



LES SERVICES AMBULANCIERS ET PRÉHOSPITALIERS DANS LES SITUATIONS DE RISQUE

LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER C'EST UNE QUESTION DE VIE OU DE MORT

 Norwegian Red Cross



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 2014

Photo de couverture: Ursula Meissner/CICR

LES SERVICES AMBULANCIERS ET PRÉHOSPITALIERS DANS LES SITUATIONS DE RISQUE

L'atelier d'experts sur les services ambulanciers et préhospitaliers en situations de risque a été organisé conjointement par le CICR et la Croix-Rouge mexicaine à Toluca (Mexique) du 20 au 24 mai 2013. La présente publication a été préparée par la Croix-Rouge de Norvège. Elle rend compte des exposés et des débats qui se sont déroulés lors de l'atelier et ne représente pas un document de référence; elle pourrait ne pas être pertinente dans tous les contextes.

Les sept Principes fondamentaux du Mouvement

Proclamés à Vienne en 1965, les sept Principes fondamentaux donnent leur cohésion aux Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, au Comité international de la Croix-Rouge et à la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Ils garantissent la pérennité du Mouvement et de son action humanitaire.

Humanité

Née du souci de porter secours sans discrimination aux blessés des champs de bataille, la Croix-Rouge, sous son aspect international et national, s'efforce de prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances des hommes. Elle tend à protéger la vie et la santé, ainsi qu'à faire respecter la personne humaine. Elle favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre tous les peuples.

Impartialité

Elle ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale ou d'appartenance politique. Elle s'applique seulement à secourir les individus à la mesure de leur souffrance et à subvenir par priorité aux détresses les plus urgentes.

Neutralité

Afin de garder la confiance de tous, elle s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux ou philosophique.

Indépendance

La Croix-Rouge est indépendante. Auxiliaires des pouvoirs publics dans leurs activités humanitaires et soumises aux lois qui régissent leurs pays respectifs, les Sociétés nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir toujours selon les principes de la Croix-Rouge.

Volontariat

La Croix-Rouge est une institution de secours volontaire et désintéressée.

Unité

Il ne peut y avoir qu'une seule Société de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge dans un même pays. Elle doit être ouverte à tous et étendre son action humanitaire au territoire entier.

Universalité

La Croix-Rouge est une institution universelle, au sein de laquelle toutes les Sociétés ont des droits égaux et le devoir de s'entraider.

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉFACE	5
1.1 Fernando Suinaga Cárdenas, président de la Croix-Rouge mexicaine	5
1.2 Yves Daccord, directeur général du Comité international de la Croix-Rouge	6
2. RÉSUMÉ	9
3. LE PROJET « LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER »	11
4. LES OBSTACLES AUX SERVICES AMBULANCIERS ET PRÉHOSPITALIERS DANS LES SITUATIONS DE RISQUE	15
4.1 Assurer la continuité des services	15
4.2 Les usages abusifs des ambulances	16
4.3 Les attaques contre les ambulances et les personnels de santé	16
4.4 Entraves au passage des ambulances	17
5. RECOMMANDATIONS/DISCUSSION	19
5.1. Initiatives juridiques	19
5.2 Coordination avec les parties prenantes, y compris les forces armées et les forces de sécurité	29
5.3 Les meilleures pratiques dans la prestation de services préhospitaliers	31
6. CONCLUSIONS	51



1. PRÉFACE

1.1. Fernando Suinaga Cárdenas, président de la Croix-Rouge mexicaine

Pour la Croix-Rouge mexicaine, ainsi que pour la délégation régionale du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) pour le Mexique, l'Amérique centrale et Cuba, ce fut un honneur d'accueillir un atelier d'experts sur les services ambulanciers et préhospitaliers dans les situations de risque dans notre Centre national de formation et de développement à Toluca, dans l'État de Mexico. Il était important et gratifiant pour la Croix-Rouge mexicaine de contribuer de cette manière à la mise en œuvre progressive de la résolution 5 de la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Nous avons beaucoup apprécié cette occasion d'encourager un échange d'expériences entre experts des soins préhospitaliers et des services ambulanciers venus de toute une gamme d'organisations différentes, y compris plus de 20 Sociétés nationales de différents continents, des organisations médicales, des agences gouvernementales et d'autres organisations humanitaires actives dans ce domaine.

Ce document rassemble les exposés présentés et les débats tenus pendant l'atelier. L'atelier n'aurait pu se dérouler et n'aurait pas atteint ses objectifs sans le dévouement et les heures de préparation d'un grand nombre de personnes. Je tiens donc à exprimer ici ma sincère gratitude à chacun des volontaires et des employés de la Croix-Rouge mexicaine qui n'ont pas ménagé leurs efforts et qui ont apporté leur appui pour organiser cette manifestation. Je remercie également le personnel de la délégation régionale du CICR, qui a coopéré avec eux pour assurer le succès de la réunion. Nous espérons que les recommandations de cet atelier contribueront à la réalisation de la mission humanitaire du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. La Croix-Rouge mexicaine tient à réaffirmer sa volonté de soutenir toute initiative qui serait recommandée à l'appui du respect, de la reconnaissance et de l'acceptation de l'action humanitaire dans le monde entier.

1.2 Yves Daccord, directeur général du Comité international de la Croix-Rouge

La violence contre les personnels de santé et les structures médicales, ou contre les bénéficiaires des services de santé, qu'elle soit une réalité ou une menace, représente aujourd'hui l'un des problèmes les plus graves auxquels se heurte l'action humanitaire. Pourtant, elle reste relativement méconnue. C'est à cause d'elle que d'innombrables personnes vulnérables se voient nier l'accès sûr aux soins de santé dont ils ont besoin. Cette violence revêt de nombreuses formes et affecte des groupes divers de personnes, que ce soit de manière systématique ou accidentelle, mais les services ambulanciers et préhospitaliers sont particulièrement menacés.

