dans l'étude qualitative, étant donné qu'il pensait que les personnes interrogées ne feraient pas de distinction.

Une personne a ensuite demandé au Dr Ishaya si les victimes de blessures par arme à feu étaient traitées différemment au Nigéria selon que l'on se trouve en temps de guerre ou en temps de paix. Il a répondu que le traitement était différent en temps de paix, dans la mesure où la loi obligeait les personnels de santé à fournir des informations susceptibles d'appréhender des criminels et ce, même si ces personnes étaient traitées dans un établissement de soins.

Pour finir, quelqu'un a demandé au Prof. Bradley si le DIH faisait une distinction dans la définition du personnel médical et du personnel humanitaire. La professeure lui a répondu que la ligne de démarcation entre le personnel médical et le personnel de secours était floue, tout comme leur niveau de protection. Ce que l'on pouvait dire, selon elle, en tous cas, c'est que les règles soulignaient la nécessité de protéger à la fois le personnel médical et le personnel de secours.

Jour 2, session 4 : Le rôle de la diplomatie et des plateformes régionales dans la protection des soins de santé

- Modérateur :** **S.E. Churchill Ewumbue-Monono**, ambassadeur de la République du Cameroun en Éthiopie et représentant permanent de l'Union africaine
- Intervenants :** **S.E. Mohamed Gad**, ambassadeur de la République arabe d'Égypte en Éthiopie et représentant permanent de l'Union africaine
- Pelagie Manzan Dekou**, conseillère juridique régionale, CICR Côte d'Ivoire
- Imam Ibrahim Moussa**, Grand Imam d'Ouallam, Niger

La quatrième session était présidée par **S.E. Churchill Ewumbue-Monono**. Celui-ci a souhaité la bienvenue aux participants à cette seconde journée de sessions, consacrée au rôle de la diplomatie et des plateformes régionales dans la protection des soins de santé. Il a tout d'abord souligné que l'Union africaine avait renforcé le nouvel ordre de santé public africain grâce à la mise en place des Centres de contrôle et de prévention des maladies en Afrique et de l'Agence africaine du médicament. Puis, il a expliqué que cette dernière session avait également pour but de mettre en lumière l'importance des initiatives régionales, de contextualiser et de comprendre de quelle manière les politiques régionales avaient été mises en œuvre et de prendre des mesures supplémentaires. S.E. Ewumbue-Monono a rappelé que l'Égypte avait joué le rôle de chef de file en ce qui concerne l'initiative « Les soins de santé en danger », en mettant la question à l'ordre du jour du Conseil de sécurité des Nations Unies alors sous sa présidence, afin de faire adopter la résolution S2286/2016, et plus récemment, au sein du Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine, l'Égypte ayant présidé la 775^{ème} réunion du Conseil de paix et de sécurité de 2018. Cédant la parole à S.E. l'ambassadeur Gad, il a rappelé que le 5 novembre 2021, S.E. Mohamed Gad avait présidé le Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine, faisant figurer à l'ordre du jour la question de la protection du personnel sanitaire et établissements de soins.

S.E. Mohamed Gad a tout d'abord déclaré que le continent africain était touché de manière disproportionnée par les attaques et les menaces à l'encontre des personnels et des établissements de soins, et que ces attaques mettaient en danger les vies de personnes civiles en quête de soins médicaux et d'aide humanitaire. Les Conventions de Genève stipulent clairement que le personnel et les structures sanitaires doivent être respectés et protégés en toutes circonstances. La résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies adoptée sous la présidence égyptienne est un engagement ferme en faveur de la protection des systèmes de santé durant les conflits armés.

L'ambassadeur d'Égypte a fait part de son inquiétude quant à la multiplication des actes de violence contre les établissements de soins, ces actes réduisant à néant des décennies d'efforts de haute lutte afin de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé maternelle et entravant les mesures pour combattre la maladie. Ainsi, il a rapporté qu'entre janvier 2016 et décembre 2020, le CICR avait documenté plus de 3780 incidents ayant nui à la bonne réalisation d'actes de soins dans 49 pays africains. De plus, avec la pandémie du COVID-19, la situation s'était nettement dégradée, notamment entre février et décembre 2020. Le CICR avait enregistré 848 incidents de violence à l'encontre de personnels de santé liés au COVID-19.

