

## Q&R : « LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER »

### Entretien avec Pierre Gentile

Responsable du projet « Les soins de santé en danger »,  
Direction des opérations du CICR.

*En 2011, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a lancé le projet « Les soins de santé en danger », une initiative mondiale qui poursuit un objectif ambitieux : rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et les autres situations d'urgence. Deux ans plus tard, Pierre Gentile, responsable du projet au sein du CICR, nous parle des progrès réalisés, des défis qui se posent et de la voie à suivre pour que ce souhait devienne réalité.*



#### ***Qu'est-ce que le projet « Les soins de santé en danger » ?***

Le projet « Les soins de santé en danger » est né d'un triste constat : les patients, les personnels de santé, les structures et les véhicules médicaux sont aujourd'hui encore plus touchés par la violence qu'auparavant. Il suffit de suivre l'actualité – qu'il s'agisse de l'attaque d'une ambulance au Moyen-Orient ou du pillage d'un centre de santé en République centrafricaine, cette violence ne passe pas inaperçue dans les médias internationaux.

Cependant, même si le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et bien d'autres acteurs avaient souvent été témoins de ces événements, qui les avaient parfois même touchés de manière tragique, ils abordaient ce problème non pas comme un thème en tant que tel, mais plutôt comme une somme d'incidents isolés, n'ayant aucun lien entre eux. L'ensemble de la communauté internationale faisait de même. Après avoir mené une étude sur le terrain, nous nous sommes rendu compte qu'il existait des schémas habituels de violence, indépendamment du contexte dans lequel celle-ci était exercée. Nous avons alors lancé le projet « Les soins de santé en danger » en commençant par sensibiliser l'opinion publique au problème et aux conséquences humanitaires de ce

phénomène, qui touche probablement des millions de personnes dans le monde. Nous mobilisons toute une série d'acteurs, tels que professionnels de la santé, autorités nationales et ministères de la Santé. Avec leur aide, l'équipe de projet s'attache à établir des bonnes pratiques et des recommandations qui puissent contribuer à rendre plus sûre la fourniture des soins de santé sur le terrain.

***« Les soins de santé en danger » est un projet reposant sur des observations factuelles. Qu'est-ce que cela signifie concrètement ?***

Dans le présent numéro de la Revue se trouve un article de Robin Coupland, conseiller médical du CICR, qui donne un aperçu de l'étude que nous avons menée dans 16 pays – une première démarche visant à recenser et analyser les incidents violents ayant touché les soins de santé entre 2008 et 2010. Cette étude nous a permis de mieux comprendre le phénomène et a servi de fondement au projet. Mais nous ne nous sommes pas arrêtés là ; la méthode a évolué et nous avons continué à récolter des informations dans un plus grand nombre de pays. Pour chaque incident recensé, la qualité des données est d'abord contrôlée dans la délégation concernée du CICR sur le terrain. Les données sont ensuite centralisées et saisies de manière systématique à Genève, afin de garantir que les différents cas soient interprétés de manière cohérente dans les différents pays participant à la collecte de données. En 2013, le CICR a publié un nouveau rapport fondé sur une année complète de récolte de données dans 22 pays touchés par la violence armée. Sur cette base, nous avons pu analyser plus de 900 incidents.

Par rapport à la réalité qu'elles reflètent, ces données ne sont que la pointe de l'iceberg. Nous ne prétendons pas brosser un tableau complet des incidents qui se produisent ; nous ne pouvons avoir connaissance que d'une petite partie d'entre eux, et ces chiffres ne reflètent donc pas exactement la réalité sur le terrain. Cependant, nous pensons que la méthode utilisée nous permet de comprendre les principales tendances. Nous avons l'intention de continuer à récolter des données de manière régulière et de publier des rapports annuels. Nous espérons constater, avec le temps, une évolution positive de la situation sur le terrain.