Au cours des dernières années, des ambulances ont été attaquées dans le monde entier : en Afghanistan, en Colombie, au Liban, dans les territoires palestiniens occupés, en Libye, au Yémen et en Syrie. Dans certains cas, elles ont été prises pour cible parce qu'elles transportaient des combattants ennemis ; dans d'autres cas, à cause de la défiance causée par l'abus délibéré des services ambulanciers afin de tromper un adversaire. Dans d'autres cas encore, les services ambulanciers ont été simplement pris dans le feu des combats, et le Mexique en est un exemple tout trouvé. La Croix-Rouge mexicaine, principal opérateur de services d'ambulance d'urgence dans le pays, peut hélas témoigner du lourd tribut payé à la violence liée au trafic de stupéfiants.

Il est évident que globalement, ce sont les employés *locaux* qui sont les premiers frappés par la violence contre le personnel et les installations de santé et contre les véhicules sanitaires. Une étude récente du CICR montre que tel est le cas dans plus de 90 % des plus de 900 incidents attestés dans 22 pays. Près de 25 % des personnes concernées par ces incidents ont été blessées ou tuées. Dans certains cas, les personnes qui s'efforçaient d'apporter une assistance pour sauver la vie des victimes d'une explosion ont été visées par d'autres explosions, une pratique particulièrement lamentable, cause de blessures et de morts supplémentaires et entravant la prestation de soins aux personnes qui en ont le besoin le plus urgent. La violence contre les installations et le personnel sanitaires, de quelque type que ce soit, n'est pas seulement répréhensible en termes moraux, elle constitue une violation du droit international. Le problème principal est le mépris du droit dont font preuve tant de parties aux conflits et d'acteurs armés dans d'autres situations d'urgence. Lorsque les symboles protecteurs sont ouvertement foulés aux pieds, la protection que peuvent apporter d'autres mesures est limitée. L'idéal serait d'empêcher les violations ; la difficulté consiste à trouver des moyens d'y parvenir. Il faut en premier lieu susciter une prise de conscience, dans le monde entier, du coût terrible de la violence contre le personnel et les installations de santé, et de créer une culture de la responsabilité chez toutes les personnes concernées.

Conformément à la résolution ambitieuse sur « Les soins de santé en danger » adoptée en 2011 par la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) souhaite s'attaquer résolument aux causes comme aux conséquences de ce problème majeur de l'action humanitaire. Les partenariats avec les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont essentiels pour ce travail.

Les Sociétés nationales ont à cet égard un rôle clé, en tant que premiers intervenants et, à plus long terme, pour aider à sécuriser l'accès à leurs services. Les ateliers d'experts tels que celui qui s'est déroulé au Mexique en mai 2013 permettent de réunir les acteurs clés – autorités nationales, forces de sécurité, associations médicales, organisations non gouvernementales et de nombreuses Sociétés nationales – afin d'échanger des idées et des compétences et pour formuler des recommandations concrètes. Cette publication reflète une riche expérience et une gamme extraordinaire de pratiques ; elle devrait servir d'outil pratique pour susciter des changements positifs afin que la prestation de services de santé et l'accès à ces services soient plus sûrs pour toutes les personnes concernées.



2. RÉSUMÉ

Cette publication présente une synthèse des résultats les plus notables de l'atelier d'experts sur les services ambulanciers et préhospitaliers dans des situations de risque, organisé conjointement par le CICR et la Croix-Rouge mexicaine à Toluca (Mexique) du 20 au 24 mai 2013. L'atelier a réuni des représentants de Sociétés nationales de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, de prestataires nationaux de services de santé, de services de secours, d'universités, de l'armée et du CICR.

L'atelier a mis l'accent sur la compréhension des obstacles concrets auxquels se heurte le personnel de santé lorsqu'il fournit des services ambulanciers et préhospitaliers dans des situations de risque. Les pressions qui s'exercent sur ces services dans de telles circonstances sont très lourdes : l'épuisement des ressources et des capacités ainsi que la destruction des infrastructures peuvent empêcher la prestation de soins de santé dans des conditions adéquates de sécurité. Le rôle de premier intervenant comporte des risques, pour les agents de santé eux-mêmes, mais aussi pour les personnes dont ils s'occupent. Les actes ou les menaces de violence contre les personnels de santé sont fréquents. Les attaques directes ou indirectes ainsi que l'usage abusif, les entraves arbitraires au passage des véhicules sanitaires ou leur pillage sont autant d'obstacles de taille au fonctionnement efficace et impartial des services sanitaires. Les premiers chapitres de la présente publication décrivent les principaux défis lancés aux services ambulanciers et préhospitaliers dans des situations de risque : continuité des services, usage abusif des ambulances, attaques contre les personnels de santé et les ambulances, entraves au passage des ambulances.

L'atelier d'experts au Mexique a surtout formulé un certain nombre de recommandations pour renforcer la sécurité et pour assurer un accès plus sûr aux ambulances et aux services préhospitaliers dans les situations de risque. Ces recommandations s'appliquent principalement dans trois domaines : initiatives juridiques, coordination avec les parties prenantes, y compris les forces armées et de sécurité, et meilleures pratiques pour les services ambulanciers et préhospitaliers. Cette publication formule ces recommandations, avec des exemples tirés de divers contextes.

