

La violence contre les soins de santé : les enseignements recueillis en Afghanistan, en Somalie et en République démocratique du Congo

Fiona Terry

Chercheuse indépendante, Fiona Terry a mené des activités de recherche pour le projet du Comité international de la Croix-Rouge « Les soins de santé en danger ». Titulaire d'un doctorat en relations internationales de l'Université nationale australienne, elle est l'auteur de *Condemned to Repeat? The Paradox of Humanitarian Action** et siège au comité de rédaction de la *Revue internationale de la Croix-Rouge*.

Résumé

Cet article examine la méthodologie et les principales conclusions des études menées sur le terrain menées en Afghanistan, en Somalie et en République démocratique du Congo entre 2010 et 2013 dans le cadre du projet du CICR « Les soins de santé en danger ». Il évoque certaines des mesures prises par le CICR dans ses programmes de santé pour faciliter l'accès aux soins, ainsi que la méthode qu'il met en œuvre pour encourager un meilleur respect des lois visant à sauvegarder cet accès. Enfin, l'article contient des propositions de mesures supplémentaires qui pourraient contribuer à limiter ces violences.

Mots clés : projet CICR Les soins de santé en danger, Afghanistan, Somalie, République démocratique du Congo, RDC, accès aux soins de santé, violences contre les soins de santé, statut protégé des soins de santé et des patients, constatation/observation d'actes de violence.



* Cornell University Press, Ithaca et Londres, 2002.

Rares sont les épisodes de violence qui choquent les esprits au même degré qu'une attaque sciemment lancée contre un hôpital, le meurtre d'agents de santé engagés dans une campagne de vaccination ou l'explosion d'une ambulance chargée d'explosifs sur les lieux d'un accident pour exacerber encore le carnage et les dégâts. Ce type d'événement fait les grands titres des médias dans le monde entier et suscite un sentiment de scandale devant des actes constituant de graves violations du droit international. Or, on sait moins que ces faits dramatiques ne représentent qu'une faible proportion des actes violents visant chaque jour les agents et les infrastructures de santé, un phénomène constant qui revêt de nombreuses formes plus insidieuses que celles dont les médias se font l'écho. Ces violences empêchent des millions de victimes des conflits armés et d'autres situations d'urgence d'accéder aux soins de santé précisément lorsqu'elles en ont le besoin le plus criant.

Afin de mieux comprendre la fréquence de ces actes et les types de violences contre le système de santé, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a lancé en 2011 le projet « Les soins de santé en danger », après qu'une étude préliminaire réalisée dans 16 pays ait montré que le problème était à la fois plus étendu qu'on ne le pensait et insuffisamment étudié. Des délégations du CICR dans 20 pays touchés par des conflits armés ou d'autres situations de violence furent priées de réunir des informations sur ce type d'incidents. En outre, le CICR a commandé trois études approfondies pour étudier la question, en Afghanistan (2010), en Somalie (2012) et en République démocratique du Congo (RDC) (2013)¹.

Le présent article aborde quelques-unes des principales conclusions de ces trois études internes. Certains des actes de violence qui y sont répertoriés étaient délibérés et avaient pour objet d'empêcher, de gêner ou de refuser de faciliter l'assistance médicale destinée à des personnes perçues comme étant des ennemis ou à leurs partisans. La grande majorité des incidents, cependant, s'explique par un manque de respect à l'égard du statut protégé des soins de santé et des patients. En d'autres termes, des structures et des moyens de transport sanitaires ont été endommagés, pillés ou empêchés de fonctionner, non pas spécifiquement parce qu'ils offraient des services de santé, mais parce qu'ils n'ont pas été épargnés par ces agressions ou protégés contre elles.

La première partie de l'article décrit les divers types d'incidents couverts par les études sur les soins de santé en danger, avant d'en analyser les conclusions. Nous évoquerons ensuite la manière dont le CICR réagit aux atteintes contre la protection des soins de santé dans le monde pour formuler des suggestions sur les mesures supplémentaires qui pourraient être prises.

1 Fiona Terry, « Protecting health-care in Afghanistan: IHL violations and the ICRC's response, April 2009–April 2010 », document interne du CICR, juin 2010 ; Id., « ICRC Health-Care in Danger project: Somalia case-study », document interne du CICR, juillet 2012 ; Id., « ICRC Health-Care in Danger project: Democratic Republic of Congo case-study », document interne du CICR, mars 2013.

Réunir des informations sur la violence contre les soins de santé

En sa qualité de gardien du droit international humanitaire, le CICR a, entre autres responsabilités, le devoir de surveiller le respect des règles qui protègent les soins de santé. Comme l'expliquent de manière plus approfondie d'autres articles du présent volume², le DIH impose à toutes les parties à un conflit armé un certain nombre de devoirs :

- respecter et protéger le personnel, les unités et les moyens de transport sanitaires qui sont utilisés à des fins exclusivement médicales ;
- fournir des soins et une attention médicaux sans aucune distinction de caractère défavorable fondée sur des critères autres que médicaux ;
- respecter les blessés et les malades, les protéger contre les attaques ou les mauvais traitements et veiller à ce qu'ils reçoivent des soins médicaux appropriés ;
- prendre toutes les mesures possibles pour rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades sans aucune discrimination.

Le droit relatif aux droits de l'homme contient lui aussi des obligations, pour les États, de protéger les blessés et les malades contre les attaques, ainsi que de respecter, protéger et appliquer le droit à la santé³.

Il se trouve, cependant, que de nombreux actes empêchent ou entravent l'accès aux soins de santé sans pour autant constituer une violation du DIH, raison pour laquelle les études sur le terrain ont élargi le domaine d'enquête pour inclure aussi bien les violations du droit que des infractions de moindre ampleur contre les soins de santé. Les incidents ont été répartis en catégories comme suit⁴ :

1. La violence contre les structures médicales
Ces actes incluaient les attaques contre des structures sanitaires telles que dispensaires, hôpitaux, dépôts de matériel médical, laboratoires et pharmacies, y compris les bombardements, les tirs d'artillerie, les effractions, les tirs à l'arme légère, la destruction de matériel et le pillage. Ils englobaient aussi le bouclage d'une zone contenant une structure de santé lorsqu'il empêchait l'accès à cette structure des personnels de santé et des patients.
2. La violence contre les personnels de santé
Cette catégorie englobait les attaques lancées contre les médecins, le personnel paramédical (y compris les secouristes bénévoles) et le personnel de soutien assigné à des fonctions médicales, comme le fait de tuer, d'enlever, de harceler, de menacer, d'intimider, de dévaliser ou encore d'arrêter et de détenir des membres du personnel de santé pour avoir accompli leurs tâches médicales.

2 Voir, entre autres, l'article d'Alexandre Breitegger.

3 Pour plus d'informations, voir, entre autres, les articles d'Alexandre Breitegger, d'Amrei Müller et de Len Rubinstein et Katherine Footer dans le présent volume.

4 Ces catégories ont aussi été utilisées dans la publication du CICR, *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*, Genève, 2011, disponible sur : <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/publication/p4072.htm> (pour toutes les références à des sources sur Internet : dernière consultation en juin 2013).

3. La violence contre les blessés et les malades

Cette catégorie incluait les attaques visant les patients ou les personnes qui tentent d'avoir accès à des soins de santé, y compris le fait de tuer, de blesser, de harceler ou d'intimider ces personnes, de bloquer ou d'entraver l'accès rapide aux soins de santé, de refuser de fournir des soins médicaux ou de pratiquer la discrimination et d'interrompre les soins médicaux par l'arrestation ou la détention de combattants blessés par des forces armées ne pouvant pas, ou ne souhaitant pas, assurer la continuité des soins médicaux.