En guise de conclusion, il a déclaré qu'il était nécessaire de plaider en faveur d'une intensification des efforts visant à protéger le personnel et les établissements de soins durant les conflits armés tout en réaffirmant les objectifs de la Résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies et en soutenant de manière plus générale les principes du DIH. Pour ce faire, il a formulé un certain nombre de recommandations, à savoir : premièrement, les pays africains envisagent d'intégrer les règles du droit humanitaire dans les programmes nationaux d'instruction et de formation des militaires et policiers, notamment ceux prenant part à des missions de maintien de la paix et de soutien ; deuxièmement, ces pays examinent le projet de lignes directrices relatives à la protection des personnes civiles lors des opérations de maintien de la paix et de soutien ; troisièmement, ils intègrent la protection des prestataires de soins de santé et d'aide humanitaire en tant qu'indicateur de suivi et d'évaluation de la feuille de route principale de l'UA présentant des mesures pratiques visant à soutenir l'initiative « Faire taire les armes d'ici 2030 en Afrique » ; quatrièmement, le Conseil de paix et de sécurité de l'UA organise des sessions régulières sur la protection des établissements de soins de santé afin de promouvoir la sensibilisation à ce sujet et de faire figurer constamment à l'ordre du jour de l'Union la sécurité des soins de santé ; et enfin, les pays africains envisagent de mener une campagne ou de faire une déclaration en faveur de la protection des personnels de santé et des établissements de soins.

Après avoir résumé les principaux points abordés par S.E. Mohamed Gad, S.E Churchill Ewumbue-Monono a donné la parole à **Mme Pelagie Manzan Dekou**. Mme Dekou a expliqué que la protection des soins de santé était un enjeu humanitaire majeur pour la CEDEAO. Cette dernière a signé un protocole d'accord avec le CICR en 2001 inscrivant son action dans le cadre d'un séminaire annuel réunissant ses 15 membres et de sessions de sensibilisation et de plaidoyers. Les États avaient ainsi l'occasion d'échanger leurs expériences et bonnes pratiques sur des questions liées à l'action humanitaire et à la mise en œuvre du DIH au niveau national. Lors d'une session qui s'est tenue en 2018, la CEDEAO avait décidé d'adopter un plan d'action 2019–2023, qui incluait une section entière consacrée à la protection des soins de santé et des emblèmes de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. De plus, à l'occasion de la 33^{ème} Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-

Rouge qui s'est tenue en 2019, les États membres de la CEDEAO s'étaient engagés conjointement à garantir la promotion et l'intégration du DIH, incluant dans cet engagement la protection des soins de santé. Dans le domaine de la sensibilisation, la CEDEAO avait organisé en 2022 des réunions au Togo et au Ghana afin de promouvoir la Convention de Kampala, qui représentait une avancée significative dans la protection des soins de santé dispensés aux personnes à l'intérieur de leur propre pays.

Le Parlement de la CEDEAO avait également tenu une session consacrée aux soins de santé de la région pour les personnes déplacées dans leur propre pays et les réfugiés. Considérant la protection des soins de santé comme un enjeu prioritaire, le Parlement avait fait réaliser une étude sur l'accès aux soins de santé à la suite d'une mission effectuée dans des camps de personnes déplacées dans le but de rendre compte de la législation et des mesures existantes et de formuler une recommandation. Cette étude, réalisée par le CICR, devait être présentée prochainement au Parlement.

Après avoir rappelé aux participants les principaux points abordés dans le discours de Mme Dekou, S.E. Churchill Ewumbue-Monono a ajouté que l'UA attachait une importance particulière à sa coordination avec les communautés régionales, précisant qu'à Lusaka, elle avait lancé une plateforme d'échange de connaissances entre le Conseil de paix et de sécurité de l'UA et les organes de paix et de sécurité des différentes communautés économiques régionales dans le but d'accroître cette coordination.

