

## ÉDITORIAL – VIOLENCES CONTRE LES SOINS DE SANTÉ : UNE RÉSIGNATION IMPOSSIBLE

Un objet explosif improvisé se déclenche au passage d'un convoi militaire. Alors que la foule et les secours affluent sur les lieux pour porter assistance aux blessés, une seconde bombe explose, sa détonation retardée visant précisément à infliger un maximum de dommages aux services d'urgence.

Un check point de l'armée filtre les véhicules sur un axe de circulation : de longues heures d'attente sont imposées à tous, y compris à une ambulance en route vers l'hôpital. L'attente est trop longue et le patient décède faute de soins.

Un médecin est emprisonné pour avoir soigné des manifestants blessés après une confrontation violente entre un mouvement d'opposition et les forces de police.

Un groupe armé s'empare d'un centre de soins, le pille et tue les blessés de la partie adverse ainsi que le personnel de santé. Les habitants de la région sont privés d'accès aux soins et beaucoup n'ont d'autre choix que de fuir.

Ces récits pourraient se dérouler dans de nombreux pays aujourd'hui, de la République centrafricaine à la Syrie<sup>1</sup>. Ils nous sont familiers car ils font malheureusement partie de la réalité des guerres contemporaines, à tel point qu'ils passent souvent inaperçus dans le flot de l'actualité. Ce ne sont que quelques exemples des menaces, attaques et obstructions que connaissent les services de santé en temps de conflits armés et autres situations d'urgences. Non seulement le personnel de santé est délibérément visé (menaces, détentions, attaques directes), mais les blessés, qu'ils soient civils ou militaires, ne sont pas épargnés non plus.

L'accumulation de ces incidents crée une insécurité réelle ou perçue dont les conséquences vont au-delà de leur impact immédiat. L'insécurité crée des « déserts médicaux » et affecte ainsi des populations entières, perturbant gravement et durablement la santé publique dans les régions affectées. Diffuses, insidieuses et silencieuses, les conséquences indirectes de la violence contre les soins de santé peuvent prendre des proportions catastrophiques.

1 Voir Romaric Bekourou, « République centrafricaine : des milliers de personnes forcées à fuir, les centres de santé pillés », disponible sur : <http://www.youtube.com/watch?v=oCVbwzMPK90&list=PL976DC37B1EF9FD69&index=2>, CICR, « Somalia: Lifeline Mogadishu », disponible (en anglais) sur: [www.icrc.org/eng/resources/documents/audiovisuals/video/2013/05-27-somalia-health-care-in-danger.htm](http://www.icrc.org/eng/resources/documents/audiovisuals/video/2013/05-27-somalia-health-care-in-danger.htm); Croix-Rouge britannique, « Call for an end to attacks on aid workers in Syria as International Red Cross and Red Crescent Movement marks 150th anniversary », 29 octobre 2013, disponible (en anglais) sur : [www.redcross.org.uk/About-us/News/2013/October/Solidarity-call](http://www.redcross.org.uk/About-us/News/2013/October/Solidarity-call).

Pourtant la protection des blessés et du personnel soignant fait partie de l'héritage commun des cultures et religions du monde<sup>2</sup>. Le respect de l'éthique par le personnel médical lui-même a toujours été le pendant du respect traditionnellement conféré à la fonction de soignant. L'éthique médicale puise ses sources dans la civilisation grecque classique avec le fameux serment d'Hippocrate, ou encore dans la médecine arabe avec Ishāq ibn 'Alī al-Ruhāwī, auteur de l'ouvrage « L'éthique du médecin » au X<sup>e</sup> siècle.

De plus, l'entreprise humanitaire moderne et le droit international humanitaire (DIH) sont nés d'une indignation face au sort des blessés de guerre livrés à eux-mêmes sur le champ de bataille. La création du « Comité international et permanent de secours aux militaires blessés » en 1863 (aujourd'hui connu sous le nom de Comité international de la Croix-Rouge) et l'adoption de la première Convention de Genève du 22 août 1864 « pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne » furent les résultats directs d'une prise de conscience publique du besoin de continuer d'assurer un minimum d'humanité même en temps de guerre.