4. La violence contre les véhicules sanitaires

Ces actes comprenaient les attaques contre les ambulances, les bateaux ou aéronefs sanitaires ou les hélicoptères d'évacuation, civils ou militaires, ainsi que le fait d'entraver les transports de matériel et de fournitures médicales. Ils incluait aussi les enlèvements armés de membres d'organisations médicales humanitaires alors qu'ils se déplaçaient dans des véhicules dûment marqués.

5. Les usages abusifs des structures médicales ou des emblèmes protecteurs

La dernière catégorie regroupe les incidents dans lesquels un usage abusif est fait des emblèmes de la croix rouge ou du croissant rouge ou d'autres signes désignant des structures médicales, des moyens de transport sanitaires ou des personnels de santé (y compris les actes de perfidie) ainsi que les actes compromettant la nature neutre des établissements sanitaires civils. Le fait de porter des armes à l'intérieur d'un établissement de santé, s'il ne constitue pas en soi une violation du DIH, peut compromettre l'image de neutralité de l'établissement.

La majeure partie des incidents recensés en Afghanistan, en Somalie et en RDC concernaient plusieurs des catégories énumérées ci-dessus. La répartition des incidents dans ces catégories et leur présentation sous forme de tableau a permis, dans chaque situation, de visualiser de manière efficace les tendances de la violence contre les soins de santé. Les schémas issus de cette classification allaient parfois à l'encontre des perceptions répandues au sein des délégations du CICR, marquées dans certains cas par un ou deux événements traumatisants qui n'étaient pas nécessairement représentatifs du problème. Une analyse plus approfondie des tendances a permis aux équipes présentes sur le terrain de mieux adapter leurs thèmes de discussion avec les parties belligérantes afin de traiter les problèmes les plus pressants parmi ceux qui avaient été identifiés.

Les documents et les enquêtes de terrain ont aussi aidé à rectifier les images associées à telle ou telle situation au sein de l'organisation. C'est ainsi qu'une image de la Somalie du début des années 1990 — celle d'une camionnette surmontée d'une mitrailleuse, garée à l'extérieur de la salle d'opération de l'hôpital de Medina à Mogadiscio pour empêcher les combattants d'ordonner aux chirurgiens, sous la menace d'une arme à feu, de soigner en priorité leurs camarades blessés — était demeurée présente jusqu'à nos jours. Les vingt années de conflit ininterrompu qui se sont écoulées depuis cette date, sans que l'ordre public ne soit rétabli, ont pu faire croire que dans tout le pays, les soins de santé étaient en état de siège permanent ; or, tel n'est pas le cas. Certes, les soins de santé sont très insuffisants dans de nombreuses parties du pays, mais la violence n'est plus omniprésente. Aujourd'hui, les visiteurs

de l'hôpital de Medina acceptent de déposer leurs armes à l'entrée en échange d'un ticket numéroté. En outre, les professionnels de santé interrogés dans la capitale affirment que les structures médicales sont respectées par les combattants et par la population, presque au même titre que les mosquées. Même les problèmes de discrimination fondée sur l'appartenance aux clans ou les représailles contre le personnel de santé qui n'a pas réussi à sauver un patient sont beaucoup moins fréquents qu'on n'aurait pu le penser. Le projet a donc permis non seulement de mieux connaître les problèmes liés au respect des soins de santé, mais encore de soulever des questions intéressantes sur les raisons pour lesquelles les soins de santé sont mieux respectés dans certaines situations ou entre certaines parties belligérantes que dans d'autres.

La difficulté de réunir des informations précises

Les tentatives d'obtenir une image précise des types et de la fréquence des cas de violence contre les soins de santé se sont heurtées à plusieurs obstacles de taille. Le premier d'entre eux en Afghanistan, en Somalie et en RDC n'était autre que la difficulté d'obtenir des informations sur les incidents auprès des très nombreux acteurs de la santé, en particulier en Somalie et en Afghanistan, où des territoires entiers sont inaccessibles au personnel du ministère de la Santé comme aux organisations internationales de secours. Ce n'est qu'en s'entretenant avec les patients de l'hôpital de Mirwais à Kandahar, par exemple, que le CICR a pu se faire une idée de l'état des services de santé dans les régions du sud du pays, aux mains de l'opposition, et des difficultés que connaissaient les personnes désireuses de gagner l'hôpital. Dans ces trois pays, l'accès aux soins en dehors des grandes villes pose des problèmes même en temps de paix : il exige de parcourir de longues distances à pied, à dos d'âne ou en motocyclette. Il est impossible de savoir combien de personnes malades ou blessées ne parviennent jamais jusqu'à un centre de santé.

Il s'est aussi révélé étonnamment difficile de persuader d'autres acteurs de la santé de partager les informations dont ils disposaient concernant les incidents. Cela s'explique en partie par le caractère sensible des négociations avec les parties belligérantes ou avec les bandes criminelles au sujet des incidents de sécurité — en particulier lorsqu'ils concernent des enlèvements et des demandes de rançon —, mais cette difficulté reflète aussi une certaine concurrence entre organismes d'assistance, qui préfèrent minimiser les problèmes auxquels ils se heurtent pour préserver une image de succès essentielle pour leurs efforts de collecte de fonds dans leur pays et à l'égard de leurs donateurs institutionnels. Une partie des incidents de sécurité peut s'expliquer par les actes ou par l'image d'une organisation d'assistance, qu'il s'agisse d'actes destinés à venger le licenciement d'un employé national en Somalie, des répercussions d'un accord peu satisfaisant avec une milice locale en Afghanistan ou d'une communauté en colère parce que les promesses faites par une organisation non gouvernementale dont les ambitions dépassaient les capacités, en RDC, n'ont pas été tenues. Rares sont les organisations d'assistance disposées à évoquer publiquement et dans le détail des incidents de ce type. Les prestataires nationaux de services de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont encore plus discrets, alors même que, de

par leur nombre, ils sont sans aucun doute exposés à davantage d'incidents que les acteurs internationaux. De ce fait, les sources d'information sur ces incidents restent fort limitées, ce qui entraîne un biais notable des données.

Deuxièmement, la diversité des incidents constatés dans chaque pays a soulevé des interrogations touchant les critères d'inclusion dans l'ensemble des données et a suscité de nombreuses discussions au sein des équipes du CICR. D'aucuns étaient d'avis que seuls les cas de violence comprenant un motif lié à la fonction médicale devaient être pris en compte. Selon ce point de vue, un médecin abattu au cours d'un vol à main armée à son domicile ne serait pas inclus, pas davantage que l'enlèvement d'une infirmière s'il y avait une demande de rançon, ni l'attaque à main armée d'un véhicule du CICR ne transportant pas de personnel ou de matériel sanitaire. Toutefois, le fait de restreindre les critères de cette manière pose un double problème : premièrement, le motif est rarement clair et même des actes purement criminels peuvent avoir des connotations politiques, étant donné que les gangs criminels ont peu de chances de pouvoir opérer dans certaines régions de l'Afghanistan, de la Somalie ou de la RDC sans l'accord tacite ou actif du groupe armé exerçant le pouvoir sur le territoire. Deuxièmement et surtout, les conséquences d'un incident tel que le meurtre ou l'enlèvement d'un agent de santé professionnel peut être tout aussi grave pour la population, que le motif soit ou non lié à la fonction médicale de la victime. C'est particulièrement vrai pour la Somalie, qui ne compte qu'un médecin pour 25 000 habitants⁵. C'est la raison pour laquelle les trois études de cas ont examiné non seulement les motifs, mais aussi les conséquences des incidents pour décider s'il convenait d'en tenir compte.

