



LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER

EXPOSÉ D'UNE URGENCE

HALTE À LA VIOLENCE
CONTRE LES SOINS DE SANTÉ

C'EST UNE
QUESTION
DE **VIE**
OU DE **MORT**



CICR



CICR

Comité international de la Croix-Rouge
19, avenue de la Paix
1202 Genève, Suisse
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
E-mail: shop@icrc.org www.icrc.org
© CICR, août 2011

Photo de couverture: Atef Safadi

Nuage de gaz lacrymogènes dans une ambulance lors d'une manifestation.

**LES SOINS DE SANTÉ
EN DANGER**
EXPOSÉ D'UNE URGENCE

UN PROBLÈME D'IMPORTANCE VITALE POUR LE MOUVEMENT INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE ET DU CROISSANT-ROUGE

L'après-midi du 7 janvier 2009, des ambulanciers du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et de la Société du Croissant-Rouge palestinien font une terrible découverte dans une maison du quartier de Zeitoun, à Gaza, bombardée quatre jours plus tôt : douze morts gisent sur le sol et quatre jeunes enfants, trop faibles pour tenir debout, sont étendus à côté du corps sans vie de leurs mères. Les soldats d'un poste de contrôle non loin de là ne sont pas intervenus pour prêter assistance aux victimes et ont interdit aux ambulanciers d'aller les secourir, le jour du bombardement. Lorsque les secouristes reviennent sur les lieux, ils reçoivent à nouveau l'ordre de rebrousser chemin, mais cette fois, ils décident de désobéir et de porter secours aux survivants.

Moins d'un mois plus tard, dans le nord de Sri Lanka, c'est l'hôpital de Puthukkudiyiruppu, dans la région de Vanni, qui se retrouve sous les bombes : parmi les 500 patients qui reçoivent des soins dans cet hôpital, le dernier encore en activité dans cette région déchirée par la guerre, beaucoup sont tués ou blessés. Après avoir été la cible de deux frappes directes, l'établissement doit être évacué, et les patients sont transférés dans un centre communautaire dépourvu d'eau potable.

En septembre de la même année, dans la province afghane de Wardak, des soldats s'introduisent en pleine nuit dans l'hôpital Ghazi Mohammed Khan, à la recherche d'un combattant ennemi blessé. Ne le trouvant pas, ils rassemblent les membres du personnel et leur ordonnent de leur signaler tous les « combattants ennemis » présents dans l'établissement. Lorsque ceux-ci refusent d'obéir au nom de l'éthique médicale, les soldats braquent leurs armes sur eux et menacent de les tuer s'ils ne s'exécutent pas. Après cet incident, plusieurs collaborateurs quitteront leur emploi, terrifiés à l'idée de retourner sur leur lieu de travail.

Enfin, en décembre 2009, un kamikaze se fait exploser lors d'une cérémonie de remise de diplômes dans la capitale somalienne de Mogadiscio, tuant des étudiants

en médecine qui ont travaillé dur pour aider leur pays à sortir de la souffrance et du désespoir où l'ont plongé deux décennies de guerre civile. Cette tragédie prive le peuple somalien de médecins qui lui font cruellement défaut, d'autant que c'est seulement la deuxième promotion de diplômés en médecine depuis vingt ans.

Ces incidents, qui se sont tous produits en 2009 dans le cadre de quatre conflits différents, ne sont pas des faits isolés : les attaques contre les structures médicales, les personnels de santé et les véhicules sanitaires, et les obstacles qui entravent l'accès des blessés et des malades aux services de santé sont en effet devenus monnaie courante dans les situations de conflit et de troubles internes, partout dans le monde. Ces actes ont en outre d'importantes conséquences indirectes : des agents de santé abandonnent leur travail, des hôpitaux ferment leurs portes et des campagnes de vaccination sont interrompues. Ces répercussions multiples et désastreuses privent des communautés entières d'accès à des services adéquats. La violence dirigée contre les patients et les personnels ou les structures de santé, qu'elle se manifeste par des actes ou des menaces, est ainsi l'un des défis humanitaires majeurs auxquels le monde fait face aujourd'hui. Et pourtant, elle passe souvent inaperçue.





Christopher Morris/VII

Réaffirmer le rêve d'Henry Dunant

Porter assistance aux blessés, quel que soit leur camp, telle est l'idée qui a donné naissance au Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge il y a plus de 150 ans, sur le champ de bataille ensanglanté de Solférino, en Italie. En juin 1859, Henry Dunant, un commerçant suisse, est témoin de ce terrible carnage. Horrifié par tant de souffrances, il fait appel aux habitants des environs pour qu'ils viennent en aide aux blessés, Autrichiens ou Français, sans distinction aucune. « Tutti fratelli », tous frères, c'est la devise des secouristes improvisés qui s'emploient à ce que les 40 000 soldats blessés ou agonisants soient traités avec la décence que mérite tout être humain : qui de distribuer un peu d'eau pour étancher la soif, qui d'appliquer un bandage propre sur une blessure, ou encore de recueillir quelques dernières paroles, pour qu'une mère, une épouse ou un enfant puisse savoir ce qu'il est advenu de son fils, de son mari ou de son père.

C'est sur ces bases modestes que le droit international humanitaire verra le jour, affirmant le droit des combattants comme des civils à ne pas endurer des souffrances excessives lors de conflits armés, et à recevoir une assistance. Pour traduire cette idée dans la pratique, il faut aussi que les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires bénéficient d'une

protection : toute attaque à leur encontre est interdite, tant que la neutralité de leur fonction est préservée et que tous les patients sont traités équitablement, sans considération de leur appartenance politique, religieuse ou ethnique. Les emblèmes protecteurs tels que la croix rouge, le croissant rouge et le cristal rouge sont alors adoptés afin d'identifier clairement les structures médicales, les personnels de santé et les véhicules sanitaires en tant qu'entités protégées. Consacrées par les quatre Conventions de Genève de 1949, leurs Protocoles additionnels et le droit international coutumier, ces dispositions lient le droit de recevoir des soins de santé à l'obligation pour toutes les parties à un conflit de rechercher et de recueillir les blessés après le combat, et de leur faciliter l'accès aux structures médicales. Quant au droit des droits de l'homme, il protège les soins de santé en tout temps, y compris dans les situations de troubles internes. Il s'agit là de normes juridiques contraignantes pour tous les États et toutes les parties à un conflit partout dans le monde. Pourtant, elles ne sont pas toujours respectées.

En 2008, le CICR a lancé une étude pour déterminer l'incidence de la violence sur la fourniture des soins de santé dans 16 pays où il menait des opérations. Des informations faisant état d'incidents ont été collectées auprès de diverses sources, dont des organisations actives dans le domaine de la santé, des collaborateurs de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des médias. Les données recueillies ont été analysées pour recenser les formes de violence les plus graves, qui sont présentées dans les pages suivantes. Or, si les statistiques révèlent que les attaques contre les patients, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires sont fréquentes, elles parviennent cependant difficilement à rendre compte de toute l'étendue du problème, en particulier dans les régions auxquelles les organisations humanitaires et les journalistes ne peuvent pas accéder, comme c'est souvent le cas au Pakistan et en Afghanistan. En outre, les statistiques ne montrent pas les effets multiplicateurs indirects qu'ont ces attaques, par exemple lorsque des établissements de santé ferment leurs portes et que leurs employés désertent leur poste. Pour donner toute la mesure du problème, la présente publication s'attache tout d'abord à examiner les principales perturbations que subissent les services de santé lors de conflits armés ou de troubles civils, avant d'étudier de façon plus détaillée certains types de violence spécifiques.

