SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT

Insecurity Insight
Data on People in Danger

Les violences contre les professionnels de santé et l'obstruction à l'accès aux soins en République centrafricaine en 2020

LETTRE DU PRÉSIDENT

Le cinquième anniversaire de l'adoption de la résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations unies sur la protection du secteur de la santé intervient à un moment où s'exercent des violences incessantes contre les hôpitaux, les cliniques, les ambulances et les professionnels de santé. Ce rapport montre que le nombre de professionnels de santé tués dans des contextes de conflits a augmenté pour atteindre le chiffre de 185 en 2020, alors qu'il était de 167 en 2018 et 150 et 2019. Rares sont les conflits où l'intensification des combats n'a pas donné lieu à une augmentation des violences contre les services de santé, quels qu'ils soient.

Au cours des cinq années qui ont suivi l'adoption de la résolution des Nations unies, 14 conflits ont donné lieu à plus de 50 incidents signalés de violence contre le secteur de la santé, huit conflits ont donné lieu à plus de 100 incidents de ce type, cinq à plus de 200 incidents et quatre à plus de 300 incidents chacun. Ces chiffres sont probablement sous-estimés, et les chiffres réels sont très certainement beaucoup plus élevés. Les violences contre le secteur de la santé se poursuivent en 2021.

Les raisons de ces violences sont diverses et parfois complexes, mais les raisons qui expliquent l'impunité persistante de leurs auteurs ne le sont pas : les États ont échoué à respecter leurs engagements à agir, individuellement ou dans le cadre d'un effort international, pour lutter contre les violences exercées contre le secteur de la santé ou pour demander des comptes aux auteurs de ces violences. Voici des questions qui portent sur la mise en œuvre des actions présentées dans la résolution elle-même ou dans les recommandations formulées par le Secrétaire général de l'ONU pour la mise en œuvre de cette résolution :

Les États membres ont-ils « veill[é] à ce que leurs forces armées et leurs forces de sécurité s'efforcent d'intégrer à leurs opérations des mesures concrètes visant à assurer la protection des blessés, des malades et des services médicaux à la planification » ? *Non.*

Les États membres ont-ils adopté des cadres légaux nationaux pour garantir le respect des professionnels de santé, en particulier en excluant la fourniture impartiale de soins médicaux de la liste des actes pour lesquels ils peuvent encourir des sanctions en vertu des lois nationales de lutte contre le terrorisme ? *Non.*

Les États membres ont-ils entrepris de recueillir des données sur les manœuvres d'obstruction, les menaces et les attaques physiques visant le secteur de la santé ? *Non.*

Les États membres ont-ils mené « dans leur zone de juridiction, des enquêtes exhaustives, impartiales et efficaces sur les violations des dispositions du droit international humanitaire » relatives au secteur de la santé et, « le cas échéant, [sévi] contre les responsables de ces violations, conformément au droit national et international » ? *Non.*

Le Conseil de sécurité a-t-il saisi la Cour pénale internationale lorsqu'il existe des preuves que des crimes de guerre ont été commis en lien avec les violences perpétrées contre les services de santé en Syrie et ailleurs ? *Non.*

LETTRE DU PRÉSIDENT

Est-ce que tous les États que la Représentante spéciale du Secrétaire général pour les enfants dans les conflits armés a identifiés comme ayant participé à des violences commises contre des hôpitaux ont été cités dans l'annexe du rapport annuel du Secrétaire général sur les enfants dans les conflits armés ? *Non.*

Est-ce que les États membres qui vendent des armes qui sont utilisées pour commettre des violences contre les services de santé ont cessé de les vendre ? *Non.*

Des groupes armés non étatiques, dont beaucoup affirment leur engagement à respecter le droit international, se sont aussi soustraits à leurs responsabilités. Seuls trois d'entre eux ont signé l'Acte d'engagement de l'Appel de Genève pour la protection des soins de santé. En comparaison, plus de 50 groupes armés non étatiques ont accepté d'abandonner l'utilisation des mines antipersonnel et 25 ont accepté de ne pas avoir recours aux enfants soldats.