Les principales conclusions des études sur le terrain

Au cours des décennies de conflit armé en Afghanistan, en Somalie et en RDC, les combattants ont commis des violations très graves des lois protégeant les établissements, le personnel et les véhicules sanitaires. Ainsi, la première guerre du Congo (1996-1997), qui a détruit les camps de réfugiés rwandais dans l'est de la RDC, a commencé lorsque des soldats ont pénétré dans l'hôpital de Lamera au Sud-Kivu, le 6 octobre 1996 et exécuté plus de 30 patients et agents de santé de l'établissement. En Somalie, les actes de pillage et l'expulsion d'une multitude de grandes organisations d'assistance en 2011 a drastiquement réduit l'offre de services de santé à une période où les régions du sud et du centre du pays étaient touchées par de graves carences de nourriture, ce qui a déclenché une augmentation du nombre de décès que la vaccination aurait pu prévenir, exacerbant les effets dévastateurs de la malnutrition. Enfin, en Afghanistan, des actes de perfidie ont été commis à plusieurs reprises, y compris en avril 2011, lorsqu'une ambulance a été utilisée pour commettre une

5 Organisation mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2012*, chap. 6, disponible sur : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/fr/.

attaque suicide contre une académie de formation de la police dans les faubourgs de Kandahar⁶.

Au cours des périodes examinées dans chaque étude de cas (avril 2009 à avril 2010 pour l'Afghanistan, 2006 à 2012 pour la Somalie, et 2012 pour la RDC), ce type d'incident grave a été relativement rare, bien que les conséquences de l'interdiction d'un grand nombre d'organismes d'assistance à vocation sanitaire sur certaines parties du territoire somalien soient encore sensibles actuellement. Cependant, contrairement aux deux autres incidents évoqués ci-dessus, les soins de santé, dans le cas de la Somalie, ne semblent pas avoir fait l'objet d'abus, d'attaques ni avoir été refusés dans le cadre d'une stratégie militaire destinée à nuire à l'adversaire : les organisations d'assistance n'ont pas été expulsées pour priver la population de soins⁷. En réalité, aucun des pays étudiés n'a connu des attaques de structures et de personnel sanitaire d'une ampleur comparable à celles qui ont lieu aujourd'hui en Syrie, avec pour objectif affirmé de priver délibérément l'opposition de soins médicaux⁸. Quelques incidents de ce type se sont pourtant produits ; nous y reviendrons dans la section suivante, avant d'aborder les formes de violence les plus répandues, qui découlent davantage d'un manque de respect du statut protégé des soins de santé que d'une volonté manifeste d'en abuser ou de les attaquer.

Le recours stratégique à la violence contre les soins de santé

La violence intentionnelle ou les menaces de violence contre les structures et les personnels de santé à des fins militaires ont été plus fréquentes en Afghanistan qu'en Somalie ou en RDC. Ceci s'explique sans aucun doute par la nature asymétrique du conflit opposant une force internationale lourdement armée, bien équipée et bien entraînée et leurs alliés afghans à un ensemble de groupes fragmentés mais habiles. Bien que les talibans aient reconnu que l'emploi d'une ambulance dans l'attaque lancée en avril 2011 dans les environs de Kandahar ait été une erreur et « ne se reproduirait plus⁹ », ce n'était pas la première fois qu'un véhicule peint comme une ambulance était employé dans une attaque¹⁰ et la perfidie est même encouragée dans la *Layha* — ou code de conduite — des talibans. Les règles permettant aux

6 CICR, « Afghanistan : une ambulance utilisée dans l'attaque contre un complexe de la police », communiqué de presse 11/85, 7 avril 2011, <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/news-release/2011/afghanistan-news-2011-04-07.htm>

7 L'interdiction elle-même avait toutefois des motifs militaires, puisque le groupe islamiste militant Al-Shabab soupçonnait le personnel de certaines organisations d'assistance d'espionnage, craignant qu'ils ne révèlent la localisation de ses dirigeants, qui pourraient ensuite être visés par des attaques de drones.

8 Voir Jonathan Whittall, « My enemy's doctor is my enemy », dans *The Huffington Post*, 10 avril 2013, disponible sur : www.huffingtonpost.co.uk/jonathan-whittall/syria-medicins-sans-frontieres_b_2829593.html

9 « Afghanistan : Taliban rue ambulance attack », dans *IRIN*, 12 avril 2011, disponible sur : www.irinnews.org/PrintReport.aspx?ReportID=92446

10 Voir Thomas H. Johnson and Matthew C. DuPe, « Analysing the new Taliban Code of Conduct (Layeha): an assessment of changing perspectives and strategies of the Afghan Taliban », in *Central Asian Survey*, Vol. 31, No. 1, mars 2012, pp. 77-91 ; et Muhammad Munir, « The Layha for the Mujahideen: an analysis of the code of conduct for the Taliban fighters under Islamic law », in *International Review of the Red Cross*, Vol. 93, No. 881, mars 2011, pp. 81-120.

combattants de se faire passer pour des civils afin de commettre un attentat-suicide et de modifier leur apparence pour se fondre dans la population locale n'ont pas été modifiées entre la version du Code de 2009 et celle de 2010, alors même que d'autres dispositions ont été amendées et que de nombreuses clauses ont été ajoutées, apparemment pour permettre aux talibans d'être perçus plus favorablement par la population afghane (ainsi de la suppression, dans la version de 2010, de l'article approuvant les attaques contre les organisations d'assistance)¹¹. Les structures et les personnels de santé sont souvent les premiers à pâtir des conséquences du sentiment de frustration que suscite, à l'évidence, le combat contre un ennemi aussi insaisissable. Des postes de premiers secours et des dispensaires ont été perquisitionnés par des forces internationales et gouvernementales à la recherche de combattants de l'opposition blessés, et des membres du personnel ont été menacés de représailles au cas où ils refuseraient de signaler la présence de tels combattants à l'avenir. Dans certains cas, une violation en entraîne une autre : lorsque le personnel d'un hôpital dans la province de Baghlan, dans le nord du pays, s'est vu ordonner de ne pas soigner les combattants de l'opposition ou les membres de leur famille, ces derniers ont enlevé un médecin pour qu'il soigne leurs blessés.