LES COÛTS MULTIPLES DE LA VIOLENCE

La violence perturbe les services de soins de santé au moment où on en a le plus besoin.

Les conflits armés et les troubles internes, tels que les manifestations violentes ou les émeutes, font des blessés dans les rangs de ceux qui y participent directement et parmi ceux qui en subissent les effets. Les personnes gravement blessées doivent recevoir des soins au plus vite. Or, c'est précisément lorsque les besoins sont les plus importants que les services de santé risquent le plus de subir des perturbations, des entraves et des attaques. La violence, sous forme d'actes ou de menaces, compromet la fourniture des soins de santé de plusieurs manières.

Tout d'abord, lorsque des combats se déroulent à proximité de structures médicales, ils entravent l'accès des blessés et des malades, des personnels de santé et des véhicules qui transportent des médicaments et du matériel médical de première nécessité vers ces établissements. Les affrontements peuvent en outre perturber l'approvisionnement en eau et en électricité, ainsi que la fourniture de carburant pour les générateurs de secours. C'est ce qui est arrivé à Abidjan, la capitale ivoirienne, en mars 2011, lorsque d'intenses combats ont empêché les ambulances d'évacuer les blessés, et l'organisation médicale humanitaire Médecins sans frontières (MSF) de réapprovisionner l'hôpital d'Abobo Sud, seul établissement encore opérationnel dans le secteur nord de la ville. Et tandis que des dizaines de blessés affluaient chaque jour tant bien que mal vers l'hôpital, les stocks de fournitures médicales ont très vite commencé à s'épuiser. « Si cette situation devait se prolonger encore quelques jours, l'hôpital se retrouverait vite à court d'anesthésiants, de compresses stériles et de gants chirurgicaux », s'était alors inquiété le docteur Salha Issoufou, chef de mission pour MSF.

Il arrive également que la violence contraigne des civils, entre autres des membres du personnel de santé et leurs familles, à se déplacer vers des endroits plus sûrs. Le ministère irakien de la Santé a ainsi indiqué que sur 34 000 médecins, 18 000 avaient fui le pays entre 2003 et 2006. La Libye, où une grande proportion de la main d'œuvre médicale – le personnel infirmier en



particulier – était constituée de travailleurs migrants, n'a pas non plus été épargnée par l'exode des professionnels de la santé depuis que les troubles ont éclaté, au début de l'année 2011. Lorsqu'en février, les gouvernements étrangers ont donné l'ordre à leurs ressortissants d'évacuer le pays, de nombreuses structures médicales essentielles, notamment les hôpitaux de Benghazi et de Misrata, se sont soudainement retrouvées dans une situation critique, faute de personnel suffisant. Aujourd'hui, cette pénurie de main d'œuvre a des répercussions non seulement pour les personnes blessées dans les combats, mais également pour les Libyens qui sont atteints de maladies chroniques et nécessitent des soins réguliers.

Enfin, la violence freine la mise en œuvre d'importants programmes de santé préventive, comme les campagnes de vaccination, ce qui peut avoir des



Peter DiCampo/III Mentor Program

D'une capacité de 12 lits, l'hôpital d'Abobo Sud, à Abidjan, a pris en charge plus de 130 patients lors des violences post-électorales de 2011.



André Liohn/CICR

Le principal hôpital de Misrata (Libye) a dû être évacué quand des hommes armés l'ont utilisé comme base d'opérations.

conséquences à long terme. La lutte pour éradiquer la poliomyélite, par exemple, a essuyé des revers dans des pays comme l'Afghanistan, le Pakistan et la République démocratique du Congo, où la sécurité des équipes de vaccination est difficile à assurer. Les conflits causent en outre le déplacement de personnes vers des régions souvent hors de portée des systèmes de santé en place, et ce, au moment même où elles sont les plus vulnérables aux maladies.

Les perturbations des services de santé dues à la violence sont moins visibles et plus difficiles à mesurer que les attaques proprement dites contre les personnels de santé et les structures médicales. Elles sont néanmoins tout aussi fatales aux blessés et aux malades qui ne parviennent pas à obtenir l'assistance dont ils ont besoin.

SÉCURISER L'ACCÈS POUR ÉRADIQUER LA POLIO

Depuis plus de 20 ans, d'importants efforts ont été déployés pour venir à bout de la poliomyélite. Si d'énormes progrès ont été réalisés dans la réduction de la transmission et du nombre de cas recensés dans le monde, la violence qui sévit dans quelques pays clés est un obstacle de taille à l'éradication totale de cette terrible maladie. Dans deux des quatre pays où la polio est endémique – le Pakistan et l'Afghanistan –, la couverture vaccinale est limitée en raison des combats ou du manque de garanties de sécurité qui empêche les équipes de vaccination d'accéder à toutes les régions touchées. En outre, les offensives militaires provoquent des déplacements de population qui favorisent la propagation de la maladie à des zones jusqu'à épargnées. En 2008, la province du Punjab, au Pakistan, alors exempte de poliomyélite depuis deux ans, a connu une nouvelle flambée de la maladie à la suite d'un afflux de personnes fuyant la violence dans le Khyber Pakhtunkhwa et les zones tribales sous administration fédérale. Des centaines de milliers d'enfants restent, aujourd'hui encore, hors de portée des campagnes de vaccination dans certaines régions de l'Afghanistan et du Pakistan.

En 2007, le ministère afghan de la Santé et l'Organisation mondiale de la santé ont demandé au CICR de mettre à profit ses contacts privilégiés avec l'opposition armée en Afghanistan pour négocier le passage en toute sécurité des équipes de vaccination. Même si des régions restent inaccessibles, les garanties de sécurité ainsi obtenues ont permis de relancer la campagne dans tout le pays, et d'augmenter considérablement la couverture vaccinale.

« L'une des premières victimes de la guerre est le système de santé lui-même. »

Marco Balzan, chirurgien de guerre en chef du CICR



Un médecin constate l'étendue des dégâts causés par un missile à l'hôpital Adnan Khairallah, à Bagdad.

LA VIOLENCE CONTRE LES STRUCTURES MÉDICALES

Par violence, on entend notamment les bombardements, les tirs d'artillerie et à l'arme légère, les pillages, les effractions, les manœuvres d'encercllement et tout autre acte entravant par la force le fonctionnement des structures médicales (par exemple en les privant d'eau et d'électricité).

Les structures médicales sont entre autres, les hôpitaux, les laboratoires, les dispensaires, les postes de premiers secours, les centres de transfusion sanguine, les dépôts de matériel médical et les pharmacies de ces unités.