***Quelles sont les principales observations du projet « Les soins de santé en danger » à ce stade ?***

Les principales tendances que nous avons constatées peuvent être résumées en trois points :

Premièrement, la grande majorité des personnels de santé touchés sont des prestataires locaux, tandis que les prestataires internationaux de soins de santé sont victimes de violence dans seulement 7 % des cas – une réalité bien différente de l'idée que nous en donnons généralement les médias. Et même ce chiffre est probablement surestimé. Simplement, nous sommes davantage informés des incidents qui touchent les acteurs internationaux que de ceux qui touchent les prestataires locaux de soins, en particulier lorsque ces incidents se produisent dans des régions reculées.

La proportion des prestataires locaux victimes de violence est donc probablement plutôt de 95 à 97 %.

Il est essentiel pour nous de comprendre cette tendance, afin de ne pas considérer que notre projet et le fait de protéger les soins de santé ne visent qu'à permettre aux organisations internationales d'avoir accès à des zones reculées ; il s'agit fondamentalement de faire en sorte que les systèmes locaux de soins de santé soient à même de fonctionner ou soient renforcés si nécessaire, afin de pouvoir faire face à une demande plus forte en période d'urgence et de crise.

Le deuxième constat porte sur la nature même de la violence. La violence contre les soins de santé peut certes revêtir différentes formes et entraîne souvent des conséquences tragiques : les personnels de santé ou les patients sont tués, blessés ou enlevés. Cependant, la majeure partie des incidents concerne des menaces à l'encontre des personnels de santé. Les menaces relevées dans l'étude du CICR sont des menaces sérieuses auxquelles les personnes touchées ont dû réagir, que ce soit en modifiant leurs habitudes de travail ou parfois même en quittant leur emploi. Même si de telles menaces ne portent pas directement atteinte à l'intégrité physique des personnels de santé, elles peuvent entraîner des conséquences graves pour l'ensemble de la population qui a besoin de soins. Du point de vue de la population, si vous vivez dans une région reculée et que l'infirmier ou le médecin n'y vient plus car il a été menacé et a décidé de partir, c'est finalement vous qui ne recevez plus les soins de santé qu'il vous prodiguait. C'est un aspect dont il faut tenir compte. Au-delà du nombre de personnes touchées directement, un grand nombre de personnes sont touchées de manière indirecte, par exemple lorsque les soins de santé proposés à la population sont réduits ou qu'il est plus difficile d'y avoir accès. Cela se produit en général dans des situations de conflit armé ou d'urgence, dans lesquelles les besoins ont tendance à augmenter. Cette préoccupation est actuellement au cœur du projet « Les soins de santé en danger ».

Le troisième constat important est lié aux tendances qui se dessinent en matière de violence contre les soins de santé. Nous avons notamment relevé dans plusieurs pays que des attaques étaient perpétrées contre des agents de santé durant des campagnes de vaccination. Ce genre de violence a des effets négatifs sur la capacité de prévenir les épidémies dans des zones étendues. Dans le même ordre d'idée, nous avons recensé plusieurs cas de ce que nous appelons des « deuxièmes attaques » – des situations dans lesquelles une première explosion est provoquée, et pendant que les secours s'efforcent de venir en aide aux victimes, une deuxième explosion survient, qui touche les blessés et les personnels de santé. Dans de tels cas, le but est manifestement de s'en prendre, entre autres, à ceux qui sont venus secourir les victimes. Il devient ainsi encore plus difficile de prodiguer des soins de santé d'urgence. Les premiers intervenants sont alors face à un dilemme : agir, et mettre peut-être leur propre vie en danger, ou ne pas intervenir et devoir abandonner des personnes qui auraient pu survivre. Ce dilemme a été évoqué dans nombre de consultations que nous avons menées auprès de services d'ambulance, car il avait des répercussions très négatives sur les procédures opérationnelles de ces services et sur la manière dont ils étaient perçus par la population. C'est bien sûr extrêmement préoccupant, puisque

les blessés ont le droit d'être pris en charge à temps, et les services d'urgence ont le droit d'avoir accès aux personnes ayant besoin d'une assistance médicale<sup>1</sup>.