Les principes les plus importants de cette première Convention de Genève<sup>3</sup>, qui furent maintenus dans les textes des Conventions ultérieures, incluent : l'obligation de soigner les blessés sans distinction de nationalité ; la neutralité et l'inviolabilité du personnel et des établissements sanitaires ; et l'adoption d'un emblème pour distinguer et protéger ces derniers.

La protection des blessés et du personnel médical ainsi que l'organisation des secours furent ainsi la préoccupation première des pionniers de l'action humanitaire moderne. Il aura fallu toute leur énergie pour mobiliser la société civile et la communauté des Etats afin de réussir à créer des structures nationales et des instruments internationaux de protection.

Pourtant, tout juste 150 ans plus tard, les attaques contre les blessés et le personnel médical, l'obstruction de l'accès aux soins ou encore la destruction de structures médicales se poursuivent dans les conflits armés et les autres situations d'urgence du vingt-et-unième siècle. Assiste-t-on à une recrudescence de ces violences, liée à un respect moindre pour le DIH ? L'ampleur prise par ce phénomène actuellement est-elle due à la nature des conflits contemporains ? Faute de statistiques sur la durée, nous n'avons pas de réponse à ces questions, mais nous pouvons au moins considérer que la violence contre les soins de santé est : 1) un phénomène persistant, 2) une aggravation actuelle d'un phénomène ancien voire, 3) un nouveau visage de la guerre. Il est temps pour la communauté internationale de réaffirmer qu'il existe des limites à l'inhumanité et de se pencher sur les causes contemporaines de

2 Par exemple, en Inde les lois ancestrales de Manou exigent que le vainqueur épargne les blessés. Au Burkina-Faso, la coutume interdit de tuer les personnes ne participant pas aux combats et oblige à soigner les blessés des deux camps. Pour un bref résumé des différentes traditions, voir par exemple : Véronique Harouel-Bureloup, « Droit international humanitaire : la coutume », dans *Grotius International*, 7 mars 2013, disponible sur : <http://www.grotius.fr/droit-international-humanitaire-la-coutume/>

3 Convention de Genève du 22 août 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, 75 U.N.T.S. 31, entrée en vigueur le 21 octobre 1950.

la violence contre les soins de santé, en tant que l'un des défis humanitaires majeurs de notre époque.

## De quoi parlons-nous ?

« L'une des premières victimes de la guerre est le système de santé lui-même<sup>4</sup>. » Témoin et parfois victime directe de ces incidents répétés, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a pris conscience de la gravité du phénomène, mis en exergue par les travaux de certains scientifiques tels que Leonard Rubenstein et Robin Coupland<sup>5</sup>. Entre 2008 et 2010, le CICR a conduit une étude portant sur 655 incidents violents touchant les soins de santé dans 16 pays<sup>6</sup>. L'étude a mis en évidence les différentes formes de violence qui entravent la fourniture des soins de santé : attaques directes contre les patients, le personnel de santé et les structures médicales – notamment le pillage et l'enlèvement – ou arrestations et refus d'accès aux soins de santé.

En 2013, les nouvelles données récoltées par le CICR<sup>7</sup> ont démontré que la grande majorité des incidents violents contre des services de santé – plus de quatre-vingt pour cent des quelque 900 incidents recensés dans 22 pays – touchent les professionnels de santé locaux. Un quart des personnes concernées par ces incidents ont été tuées ou blessées, le reste des incidents consistant en des coups, menaces, arrestations, enlèvements et autres événements violents. Les données récoltées ne permettent pas d'identifier un acteur prédominant de ces violences, mais révèlent au contraire que les auteurs incluent non seulement les forces armées et de sécurité étatiques mais aussi les acteurs armés non-étatiques. En outre, le rapport indique que la plupart des incidents perpétrés contre le personnel de santé impliquait des menaces plutôt que des actes de violence directe. Dans cette édition de la *Revue*, Fiona Terry analyse les violences rencontrées par les travailleurs du secteur de la santé dans une série d'enquêtes de terrain dans trois contextes particulièrement difficiles d'accès : en Afghanistan, en République Démocratique du Congo et en Somalie. Enrico Pavignani, Markus Michael, Maurizio Murru, Mark Beesley et Peter Hill s'appuient eux aussi, dans leur article, sur six études de cas contemporains afin d'analyser les conséquences de la faillite des institutions étatiques sur les systèmes de santé.