Les attaques contre les structures médicales lors de violences armées et de troubles internes se rangent en quatre grandes catégories. La première comprend les actes de violence délibérée contre ces structures pour obtenir un avantage militaire en privant l'opposant, et ceux soupçonnés de le soutenir, de l'assistance médicale nécessaire pour soigner les blessés. Ces attaques peuvent aussi avoir pour objectif de répandre la terreur parmi la population en prenant pour cible des infrastructures protégées. En outre, des attaques sont parfois lancées pour délivrer des combattants détenus qui sont hospitalisés. L'attaque contre l'hôpital Jinnah, à Lahore (Pakistan), en juin 2010, avait précisément pour but de délivrer un activiste blessé, capturé après

un attentat dans une mosquée, où 80 fidèles avaient trouvé la mort. Trois hommes armés en uniforme de police sont entrés dans l'hôpital et ont fait feu de manière indiscriminée, tuant des employés, des visiteurs et des agents de sécurité.

La deuxième catégorie d'attaques contre les structures médicales comprend les actes de violence délibérée perpétrés pour des raisons politiques, religieuses ou ethniques, plutôt que pour obtenir un avantage militaire en tant que tel. Les exemples suivants rentrent dans cette catégorie: l'incendie déclenché dans un dispensaire géré par des Ouzbeks au Kirghizistan lors des violences ethniques en juin 2010; le bouclage et la prise de contrôle de l'hôpital Salmaniya par les militaires au début de l'année 2011 à Bahreïn, parce que soupçonné de soutenir les manifestants antigouvernementaux; et l'attentat contre un hôpital de Karachi, en février 2010, qui visait les survivants d'une attaque à caractère religieux contre un bus transportant des membres d'une minorité chiite.

La troisième catégorie a trait aux effets involontaires des bombardements et des tirs d'obus ou de missiles contre une cible militaire. Ces « dommages collatéraux » sont particulièrement fréquents lors d'opérations militaires menées dans des zones urbaines très peuplées. Les auteurs de ce genre d'attaques sont censés prendre toutes les précautions possibles pour distinguer entre

cibles légitimes et illégitimes. Or, dans les conflits en Libye, à Sri Lanka, en Somalie, dans le territoire palestinien occupé, au Liban, au Yémen et au Rwanda, des structures médicales ont subi de graves dommages, officiellement causés par erreur. Ces établissements sont d'autant plus menacés s'ils se trouvent à proximité d'installations militaires. Aussi incroyable que cela puisse paraître, les 12 obus qui se sont abattus sur l'hôpital Medina de Mogadiscio, le 12 avril 2011, ne visaient pas l'établissement de santé lui-même, clairement signalé comme tel, mais des représentants du Gouvernement fédéral de transition qui assistaient à une réunion militaire de haut niveau non loin de là. Si 11 obus n'ont miraculeusement pas explosé, un des engins a blessé deux gardes et semé la panique parmi les patients et le personnel de santé. D'autres obus ont toutefois atteint leur cible, tuant au moins trois personnes au quartier général du Gouvernement fédéral de transition.

La quatrième forme de violences contre les structures médicales – sans doute la plus fréquente – regroupe les vols de médicaments ou d'équipements médicaux. Ces actes visent parfois à obtenir du matériel médical pour soigner des combattants blessés craignant de se rendre dans un établissement de santé. Néanmoins, ils sont le plus souvent commis à des fins purement criminelles. En 2003, à Bagdad, le pillage des hôpitaux et la destruction d'infrastructures et de dépôts de matériel médical ont été pratiqués à une si grande échelle que tout le système de santé de la ville s'est littéralement effondré. Les hôpitaux ont été contraints de fermer, abandonnant à leur sort blessés et mourants.

Emploi abusif des structures médicales

Les structures médicales conservent leur statut protégé tant qu'elles sont exclusivement affectées à la prise en charge des blessés et des malades, et ne sont pas utilisées pour atteindre des objectifs militaires. Malheureusement, la neutralité des établissements de santé est souvent compromise, parce qu'ils sont utilisés pour stocker des armes ou lancer des attaques. Lors de violences interpalestiniennes, par exemple, des combattants se sont mis à couvert dans des hôpitaux, mettant gravement en danger les patients et le personnel hospitalier, qui risquaient d'être pris dans les feux croisés. Des informations provenant de Libye indiquent que

des tireurs se seraient embusqués dans l'hôpital d'Ajdabiya. La présence de combattants armés dans un établissement de santé à des fins autres que médicales compromet aussi son statut protégé. En août 2009, des insurgés armés sont entrés dans un dispensaire dans la province de Paktika, en Afghanistan, exigeant que leur commandant blessé soit soigné. Des tirs ont alors été échangés avec les forces armées à l'extérieur de l'établissement, jusqu'à ce qu'un hélicoptère de combat lance des roquettes sur le bâtiment, tuant tous les insurgés sauf un et réduisant en cendres la section réservée aux hommes.



Une partie de cet hôpital ayant été détruite, des patients ont dû être déplacés au sous-sol.

CE QUE DIT LE DROIT :

- Les structures de santé doivent être respectées et protégées en tout temps, et ne doivent pas être l'objet d'attaques.
- Les emblèmes protecteurs signalant les unités médicales, tels que la croix rouge, le croissant rouge et le cristal rouge, doivent être respectés en toutes circonstances.
- Les armes légères ne sont autorisées dans les structures médicales qu'à des fins de protection personnelle, ou pour protéger les blessés et les malades, par exemple contre des bandits. La présence de toute autre arme dans un établissement de santé compromet sa neutralité.
- Les structures médicales perdent leur protection si elles sont utilisées pour commettre des « actes nuisibles à l'ennemi ».
- Par « actes nuisibles à l'ennemi », on entend notamment l'utilisation des structures de santé pour abriter des combattants valides, y entreposer des armes ou des munitions, y installer un poste d'observation militaire, ou couvrir des opérations militaires.

L'HÔPITAL DU CICR À KIGALI : UN ÎLOT D'HUMANITÉ DANS UN OCÉAN D'INHUMANITÉ

Ce qui est arrivé à Kigali, la capitale du Rwanda, durant le génocide de 1994, est un bel exemple de respect de l'inviolabilité d'un hôpital, de son personnel et de ses patients. Lors des massacres perpétrés sans merci trois mois durant contre les membres de la minorité tutsie et les personnes suspectées de les soutenir, les équipes du CICR et de MSF ont sauvé des dizaines de milliers de vies dans un complexe protégé uniquement par le drapeau de la Croix-Rouge. Elles se sont aventurées dans les rues pour récupérer les blessés, avec pour seule arme leurs badges, leur courage et la force de leurs arguments pour éviter qu'ils ne soient arrachés des ambulances. L'hôpital a été plusieurs fois menacé et endommagé par des tirs de roquettes, mais aucun de ceux qui ratissaient la ville pour trouver de nouvelles victimes n'y est jamais entré de force. L'hôpital en a même rappelé certains à la raison, comme ces miliciens sur le point de fuir la ville, qui ont emmené à l'hôpital une infirmière tutsie séquestrée depuis trois mois. « Nous avons décidé de ne pas la tuer bien qu'elle soit tutsie », ont-ils déclaré à Philippe Gaillard, chef de la délégation du CICR. « En tant qu'infirmière, elle sera plus utile dans votre hôpital que morte. »

LA VIOLENCE CONTRE LES BLESSÉS ET LES MALADES

Par violence, on entend notamment le fait de tuer, de blesser, de harceler ou d'intimider les patients ou les personnes qui tentent d'avoir accès à des soins de santé ; de bloquer ou d'entraver l'accès rapide aux soins de santé ; de manquer délibérément au devoir d'assistance ou de refuser de fournir une assistance ; de pratiquer la discrimination dans l'accès aux soins de santé ou dans la qualité des soins ; et d'interrompre les soins médicaux.