***Le projet « Les soins de santé en danger » réunit des experts dans le but d'élaborer des recommandations qui améliorent la sécurité des soins de santé. Pouvez-vous nous en dire plus ?***

Au début du projet, nous avons identifié quelques thèmes sur lesquels nous pourrions travailler pour améliorer la sécurité de la fourniture de soins de santé. Nous avons ensuite organisé des ateliers sur chacun de ces thèmes, en invitant divers experts à faire part de leurs expériences et à recommander des solutions pour progresser.

L'un de ces ateliers par exemple, qui s'est tenu à Ottawa en 2013, portait sur la sécurité des infrastructures médicales. En pratique, la discussion a tourné autour de questions telles que la manière de s'assurer qu'une structure de santé puisse continuer à fonctionner pendant plusieurs jours lorsque le réseau électrique, l'Internet ou le système d'approvisionnement en eau dont elle dépend habituellement est interrompu ; ou comment faire en sorte qu'un hôpital soit en mesure de gérer ses employés, même lorsque l'équipe est sous pression et que certains des personnels de santé ne peuvent pas se rendre à leur lieu de travail. Dans une situation de risque, les ressources vont se raréfier, les demandes augmenter, et la pression de la part de groupes armés, des médias ou des familles des patients va peut-être se faire sentir. L'un des objectifs des consultations avec les experts sur ce sujet était par exemple de comprendre comment faire face au mieux à une situation de stress.

Dans d'autres ateliers, les experts ont discuté par exemple de la manière dont les services d'ambulance pouvaient être efficaces en situation de risque. Nous travaillons actuellement sur un sujet très différent, à savoir les pratiques qui peuvent être mises en place par les armées et les forces de sécurité pour garantir que la fourniture de soins de santé soit respectée et protégée. Cela couvre des sujets comme les arrestations opérées dans des hôpitaux ou la gestion des points de contrôle sur les routes sur lesquelles des ambulances, et parfois même des véhicules privés, transportent des blessés et des malades. Le dilemme auquel font face les porteurs d'armes est de trouver le bon équilibre entre considérations humanitaires et contraintes liées à la sécurité. Nous souhaitons nous appuyer sur les pratiques de l'armée, raison pour laquelle, en plus des ateliers, nous menons des consultations bilatérales avec les représentants de différentes armées.

***Dans quel domaine sont spécialisés les différents participants aux ateliers ?***

Selon le thème traité, nous faisons appel à des personnes expertes dans différents domaines. Comme indiqué, si nous travaillons sur les pratiques militaires par

1 Pour une présentation détaillée des droits des malades et des blessés, cf. Alexandre Breitegger, « Le cadre juridique applicable à l'insécurité et à la violence touchant les soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence », dans le même numéro.

exemple, les experts seront des membres des armées étatiques, travaillant dans les services médicaux et les unités opérationnelles. Si nous nous penchons sur la législation nationale, les experts seront principalement des législateurs ou des membres de commissions nationales de droit international humanitaire (DIH), mais également des personnes travaillant dans le domaine de l'éthique médicale.

Pour des ateliers sur les mesures que peuvent prendre eux-mêmes les prestataires de soins de santé, la plupart des experts viendront du domaine médical, de diverses organisations humanitaires ou organisations de professionnels de la santé. Cela dépend aussi des destinataires de la recommandation ; nous faisons participer le plus possible les acteurs qui appliqueront directement les recommandations. Par exemple, si des professionnels de la santé recommandent une mesure qui doit être prise par les autorités nationales, nous essayons de faire participer un expert d'un ministère de la Santé.