La politique ouvertement affichée de la coalition, consistant à utiliser l'assistance « humanitaire » pour gagner les cœurs et les esprits des civils afghans et à étendre la légitimité du gouvernement de Hamid Karzai dans le pays, a compromis la neutralité de l'assistance (médicale ou d'une autre nature) et elle est devenue une cible de l'opposition. Plusieurs incidents survenus en 2009 et en 2010 — menaces à l'encontre des personnels de santé, pharmacies et dispensaires contraints de fermer leurs portes, avertissements à la population de ne pas utiliser telle ou telle structure de santé — semblaient directement destinés à contredire les affirmations de la coalition selon lesquelles la stabilité était revenue dans une zone donnée. En outre, les Afghans aperçus en train de collaborer avec les troupes étrangères ou avec le gouvernement étaient menacés ou « punis ». Même après une campagne militaire « réussie » visant à chasser les insurgés de Marjah, dans la province de Helmand, en février 2010, la sécurité des personnels de santé était loin d'être garantie. Les médecins locaux ont refusé d'aider les *marines* américains à rétablir les services de santé dans la zone, jugeant l'activité trop risquée. « Pour arriver jusqu'ici, j'ai été arrêté à trois reprises par les talibans, qui m'ont demandé où j'allais et si je travaillais pour les Américains. C'est trop dangereux », a déclaré un médecin¹². Un changement de tactique de l'opposition armée s'est toutefois produit vers le milieu de l'année 2010 : plutôt que de gêner ou de fermer les établissements de santé dans les régions tombées entre leurs mains, elle les a autorisés à fonctionner pour se gagner la loyauté et l'appui de la population locale.

11 Voir Thomas H. Johnson et Matthew C. DuPe, « Analysing the new Taliban Code of Conduct (Layeha): an assessment of changing perspectives and strategies of the Afghan Taliban », dans *Central Asian Survey*, Vol. 31, N° 1, mars 2012, pp. 77–91 ; Muhammad Munir, « The Layha for the Mujahideen: an analysis of the code of conduct for the Taliban fighters under Islamic law », dans *International Review of the Red Cross*, Vol. 93, No. 881, mars 2011, pp. 81–120.

12 Karim Talbi, « Uphill task for US Marines on Afghan healthcare », dans AFP, 24 mars 2010, disponible sur : www.afghanistannewscenter.com/news/2010/march/mar252010.html#23.

En RDC aussi, quelques cas de violence contre les soins de santé semblaient s'inscrire dans une stratégie plus vaste destinée soit à punir une population de son allégeance perçue à un groupe armé, ou à créer un « no man's land » inhabitable sur un territoire contesté. Ce deuxième cas de figure est particulièrement flagrant dans le Nord-Kivu, où des villages entiers ont été vidés de leurs habitants et incendiés — structures de santé y compris — dans les violences opposant les communautés Hunde et Hutu. On suppose aussi que la tentative d'assassinat du gynécologue de renommée mondiale, Denis Mukwege, à son domicile à Bukavu, en octobre 2012, n'était pas dénuée d'intentions politiques. Sa légitimité en tant que médecin soignant les victimes de graves actes de violence sexuelle donne un poids considérable à ses critiques de l'impunité régnant en RDC pour de tels crimes et, tant son personnel que lui-même, ont reçu des menaces liées directement à leurs activités. Quelques cas d'enlèvement d'agents de santé afin d'obtenir des soins pour des combattants rebelles se sont aussi produits en RDC.

Bien que ces faits se soient produits hors du cadre temporel analysé par l'étude sur le terrain, la RDC avait été le théâtre, à peine quelques années plus tôt, de l'une des pires manipulations de services de santé à des fins militaires jamais constatées. En octobre 2009, les forces gouvernementales ont attaqué sept sites de vaccination dans la région de Masisi, où les familles de combattants rebelles des Forces démocratiques de libération du Rwanda attendaient de recevoir des inoculations antirougeoleuses. Des membres de l'équipe de Médecins sans Frontières qui avaient organisé la campagne et obtenu des « garanties » de sécurité de toutes les parties ont eu le sentiment d'avoir servi d'appât¹³. Les conséquences immédiates ont été dévastatrices en soi, mais MSF s'est aussi interrogé sur l'impact à plus long terme de ce manquement à la parole donnée sur la capacité de l'organisation de mener à l'avenir des campagnes de vaccination vitales ainsi que d'autres programmes de santé.

Les preuves d'abus délibéré ou de destruction des structures de santé à des fins militaires ont été beaucoup plus difficiles à trouver en Somalie. Human Rights Watch (HRW) a affirmé que les dégâts causés à trois hôpitaux de Mogadiscio pendant l'occupation de la ville par les forces éthiopiennes en 2007 avaient été délibérément infligés, suggérant que les Éthiopiens soupçonnaient les établissements de soigner les insurgés¹⁴. Les trois hôpitaux furent gravement endommagés et pillés et l'un d'entre eux, Al-Arafat, est resté fermé des années durant. Cependant, les entretiens avec les anciens collaborateurs de l'établissement présents à l'époque suggèrent que les motifs animant les Éthiopiens n'étaient pas aussi clairs que le suggère HRW¹⁵. Selon eux, les officiers éthiopiens souhaitaient utiliser l'un au moins de ces établissements comme poste d'observation et ils auraient traité correctement le personnel ; le pillage de l'hôpital, ont-ils affirmé, serait dû à des soldats de rang inférieur. Le personnel a nié avoir eu connaissance d'accusations selon lesquelles les hôpitaux étaient aux

13 « RDC : une vaccination MSF sert d'appât lors d'une attaque inacceptable contre des civils », communiqué de presse de MSF du 6 novembre 2009, disponible sur : <http://www.msf.ch/news/communiques-de-presse/detail/rdc-une-vaccination-msf-sert-dappat-lors-dune-attaque-inacceptable-contre-des-civils/>

14 Voir Human Rights Watch (HRW), *Shell-Shocked: Civilians under Siege in Mogadishu*, HRW, New York, août 2007, pp. 51–57.

15 Les entretiens avec le personnel des hôpitaux se sont déroulés à Mogadiscio en juin 2012.

ordres d'Al-Qaïda ou que des *graffiti* évoquant cette allégeance auraient été peints sur les murs, comme l'affirme HRW. Il n'en demeure pas moins que les troupes éthiopiennes sont responsables de ne pas avoir respecté ces établissements de santé comme elles étaient tenues de le faire en vertu du DIH, ni de les avoir protégés contre le pillage par autrui.

Absence de respect de la protection due aux soins de santé et aux patients

Le problème constaté le plus fréquemment dans les trois études de cas, dans le domaine sanitaire, était l'impossibilité, pour les blessés et les malades, de recevoir des soins lorsqu'ils en avaient besoin. Si chaque étude de cas a recensé des types d'entrave différents — sur lesquels nous reviendrons plus loin —, l'un d'entre eux était omniprésent : après un affrontement militaire, les combattants n'aidaient pas les civils blessés à recevoir une assistance médicale. Dans tous les cas, des efforts semblent avoir été entrepris, souvent à l'initiative d'un membre du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, pour évacuer les combattants blessés, leur dispenser les premiers secours et organiser leur transport vers un établissement médical, mais des soldats n'ont que rarement été vus en train d'accomplir des efforts similaires pour que les civils reçoivent des soins. C'est là, à n'en pas douter, l'obligation de droit international la plus négligée par toutes les forces combattantes dans ces trois situations.

Obstacles empêchant les patients d'atteindre les lieux de soins

Les combats violents qui ont secoué Mogadiscio, la capitale somalienne, en 2007, 2009 et 2010 ont causé certains des pires obstacles à l'accès aux soins constatés dans les études de cas. En mars 2007, les tirs d'obus et les combats de rue étaient si intenses que les habitants n'osaient pas s'aventurer hors de leur domicile et que nul ne relevait les blessés et les morts. Les cadavres se décomposaient dans les rues. En août 2010, des combats violents ont à nouveau éclaté dans divers quartiers de la ville, empêchant les habitants de quitter leur logis pendant huit jours d'affilée. Jusqu'à la fin de 2008, aucun service d'ambulances ne fonctionnait à Mogadiscio et la plupart des blessés parvenaient à l'hôpital en brouette, dans des charrettes tirées par des ânes ou à pied. Depuis 2009, quelques compagnies d'ambulances sont actives et ont aidé à sauver de nombreuses vies. La plupart, cependant, sont mal équipées et ni leurs chauffeurs, ni leur personnel n'ont reçu la moindre formation médicale¹⁶. En outre, le transport des blessés et des malades une fois la nuit tombée n'est pas sans danger ; les véhicules sont rares sur les routes après la fin du jour à cause du climat de crainte et de suspicion dû aux attaques des insurgés. Pour toutes ces raisons, il demeure très difficile de gagner un établissement de santé en cas de besoin, même dans la capitale, pourtant relativement animée.