Si certaines des difficultés évoquées pendant l'atelier ont été largement reconnues par l'ensemble des participants, il convient de relever que les problèmes auxquels se heurtent les services ambulanciers varient très largement d'un pays à l'autre. Il n'existe pas de solution simple et universelle. Il ne faut pas oublier par ailleurs que cette publication reflète les expériences spécifiques des participants de l'atelier, et que les discussions qui se sont déroulées à cette occasion, au même titre que les recommandations formulées, ne sont pas nécessairement pertinentes dans tous les contextes. Les recommandations énumérées dans cette publication pourraient peut-être servir de point de départ pour dégager des solutions adaptées à des pays ou à des régions spécifiques.

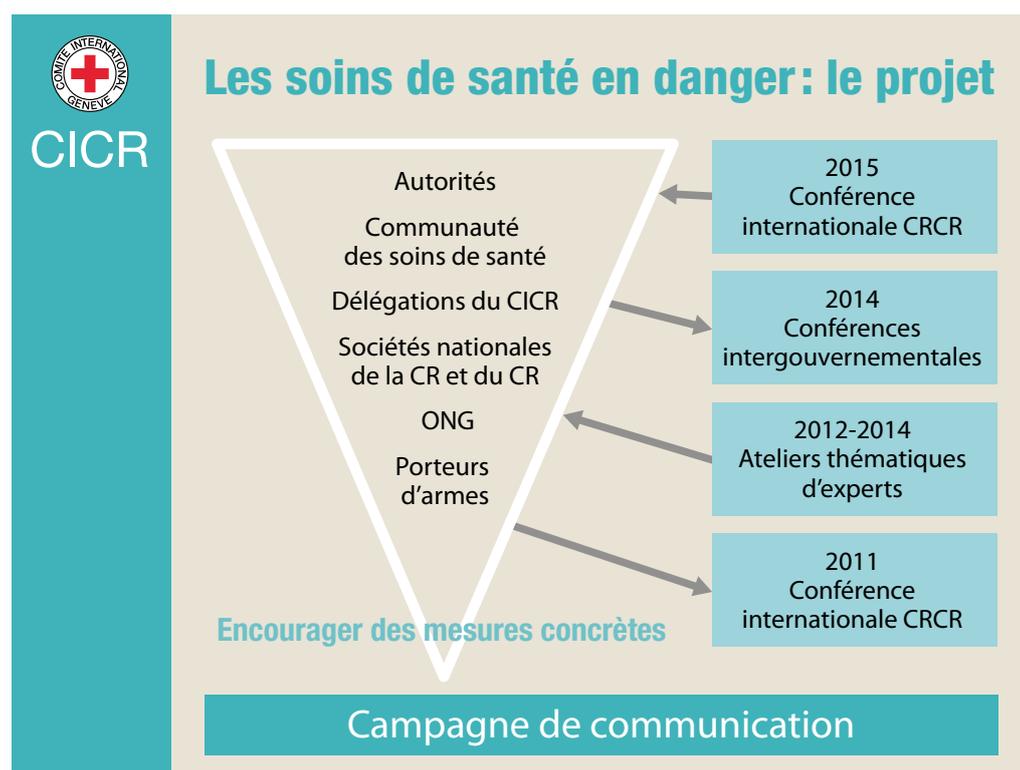


3. LE PROJET « LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER »

Qu'elle se manifeste sous forme d'actes ou de menaces, la violence contre les personnels de santé et les structures médicales, en temps de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence, est un phénomène répandu qui touche les personnes, les familles et les communautés. Elle représente probablement l'un des problèmes humanitaires les plus graves d'aujourd'hui, de par le nombre de personnes touchées et de par ses effets sur les besoins aigus et chroniques. Elle reste pourtant largement méconnue.

En novembre 2011, la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a demandé au CICR d'entreprendre des consultations associant des experts des États, du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres acteurs spécialisés dans le domaine des soins de santé, afin de rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et dans d'autres situations d'urgence, et de rendre compte des progrès accomplis à la XXXII^e Conférence internationale en 2015.

Le projet « Les soins de santé en danger », qui a été lancé afin d'atteindre cet objectif, est axé sur les actes illégaux et parfois violents qui entravent ou empêchent la prestation des soins de santé – attaques, discrimination, irruption de personnes en armes dans des établissements protégés, entraves illégales, etc. – et sur leurs conséquences pour les blessés et les malades, les structures médicales et les personnels de santé, ainsi que les transports sanitaires.



Définitions

Comme ce projet traite d'une gamme de situations différentes, les termes utilisés dans la présente publication – par exemple « personnels de santé », « unités et transports sanitaires » doivent être compris dans une acception plus large qu'en droit international humanitaire (DIH), qui s'applique en temps de conflit armé. Au regard du DIH, le personnel, les unités et les transports sanitaires sont considérés comme tels lorsqu'ils sont « affectés exclusivement à des fins sanitaires par une autorité compétente d'une Partie au conflit ». Dans le contexte du projet « Les soins de santé en danger », le personnel, les unités ou les transports peuvent être couverts par la définition même s'ils n'ont pas été affectés à des fins sanitaires par une partie à un conflit.

On entend par **structures médicales**, notamment, les hôpitaux, les laboratoires, les dispensaires, les postes de premiers secours, les centres de transfusion sanguine et les dépôts de matériel médical et de médicaments de ces unités^a.

