

COUVERTURE DU RAPPORT

Ce treizième rapport de la Coalition pour la protection de la santé en situation de conflit (SHCC) couvre 33 pays et territoires et fournit des détails sur les incidents impliquant des menaces et des actes de violence contre les soins de santé dans 21 pays (dont un territoire) ayant connu un conflit en 2025.¹ Pour ces 21 pays qui font l'objet d'un chapitre distinct, le rapport 2025 fournit en outre des informations sur l'impact de la violence sur les soins de santé, y compris l'impact sur les professionnels de santé, les systèmes de santé et l'accès des populations aux soins, en s'appuyant sur de multiples sources secondaires.

Pour déterminer si un pays est considéré comme ayant connu un conflit en 2025, le rapport s'appuie sur le système de détermination des conflits adopté par l'Uppsala Conflict Data Program (UCDP).² Un pays, un territoire ou une région au sein d'un pays est inclus dans le rapport SHCC s'il figure sur la liste de l'UCDP parmi l'un des trois types de conflits (conflit armé étatique, conflit armé non étatique et violence unilatérale),³ et si Insecurity Insight a identifié au moins une attaque contre les soins de santé perpétrée par un acteur du conflit, défini aux fins du présent rapport comme une personne affiliée à des acteurs organisés impliqués dans un conflit armé. Un chapitre est inclus dans le rapport pour les 21 pays ayant signalé plus de 15 incidents en un an ou plus de 30 incidents sur plusieurs années. Les incidents survenus dans 12 autres pays sont inclus dans le décompte total des incidents de violence contre les soins de santé, mais ni les incidents ni la situation dans les pays concernés ne sont décrits en détail.

Dix-neuf des pays ayant fait l'objet d'un chapitre dans le rapport 2025 figuraient déjà dans le rapport 2024. Pour le rapport 2025, des descriptions détaillées ont été incluses pour l'Iran et la Somalie, alors qu'aucun chapitre détaillé ne leur était consacré en 2024. Les données provenant d'Afghanistan, du Tchad, du Honduras, de l'Inde, d'Indonésie, d'Irak, d'Israël, de Libye, du Mozambique, du Niger, de Russie et du Venezuela sont incluses dans le décompte total, mais ces 12 pays ne disposent pas de chapitres nationaux dans le rapport 2025.

SOURCES DES DONNÉES

Les données de ce rapport ont été compilées et analysées par Insecurity Insight et partagées en vue de leur publication en collaboration avec le SHCC. Le rapport utilise une approche fondée sur les événements pour documenter les attaques contre les soins de santé, qui sont désignées sous le terme « incidents » tout au long du rapport. Pour préparer ce rapport, les informations fondées sur les événements provenant de multiples sources ont été recoupées et consolidées en un ensemble de données unique d'incidents enregistrés, qui ont été codés à l'aide de définitions standard. Chaque chapitre par pays répertorie les principales sources utilisées pour compiler l'ensemble de données, en mentionnant les « sources ouvertes » lorsque les incidents ont été rapportés par des médias grand public, les « sources privées » lorsque les informations ont été obtenues par le biais de réseaux personnels, les « mécanismes de partage de données des agences d'aide » lorsque les informations ont été fournies par une agence d'aide ou par l'Organisation internationale pour la sécurité des ONG (INSO), et les « projets d'information » lorsque des informations ont été ajoutées grâce à un recoupement avec d'autres organisations menant des travaux connexes. Parmi ces organisations figuraient le projet Armed Conflict Location & Event Data (ACLED) ; l'Aid Worker Security Database (AWSD), Airwars, l'Observatoire syrien des droits de l'homme (SOHR) et le Réseau syrien pour les droits de l'homme (SNHR) pour les données sur la Syrie ; et le Civilian Impact Monitoring Project (CIMP) pour les données sur le Yémen.

Les données citées dans ce rapport sont accessibles via la page « [Attacks on Health Care in Countries in Conflict \(SHCC\)](#) » du site [Insecurity Insight](#) sur la plateforme Humanitarian Data Exchange (HDX). Toutefois, certains incidents ne figurent pas dans ces listes lorsque la personne ou l'organisation fournissant les données a explicitement demandé que les informations relatives à ces incidents ne soient pas diffusées. Aucun incident partagé par l'INSO n'est inclus dans ces listes. Les données relatives aux 21 pays inclus dans ce rapport sont mises à disposition sous forme d'ensembles de données individuels. Les liens sont fournis dans les chapitres consacrés à chaque pays. Pour les 12 pays mentionnés ci-dessus qui ne font pas l'objet d'un chapitre spécifique dans le rapport 2025, les données sont également disponibles via les [grilles de données](#) HDX des pays concernés, à l'exclusion de toute donnée partagée par l'INSO.

Les données sont également disponibles sur [la carte mondiale interactive](#) d'Insecurity Insight consacrée aux attaques contre les soins de santé. Cette plateforme est mise à jour dès que de nouvelles informations sont disponibles ; le nombre d'incidents inclus dans ce rapport et affiché sur la plateforme peut donc varier.

Le rapport couvre l'impact des attaques contre les soins de santé dans la mesure où les rapports disponibles le permettent. Il cite des sources secondaires qui utilisent généralement des approches mixtes pour résumer les impacts connus des attaques sur la prestation et l'accès aux soins de santé.