16 « Life and death on the streets of Somalia », dans *Forgotten Diaries*, 28 août 2010, disponible sur : <http://forgottendiaries-ethiopia.blogspot.ch/2010/08/life-and-death-on-streets-of-somalia.html>

Dans les régions du sud et du centre de la Somalie, c'est le nombre limité d'établissements de santé ainsi que les contraintes qui pèsent sur leur approvisionnement en médicaments et en matériel qui constituent les principaux obstacles à une assistance rapide. Des vols de fournitures et de matériel médical se sont produits dans plusieurs complexes des Nations Unies en 2009, puis en 2011, lorsque tous les organismes des Nations Unies ont été expulsés des territoires tenus par Al-Shabab. Les cibles de ces actions, en 2009, comprenaient l'entrepôt central de l'UNICEF à Jowhar, qui contenait des fournitures destinées à plus de 100 dispensaires administrés par des communautés et des organismes d'assistance locaux. Le vol du matériel de la chaîne du froid a détruit des milliers de doses de vaccins, et des fournitures nutritionnelles coûteuses destinées à 40 000 enfants malnutris dans 200 centres thérapeutiques et 80 centres d'alimentation complémentaire ont aussi disparu¹⁷. Nul ne sait exactement combien de personnes sont dépourvues d'accès aux soins de santé aujourd'hui dans le sud et le centre du pays, ni quelles sont les conséquences de cet état de fait en termes de mortalité et de morbidité. Plusieurs cas de poliomyélite causés par le poliovirus sauvage ont été détectés récemment en Somalie¹⁸, ce qui fait craindre que le virus ne se diffuse au sein de cette population d'enfants non vaccinés, anéantissant les avancées réalisées vers l'éradication de la maladie dans le monde.

Le pillage des établissements de santé et des véhicules qui les approvisionnent est aussi une cause importante d'insuffisance des services de santé dans l'est de la RDC. Plus de la moitié de tous les actes de pillage seraient le fait de soldats gouvernementaux des Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC) ; les autres auraient été commis par des acteurs armés ne relevant pas des autorités de l'État, associés à un groupe armé ou simples bandits. Ces actes de pillage — qui ne visent pas uniquement les centres de santé, mais touchent aussi les magasins, les églises et les habitations privées — sont un symptôme de problèmes structurels plus vastes dans la RDC, liés à la faiblesse de l'État. Les membres des forces armées ne reçoivent pas de salaire régulier et de ce fait cherchent d'autres moyens de subvenir à leurs besoins, comme l'exploitation illégale de minerais, le commerce d'espèces menacées ou d'autres sortes de contrebande. À l'instar des membres de groupes armés non étatiques, ils exploitent les populations locales, en s'emparant par la force de ce dont ils ont besoin. Les centres de santé, avec leurs médicaments, leur matériel et leur argent liquide, sont des cibles faciles, et le fruit du pillage est prélevé à titre de « butin de guerre ». Les cas de pillage ont tendance à augmenter quand les tensions redoublent, lorsque les troupes se déplacent d'une région à l'autre. Le nombre d'incidents s'est accru à partir de mai 2012, après le début des attaques du groupe rebelle M23 contre des positions tenues par le gouvernement dans le Nord-Kivu, lorsque des renforts des FARDC sont arrivés en provenance du sud. D'autres groupes armés en ont profité pour occuper les territoires ainsi libérés, en se livrant parfois au pillage en chemin. Le retrait des FARDC de Goma s'est aussi

17 « Hostilities against aid work in Jowhar put lives of Somali children and women at risk », communiqué de presse de l'UNICEF, Nairobi, 17 juin 2009, disponible sur : www.unicef.org/media/media_50020.html

18 « Polio outbreak spreads in Somalia », Polio Global Eradication Initiative, 30 mai 2013, disponible sur : www.polioeradication.org/tabid/488/iid/305/Default.aspx

accompagné de graves incidents — pillage et viols —, en particulier dans la ville de Minova¹⁹, sise au bord d'un lac, même si l'hôpital de la ville, soutenu par MSF, a fort heureusement été épargné.

En Afghanistan, les principaux obstacles empêchant de gagner des établissements de soins étaient directement liés à l'insécurité, à divers titres. Premièrement, l'absence de garanties de sécurité fiables dans les régions périphériques empêche le personnel de santé du gouvernement et de nombreuses organisations internationales de secours d'y assurer des services de santé. Les blessés et les malades sont contraints de parcourir de longues distances pour recevoir les soins dont ils ont besoin. Deuxièmement, les engins explosifs improvisés posés le long des routes empêchent les patients et les agents de santé de circuler en sécurité²⁰, même dans les zones dotées de services de santé idoines. Enfin, les procédures des postes de contrôle et les fermetures de routes entravent gravement l'assistance médicale rapide aux blessés et aux malades. Les longues fouilles des véhicules aux postes de contrôle créent de longues files d'attente et il faut souvent attendre plusieurs heures pour les franchir. En 2009-2010, aucun système n'était en place pour traiter rapidement les urgences médicales, et contourner la file d'attente n'était pas sans danger : en 2009, plusieurs civils ont été abattus alors qu'ils tentaient de dépasser une file de véhicules immobilisés. Les barrages routiers durant les opérations de sécurité empêchent aussi les blessés d'être soignés à temps. Le 3 février 2010, une fillette blessée dans une explosion à Chahar Dara, dans la province de Kunduz, est décédée peu après son arrivée à l'hôpital, après avoir été transportée à dos d'homme durant une heure parce que la route était barrée.

Dernier motif de préoccupation, en Afghanistan comme en RDC : l'arrestation de patients blessés et malades (ex-combattants réels ou supposés), extraits d'établissements de santé contre l'avis du personnel soignant. Le fait d'être hors de combat ne confère pas d'immunité contre l'arrestation et les poursuites, mais l'autorité détentrice est tenue par la loi d'assurer la continuité des soins de santé pour les personnes qu'elle détient : or, ce devoir n'est pas toujours respecté. En RDC, plusieurs blessés ont été ainsi évacués d'un établissement médical, l'un d'entre eux alors qu'il était encore sous perfusion intraveineuse d'antibiotiques après une opération. Les renseignements recueillis par la suite laissent à penser qu'il n'a pas reçu les soins exigés par son état. En Afghanistan, les forces de sécurité doivent assurer un équilibre délicat pour garantir la sécurité des villes dans lesquelles arrivent des hommes blessés tout en respectant leur droit d'être soignés rapidement. La tendance de l'opposition à recourir au déguisement exacerbe les soupçons des forces de sécurité et les blessés doivent parfois subir de longs interrogatoires avant d'être pris en charge médicalement.