L'utilisation abusive de la mission médicale par des groupes criminels ou des parties aux conflits à des fins de trafic ou pour dissimuler des opérations militaires contribue à l'érosion rapide de la protection de l'ensemble des services de santé.

4 Marco Baldan (chirurgien de guerre en chef du CICR) dans *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011, p. 7, disponible sur : <http://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4072.pdf>.

5 Voir aussi leurs contributions dans cette édition de la *Revue*.

6 CICR, *Health-Care in Danger : A Sixteen-Country Study*, juillet 2011, disponible sur : <http://www.icrc.org/spa/assets/files/reports/report-hcid-16-country-study-2011-08-10.pdf>.

7 CICR, *Violent Incidents Affecting Health care - January to December 2012*, 15 mai 2013, disponible sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/report/2013-05-15-health-care-in-danger-incident-report.htm>

En effet, lorsque certaines ambulances sont utilisées de façon abusive, c'est tout le système de soins de santé qui devient suspect aux yeux de l'adversaire et en subit de fait les conséquences, allant des longues heures d'attente aux checkpoints aux attaques directes.

Les effets de la violence contre les soins de santé s'étendent bien au-delà du moment de l'attaque et de ses conséquences immédiates. Ces attaques affectent non seulement le personnel directement ciblé, mais aussi l'ensemble de la population dont la santé en dépend. D'une part, pour chaque professionnel de la santé attaqué, c'est autant de patients qui ne pourront recevoir de soins, qu'ils soient préventifs (tels que les campagnes de vaccination) ou curatifs (comme par exemple la chirurgie, la rééducation, etc.). D'autre part, la répétition d'actes de violence contre les soins de santé peut conduire à une désertion de médecins dans la zone, craignant – à juste titre – pour leur sécurité. La population locale, ainsi privée d'accès aux soins de santé, souffrira alors des conséquences sur le long terme<sup>8</sup>.

L'érosion apparente de la protection du personnel médical ne concerne pas seulement les zones de conflit et les situations d'urgence. Depuis plusieurs années, de graves problèmes de violence sont observés vis-à-vis du personnel soignant, en particulier dans les services d'urgence, y compris dans les pays en paix. Les services de santé peuvent parfois être la cible d'activités criminelles, mais souvent ce sont les patients et leurs familles eux-mêmes qui sont la cause des troubles et incidents de sécurité. Si l'insécurité en milieu hospitalier tend à se banaliser en temps normal, qu'en sera-t-il en temps de crise ? Cette perspective renforce le besoin d'adopter une approche préventive, y compris dans les pays qui ne sont pas affectés aujourd'hui par des conflits armés ou autres situations d'urgence.

Si les professionnels de la santé disposent de droits qui les protègent, ils ont également des obligations et des responsabilités, corollaires des droits des blessés et malades dont ils sont en charge. Ainsi, ils sont liés par le DIH, les droits de l'homme, mais également l'éthique médicale. Le respect de cette éthique par le personnel médical lui-même est une autre dimension de la problématique des soins de santé en temps de conflit et d'urgence. Les instances médicales nationales ont un rôle important à jouer, notamment pour éviter les éventuelles ingérences de l'Etat et assurer le respect de l'éthique par la profession elle-même. Ainsi, en Afrique du Sud, le Dr. Wouter Basson, ancien chef du programme bactériologique et chimique du régime de l'Apartheid, a été accusé de mettre au point des armes chimiques pour mettre hors d'état de nuire des militants anti-apartheid. Le but ultime de ces recherches était de trouver un moyen chimique d'endiguer la montée en puissance démographique des noirs. En 2013, il a été reconnu coupable de violation de l'éthique médicale par l'Ordre des médecins de l'Afrique du Sud<sup>9</sup>.