Les blessés et les malades sont, entre autres, toutes les personnes – civiles ou militaires – qui ont besoin d'une assistance médicale et qui s'abstiennent de tout acte d'hostilité. Sont également inclus dans cette catégorie les femmes enceintes ou en couches, les nouveau-nés et les infirmes.

L'une des pires attaques jamais commises contre des blessés et des malades s'est produite en novembre 1991, dans la ville croate de Vukovar. Le jour même où le CICR était parvenu à un accord garantissant la neutralité de son hôpital, 300 patients et leurs proches ont été contraints de monter dans des bus. Les corps de 200 d'entre eux ont ensuite été retrouvés dans une fosse commune, tandis que 51 personnes sont toujours portées disparues. Des patients ont aussi été exécutés dans des ambulances ou des structures médicales en Sierra Leone, en Colombie, au Liban, en République démocratique du Congo et dans le territoire palestinien occupé, ou encore lors de violences entre gangs au Mexique. Des cas similaires ont également été signalés en Libye. En septembre et en octobre 2000, en Colombie, des patients ont été exécutés dans des ambulances du CICR par des paramilitaires, mais aussi par des rebelles, en guise de représailles. Le CICR a alors été contraint de suspendre les évacuations et les transferts de patients jusqu'à ce qu'il obtienne la garantie que ses ambulances et les patients seraient respectés.

À ces attaques intolérables s'ajoutent les obstacles auxquels les blessés et les malades se heurtent, plus fréquemment encore, lorsqu'ils tentent d'accéder rapidement aux soins de santé. Si l'accès aux soins est parfois délibérément bloqué, ces obstacles consistent,



« Ils sont entrés par le parking, nous ont ordonné, sous la menace d'une arme, de nous coucher par terre, puis ont abattu le patient sur la civière et sont repartis comme si de rien n'était. »

Témoignage d'un volontaire ayant assisté à l'exécution d'un patient dans les locaux de la Croix-Rouge

la plupart du temps, en des routes fermées ou des attentes prolongées aux postes de contrôle pour des raisons de sécurité. Que ces mesures de sécurité se justifient ou non, les importants retards qu'elles provoquent aux postes de contrôle lorsque des véhicules sont fouillés et leurs passagers interrogés peuvent coûter des vies. Et essayer de s'y soustraire s'avère périlleux : en Irak et en Afghanistan, on recense de nombreux cas de véhicules qui ont été la cible de tirs alors qu'ils tentaient de contourner la file d'attente. Les routes sont parfois fermées durant de longues heures pour les débarrasser d'éventuels engins explosifs ou à la suite d'incidents de sécurité, avec des conséquences parfois dramatiques. Une fillette blessée dans une explosion à Chahar Dara, dans la province de Kunduz (Afghanistan), est décédée le 3 février 2010, peu après son arrivée à l'hôpital.



Alejandro Bringas/Reuters

Des hommes armés ont arrêté cette ambulance pour tuer un commandant de police qui était transporté à l'hôpital.

En vertu du droit international humanitaire, nul ne peut être laissé de façon préméditée sans secours médical ou sans soins.



Asmaa Waguih/Reuters



Des civils blessés sont évacués par ferry de Puttumatalan à Trincomalee (Sri Lanka).

Il avait fallu la porter à dos d'homme durant une heure parce que l'armée avait fermé la route qui menait à l'établissement.

Parfois, les forces armées et les services de maintien de l'ordre décident d'arrêter ou de détenir un patient pour l'interroger. Leur demande est en soi totalement légitime, mais les autorités détentrices ont alors l'obligation d'assurer la continuité des soins médicaux, ce qui s'avère difficile dans des contextes où les lieux de détention sont dépourvus de services de santé appropriés. En Afghanistan et au Pakistan, les autorités locales ont été réceptives aux demandes du CICR de faire primer les soins de santé sur les interrogatoires, en permettant aux blessés de voir un médecin avant d'être interrogés. Dans d'autres contextes, il est plus difficile de se faire entendre : en mars 2010, quatre patients du centre de santé géré par MSF à Katanga, dans le Sud-Kivu (République démocratique du Congo), ont été emmenés par des soldats en dépit des protestations des chirurgiens de MSF, qui ont tenté de les dissuader de déplacer les blessés au vu de leur état de santé.

Dans certains contextes, les blessés et les malades font l'objet de discrimination dans l'accès aux soins de santé ou dans la qualité des soins fournis. Bien que cela soit interdit par le droit international humanitaire et le droit des droits de l'homme, et contraire à l'éthique médicale, il arrive que les membres du personnel de santé refusent de soigner des patients ou leur prodiguent des

soins de moins bonne qualité, en raison de leur origine ethnique, de leur religion ou de leur appartenance politique. Cela a été le cas durant les violences interethniques au Kirghizistan et au Rwanda, durant des périodes de tensions politiques, notamment au Zimbabwe et au Liban, et dans des pays où des minorités sont opprimées, comme les musulmans rohingyas au Myanmar. Lors des troubles qui ont récemment éclaté à Bahreïn, en Syrie et au Yémen, des manifestants n'ont pas osé se rendre dans les structures médicales par crainte d'être repérés à leurs blessures et de subir de violentes représailles.

Enfin, le fait que des combattants manquent à leur devoir de rechercher les blessés, de leur prêter assistance et de les évacuer constitue également une violation des droits des blessés et des malades. Fréquemment commises dans les conflits armés, de telles violations sont toutefois difficiles à prouver. L'incident survenu à Gaza, où des soldats tenant un poste de contrôle ont ignoré les cris de femmes blessées et agonisantes et de leurs enfants affolés, n'est pas un cas isolé. Dans le monde entier, des combattants négligent leur responsabilité de venir en aide aux civils pris dans des tirs croisés. Ce sont systématiquement des proches ou des voisins qui emmènent les victimes civiles à l'hôpital, non pas des hommes et des femmes en uniforme ou armés. Or, ces proches et voisins de victimes sont tout aussi vulnérables aux attaques et à la discrimination que n'importe quel patient qui se rend ou se trouve dans une structure de santé.

CE QUE DIT LE DROIT :

Les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977 énoncent les règles suivantes :

- Les blessés et les malades, ainsi que les infirmes et les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une protection et d'un respect particuliers.
- Les blessés et les malades doivent être protégés contre le pillage et les mauvais traitements.
- Personne ne sera laissé de façon préméditée sans secours médical, ou sans soins.
- Chaque fois que les circonstances le permettent, et notamment après des combats, chaque partie au conflit doit sans tarder prendre toutes les mesures possibles pour rechercher, récupérer et évacuer les blessés et les malades, sans aucune distinction de caractère défavorable.
- Le rôle particulier que joue le CICR en facilitant la création de zones neutralisées destinées à mettre les blessés, les malades et les civils à l'abri des dangers des combats est reconnu.
- La première obligation des parties à un conflit est de prendre en charge les blessés et les malades. Les soins prodigués par la population locale, les organisations humanitaires ou des tiers ne dispensent pas les parties au conflit de leurs obligations.