### *Quelles sont les recommandations qui ont été formulées jusqu'à présent ?*

À ce stade, on peut dire que certaines formulations ont déjà été clairement formulées, tandis que pour d'autres, nous voyons dans quelle direction elles pourraient aller. Par exemple, une recommandation qui est ressortie de l'atelier sur les services d'ambulance porte sur la nécessité d'accorder une attention particulière aux chauffeurs d'ambulances, qui sont souvent les premières personnes de contact aux points de contrôle. Ces chauffeurs ont souvent un rôle essentiel à jouer lorsqu'il s'agit d'évaluer la sécurité d'une route, et ils doivent donc être pleinement intégrés dans toutes les activités de renforcement des capacités destinées au personnel ambulancier. Une autre mesure possible visant à rendre les premiers intervenants plus efficaces consisterait à proposer un soutien psychologique de manière plus systématique, afin de renforcer la capacité de l'équipe à travailler sous pression. Il faut mettre en place un mécanisme qui permette à une équipe de déceler si un de ses membres a besoin de faire une pause lorsque la charge émotionnelle devient trop forte.

Certains ateliers ont donné lieu à un débat sur le port d'équipements de protection individuelle (EPI) – tels que casques, gilets pare-balles et masques à gaz – par les équipes d'ambulanciers. L'utilisation d'un tel équipement présente toujours des avantages et des inconvénients, raison pour laquelle nous avons consulté des experts. Dans ce cas, la recommandation ne dit pas s'il faut utiliser un EPI ou pas. Les experts ont plutôt défini des critères que nous pouvons recommander d'appliquer afin de mieux évaluer le contexte et de décider si ce type d'équipement est nécessaire ou non. La situation est différente selon le contexte. La recommandation visera donc plutôt à comprendre l'environnement et les difficultés qui en découlent, ainsi qu'à établir des critères adéquats qui permettront aux personnes sur le terrain de prendre la bonne décision.

Un autre exemple de recommandation que je souhaite mentionner a trait à la sécurité de l'infrastructure médicale. Pendant l'atelier qui s'est tenu à Ottawa, nous avons discuté des différentes mesures préparatoires pouvant être prises par les structures de santé. De nombreux prestataires locaux de soins de santé ont souligné

la nécessité d'intégrer dans les plans d'urgence des mesures qui puissent aider à maintenir la chaîne d'approvisionnement, notamment la fourniture ininterrompue en eau, en électricité et en médicaments. Lorsqu'ils mettent en place des mesures préparatoires, les professionnels de la santé doivent s'assurer que les contrats qu'ils concluent avec leurs principaux fournisseurs contiennent l'obligation de continuer à fournir les services même en situation d'urgence. Dans une situation normale, la plupart des contrats comporteront une clause stipulant qu'en cas d'urgence, les services peuvent être interrompus. Cependant, en situation de crise, un hôpital aura d'autant plus besoin de ces services puisque le flux de patients va probablement augmenter. Les professionnels de la santé doivent donc s'assurer que les contrats stipulent clairement ce qui est attendu en cas d'urgence, et que les fournisseurs eux-mêmes disposent d'un plan d'urgence qui leur permette de poursuivre leur travail dans une telle situation.

***Pensez-vous que la plupart de ces recommandations pourront être appliquées dans toutes les cultures ?***

Lorsque nous aurons mis au point toutes les recommandations, nous avons l'intention de les transmettre aux délégations du CICR et aux Sociétés nationales qui travaillent dans des contextes opérationnels, mais également à tous les intervenants qui peuvent les mettre en œuvre à l'échelon local ou international. Nous menons actuellement une campagne de communication dont l'un des objectifs est de faire connaître les recommandations à tous les acteurs concernés. Il incombera ensuite à chacun d'entre eux de décider dans quelle mesure chaque recommandation est adaptée au contexte, aux besoins et aux capacités qui le concernent. La question n'est donc pas seulement de savoir si une recommandation est appropriée dans une culture donnée ; dans certains cas, elle peut tout simplement ne pas présenter d'intérêt.

Il n'y a pas de solution toute faite au problème complexe de l'absence d'un accès sûr aux soins de santé. Mon équipe et moi ne cherchons pas à définir les cinq meilleures recommandations applicables dans le monde entier ; nous essayons plutôt de déterminer dix à quinze mesures pour chacun des sept thèmes sur lesquels nous travaillons, ce qui équivaut à une liste d'environ 100 recommandations. Nous ne nous attendons évidemment pas à ce que cette liste soit utilisée telle quelle dans chaque pays. Notre but est plutôt que dans chaque contexte touché par le problème, les acteurs concernés discutent pour savoir quelles recommandations sont pertinentes et utiles pour rendre plus sûre la fourniture des soins de santé.