8 Voir l'interview du ministre libérien de la Santé, Walter Gwenigale, dans cette édition de la *Revue*.

9 Voir « South Africa's 'Dr Death' Basson found guilty of misconduct », dans *BBC News Africa*, 18 décembre 2013, disponible sur : <http://www.bbc.com/news/world-africa-25432367>

## Une mobilisation grandissante

Il est crucial d'aborder cette violence contre les soins de santé comme une seule thématique complexe plutôt que comme la simple somme d'incidents indépendants. Mandaté par la Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2011<sup>10</sup>, le CICR a lancé un projet sur 4 ans intitulé « Les soins de santé en danger » afin d'inciter les différentes parties concernées à prendre des mesures pour remédier à cet état de fait sur le terrain et de lancer une vaste consultation d'experts chargés d'identifier des solutions. La *Revue* a demandé à Pierre Gentile, en charge de la coordination du projet au CICR, de présenter son état d'avancement.

De même, plusieurs organisations non-gouvernementales (ONG) ont développé leurs propres campagnes sur le sujet. Ainsi, par exemple, Médecins Sans Frontières (MSF) a lancé le projet « *Medical Care Under Fire* », qui recense régulièrement sur internet de nombreux incidents de sécurité affectant les soins de santé<sup>11</sup>. Dans cette édition de la *Revue*, Caroline Abu Sa'Da, Françoise Duroch et Bertrand Taithe présentent une étude de la manière dont MSF aborde les questions de violences et d'attaques à son encontre ou à l'encontre des patients dont l'organisation a la charge. Ils plaident pour le développement d'une réflexion critique vis-à-vis des phénomènes d'insécurité dans le cadre des actions humanitaires.

La Coalition « Protéger la santé dans les conflits » (« *Safeguarding Health in Conflict Coalition* »), constituée d'ONG, d'associations de professionnels de la santé et d'un centre académique<sup>12</sup>, a pour objectif de promouvoir le respect du DIH et des droits humains relatifs à la sûreté et à la sécurité des installations de santé, des travailleurs de santé, des ambulances et des patients en situation de conflit armé et autres situations de violence.

Cette problématique doit être considérée avant tout comme un problème *humanitaire* et non comme un problème *des humanitaires*. Après des années d'efforts, il est extrêmement encourageant de voir que ce sujet est désormais relayé au-delà du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des ONG : de nombreux autres acteurs influents ainsi que des États se sont saisis de ce problème. Ainsi, le Conseil International des Infirmières<sup>13</sup> et l'Association Médicale Mondiale<sup>14</sup> sont désormais partenaires du projet « Soins de santé en danger » du CICR. La thématique a récemment été débattue à l'Assemblée de l'Organisation Mondiale

10 Voir « Résolution 5 - Les soins de santé en danger : Respecter et protéger les soins de santé », adoptée lors de la XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 1<sup>er</sup> décembre 2011, disponible sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm>

11 Voir MSF, *Medical Care Under Fire*, disponible sur : <http://www.msf.org/topics/medical-care-under-fire>

12 Voir *Safeguarding Health in Conflict Coalition*, disponible sur : <http://www.safeguardinghealth.org/>

13 Voir <http://www.icn.ch/fr/news/whats-new-archives/safeguarding-health-in-conflict-coalition-1506.html>

14 L'Association Médicale Mondiale indique : « L'éthique médicale constitue le principal domaine de coopération entre le CICR et l'AMM. Cette coopération a été officialisée par un Protocole d'accord signé le 26 juin 2013. Avec cet accord, l'AMM vise à contribuer au développement du projet, en particulier sur le plan de la responsabilité du personnel de santé dans les conflits armés et les autres situations d'urgence. » Voir : Association Médicale Mondiale, *Projet sur les Soins de Santé en Danger*, disponible sur : <http://www.wma.net/fr/20activities/60campaigns/11HealthDanger/index.html>

de la Santé<sup>15</sup>. De même, dans son rapport soumis au Conseil de sécurité de l'ONU sur la protection des civils en mai 2012<sup>16</sup>, le Secrétaire-Général a aussi multiplié les références aux attaques contre les services de santé et a demandé au Conseil de sécurité d'être plus proactif en la matière. Plusieurs Etats, comme la Norvège, l'Australie ou l'Afrique du Sud, soutiennent activement le projet au niveau global.

Des efforts ont également été entrepris au niveau national, en partenariat avec le CICR et les Sociétés nationales de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge. Nous avons aussi beaucoup à apprendre de certains Etats qui, confrontés directement au problème, ont déjà commencé à mettre en place des solutions pour réduire la violence contre les personnels de santé. Ainsi, la *Revue* donne la parole au Groupe de travail national sur la protection de la mission médicale de Colombie (« *National Permanent Round Table for the Respect of the Medical Mission* »). Leur expérience permet de dégager des recommandations pratiques pour le futur.