Le droit des droits de l'homme, en application de la Déclaration universelle des droits de l'homme, du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et de plusieurs autres conventions, prévoit que :

- Toute personne a droit à la vie. Les États doivent s'abstenir d'entraver ou de retarder délibérément la fourniture de soins de santé aux blessés et aux malades en danger de mort.
- Lorsque le recours à la force est inévitable, les membres des forces de l'ordre doivent veiller à ce que les victimes reçoivent une assistance médicale dans les plus brefs délais.
- Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Les États doivent au moins fournir des soins de santé primaires essentiels.
- Toute personne a le droit d'avoir accès à des structures et à des services médicaux essentiels sans aucune forme de discrimination. Les États doivent s'abstenir de refuser ou de limiter arbitrairement cet accès, notamment lorsqu'il s'agit d'opposants politiques.
- Les États doivent prendre des mesures concrètes pour aider les individus à obtenir le respect de leur droit à la santé.

DES SOINS POUR TOUS, SANS DISCRIMINATION AUCUNE

En Somalie et au Pakistan, deux des contextes les plus dangereux au monde, le personnel des hôpitaux soutenus par le CICR prend en charge les patients, quel que soit leur camp. Dans la situation tendue qui prévaut au Pakistan, ce n'est qu'après une année de négociations et de nombreux revers que le CICR a pu garantir la neutralité de l'hôpital de Peshawar. Dans les hôpitaux Medina et Keysaney, en Somalie, le personnel de santé ne pose aucune question aux patients sur leur appartenance clanique ou politique. En octobre 2009, des tracts qui montraient des images de grenades et de pistolets ont été diffusés dans le complexe de l'hôpital Medina, enjoignant le personnel de cesser de soigner « l'ennemi ». Malgré tout, le directeur de l'hôpital, Mohammed Yusuf, a déclaré que les menaces ne remettraient pas en question leur manière de travailler. « Les gens doivent comprendre que les agents de santé sont neutres et fournissent des soins à tous ceux qui en ont besoin, même aux auteurs de ces tracts et à leurs proches. »



Depuis qu'il a été agressé, Mohammed Yusuf, directeur de l'hôpital Medina à Mogadiscio, est sous protection armée 24 heures sur 24.



LA VIOLENCE CONTRE LES PERSONNELS DE SANTÉ

Par violence, on entend notamment le fait de tuer, de blesser, d'enlever, de harceler, de menacer, d'intimider et de dévaliser des membres du personnel de santé ; ou encore de les arrêter pour avoir accompli leurs tâches médicales.

Les personnels de santé sont, entre autres, les médecins, le personnel infirmier et paramédical – comme les secouristes –, le personnel de soutien assigné à des fonctions médicales, le personnel administratif des structures médicales et les ambulanciers.

Les personnels de santé font face à de nombreux défis lorsqu'ils travaillent dans des conflits armés et autres situations de violence. Ils doivent notamment adapter leurs standards en fonction des ressources dont ils disposent, et gérer des afflux massifs de personnes ayant besoin de secours immédiats. Au-delà de ces défis purement professionnels, ils sont en outre exposés à de graves dangers liés à la nature même de leur travail.

L'Irak a été le théâtre de quelques-unes des pires attaques dirigées contre des personnels de santé. En 2008, le ministère irakien de la Santé estimait que plus de 625 agents de santé avaient perdu la vie depuis 2003. En 2007, par exemple, de nombreux médecins ont été délibérément pris pour cible dans une vague d'attentats qui a notamment coûté la vie au docteur Mohammed Ajil, directeur de l'hôpital psychiatrique de Bagdad, abattu par des hommes à moto alors qu'il rentrait chez lui. Des centaines d'autres médecins ont reçu des menaces de mort ou ont été enlevés, parfois contre rançon, mais aussi pour des motifs politiques ou religieux. Plus de la moitié des médecins que comptait le pays ont fui à l'étranger, tandis que la plupart de ceux qui sont restés sont aujourd'hui contraints de vivre sur leur lieu de travail, s'ils ne veulent pas risquer leur vie en rentrant chaque jour chez eux.

La violence contre les personnels de santé est aussi très répandue en Afghanistan, où ils sont souvent l'objet de menaces, de harcèlement et d'attaques. Dans ce pays, des dizaines de membres du personnel médical ont été enlevés, tantôt pour de l'argent, tantôt pour leurs compétences, se voyant alors contraints de donner des



André Liohn/CICR

Un médecin pleure la mort de quatre amis (un confrère, un conducteur d'ambulance et deux infirmiers), tués lors d'une attaque aérienne sur la route entre Ajdabiya et Brega (Libye).

soins à des combattants blessés qui craignaient d'être arrêtés s'ils recouraient aux services d'un établissement public. Au cours de la longue guerre qui a déchiré Sri Lanka, des médecins et d'autres personnels de santé ont fait l'objet de menaces ou ont été tués pour avoir « prodigué des soins à l'ennemi ». En décembre 2008, la moitié des médecins en activité à Vavuniya ont reçu une lettre anonyme postée à Colombo, dans laquelle on leur signifiait qu'un médecin tamoul serait tué pour venger la mort d'un médecin cinghalais assassiné dans le district de Batticaloa.

Si les personnels de santé locaux sont les principales victimes de la violence, qu'elle se manifeste sous forme d'actes ou de menaces, les employés des organisations humanitaires étrangères ne sont pas non plus épargnés. En décembre 1996, six collaborateurs expatriés du CICR qui travaillaient dans l'hôpital de campagne de Novye Atagi, en Tchétchénie, ont été assassinés à bout portant pendant leur sommeil, lors d'une attaque préméditée contre cet établissement. Un septième délégué, donné alors pour mort, a survécu. Munis d'armes à silencieux, les assassins avaient clairement l'intention de tuer tous les collaborateurs expatriés.

S'ils n'ont pas pu mener à bien leurs plans, c'est uniquement parce que l'alarme a été donnée. Au nombre des victimes figuraient quatre infirmières, une administratrice médicale et un technicien en bâtiment. Le CICR a alors suspendu ses opérations dans toute la Tchétchénie, transférant la responsabilité de l'hôpital au ministère tchétchène de la Santé.

En temps de conflit armé, les personnels de santé les plus exposés sont sans doute les secouristes et les médecins présents sur les lignes de front pour prodiguer des soins vitaux aux blessés et les évacuer en lieu sûr. Ils risquent à tout moment d'être attaqués, pris dans les feux croisés, ou blessés par des engins non explosés dispersés sur le sol. Entre 2004 et 2009, 57 volontaires du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont été tués ou blessés dans l'exercice de leurs fonctions. De tels incidents ne sont cependant pas l'apanage des situations de conflit armé. En 2010, effrayés par l'insécurité croissante, les personnels de santé mexicains se sont mis en grève, exigeant des solutions pour mettre fin à la violence. Dans de nombreuses régions du Mexique, les agents de santé hésitent toujours davantage à donner des



soins aux personnes blessées par balle qu'ils soupçonnent d'appartenir à des gangs criminels, de peur d'être eux-mêmes, un jour, la cible de violences.