Pourquoi une telle inaction ? Les forces militaires ne modifient pas leurs procédures opérationnelles si cela ne leur est pas demandé. Les lois ne sont pas modifiées lorsque les priorités en matière de lutte contre le terrorisme ne prennent pas en compte le droit international. Les ventes d'armes rapportent énormément d'argent et sont un moyen d'atteindre certains objectifs politiques sans qu'une intervention militaire directe ne soit nécessaire. Les enquêtes et la recherche des responsabilités sont perçues comme dérangeantes lors d'un conflit armé. Aux Nations unies, la structure même du Conseil de sécurité, et en particulier le pouvoir de veto des cinq membres permanents, est devenue une excuse pour justifier les échecs.

Si les gouvernements sont censés faire ce qu'ils se sont engagés à faire, c'est-à-dire protéger les professionnels de santé, les structures de santé et les transports médicaux pour qu'ils ne soient pas ciblés et attaqués, il est urgent de faire pression sur eux et de leur demander des comptes.

Pour cela, le Secrétaire général de l'ONU a le pouvoir et le devoir de rendre compte chaque année de ce que chaque État membre des Nations unies a fait ou pas pour appliquer la résolution 2286. Cette forme de responsabilisation peut aussi être renforcée par la nomination d'un rapporteur spécial ou d'un représentant spécial qui publiera des rapports thématiques et par pays pour évaluer la réponse des États aux obligations formulées dans la résolution 2286. Mais surtout, les secteurs de la santé publique, des soins infirmiers et le secteur médical doivent exiger des responsables politiques plus que des déclarations, des réunions et des mesures faiblardes, et réclamer des mesures concrètes pour garantir que les soignants, les malades et les blessés qui ont besoin de soins médicaux soient réellement protégés.

Il est plus que temps que les engagements importants formulés dans la résolution 2286 de l'ONU deviennent autre chose que des paroles en l'air. Tous ceux qui se préoccupent de la protection des services de santé dans les situations de conflit doivent prendre des mesures concrètes significatives pour que les promesses essentielles qui ont été faites à ceux qui risquent leurs vies pour protéger la santé et le bien-être des populations qu'ils soignent deviennent une réalité.

Len Rubenstein, *Président de la Coalition pour la protection de la santé en période de conflit (SHCC - Safeguarding Health in Conflict Coalition).*

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

INCIDENTS SIGNALÉS ET PROBLÈMES LES PLUS SOUVENT RAPPORTÉS		
8	**7**	**4**
INCIDENTS SIGNALÉS	SOIGNANTS KIDNAPPÉS	INCIDENTS AU COURS DESQUELS DES FOURNITURES MÉDICALES ONT ÉTÉ PILLÉES

Source: 2020 SHCC Health Care CAR Data

ÉTAT DES LIEUX

La Coalition pour la protection de la santé en situation de conflit (SHCC en anglais) a identifié huit incidents impliquant des violences ou une obstruction à l'accès aux soins en RCA en 2020, contre 13 incidents de ce type en 2019. Sept professionnels de santé ont été tués et des fournitures médicales ont été pillées dans des hôpitaux au moins à quatre reprises.

Cette note d'information s'appuie sur les données 2020 de la SHCC concernant les soins de santé en RCA, qui sont disponibles sur le site de l'*Humanitarian Data Exchange (HDX)*.

LES VIOLENCES CONTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET L'OBSTRUCTION À L'ACCÈS AUX SOINS EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE EN 2020

Des incidents ont été signalés dans cinq des 16 préfectures de la RCA et dans la capitale, Bangui. Ils ont été plus fréquents dans la préfecture de Nana-Grébizi, où les violences et l'insécurité sont courantes.

Les vols à main armée réalisés par des groupes armés dans les locaux des ONG internationales à Nana-Grébizi sont une forme de violence courante contre les professionnels de santé. Ce type d'attaques cible souvent des organisations d'aide bénévole et des ONG internationales de santé.

Des miliciens de l'Union des patriotes congolais (UPC) et ex-Seleka ont kidnappé sept professionnels de santé en déplacement dans la préfecture du Haut-Mbomou dans le cadre d'une campagne de vaccination contre la rougeole en août 2020.[1] Les chefs de l'UPC ont affirmé que les professionnels de santé avaient été arrêtés après avoir tenté d'entrer dans une zone contrôlée par l'UPC sans en avoir obtenu l'autorisation.