## A la recherche de solutions

Si beaucoup de travail reste à accomplir, il existe néanmoins un corpus de règles juridiques et éthiques protégeant les soins de santé, en temps de paix comme en temps de guerre.

En vertu du DIH, les parties à un conflit armé sont tenues de protéger, recueillir et soigner les blessés et malades ; de protéger le personnel, les unités et moyens de transport sanitaires contre les attaques, de les respecter, et de ne pas entraver la fourniture de soins. Afin de garantir cette protection, le DIH délimite précisément l'usage des emblèmes distinctifs protégés par les Conventions de Genève et leurs protocoles additionnels. Il exige en outre le respect des principes de l'éthique médicale, en prohibant par exemple de contraindre un professionnel de santé à dispenser des soins de manière contraire à l'éthique.

Dans les situations n'atteignant pas le seuil d'un conflit armé, ce sont les droits de l'homme et le droit national qui protègent l'accès aux soins de santé, notamment à travers le droit à la santé. En tout temps et en toutes circonstances, les États ont l'obligation de garantir un système de soins de santé efficace pour leur population.

Dans cette édition, Vivienne Nathanson analyse les défis éthiques auxquels doivent faire face les praticiens en temps de conflit, en les comparant avec les situations de paix. Les aspects juridiques de la protection des soins de santé sont présentés et débattus dans plusieurs contributions de cette édition de la *Revue*. Alexandre Breitegger présente un aperçu d'ensemble du cadre juridique applicable aux soins de santé en temps de conflit et d'autres situations d'urgence ; Amrei Müller analyse les complémentarités entre les règles du DIH et le droit à la santé, spécifiquement dans les

15 International Federation of Health and Human Rights Organisations, « World Health Assembly adopts resolution on WHO's role in documenting attacks on health workers and facilities », 30 mai 2012, disponible sur : <http://www.ifhbro.org/news-a-events/360-world-health-assembly-adopts-resolution-on-whos-role-in-documenting-attacks-on-health-workers-and-facilities>

16 Rapport du Secrétaire-Général sur la protection des civils dans les conflits armés, Doc. ONU S/2012/276, 22 mai 2012, paras. 33-34. Voir aussi le Rapport du Secrétaire-Général sur la protection des civils en période de conflit armé, Doc. ONU S/2013/689, 22 novembre 2013, para. 23.

situations de conflit armé non international ; Katherine Footer et Leonard Rubenstein affirment l'importance des droits humains pour la protection des soins de santé dans les situations où le DIH ne s'applique pas, ou en complément de celui-ci. La question de la justice pénale est abordée dans le témoignage du juge Miroslav Alimpic, juge d'instruction serbe au tribunal de district de Novi Sad dans l'affaire du massacre de l'hôpital de Vukovar pendant la guerre en ex-Yougoslavie. Finalement, Marisela Silva Chau and Ekaterina Ortiz Linares analysent la jurisprudence colombienne relative à l'interdiction de punir quelqu'un pour le simple fait d'avoir exercé des activités médicales compatibles avec l'éthique médicale.

Même en temps de guerre ou lors de mouvements de révolte violents, il doit être possible d'assurer un accès rapide aux soins de santé pour les blessés et les malades. Des mesures concrètes peuvent être prises par les différentes parties concernées (médecins, responsables politiques, universitaires, militaires, représentants de la société civile etc.) Le CICR a organisé une série d'ateliers avec ces acteurs dans différentes régions du monde afin de proposer des solutions pour le futur<sup>17</sup>.