19 Voir Pete Jones, « Congo's army accused of rape and looting as M23 rebels win image war », dans *The Guardian*, 26 novembre 2012, disponible sur : www.guardian.co.uk/world/2012/nov/26/drc-army-accused-rape-mur-der-congo.

20 « Afghanistan: mines prevent resumption of normal life in Marjah », communiqué de presse du CICR n° 10/34, publié en anglais le 5 mars 2010, disponible sur : www.icrc.org/eng/resources/documents/news-release/2010/afghanistan-news-050310.htm.

Les violences contre les personnels de santé

Dans les trois pays étudiés, des agents de santé ont été menacés ou attaqués pour avoir fait leur travail ou pour avoir soigné tous les combattants blessés et malades ayant besoin d'assistance, sans discrimination fondée sur le camp auquel ils appartenaient. En RDC et en Afghanistan, des agents de santé ont aussi été enlevés par des combattants de l'opposition qui voulaient que leurs blessés soient soignés. Cependant, la grande majorité des incidents violents touchant des agents de santé étaient dus plutôt à leur proximité des combats ou à leur exposition au banditisme de par leur emploi, plutôt qu'au fait d'être pris pour cible en raison des fonctions qu'ils assumaient. Les personnes les plus exposées aux balles perdues et aux soupçons sont, dans toutes les situations, les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, souvent contraints d'être proches du théâtre des affrontements pour évacuer les blessés, pour administrer les premiers secours ou pour identifier et enterrer les morts. En RDC et en Afghanistan, ces volontaires ont souvent été l'objet de menaces dues à la suspicion ou à leur action, malgré le port de dossards indiquant clairement qu'ils étaient affiliés au Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les employés du Croissant-Rouge de Somalie, bien qu'ils aient moins été actifs dans des opérations de premiers secours, sont aussi bien conscients des risques inhérents à leur travail. Dans certaines zones, les dispensaires qu'ils administrent limitent l'offre de soins préhospitaliers et de transfert médicaux aux malades ou blessés se trouvant dans un état critique, par crainte des conséquences que pourrait entraîner, pour le personnel, l'échec des efforts entrepris pour sauver la vie d'un patient.

Les meurtres et les enlèvements de collaborateurs des organismes d'assistance, y compris les agents de santé, ont entraîné de graves conséquences pour le secteur de la santé en Afghanistan et en Somalie, ainsi qu'en RDC dans une moindre mesure. En Afghanistan et en Somalie, les personnels de santé nationaux ont failli être tués parce qu'ils travaillaient avec des « infidèles étrangers », ou enlevés pour exiger une rançon de leur famille ou de leur organisation. Ils sont nombreux à avoir démissionné après des incidents violents qui les visaient, eux-mêmes ou leurs collègues, laissant des postes vacants dans les services de santé. Certains incidents, comme l'attentat-suicide perpétré lors de la cérémonie de remise de diplômes à l'Université Benadir à Mogadiscio en décembre 2009, ont entraîné des conséquences durables et graves. Le fondateur de la faculté de médecine, le docteur Shahid, ainsi que plusieurs enseignants, ont péri dans l'explosion à l'hôtel Shomo et, à la suite de ce drame, six des médecins nouvellement diplômés sont partis à l'étranger, dont trois après avoir reçu des soins intensifs²¹. Ces médecins et étudiants n'étaient pas la cible de l'attaque : celle-ci visait les quatre ministres du gouvernement présents à la prestigieuse cérémonie de remise de diplômes qui n'était que la seconde organisée au cours des vingt dernières années. Les quatre ministres perdirent la vie dans cette attaque, mais les répercussions de cet attentat ont été considérables puisque la Somalie a toujours du mal, à ce jour, à former et à conserver des personnels de santé. En 2011,

21 Entretien avec Mohammed Nur, vice-recteur de l'Université Benadir, Mogadiscio, 12 juin 2012.

on comptait plus de 40 médecins somaliens en poste à Nairobi, trop préoccupés par leur sécurité et celle de leur famille pour revenir travailler dans leur pays²².

L'enlèvement et le meurtre d'agents de santé expatriés exercent aussi des effets secondaires considérables car les organisations internationales d'assistance réduisent leur activité ou mettent tout simplement un terme à leurs programmes après un violent incident. Ainsi, l'assassinat en janvier 2008 de trois employés de MSF dans la ville côtière somalienne de Kismayo a provoqué le retrait de 87 collaborateurs expatriés de MSF de 14 projets dans tout le pays. De la même manière, le meurtre de deux collaborateurs de MSF à Mogadiscio en décembre 2011 a entraîné la fermeture de tous les projets de santé administrés par la section belge de MSF. L'enlèvement de deux employées espagnoles de MSF dans le camp de réfugiés de Dadaab (Kenya) en octobre 2011 suivi de leur transfert en Somalie ont causé l'arrêt de tous les programmes médicaux autres que les activités d'urgence, dans tout le pays, jusqu'à la libération des deux femmes. Il n'est pas possible de quantifier les conséquences de ces répercussions de la violence contre les soins de santé, mais il est hors de doute qu'elles privent des dizaines de milliers de Somaliens d'une assistance médicale de qualité.

Dernier problème constaté dans toutes les études, en particulier en RDC et en Afghanistan : la présence de personnes armées ou en uniforme à l'intérieur des établissements médicaux. Non seulement cette présence compromet l'image de neutralité des établissements de santé, mais encore elle représente une menace pour les personnels et pour les patients. En RDC, de nombreuses personnes se sont plaintes du fait que la présence de soldats en uniforme dans les hôpitaux, pour faire office de « garde-malade » de collègues malades ou blessés, était une source de traumatisme psychologique et de stress supplémentaire pour les victimes de viol qui se trouvaient hospitalisées, les viols ayant très souvent été commis par des hommes en uniforme.

Les activités du CICR destinées à protéger les soins de santé

Les études sur le terrain ont permis de constater que par ses activités médicales et de protection, le CICR répondait déjà à quelques-unes des principales préoccupations soulevées par les recherches : les difficultés éprouvées par les blessés et les malades pour accéder aux soins et les violences commises contre les établissements et les personnels de santé. Le CICR intègre dans ses projets de santé des mesures visant à protéger les personnels, les établissements, les moyens de transport sanitaires ainsi que les patients. Ces mesures vont de la protection matérielle — comme la pose de film sur les vitres des hôpitaux afin d'éviter qu'une explosion causée par une bombe ne transforme le verre en projectiles mortels ou la création de zones sécurisées dans les centres de santé pour le personnel et les patients — à la négociation du passage en toute sécurité des ambulances aux postes de contrôle ou à la discussion des attaques contre les centres de santé avec les dirigeants des groupes armés qui en

22 M. Arte, « Exodus of medical professionals from Somalia », dans *Somalia Report*, 5 novembre 2011, disponible sur : www.somaliareport.com/index.php/post/715/Exodus_of_Medical_Professionals_from_Somalia.

sont les auteurs. Pour le CICR, le respect le plus strict des principes de neutralité et d'impartialité est vital, non seulement afin de préserver sa capacité de franchir les lignes pour sauver les combattants et les civils blessés, mais aussi pour sauvegarder sa crédibilité lorsqu'il évoque les violations du DIH avec l'ensemble des parties à un conflit dans l'espoir de faire cesser les abus.