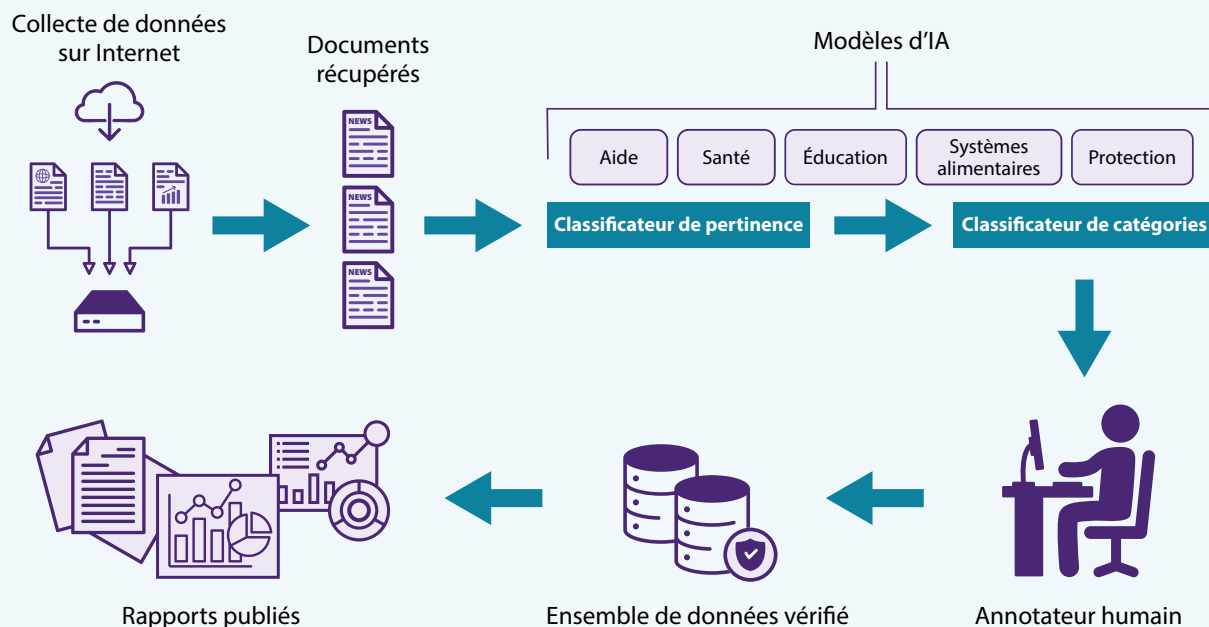


TECHNOLOGIES ET PROCESSUS DE TRAVAIL POUR LA DOCUMENTATION DES INCIDENTS DE VIOLENCE CONTRE LES SOINS DE SANTÉ SIGNALÉS PUBLIQUEMENT

Afin de recenser le flux croissant d'informations détaillées sur les violences à l'encontre du personnel de santé provenant de plateformes ouvertes, Insecurity Insight utilise des outils basés sur l'IA pour identifier ces informations en appliquant des fonctions de classification et de catégorisation aux données accessibles au public. Les incidents sont repérés grâce à des fonctions de classification entraînées sur dix ans de données relatives aux violences à l'encontre du personnel de santé. Ce système est désormais disponible en anglais, en français et en arabe.

Les informations identifiées sont affichées sur une plateforme sur mesure où le personnel d'Insecurity Insight vérifie manuellement la fiabilité de la source et la plausibilité des incidents dans le cadre du processus de vérification à distance. Les outils basés sur l'IA garantissent l'efficacité et l'accès à l'information. Les décisions d'inclusion sont toutes prises par du personnel formé.

Le processus de collecte de données open source d'Insecurity Insight



Ce processus de collecte de données a joué un rôle déterminant dans l'obtention d'informations provenant de zones auxquelles les agences d'aide n'ont pas accès et où les services de santé sont fournis par des organisations locales indépendantes du système du Cluster Santé géré par l'ONU. Cela a été rendu possible grâce à l'augmentation du nombre de témoignages de première main provenant de témoins dans les zones de conflit, rendue possible par l'accès croissant aux smartphones, à Internet et aux plateformes internationales. Le renforcement des restrictions sur Internet, les restrictions d'accès à certaines plateformes de réseaux sociaux et les mesures restrictives imposées aux journalistes indépendants peuvent limiter la portée du partage et, par conséquent, de la collecte de ces informations.

DÉFINITION DES ATTAQUES CONTRE LES SOINS DE SANTÉ

Le présent rapport suit la définition de l'OMS d'une attaque contre les soins de santé : « *tout acte de violence verbale ou physique, toute menace de violence ou autre forme de violence psychologique, ou toute obstruction qui entrave la disponibilité, l'accès et la prestation de services de santé curatifs et/ou préventifs* ». ⁴

Le rapport se concentre sur les incidents de violence contre les soins de santé dans le contexte de conflits armés, de conflits armés non étatiques ou de violence unilatérale, tels que définis par l'UCDP, tandis que l'OMS se concentre sur les attaques survenant lors de situations d'urgence.

Conformément à la définition de l'OMS, les incidents de violence contre les soins de santé peuvent inclure les bombardements, les explosions, les pillages, les vols, les détournements, les fusillades, les tirs, la fermeture forcée d'établissements de santé, les fouilles violentes d'établissements de santé, les incendies, les incendies criminels, l'utilisation militaire d'établissements de santé, la prise de contrôle militaire d'établissements de santé, les attaques chimiques, les cyberattaques, l'enlèvement de professionnels de santé, le refus ou le retard dans la prestation de services de santé, les agressions, le fait de contraindre le personnel à agir à l'encontre de ses principes éthiques, les exécutions, la torture, les manifestations violentes, le harcèlement administratif, l'entrave, la violence sexuelle, la violence psychologique et les menaces de violence.

Toutes ces catégories ont été incluses dans la mesure où elles ont été signalées dans les sources. Cependant, certaines formes de violence, telles que la violence psychologique, les blocages de l'accès aux soins de santé ou les menaces de violence, sont rarement signalées. Nous enregistrons également les incidents de violence à l'encontre des patients dans les établissements de santé lorsque les descriptions des incidents font référence aux effets de la violence sur les patients.

DÉFINITION DU CONFLIT

Le rapport SHCC couvre trois types de conflits tels que définis par l'UCDP pour les pays ayant signalé au moins un incident de violence contre les soins de santé perpétré par un acteur du conflit :⁵

- **Un conflit armé impliquant un État** est défini comme « *une incompatibilité contestée concernant le gouvernement et/ou le territoire, dans laquelle le recours à la force armée entre deux parties, dont au moins l'une est le gouvernement d'un État, entraîne au moins 25 décès liés aux combats au cours d'une année civile* ».
- **Un conflit armé non étatique** est défini comme « *le recours à la force armée entre deux groupes armés organisés, dont aucun n'est le gouvernement d'un État, qui entraîne au moins 25 morts liées aux combats au cours d'une année* ». ⁶
- **La violence unilatérale** est définie comme « *l'usage délibéré de la force armée par le gouvernement d'un État ou par un groupe formellement organisé contre des civils, entraînant au moins 25 morts au cours d'une année* ».

Le présent rapport se limite à la violence perpétrée par les acteurs du conflit. La violence interpersonnelle et la violence des patients à l'encontre des prestataires de soins de santé ne sont pas incluses dans ce rapport, même lorsqu'elles se sont produites dans des pays touchés par un conflit.

Les incidents ne sont inclus que lorsque (a) l'auteur était membre d'une partie au conflit, et (b) les preuves disponibles suggèrent que l'incident s'est produit soit dans le contexte d'un conflit territorial, soit en tant qu'acte de violence unilatéral commis par les forces de sécurité figurant sur la liste de l'UCDP des pays ayant enregistré plus de 25 décès dus à des violences unilatérales attribuées aux forces de sécurité ou à des acteurs armés non étatiques.