1 Rapport sur l'insécurité. Données du rapport 2021 de la Coalition pour la protection de la santé en situation de conflit : 2020 SHCC Health Care CAR Data. Incident numéro 791.

MÉTHODOLOGIE

Le huitième rapport de la Coalition pour la protection de la santé en période de conflit (SHCC en anglais) porte sur la situation dans 43 pays et territoires, et décrit des incidents de menaces et de violences contre les services de santé dans 17 pays et territoires en situation de conflit en 2020. Nous nous sommes référés au Programme de données sur les conflits d'Uppsala (UCDP en anglais)[2] pour déterminer si un pays était considéré en situation de conflit en 2020, et parmi ces pays, nous avons inclus ceux qui ont connu au moins un incident de violences contre les services de santé ou d'obstruction à l'accès aux soins de santé en 2020. Nous présentons les 14 pays qui ont connu plus de 15 incidents signalés dans des chapitres séparés, et les trois autres pays qui ont connu moins de 15 incidents signalés dans des paragraphes. Vingt-six autres pays sont inclus dans le décompte total, mais ne sont pas présentés en détail. Quatorze des pays et territoires présentés dans des fiches individuelles en 2020 l'étaient aussi en 2019. L'Azerbaïdjan, le Mexique et le Mozambique ont été ajoutés tandis que la situation de l'Égypte, de l'Éthiopie, de l'Irak, du Pakistan, du Soudan et de l'Ukraine n'est pas présentée dans des chapitres dédiés en 2020.

Le rapport s'appuie sur une démarche basée sur les événements pour documenter les attaques contre les services de santé, qui sont désignés comme des « incidents » dans tout le rapport. Pour préparer ce rapport, des informations sur les événements provenant de sources multiples ont été recoupées et consolidées pour constituer une seule base de données sur les incidents signalés, qui ont été codés en fonction des définitions standards. Toutes les données 2020 citées dans ce rapport peuvent être consultées via Attacks on Health Care in Countries in Conflict sur la page Insecurity Insight du site de l'*Humanitarian Data Exchange* (HDX). Les données de 17 pays sont disponibles sous forme de bases de données individuelles. Vous trouverez les liens vers ces bases de données dans les présentations de chaque pays.

DÉFINITION DES ATTAQUES CONTRE LES SERVICES DE SANTÉ

Le rapport s'appuie sur la définition que donne l'OMS d'une attaque contre les services de santé : « Tout acte de violence verbale ou physique, menace de violence ou autre violence psychologique, ou obstruction qui entrave la disponibilité, l'accès à et la fourniture de services de santé curative et/ou préventive. » Cependant, dans ce rapport, nous n'utilisons pas le mot « attaque », mais plutôt le terme « incident » ou « incident de violences », car le mot « attaque » est souvent interprété comme un acte intentionnel, alors que beaucoup des incidents signalés sont le résultat de comportements et d'actions irréfléchis ou aveugles, mais répondent aux autres critères de la définition de l'OMS.

Ce rapport porte sur les incidents de violences commises contre les services de santé dans le contexte de conflits armés, de conflits non étatiques ou de violences unilatérales, tels qu'ils sont définis par l'UCDP, alors que l'OMS se concentre sur les attaques qui ont lieu dans des situations d'urgence.

MÉTHODOLOGIE

D'après la définition de l'OMS, les incidents de violences commises contre les services de santé peuvent inclure des bombardements, des explosions, des pillages, des vols, des détournements, des fusillades, des coups de feu, la fermeture forcée de structures de santé, la fouille violente de structures de santé, des incendies criminels ou non, l'usage militaire de structures de santé, la prise de contrôle de structures de santé, des attaques chimiques, des cyberattaques, l'enlèvement de professionnels de santé, des refus ou des retards de soins, des agressions, le fait de forcer le personnel à agir contre ses principes éthiques, des exécutions, de la torture, des manifestations violentes, du harcèlement administratif, de l'obstruction, des violences sexuelles, des violences psychologiques et des menaces de violence.