Les **personnels de santé** comprennent^b :

- les personnes professionnellement qualifiées en matière de soins de santé, par exemple les médecins, les infirmiers, le personnel paramédical, les kinésithérapeutes ou les pharmaciens ;
- les personnes travaillant dans les hôpitaux, les dispensaires et les postes de premiers secours, les conducteurs d'ambulance, les administrateurs d'hôpitaux, ou le personnel de santé professionnellement actif au sein de la communauté ;
- le personnel et les volontaires du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge participant à la fourniture de soins de santé ;
- le personnel « sanitaire » des forces armées et des forces de sécurité ;
- le personnel des organisations internationales et non gouvernementales actives dans le domaine de la santé ;
- les secouristes.

Les **moyens de transport sanitaire** comprennent les ambulances, les bateaux ou aéronefs sanitaires, qu'ils soient civils ou militaires, et les véhicules transportant des personnes blessées ou malades, les personnels

de santé et des fournitures ou du matériel médical.

L'expression englobe tous les véhicules utilisés à des fins sanitaires, même s'ils ne sont pas affectés exclusivement au transport médical et placés sous l'autorité d'une autorité compétente d'une des parties au conflit : par exemple des voitures privées utilisées pour transporter des blessés et des malades vers un établissement de soins, des véhicules de transport de fournitures médicales ou encore des véhicules de transport de personnes amenant du personnel médical sur leur lieu de travail (par exemple pour y effectuer des vaccinations ou pour travailler dans des dispensaires mobiles).

On entend par **ambulance, aux fins de la présente publication**, un moyen de transport disponible localement qui transporte dans les meilleures conditions possible de sécurité et de confort des personnes blessées ou gravement malades vers un lieu où elles pourront recevoir les soins médicaux ou chirurgicaux urgents dont elles ont besoin ; l'ambulance est aussi un lieu où l'état de ces patients est stabilisé. Le transport peut s'effectuer à partir du lieu d'une situation d'urgence vers un établissement de soins, ou entre deux établissements de soins. Le DIH définit les termes « transport sanitaire », « moyen de transport sanitaire », « véhicule sanitaire », « navire et embarcation sanitaire » et « aéronef sanitaire » aux paragraphes f) à j) de l'article 8 du Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I) du 8 juin 1977.

Le DIH emploie aussi les termes « transport » ou « moyen de transport » en rapport avec les éléments suivants :

- l'utilisation de l'emblème ;
- les fins sanitaires énumérées au paragraphe e) de l'article 8 du Protocole additionnel I ;
- la même protection pour les véhicules sanitaires que pour les unités sanitaires mobiles, en vertu des articles 12 et 21 du Protocole additionnel I ;
- les activités du personnel sanitaire concernant les blessés et les malades ainsi que la protection des moyens de transport sanitaire et des emblèmes, en vertu des règles 25, 29-30 et 109 du DIH coutumier, équivalant au DIH conventionnel^c.

^a *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011.

^b *Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*, CICR, Genève, 2012.

^c Jean-Marie Henckaerts, Louise Doswald-Beck, *Droit international humanitaire coutumier, Volume I : Règles*, éd. Bruylant, Bruxelles, 2006 ; et Jean-Marie Henckaerts, Louise Doswald-Beck (éd.), *Customary International Humanitarian Law, Volume II : Practice, Parts I and II*, Cambridge University Press, 2005. Voir aussi la base de données de DIH coutumier, régulièrement mise à jour, à l'adresse <http://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home>.

En 2012-2013, le CICR a rassemblé des Sociétés nationales ainsi que divers partenaires extérieurs à l'occasion d'une série d'ateliers auxquels ont pris part des experts d'une centaine de pays. L'atelier qui a eu lieu au Mexique complète d'autres ateliers organisés sur le thème des réponses fournies par les Sociétés nationales au problème de la violence contre les soins de santé¹.

Des ateliers ont eu lieu ou seront organisés à l'avenir sur les thèmes suivants :

1. Pratique et instructions opérationnelles des forces armées et de sécurité
2. Réaction des Sociétés nationales face au problème de la violence contre les soins de santé
3. Responsabilités et droits des personnels de santé
4. Services ambulanciers et préhospitaliers
5. Sécurité des structures médicales
6. Cadres normatifs nationaux pour la protection de la prestation des soins de santé
7. Le rôle de la société civile et des autorités religieuses dans la promotion du respect des soins de santé.

L'atelier du Mexique a rassemblé des représentants de Sociétés nationales de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge ainsi que des représentants des forces armées, des services médicaux de la police, de milieux universitaires et d'organisations médicales telles que Médecins sans Frontières. Il est souvent fait référence dans cette publication aux services d'ambulance des Sociétés nationales, car un certain nombre d'entre eux participaient à l'atelier. Toutefois, les débats en général, ainsi que les recommandations, sont pertinents pour tout service ambulancier. Les exposés ont été présentés lors de l'atelier aussi bien en séance plénière que dans des discussions en petits groupes, ce que reflète cette publication. La publication contient aussi des contributions approfondies et spécifiques soumises après l'atelier. Le terme « situation de risque » a été utilisé durant tout l'atelier pour désigner les conflits armés et les autres situations d'urgence abordées dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger ». Il est donc utilisé dans cette acception dans la présente publication.

¹ Atelier d'Oslo, 3-5 décembre 2012, *Rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence : rôle et responsabilité des Sociétés nationales*. Voir <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-danger-expert-workshop-oslo-2012-12-03.htm>; atelier de Téhéran, 12-14 février 2013, *Rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence : rôle et responsabilité des Sociétés nationales*. Voir <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/02-08-tehranworkshop-health-care-in-danger.htm>.



