



# LA VIOLENCE CONTRE LES ACTEURS DE SANTÉ À GAZA

Les violences commises contre le personnel de santé, les véhicules de secours et les structures médicales des ONG palestiniennes au cours des manifestations de la « Grande marche du retour » de 2018





# SOMMAIRE

## PAGE

- 3. **ACRONYMES**
- 4. **INTRODUCTION**
- 5. **CONTEXTE**
  - 5. LA VIOLENCE CONTRE LES SERVICES DE SOINS
  - 6. RESPONSABILITÉ INTERNATIONALE :  
LE DROIT EN VIGUEUR CONCERNANT GAZA
  - 7. GESTION DE LA SÉCURITÉ
  - 8. LES RAPPORTS D'INCIDENTS
  - 10. VIOLENCE IN PALESTINE
- 12. **LA VIOLENCE À L'ENCONTRE DES ONG PALESTINIENNES PENDANT  
LA « GRANDE MARCHÉ DU RETOUR »**
  - 12. MÉTHODOLOGIE
- 13. **L'ACCÈS, LA SÉCURITÉ ET LES INCIDENTS DE SÉCURITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ  
DES ONG DE SANTÉ À GAZA**
  - 13. L'ACCÈS AUX SOINS
  - 14. LA SÉCURITÉ
  - 15. LES INCIDENTS
  - 16. LES RÉPERCUSSIONS DES VIOLENCES
- 17. **CONCLUSIONS**
- 18. **RECOMMANDATIONS**

---

## ACRONYMES

---

<b>CSSP</b>	Centre de soins de santé primaires	<b>PNGO</b>	Palestinian NGO Network - Réseau des ONG palestiniennes
<b>DIH</b>	Droit international humanitaire	<b>PST</b>	Points de stabilisation des traumatismes
<b>DIDH</b>	Droit international des droits de l'homme	<b>UHCC</b>	Union of Health Care Committees - Union des comités de services de santé
<b>DPI</b>	Droit pénal international	<b>UHCW</b>	Union of Health Workers Committees - Union des comités de professionnels de santé
<b>FSI</b>	Forces de sécurité israéliennes	<b>UNRWA</b>	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East - Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient
<b>HCDH</b>	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme		
<b>MDM</b>	Médecins du Monde France		
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé		
<b>PA 1977</b>	Protocoles additionnels aux Conventions de Genève de 1949		
<b>PAS</b>	Public Aid Society		
<b>PMRS</b>	Palestinian Medical Relief Society		

# INTRODUCTION

Devant le nombre d'incidents sans précédent affectant personnel soignant, centres de santé et ambulances à Gaza depuis le 30 mars 2018, Médecins du Monde France (MDM) a lancé un projet visant à dévoiler les multiples répercussions des violences subies par le secteur sanitaire. Le Réseau des ONG palestiniennes (PNGO) et la Société palestinienne d'aide médicale (PMRS) ont contribué à ce travail en fournissant des informations précieuses pour sa réalisation.

Le 30 mars, un ensemble de factions nationales et d'organisations du territoire occupé et de la diaspora, réunies sous le nom de Commission nationale supérieure pour la Marche du retour et la levée du siège (Higher National Commission for the March of Return and Breaking the Siege<sup>1</sup>), a organisé des manifestations civiles le long de la clôture de séparation avec Israël, dans l'intention de commémorer la Journée de la Terre. Cela a déclenché une série de manifestations qui se sont poursuivies jusqu'au 15 mai, Journée de la Nakba. Le ministère de la Santé et plusieurs organisations palestiniennes de santé, conscients des conséquences possibles de manifestations se déroulant dans ce que l'armée israélienne appelle la « No Go Zone », avaient installé des tentes de stabilisation et de premiers secours dans les cinq camps établis le long de la frontière<sup>2</sup>.

Personnel de santé et bénévoles ont travaillé pendant plus de dix semaines à assurer les premiers secours, les soins de stabilisation et l'acheminement vers les hôpitaux de milliers de manifestants blessés. Mais au cours de leur travail, le personnel soignant, les unités mobiles et les structures de santé n'ont pas été épargnés par les réactions violentes aux manifestations. Jusqu'au 1er juin, plus de 328 membres du personnel de santé ont été blessés, 2 d'entre eux ont été tués et 45 ambulances, endommagées.

Ce rapport présente un aperçu des violences auxquelles a été confronté le personnel soignant entre le 30 mars et le 15 mai, selon les informations fournies par les ONG de santé palestiniennes et leur personnel. Il s'agit de mieux comprendre les incidents qui se sont déroulés le long de la frontière, de les replacer dans le cadre légal des différents accords en vigueur et de présenter leurs répercussions sur la fourniture de soins en général. Par ailleurs, il souligne l'importance d'une amélioration des protocoles relatifs à la sécurité du personnel de santé travaillant à Gaza, et rappelle les responsabilités de chacun des acteurs.

La première partie de ce rapport est une introduction générale sur la violence exercée à l'encontre des services de santé ; la seconde présente les résultats du travail de terrain réalisé conjointement avec les ONG palestiniennes à Gaza. La première partie décrit la nature des violences visant les services de santé et présente les différentes institutions juridiques qui assurent la protection des soignants, des ambulances et des structures de santé. Elle se concentre sur le rôle de la gestion de la sécurité dans la réduction de l'impact de la violence et contextualise les récents incidents contre les services de santé à Gaza. La seconde partie s'ouvre sur une description méthodologique du travail de terrain, puis développe les résultats en termes d'accès aux soins, de sécurité du personnel et d'incidents de sécurité, en s'attardant sur les conséquences de ces incidents. Ce travail s'achève sur une série de recommandations visant à susciter des actions qui permettraient d'améliorer la protection et la sécurité des services de santé présents à Gaza.

<sup>1</sup> Thrall, Nathan, Gaza Protests Mark Shift in Palestinian National Consciousness, International Crisis Group, 2 April 2018.

<https://www.crisisgroup.org/middle-east-north-africa/eastern-mediterranean/israel-palestine/gaza-protests-mark-shift-palestinian-national-consciousness>

<sup>2</sup> Les installations temporaires du ministère de la Santé étaient appelées points de stabilisation des traumatismes (TSP pour ses sigles en anglais) et permettaient de trier, soigner et laisser repartir les patients souffrant de blessures mineures et de trier, stabiliser et orienter les cas graves vers l'hôpital le plus proche. Le triage réalisé à ce niveau a permis de désengorger les services ambulatoires et les urgences qui étaient saturés par l'afflux massif de patients.

# CONTEXTE

## LA VIOLENCE CONTRE LES SERVICES DE SOINS

Si la violence est omniprésente et affecte des millions de personnes dans le monde, la violence physique exercée à l'encontre du personnel, des structures et des véhicules de santé est un risque majeur qui représente près du quart des agressions commises sur le lieu de travail<sup>3</sup>. Les conséquences sont la suspension temporaire des activités, la dispersion des soignants due à la peur, voire l'interruption durable de la fourniture de services.

**L'IMPACT DE LA VIOLENCE CONTRE LES SERVICES DE SOINS EST PLUS IMPORTANT AU COURS DES CONFLITS ARMÉS CAR C'EST À CE MOMENT-LÀ QU'ILS SONT LE PLUS NÉCESSAIRES.**

Quelle que soit la façon dont elle est exercée, cette violence a des conséquences bien plus profondes que ce que l'on en perçoit dans l'immédiat. Elle affecte le droit fondamental à la santé en réduisant ou empêchant l'accès à ce droit. L'attaque perpétrée en 2009 à Mogadiscio au cours de la cérémonie de remise des diplômes de l'université de Benadir illustre bien les conséquences à long terme d'un seul incident. Alors qu'on y célébrait la remise de diplômes de la première génération de médecins depuis 2002, un attentat suicide visant quatre membres du gouvernement de transition a tué vingt-cinq personnes. Au nombre des victimes figuraient deux médecins et neuf étudiants<sup>4</sup>. Parmi les survivants, plusieurs étudiants ont quitté le pays<sup>5</sup>. Pour un État ne comptant en moyenne que 3,5 médecins pour 100 000 habitants, la perte de plus de dix médecins a ainsi privé de soins plus de 300 000 personnes.