Il arrive aussi que des membres du personnel médical soient arrêtés pour s'être acquittés de leur obligation de soigner toutes les personnes ayant besoin de leurs services, indépendamment de qui elles sont et de ce qu'elles ont fait. À Sri Lanka, trois médecins qui travaillaient dans le nord du pays ont été faits prisonniers en 2009. Au Yémen, des volontaires du Croissant-Rouge soupçonnés de sympathiser avec les insurgés ont été arrêtés lors des troubles qui ont éclaté début 2011. Enfin, à Bahreïn, 47 médecins et membres du personnel infirmier qui prodiguaient des soins aux manifestants ont été arrêtés lors de vastes coups de filet menés contre les personnels de santé en marge de la répression des manifestants. Ils risquent de devoir répondre d'autres chefs d'accusation devant un tribunal militaire.

Même en temps de paix, dans de nombreux pays, les personnels de santé doivent faire face à des menaces inacceptables de la part des patients ou de leurs proches, insatisfaits de la qualité des soins. Une étude réalisée dans six hôpitaux libanais en 2009 a révélé qu'au cours de cette année, 80% du personnel des services d'urgence avait été agressé verbalement, et 25% physi-

« Je suis absolument convaincu qu'un des missiles nous visait personnellement. Je ne peux pas affirmer avec certitude qu'on cherchait à nous tuer ; on voulait peut-être juste nous dissuader d'approcher. Ce qui est sûr, c'est qu'il nous était bien destiné. »

Khaled Abu Saada, conducteur d'ambulance du Croissant-Rouge palestinien

quement. Plus des deux tiers de ces agressions étaient le fait de parents ou d'amis de patients. Cette tendance est encore plus marquée dans les pays en pleine guerre. On a vu, en Irak et en Somalie, des combattants armés prendre d'assaut des services d'urgence et des salles d'opération pour exiger qu'un ami, un proche ou un compagnon d'armes soit immédiatement pris en charge.



Roger Arnold

Les personnels de santé qui dispensent des soins vitaux aux blessés risquent eux aussi souvent leur vie.

CE QUE DIT LE DROIT :

- Les personnels de santé, qu'ils soient militaires ou civils, ne doivent pas être l'objet d'attaques ou d'autres actes susceptibles de nuire.
- Les personnels de santé ne doivent pas être gênés dans l'accomplissement de leurs tâches de nature exclusivement médicale.
- Les parties à un conflit ne doivent ni harceler ni punir les personnels de santé pour avoir accompli des tâches conformes à la déontologie médicale ; elles ne doivent pas non plus les contraindre à exercer des actes contraires à la déontologie, ni les empêcher d'accomplir des actes exigés par celle-ci.
- Il ne sera pas exigé des personnels de santé qu'ils privilégient qui que ce soit, sauf pour des raisons médicales. Ce sont eux qui décideront, dans le respect de la déontologie, quel patient sera pris en charge en priorité.
- La protection due aux personnels de santé ne cesse que s'ils commettent, en dehors de leurs fonctions humanitaires, des actes nuisibles à l'ennemi.

UN ACCÈS PLUS SÛR POUR LES AGENTS DE SANTÉ EN COLOMBIE

Santa Cruz est un village isolé du sud-est de la Colombie, infesté de mines terrestres et d'autres restes explosifs de guerre. La seule infirmière du village risque de mourir ou d'être mutilée chaque fois qu'elle s'aventure hors du centre médical pour faire une visite à domicile ou une tournée de vaccination avec sa glacière. « Ici, quand on sort, c'est à nos risques et périls », lance-t-elle avec un sourire qui cache un certain malaise. Elle est bien consciente, en effet, de ce que cela signifierait pour elle, comme pour les habitants du village, de poser le pied au mauvais endroit. Afin d'améliorer sa sécurité, de même que celle de milliers d'autres personnes qui sont dans la même situation en Colombie, l'Unité contamination par les armes du CICR forme les agents de santé à des techniques pour éviter de rouler ou de marcher sur des engins explosifs. Ils apprennent aussi à quoi ils doivent être attentifs et ce qu'ils doivent faire s'ils se retrouvent au milieu d'un champ de mines, ou s'ils sont victimes de ces engins meurtriers. En outre, le CICR rend toutes les parties au conflit attentives aux conséquences de l'utilisation de ces armes pour les civils.



Raul Arboleda/Photo AFP



Abnar Tanoli/Reuters

LA VIOLENCE CONTRE LES VÉHICULES SANITAIRES

Par violence, on entend notamment le fait d'attaquer et de voler des véhicules sanitaires, ou d'entraver leurs mouvements.

Les véhicules sanitaires sont, entre autres, les ambulances, les bateaux ou avions sanitaires, qu'ils soient civils ou militaires, et les véhicules transportant du matériel ou des équipements médicaux.

La dernière forme de violence exercée contre les soins de santé est celle qui touche les véhicules sanitaires. Il va de soi que les règles de droit qui protègent les structures médicales, les personnels de santé et les véhicules sanitaires se chevauchent dans une large mesure, et que les types d'attaques qu'ils subissent présentent des similitudes. Néanmoins, le caractère récurrent des attaques contre les véhicules sanitaires et l'emploi abusif qu'il en est fait, plus fréquemment encore, pour tromper l'ennemi justifient de traiter séparément de ce sujet.

En pleine guerre, lorsqu'elles circulent pour récupérer et prendre en charge les blessés, les ambulances sont parfois prises sous les tirs, accidentellement ou délibérément. Le Croissant-Rouge libyen a signalé qu'en mai

2011, trois de ses ambulances ont fait l'objet d'attaques dans des incidents différents, qui ont coûté la vie à un membre du personnel infirmier et blessé un patient et trois volontaires, en l'espace de quatre jours. Un autre volontaire a aussi été tué à Zlitan. Ces lourdes pertes rappellent cruellement le conflit au Liban, en 2006 : le 11 août, deux ambulances de la Croix-Rouge libanaise avaient été attaquées lors d'incidents distincts. Une ambulance avait pris feu après avoir été la cible d'une attaque aérienne, alors qu'elle transportait du matériel de Tyr à Tibnine. Une autre ambulance avait aussi essuyé des tirs dans la région de Marjayoun, lors d'une opération de secours en faveur des victimes d'une attaque aérienne. Dans le premier incident, les auxiliaires médicaux qui se trouvaient à bord de l'ambulance avaient été blessés. Dans le second, un secouriste de la Croix-Rouge libanaise avait été tué.