Imam Ibrahim Moussa a ensuite pris la parole, expliquant qu'il avait rejoint le mouvement humanitaire il y a plus de vingt ans, d'abord aux côtés de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 1996, et plus tard en tant que chef communautaire chargé d'atténuer les effets du conflit sur la population civile de sa région. Selon lui, alors même que de nombreux actes de violence à l'encontre des établissements de soins n'étaient pas signalés, les statistiques recueillies étaient néanmoins alarmantes. Ainsi, le seul département d'Ouallam, dans la région de Tillabéri avait rapporté quatre incidents au cours des trois dernières années, et déplorait aujourd'hui la fermeture de cinq établissements de soins pour des raisons de sécurité. L'imam a également déclaré que le cadre juridique actuel était insuffisant pour répondre aux défis que pose la protection des personnels et des établissements de santé de la région, et qu'une collaboration était nécessaire avec les acteurs locaux touchés par un conflit au Sahel. En guise d'exemple d'efforts de coopération menés avec différentes parties prenantes, il a indiqué qu'en 2020, un symposium avait donné lieu à une fatwa (avis juridique donné par une autorité religieuse) portant sur la protection des organisations humanitaires.

S.E. Churchill Ewumbue-Monono a remercié les trois intervenants puis a demandé s'il y avait des questions. Une personne souhaitait savoir sur quelles orientations s'appuyer pour faciliter la mise en

œuvre de mesures censées protéger les soins de santé ; une autre a demandé s'il existait une loi type relative à la protection des soins de santé dans les conflits armés.

Mme Dekou a répondu que la Convention de Genève de 1949 et ses protocoles additionnels contenaient des dispositions interdisant les attaques contre les établissements de soins de santé et le personnel médical. Il incombait aux États d'adopter une législation au niveau national pour mettre fin aux attaques contre leurs établissements de soins de santé et le personnel médical, en les considérant comme crimes de guerre. Les États pouvaient également adopter une législation protégeant les emblèmes affichés dans les hôpitaux et centres de santé. Enfin, le CICR pouvait accompagner ces efforts en fournissant des conseils techniques et créer ainsi des conditions permettant de protéger au mieux les populations touchées et les soins de santé dans les situations de conflits. À titre d'exemple, Mme Dekou a indiqué que le CICR possédait un modèle de loi concernant la protection de son emblème, qui pouvait être mis à la disposition des États.

S.E. Mohamed Gad a rappelé les interactions entre les acteurs humanitaires et la société civile ayant précédé l'adoption de la Résolution 2286/2016 du Conseil de sécurité des Nations Unies, attirant l'attention des participants sur l'importance d'une interaction et d'un lobbying pro-actifs au sein de l'UA. Évoquant la plateforme des Communautés économiques régionales adoptée à Lusaka, il a invité les participants à interagir avec le Conseil de paix et de sécurité africain. Il a ajouté que le commissaire Bankoli ainsi que le Département affaires politiques, paix et sécurité avaient entrepris un énorme travail, notamment en amorçant le dialogue avec la communauté de chercheurs, qui pourrait s'avérer un bon point d'entrée. S.E. Mohamed Gad a également souligné que la présence du CICR à Addis Abeba auprès d'autres acteurs humanitaires africains pourrait être un moyen approprié de renforcer la protection des soins de santé menacés, ajoutant que la mission égyptienne se ferait un plaisir de soutenir cette initiative.

Il a affirmé que le projet de lignes directrices concernant la protection des civils dans les opérations de soutien de la paix de l'UA pourrait être modifié et que ce point devrait être abordé dans la discussion sur l'initiative « Faire taire les armes », ceci afin d'apporter de nouveaux éléments et de nouvelles idées sur la manière de protéger les établissements de soins et les personnels de santé pendant les conflits armés. Enfin, il a indiqué qu'il était temps que l'UA fasse une déclaration sur l'initiative « Les soins de santé en danger » en guise de point de départ.

Jour 2, session 5 : Session thématique sur le Nigéria

Modérateur : **Leonard Blazeby**, chef de délégation adjoint au CICR du Nigéria

Intervenants : **Dr Datonye Dennis Alesia**, rédacteur en chef du Nigerian Medical Journal

Officers Committee, Société de médecine nigériane

Dr Manir H. Jega, responsable de la santé et des soins, Croix-Rouge du Nigéria

M. Aliyu Agwai, directeur des systèmes nationaux de gestion de l'information sur la santé, ministère fédéral de la Santé

M. Leonard Blazeby a pris la parole en tant que modérateur de cette cinquième et dernière séance consacrée au Nigéria. Il a expliqué que la protection des soins de santé constituait un volet important de l'activité du CICR au Nigéria, qui englobait différentes missions impliquant notamment le gouvernement nigérien, les forces de sécurité, les personnels de santé, les sociétés de médecine et la Croix-Rouge du Nigéria.