Les avantages de cette démarche intégrée ressortent clairement des activités du CICR dans les Kivu en RDC. En 2012, le CICR a évacué 370 combattants et civils gravement blessés à partir de zones de conflit et les a transférés dans les hôpitaux généraux de référence de Goma et de Bukavu, qu'il soutenait tant sur le plan financier que grâce à des équipes chirurgicales apportant leurs compétences et dispensant une formation. Les évacuations ont été réalisées par avion, par hélicoptère et par la route, mais aussi à pied, dans les régions isolées, avec l'aide de volontaires de la Croix-Rouge congolaise. L'une de ces évacuations a occupé 35 volontaires pendant plusieurs jours, car il s'agissait de transporter les blessés sur des brancards à travers un terrain très accidenté. Malgré l'extrême violence des combats dans l'est de la RDC et en dépit de violations fréquentes du DIH, une seule de ces évacuations s'est heurtée à un problème de sécurité. Un convoi de camions du CICR transportant 34 combattants blessés a été immobilisé et menacé alors qu'il traversait un territoire aux mains d'une partie adverse. Cependant, comme tous les groupes armés avaient été informés de ces déplacements par le CICR — qui avait reçu des assurances quant au fait que le convoi serait respecté — le « malentendu » fut rapidement dissipé avec l'arrivée d'un soldat de rang plus élevé. Le respect de la neutralité de l'hôpital soutenu par le CICR à Goma saute aux yeux en parcourant les divers départements : on peut y voir des hommes alités, la jambe en traction, soignés pour des blessures par arme à feu, avec pour voisin de chambre leurs ennemis mortels. Les combattants comprennent que les allégeances de groupe restent à la porte de l'établissement et que les patients doivent rester hors de combat jusqu'à leur sortie.

Les contraintes de sécurité en Afghanistan et en Somalie ne permettent pas au CICR, ni aux Sociétés du Croissant-Rouge, de mener des évacuations à partir des zones de combat comme en RDC. C'est pourquoi, en Afghanistan, le CICR demande aux chauffeurs de taxi qui sont en mesure de parcourir ces régions dans une relative sécurité de le faire et les dédommage des frais encourus, selon des critères strictement définis. En Somalie, le CICR a déployé des équipes chirurgicales dans divers hôpitaux dans le pays lorsqu'ils sont submergés par un afflux de blessés, pour opérer les blessés quel que soit le camp pour lequel ils combattaient. L'hôpital de Keysaney, à Mogadiscio, qui est soutenu par le CICR mais administré par le Croissant-Rouge de Somalie, a vu le quartier où il se trouve changer de camp à maintes reprises au cours des vingt dernières années, mais, abstraction faite de quelques dégâts causés par des balles perdues et des obus de mortier, il a été épargné par la destruction qui frappe une grande partie de la ville. Le personnel affirme avec force que l'hôpital a été protégé parce que chacun sait qu'il pourrait un jour en avoir besoin et y recevoir des soins, quel que soit le clan auquel il appartient. L'application constante de ce principe d'impartialité a été la clé de la survie de l'établissement.

La formation des combattants aux premiers secours est une autre manière, pour le CICR, de chercher à limiter le coût humain des conflits, et ce programme

— proposé à toutes les parties — offre aussi une excellente occasion pour évoquer l'importance des soins de santé et la nécessité de les respecter et de les protéger. En Afghanistan, cette formation est dispensée aux talibans et à d'autres combattants de l'opposition, ainsi qu'aux instances gouvernementales chargées de la sécurité et à la police. Le CICR peut adapter ses messages pour traiter les problèmes spécifiques que connaissent les divers groupes. C'est pourquoi les forces gouvernementales ont été encouragées à respecter la déontologie médicale, qui garantit le respect de la confidentialité des informations concernant les patients et qui donne la priorité aux soins médicaux par rapport à l'interrogatoire des suspects blessés, tandis que les combattants de l'opposition étaient encouragés à respecter l'emblème protecteur de la Croix-Rouge ainsi que les structures et les personnels de santé. Ces contacts avec des combattants du rang, qui permettent de leur parler du droit et de recueillir leur avis, viennent compléter les interventions à caractère plus officiel visant les échelons supérieurs des groupes armés et des forces militaires, organisées après les actes de violence contre les soins de santé. Ces rapports oraux et écrits sur des incidents ont eu beaucoup de succès en Afghanistan, en suscitant par exemple des modifications dans les règles d'engagement de l'armée des États-Unis à l'intérieur des établissements de santé.

Ainsi, la large palette d'activités du CICR dans le domaine de la santé, associée à son action de protection, forme une assise idéale à partir de laquelle on peut examiner d'autres moyens de réduire les violences contre les soins de santé. La collecte systématique de données initiée par le projet « Les soins de santé en danger » aide les délégations à mieux comprendre le type et la fréquence des actes de violence contre les soins de santé et à adapter en conséquence leurs programmes opérationnels ainsi que le contenu de leurs discussions avec les parties belligérantes. En outre, la participation au processus de l'ensemble des partenaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a facilité le partage d'informations et de pratiques optimales à travers des dizaines de situations nationales différentes.

Conclusion et orientations futures

La portée et le nombre d'incidents violents perpétrés contre les soins de santé dans les trois études de cas sont, à l'évidence, préoccupants. On peut parler, dans le meilleur des cas, d'un large manque de respect du droit aux soins de santé et du statut protégé des établissements de santé, du personnel et des moyens de transport sanitaires. Dans le pire des cas, les soins de santé ont été manipulés, attaqués ou interdits afin de nuire aux personnes jugées ennemies. En outre, toute attaque violente contre des établissements, des personnels ou des moyens de transport sanitaires, a des répercussions plus larges, dépassant les objets visés : la suspension ou la fermeture de services de santé pour des motifs de sécurité a, sans aucun doute, fait sentir ses effets sur des millions de personnes.

Aucune organisation internationale n'ayant jamais jusqu'ici rassemblé des données sur la violence contre les soins de santé²³, il est impossible de juger si la situation a empiré par rapport aux décennies précédentes. Les conflits du passé ont eu leur lot d'attaques atroces contre des établissements et des personnels de santé et contre des patients : plus de 200 corps ont ainsi été découverts dans une fosse commune après l'évacuation de l'hôpital de Vukovar (Croatie) en 1991²⁴ ; durant le génocide au Rwanda en 1994, des Tutsis blessés ont été extraits des ambulances qui les transportaient et exécutés aux postes de contrôle²⁵ ; le bombardement de l'unique hôpital en état de fonctionner dans le nord de Sri Lanka pendant le conflit, en février 2009²⁶, a blessé ou tué un grand nombre des 500 personnes qui y étaient soignées ; et un mois plus tôt, des secouristes avaient été empêchés de se porter au secours des personnes blessées et mourantes dans les maisons détruites dans la ville de Gaza²⁷.

Une chose est sûre cependant : l'instrumentalisation des secours dans la « guerre contre le terrorisme » a jeté le soupçon sur les motifs et les intentions des organisations d'assistance en Afghanistan et ailleurs, y compris en Somalie. Cette suspicion a été exacerbée, en ce qui concerne les prestataires de soins de santé, par le rôle joué par un médecin dans la localisation du dirigeant d'Al-Qaïda, Oussama ben Laden, dans sa cachette à Abbottabad (Pakistan) en 2011 grâce à la collecte d'échantillons d'ADN réalisée sous couvert d'une fausse campagne de vaccination. Il est indubitable que depuis cet épisode, le nombre d'attaques contre des équipes de vaccination a augmenté, notamment au Pakistan. Pour ne rien arranger, les responsables américains qui ont soutenu ce détournement de services médicaux ne manifestent aucun remords. L'un d'entre eux a ainsi déclaré au *Guardian* :

La campagne de vaccination faisait partie de la chasse au terroriste le plus recherché dans le monde, un point c'est tout. Si les États-Unis n'avaient pas fait preuve de ce type d'inventivité, tout le monde se demanderait pourquoi ils n'ont pas utilisé toute la panoplie d'outils à leur disposition pour dénicher ben Laden²⁸.