4. LES OBSTACLES AUX SERVICES AMBULANCIERS ET PRÉHOSPITALIERS DANS LES SITUATIONS DE RISQUE

Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a, depuis sa création, été associé à la fourniture de services de santé. La formation de volontaires, la sensibilisation des communautés et des bénéficiaires à des questions liées aux soins de santé et aux premiers secours est l'une des activités primordiales des Sociétés nationales partout dans le monde. Dans de nombreux contextes, les Sociétés nationales administrent et gèrent aussi des services d'ambulance, soit à l'appui de services privés ou publics, soit en tant que fournisseurs principaux de services ambulanciers dans leur pays.

La manière dont sont utilisés les services ambulanciers et préhospitaliers dans les situations de risque varient en fonction des conditions de sécurité, du nombre et de l'état des blessés, de l'accès aux infrastructures de santé, des ressources qui peuvent être mobilisées pour les soins ou les transports, de l'accès aux soins chirurgicaux et de la capacité de l'établissement de santé à recevoir et à soigner des patients.

Le transport des blessés et des malades du lieu où ils ont été blessés ou sont tombés malades jusqu'au lieu où des soins médicaux ou chirurgicaux peuvent leur être dispensés est organisé de manières diverses en fonction du contexte. Il en va de même du transfert des patients d'un établissement de soins dans un autre (par exemple pour recevoir des soins spécialisés dans une clinique après stabilisation de leur état). Des moyens de transport privés, publics ou militaires peuvent être utilisés. L'importance et la complexité de l'assistance médicale peuvent aussi varier grandement d'un pays à l'autre. Dans certains cadres, par exemple, des soins médicaux peuvent être disponibles dans l'ambulance qui transporte le patient à l'hôpital; dans d'autres cas, les ambulances peuvent être un simple moyen d'évacuation et de transport.

4.1 Assurer la continuité des services

Dans des situations de risque, les services préhospitaliers et ambulanciers sont soumis à des pressions très intenses. Maintenir un service complet représente une tâche considérable et exige des moyens importants, surtout s'il s'agit d'un service disponible 24 heures sur 24. Cela ne va pas non plus sans risque, par exemple lorsque le service ne peut être maintenu, ou encore lorsque les ressources nécessaires au fonctionnement sont limitées (manque de moyens, nombre de victimes trop important, etc.). Le sentiment de frustration et les malentendus que génère ce type de situation peut conduire à des actes de violence contre les prestataires de service restants ou contre l'organisation responsable du service. Ces situations peuvent être dangereuses, tant pour les premiers intervenants que pour les personnes dont ils s'occupent.

L'état des infrastructures peut aussi influencer sur la qualité des services. Dans certains cas, les moyens de transport motorisés peuvent être inutilisables. Sur terrain montagneux en hiver, les motoneiges ou les traîneaux bas tractés par des hommes ou par des chiens peuvent être utilisés à titre de moyen de transport d'urgence. Ailleurs, le moyen le plus efficace pour transporter les blessés et les malades peut être l'âne ou le cheval (Tchad) ou un véhicule à deux roues (Malawi, Ouganda, Zambie) ou encore le bateau (Colombie, Nigéria). Ces divers moyens de transport doivent être pris au sérieux et étudiés, car ils sont durables, efficaces et donnent aux utilisateurs locaux le sentiment de maîtriser les activités entreprises.

4.2 Les usages abusifs des ambulances

Une ambulance peut être utilisée à mauvais escient de diverses manières. Il en découle toujours des conséquences, souvent graves, pour les services ambulanciers, pour leur personnel, pour les blessés et les malades dont ils s'occupent et pour l'intégrité du service. Les conséquences de ces abus sont rarement limitées dans le temps et dans l'espace. Utiliser une ambulance à mauvais escient – en se prévalant fallacieusement de la protection accordée au personnel sanitaire – afin de capturer, de blesser ou de tuer un adversaire est un acte de perfidie, prohibé par le DIH². C'est aussi un acte qui compromet gravement la neutralité des prestataires de soins de santé. Tous les types d'abus ne constituent pas des actes de perfidie, mais lorsque des ambulances sont utilisées de manière abusive pour faciliter ou pour entraver des opérations militaires, elles perdent la protection qui leur est accordée par le DIH (tel est le cas, par exemple, lorsqu'une ambulance est employée pour transporter des armes ou des combattants, ou pour lancer une attaque). En avril 2011, une ambulance a été employée pour lancer une attaque suicide contre un centre régional de formation de la police dans la banlieue de Kandahar, dans le sud de l'Afghanistan, faisant 12 morts et plusieurs blessés. Lorsque des établissements ou des moyens de transport protégés sont employés à mauvais escient, comme dans ce cas, l'abus de confiance peut créer un engrenage négatif et compromettre les fondements mêmes de la création d'entités neutres dans les conflits armés. L'acte commis en Afghanistan a été fermement condamné. Cependant, les abus peuvent aussi prendre des formes moins graves, et les motifs de ces abus ne sont pas toujours nécessairement de nature militaire; or, même ces formes d'abus peuvent avoir de graves répercussions en termes d'image auprès de la population comme en termes d'efficacité et de sécurité. Des ambulances peuvent par exemple être utilisées comme véhicules personnels pour des directeurs ou des administrateurs d'hôpitaux, comme taxis, ou encore comme véhicules de transport de marchandises. Lorsque de tels cas se produisent, ces véhicules deviennent suspects; dans le meilleur des cas, ils peuvent subir des retards et des entraves; dans le pire des cas, ils peuvent être attaqués³.