Des attaques ont également été perpétrées contre des ambulances dans le territoire palestinien occupé, en Colombie, au Mexique, au Yémen, en Irak, en Libye et au Népal, durant le conflit de 1996 à 2006. En Libye, dans le territoire palestinien occupé, en Afghanistan et au Népal, certaines des attaques délibérées contre les ambulances et bon nombre des entraves et des retards

qu'elles subissent sont dus à la méfiance que suscitent les services ambulanciers pour avoir été utilisés de façon abusive par le passé. L'usage abusif de véhicules sanitaires n'a pas nécessairement pour objet de nuire : au Népal, les conducteurs d'ambulance se plaignent que certains politiciens se servent de leurs véhicules comme de taxis privés, ou que d'autres y ont recours pour éviter d'être gênés par les barrages routiers dressés lors des grèves générales qui paralysent le pays. Toutefois, certains groupes armés recourent à la perfidie, en utilisant délibérément la mission médicale pour piéger l'ennemi. En Afghanistan, l'opposition armée n'a pas hésité à lancer des ambulances remplies d'explosifs à travers des cordons de sécurité. Le 7 avril 2011, le CICR a publiquement dénoncé ce type de violation grave du droit international humanitaire à la suite d'une attaque commise à l'aide d'une ambulance sur un centre de formation des forces de police, à Kandahar, qui a causé la mort de 12 personnes. Un porte-parole des talibans a alors promis une enquête sur cette affaire et déclaré que de tels assauts ne se reproduiraient plus. En Libye, le CICR a également eu connaissance de cas présumés d'usage abusif de l'emblème de la croix rouge et du croissant rouge pour soutenir des opérations militaires, et d'utilisation d'ambulances pour transporter des armes et des combattants armés.

L'emploi abusif des emblèmes protecteurs, ainsi que des infrastructures et véhicules protégés constitue un abus de confiance et risque d'engendrer un cercle vicieux qui finit par remettre en question le but même des entités neutres dans les situations de conflit. Lorsque des ambulances sont utilisées de façon abusive, que ce soit pour tromper l'ennemi ou à toute autre fin, elles éveillent la suspicion. Au mieux, elles sont alors soumises aux mêmes temps d'attente et obstacles que tout autre véhicule. Au pire, elles deviennent la cible d'attaques. Dans les deux cas, elles perdent l'avantage qu'on leur a accordé de préserver la vie humaine dans les conflits, et ce, au détriment des blessés et des malades qui ont besoin de soins médicaux de toute urgence.

« De tels actes violent la neutralité des services médicaux et mettent en danger le personnel sanitaire qui s'emploie à soigner les blessés et les malades dans les hôpitaux, les dispensaires et les postes de santé ruraux. »

Extrait du communiqué de presse du CICR condamnant l'emploi abusif d'une ambulance lors d'une attaque en Afghanistan le 7 avril 2011

CE QUE DIT LE DROIT :

- Les véhicules sanitaires doivent en tout temps être respectés et protégés, et ne doivent pas être l'objet d'attaques.
- Les unités sanitaires ne doivent pas être utilisées pour lancer des attaques ou comme boucliers pour protéger des combattants ou des objectifs militaires contre une attaque.
- Les véhicules sanitaires perdent leur protection s'ils sont employés, en dehors de leurs fonctions humanitaires, pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi.
- Par « actes nuisibles à l'ennemi », on entend notamment le transport de troupes valides, d'armes ou de munitions, ainsi que la collecte ou la transmission de renseignements militaires.
- Le port d'armes légères par le personnel de santé pour assurer sa propre protection n'est pas considéré comme un acte nuisible à l'ennemi, de même que la présence d'armes qui viennent d'être retirées aux blessés.
- Les incidents isolés impliquant des personnels de santé, des structures médicales ou des véhicules sanitaires, et considérés comme des actes nuisibles à l'ennemi, n'autorisent pas les acteurs armés à attaquer ces derniers de manière indiscriminée. Toute attaque doit être précédée d'une sommation fixant un délai raisonnable et être menée dans le respect des principes de distinction et de proportionnalité.

DES AMBULANCES PRISES DANS DES TIRS CROISÉS AU MEXIQUE

Ces dernières années, la violence des gangs liés au trafic de drogue a coûté la vie à des milliers de personnes au Mexique. À mesure que la violence augmente, les services d'ambulance sont de plus en plus mis à contribution. La Croix-Rouge mexicaine gère environ 80% des ambulances du pays. Lorsqu'ils tentent d'évacuer les victimes, les ambulanciers sont parfois pris dans des tirs croisés entre gangs rivaux, ou entre ces groupes et la police. « La Croix-Rouge mexicaine n'a jamais fait l'objet d'une agression directe, déclare Valentin Castilla Astrada, coordonnateur de la section de Sinaloa. Les groupes nous considèrent comme une organisation qui a pour vocation de fournir une assistance et qui ne prend parti ni pour les uns ni pour les autres. » Néanmoins, les ambulanciers vivent dans la crainte d'être pris à partie. « On ne sait jamais ce qui peut nous arriver, explique le coordonnateur adjoint de la section de Ciudad Juarez. Nous avons vraiment peur. Avant, notre seul souci était de venir en aide aux malades ou aux victimes d'accidents. Nous travaillions en toute sécurité. Aujourd'hui, les choses ont changé. Lorsqu'une voiture approche du lieu où nous intervenons, nous avons peur que quelque chose tourne mal. » Le CICR aide la Croix-Rouge mexicaine à revoir ses procédures et pratiques opérationnelles pour assurer plus efficacement la sécurité de ces ambulanciers dévoués.



CE QUE FAIT LE CICR

Dès qu'un conflit éclate dans le monde, le CICR met sur pied une opération d'urgence pour y faire face, dont un large éventail d'activités médicales, qui vont de l'évacuation des blessés à la chirurgie de guerre. En outre, il agit souvent en coulisse durant les conflits et, à plus long terme, en temps de paix, afin de créer un environnement propice au respect de l'action du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et du droit international humanitaire.

DÉMARCHES SUR LE PLAN JURIDIQUE

> Le CICR s'emploie à diffuser le droit international humanitaire auprès des forces armées, des représentants gouvernementaux, des groupes d'opposition non étatiques, des membres influents de la société civile et du corps médical. Il encourage les États à intégrer le droit international humanitaire dans leur législation nationale, notamment des dispositions visant à limiter l'usage des emblèmes de la croix rouge et du croissant rouge, et à en garantir le respect. L'institution s'efforce également de faire mieux connaître les règles protégeant les structures médicales, et l'obligation qui incombe aux porteurs d'armes et aux personnels de santé de ne pas compromettre la neutralité de ces structures.

> Il appelle l'ensemble des parties à un conflit à ne pas entraver les soins de santé, ainsi qu'à respecter et à faciliter le travail des personnels de santé et des volontaires.

> Le CICR entretient un dialogue avec toutes les parties à un conflit, qu'elles soient considérées comme « légitimes » ou non par le camp adverse. Il fait rapport des allégations de violations du droit international humanitaire aux parties concernées, avec lesquelles il engage un dialogue confidentiel sur les mesures à prendre pour prévenir de telles violations à l'avenir.

MESURES PRATIQUES

> Le CICR négocie avec les parties au conflit des cessez-le-feu ou d'autres mesures visant à garantir un passage en toute sécurité pour évacuer les blessés et les morts, assurer l'accès aux soins de santé ou mener des programmes de santé préventive tels que des campagnes de vaccination. Dans certains contextes, notamment dans le territoire palestinien occupé, il négocie également une voie rapide pour les ambulances aux postes de contrôle.

> Il s'emploie à renforcer la protection des structures médicales contre les dommages matériels, en construisant des murs de sacs de sable ou des abris fortifiés, et en appliquant sur les fenêtres des films de protection contre les explosions.