Il a ensuite expliqué que le succès de ces missions de protection au Nigéria reposait essentiellement sur le sentiment d'appartenance des parties prenantes. Il était en effet admis que les médecins nouvellement formés pouvaient être affectés n'importe où, y compris dans une zone de conflit. Le ministère fédéral de la Santé et plusieurs autres ministères ont compris l'intérêt de protéger les soins de santé dans une telle situation, ce qui a donné lieu à un partenariat avec le ministère fédéral, comme en avait témoigné la présentation du ministère (co-organisateur) lors de l'Assemblée mondiale de la santé.

Le **Dr Datonye Dennis Alesia** s'est ensuite exprimé sur la coordination conjointe des secteurs de la santé et de la sécurité visant à assurer la protection des soins de santé lors des restrictions de déplacement au Nigéria. Il a tout d'abord rappelé qu'en raison des problèmes rencontrés pour dispenser des soins de santé lors des restrictions de déplacement (jours d'élection, couvre-feux sanitaires et autres formes de restrictions imposées par les communautés), le CICR et la Croix-Rouge du Nigéria avaient organisé une table ronde pluridisciplinaire à Abuja en 2017. Cette table ronde avait formulé 15 recommandations, dont une relative aux difficultés pour accéder aux soins de santé dans les situations d'urgence.

Pendant le confinement lié au COVID-19, de nombreux problèmes tels que le refus d'accès aux postes de contrôle, les agressions physiques, le harcèlement et la détention de patients et de personnels de santé avaient été portés à la connaissance du public, et certaines de ces restrictions ont nui à la qualité de l'accès aux soins. Le CICR avait donc décidé d'organiser un atelier conjoint aux secteurs de la santé

et de la sécurité en 2021 ainsi qu'une réunion de suivi en 2022 consacrés à l'impact négatif des restrictions de déplacement. L'un des principaux engagements pris à l'époque avait été de fournir un moyen adéquat pour identifier le personnel de santé et les véhicules sanitaires. L'autre solution proposée était d'élaborer une procédure opérationnelle standard censée faciliter la communication entre les deux secteurs. Celle-ci a été acceptée lors de la réunion de suivi qui a eu lieu un an plus tard. Ces procédures devraient être lancées et mises en œuvre prochainement, ce qui devrait contribuer à améliorer l'accès aux soins de santé lors des restrictions de déplacement au Nigéria. En guise de conclusion, le Dr Alesia a déclaré qu'il espérait que d'autres pays confrontés à des situations similaires s'inspireraient de ce modèle et constateraient alors l'importance de la coopération et de la coordination entre les parties prenantes pour pouvoir résoudre de tels problèmes.

Le **Dr Manir H. Jega** a ensuite pris la parole et a présenté la campagne de mobilisation locale dédiée à l'initiative « Les soins santé en danger » au Nigéria. Il a précisé que les formes les plus courantes de violence à l'encontre des soins de santé au Nigéria englobaient le refus de traiter des victimes de blessures par arme à feu, les agressions physiques et verbales, l'enlèvement des personnels de santé et la destruction des établissements de soins.

La Croix-Rouge du Nigéria étant une société d'aide auxiliaire du gouvernement fédéral possédant des sections dans différents États, il a rappelé qu'elle avait doté ses 36 sections d'une totale autonomie en matière de planification, en fonction du contexte et des ressources disponibles. Chaque section avait élaboré une stratégie personnelle pour contrer la violence à l'encontre des personnels de santé. Ainsi, lors d'une cartographie des parties prenantes, on avait pu constater l'influence variable des leaders communautaires. Dans certaines communautés, les sections devaient interagir avec les chefs religieux, et dans d'autres, avec le personnel de sécurité et le personnel soignant.