Si des incidents adviennent quotidiennement dans les structures de soins du monde entier, ils affectent principalement – en termes de fréquence et d'intensité – les zones de conflits armés et d'opérations de maintien de l'ordre. C'est dans ce type de situations que les services de santé sont le plus nécessaires. Pour réduire l'impact de la violence en général sur les plus vulnérables, le droit international relatif aux droits de l'homme et le droit international humanitaire définissent le besoin particulier de protéger les services de santé et celui de garantir l'accès au droit à la santé<sup>6</sup>.



Figure 1 - Ambulance endommagée dans la ville irakienne de Ramadi, 16 janvier 2016. REUTERS/Thaier Al-Sudani

<sup>3</sup> Nordin, H. Fakta om vald och hot i arbetet, Solna, Occupational Injury Information System, Swedish Board of Occupational Safety and Health. 1995

<sup>4</sup> CNN, Blast kills 19 at graduation ceremony in Somalia, December 4, 2009, <http://edition.cnn.com/2009/WORLD/africa/12/03/somalia.attacks/>

<sup>5</sup> World Bank, Physicians (per 1,000 people) Database, based on the World Health Organizations Global Health Workforce Statistics: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=SO>

<sup>6</sup> Cf. ICRC, International legal framework for the protection of healthcare during armed conflicts, <http://www.icrc.org/en/download/file/19448/health-care-in-danger-workshop-legal-provisions.pdf>

## RESPONSABILITÉ INTERNATIONALE : LE DROIT EN VIGUEUR CONCERNANT GAZA

**Les organisations internationales et les experts juridiques s'accordent à dire que les deux cadres normatifs de l'usage de la force sont le droit international humanitaire (DIH) et le droit international des droits de l'homme (DIDH<sup>7</sup>). Cette partie du rapport entend décrire les aspects essentiels de ces deux cadres normatifs, et éclairer l'existence d'autres cadres qui leur sont liés ou qu'ils ont inspirés.**

### LE DROIT INTERNATIONAL HUMANITAIRE (DIH)

Il s'applique pendant les conflits armés, présentant des dispositions spécifiques et formulant l'obligation de protéger les blessés et les malades, le personnel soignant, les structures de santé et les ambulances, de tout acte de violence. Il est particulièrement important de noter l'applicabilité de la Quatrième convention de Genève de 1949 relative à la protection de la population civile en temps de guerre et d'occupation, et notamment l'article 2 qui stipule que la Convention vaut aussi dans tous les cas d'occupation partielle ou totale du territoire d'une Haute partie contractante, même si ladite occupation ne rencontre aucune résistance armée. La communauté internationale dans son ensemble, notamment le Comité international de la Croix Rouge (CICR), l'ONU, les États Unis et l'Union Européenne, se réfère à cette Convention comme à son principal cadre légal.

La quatrième convention énonce de façon explicite que les hôpitaux, les cliniques, les ambulances et le personnel de santé doivent être protégés à tout moment lors d'un conflit afin que les blessés et les malades puissent être soignés librement et en toute sécurité<sup>8</sup>. L'article 18 stipule en effet que les hôpitaux civils ne doivent en aucun cas faire l'objet d'attaques. L'article 3 commun aux quatre conventions de Genève affirmait déjà que les droits des blessés et des malades doivent être respectés quelles que soient les circonstances, toute atteinte à leurs vies et violences à leur encontre étant strictement interdites.

Les protocoles additionnels aux Conventions de Genève de 1977 détaillent davantage la protection des victimes de conflits armés et étendent les dispositions à tous leurs acteurs.

- Le personnel soignant assurant des tâches médicales doit toujours être respecté et protégé, tout comme doit être respecté son droit à accéder à tout endroit où ses services sont nécessaires (protocole I, articles 15 et 17)
- Les unités médicales, les moyens de transport, le matériel et les fournitures médicaux, notamment les hôpitaux et les ambulances, doivent être respectés et protégés en toutes circonstances (protocole I, article 12).

Le droit coutumier – entendu comme les pratiques générales et répétées que les États ont intégrées dans leur droit national ou acceptées comme ayant valeur juridique sans qu'elles soient nécessairement inscrites dans les traités internationaux – comporte également d'importants éléments relatifs à la protection des services de santé. Ces pratiques internationales sont devenues des règles du DIH coutumier, applicables dans les conflits armés tant internationaux que nationaux<sup>9</sup>. Cet ensemble de règles vient renforcer l'usage généralisé qui confère au personnel médical un respect et une protection particuliers en toutes circonstances (règle 25), de même qu'aux unités médicales (règle 28) et aux moyens de transport médicaux (règle 29). La règle 30 interdit toute attaque à l'encontre du personnel médical et des biens affichant les signes distinctifs des conventions de Genève. Cela est renforcé par la règle 35, qui interdit de diriger une attaque contre une zone destinée à mettre à l'abri des hostilités les blessés, les malades et les civils.

Figure 2 - Dans un entrepôt, des fournitures médicales de la Croix Rouge et du Croissant Rouge endommagées par une attaque aérienne contre la ville de Urm al-Kubra située à l'ouest d'Alep et contrôlée par les rebelles. Syrie, 20 septembre 2016. REUTERS/Ammar Abdullah



<sup>7</sup> Maltz, Judy, "Israel's Gaza Killings: War Crimes or Self-defense? Experts Weigh In", Haaretz, May 17, 2018. <https://www.haaretz.com/israel-news/.premium-israel-s-gaza-killings-war-crimes-or-self-defense-experts-weigh-in-1.6095293>

<sup>8</sup> CICR, Les Conventions de Genève de 1949, quatrième convention, articles 14, 18, 20, 56, et dans l'Annexe 1, l'article 11.

<sup>9</sup> Cf. Henckaerts, Jean-Marie and Louise Doswald-Beck, Customary International Humanitarian Law, ICRC and Cambridge University Press, 2006.

## LE DROIT À LA SANTÉ

*Le droit à la santé est défini comme « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre<sup>11</sup> ». Cependant, l'Observation générale du Comité des droits économiques, sociaux et culturels affirme que<sup>12</sup> ce droit « suppose à la fois des libertés et des droits ». Ces droits comprennent notamment le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible, l'accès aux médicaments essentiels et l'accès égal et en temps voulu à des services de santé de base<sup>13</sup>. Tous les pays ont ratifié un ou plusieurs traités internationaux relatifs aux droits humains et reconnaissant le droit à la santé, et par ces traités, les États s'engagent à respecter trois obligations clés : le respect, la protection et la réalisation de ce droit<sup>14</sup>.*

*Ces obligations invitent tous les États à s'abstenir d'interférer directement ou indirectement avec le droit à la santé, à empêcher des tierces parties d'intervenir contre ce droit et à adopter des mesures appropriées, qu'elles soient législatives ou administratives pour réaliser pleinement le droit à la santé<sup>15</sup>.*

## LA GESTION DE LA SÉCURITÉ

Si les instances juridiques internationales formulent les dispositions essentielles de protection destinées aux professionnels de santé et qui permettent de tenir pour responsables ceux qui les enfreignent, il faut également souligner que la réduction des risques et la sécurité relèvent de la responsabilité partagée des soignants, de leurs organisations et leurs institutions, des gouvernements et de la communauté internationale.

Les soignants sont les premiers responsables de leur propre sécurité. En clair, les employés d'organisations de santé doivent suivre les procédures de sécurité fournies par leur organisation ou leur institution, participer aux formations sur la sécurité, rapporter les incidents, être clairement identifiés comme soignants et utiliser du matériel de protection.

Leurs organisations doivent établir des règles minimales de sécurité, veiller au respect des procédures et des règles, fournir les formations nécessaires et l'équipement approprié, instaurer des politiques internes de sécurité limitant les risques professionnels et assurer un suivi régulier de la sécurité de leurs employés.

Les gouvernements sont responsables de la mise en place de mécanismes empêchant les attaques contre les services de santé, tels que des lois et des règles de responsabilité interne, et doivent empêcher toute tierce partie d'enfreindre ces dispositifs de protection.