CONCEPTUALISATION DE L'IMPACT DES ATTAQUES SUR LES SOINS DE SANTÉ

Les données du SHCC sont compilées dans le but de soutenir les politiques et les pratiques visant à améliorer la protection des professionnels de santé, du système de santé et de l'accès aux soins. L'objectif est d'éclairer les efforts politiques visant à encourager la responsabilisation des auteurs de violences, d'identifier les possibilités de prévention de la violence des acteurs de l'e armé à l'encontre des prestataires de soins de santé, et de soutenir les mesures visant à atténuer les effets de la violence sur les systèmes de santé et l'accès aux soins. Afin de concilier les ambitions analytiques avec les contraintes pratiques liées à la disponibilité des données et aux besoins en matière d'informations exploitables, les données sont utilisées pour explorer le contexte de la violence contre les soins de santé, la vulnérabilité du système de santé, les moyens et les intentions des parties au conflit, ainsi que l'impact de la violence sur les services de santé et les résultats sanitaires dans le temps et l'espace, dans le cadre des normes juridiques internationales (voir ci-dessous).⁷

Concepts clés

La vulnérabilité fait référence aux facteurs qui s'entrecroisent et expliquent comment les services de santé sont exposés à des risques pendant un conflit. Ces facteurs comprennent les caractéristiques des systèmes de santé, des établissements et des opérations qui augmentent les risques, ainsi que les éléments pouvant être renforcés pour réduire cette vulnérabilité.

Le contexte, les moyens et l'intention décrivent comment les tactiques, les stratégies et les systèmes d'armes (moyens) utilisés par les parties au conflit contribuent à nuire aux soins de santé dans divers contextes. Les motifs possibles (intention) derrière les attaques ou les ingérences dans les soins de santé, qui sont au cœur des évaluations juridiques et de la responsabilité, sont également pris en compte.

L'impact fait référence aux processus par lesquels la violence affaiblit progressivement les systèmes de santé et restreint l'accès aux soins. Ces processus diminuent la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des services et se déroulent souvent de manière complexe et cumulative plutôt que sous la forme d'incidents immédiats ou isolés. Au fil du temps, ils contribuent à une détérioration des résultats sanitaires, à une augmentation de la mortalité et à des conséquences locales et mondiales de grande ampleur.

Normes : La protection des soins de santé relève des obligations prescrites par le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme. Il incombe aux États de veiller au respect de ces obligations.

Ce cadre définit les critères d'inclusion des incidents dans la base de données. L'impact des incidents de violence à l'encontre des patients est considérable et affecte les professionnels de santé, le fonctionnement du système de santé concerné, l'accès physique des patients aux soins de santé, ainsi que les perceptions des personnes qui influencent leurs choix en matière de recours aux soins.

Les attaques contre les soins de santé affectent les professionnels de santé tant sur le plan psychologique que physique, ce qui conduit souvent le personnel qualifié à quitter la profession ou la zone où les attaques ont lieu. Par conséquent, tous les actes de violence contre les professionnels de santé perpétrés par les parties au conflit sont inclus dans ce rapport, qu'il s'agisse d'incidents survenus dans un établissement de santé ou de ceux qui ont touché des professionnels sur le chemin du travail, à leur domicile ou lors de leurs courses, etc., car tous ces incidents affectent le bien-être et le sentiment de sécurité des professionnels de

santé, et par conséquent leur capacité à prodiguer des soins ou leur volonté de continuer à travailler dans des environnements hautement instables.

Les dommages causés aux infrastructures de soins de santé ou leur destruction affectent la qualité des soins qui peuvent être dispensés. Les dommages peuvent être directs, lorsqu'un établissement de santé est endommagé lors d'une attaque, ou indirects, résultant de dommages causés à d'autres infrastructures telles que les réseaux d'électricité ou d'approvisionnement en eau, ou du pillage de médicaments. L'impact des événements violents individuels s'étend dans le temps et l'espace, et c'est souvent l'impact cumulé de multiples incidents et leurs effets divers qui créent les conséquences les plus préoccupantes, réduisant l'étendue et la qualité des soins prodigués.

L'insécurité et la crainte que les systèmes de santé ne soient la cible d'attaques influencent également la manière et le moment où les personnes décident de solliciter une aide médicale. Les retards dans l'accès aux soins peuvent compliquer le traitement et contribuer ainsi à aggraver l'état de santé. Diverses études se concentrent sur différents aspects de l'impact des attaques sur les soins de santé et couvrent différentes périodes, et les informations sur les conséquences complexes des incidents individuels restent limitées dans de nombreux cas.

Aucune méthode de collecte de données ne peut à elle seule couvrir pleinement des répercussions d'une telle ampleur. Le système de surveillance des incidents Insecurity Insight, qui collecte des données pour le SHCC, fournit la base permettant de déterminer si des incidents doivent être pris en compte, et les approches mixtes constituent la meilleure option pour comprendre les chaînes d'impact complexes.

ÉTHIQUE DE LA GESTION DES DONNÉES

Le SHCC applique des principes stricts pour garantir une gestion des données responsable, sûre, éthique et efficace. Ces principes s'appuient sur les Directives opérationnelles de l'IASC relatives à la responsabilité en matière de données dans l'action humanitaire et sur les travaux du Groupe de travail sur la responsabilité en matière de données, et s'articulent autour des principes de sécurité, de confidentialité et d'utilisation des données, en tenant compte du fait que le travail du SHCC comporte une responsabilité envers les professionnels de santé, les systèmes de santé et les prestataires de soins de santé humanitaires.

Les principaux objectifs sont les suivants :

- les données sont utilisées pour prendre des décisions plus éclairées visant à protéger le personnel de santé et le système de santé ;
- la confidentialité et la sécurité des informations relatives aux personnes à risque sont protégées ;
- les données sont partagées et diffusées afin d'améliorer la compréhension des parties prenantes quant à l'impact des conflits sur la prestation des soins de santé ;
- la transparence concernant les sources de données contribue à l'amélioration collective des données et des informations ; et
- les processus de collecte de données sont ouverts et transparents, permettant l'accès du public aux données et la responsabilisation quant à leur utilisation.

Le SHCC applique l'éthique des données pour identifier des solutions aux dilemmes liés aux données lorsque des principes contradictoires l'obligent à prendre des décisions prioritaires guidées par le principe de ne pas nuire. Sur la base de ces considérations, nous rapportons les informations disponibles sur le ou les auteurs de violences. Les informations sur le ou les auteurs sont non seulement importantes d'un point de vue méthodologique pour déterminer si un incident est lié à un conflit, mais, surtout, elles fournissent des informations clés nécessaires pour élaborer des stratégies de prévention et des mesures d'atténuation visant à réduire la fréquence et l'impact des attaques, ainsi que pour soutenir les processus de responsabilisation. Parce que nous estimons que l'objectif principal de tout travail sur les données doit être de pouvoir les utiliser pour traiter et atténuer les préjudices, le SHCC considère que les informations relatives aux auteurs et aux lieux des incidents dans les pays revêtent une importance primordiale. Le SHCC reconnaît également le caractère préjudiciable des processus de collecte et d'analyse des données qui transforment les informations fournies par les communautés en données confidentielles et exclusives. Nous mettons nos ensembles de données à la disposition de tous en tant que bien public afin de permettre à toutes les communautés d'y accéder. Des principes stricts de sécurité des données sont appliqués aux informations permettant d'identifier des personnes et à toute information d's liée à des personnes ou des organisations exposées à des répercussions potentielles de la part des parties au conflit.