S'agissant des activités de sensibilisation, de la distribution du matériel et du marquage des établissements de soins, le Dr Manir H. Jega a précisé qu'il avait fallu toucher tout le monde : ministères et services du gouvernement, syndicats, médias, jeunesse (souvent responsable des soulèvements), sans oublier les communautés. De plus, de nombreux personnels de santé ignoraient que leur comportement pouvait être une précieuse source de renseignements quant à ce qu'il pourrait se passer dans le cas d'un soulèvement. La Croix-Rouge du Nigéria avait par conséquent soutenu des activités de renforcement des capacités avec les personnels de santé et leurs responsables, mettant en exergue la qualité des services comme élément clé de leur sécurité et le développement de leurs compétences en matière de relations humaines pour instaurer la confiance au sein des communautés.

De plus, la Croix-Rouge du Nigéria disposait d'un groupe de volontaires actif au sein des communautés, qui soutenait avec ardeur leurs établissements de soins régionaux. Ces volontaires avaient apporté un

soutien important en termes de ressources humaines et avaient prêté une oreille attentive aux problèmes rencontrés par le personnel des établissements de soins au sein de leurs communautés respectives. La Croix-Rouge nigériane avait mis en place des structures communautaires à proximité des établissements de santé et, bien sûr, au sein desdites structures. Enfin, la Croix-Rouge nigériane avait impliqué toutes les parties prenantes en matière de diffusion, et notamment en ce qui concerne la loi de 2017 sur le traitement et les soins obligatoires pour les victimes de blessures par arme à feu.

Le Dr Jega a déclaré qu'il était difficile d'évaluer l'impact de l'activité de la Croix-Rouge nigériane. Des soulèvements avaient eu lieu dans certaines régions, et si un établissement de soins avait pu être épargné grâce à leur action, d'autres édifices gouvernementaux avaient été détruits et pillés. La sensibilisation à la loi de 2017 tout comme le manque de couverture des événements et activités liés à l'initiative « Les soins de santé en danger » et le financement insuffisant étaient autant de sujets sur lesquels la Croix-Rouge du Nigéria devait encore se pencher pour mettre pleinement en œuvre les plans d'action des différentes sections. Après avoir salué le travail de la Croix-Rouge nigériane, le Dr Jega a donc plaidé en faveur du maintien de ce partenariat, a exhorté les parties prenantes à poursuivre leurs efforts d'intensification de cette mobilisation locale dans l'optique d'une mise en application exhaustive d'une législation sur les « Soins de santé en danger ».

M. Blazeby a ensuite donné la parole à **M. Aliyu Agwai**, qui a commencé sa présentation sur l'intégration d'indicateurs sur la violence à l'encontre des soins de santé dans le système national de gestion des informations sur la santé au Nigéria (CHMIS), en regrettant l'absence de données du Nigéria permettant de comprendre les attaques perpétrées à l'encontre des personnels de santé. Le gouvernement avait alors reconnu la nécessité d'intégrer dans son système CHMIS les problèmes de violence à l'encontre des soins de santé. Ce système avait été mis en place pour gérer les données concernant les soins de santé primaire dispensés dans les communautés. Il avait effectivement permis de relier efficacement toutes les parties prenantes des communautés, à savoir les personnels de santé, les volontaires, les patients et les chercheurs. M. Agwai a ajouté que le système CHMIS serait connecté au système national et hébergé sur la plateforme mondiale DHIS2 (système de gestion des informations sanitaires). Par conséquent, le système CHMIS constituait un point d'entrée en tant que système national de collecte de données et restait un outil indispensable, d'une part pour comprendre la nature et l'étendue de la violence à l'encontre des personnels de santé et d'autre part pour élaborer des programmes d'intervention susceptibles de répondre aux défis actuels et de prévenir de futures attaques.

Tout en montrant les outils utilisés, M. Agwai a indiqué qu'un projet pilote avait été lancé sur le terrain et qu'une campagne de sensibilisation était en cours. Selon lui, le système CHMIS s'avérerait indispensable pour évaluer la situation humanitaire au regard de la violence exercée contre les

personnels de santé et améliorer la qualité des services de santé. Le gouvernement nigérian encourageait l'appropriation par la communauté de programmes sanitaires et fournissait son aide pour assurer le suivi des progrès accomplis ; des communautés du monde entier pouvaient facilement y accéder en ligne et recueillir des informations précieuses sur les programmes de santé et l'allocation des ressources. Globalement, les responsables de santé à différents niveaux pouvaient accéder aux données pour la planification et le suivi.