Le problème de la violence contre les soins de santé ne peut pas être résolu si un seul intervenant applique un seul type de mesure dans le monde entier. Les différents acteurs doivent prendre différentes mesures dans les différents contextes, afin que toutes ces mesures cumulées finissent, espérons-le, par produire un effet.

***Le projet « Les soins de santé en danger » est mené en collaboration avec plusieurs partenaires. Quel est leur rôle et quel est celui du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ?***

En effet, le projet repose sur l'idée que le problème concerne de nombreux acteurs. Nous devons donc être sûrs que tous les acteurs concernés s'efforcent ensemble d'améliorer la situation sur le terrain. Pour cela, il est indispensable que les attaques contre les soins de santé soient considérées comme une priorité non seulement par le CICR, mais également par beaucoup d'autres organisations dans le secteur humanitaire et au-delà.

La première étape du projet avait justement pour objectif principal de faire en sorte que la sécurité des soins de santé soit une priorité pour les humanitaires et pour la communauté internationale en général. Nous nous sommes beaucoup concentrés sur la sensibilisation et la mobilisation de différents acteurs. Certains ont même mis en place leurs propres projets, avec des objectifs similaires à ceux du projet « Les soins de santé en danger »<sup>2</sup>. C'est par exemple le cas de Médecins sans Frontières (MSF), qui a lancé le projet « *Medical Care under Fire* » (Soins médicaux dans la ligne de mire). D'autres ont unis leurs efforts dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger ». Nous avons mis en place un solide partenariat avec plusieurs organisations professionnelles, telles que l'Association Médicale Mondiale, le Conseil international des Infirmières et le Comité International de Médecine Militaire. Ces organisations participent aux consultations d'experts, mais elles ont également la tâche importante de faire mieux connaître les recommandations auprès de leurs membres.

Enfin, nous avons noué un partenariat très fort avec de nombreuses Sociétés nationales, puisque le projet appartient en premier lieu au Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les Sociétés nationales se trouvent en première ligne, non seulement parce qu'elles prennent des risques en évacuant les blessés et les malades en situation d'urgence, mais aussi parce qu'elles participent à de nombreuses consultations d'experts. Nous avons un groupe de référence constitué de quelque vingt Sociétés nationales, qui ont pris des engagements à la XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge de 2011 et qui suivent le projet de près. Nombre d'entre elles ont mobilisé des ressources pour atteindre certains des objectifs du projet à l'échelon national ou pour le soutenir à l'échelon international.

2 Voir [www.msf-ureph.ch/en/thematique/medical-care-under-fire](http://www.msf-ureph.ch/en/thematique/medical-care-under-fire) et [www.msf.org/topics/medical-care-under-fire](http://www.msf.org/topics/medical-care-under-fire). Tous les sites mentionnés ont été consultés pour la dernière fois en novembre 2013.

***Vous avez mentionné le projet « Medical Care under Fire » de MSF. Plusieurs autres ONG ont lancé une initiative similaire appelée « The Safeguarding Health in Conflict Coalition » (Coalition pour protéger la santé pendant les conflits<sup>3</sup>). Comment votre équipe parvient-elle à maintenir une coordination entre tous ces projets et initiatives similaires dans le domaine humanitaire ?***

Ces initiatives sont distinctes, mais parallèles et complémentaires. Comme je l'ai indiqué, l'un des buts du projet « Les soins de santé en danger » était de mobiliser les principaux acteurs autour de ce problème, dans l'espoir qu'ils élaborent leurs propres projets ou du moins qu'ils intègrent la question dans leurs propres stratégies. C'est précisément ce que MSF, par exemple, a fait. Les objectifs de MSF sont légèrement différents des nôtres, plus orientés vers la sécurité de son propre personnel et de ses opérations, mais finalement nous visons tous le même résultat : la fourniture de soins de santé en toute sécurité. Nous essayons également de faire participer au processus de consultation tous les acteurs qui travaillent déjà sur ce sujet. Pour revenir à l'exemple de MSF, cette ONG participe déjà à certains ateliers et notre partenariat au niveau opérationnel est très bon.