INCLUSION DES INCIDENTS

Afin de décrire les attaques contre les soins de santé, le rapport ne prend en compte que les incidents répondant aux critères d'inclusion pour les types de conflits définis par l'UCDP et les auteurs de ces attaques liés au conflit. Sur la base de ce principe, nous avons inclus les types d'incidents et les détails suivants dans l'ensemble de données du rapport :

- les incidents affectant les établissements de santé, en précisant s'ils ont été détruits, endommagés, pillés ou occupés par des individus ou des groupes armés ; les
- les incidents touchant les professionnels de santé, indiquant s'ils ont été tués, enlevés, blessés, agressés, arrêtés, menacés ou victimes de violences sexuelles (lorsque ces informations étaient disponibles, nous avons enregistré le nombre de patients touchés, bien que nous reconnaissons que ces chiffres sont probablement largement sous-estimés) ;
- les incidents affectant les transports/véhicules de soins de santé, en précisant si des ambulances ou d'autres véhicules de soins de santé officiels ont été détruits, endommagés, détournés/volés, ou arrêtés/retardés ; et
- les incidents touchant les fournitures médicales, en précisant si celles-ci ont été dérobées/pillées, endommagées ou bloquées/retardées.

Ces catégories ne s'excluent pas mutuellement. Par exemple, les professionnels de santé peuvent être attaqués alors qu'ils se trouvent dans un établissement de santé, lorsqu'ils utilisent un moyen de transport sanitaire officiel ou ailleurs.



DÉFINITIONS CLÉS

Le terme « professionnel de santé » désigne toute personne travaillant à titre professionnel ou bénévole dans la prestation de services de santé ou apportant un soutien direct aux patients, y compris les administrateurs, le personnel ambulancier, les agents de santé communautaires, les dentistes, les médecins, les responsables de la santé publique, le personnel hospitalier, le personnel d'enseignement médical, les infirmiers, les sages-femmes, les ambulanciers paramédicaux, les kinésithérapeutes, les chirurgiens, les agents de vaccination, les bénévoles ou tout autre personnel lié à la santé non mentionné ici.

Un « professionnel de santé affecté » désigne un incident au cours duquel au moins un professionnel de santé a été tué, blessé, enlevé ou arrêté, ou a subi des violences sexuelles, des menaces ou du harcèlement.

Un établissement de santé désigne tout établissement fournissant un soutien direct lié à la santé aux patients, y compris les cliniques, les hôpitaux, les laboratoires, les hôpitaux de fortune, les établissements d'enseignement médical, les cliniques mobiles, les pharmacies, les entrepôts ou tout autre établissement de santé non mentionné ici.

Par « **établissement de santé touché** », on entend les incidents au cours desquels au moins un établissement de santé a été endommagé, détruit ou a fait l'objet d'une intrusion armée, d'une occupation militaire, de pillages ou de bombardements à proximité.

Le transport/véhicule de santé désigne tout véhicule utilisé pour transporter une personne blessée ou malade, ou une femme en travail, vers un établissement de santé afin qu'elle reçoive des soins médicaux.

Le terme « transport/véhicule de santé affecté » désigne les incidents au cours desquels au moins une ambulance ou tout autre moyen de transport/véhicule de santé a été endommagé, détruit, détourné ou retardé, qu'il y ait ou non à son bord une personne nécessitant une assistance médicale.

On entend par « **fournitures sanitaires** » les médicaments, vaccins et autres produits liés à la santé qui sont sûrs, efficaces, de bonne qualité et abordables, y compris le matériel médical, les dispositifs de diagnostic, les équipements de protection individuelle, les technologies d'assistance et d'autres produits de santé essentiels. La capacité des populations à accéder aux services de santé essentiels qui fournissent ces produits liés aux traitements est également un facteur à prendre en compte.

SOURCES DES INCIDENTS SIGNALÉS CONCERNANT DES ATTAQUES CONTRE LES SOINS DE SANTÉ

L'objectif de ce rapport est de rassembler les informations connues sur les attaques individuelles contre les soins de santé recueillies auprès de multiples sources. L'accès aux sources varie d'un pays à l'autre, et chaque source présente ses propres forces et faiblesses. On observe certaines différences dans les définitions de ce qui constitue une attaque contre les soins de santé utilisées par les différentes sources qui ont servi à compiler l'ensemble de données SHCC. Chaque source introduit des biais de signalement et de sélection qui lui sont propres, lesquels sont abordés ci-dessous.

Pour identifier les incidents répondant aux critères d'inclusion, Insecurity Insight a utilisé, lors de la collecte de données pour le SHCC, un éventail de sources distinctes fournissant à la fois des incidents rapportés par les médias et des incidents signalés par des partenaires et des organisations du réseau :

1. les informations incluses dans les bulletins d'information « Attacks on Health Care » d'Insecurity Insight, composés d'une combinaison de sources médiatiques identifiées grâce à une technologie d'IA sur mesure et d'autres informations partagées publiquement par des réseaux partenaires, tels que l'Aid Worker Security Database (AWSD) pour les données mondiales provenant d'agences d'aide internationales coordonnant des programmes de santé ; Airwars, l'Observatoire syrien des droits de l'homme (SOHR) et le Réseau syrien des droits de l'homme (SNHR) pour les données sur la Syrie ; le Civilian Impact Monitoring Project (CIMP) pour les données sur le Yémen ; et des bases de données telles que celle du projet Armed Conflict Location & Event Data (ACLED) ;
2. les recherches menées par une petite équipe de membres d'Insecurity Insight afin d'identifier des incidents supplémentaires signalés par les agences des Nations unies, les médias et d'autres sources ;
3. les incidents affectant les soins de santé communiqués par le Centre de données sur les conflits et l'aide humanitaire (CHDC) de l'INSO pour 15 pays : l'Afghanistan, le Burkina Faso, le Cameroun, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, Haïti, le Mali, le Mozambique, le Niger, le Nigeria, la Somalie, le Soudan du Sud, le Soudan, la Syrie et l'Ukraine ;
4. les incidents affectant les soins de santé en Éthiopie partagés par l'Amhara Association of America ;
5. les incidents affectant les soins de santé au Yémen, partagés par Mwatana for Human Rights, Yémen ; et
6. des informations provenant de registres des victimes dans le territoire palestinien occupé (TPO) qui reposaient généralement sur des noms et des numéros d'identité israéliens, mais ne fournissaient aucune information sur la date et le lieu d'un incident particulier, ce qui a nécessité un recoupement complexe. Ce travail est en cours.