Les principaux défis concernaient le retard dans le déploiement de l'outil (les différentes parties prenantes devant être consultées à chaque étape de la mise en œuvre) et la nécessité de renforcer les efforts d'appropriation/coordination du gouvernement. Enfin, M. Agway a recommandé au ministère fédéral de la Santé de poursuivre sa collaboration avec différents départements du ministère et des partenaires tels que le CICR, ceci afin de fournir l'expertise et le soutien nécessaires au bon fonctionnement d'un système intégré de collecte de données dans le pays. Il a reconnu la nécessité de renforcer l'appropriation par le gouvernement et de coordonner les efforts de mise en œuvre du système CHMIS ; d'étendre le projet pilote à toutes les zones géopolitiques ; d'obtenir la validation par les parties prenantes des outils CHMIS concernant les résultats du projet pilote et de finaliser les outils et les procédures opérationnelles standards ; de mettre en place un mécanisme de financement durable et de la faire approuver par la structure de gouvernance des données ; de former des volontaires et d'activer le module CHMIS sur la plateforme DHIS2.

M. Blazeby a ensuite remercié l'intervenant et demandé s'il y avait des questions. Lors de la séance questions-réponses, une personne a demandé s'il existait des moyens permettant d'identifier des malades se rendant dans des établissements de soins de santé non pas en ambulance, mais à bord de véhicules privés. Ce à quoi, le Dr Alesia a répondu que certains cas de voleurs armés prétendant transporter un malade avaient été recensés. Il a ajouté que même si l'accès aux soins de santé devait primer sur toute autre considération, dans ce cas précis et de l'avis général, le personnel de sécurité pouvait faire usage de son pouvoir discrétionnaire et que la mise en place de systèmes d'orientation adaptés d'un niveau à l'autre pourrait également être utile.

La seconde question portait sur le plan du ministère fédéral de la Santé visant à relier la collecte de données et le suivi. La personne souhaitait savoir où trouver des cas spécifiques de violence et qui était en charge du recensement des incidents dans le système. M. Agwai a répondu que le plan en question était en cours de mise en œuvre. Pour l'instant, les outils communautaires étaient à l'essai, s'agissant notamment du recensement des cas de violence à l'encontre des personnels de santé dans trois États. Les données étaient collectées par des volontaires de la communauté et seraient reliées à un établissement d'une zone spécifique. Le responsable de l'établissement les téléchargerait ensuite sur la plateforme DHIS2. Le ministère fédéral de la Santé savait par conséquent qu'une personne était en

charge de l'envoi des données et que ladite personne connaissait la provenance des données. Il était prévu que les données soient téléchargées chaque mois sur le serveur DHIS2.

Une autre question portait sur le rôle des Sociétés nationales dans la coordination d'une action efficace. Le Dr Jega a répondu que la Croix-Rouge nigériane ne considérait aucune partie prenante comme acquise. Elle privilégiait le dialogue avec chacune d'entre elles afin de s'assurer qu'elles bénéficient de l'appui nécessaire et autorisait la communauté à participer directement aux décisions. À tout niveau, les parties prenantes étaient encouragées à présenter leurs initiatives et à décider elles-mêmes des mesures à prendre afin de protéger les établissements de soins. Enfin, si sur certains points névralgiques, la présence de militaires et de forces paramilitaires était indispensable, la publicité faite par des motocyclistes était essentielle dans d'autres lieux.

Jour 2 : Session de clôture

Modérateur : **Maciej Polkowski**, responsable de l'initiative « Les soins de santé en danger », CICR

Conclusion : **Dr Osahon Enabulele**, président élu, World Medical Association
Leonard Blazeby, chef adjoint de la délégation du CICR au Nigéria

Maciej Polkowski a ensuite pris la parole et remercié tous les participants pour leurs contributions aux discussions. Félicitant le Nigéria pour son organisation conjointe de la réunion régionale, il a souligné que le professeur Ibeanusi représentait non seulement le ministère de la Santé, mais aussi l'ensemble du gouvernement nigérian, fortement impliqué dans l'amélioration de la protection des soins de santé et montrant de ce fait son leadership sur cette question aux niveaux régional et international.