Ces catégories ont été prises en compte dans la mesure où elles ont été rapportées par des sources. Cependant, certaines formes de violence, comme les violences psychologiques, le blocage de l'accès aux soins ou les menaces de violence, sont rarement signalées. Nous enregistrons aussi des incidents de violences contre les patients dans les structures de santé lorsque les descriptions des incidents se réfèrent aux effets de la violence commise sur les patients. Cependant, l'impact des incidents de violences commises contre des patients va bien au-delà des incidents individuels et est beaucoup plus complexe, et il ne peut pas être documenté de manière précise dans le cadre d'une surveillance basée sur les événements.

DÉFINITION DE CONFLIT

Le rapport de la SHCC couvre trois types de conflits tels que définis par l'UCDP[3] :

- **Un conflit armé étatique** est défini comme « une incompatibilité litigieuse concernant un gouvernement et/ou un territoire dans le cadre de laquelle l'usage de la force armée entre les deux parties, dont au moins l'un des deux est le gouvernement d'un État, entraîne au moins 25 décès liés au combat au cours d'une année civile ».
- **Un conflit non étatique** est défini comme « l'usage de la force armée entre deux groupes armés organisés, qui ne sont ni l'un ni l'autre le gouvernement d'un État, qui entraîne au moins 25 décès liés au combat au cours d'une année ».
- **Les violences unilatérales** sont définies comme « l'usage délibéré de la force armée par le gouvernement d'un État ou un groupe organisé contre des civils, qui entraîne au moins 25 décès au cours d'une année ».

Un pays apparaît dans le rapport de la SHCC s'il est inclus dans la liste de l'UCDP concernant l'un des trois types de conflits[4] et lorsque nous avons identifié au moins une attaque contre des services de santé perpétrée par un acteur du conflit. Ce terme est défini dans le cadre de ce rapport comme toute personne affiliée à des acteurs organisés qui sont en conflit, conflit qui peut être un conflit armé, un conflit non étatique ou des violences unilatérales, comme défini par l'UCDP.

MÉTHODOLOGIE

Les violences interpersonnelles et les violences commises par les patients contre les soignants ne sont pas incluses dans ce rapport, même lorsqu'elles ont eu lieu dans des pays en situation de conflit. En 2020, les violences contre des programmes spécifiques de santé publique, comme les campagnes de vaccination contre la polio ou les équipes de riposte aux épidémies d'Ebola et de COVID-19, ont été prises en compte uniquement lorsque (a) l'auteur des violences était un membre d'une partie à un conflit et (b) les données disponibles suggéraient que l'incident avait eu lieu dans le contexte d'une incompatibilité litigieuse portant sur un territoire ou qu'il s'agissait d'un acte de violence unilatéral commis par des forces de sécurité de pays figurant dans la liste des pays comptant plus de 25 décès signalés dus à des violences unilatérales commises par des forces de sécurité. Il s'agit d'une différence importante par rapport aux critères utilisés dans le rapport 2019, dans lequel avaient été inclus tous les incidents qui avaient eu lieu dans le cadre du conflit qui affecte l'Est de la République démocratique du Congo (RDC) dans le contexte de la dixième réponse à l'épidémie d'Ebola, même lorsque les détails communiqués n'étaient pas suffisants pour déterminer si les auteurs des violences étaient liés à une partie au conflit identifiée ou pouvaient venir des communautés locales.

Pendant toute l'année 2020, la SHCC a aussi surveillé les violences déclenchées par la pandémie de COVID-19. Les menaces et les violences contre des services de santé liées à la COVID-19 ne sont incluses dans le rapport 2020 que lorsque les incidents répondaient aux critères d'inclusion liés à la définition des conflits, c'est-à-dire lorsque le pays était inclus dans une des trois listes de l'UCDP, et que l'auteur des violences et le contexte de l'incident étaient directement liés au conflit, comme précisé ci-dessus.