En fait, afin de favoriser la collaboration et l'échange de bonnes pratiques entre toutes les différentes organisations et personnes qui cherchent activement à trouver des solutions, nous avons étendu et modifié le site officiel du projet et créé le Réseau « *Health Care in Danger* », une communauté d'intérêts en ligne dont tous les membres intéressés peuvent partager des ressources, des idées et des informations sur les événements à venir, et tirer ainsi parti de leur engagement<sup>4</sup>.

***Qu'en est-il de l'indépendance du CICR ? L'institution peut-elle demeurer indépendante tout en coopérant et même en nouant des partenariats avec d'autres organisations et des États ?***

Notre indépendance ou notre neutralité n'est pas menacée lorsqu'il s'agit de travailler avec d'autres intervenants sur ce thème afin de trouver des solutions pragmatiques et applicables. Le projet ne porte pas sur un pays spécifique, mais sur un problème auquel nous sommes malheureusement confrontés dans de nombreux pays touchés par un conflit armé ou une autre situation d'urgence dans le monde. Il est donc nécessaire de trouver un intérêt commun à de nombreuses organisations afin d'élaborer des recommandations qui permettront de fournir des soins de santé en toute sécurité. Finalement, tout se résume à la nature même de l'action humanitaire : venir en aide aux blessés et aux malades, en fonction de l'urgence de leur cas et indépendamment de savoir qui ils sont et où ils se trouvent. Dans ce sens, le fait de formuler des recommandations à caractère principalement préventif – des mesures que les institutions étatiques, les forces armées, les prestataires de soins et d'autres

3 Voir [www.safeguardinghealth.org](http://www.safeguardinghealth.org).

4 Pour le site officiel, veuillez consulter : [www.healthcareindanger.org](http://www.healthcareindanger.org). Pour le site du Réseau « *Health Care in Danger* », veuillez consulter : [www.healthcareindanger.ning.com](http://www.healthcareindanger.ning.com). Pour accéder au site du Réseau, veuillez contacter l'administrateur de la plate-forme ([czanette@icrc.org](mailto:czanette@icrc.org)).



acteurs peuvent prendre pour réduire les dangers liés à la fourniture des soins de santé dans des régions touchées par un conflit ou une autre situation d'urgence - ne va pas à l'encontre de notre neutralité ni de notre indépendance.

***Serait-il juste de dire que le projet « Les soins de santé en danger » représente aussi un processus d'apprentissage pour le CICR, d'un point de vue plus institutionnel ?***

Absolument, et il pose bien sûr de nombreux défis internes. Le premier réside dans le fait que le projet est de nature transversale. Il réunit différentes disciplines au sein du CICR : travail de protection, assistance médicale, coopération au sein du Mouvement, communication et sensibilisation, compétences juridiques, etc. Tous ces spécialistes travaillent ensemble à ce projet. C'est ce qui fait sa force, mais cela a également un coût en termes d'énergie et de temps consacrés à la coordination interne, ainsi qu'à faire en sorte que la compréhension des objectifs communs à court et à long terme soit la même.

En outre, justement parce que le projet n'est pas centré sur le CICR mais cherche plutôt à rassembler une série d'acteurs autour d'un problème humanitaire, il y a un défi interne qui a trait à la prise de décisions, en particulier à propos de l'attribution des ressources et du temps, puisque nos partenaires ne participent pas directement à ces processus internes. Pour conserver une vision des objectifs communs, l'équipe de projet doit donc être en mesure de constamment mettre en avant les liens et les synergies positives que le projet crée entre le CICR et les autres parties prenantes.