Enfin, il est du ressort de la communauté internationale d'appeler à ce que les auteurs d'attaques soient tenus pour responsables, de garantir l'application du droit international, et de continuer à développer des mécanismes internationaux pertinents pour faciliter cette responsabilité légale.

## LE DROIT PÉNAL INTERNATIONAL (DPI)

Inscrit dans le Statut de Rome de la Cour pénale internationale, le DPI prévoit un cadre légal définissant les violations les plus graves des droits humains et du droit international humanitaire dont des personnes peuvent être tenues responsables. L'article 8 stipule que toute attaque contre toute personne protégée mentionnée ci-dessus est une violation grave des Conventions de Genève et constitue un crime de guerre.

## LE DROIT INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS DE L'HOMME (DIDH)

Quant au DIDH, il est applicable à tout moment, y compris lors d'opérations de maintien de l'ordre<sup>10</sup>. Dans ces circonstances, même lorsque l'usage de la force est inévitable, les responsables du maintien de l'ordre doivent :

- Garantir dans les plus brefs délais une aide médicale aux blessés et aux malades dont la vie serait en danger ;
- Respecter les droits et les responsabilités du personnel soignant.

Le droit international des droits de l'homme affirme que les États doivent par conséquent s'abstenir de refuser arbitrairement ou de limiter l'accès à cette assistance médicale. Attaquer, blesser le personnel de santé, endommager les unités mobiles ou les structures de santé, qu'ils soient civils ou militaires, constituent un refus ou une limitation à l'accès à l'assistance médicale, et une violation du droit à la santé.

Au-delà de ces cadres légaux internationaux, d'autres initiatives et d'autres cadres ont développé les droits et les obligations des soignants. L'Association médicale mondiale (AMM), une organisation internationale qui travaille à promouvoir les meilleurs standards en matière d'éthique médicale, a adopté en 1959 les règles de l'AMM en situation de conflit armé et autres situations de violence. Ces règles font aussi référence à la nécessité de garantir l'accès des médecins aux patients et de leur permettre d'être clairement identifiés et protégés.

<sup>10</sup> OHCHR, Basic Principles on the Use of Force and Firearms by Law Enforcement Officials, UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), 1990.

<sup>11</sup> Art. 12, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1976. Voir aussi la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé de 1946.

<sup>12</sup> HCDH - Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels, Observation Générale du CDSE N° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Art. 12), HCDH, août 2000, <https://www.ohchr.org/FR/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>.

<sup>13</sup> HCDH, OMS, Le droit à la santé, Fiche d'information No. 31. Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (HCDH), juin 2008

<sup>14</sup> Il s'agit des traités suivants :

- La Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale de 1965 : art. 5 (e) (iv)
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 : art. 12
- La Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination contre les femmes de 1979 : arts. 11 (f), 12 et 14 (2) (b)
- La Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 : art. 24
- La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles : arts. 28, 43 (e) et 45 (c)
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées : art. 25.

<sup>15</sup> HCDH, OMS, Le droit à la santé, 2008.

## LES RAPPORTS D'INCIDENTS

*Parmi les dispositions de référence en matière de gestion de la sécurité, le signalement et l'analyse d'incidents sont essentiels pour une amélioration des politiques de sécurité des professionnels de la santé. Comme l'expose la résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies, les rapports d'incidents et la collecte de données générales sont essentielles pour enregistrer, analyser, comprendre et plaider en faveur de changements politiques et d'une responsabilité accrue.*

### RÉSOLUTION 2286 DU CONSEIL DE SÉCURITÉ DES NATIONS UNIES

*En mars 2016, six mois après l'attaque de l'hôpital de MSF à Kunduz en Afghanistan, le Conseil de sécurité des Nations Unies a adopté à l'unanimité la résolution 2286 qui condamne toutes les attaques contre le personnel médical. Il s'agit de la résolution la plus complète et la plus spécifique sur le sujet des violences contre les services de santé<sup>16</sup>. Elle demande la fin de l'impunité pour les responsables de ces violences et le respect du droit international, en particulier celui des obligations définies par les Conventions de Genève de 1949 et leurs protocoles additionnels.*

*La résolution souligne la gravité de l'impunité et la nécessité de la responsabilité légale, et donne aussi des orientations concrètes sur la façon de réduire le risque d'incidents. Elle exhorte les États à mettre en œuvre des mesures efficaces pour prévenir les actes de violences et y répondre en développant des cadres légaux nationaux et la collecte de données, et en partageant les difficultés et les bonnes pratiques expérimentées sur le terrain. La société civile a donc l'obligation morale de rappeler aux États leurs responsabilités par rapport au droit international et de participer activement à promouvoir la mise en œuvre des mesures proposées par cette résolution.*

*En termes d'applicabilité, l'article 25 de la Charte des Nations Unies spécifie que toutes les résolutions du Conseil de sécurité sont juridiquement contraignantes, ce qui signifie que le contenu de la résolution 2286 est applicable à tous les États membres et qu'ils sont responsables du respect et de l'application de son contenu.*

L'Organisation mondiale de la santé est l'un des acteurs tenus de rapporter ce genre d'incidents. Elle est chargée de développer des méthodes systématiques de signalement des incidents, et de diffuser les données liées aux attaques contre les professionnels de santé, les structures de santé, les ambulances et les patients ; cela s'inscrit dans le cadre de son mandat de soutenir les secteurs de la santé des États. En se basant sur la résolution 65.20 de l'Assemblée mondiale de la santé, l'OMS a créé le Système de surveillance des attaques contre les services de santé (SSA), dont l'objectif est de développer un moyen de collecte de données standardisé et de produire des rapports pour identifier les tendances et les types de violences.

Parallèlement à l'action de l'OMS, les États ont la responsabilité spécifique de développer des systèmes de rapport et de faciliter les enquêtes, y compris celles lancées par les instances internationales et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Ils doivent également poursuivre les responsables des violations commises. Cependant, et malgré les efforts mentionnés plus haut – notamment ceux d'organisations comme le CICR et la Fédération internationale de la Croix Rouge (FICR) – les mesures prises sur le terrain pour améliorer la gestion de la sécurité et la production de

rapports d'incidents sont encore loin d'assurer la protection des soignants et de garantir que les auteurs de ce genre d'attaques en soient tenus pour responsables.

La société civile a donc un rôle de catalyseur d'une prise de conscience, notamment en mettant en lumière les difficultés actuelles et en fournissant une analyse indépendante. MDM a par exemple renforcé son plaidoyer sur la question de la protection des services de santé par des campagnes dont celle intitulée « Targets of the World ». Condamnant systématiquement ces attaques, MDM a contribué à la prise de conscience de la gravité de la situation et a appelé à agir.

En matière de rapports d'incidents, le système international se heurte à un problème majeur : les soignants ne reconnaissent pas toujours les violations lorsqu'elles ont lieu, et lorsque c'est le cas, ils manquent de ressources pour savoir où et comment les rapporter<sup>17</sup>. Une meilleure connaissance générale de ce qu'est une violation de leurs droits, ainsi que la disponibilité des ressources et des procédures nécessaires à son signalement, sont essentielles pour améliorer le reporting et ainsi la chaîne d'actions liées à la protection des soignants.

<sup>16</sup> D'autres résolutions en lien avec cette problématique existent : la résolution 2175 (2014) et la 1502 (2003) sur la protection du personnel humanitaire, les résolutions 1265 (1999), 1296 (2000), 1674 (2006), 1738 (2006), 1894 (2009) et 2222 (2015) sur la protection des civils dans les conflits armés, les résolutions 1539 (2004) et 1612 (2005) sur la question de la création d'un mécanisme de surveillance et de communication des informations sur les enfants dans les conflits armés et la résolution 1998 (2011) sur les attaques contre les écoles et/ou les hôpitaux.

<sup>17</sup> Cela a aussi été montré au cours de la conférence intitulée Protection of Health Workers, Patients and Facilities in Times of Violence et organisée par le Center for Public Health and Human Rights et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health à Bellagio, en Italie en novembre 2013.