INCLUSION DES INCIDENTS

Nous avons inclus dans notre rapport uniquement les incidents qui répondent aux critères d'inclusion concernant les types de conflits et les auteurs des violences, et nous avons donc inclus dans la base de données du rapport les types d'incidents suivants et leurs caractéristiques :

- Les incidents qui ont concerné des structures de santé, en prenant en compte le fait qu'elles ont été détruites, endommagées, pillées ou occupées par des individus ou des groupes armés ;
- Les incidents qui ont concerné des professionnels de santé, en prenant en compte le fait qu'ils ont été tués, kidnappés, blessés, agressés, arrêtés, menacés, ou qu'ils ont subi des violences sexuelles (lorsque les données sont disponibles, nous avons enregistré le nombre de patients concernés, même s'il faut admettre que ces données sont probablement très sous-déclarées) ;
- Les incidents qui ont concerné des transports médicaux, en prenant en compte le fait que les ambulances ou d'autres moyens de transport médicaux ont été détruits, endommagés, détournés/volés ou stoppés/retardés ; et
- Les incidents enregistrés par le Système de surveillance des attaques contre les soins de santé de l'OMS (SSA en anglais) pour les dix pays inclus dans ce système, lorsque l'OMS a confirmé les incidents.

MÉTHODOLOGIE

DÉFINITIONS CLÉS

Professionnel de santé : toute personne qui travaille de manière professionnelle ou bénévole à fournir des services de santé ou qui fournit un soutien direct aux patients, y compris les administrateurs, le personnel ambulancier, les agents de santé communautaires, les dentistes, les médecins, les responsables gouvernementaux en charge de la santé, le personnel de l'hôpital, le personnel en charge de la formation médicale, les infirmières, les sages-femmes, les secouristes, les kinésithérapeutes, les chirurgiens, les personnes en charge de la vaccination, les bénévoles ou tout autre membre du personnel de santé qui n'aurait pas été cité ici.

Professionnel de santé concerné : se réfère aux incidents au cours desquels au moins un professionnel de santé a été tué, blessé, kidnappé ou arrêté, ou a subi des violences sexuelles, des menaces ou du harcèlement.

Structure de santé : toute structure qui fournit un soutien direct aux patients, y compris les cliniques, les hôpitaux, les laboratoires, les hôpitaux de fortune, les structures d'enseignement médical, les cliniques mobiles, les pharmacies, les entrepôts ou toute autre structure de santé qui n'aurait pas été citée ici.

Structure de santé concernée : se réfère aux incidents au cours desquels au moins une structure de santé a été endommagée, détruite, ou a été confrontée à l'entrée de personnes armées, à une occupation militaire ou un pillage.

Transport médical : tout véhicule utilisé pour le transport de toute personne blessée ou malade ou d'une femme en train d'accoucher vers une structure de santé pour y recevoir des soins médicaux.

Transport médical concerné : se réfère aux incidents au cours desquels au moins une ambulance ou un moyen de transport médical a été endommagé, détruit, détourné ou retardé en transportant ou non une personne nécessitant une assistance médicale.

SOURCES

L'objectif de ce rapport est de rassembler toutes les informations connues sur les attaques contre les services de santé à partir de sources multiples. L'accès aux sources varie d'un pays à l'autre, et chaque source a ses forces et ses faiblesses. Des différences existent dans la définition de ce qui constitue une attaque contre les services de santé utilisée par les différentes sources à l'origine des données compilées par la SHCC. Chaque source a ses propres biais en matière de signalement et de sélection et ils sont présentés ci-dessous.

MÉTHODOLOGIE

Pour identifier des incidents qui répondent aux critères d'inclusion, nous avons utilisé six sources différentes qui fournissent une combinaison d'incidents rapportés par les médias et d'incidents rapportés par des partenaires et des organisations du réseau :

1. Des informations provenant des briefings mensuels sur les attaques contre les services de santé de *Insecurity Insight*[5], qui combinent des informations venant de sources médiatiques et des informations partagées par des réseaux partenaires, comme la Base de données sur la sécurité des travailleurs humanitaires (AWSD en anglais)[6] pour les données internationales provenant d'agences internationales d'aide humanitaire qui coordonnent des programmes de santé ; *Airwars*[7] et le Réseau syrien pour les droits humains (SNHR en anglais)[8] pour les données sur la Syrie ; le Projet de suivi des impacts sur les civils (CIMP en anglais)[9] pour des données sur le Yémen ; et des bases de données comme celle du Projet pour des données sur la localisation et les événements des conflits armés (ACLED en anglais)[10] ;
2. Des informations fournies par l'Aide médicale pour les Palestiniens (MAP en anglais)[11] pour les incidents qui ont eu lieu dans les Territoires palestiniens occupés ;
3. Des informations fournies par la Fondation de la Société médicale syro-américaine (SAMS en anglais)[12] pour les incidents en Syrie ;
4. Des informations du SSA de l'OMS portant sur 11 pays : l'Afghanistan, le Burkina Faso, la RDC, la Libye, le Mali, le Myanmar, le Nigeria, les Territoires palestiniens occupés, la Somalie, le Soudan du Sud et le Yémen (les informations provenant du SSA représentent environ un tiers des données rassemblées pour ce rapport) ; et
5. Des informations sur l'Afghanistan provenant de 74 incidents rapportés par le SSA de l'OMS (notons toutefois que nous n'avons pas été en capacité de comparer les rapports individuels pour combiner les données de façon significative).