Il a également mis en exergue la façon dont le professeur Ibeanusi avait décrit les différents progrès réalisés au Nigéria via l'organisation de tables rondes, de réunions techniques et la mise en œuvre de certaines mesures. Il a aussi déclaré que le professeur Ibeanusi considérait la CEDEAO et l'UA comme des plateformes précieuses, rappelant au passage ses déclarations selon lesquelles il s'agissait d'une occasion unique de renforcer la collaboration régionale sur toutes les questions relatives à la protection des soins de santé. M. Polkowski a ensuite résumé les principaux points débattus lors de cette réunion, soulignant dans le même temps les principales problématiques abordées.

Le **Dr Osahon Enabulele** a clôturé la réunion régionale en remerciant les organisateurs, le ministère fédéral de la Santé du Nigéria et le CICR, pour le choix des sujets abordés lors de la réunion. Il a rappelé que l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) regroupait 10 millions de médecins et 110 sociétés de médecine croyant fermement en la neutralité médicale en cas de conflits armés et de violence. Il a ajouté que l'AMS s'était toujours efforcée de désamorcer la violence à l'encontre du personnel de santé via des déclarations, par l'adoption d'un code international d'éthique médicale, mais aussi par le biais de règlements AMS sur les conflits armés et autres situations de violence. Le Dr Enabulele a aussi déclaré que si quelqu'un doutait encore du rôle essentiel des personnels de santé, la pandémie du COVID-19 avait été force de dissuasion. Mais il a également précisé qu'au vu des présentations des différents intervenants, les actes de violence à l'encontre des personnels de santé étaient encore légion sur le continent africain, et partout dans le monde. Selon lui, des efforts concrets devaient être déployés afin d'atténuer la violence à l'encontre des personnels de santé, y compris via la sensibilisation. Il a souligné la nécessité d'informer le public par l'éducation, l'intégration et l'application du droit humanitaire parallèlement à une bonne gouvernance et à un leadership de

qualité. Il a enfin évoqué la nécessité de renforcer les systèmes de soins de santé en s'appuyant sur des stratégies capables de prévenir et de gérer les actes de violence. Le Dr Enabuele a ensuite conclu son discours en rappelant le soutien de l'AMS dans cette tâche.

Après avoir remercié le ministère fédéral de la Santé pour l'organisation conjointe de cette réunion, **M. Leonard Blazeby** a salué le soutien de l'honorable ministre, le Dr Ehanire, puis il a exprimé sa grande joie de pouvoir clôturer la réunion aux côtés du Dr Enabuele.

M. Blazeby a passé en revue les interventions des participants et s'est déclaré très satisfait qu'ils aient réussi à échanger au sujet de leurs expériences mutuelles, à tisser des liens et à renforcer les partenariats dans tout le continent. Il a également souligné que la mise en valeur du travail des personnels de santé et le renforcement des liens au sein du réseau pourraient contribuer à l'intensification de leur action et à la juste reconnaissance de leurs mérites. Enfin, il a insisté sur le fait qu'exposer clairement l'approche actuelle lors d'un tel événement public pourrait également susciter un regain d'intérêt de la part des parties prenantes et de l'opinion publique et accroître l'attention portée à la protection des soins de santé.

S'agissant du contenu de la réunion, il a félicité le gouvernement nigérian pour le travail accompli, insisté sur l'importance des travaux de recherche permettant de mieux comprendre la nature du problème de la violence à l'encontre des soins de santé, sur la nécessité d'une véritable collaboration et de partenariats, mettant en exergue le travail des partenaires locaux et nationaux. M. Blazeby a ensuite remercié l'AMS et la Croix-Rouge du Nigéria pour leur collaboration.

Il a également insisté sur la nécessité de se concentrer sans relâche sur l'élaboration de mesures concrètes et pour ce faire, il a exhorté les participants à garder les pieds sur terre et à rester ancrés dans le contexte local et national.

S'agissant du CICR au Nigéria, M. Blazeby a réaffirmé l'engagement de ce dernier à faire avancer les mesures en cours et à renforcer les efforts de collaboration, en s'engageant avec les partenaires du Nigéria et en reprenant les idées et bonnes pratiques appliquées aux niveaux régional et international. Il a ensuite déclaré que la réunion était levée et a remercié tous les participants.