> Le CICR signale les structures médicales à l'aide des emblèmes de la croix rouge ou du croissant rouge (figurant sur des drapeaux ou peints directement sur les toits), et installe dans les centres médicaux des panneaux interdisant les armes à l'intérieur des locaux. Dans certains contextes, comme en Somalie, il établit un système obligeant les porteurs d'armes à laisser leurs armes en dépôt à l'entrée des hôpitaux. Le CICR fournit également des dossards au personnel de santé pour indiquer leur statut protégé.

> Le CICR enregistre les coordonnées GPS (localisation et positionnement par satellite) des structures médicales et les communique à toutes les parties au conflit.

> Il dispense des formations en premiers secours aux différents groupes qui sont exposés à la violence, afin de leur apprendre à stabiliser les blessés avant qu'ils ne soient pris en charge par les établissements de santé. Ces formations sont aussi l'occasion pour le CICR de discuter directement avec les combattants de l'importance de respecter le droit international humanitaire.

> Le CICR mène des campagnes d'information dans les zones où les actes de violence contre les personnels de santé et les structures médicales sont fréquents. Il a par exemple mis sur pied une série radiophonique avec le BBC Trust Fund en Afghanistan, ainsi qu'une campagne d'affichage dans le territoire palestinien occupé.

> Il accompagne les blessés et les malades à l'hôpital s'ils craignent de faire l'objet de discrimination.

> Il met en place des unités médicales mobiles dans les zones qui sont difficiles d'accès, comme son équipe chirurgicale active au Darfour de 2005 à 2009, ou ses dispensaires transportés par canoë dans les zones reculées de Colombie.

> En collaboration avec les Sociétés nationales des pays en proie à des conflits ou à d'autres situations de violence, le CICR mène des campagnes « Safer Access » dans le but de promouvoir un meilleur accès aux zones potentiellement dangereuses, en réduisant les risques au minimum. Des activités sont également entreprises pour faire mieux connaître le rôle et les fonctions des Sociétés nationales, et pour améliorer leur image au sein du public.

> De concert avec toutes les parties intéressées, le CICR s'efforce de remédier à des problèmes spécifiques, comme les obstacles auxquels sont confrontés les ambulanciers. Pour améliorer la réputation et le respect des services d'ambulance au Népal, l'institution organise régulièrement des réunions avec ces services, la Société nationale, les représentants gouvernementaux et les acteurs non étatiques, en vue de dissiper les malentendus et de rappeler le rôle et les responsabilités qui incombent aux conducteurs d'ambulance, aux politiques et à ceux qui tiennent des postes de contrôle.



Thomas Pizer/CICR



Pancho Duda/CICR



Boris Heger/CICR



Juan Carlos Sierra/Semana News

CE QUI RESTE À FAIRE

Que ce soit sous forme d'actes ou de menaces, la violence contre les personnels de santé, les structures médicales et les patients doit être considérée comme l'un des problèmes humanitaires les plus graves et les plus répandus dans le monde, aujourd'hui. Comme le montre la présente publication, il faut de toute urgence assurer la sécurité des blessés et des malades, des personnels de santé, des structures médicales et des véhicules sanitaires durant les conflits armés et autres situations de violence. Beaucoup reste à faire pour que les blessés et les malades aient accès au plus vite aux soins de santé, et pour qu'il y ait des structures médicales pour les accueillir, qu'elles disposent de suffisamment de personnel, de médicaments et de matériel et qu'elles puissent fonctionner en toute sécurité. La communauté des soins de santé ne peut assurer seule la protection des soins de santé. Cette responsabilité incombe en premier lieu aux États et aux combattants.

En vue de sensibiliser le public à ce problème et de promouvoir des solutions concrètes, le CICR a besoin de soutien pour réaliser les projets suivants :

1. Créer une communauté d'intérêts

Le CICR s'efforce d'obtenir un soutien de la part du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, de la communauté des soins de santé, des organisations médicales humanitaires, des forces armées et des gouvernements du monde entier. En vue de renforcer le respect du droit, cette communauté d'intérêts s'attachera à promouvoir une culture de la responsabilité parmi tous les acteurs directement concernés pour protéger les soins de santé.

2. Collecter des informations de façon régulière et systématique

Afin de mieux saisir la nature des attaques contre les patients, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires, et de pouvoir agir plus efficacement pour y faire face, des informations sur ces incidents devraient être plus systématiquement collectées et compilées avec les données recueillies par d'autres institutions.

3. Consolider et améliorer les pratiques sur le terrain

Le CICR a pris de nombreuses mesures pour améliorer l'accès aux soins de santé et leur protection dans différents contextes opérationnels. Les expériences et bonnes pratiques doivent être partagées plus largement au sein du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, et de la communauté des soins de santé dans son ensemble, afin de promouvoir des mesures plus efficaces.

4. Garantir la protection des structures médicales contre les dommages matériels

Dans les pays touchés par des conflits armés ou d'autres formes de violence, les structures médicales recevront un soutien pour assurer la protection des locaux contre les dommages matériels et instaurer des procédures pour signaler leur positionnement et les mouvements de leurs véhicules.

5. Sécuriser l'accès pour les employés et volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Le CICR encouragera les employés et volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à participer

activement à la collecte de données sur les menaces auxquelles sont exposés les patients, les personnels de santé, les volontaires, les structures médicales et les véhicules sanitaires, ainsi qu'à l'action menée pour y faire face.

6. Mobiliser les États

Tous les États n'ayant pas encore adopté de lois nationales visant à protéger les soins de santé lors de conflits armés et de troubles internes seront encouragés à le faire. Ils seront notamment incités à promulguer et à faire appliquer une loi limitant l'usage des emblèmes protecteurs.

7. Mobiliser les forces armées nationales

Toutes les forces armées nationales n'ayant pas encore intégré dans leurs procédures opérationnelles standard des dispositions visant à protéger les soins de santé seront encouragées à le faire. Ces procédures doivent notamment traiter de la gestion des postes de contrôle pour faciliter le passage des véhicules sanitaires et l'accès aux structures médicales.

8. Mobiliser les groupes armés non étatiques

Les groupes armés qui ne dépendent d'aucun État seront associés au dialogue sur les lois et pratiques relatives à la protection des soins de santé.

9. Mobiliser les institutions spécialisées dans les soins de santé et les ministères de la Santé

Il convient de renforcer le dialogue avec les ministères de la Santé et les organisations médicales pour promouvoir la solidarité dans ce domaine et mieux rendre compte des violences perpétrées contre les agents de santé, les structures médicales et les patients, et améliorer les mesures prises pour y faire face.

10. Susciter l'intérêt des milieux universitaires

Il faut aussi aider les établissements d'enseignement et les centres de recherche à intégrer, dans les programmes de formation en santé publique, sciences politiques, droit et sécurité, des modules sur les répercussions de la violence contre les patients, les agents de santé et les structures médicales, et sur les moyens d'y faire face.

MISSION

Organisation impartiale, neutre et indépendante, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a la mission exclusivement humanitaire de protéger la vie et la dignité des victimes de conflits armés et d'autres situations de violence, et de leur porter assistance. Le CICR s'efforce également de prévenir la souffrance par la promotion et le renforcement du droit et des principes humanitaires universels. Créé en 1863, le CICR est à l'origine des Conventions de Genève et du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, dont il dirige et coordonne les activités internationales dans les conflits armés et les autres situations de violence.



CICR