PRINCIPES DE CODAGE DES INCIDENTS

La théorie et les principes généraux du codage basé sur les événements ont été suivis. Premièrement, on a veillé à ne pas saisir le même incident plus d'une fois. Deuxièmement, les informations contenues dans les descriptions textuelles des événements ont été transformées en données en codant les « six W » : qui a fait quoi à qui, où, quand et avec quelle arme. Les principes de codage standard sont énoncés dans le *SHCC Overview Data Codebook*. Veuillez consulter www.insecurityinsight.org/projects/healthcare/shcc pour obtenir tous les détails sur le codage SHCC et les annexes.



IDENTIFICATION DES DÉCÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : APPROCHES D'ENREGISTREMENT DES INCIDENTS ET DES VICTIMES

Insecurity Insight utilise une approche basée sur les incidents pour identifier puis classer les informations destinées au SHCC. En utilisant le lieu et l'heure uniques d'un incident comme informations clés, toutes les informations signalées se voient attribuer un numéro d'identification (ID) unique. Le nombre de professionnels de santé tués lors d'un incident particulier est enregistré dans les détails de l'incident. Les professionnels de santé tués lors d'un même événement sont toujours enregistrés sous le même numéro d'identification d'incident. Dans l'enregistrement basé sur les incidents, les individus sont enregistrés en tant que nombre de personnes tuées sans que leurs noms ou âges soient nécessairement consignés.

De nombreuses organisations de défense des droits de l'homme ou d'enregistrement des victimes adoptent une approche centrée sur les individus pour l'enregistrement des victimes mortelles. Dans cette approche, chaque personne tuée est enregistrée sous un numéro d'identification unique qui comprend généralement le nom et l'âge de la victime, ainsi que les circonstances de son décès (date et lieu). La plupart n'enregistrent pas systématiquement les informations relatives à la profession de la victime.

Ces deux méthodes de recensement aboutissent à des chiffres différents concernant le nombre de morts liées au conflit, ce qui peut alimenter des débats stériles sur le « nombre réel » de victimes. Par exemple, Healthcare Workers Watch - Palestine a basé son décompte sur les noms des Palestiniens tués, en utilisant leur numéro d'identité personnel délivré par Israël pour identifier chaque individu. Cependant, ces listes ne mentionnent ni le lieu ni la date de ces décès. Selon cette source, 1 571 professionnels de santé auraient été tués depuis octobre 2023, tandis que l'ONU a fait état de plus de 1 000 décès parmi les professionnels de santé.

Insecurity Insight a recensé 757 professionnels de santé tués à Gaza et 21 en Cisjordanie en 2025 en analysant tous les rapports d'incidents mortels où l'on savait que des professionnels de santé figuraient parmi les victimes. Cependant, cette approche fondée sur les incidents sous-estime le nombre de professionnels de santé tués, car elle n'inclut pas les professionnels de santé tués lors d'incidents où la profession de la victime n'a pas été immédiatement identifiée. Le recoupement avec d'autres sources se poursuit et les chiffres sont susceptibles d'évoluer. Par exemple, au moment de la publication du rapport 2023 du SHCC en mai 2024, Insecurity Insight avait recensé 146 meurtres de professionnels de santé pour l'année 2023, mais un an plus tard, 414 meurtres de professionnels de santé sont enregistrés pour la même période de 2023, à la suite d'un recoupement continu avec les sources. De même, en mai 2025, Insecurity Insight avait recensé 617 professionnels de santé tués à Gaza et 11 en Cisjordanie en 2024, mais en mai 2026, le nombre de décès de professionnels de santé enregistrés pour 2024 était passé à 757 à Gaza et 21 en Cisjordanie.

En comparaison, au Soudan, au moment de la publication du rapport 2023 du SHCC en mai 2024, Insecurity Insight avait recensé 56 meurtres de professionnels de santé pour 2023, mais un an plus tard, 55 meurtres de professionnels de santé étaient enregistrés pour la même période de 2023 à la suite d'une vérification croisée continue avec les sources.

Les efforts visant à combiner et à harmoniser ces deux approches distinctes sont extrêmement longs et complexes. Les deux approches omettent des informations essentielles, telles que les noms, les numéros d'identité officiels, la profession ou la date et le lieu des incidents, qui aideraient à faire

correspondre les informations. Une standardisation accrue des méthodes d'enregistrement des victimes, qu'elles soient basées sur les incidents ou sur les individus, contribuerait à améliorer la fiabilité des données et des informations. Insecurity Insight collabore avec [Airwars](#) pour recouper tous les noms enregistrés à l'aide d'un outil spécialement conçu à cet effet, permettant de faire correspondre des noms partiels et complets à travers plusieurs ensembles de données. Ces informations peuvent ensuite être utilisées pour localiser des individus dans différents registres où des informations telles que la profession n'auraient autrement pas pu être identifiées.

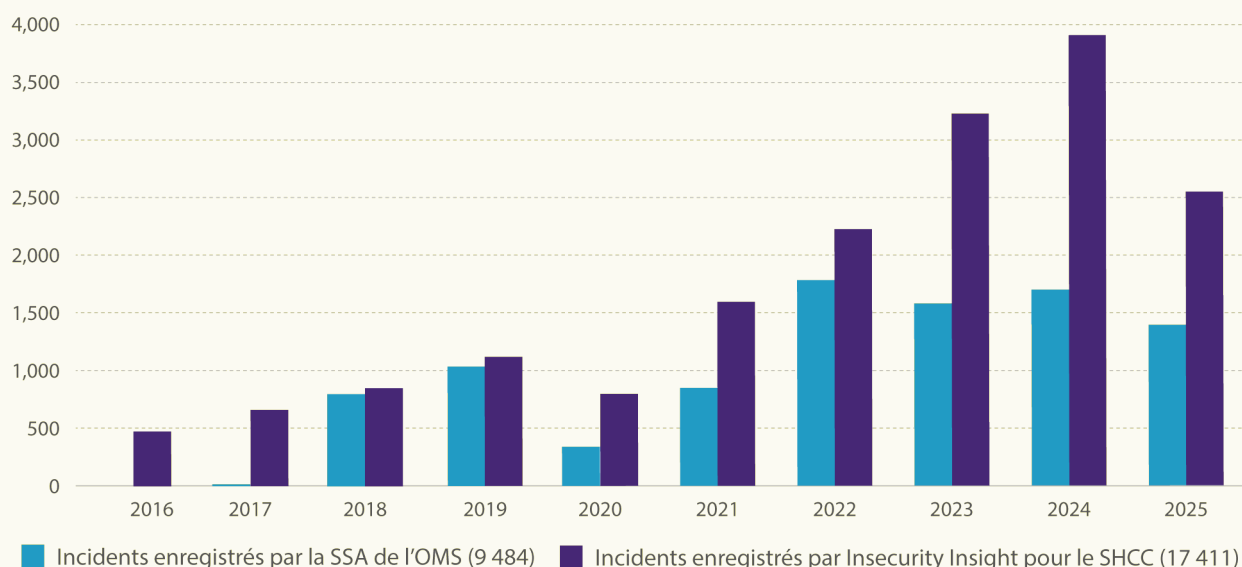
INCLUSION ET CODAGE DES INCIDENTS SIGNALÉS PAR LE SSA DE L'OMS