4.3 Les attaques contre les ambulances et les personnels de santé

Les attaques – délibérées ou non – contre les ambulances et les personnels de santé constituent un obstacle grave à la prestation de soins de santé en toute sécurité dans des situations de risque. Les attaques contre les ambulances sont fréquentes et répandues, comme le montrent des exemples au Honduras⁴, en Libye⁵, au Liban⁶ et en Syrie⁷. Les ambulances sont attaquées pour toute une série de raisons: par exemple, pour tuer des personnels de santé ou des personnes blessées ou malades qui sont transportées, parce qu'on les considère comme des ennemis. Les personnels de santé peuvent aussi être visés parce qu'ils viennent d'une autre partie du pays, d'un autre groupe ethnique, ou d'un autre pays. Ces «étrangers» peuvent être rejetés parce qu'ils ne font pas partie de la communauté, ou – pire encore – parce qu'ils sont soupçonnés d'être des espions. Il arrive que des ambulances soient attaquées par des membres de la population qui ne sont pas satisfaits des services fournis ou du prestataire de ces services, ou qui jugent menaçante la situation de la personne malade et qui réagissent de manière violente. Les secouristes peuvent faire l'objet de menaces ou d'exigences sur les lieux d'un incident et contraints de s'occuper en priorité de certaines victimes, d'une manière non conforme aux procédures médicales. Ces attitudes peuvent se polariser, surtout dans des contextes où l'ambulance est perçue comme un bien de consommation ou un produit. L'ambulance est souvent considérée, et parfois même présentée, comme un symbole d'assistance immédiate et efficace dans une situation d'urgence, et le fait d'appeler une ambulance peut devenir un réflexe. Les gens peuvent devenir exigeants et irrités si le service n'est pas fourni dans les délais les plus brefs (des délais définis par ces personnes et non par le service ambulancier). Tout retard dans une situation où un service immédiat est attendu provoque un sentiment de frustration qui peut déboucher sur un comportement agressif contre l'équipe d'ambulanciers lorsqu'elle parvient sur les lieux.

Il est de plus en plus fréquent que des ambulances soient prises pour cible dans des attaques le cadre de «deuxièmes attaques», qui visent le même site à plusieurs reprises pour blesser ou pour tuer des secouristes

² Protocole additionnel I, art. 37.

³ *Les soins de santé en danger: exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011.

⁴ La Prensa, *Acribillan a un hombre dentro de ambulancia en Honduras*, <http://www.laprensa.hn/Secciones-Principales/Sucesos/Policiales/Acribillan-a-un-hombre-dentro-de-ambulancia-en-Honduras>, 20/03/2013.

⁵ CICR, communiqué de presse: «Libye: les secouristes en première ligne», disponible à l'adresse <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/feature/2012/libya-feature-2012-06-11.htm>

⁶ *Les soins de santé en danger: exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011.

⁷ Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Rapport de la Commission d'enquête internationale indépendante sur la République arabe syrienne*, doc. Nations Unies A/HRC/24/46, 16 août 2013. Voir aussi CICR, communiqué de presse: «Syrie: la situation humanitaire est catastrophique», disponible à l'adresse <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/press-briefing/2013/02-15-syria-humanitarian-situation.htm>.

qui aident et évacuent les victimes d'une attaque antérieure. Une attaque de ce type peut aussi viser un hôpital dans lequel ont été admises les victimes d'une attaque antérieure. Il s'agit d'une évolution particulièrement préoccupante, car elle montre que les attaques contre les ambulances et les agents de santé sont des aspects d'une stratégie, et non des dommages incidents. Ces attaques représentent un problème particulièrement difficile. Pour les contrer, il faudrait prendre des mesures afin que, par exemple, les ambulances et les prestataires de soins de santé retardent l'évacuation et les soins aux blessés jusqu'au moment où la zone en question est jugée totalement sûre, ce qui entraînera probablement des conséquences graves pour les blessés.

Les attitudes et le comportement du personnel ambulancier peut aussi lui faire courir des risques. La sécurité de ce personnel peut ainsi être compromise par les facteurs suivants :

- Formation insuffisante aux méthodes permettant d'assurer sa propre protection : préparation, gestion du stress, gestion de la sécurité, plan d'urgence, code de conduite, etc.
- Ignorance ou non-respect des éléments du Cadre pour un accès plus sûr⁸ ;
- Volonté d'être perçu comme un héros ou comme une personne capable de faire face à toute situation ; désir de sauver des vies ; attentes particulièrement élevées à son propre endroit ; volonté de se sacrifier ;
- Difficulté à défendre les principes d'impartialité et de neutralité, en raison de ses convictions ou de son engagement avec des parties au conflit ou avec des personnalités politiques ou religieuses ;
- Relation avec un employeur qui agit comme une entreprise réservant ses services aux personnes qui paient pour en bénéficier.

En 2010, le CICR a réalisé une étude dans huit pays. Elle a montré une grande convergence de vues sur le fait que les personnels de santé et les moyens de transport sanitaire ne devaient pas faire l'objet d'attaques et devaient pouvoir accomplir leur tâche⁹. Certaines des personnes consultées ont cependant indiqué que des attaques étaient acceptables dans les cas où les personnels de santé étaient perçus comme prenant parti et compromettant leur neutralité ou lorsque les ambulances étaient utilisées « par des combattants à des fins hostiles ». En vertu du DIH, lorsque des ambulances sortent de leurs fonctions humanitaires et sont employées pour causer des dommages ou pour des actes d'hostilité contre un ennemi, elles perdent bel et bien leur protection, après avoir reçu une sommation en bonne et due forme, fixant chaque fois qu'il y a lieu un délai raisonnable pour se conformer au droit, et au cas où cette sommation demeure sans effet¹⁰.