LES PRINCIPES DE CODAGE DES INCIDENTS

Nous avons suivi la théorie générale et les principes du codage des événements et nous avons fait le nécessaire pour ne pas saisir un même incident deux fois. Les principes standards de codage sont définis dans l'*Overview Data Codebook* de la SHCC. Vous pouvez consulter la page www.insecurityinsight.org/projects/healthcare/shcc pour obtenir plus d'informations sur le codage de la SHCC et les annexes.

Le codage de l'identité de l'auteur et du contexte des attaques contre les services de santé peut contribuer à orienter le développement de stratégies de prévention et de mesures d'atténuation qui réduisent l'incidence et l'impact de ces attaques et favorisent les procédures permettant de demander des comptes aux responsables. Parce qu'il est rarement possible de connaître la ou les motivations de l'auteur d'une attaque, nous nous sommes appuyés sur le contexte identifié dans les descriptions de l'incident et, dans la mesure du possible, nous avons codé les intentions à partir de ces descriptions.

INCLUSION ET CODAGE DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR LE SSA

Des informations fournies par le SSA de l'OMS ont été incluses dans la base de données. Elles concernent 11 pays et territoires : l'Afghanistan, le Burkina Faso, la RDC, la Libye, le Mali, le Myanmar, le Nigeria, les Territoires palestiniens occupés, la Somalie, le Soudan du Sud et le Yémen. Nous avons eu accès au SSA le 7 avril 2021 pour l'Afghanistan, le 24 mars pour le Nigeria et le 18 mars pour les Territoires palestiniens occupés, et nous avons intégré à notre base de données les informations fournies pour des incidents ayant eu lieu dans ces pays et rapportées en 2020, qui étaient disponibles à ces dates. Pour tous les autres pays, nous avons consulté le SSA le 15 janvier 2021. Toutes les modifications apportées aux données du SSA après cette date ne sont pas prises en compte dans la base de données de la SHCC, mais peuvent être mentionnées dans les fiches individuelles des pays.

Nous avons codé 229 incidents rapportés par le SSA et qui se sont déroulés dans 11 pays et territoires, à partir des informations présentes dans le tableau de bord en ligne du SSA. Le SSA ne fournit pas d'informations sur les auteurs des attaques et nous sommes donc partis du principe que tous les incidents du SSA que nous avons intégrés à notre base de données impliquaient des acteurs des conflits en cours (plutôt que des individus), et donc qu'ils remplissaient les critères d'inclusion de la SHCC. Le SSA ne fournit pas non plus d'informations sur la localisation des incidents, si ce n'est le pays où ils se sont déroulés. Les incidents rapportés par le SSA n'ont donc pas pu être intégrés sur les cartes indiquant les régions ou les provinces concernées dans les fiches individuelles par pays.

L'absence d'informations détaillées concernant les 28 incidents en Syrie rapportés par le SSA n'a pas permis de déterminer quels étaient les incidents qui étaient déjà signalés parmi les 121 incidents syriens rapportés par les membres de la SHCC. C'est la raison pour laquelle les 28 incidents rapportés par le SSA pour la Syrie n'ont pas été intégrés au rapport.

Le SSA utilise des champs intitulés « Ressource de santé concernée », « Type d'attaque » et « Personnel concerné » avec des catégories standards pour chaque incident. Cependant, ces champs n'avaient pas été remplis de façon systématique et, pour 35 des 228 incidents, seuls un ou deux de ces champs fournissaient des informations. Lorsqu'un champ ou plus n'avait pas été rempli, il a été généralement impossible de bien comprendre la nature de l'incident à partir des informations enregistrées. C'est pourquoi 35 des incidents rapportés par le SSA apparaissent dans la base de données de la SHCC comme des incidents signalés, mais sans plus de détails, et 194 incidents rapportés par le SSA ont été inclus dans la base de données de manière plus détaillée.