Figure 3 - Un manifestant palestinien est évacué après avoir inhalé du gaz lacrymogène lancé pendant les protestations de la journée mondiale d'Al-Quds (Jérusalem; 8 juin 2012); REUTERS/Mohammed Salem

## LA VIOLENCE EN PALESTINE

Gaza est globalement un environnement complexe et difficile pour les soignants qui y travaillent. Des problèmes structurels, tels que le manque de médicaments, d'argent pour les salaires et de formations à l'étranger limitent la capacité du système de santé à répondre aux besoins basiques des populations. Cela est plus criant encore dans les situations d'urgence. M. Michael Lynk, rapporteur spécial sur la situation des droits de l'homme dans le territoire palestinien occupé, et M. Dainius Pūras, rapporteur spécial sur le droit à la santé, ont affirmé en juin 2018 que le système de santé de Gaza était au bord de la rupture. Lorsqu'à cela s'ajoute la violence exercée contre les services de santé, les conséquences sont très graves.

### LA PALESTINE EST LE DEUXIÈME ENDROIT LE PLUS DANGEREUX AU MONDE POUR LES SERVICES DE SOINS

En considérant les tendances internationales en termes de violence contre les structures de santé, le personnel soignant et les ambulances, le territoire palestinien occupé sont l'un des endroits les plus dangereux au monde. Entre 2014 et 2016, parmi les pays en situation d'urgence, la Palestine figurait au deuxième rang derrière la Syrie en nombre d'attaques contre des services de santé : 53 attaques, soit 9 % de celles enregistrées par l'OMS<sup>18</sup>. Seulement en 2017, 93 attaques ont été enregistrées par la Coalition de protection de la santé dans les conflits (Safeguarding Health in Conflict Coalition), ce qui fait de la Palestine le deuxième endroit au monde le plus dangereux pour les services de santé<sup>19</sup>.

Si nous disposons désormais de statistiques claires, cela fait des dizaines d'années que les incidents de sécurité et de violation des droits des services de santé palestiniens existent. Les services de santé de Cisjordanie sont constamment confrontés à des obstacles et des attaques. S'ils sont rares à Gaza, ils y sont toujours très violents. En 2016, 43 attaques différentes ont été enregistrées en Cisjordanie et aucune à Gaza. Ces incidents incluent des tirs de balles en caoutchouc, des gaz lacrymogène, des gaz poivrés, et des coups de matraques, qui ont blessé environ treize membres du personnel des urgences ou des cliniques<sup>20</sup>. En Cisjordanie, les services de santé doivent aussi faire face à des actions empêchant l'accès aux patients, à des retards, à l'endommagement de structures, à l'incursion des forces de sécurité dans les centres de soins, voire à l'arrestation de patients. D'autre part, au cours du conflit avec Israël pendant l'été 2014, 23 membres du personnel de santé ont été tués, 78 ont été blessés, et 45 ambulances ont été endommagées ou détruites. Des hôpitaux et d'autres structures de santé ont également été endommagés<sup>21</sup>, et des patients tués.

Cette année, dans le contexte des manifestations de la « Grande marche du retour » organisées dans la bande de Gaza, des acteurs internationaux de tous bords ont exprimé leur inquiétude relative aux attaques directes et indirectes contre les structures de santé, le personnel soignant et les ambulances. Par des déclarations communes d'agences des Nations Unies, par la voix de son Secrétaire général, de celle d'organisations humanitaires internationales, de défense des droits humains ou de la santé, la communauté internationale a largement appelé à des enquêtes indépendantes sur les incidents. Le Conseil des droits de l'homme a même constitué une Commission d'enquête internationale, indépendante.

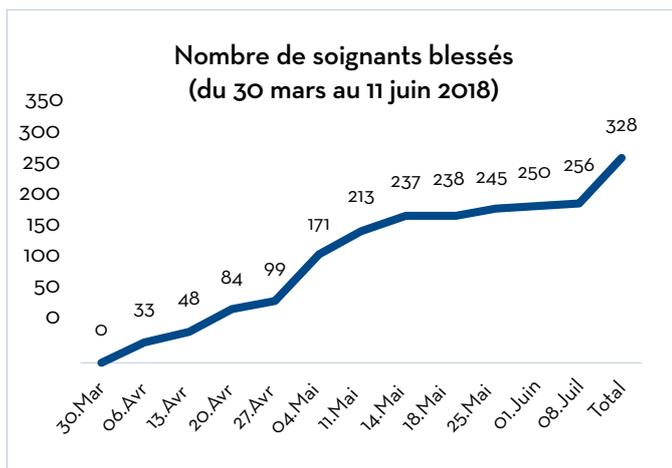


Figure 4 - Le nombre total à la fin n'est pas le même que celui de la dernière date (8 juin) car toutes les organisations n'ont pas fourni leur rapport à temps. Source : OMS, Rapports de situation sur le territoire palestinien occupé, Gaza. (du 20 mars 2018 au 4-11 juin 2018) <http://www.emro.who.int/pse/palestine-infocus/situation-reports.html>

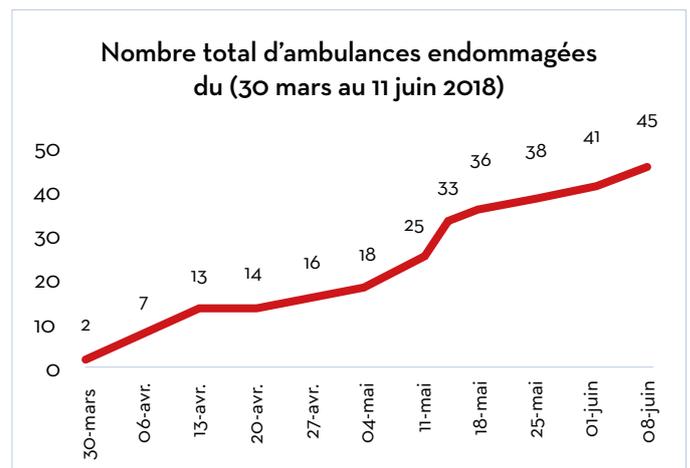


Figure 5 - Les ambulances endommagées appartiennent au Croissant Rouge palestinien, au gouvernement, à la PMRS et à l'UHC. Source : OMS, Rapports de situation sur le territoire palestinien occupé, Gaza. (du 20 mars 2018 au 4-11 juin 2018) <http://www.emro.who.int/pse/palestine-infocus/situation-reports.html>

<sup>18</sup> Organisation mondiale de la santé (2016), Report on Attacks on Healthcare in Emergencies. Site: <http://www.who.int/hac/techguidance/attacksreport.pdf>, p.4

<sup>19</sup> Safeguarding health in conflict Coalition, Violence in the front line: Attacks on Health Care in 2017, IntraHealth International, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018

<sup>20</sup> OMS (2016). Right to health: Crossing barriers to Access health in the occupied Palestinian territory 2014-2015: [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EMROPUB\\_2016\\_EN\\_19231.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EMROPUB_2016_EN_19231.pdf)

<sup>21</sup> Ibidem.



Figure 6 - Les équipes de MDM visitent l'Hôpital pédiatrique Al-Dorra, à l'est de Gaza, juste après la guerre de 2014.

Jusqu'à présent, des efforts ont été faits pour rendre compte des divers incidents qui ont eu lieu au cours de ces manifestations. L'OMS et le ministère de la Santé ont compilé des rapports de situation hebdomadaires y attachant une attention particulière. Ces documents, qui à l'origine reprenaient essentiellement des informations provenant du ministère de la Santé et de la Société Palestinienne du Croissant Rouge, ont progressivement inclus celles d'autres acteurs. Cependant, il n'est pas possible d'affirmer que tous les incidents ont été rapportés, les ONG palestiniennes n'ayant pas toutes rassemblé et systématiquement partagé leurs rapports d'incidents, et certains acteurs étant restés en retrait, tels les services de défense civile, les hôpitaux privés et les bénévoles des organisations communautaires.

Dans ces situations instables où le nombre de victimes est très important, il est particulièrement difficile de rendre compte de manière exhaustive et détaillée de tous les incidents. Cependant, les premiers rapports témoignent d'une forte augmentation de leur nombre au fil du temps. Au bout de quelques semaines, ils faisaient état de 48 soignants et 5 ambulances touchés en l'espace d'une semaine<sup>22</sup>.