***Vous êtes actuellement à mi-course ; comment évaluez-vous le succès du projet et des consultations en particulier ?***

À ce stade, nous pouvons affirmer que nous sommes parvenus à sensibiliser et mobiliser un grand nombre d'acteurs, qu'il s'agisse d'associations médicales comme l'Association Médicale Mondiale et le Conseil international des Infirmières ou d'organisations humanitaires comme MSF, d'une série d'États ou de nombreuses Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Nous avons ainsi pu faire en sorte que la question soit débattue dans de nombreux forums. Nous espérons que cette tendance va non seulement perdurer, mais même s'intensifier en 2014. Jusqu'à présent, nous sommes satisfaits de constater que de nombreuses parties prenantes ont compris que le projet pouvait leur donner l'occasion de s'attaquer à un problème qui représente une priorité pour de nombreux prestataires de soins de santé dans le monde.

Nous constatons qu'aujourd'hui, de nombreuses Sociétés nationales commencent à développer leurs propres activités, qu'il s'agisse de mener des actions de sensibilisation dans leur pays, de réfléchir aux mesures à prendre dans leurs propres opérations ou d'étudier certaines des recommandations issues des ateliers

d'experts et de les mettre en œuvre. C'est extrêmement important : ce projet est un projet du Mouvement et les Sociétés nationales doivent se l'approprier.

Les ateliers d'experts et les recommandations qui en ressortent constituent également un aspect important du projet. Nous devons encore terminer trois consultations et les experts qui y participent ont beaucoup à nous apprendre. Nous avons déjà publié un document sur le rôle et les responsabilités du personnel médical, ainsi qu'un autre sur les services d'ambulance dans les situations de crise, qui contiennent des exemples très concrets provenant du terrain. Nous allons communiquer les résultats de l'atelier sur la législation nationale, les pratiques militaires et les infrastructures médicales par le biais de diverses publications. Ces publications seront utiles aux activités qui seront menées en 2014–2015 pour faire connaître les recommandations. Nous espérons que celles-ci seront ensuite mises en œuvre par les autorités nationales, les ministères de la Santé, les prestataires de soins de santé, les ONG, les organisations internationales, les armées ou les services de sécurité, suivant à qui elles sont destinées.

***Le projet « Les soins de santé en danger » arrivera à son terme en 2015. Quels sont à votre avis les priorités et les défis pour les années à venir ?***

Un défi particulier provient du fait que le projet est de courte durée. Il a été conçu dans l'idée d'obtenir le soutien de différents acteurs pour définir des solutions pratiques, puis de faire connaître les résultats des ateliers d'experts. Mais le problème ne va pas disparaître lorsque le projet sera arrivé à son terme et nous savons déjà qu'en 2015, il sera malheureusement trop tôt pour constater un véritable changement sur le terrain.

Nous devons réfléchir à la manière de faire en sorte que suffisamment d'acteurs aient mis en place leurs propres plans d'action et stratégies pour faire face au problème, afin qu'une dynamique pérenne persiste à l'issue du projet.

Si certaines recommandations peuvent être appliquées relativement rapidement, il faudra quelques années pour mettre complètement en œuvre la plupart d'entre elles et obtenir un changement durable sur le terrain pour la sécurité des prestataires de soins de santé.

Le défi sera donc de parvenir à maintenir la mobilisation autour de ce sujet après 2015, tant au sein du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qu'avec les différents partenaires qui se sont réunis autour du projet.

Même si nous avons pu sensibiliser et rassembler beaucoup d'acteurs clés autour de cette question, même si les ateliers d'experts sont bien avancés et si l'élaboration des recommandations est en cours, nous sommes bien conscients que les véritables défis sont encore à venir et portent sur l'application de ces recommandations en 2014–2015. C'est bien sûr le point le plus important, car c'est uniquement lorsque les recommandations seront appliquées sur le terrain que nous espérons constater une différence pour les patients. Nous devons donc consacrer notre énergie à encourager les différentes parties prenantes à mettre en œuvre ces recommandations.