Insecurity Insight a continuellement recoupé les informations avec les données contenues dans la base de données du Système de surveillance des attaques contre les soins de santé (SSA) de l'OMS. Au 19 avril 2026, le SSA de l'OMS avait signalé un total de 1 385 attaques contre les soins de santé dans 19 pays pour l'année 2025. Pour la même période, le suivi du SHCC réalisé par Insecurity Insight a recensé 2 546 incidents dans 33 pays pour l'année 2025. De plus, les données d'Insecurity Insight ont enregistré une augmentation globale des incidents signalés de 15 % pour 2024 par rapport à 2023, et de 62 % par rapport à 2022. Les données de l'OMS pour l'Afrique subsaharienne ont enregistré une augmentation des événements signalés de 6 % en 2024 par rapport à 2023, mais cela représentait tout de même une baisse de 7 % par rapport au nombre d'incidents signalés en 2022.

Alors que le nombre d'incidents signalés n'était pas très différent pour 2018 et 2019, les incidents signalés par Insecurity Insight ont continué d'augmenter au cours des dernières années par rapport aux rapports de l'OMS SSA. En 2020, Insecurity Insight a signalé 460 incidents de plus que l'OMS SSA, tandis qu'en 2024, il en a signalé 1 981 de plus que l'OMS SSA.

Incidents signalés par le SHCC et le SSA de l'OMS, 2016-2025

Alors que les chiffres des incidents étaient similaires en 2018-2019, les attaques contre les soins de santé signalées par Insecurity Insight/SHCC ont augmenté depuis 2020, dépassant les rapports de l'OMS SSA de plus de 2 000 incidents en 2024.



Source : Insecurity Insight pour le SHCC

La recouplement des incidents individuels avec les informations recueillies par Insecurity Insight pour le SHCC reste difficile, car l'OMS SSA ne fournit aucune information sur la localisation, à l'exception du pays où l'incident s'est produit. Pourtant, ce recouplement est important pour estimer les chiffres globaux. Une évaluation détaillée des différences entre les données de 2017 a révélé un nombre similaire d'incidents signalés, mais une comparaison événement par événement n'a mis en évidence qu'un chevauchement de 12,9 % des incidents signalés, suggérant ainsi une sous-déclaration considérable dans les deux ensembles de données.¹⁰ Depuis lors, Insecurity Insight a investi dans l'amélioration des fonctions de recherche en ligne grâce à l'aide bénévole de grandes entreprises technologiques.¹¹ Cela a probablement contribué à une meilleure couverture des incidents signalés à partir de sources ouvertes. Il est également probable que le SSA de l'OMS ait un meilleur accès aux informations sur les incidents signalés de manière confidentielle par le biais du système d'aide, y compris les informations sur des cas sensibles tels que les enlèvements ou les arrestations.

INCIDENTS SIGNALÉS PAR LE SHCC ET LE SSA DE L'OMS EN 2025

En 2025, le suivi réalisé par Insecurity Insight pour le SHCC a fait état d'un nombre d'incidents supérieur à celui de l'étude SSA de l'OMS dans presque tous les pays couverts par cette dernière, les écarts les plus importants étant observés en RDC, dans les territoires palestiniens occupés, au Myanmar, au Soudan et au Yémen.

	Nombre d'incidents signalés par Insecurity Insight pour le SHCC en 2025	Nombre d'incidents signalés par le SSA de l'OMS en 2025
Burkina Faso	13	9
Cameroun	30	20
RCA	23	
Colombie	28	
RDC	325	40
Éthiopie	69	
Haïti	23	11
Iran	27	6
Liban	15	3
Mali	22	21
Mexique	27	
Myanmar	259	70
Nigeria	43	
Territoires palestiniens occupés	625	461
Pakistan	32	
Somalie	18	
Soudan du Sud	31	9
Soudan	134	65
République arabe syrienne	74	32
Ukraine	613	582
Yémen	48	2
Autres pays	71	54
Total	2 546	1 385

SOURCES D'INFORMATION SUR L'IMPACT DES ATTAQUES SUR LES SOINS DE SANTÉ

Des études utilisant des méthodes mixtes provenant de diverses sources ont été incluses dans l'analyse de l'impact des attentats sur les soins de santé. Il s'agit notamment :

- des études universitaires ; et
- des études appliquées axées sur les populations touchées ou sur la perception des risques de sécurité chez les professionnels de santé.

APPROCHES ANALYTIQUES

Ce rapport décrit les schémas de violence à l'encontre des soins de santé dans certains pays, sur la base des informations disponibles concernant les incidents enregistrés. La plupart des détails relatifs à la violence à l'encontre des soins de santé sont fournis par des personnes ayant subi ou observé ces actes de violence et les ayant signalés à d'autres, qui ont ensuite partagé ces informations sous la forme d'un rapport d'incident. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que les auteurs fournissent des informations sur les incidents. Par conséquent, tous les schémas décrits sont fondés sur les faits observés, tels que les uniformes portés par les auteurs, s'ils agissaient seuls ou en groupe, et les types d'armes dont ils disposaient. En outre, certains détails concernant le lieu et la nature de l'attaque suggèrent des motifs possibles. Par exemple, si des membres d'un groupe armé pénètrent de force dans un établissement de santé et ne pillent que des médicaments, il est possible qu'ils aient mené cette attaque parce qu'ils avaient besoin de fournitures médicales pour les combattants du groupe. Si des médecins sont enlevés et qu'une rançon est exigée, il est possible que les professionnels de santé aient été attaqués en raison de leur richesse supposée.

Dans de nombreux autres cas, le lieu de l'attaque peut fournir peu d'indices fiables sur les motifs. Par exemple, le fait qu'un professionnel de santé ait été attaqué juste à l'extérieur d'un établissement de santé n'indique pas que l'attaque visait spécifiquement ce professionnel en raison de sa profession. L'attaque n'était peut-être qu'une attaque aléatoire visant des personnes dans la rue qui s'est trouvée diriger vers un professionnel de santé et s'est produite par hasard à l'extérieur d'un établissement de santé, mais qui aurait pu viser n'importe qui et se produire n'importe où ailleurs. Il n'en reste pas moins possible que l'attaque ait effectivement visé un professionnel de santé en raison de sa profession, et que le lieu ait été choisi pour des raisons stratégiques, par exemple parce qu'une maison privée ou un véhicule en mouvement constitue une cible « plus vulnérable » qu'un établissement de santé mieux sécurisé où un médecin ou une infirmière peut travailler dans des services situés à une certaine distance de l'entrée. De plus, certains éléments suggèrent que la localisation par téléphone pourrait permettre de planifier des attaques ciblées à des moments et des endroits où le personnel de santé est le plus vulnérable. Cependant, malgré cette incertitude quant au mobile dans des cas comme ceux-ci, le lieu d'une attaque reste un élément très important des informations utilisées pour élaborer des stratégies visant à améliorer la sécurité des professionnels de santé.