Au bout de dix semaines, le bilan était de 328 blessés, 2 morts et 45 ambulances endommagées. Cette augmentation frappante du nombre d'incidents est liée à la fois à l'intensification des violences et à l'accroissement du nombre d'organisations contribuant au reporting.

<sup>22</sup> OMS, Special Situation Report oPt, Gaza - 6th-9th April 2018. WHO-Health Cluster [http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO-Special-Situation-Report-on-Gaza-6th\\_April\\_2018.pdf?ua=1](http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO-Special-Situation-Report-on-Gaza-6th_April_2018.pdf?ua=1) ; Palestinian Ministry of Health, The Most important statistics of current events - 7:00 PM - 13.04.2018, MoH-PHIC.

# LA VIOLENCE À L'ENCONTRE DES ONG PALESTINIENNES PENDANT LA « GRANDE MARCHÉ DU RETOUR »

Pour apporter une nouvelle analyse du secteur de la santé palestinien et des implications que les récentes violences y ont entraînées, MDM a décidé de travailler avec les ONG palestiniennes de santé. L'idée était de fournir des éléments d'analyse destinés à combler les lacunes du système actuel de reporting en Palestine, et de mettre en avant ces acteurs qui ont joué un rôle essentiel dans la réponse apportée aux milliers de Palestiniens blessés. Pour cela, MDM a préparé trois enquêtes différentes autour de trois questions clés : les ONG avaient-elles eu des problèmes d'accès aux patients ? Quelles étaient les mesures de sécurité disponibles pour le personnel qui travaillait sur le terrain ? Quels types d'incidents avaient affecté les ONG ?

## MÉTHODOLOGIE

La recherche de terrain nécessaire pour la rédaction de ce rapport a été réalisée par MDM et des ONG palestiniennes dans la bande de Gaza, sur la période couvrant les manifestations hebdomadaires entre le 30 mars et le 15 mai. Quarante-cinq enquêtes ont été distribuées en anglais et en arabe à des responsables, des employés et des bénévoles des principales ONG palestiniennes qui travaillent activement sur le terrain, à savoir : la Société d'aide médicale palestinienne (PMRS), l'Union des comités de professionnels de santé (UHCW), l'Union des comités de services de santé (UHCC), l'Hôpital d'aide publique (PAS) et l'hôpital de réhabilitation et de chirurgie spécialisée El Wafa. Comme indiqué précédemment, ces enquêtes entendaient collecter des informations sur trois sujets principaux : l'accès humanitaire, les mesures de sécurité et les rapports d'incidents.

La première enquête a été distribuée à un unique responsable de chaque ONG palestinienne à Gaza et a permis de cartographier les activités de chacune d'entre elles et d'évaluer les contraintes d'accès auxquelles ces organisations avaient été confrontées pendant cette période. Cette enquête a aussi permis d'obtenir un nombre préliminaire d'attaques commises contre les professionnels de santé des ONG au cours de la période étudiée.

La deuxième et la troisième enquête ont été distribuées simultanément à 40 soignants de ces ONG choisis au hasard, afin de couvrir la diversité de postes, d'âges, d'expériences professionnelles, de localisations et d'incidents parmi eux.

La deuxième enquête cherchait à connaître la perception de la sécurité sur le terrain. Il s'agissait de mesurer la perception subjective de la sécurité et de décrire les mesures de sécurité de base que suivaient les soignants et les institutions. La sécurité est habituellement évaluée et analysée à l'aide d'outils d'évaluation des risques adaptés au contexte et des stratégies de gestion des risques. Or, dans ce contexte, le ressenti est très subjectif. En d'autres termes, il n'est pas possible de comparer directement les réponses individuelles sur la perception de la sécurité car chaque personne a une interprétation et une analyse des risques spécifiques, dans un contexte particulier donné. La formation et l'expérience jouent un rôle et peuvent modifier la perception de chacun. Cette difficulté a été résolue en faisant porter les questions sur les mesures de sécurité standards des services de santé, comme

l'identification et la visibilité en tant que personnel de santé, structure de soins ou ambulance, et sur la disponibilité de politiques de sécurité.

La troisième enquête devait collecter des données spécifiques sur des incidents individuels violents et fournir des indicateurs de tendance analytiques. Ces indicateurs comprenaient la date et la localisation des incidents, le type d'incidents, la classification des victimes de l'incident et les mesures prises par la personne à leur suite. Pour cette enquête, le concept d'« incident violent » était essentiel. Pour éviter toute sous-déclaration et parer à la confusion quant à ce que les participants devaient considérer comme un incident violent, une définition avait été donnée au cours de l'enquête : « [Les incidents violents] consistent en toute sorte d'événements au cours desquels l'intégrité physique ou émotionnelle du soignant a été menacée ou a couru un risque du fait de violences. Cela inclut les cas où [le soignant] n'a pas forcément été blessé mais était présent quand les attaques contre des structures de santé et des ambulances ont eu lieu ; les situations de violence évitées de justesse ; ou toute situation au cours de laquelle [le soignant] s'est senti particulièrement en danger ».

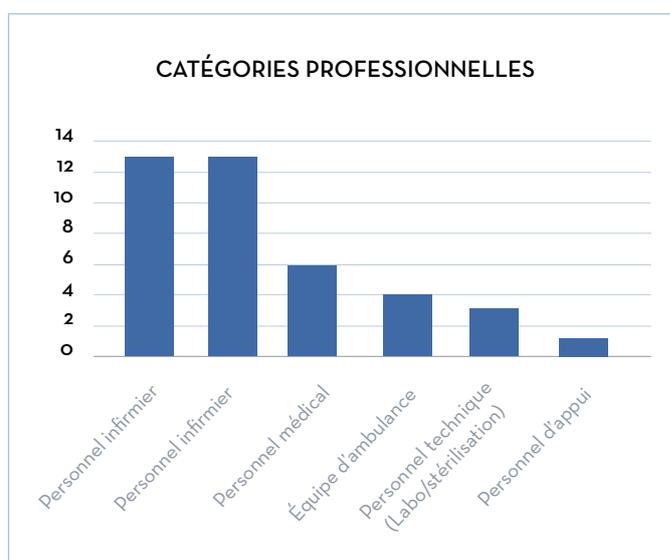


Figure 7 - Graphique montrant la répartition par profession du personnel de santé qui a participé à l'enquête. Les chiffres ne sont pas proportionnels au nombre total de professionnels de santé des ONG.

## LIEU DE TRAVAIL PENDANT LES MANIFESTATIONS

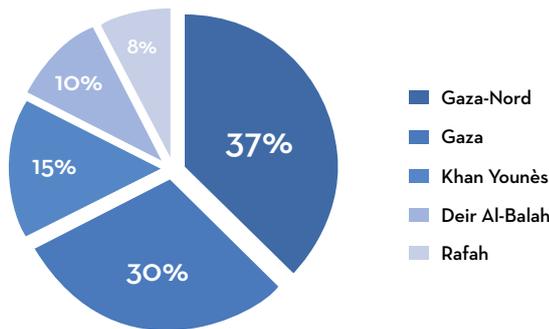


Figure 8 - Graphique montrant la répartition géographique des professionnels de santé qui ont participé à l'enquête. Les chiffres ne sont pas proportionnels au nombre total de professionnels de santé des ONG.

Les professionnels de santé qui ont participé à la deuxième et la troisième enquêtes avaient des niveaux hiérarchiques variés et provenaient des cinq régions de la bande de Gaza. La majorité des participants étaient bénévoles (47,5 %) ou de simples employés (45 %), seule une minorité étaient des responsables d'équipes. La répartition des enquêtes au hasard a permis de montrer que les hommes représentaient une importante majorité du personnel soignant travaillant sur le terrain (77,2 %). La moyenne d'âge était de 28 ans. Concernant le métier, 33 % des personnes ayant répondu aux enquêtes étaient des secouristes, 33 % étaient issus du personnel infirmier et 15 % étaient des médecins. L'expérience professionnelle moyenne était de 8 ans mais 15 % d'entre eux travaillaient depuis près d'un an.

Les enquêtes ont été en grande partie réalisées en entretien en face à face et quelques-unes ont été faites par téléphone. Pour garantir la protection de l'identité des participants, leurs noms ont été enlevés ou remplacés par des initiales (qui n'étaient pas forcément celles de leurs noms) et tous les témoignages ont été validés par la personne interrogée.