Il n'y a pas de solution miracle pour mettre fin aux violences contre les soins de santé, mais une variété de mesures concrètes en fonction des contextes qui, si elles étaient mises en place pourraient épargner des milliers de vies dans le monde. Nous pouvons en citer ici quelques-unes :

- Mettre en place un cadre juridique complet et cohérent dans chaque pays, afin de protéger la prestation de soins de santé en toutes circonstances.
- Prendre des mesures dans les domaines de l'éducation, la formation et la diffusion des règles en la matière, afin de contribuer à la prévention des incidents.
- S'assurer que la répression des attaques contre les soins de santé comprenne une combinaison de sanctions pénales, administratives et disciplinaires.
- Etablir des mécanismes de contrôle de l'utilisation des emblèmes protecteurs de la mission médicale au niveau national.
- Instituer un système de suivi des données concernant les menaces et les attaques contre le personnel de santé, les patients, les installations et moyens de transports médicaux au niveau national ou/et international.
- Prendre des mesures de priorisation aux postes de contrôle comme par exemple l'identification et la désignation claire et régulière des transports médicaux.
- Identifier des procédures standardisées entre les forces de sécurité, les fournisseurs de soins de santé et les autorités pour encadrer les opérations conduites par les forces de sécurité dans les établissements de santé (telles que les perquisitions, recherches de suspects etc.).

17 Le CICR a aussi mis en place un Réseau interactif sur internet regroupant les organisations et les personnes œuvrant pour sécuriser l'accès aux soins de santé dans les conflits armés et les autres situations d'urgence. Le Réseau permet aux membres d'avoir un accès et de contribuer à un centre de ressources dédié à la publication de documents et d'outils. Les membres peuvent également échanger leurs expériences pratiques, partager un calendrier communautaire et suivre les recommandations établies au cours d'ateliers sur les soins de santé en danger. Pour en savoir plus, voir : <http://www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-expert-consultations.htm>.



- Mieux guider la planification et la conduite des attaques menées contre des objectifs militaires situés à proximité immédiate d'établissements de santé (ou contre de tels établissements ayant perdu leur protection contre les attaques lorsqu'ils sont utilisés à des fins militaires) afin d'en minimiser les effets sur les soins de santé.
- Exempter les professionnels de la santé de l'obligation légale de divulguer certaines informations obtenues dans le cadre de leurs fonctions. Les exceptions à la confidentialité médicale doivent être précisément définies dans la législation nationale.
- Les Sociétés Nationales ont un rôle essentiel à jouer notamment dans les efforts pour protéger l'emblème et empêcher son usage abusif dans les domaines de la sensibilisation, du suivi des abus et de la mise en œuvre de législations nationales.
- Les volontaires des services de secours, notamment ceux de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, devraient bénéficier d'un régime d'assurance santé, si possible soutenu par l'Etat.



Il est du pouvoir de chacun de contribuer à une meilleure protection des soins de santé en partageant l'information et en proposant des solutions. La *Revue* a choisi de participer à ce projet en demandant à des témoins de la violence contre les soins de santé, des académiques, des acteurs humanitaires mais aussi judiciaires, gouvernementaux et médicaux de contribuer à cette édition thématique. Cette édition regroupe ainsi des perspectives opérationnelles, juridiques et éthiques. Les contributions rassemblées dans cette édition vont permettre de 1) brosser le tableau du problème humanitaire en présentant les résultats de plusieurs études de cas sur le terrain ; 2) proposer les cadres juridiques et éthiques pertinents ; et 3) esquisser différentes solutions aux niveaux juridique, opérationnel et politique. En ouverture de cette édition, le Dr. Walter Gwenigale, directeur d'un hôpital attaqué durant le conflit et à présent Ministre de la Santé et de la Protection Sociale du Libéria, raconte son expérience. Il analyse les dangers auxquels sont confrontés les professionnels de la santé en période de conflit, les conséquences à long terme de ces violences mais aussi les mesures qui peuvent être prises pour les prévenir.

La violence contre les soins de santé : il existe certainement peu de sujets qui soulignent de manière aussi crue et radicale à la fois le pire et le meilleur de notre humanité. Le pire, c'est l'abus de la force contre ceux qui ont besoin de soins ou qui sont là pour les donner. Le meilleur, c'est l'engagement des volontaires et du personnel de santé qui bravent l'insécurité généralisée, l'oppression et la violence directe pour apporter des soins dans le respect de leur éthique. Faciliter la prise de conscience du problème n'aura été qu'une première étape vers l'identification de solutions à diffuser et mettre en œuvre. L'ensemble des risques auxquels s'exposent consciemment ces femmes et ces hommes ne peut être considéré le seul fait de la fatalité.

Vincent Bernard  
*Rédacteur en chef*