LIMITES DES DONNÉES

Ce rapport s'appuie sur un ensemble de données relatives aux incidents de violence à l'encontre du personnel de santé, compilées de manière systématique à partir de diverses sources fiables et soigneusement codées. Les chiffres présentés dans ce rapport peuvent être cités comme représentant le nombre total d'agressions contre le personnel de santé en 2025 signalées par le SHCC et identifiées par Insecurity Insight. Ces chiffres

constituent une estimation minimale des dommages causés au secteur de la santé par les actes de violence et les menaces de violence survenus au cours de l'année considérée. Cependant, la gravité du problème est probablement bien plus importante, car de nombreux incidents ne sont sans doute pas signalés et ne sont donc pas pris en compte ici. De plus, les différences de définitions et les biais présents dans les sources individuelles suggèrent que les contextes identifiés ne sont pas non plus représentatifs des contextes réels et que l'ensemble de données du SHCC souffre de biais de déclaration et de sélection.

BIAIS DE DÉCLARATION ET DE SÉLECTION

Le « biais de déclaration » est le terme technique désignant la déclaration sélective potentielle de la part de ceux qui rassemblent les informations obtenues auprès de diverses sources dans un ensemble de données unique. Bien que le processus de recherche d'Insecurity Insight/SHCC s'efforce d'éviter tout biais de sélection manifeste et concentre le processus de sélection exclusivement sur des incidents répondant à des critères d'inclusion soigneusement sélectionnés, l'ensemble de données SHCC contient un biais de sélection car, en rassemblant les informations disponibles provenant de différentes sources sur la violence et les menaces de violence à l'encontre des soins de santé, le SHCC introduit inévitablement tous les biais de sélection inhérents aux sources originales qu'il combine en un seul ensemble de données. Ceux qui signalent des incidents individuels peuvent sélectionner ou ignorer des incidents spécifiques pour diverses raisons, notamment des choix éditoriaux lorsque la source est un média ; un manque de connaissances, parce que les communautés touchées n'avaient aucun lien avec l'organisme compilant les informations au départ ; et en raison d'une censure délibérée, de perturbations de l'accès à Internet dans le pays en question, ou de simples erreurs d'omission. Ces biais signifient que la collecte d'incidents par le SHCC n'est ni complète ni représentative. Cela a des implications importantes pour les conclusions qui peuvent être tirées des données.

1. Les chiffres des incidents signalés par pays ne doivent pas être comparés à ceux d'autres pays sans tenir compte des facteurs qui affectent les flux d'informations et des biais de sélection possibles.

Par exemple, en Ukraine, des chercheurs hautement qualifiés sont en mesure de documenter de nombreux incidents sans craindre de représailles de la part des autorités dans les régions du pays restées sous le contrôle du gouvernement ukrainien. Dans les territoires palestiniens occupés, des reporters courageux ont continué à documenter la violence et la destruction qui se déroulaient autour d'eux, tandis que les réseaux de la diaspora du Myanmar, du Soudan et du Cameroun constituent d'importantes sources d'informations partagées avec le monde extérieur. Cela s'est traduit par un nombre plus élevé d'incidents signalés au SHCC concernant des événements auxquels ces chercheurs et reporters ont accès.

Dans un certain nombre de pays, et de plus en plus dans les pays du Sahel, mais aussi au Myanmar et au Soudan, les professionnels de la santé et les journalistes professionnels pourraient mettre en danger leur propre sécurité et celle d'autrui en rendant compte publiquement d'incidents, ce qui risque d'entraîner une augmentation du nombre d'incidents non signalés malgré l'efficacité des réseaux d'information de la diaspora. Les restrictions répétées d'accès à Internet qui ont eu lieu au Myanmar, à Gaza et en Iran, entre autres, risquent également d'empêcher la transmission de certaines informations. Dans l'ensemble, la faible pénétration d'Internet et la crainte de représailles risquent d'affecter la couverture médiatique du Sahel et des pays voisins. L'insécurité croissante et les fermetures généralisées de programmes de santé liées au financement et à la sécurité ont

probablement aussi réduit l'accès à l'information, car une réduction des effectifs signifie souvent que les activités de reportage ne peuvent plus être maintenues. Certaines parties du nord du Nigeria sont restées difficiles d'accès, tandis que l'expulsion des agences humanitaires de Gaza et du Niger a rendu ces pays difficilement accessibles aux acteurs extérieurs, ce qui a probablement eu un impact sur les flux d'informations en provenance de ces zones. Le retrait de l'autorisation d'enregistrement accordée à des organisations clés au Soudan du Sud a également probablement affecté le nombre total d'incidents signalés et donc mis à la disposition du SHCC en 2025.

2. L'exactitude des informations et les définitions de ce qui constitue une attaque contre les soins de santé peuvent varier.

Certaines organisations n'enregistrent que certains types d'incidents, par exemple ceux impliquant des établissements de santé ou ceux affectant des organisations humanitaires internationales, tandis que les descriptions d'incidents disponibles peuvent également contenir des erreurs. De plus, toutes les organisations qui compilent des informations sur les incidents pertinents n'incluent pas nécessairement tous les détails nécessaires pour coder systématiquement tous les aspects de ces incidents. En particulier, les informations relatives au(x) responsable(s) et au contexte d'un incident particulier sont souvent manquantes ou peuvent être biaisées dans la source originale. De plus, dans certains cas, notamment ceux impliquant des vols et des enlèvements, il est souvent difficile de déterminer, à partir des informations disponibles, si l'acte a été commis par une partie au conflit ou par des criminels. Nous avons fondé nos décisions d'inclure ce type d'informations sur des appréciations concernant les motivations les plus probables d'une attaque, sans prétendre à une exactitude absolue.

Pour certains pays, il est difficile de combiner les informations disponibles lorsque les différents efforts de collecte de données ne partagent pas leurs données de manière à permettre une vérification croisée des informations. De plus, tous les contributeurs n'ont pas donné accès à leurs sources originales, et de nombreux détails ont été perdus au cours du processus, ce qui a affecté notre capacité à garantir une classification plus précise et cohérente.

3. Les catégories indiquées pour les contextes dans lesquels les incidents ont eu lieu ne doivent pas être interprétées comme décrivant l'ensemble des incidents ou leur fréquence.

Par exemple, les meurtres et les enlèvements de médecins ou les attentats à la bombe contre des hôpitaux sont plus susceptibles d'être recensés par les systèmes de signalement que le blocage des approvisionnements et des équipements. Ces incidents sont donc probablement plus fréquents que ne l'indiquent les rapports.