4.4 Entraves au passage des ambulances

Comme l'explique *Exposé d'une urgence*, il arrive que l'accès aux soins de santé soit bloqué délibérément ; souvent, cependant, il est entravé par des fermetures de routes et des retards aux postes de contrôle, pour des raisons de sécurité¹¹. En 2010, une fillette blessée par une explosion dans le district de Chahar Dara de la province de Kunduz, en Afghanistan, est décédée peu après son arrivée à l'hôpital ; il avait fallu une heure pour l'y amener à dos d'homme, parce que la route avait été fermée par l'armée¹². Une ambulance peut être retenue ou retardée pendant un conflit armé ou dans une autre situation d'urgence pour diverses raisons : procédures administratives (postes de contrôle), sécurité, mesures de coordination (avec la police, avec l'armée ou avec des groupes armés), manque de ressources (essence ou services d'entretien) ou encore le mauvais état des routes. Entraver un accès rapide aux soins de santé pour les blessés et les malades peut retarder les soins ou même entraîner la mort. Selon les situations, il peut exister des préoccupations de sécurité légitimes qui exigent que les véhicules soient stoppés à des postes de contrôle, mais de longues opérations de fouille et d'interrogation des passagers et des patients peuvent provoquer des morts.

Il convient de relever que dans certains cas, les secouristes peuvent être arrêtés par des personnes (porteurs d'armes, manifestants, membres de la communauté, etc.) souhaitant les protéger des dangers qui les menacent (mines terrestres, tireurs isolés, etc.).

⁸ Le Cadre pour un accès plus sûr est un outil fondé sur l'expérience, mis au point en 2003 par le CICR en coopération avec les Sociétés nationales et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge afin d'aider les Sociétés nationales à se préparer à intervenir dans des situations où les conditions de sécurité laissent à désirer. Les éléments du Cadre pour un accès plus sûr sont considérés comme un outil essentiel qui doit être utilisé par toutes les Sociétés nationales dans leurs efforts destinés à obtenir un accès sûr aux personnes et aux communautés touchées par le conflit armé ou par d'autres situations d'urgence, afin de leur apporter protection et assistance.

⁹ *Our World: Views from the Field: Summary Report*, CICR, Genève, 2010, p. 58.

¹⁰ Première Convention de Genève, art. 21 et Protocole additionnel I, art. 13.1.

¹¹ *Les soins de santé en danger: exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011.

¹² *Ibid.*



5. RECOMMANDATIONS/ DISCUSSION

Les exposés et les discussions lors de l'atelier ont abouti à des recommandations dans trois grands domaines : initiatives juridiques ; coordination avec les parties prenantes, y compris les forces armées des États ; meilleures pratiques pour les services ambulanciers et préhospitaliers. Ce chapitre expose ces recommandations, accompagnées d'exemples tirés de divers contextes. Les contributions portant sur d'autres problèmes émergents et présentées à l'occasion des exposés et des discussions sont aussi abordées.

5.1. Initiatives juridiques

En temps de conflit armé, les blessés et les malades, ainsi que le personnel, les unités et les transports sanitaires jouissent d'une protection spécifique au regard du DIH. Dans des situations de violence n'atteignant pas l'intensité d'un conflit armé, les personnels de santé jouissent des mêmes droits que toute personne placée sous la juridiction d'un État. En outre, le droit des personnes d'avoir accès, sans discrimination, aux soins de santé – garanti par le droit relatif aux droits de l'homme – signifie que les autorités de l'État doivent autoriser les personnels de santé à soigner les gens et les protéger contre toute ingérence arbitraire dans leur travail¹³. Dans les conflits armés, les transports sanitaires doivent être respectés et protégés en tout temps et ne doivent pas être l'objet d'attaques. Le personnel sanitaire ne peut pas être attaqué et il ne doit pas être entravé dans l'accomplissement de ses tâches purement médicales.

Les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977 énumèrent une gamme de mesures nationales que les États doivent prendre en temps de paix comme en temps de conflit armé. Certaines d'entre elles exigent l'adoption de lois tandis que d'autres, en fonction du système juridique, peuvent être mises en œuvre par voie réglementaire ou administrative. Un certain nombre d'obligations, qui ne sont applicables au sens strict qu'en temps de conflit armé, exigent des mesures législatives ou administratives qui ne peuvent vraiment être prises qu'en temps de paix, comme l'adoption de lois destinées à sanctionner les infractions graves aux Conventions de Genève et à prévenir et réprimer les emplois abusifs des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge, à diffuser le DIH et à nommer du personnel qualifié en matière juridique au sein des forces armées¹⁴.

¹³ *Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*, CICR, Genève, 2012, p. 49.

¹⁴ Paul Berman, « Les Services consultatifs du CICR en droit international humanitaire : le défi de la mise en œuvre sur le plan national », dans *Revue internationale de la Croix-Rouge*, n° 819, juin 1996.

Que dit le droit ?

Le droit international relatif aux droits de l'homme (DIDH) s'applique en tout temps, y compris dans les situations de conflit armé. Dans des situations qui n'atteignent pas l'intensité d'un conflit armé, les personnels de santé jouissent des mêmes droits que toute autre personne sous la juridiction d'un État. En outre, les droits de la personne à jouir d'un accès aux soins de santé sans discrimination, au regard du droit des droits de l'homme, signifie que les autorités de l'État doivent autoriser le personnel de santé à soigner les gens et protéger ses membres contre les ingérences arbitraires dans leur travail^a.