# L'ACCÈS, LA SÉCURITÉ ET LES INCIDENTS DE SÉCURITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ DES ONG DE SANTÉ À GAZA

## L'ACCÈS AUX SOINS

Entre le 30 mars et le 15 mai, des soins ont été fournis aux milliers de manifestants qui protestaient le long de la frontière de Gaza. L'éventail des acteurs directement présents sur les sites des camps était large, entre institutions publiques et intervenants privés. Le ministère de la Santé avait organisé le parcours de référencement et assuré la stabilisation de la plupart des cas les plus graves dans ses cinq points de stabilisation des traumatismes (PST). En termes de personnel, le ministère avait relocalisé une bonne partie du personnel des services des urgences des centres de soins de santé primaires (CSSP) dans les PST. La Société Palestinienne du Croissant Rouge de Gaza avait aussi cinq tentes dédiées aux premiers secours et a fourni le plus grand nombre d'ambulances, ce qui garantissait des services de référencement essentiels. D'autres acteurs comme les Services médicaux militaires et la Défense civile opéraient via leurs services de santé. Les ONG palestiniennes ont été un élément clé de la réponse face au nombre de blessés. Parmi elles, se trouvaient la Société d'aide médicale palestinienne (PMRS), l'Union des comités de professionnels de santé (UHWC), l'Union des comités de services de santé (UHCC), l'Hôpital d'aide publique (PAS), l'hôpital El Wafaa et la Société centrale de la Banque de sang. Des hôpitaux du secteur privé et des organisations communautaires étaient aussi présents. Au cours de l'enquête, lorsqu'il a été demandé aux représentants des responsables des ONG si un acteur de la santé manquait à l'appel, seul un a mentionné l'absence de l'UNRWA. Aucune des autres organisations interrogées n'a indiqué ou ne s'est étonnée de l'absence des organisations internationales de santé parmi les premiers secours ou dans la zone des tentes.

Sur les six organisations qui ont répondu aux enquêtes et déclaré avoir fourni des soins de premiers secours procurés par des médecins professionnels et/ou le personnel infirmier, deux ont déclaré ne pas avoir installé de tente le long de la zone frontalière (entre 800 et 1000 mètres de la clôture).

Toutes les ONG palestiniennes qui ont participé à l'enquête avaient déjà une expérience de travail dans des environnements instables et dangereux, du fait des escalades fréquentes et suivies avec Israël. Cependant, seules trois d'entre elles ont dit travailler régulièrement dans les zones d'accès restreint, ce qui leur donnait des connaissances supplémentaires sur le type de terrain, les menaces en termes de sécurité et la manière d'y faire face. Malgré leur expérience respective, toutes les organisations ont vécu plusieurs incidents de sécurité qui ont affecté leur personnel, sauf PAS, qui n'a enregistré aucun incident. Jusqu'à la fin du mois de mai, les organisations citées ont déclaré avoir connu un total de 96 incidents.

Par exemple, 62 bénévoles de PMRS ont travaillé pendant les manifestations. Ils ont rapporté avoir été confrontés à 30 incidents entre le 30 mars et le 6 juin, dont 22 à Khan Younès. Certains ont vécu plusieurs incidents différents, en majorité des expositions au gaz lacrymogène. Seuls deux de ces incidents étaient graves, avec des blessures par balles réelles, et l'un des deux a été mortel. Malgré cela, l'accès aux patients n'a pas été remis en question, limité ou réduit pour cette organisation.

En-dehors du cadre de l'enquête, MDM a aussi interrogé des soignants bénévoles qui étaient formés aux premiers secours et travaillaient pour de plus petites organisations communautaires. En termes d'accès, en tant qu'individus travaillant de façon presque indépendante, ils ont raconté n'avoir jamais été empêchés d'aller travailler dans la zone. Certains d'entre eux étaient coordonnés par le ministère de la Santé pour fournir les premiers secours de base mais n'avaient aucune obligation envers le ministère ni aucune autre structure centralisée. Certaines de ces organisations locales plus petites n'avaient pas de moyens de contrôle ni de capacité à former correctement leur personnel ou à appliquer des mesures de sécurité, notamment en matière de notification d'incidents.

## LA SÉCURITÉ

Malgré la diversité des niveaux d'expérience et des formations des participants, l'enquête a montré que 95 % des soignants avaient l'impression de travailler dans un environnement qui n'était pas sûr du tout. Ce nombre élevé est aussi surprenant car des mesures de sécurité minimales étaient disponibles pour la majorité du personnel de santé sur le terrain. 75 % d'entre eux ont affirmé que leur visibilité en tant que soignant était bonne ou excellente, bien que 13 % l'ait trouvée très mauvaise. Et 75 % ont dit que les structures pour lesquelles ils travaillaient utilisaient très bien le signe distinctif et protecteur du Croissant rouge. Cependant la distance par rapport à la zone de danger était entre correcte et bonne, ce qui montre que c'était loin d'être idéal.

Sur 40 personnes ayant répondu à l'enquête, trois seulement ont dit ne pas avoir été directement ou indirectement victime ni témoin d'un incident violent en rapport avec les services de santé au cours des dix semaines de travail. Cependant, 50 % d'entre elles n'avaient pas les moyens de rapporter l'incident du fait du manque d'un système de reporting au niveau de leur organisation, ou n'étaient pas formées à l'utiliser. Elles ont toutefois affirmé que leurs organisations avaient des politiques spécifiques (des règles et des procédures) en matière de « santé et sécurité », et concernant « la violence physique sur le lieu de travail ». Cela signifie qu'il y a un écart entre la politique interne et sa mise en œuvre.

Lorsqu'ils ont été interrogés sur les recommandations qu'ils feraient pour améliorer leur sécurité, les participants ont demandé à disposer d'équipements de sécurité tels que des gilets pare-balles, des chaussures adaptées, des casques, des masques à gaz et même des bou-



Figure 9 - La réaction d'une collègue de l'infirmière palestinienne Razan Al-Najjar dans un hôpital du sud de la bande de Gaza. REUTERS/Ibraheem Abu Mustafa

cliers. D'autres ont dit avoir besoin de plus de fournitures médicales. Certains ont aussi recommandé des actions pour limiter les risques, comme la relocalisation des tentes dans des lieux plus sûrs. Et peu d'entre eux ont exprimé de manière désespérée que quoi qu'ils aient pu faire, ils étaient ciblés.

Dans les organisations communautaires, plusieurs personnes avaient suivi la formation aux premiers soins de réanimation qui incluait les mesures de sécurité à prendre. Cependant, ces organisations n'avaient pas toujours les moyens et l'expérience nécessaires pour garantir un cadre de protection minimal à leurs bénévoles. Selon une de ces bénévoles, Eman<sup>23</sup>, déployée par Afaq, une petite organisation communautaire du gouvernorat de Rafah : « Notre plus grand défi sur le terrain c'était le manque de sécurité pour moi et les manifestants. J'ai aussi manqué de directives et de supervision, nous étions abandonnés à nous-mêmes une fois déployés ».



Figure 10 - Des secouristes palestiniens évacuent un homme blessé du côté gazaoui de la frontière entre Israël et Gaza, photo prise depuis le côté israélien de la frontière, 30 mars 2018. REUTERS/Amir Cohen

<sup>23</sup> Son nom a été modifié pour protéger son identité.

## LES INCIDENTS

Comme expliqué ci-dessus, le nombre total d'attaques contre les services de santé est généralement sous-estimé. Cependant, le nombre de cas rapportés jusqu'au 13 juin est impressionnant. Au total, d'après les incidents rapportés au ministère de la Santé et à l'OMS, deux professionnels de santé ont été tués, 328 blessés dont 25 par des balles réelles, 11 par des éclats d'obus, 18 directement par des grenades lacrymogènes, et 45 ambulances ont été endommagées<sup>24</sup>. Si on les compare aux statistiques mondiales, ces chiffres sont très élevés. Pour mettre la « Grande marche du retour » de Gaza en perspective, le personnel soignant palestinien a subi plus d'incidents en un seul jour (le 14 mai) que des pays ravagés par la guerre et en situation de crise humanitaire comme le Sud Soudan, en un an<sup>25</sup>.