De plus, ce rapport se concentre exclusivement sur les menaces et les actes de violence commis par les parties au conflit et ne couvre pas la violence exercée par les patients, par leurs familles ou liée au milieu de travail. Cela signifie que la violence observée couvre la violence liée au conflit et reflète les schémas de violence commis par les acteurs du conflit. Cela signifie qu'elle peut ne pas refléter l'ensemble des violences subies par les professionnels de santé, pour qui les menaces proférées et les violences infligées par les patients, les familles et éventuellement les supérieurs hiérarchiques peuvent être une expérience plus courante que les attaques perpétrées par un soldat, un policier ou un membre d'un groupe armé non étatique.



BIAIS DE SIGNALEMENT ET DE SÉLECTION CONNUS DANS LES SOURCES D'INSECURITY INSIGHT/SHCC

L'ensemble de données sur lequel s'appuie le présent rapport souffre des limites inhérentes aux sources de données des contributeurs utilisées pour le compiler. Certaines sources de données s'appuient sur des reportages médiatiques, tandis que d'autres collectent et compilent des rapports via un réseau de partenaires, l'observation directe ou la triangulation des sources. De nombreux fournisseurs d'informations combinent ces méthodes. Sept biais de signalement potentiels affectent le flux d'informations :

1. Dans certains pays, les médias rapportent fréquemment un large éventail d'attaques contre les services de santé, tandis que dans d'autres, les médias officiels ne rapportent pratiquement aucun incident de ce type.
2. Dans certains pays, les journalistes citoyens qui mènent leurs propres enquêtes et travaux de documentation constituent des sources d'information essentielles. Un environnement restrictif pour les journalistes et les coupures d'Internet imposées par le gouvernement peuvent perturber ces flux d'information à certaines périodes.
3. Dans certains pays, on trouve des réseaux très actifs d'organisations partenaires du SHCC qui fournissent des informations, tandis que dans d'autres, de tels réseaux n'existent pas. La mise en place de réseaux prend du temps, et ces réseaux sont généralement mieux développés dans les pays en proie à des conflits de longue date. Les changements de personnel ou les pénuries de financement peuvent perturber les flux d'informations.
4. Dans certains pays, il existe de nombreux processus parallèles de collecte de données qui publient des chiffres différents en raison de différences de couverture géographique ou de capacité à atteindre les fournisseurs d'informations. Si les données originales ne sont pas partagées, il est impossible de vérifier s'il y a eu double comptage des mêmes événements.
5. Dans certains pays, les initiatives de collecte de données peuvent publier des données au cours d'une année donnée, ce qui entraîne une hausse soudaine du nombre d'incidents signalés. Si elles ne poursuivent pas ce travail les années suivantes, le nombre d'incidents signalés diminue alors.
6. Les incidents survenant aux premiers stades des conflits doivent être recherchés dans diverses sources jusqu'à ce que des réseaux de collecte de données soient mis en place.
7. Certaines organisations ne communiquent pas les incidents afin de préserver leur indépendance et leur neutralité. Dans les pays où ces organisations sont des prestataires de soins de santé essentiels, les flux d'informations peuvent rester très limités.

La Coalition pour la protection de la santé en situation de conflit (SHCC) est un groupe de plus de 40 organisations œuvrant à la protection des professionnels de santé et des services menacés par la guerre ou les troubles civils. Nous avons sensibilisé l'opinion publique aux attaques mondiales contre la santé et avons fait pression sur les agences des Nations Unies pour qu'elles prennent des mesures plus ambitieuses à l'échelle mondiale afin de protéger la sécurité des soins de santé. Nous surveillons les attaques, renforçons les normes universelles de respect du droit à la santé et exigeons que les auteurs de ces actes rendent des comptes. Citation suggérée : Coalition pour la protection de la santé en situation de conflit (SHCC) 2026. Les soins dans la ligne de mire : la violence contre les soins de santé en situation de conflit, Méthodologie, mai 2026.

- 1 Par souci de simplicité, ces entités seront toutes désignées sous le terme « pays » dans la suite de cet exposé.
- 2 Département de recherche 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 7 avril 2026).
- 3 <https://ucdp.uu.se/>. La liste des conflits par pays de l'UCDP pour 2025 n'étant pas accessible au public au moment de la rédaction du présent rapport, nous avons consulté le personnel de l'UCDP par e-mail afin d'obtenir des informations sur les changements concernant les pays figurant dans la liste de l'UCDP pour 2025.
- 4 OMS (Organisation mondiale de la santé) (2020) « Initiative sur les attaques contre les soins de santé : documenter le problème ». 22 juillet. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/attacks-on-healthcare-initiative-documenting-the-problem>.
- 5 Département de recherche sur la paix et les conflits, Université d'Uppsala. Définitions de l'UCDP. <https://www.pcr.uu.se/research/ucdp/definitions/>.
- 6 Selon cette définition, la violence des gangs en Haïti et au Mexique est incluse, car les gangs sont classés comme des « groupes organisés » dont les activités ont entraîné au moins 25 décès liés à des conflits.
- 7 Outre les fondements conceptuels de la base de données Security in Numbers (SiND) d'Insecurity Insight, ce cadre s'appuie sur les recherches du consortium du projet Researching the Impact of Attacks on Health Care (RIAH), sur l'œuvre de toute une vie de Leonard Rubenstein (en particulier son ouvrage *Perilous Medicine: The Struggle to Protect Health Care from Violence of War*, publié en 2023) et des travaux de Robin Coupland (voir l'article « The role of health-related data in promoting the security of health care in armed conflict and other emergencies », publié dans la *Revue internationale de la Croix-Rouge* en 2013).
- 8 Dans le cas de la bande de Gaza dans les territoires palestiniens occupés, la méthodologie inclut également les incidents de violence, les dommages et les destructions survenus à proximité immédiate des établissements de santé, car les caractéristiques géographiques de cette étroite bande de terre font que tout incident violent sur les rares artères routières disponibles peut entraver directement l'accès des ambulances et des patients individuels, et affecter de manière significative les déplacements des professionnels de santé vers et depuis leur lieu de travail.
- 9 À la demande de l'INSO, ces incidents ne sont pas inclus dans les ensembles de données accessibles au public.
- 10 <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-023-00498-w>.
- 11 <https://arxiv.org/abs/2410.06370>.

SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT

La Coalition pour la protection de la santé en situation de conflit (*Safeguarding Health in Conflict* – SHCC) rassemble plus de 40 organisations non-gouvernementales et a pour objectif de protéger les travailleuses et 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 de protection des soins de santé au niveau mondial. 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. Référence suggérée : Coalition pour la protection de la santé dans les conflits (SHCC), 2026. Les soins de santé en danger : violences contre les soins de santé dans les conflits, mai 2026. <https://shcc.pub/YearReview2025FR>
www.safeguarding-health.com

La Coalition pour la protection de la santé en situation de conflit
615 N. Wolfe Street, E7143, Baltimore, MD 21205
SHCC administrator, safeguardinghcc@gmail.com