C'est ce type de mentalité qui représentera le plus gros obstacle à l'amélioration de la sécurité des soins de santé dans les conflits partout dans le monde. Une fois que l'acte de dispenser des soins de santé perd ainsi sa neutralité ou son

23 Voir Leonard Rubenstein et Melanie Bittle, « Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict », dans *The Lancet*, Vol. 375, janvier 2010, pp. 329–340.

24 Voir Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, affaire *Mkršić et consorts* (« Hôpital de Vukovar »), IT-95-13/1), ainsi que les affaires *Ovčara* devant la chambre des crimes de guerre du tribunal de district de Belgrade.

25 « Rwanda 1994 : La vraie vie est absente », conférence donnée au Musée international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à Genève le 18 octobre 2009 par Philippe Gaillard, chef de la délégation du CICR au Rwanda pendant le génocide, disponible sur : <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5xdjps.htm>

26 « Patients killed in cluster bomb attack on Sri Lanka hospital », dans *The Guardian*, 4 février 2009, disponible sur : www.guardian.co.uk/weather/2009/feb/04/srilanka-terrorism

27 « Gaza : l'armée israélienne n'assistant pas les blessés palestiniens, le CICR demande d'urgence l'accès à ces derniers », communiqué de presse 09/04, 8 janvier 2009, <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/news-release/2009-and-earlier/palestine-news-080109.htm>

28 Traduction CICR. Saeed Shah, « CIA's fake vaccination fake vaccination programme criticised by Médecins Sans Frontières », dans *The Guardian*, 14 juillet 2011, disponible sur : www.guardian.co.uk/world/2011/jul/14/cia-fake-vaccinationmedecins-frontieres

impartialité en instaurant une discrimination entre des personnes qui peuvent être soignées et d'autres qui ne peuvent pas l'être, son statut protégé est compromis et il est vulnérable aux attaques.

Les épisodes de violence qui se répètent partout dans le monde montrent qu'il faut redoubler d'activité pour renforcer le respect des lois protégeant les soins de santé et les patients. En premier lieu, il est essentiel que les organismes de santé, le personnel des ministères de la Santé, ainsi que les prestataires de soins de santé privés, soient beaucoup mieux informés de la protection conférée par le droit international aux soins de santé et des responsabilités correspondantes des personnels de santé de défendre la déontologie des soins de santé. Les personnels et les organismes de santé doivent, de manière concertée, traiter le problème de la violence et mettre en place davantage de mécanismes afin de la prévenir. Il était frappant de constater à quel point rares étaient les centres de santé et les hôpitaux en RDC, par exemple, qui s'étaient dotés de règles afin d'empêcher que des armes ne pénètrent dans l'établissement. Lorsque l'idée a été proposée, elle a immédiatement été bien accueillie par les personnels de santé. De telles procédures doivent devenir la norme dans les établissements de santé et dans les véhicules sanitaires dans le pays, afin de soulever moins d'objections avec le temps.

Deuxièmement, la communauté des soins de santé doit se rallier aux initiatives de communication destinées à sensibiliser la population aux conséquences des actes de violence visant les soins de santé. L'un des messages dissuasifs pourrait consister à affirmer clairement que ces actes peuvent constituer des crimes de guerre et peuvent entraîner de graves sanctions pour leurs auteurs. Ce message doit peut-être, cependant, être dissocié des organisations d'assistance actives sur le terrain, afin de ne pas faire naître le soupçon que les preuves de tels actes seront transmises à la Cour pénale internationale (crainte qui a déjà conduit à des menaces contre les personnels de santé en RDC et à des expulsions des organisations d'aide du Soudan). Ce message pourrait être complété par un deuxième message qui, dans un esprit plus persuasif, en appellerait à la réciprocité : respectez les services de santé de vos ennemis et ils respecteront plus probablement les vôtres. Des feuilletons radiophoniques et d'autres vecteurs de communication populaires pourraient être utilisés pour faire passer des messages destinés à permettre aux agents de santé locaux de remplir sans entrave leurs fonctions d'aide aux blessés et aux malades.

Troisièmement, il serait souhaitable qu'une organisation internationale prenne la responsabilité de surveiller plus systématiquement les actes de violence contre les soins de santé. Les organisations de protection de la santé, nationales ou internationales, devraient être plus fortement encouragées à signaler ces incidents afin que les problèmes soient mieux compris et mieux combattus. Il importe aussi de mieux préciser quels types d'incidents doivent être signalés, afin de réduire la part de la subjectivité dans ce domaine.

Quatrièmement, les organismes d'assistance doivent réfléchir aux conséquences que peuvent avoir leurs actes et leurs déclarations sur la perception de leur neutralité dans des contextes de conflit. Ainsi, dans une déclaration récente, un haut responsable de l'Organisation mondiale de la Santé a lié les progrès de la vaccination à la défaite subie par les forces d'Al-Shabab aux mains de l'Union africaine, affirmant que « dès qu'Al-Shabab est évincé, les organisations de santé se précipitent et vaccinent les enfants²⁹ ». Ce type de commentaire ne favorisera guère les efforts de renforcement de la vaccination antipoliomyélitique dans les régions tenues par Al-Shabab dans le contexte de la récente flambée de poliomyélite. Un grand nombre d'autres organismes d'aide ne souscrivent que de manière purement formelle aux positions humanitaires qu'elles doivent manifester pour pouvoir opérer en toute sécurité dans les zones de conflit et de nombreux incidents se produisent à cause des lacunes de communication et du degré insuffisant d'acceptation par la population locale. Étant donné les répercussions de grande ampleur que peut entraîner un seul incident violent contre un organisme d'aide, il est de la responsabilité de tous de faire en sorte que ces organismes soient mieux acceptés dans les contextes où ils opèrent.

Enfin et surtout, les organisations humanitaires doivent parler d'une seule voix pour s'opposer, dans les discussions bilatérales comme dans leurs prises de position publiques, à toute initiative politique qui sape la neutralité des soins de santé. Tout comme le fait d'employer une ambulance pour mener un attentat-suicide suscite la défiance à l'égard de toutes les ambulances, au détriment des personnes qui doivent être rapidement transférées dans un hôpital, la participation d'un seul médecin à un acte d'espionnage suscite la défiance à l'égard des professionnels de la santé, au détriment de tous. Plus les soins de santé sont détournés de leur but et plus ils focaliseront la violence. Il est dans l'intérêt de toute la communauté des soins de santé — et, plus largement, de la communauté humanitaire — de se soutenir et de lutter pour le respect de la déontologie médicale et des lois qui protègent les soins de santé.

29 « Somalia launching new five-in-one child vaccines », dans AP, 25 avril 2013. Cet article a été repris par des journaux du monde entier, y compris des organes somaliens comme *Hiiraan Online* : « New push against polio and new vaccines in Somalia », dans *Hiiraan Online*, 26 avril 2013, disponible sur : www.hiiraan.com/news4/2013/Apr/29046/new_push_against_polio_and_new_vaccines_in_somalia.aspx.