LES LIMITES DE LA RECHERCHE MENÉE

Les données collectées par la SHCC souffrent d'un « biais de signalement », le terme technique pour parler de signalement sélectif. Alors que le processus de nettoyage des données réalisé par la SHCC porte exclusivement sur la sélection des incidents en fonction des critères d'inclusion, le corpus d'informations accessible pour ce processus dépend du travail réalisé par les personnes qui ont rapporté les incidents en premier lieu. Des événements peuvent être sélectionnés ou ignorés pour diverses raisons, notamment des choix éditoriaux, lorsque la source est un média ; une absence de connaissance de l'événement, parce que les communautés touchées n'ont aucun lien avec l'entité qui compile les informations au départ ; ou de simples erreurs d'omission. Ces biais signifient que la collecte des incidents par la SHCC peut ne pas être complète ou représentative, et que seule une sélection d'incidents est incluse dans les premières listes qui sont ensuite utilisées pour constituer la base de données finale de la SHCC. Cette base de données ne regroupe donc qu'une fraction des données pertinentes, ne couvre des incidents que dans certains pays, et certains types d'incidents plus largement que d'autres.

BIAIS DE SIGNALEMENT ET DE SÉLECTION CONNUS DANS LES SOURCES DE LA SHCC

La base de données sur laquelle se base le rapport comporte des limites inhérentes aux sources de données des contributeurs utilisées pour constituer cette base de données. Certaines sources de données utilisent des reportages réalisés par les médias, alors que d'autres collectent et comparent des rapports provenant d'un réseau de partenaires, de l'observation directe des événements ou de la triangulation de plusieurs sources. Beaucoup des sources qui fournissent des informations utilisent une combinaison de ces différentes méthodes. Sept biais de signalement peuvent affecter le flux d'information :

1. Dans certains pays, les médias rapportent fréquemment un grand nombre d'attaques contre les services de santé, alors que dans d'autres, les médias officiels ne rapportent quasiment aucun incident.
2. Dans certains pays, des journalistes citoyens qui produisent leurs propres reportages et réalisent leurs propres enquêtes sont des sources d'information clés. Des coupures gouvernementales d'internet peuvent perturber ces flux d'informations pendant certaines périodes spécifiques.
3. Dans certains pays, il existe des réseaux très actifs d'organisations partenaires de la SHCC qui fournissent des informations, alors que dans d'autres, aucun réseau de ce genre n'existe. Créer un réseau prend du temps et ces réseaux se mettent en place plus facilement dans des pays qui sont confrontés à des conflits qui durent dans le temps. Des changements au niveau du personnel ou un manque de financement peuvent perturber les flux d'informations.

4. Dans certains pays, de nombreux processus parallèles de collecte de données existent et aboutissent à la publication de chiffres différents du fait des différences en matière de couverture géographique ou de capacité à atteindre les personnes qui peuvent fournir des informations. Lorsque les données d'origine ne sont pas partagées, il est impossible de croiser les données pour vérifier que les mêmes événements ne sont pas signalés deux fois.
5. Dans certains pays, des initiatives de collecte de données peuvent déboucher sur la publication de données sur une année, ce qui provoque une augmentation soudaine du nombre d'incidents signalés. Si ces initiatives ne se poursuivent pas au cours des années suivantes, le nombre d'incidents signalés diminue alors de nouveau.
6. Il est nécessaire que les incidents qui ont lieu au début d'un conflit soient signalés par diverses sources, tant que des réseaux de collecte de données ne sont pas établis.
7. Certaines organisations ne partagent pas d'informations sur les incidents qui les affectent pour protéger leur indépendance et leur neutralité. Dans les pays où ces organisations sont des acteurs essentiels de la fourniture de soins de santé, les flux d'informations peuvent rester très limités.