La proportion de soignants affectés au cours des manifestations a été très élevée. Sur les 40 soignants interrogés, 28 ont dit avoir été directement victimes d'une attaque et 9 ont été témoins ou indirectement victimes d'une attaque.

La grande majorité des victimes ont été touchées dans la zone la plus dangereuse. 35 % des incidents enregistrés se sont déroulés dans les cent premiers mètres depuis la clôture. Cependant, des zones qui auraient dû être considérées comme des zones sûres se sont révélées être des zones à risques. Cinq professionnels de santé, touchés au cours de quatre incidents différents, ont expliqué que la tente où ils travaillaient avait été touchée directement par des gaz lacrymogènes (deux personnes ont fait référence au même incident)<sup>26</sup>. A Khan Younés, deux autres soignants ont dit avoir été présents lors d'un incident qui a eu lieu dans la zone plus large qui entourait la tente médicale, à plus de sept cents mètres de la clôture. Dans certains autres cas, les soignants étaient dans l'ambulance et les grenades lacrymogènes sont tombées près d'eux.

Concernant les types de blessures, dans les cas recensés par l'enquête, 97 % d'entre elles avaient été causées par des gaz lacrymogènes et une seule par des balles réelles<sup>27</sup>. Cependant dans certains cas, les personnes ont été blessées alors qu'elles couraient se mettre à l'abri : un soignant est tombé et s'est cassé le bras en courant pour éviter des gaz lacrymogènes. Les soignants travaillaient en équipes, ce qui les rendait plus vulnérables à des incidents collectifs. Souvent, une seule grenade lacrymogène tombait près d'eux et touchait au moins six soignants.

Comme indiqué ci-dessus, le reporting est un défi important en termes de précision et d'exhaustivité. Par exemple, sachant que la plupart des attaques avec des grenades lacrymogènes affectaient plusieurs professionnels de santé, des rapports distincts peuvent se référer au même incident. Tous les témoins ou les victimes ne rapportant pas l'incident simultanément, l'identification précise de chacun d'entre eux était malaisée. Cela a par conséquent aussi limité la capacité de leurs organisations à communiquer ces incidents à l'OMS et à analyser leur impact. L'enquête sur le signalement des incidents a donc porté aussi sur la compréhension des tendances de reporting et les difficultés associées.

Dans la plupart des cas (21 sur 37), les soignants ont parlé à leur responsable de l'incident, mais six d'entre eux seulement ont fait un rapport écrit. Certains ont même reconnu avoir prétendu que l'incident n'avait jamais eu lieu ou n'ont absolument rien fait. La moitié d'entre eux ont dit ne pas avoir eu connaissance de la disponibilité de modèles de rapport, ce qui met en évidence l'urgence du problème. Ceux qui savaient qu'il fallait faire un rapport ont souvent dit qu'ils manquaient du temps et d'un lieu sûr pour le faire. Cependant, une des réponses reçues est préoccupante : un soignant a signalé qu'il n'en avait pas eu l'autorisation. Cela met en évidence le manque de compréhension des procédures de rédaction de rapports.



Figure 11 - Des médecins bénévoles équipés d'un kit de réanimation de base apportent les premiers soins à un manifestant à Khan Younés.

*« Les professionnels de santé doivent pouvoir remplir leurs fonctions sans craindre d'être tués ou blessés. Le fait qu'un soignant clairement identifié puisse être tué par les forces de sécurité au cours d'une manifestation est particulièrement répréhensible. Il est difficile de comprendre comment cela cadre avec l'obligation qu'a Israël en tant que puissance occupante, de garantir le bien-être de la population de Gaza ».*

**Mr. Jamie McGoldrick**

<sup>24</sup> OMS, "Situation report - occupied Palestinian territory, Gaza - 4-11 June 2018", June 2018. [http://healthcluster.org/admin/file\\_manager/uploads/files/shares/Documents/5b1ecdb440bc9.pdf](http://healthcluster.org/admin/file_manager/uploads/files/shares/Documents/5b1ecdb440bc9.pdf)

<sup>25</sup> Safeguarding health in conflict Coalition. "Violence in the front line: Attacks on Health Care in 2017". IntraHealth International, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018

<sup>26</sup> Pour un incident en particulier, il n'a pas été possible de confirmer s'il s'agissait d'un incident qui avait déjà été rapporté ou s'il s'agissait d'un incident différent.

<sup>27</sup> Pour les ONG dont les bénévoles et les employés ont rapporté le plus d'incidents ; par conséquent ces chiffres sont indicatifs et non exhaustifs. Les ONG participantes ont rapporté plus d'incidents au Ministère de la Santé.

**Pour mieux illustrer certains de ces incidents, deux soignants qui travaillent pour des ONG ont accepté de partager leur histoire :**

*Le vendredi 11 mai, M., un secouriste de l'UHCW, s'est approché de la frontière dans la zone centrale du gouvernorat de Gaza, avec d'autres équipes médicales, pour aider les blessés. Les forces de sécurité israéliennes avaient tiré de grandes quantités de gaz lacrymogène vers les manifestants et plusieurs d'entre eux souffraient de suffocation. « Nous avons battu en retraite, car nous avions peur pour nos vies. En courant, j'essayais de protéger ma tête en la couvrant d'une main quand une grenade lacrymogène m'a touché à la tête et à la main. J'ai continué à courir mais je n'ai pas pu échapper au gaz ; j'ai fini par inhaler de grandes quantités de gaz et par m'évanouir et tomber par terre. Je n'ai repris conscience que dans la tente, où l'équipe me fournissait les soins médicaux nécessaires. Après ça, je suis rentré chez moi car j'étais extrêmement fatigué et au bout de quelques heures, j'ai commencé à avoir très mal aux mains ». Il est allé au centre de soins le lendemain et a fait une radio qui a montré que son pouce était cassé. Malgré la douleur, il est retourné sur le terrain le vendredi suivant pour fournir une aide médicale.*

**La plupart des cas sont liés aux gaz lacrymogènes, mais plus de 20 incidents ont été causés par des balles réelles qui ont parfois été à l'origine de conséquences à long terme :**

*Le vendredi 7 avril, A., un bénévole de 25 ans de PMRS à Gaza, travaillait avec ses collègues dans la zone de Khuza dans le gouvernorat de Khan Younès. Il aidait un grand nombre de blessés lorsque lui-même est devenu une cible. « Après avoir emmené le premier blessé à la tente médicale gérée par le ministère de la Santé, nous sommes retournés aider d'autres personnes blessées qui se trouvaient près de la clôture et c'est à ce moment-là que nous avons été pris dans des tirs nourris. J'ai été touché à la jambe. La balle est entrée dans ma jambe droite et est sortie par ma jambe gauche pour aller se loger dans la jambe de quelqu'un d'autre ». Les secouristes de PMRS se sont précipités pour l'aider, ont bandé ses jambes pour arrêter l'hémorragie et l'ont emmené dans la tente médicale où il avait lui-même emmené des blessés quelques minutes plus tôt. Son état était très grave car les artères avaient été sectionnées et abîmées. Il a alors été transféré à l'Hôpital européen du sud de Gaza, où il est resté 40 jours et a subi plusieurs opérations pour reconstruire les os fracturés et les tissus. Malgré plusieurs interventions, les médecins ont déclaré qu'il devait être soigné à l'étranger. « J'ai rempli les documents nécessaires pour sortir de Gaza et pouvoir être soigné en Jordanie, mais depuis, je ne fais qu'attendre ».*

## LES RÉPERCUSSIONS DES VIOLENCES

Ces attaques peuvent empêcher momentanément certains soignants de travailler du fait de la suffocation, mais vont jusqu'à désorganiser des équipes entières lorsque certains s'évanouissent et souffrent de spasmes, les invalidant pour la journée. Lorsque des attaques ont visé les tentes médicales et la zone de tentes, il a été demandé au personnel de santé d'évacuer les structures, ce qui a limité la capacité de réponse pour stabiliser les blessés les plus graves. De plus, un grand nombre de soignants touchés ont dit ressentir du stress et de la peur de manière systématique.