EXACTITUDE DES INFORMATIONS ET DIFFÉRENCE DE DÉFINITION

Certaines organisations enregistrent seulement certains types d'incidents, par exemple ceux qui touchent des structures de santé ou des agences internationales d'aide humanitaire, et les descriptions des incidents qui sont disponibles peuvent aussi contenir des erreurs. De plus, toutes les organisations qui recueillent des informations sur les incidents pertinents n'incluent pas tous les détails qui seraient nécessaires pour pouvoir coder systématiquement tous les aspects de ces incidents. En particulier, les informations concernant les auteurs des attaques et le contexte des incidents manquent souvent, ou peuvent comporter des biais venant de la source originale. Dans certains cas, en particulier ceux qui concernent des vols et des enlèvements, il est souvent difficile d'affirmer à partir des informations disponibles que l'acte a été commis par une partie à un conflit ou par des criminels. Pour décider si un incident doit être inclus dans une catégorie ou une autre, nous nous basons sur une évaluation des motivations les plus probables.

La nature même de la base de données du SSA de l'OMS et le fait que la SHCC s'appuie en grande partie sur des contributions provenant de cette base de données pour certains pays influencent l'ensemble de la base de données de la SHCC. Parce que le SSA ne fournit pas d'informations sur les auteurs des attaques, la base de données de la SHCC n'a pas pu fournir d'informations sur les auteurs de 229 incidents. En conséquence, le codage est beaucoup plus limité pour les pays pour lesquels une proportion importante des incidents signalés provenait du SSA. De plus, le SSA a rapporté 35 incidents pour lesquels il disposait d'un nombre insuffisant d'informations précises pour qu'ils puissent être intégrés à la base de données de la SHCC autrement que dans le décompte des incidents.

La base de données de la SHCC présente donc des limites liées au fait d'utiliser des données qui ont déjà été traitées sans avoir accès aux sources d'origine ou à des détails complémentaires, qui auraient potentiellement permis de réaliser une classification plus complète et plus cohérente.

2 Département des recherches sur la paix et les conflits, Université d'Uppsala, Programme de données sur les conflits d'Uppsala (Uppsala Conflict Data Program). https://ucdp.uu.se/ (consulté le 6 avril 2021).
3 Département des recherches sur la paix et les conflits, Université d'Uppsala. Définitions de l'UCDP. https://www.pcr.uu.se/research/ucdp/definitions/.
4 https://ucdp.uu.se/. En 2020, la liste des pays en situation de conflit de l'UCDP n'avait pas été rendue publique au moment de l'écriture de ce rapport, aussi nous avons consulté le personnel de l'UCDP par e-mail pour obtenir des informations sur les modifications qui concernaient des pays inclus dans la liste de l'UCDP pour 2020.
5 http://insecurityinsight.org/projects/health care/monthlynewsbrief.
6 https://aidworkersecurity.org/.
7 https://airwars.org/.
8 http://sn4hr.org/.
9 https://civilianimpactmonitoring.org/.
10 https://www.acleddata.com/.
11 https://www.map.org.uk/.
12 https://www.sams-usa.net/.

SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT

La coalition Safeguarding Health in Conflict rassemble plus de 40 organisations non-gouvernementales et a pour objectif de protéger les travailleurs humanitaires ainsi que les services de santé menacés dans les contextes de guerre ou par les troubles civils. Nous sensibilisons le public aux attaques contre les soins de santé au niveau mondial et nous exerçons un plaidoyer auprès des agences des Nations Unies pour qu'elles mettent en place des mesures plus importantes au niveau mondial, pour protéger les soins de santé. Nous surveillons les attaques, renforçons les normes universelles relatives au respect du droit à la santé et nous exigeons que les auteurs de ces actes rendent des comptes. www.safeguardinghealth.org.

Safeguarding Health in Conflict Coalition
615 N. Wolfe Street, E7143, Baltimore, MD 21205

info@insecurityinsight.org

Citation suggérée: Safeguarding Health in Conflict Coalition (SHCC) 2021.
No Respite: Violence against Health Care in Conflict. Mai 2021.

PHR Physicians for Human Rights

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health — Center for Public Health and Human Rights

Human Rights Center — UC Berkeley School of Law

Drexel University Office of Global Health — Dornsife School of Public Health

IntraHealth International — Because Health Workers Save Lives.

MAP — Medical Aid for Palestinians

Conseil International des Infirmières · International Council of Nurses

IFMSA — International Federation of Medical Students' Associations

SAMS

MedGlobal