Il est parfois difficile de mesurer les répercussions de cette violence en termes d'interruption des services et d'impact sur la fourniture générale de soins de santé. Le cas de Razan Al Najjar permet cependant d'illustrer assez clairement la série de conséquences parfois liées entre elles. Razan, jeune bénévole de PMRS, a été touchée par balle et tuée. Cet incident a eu des conséquences importantes sur les activités de PMRS sur le terrain. Il faut noter le nombre de personnes que Razan avait elle-même soignées : PMRS estime que par son travail, elle avait aidé près de neuf cents personnes. Quand elle a été touchée par une balle, certains de ses collègues ont aussi été blessés et ont dû être transportés à l'hôpital. De plus, le choc provoqué par le fait qu'un membre de leur personnel avait été tué a suscité une détresse psychologique pour ses collègues sur le terrain et ailleurs. Cela a conduit certains d'entre eux à décider de partir. Un grand nombre ont suspendu leurs activités et sont allés à l'hôpital pour pleurer sa mort. Pendant ce temps-là, les services de premiers intervenants de PMRS n'ont plus été disponibles dans la zone de Khan Younès pour le reste de la journée. Ce cas permet de voir que l'impact de la violence a été ressenti ponctuellement au cours de l'incident et dans la zone de l'incident, mais qu'il a aussi eu des répercussions plus grandes au niveau de l'organisation et, à long terme, sur le moral de la communauté de soignants.

Cet exemple renforce l'idée qu'au-delà de l'impact physique d'un incident crucial sur un soignant en particulier, ce même incident peut avoir des conséquences psychologiques directes et indirectes. En termes d'impact psychologique collectif, les incidents graves dépassent l'environnement immédiat et peuvent affecter dans son ensemble l'organisation pour laquelle le soignant touché travaille, et même l'ensemble du secteur de la santé. Dans la bande de Gaza, il existe des projets comme celui du CICR intitulé « Aider les aidants » (Helping the helpers), dont le but de fournir une aide psychologique au personnel médical et non médical qui travaille dans les services d'urgences du ministère de la Santé à Gaza. Mais ce genre de projets n'est pas toujours disponible pour le personnel des ONG, bien qu'ils travaillent ensemble sur le terrain et vivent les mêmes incidents. Les employés et les bénévoles des ONG devraient également bénéficier d'aides leur permettant de garantir leur bien-être physique et mental, en particulier dans les moments critiques. Le personnel soignant ne peut fournir une aide efficace et sûre à ceux qui en ont le plus besoin s'il n'est pas lui-même soutenu en termes de santé physique et mentale.

# CONCLUSIONS

**Les attaques contre les soignants, les structures de santé et les ambulances ne devraient jamais avoir lieu : ni en temps de paix, ni en temps de guerre. Elles constituent des violations graves du DIH et du DIDH.**

Entre le 30 mars et le 16 juin 2018, des professionnels, des ambulances et des structures de soins de tous les acteurs de la santé à Gaza ont subi des attaques intenses. Ces attaques sont intervenues dans un contexte où le système de santé atteignait ses limites en termes de gestion des victimes et devait faire face à une profonde crise structurelle marquée par le manque de médicaments, de consommables, d'argent pour les salaires et de matériel.

Malgré les efforts déployés, la communauté internationale n'a pas été capable d'assurer la protection des services de santé. Israël a continué à manquer à son obligation de respecter et protéger le personnel de santé, les structures de santé et les ambulances, en violation du droit international.

Au cours des dix semaines couvertes par ce rapport, entre le 30 mars et la fin du mois de mai, MDM a pu constater que les ONG palestiniennes étaient capables d'accéder aux blessés et de travailler sans relâche pour fournir une aide précieuse. Cependant, ces ONG ont été victimes de violences répétées atteignant des niveaux sans précédent. Cela a conduit à la mort regrettable d'une de leurs bénévoles, à des douzaines de professionnels de santé blessés, et à l'endommagement d'ambulances malgré l'usage systématique de moyens de visibilité. De manière générale, la violence a limité leur travail sur le terrain et affecté la qualité des services de santé fournis du fait de l'épuisement de leurs équipes, de leur évacuation et de blessures directes.

Outre les séquelles physiques évidentes laissées par les balles sur le corps des professionnels de santé, ces attaques et la mort de leurs collègues ont profondément marqué les soignants. Les conséquences générales en termes de fourniture de services sont difficiles à quantifier ou mesurer, au-delà des histoires, que personne ne raconte, de ceux qui ont été blessés ou tués parce que les personnes censées les aider avaient elles-mêmes été blessées.

Appréhender l'impact de ces incidents violents est essentiel pour promouvoir la protection des services de soins, mettre en œuvre des stratégies de réduction des risques et fournir un soutien psychologique complémentaire, tout cela étant nécessaire pour garantir une aide médicale efficace et sûre. Bien que certaines ONG palestiniennes aient progressivement amélioré leur système de reporting et l'ont intégré à celui de l'OMS et du pays, toutes n'ont pas le même niveau d'accès à ce système ou ne bénéficient pas de procédures de reporting communes. C'est également le cas en ce qui concerne leurs politiques de sécurité, la formation et les mesures pratiques dont bénéficient leurs employés et leurs bénévoles.

Au-delà de ses activités médicales, MDM France en Palestine s'engage à sensibiliser davantage les ONG et les organisations communautaires palestiniennes à la nécessité d'améliorer la sécurité et de réduire les risques pour le personnel soignant.

# RECOMMANDATIONS

Étant données les obligations du DIH et du DIDH auxquelles l'État d'Israël est légalement contraint, MDM appelle Israël à :

- **Garantir que les forces de sécurité israéliennes respectent les normes internationales des droits de l'homme lors d'opérations de maintien de l'ordre ;**
- **Tenir pour responsables tous les auteurs en cas d'usage illégitime de la force ;**
- **Veiller à ce que tous les services de santé et le personnel de santé soient protégés ;**
- **Intégrer les dispositions du DIH dans les cadres légaux nationaux, y compris les sanctions ;**
- **Respecter les résolutions du Conseil de sécurité de l'ONU appelant à la protection et à la responsabilité légale des auteurs d'attaques contre les services de soins.**

**Tous les acteurs sont encouragés à condamner toutes les attaques contre le personnel soignant, les structures de santé et les ambulances, et à promouvoir l'importance de leur protection.**

**Les États tiers doivent s'assurer :**

- Qu'ils ne sont pas liés indirectement à ces violations, notamment par la vente d'armes utilisées pour les commettre ;
- Qu'il existe une vraie responsabilité légale à travers des institutions internationales telles que la Cour pénale internationale.

**Les acteurs de santé et en particulier les ONG de santé palestiniennes doivent :**

- S'engager dans l'amélioration de mesures de sécurité dont :
  - o La révision des politiques de sécurité, en accord avec les directives de l'OMS et les réglementations du DIH et DIDH ;
  - o La fourniture de formations à la sécurité ;
  - o La révision des protocoles et des outils de signalement des incidents ;
  - o Le soutien à une analyse d'impact et de réduction des risques lors d'incidents ;
  - o La fourniture d'équipements de protection pour les premiers intervenants de santé.
- Travailler ensemble pour développer un ensemble de politiques minimales de sécurité qui pourraient inclure un système standard de notification et rapportage des incidents et créer un espace commun pour analyser les tendances et partager les bonnes pratiques ;
- Continuer à renforcer leurs activités de sensibilisation du public et de plaidoyer par des efforts de collaboration.

**Enfin, les autorités palestiniennes doivent :**

- Continuer à renforcer le système national de surveillance existant, en accord avec les standards internationaux ;
- Intégrer davantage les organisations les plus petites, comme les organisations communautaires, au système de surveillance et leur fournir les formations, les outils et les protocoles de sécurité essentiels ;
- Encourager la recherche et l'analyse d'impact au niveau national.





**Contact:**  
**Marcos Tamariz**  
*Coordinateur Plaidoyer*

Médecins du Monde France - Mission Palestine

+972 (0) 595 94 06 50 - + 972 (0) 549 08 73 63  
[coord.adv.palestine@medecinsdumonde.net](mailto:coord.adv.palestine@medecinsdumonde.net)