L'un des traités les plus pertinents parmi tous les textes relatifs aux droits de l'homme est le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), qui définit :

- le droit à la vie^b;
- le droit de ne pas être soumis à un traitement cruel, inhumain et dégradant^c;
- En outre, le droit à la santé, formulé pour la première fois dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1946) et consacré par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)^d, devrait garantir :
- la disponibilité des services de santé;
- l'accès à ces services, en d'autres termes l'accès matériel, le coût abordable, l'information et l'absence de discrimination;
- l'acceptation au sein de la culture de la société concernée;
- des services de santé d'une qualité suffisante.

Le droit international humanitaire (DIH) est un régime juridique qui s'applique spécifiquement dans les conflits armés. Le DIH a pour objet de limiter les conséquences des conflits armés pour des raisons humanitaires. Il cherche à protéger les personnes qui ne participent pas, ou plus, aux hostilités, les malades et les blessés, les prisonniers et les civils, et à définir les droits et les obligations des parties à un conflit dans la conduite des hostilités^e. Tant le DIDH que le DIH s'appliquent en temps de conflit armé, bien que le DIH l'emporte généralement

sur le DIDH car il fournit une protection plus spécifique. Ainsi, dans une situation de conflit armé, le personnel, les unités et les transports sanitaires bénéficient de types de protection spéciaux en vertu du DIH.

Voici certaines des dispositions les plus importantes à cet égard :

- Le personnel sanitaire doit être respecté et protégé^f.
- Les véhicules sanitaires doivent être respectés et protégés en tout temps et ne doivent pas être l'objet d'attaques^g.
- Les unités sanitaires doivent en tout temps être respectées et protégées et ne doivent pas être l'objet d'attaques^h.
- En aucune circonstance, les unités sanitaires ne doivent être utilisées pour tenter de mettre des objectifs militaires à l'abri d'attaquesⁱ.
- Les unités et les moyens de transport sanitaires perdent la protection qui leur est due lorsqu'ils sont utilisés, en dehors de leur fonction humanitaire, pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi^j.
- S'entend notamment par « actes nuisibles à l'ennemi » le transport de troupes valides, d'armes ou de munitions, ainsi que la collecte ou la transmission de renseignements militaires^k.
- Les exemples d'actes qui ne sont pas considérés comme nuisibles à l'ennemi comprennent le fait, pour le personnel des unités sanitaires, d'être doté d'armes légères individuelles pour sa propre défense ou pour celle des blessés et des malades dont il a la charge ou d'armes portatives et de munitions retirées aux blessés et n'ayant pas encore été versées au service compétent^l.
- Même si des actes nuisibles à l'ennemi sont commis, une sommation doit être donnée, fixant, chaque fois qu'il y a lieu, un délai raisonnable. Le personnel, les unités et les moyens de transport sanitaires ne perdent leur protection que si une telle sommation demeure sans effet et si une attaque est lancée contre eux^m. Toute attaque doit respecter les principes de distinction et de proportionnalité, dans l'intérêt des blessés et des malades.

^a *Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*, CICR, Genève, 2012, p. 49.

^b Voir Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), art. 6; Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1953), art. 2; Convention américaine des droits de l'homme (1978), art. 4; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1986), art. 4.

^c Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), art. 7; Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1953), art. 3; Convention américaine des droits de l'homme (1978), art. 5; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1986), art. 5.

^d Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1946); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), art. 12.

^e « La guerre et le droit international humanitaire », disponible à l'adresse <http://www.icrc.org/fre/war-and-law/overview-war-and-law.htm>

^f Protocole additionnel I, art. 15; Protocole additionnel II, art. 9.

^g Protocole additionnel I, art. 21; Protocole additionnel II, art. 11.

^h Protocole additionnel I, art. 12.1; Protocole additionnel II, art. 11.

ⁱ Protocole additionnel I, art. 12.4.

^j Protocole additionnel I, art. 13.1; Protocole additionnel II, art. 11.

^k *Commentaire des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949*, CICR/Martinus Nijhoff Publishers, 1986 (voir la section consacrée au Protocole additionnel I, par. 1-2 de l'art. 13).

^l Protocole additionnel I, art. 13.2. a) et c).

^m Protocole additionnel I, art. 13.1; Protocole additionnel II, art. 11(2).

Pour satisfaire à ces obligations, les États ont pris diverses mesures destinées à incorporer le droit international dans leur législation nationale. Il existe de nombreux exemples, tant historiques que modernes, d'incorporation des lois internationales sur la protection des transports sanitaires dans les manuels militaires nationaux ainsi que dans la législation nationale¹⁵. En revanche, pour ce qui est de l'application de la loi, les exemples de jurisprudence nationale sont assez rares ; les tribunaux nationaux ont été très rarement saisis dans ce domaine¹⁶. Étant donné la gravité de la question – la violence touchant les soins de santé –, ce nombre très limité de procédures judiciaires est frappant. Ainsi, la carence comparative de jurisprudence nationale pourrait être révélatrice du problème et devrait nous amener à réfléchir à la manière de traiter en termes judiciaires, à l'échelle nationale, les attaques violentes contre les personnels et les structures de santé ainsi que contre les transports sanitaires.

Les participants à l'atelier ont débattu de la manière dont des initiatives juridiques pourraient contribuer au renforcement de la protection des services ambulanciers et préhospitaliers. Les discussions ont porté sur les rôles, les droits et les responsabilités des personnels de santé, sur les efforts déployés pour persuader les gouvernements de renforcer le cadre juridique de protection du personnel de santé, sur la déontologie des professionnels de la santé, sur les assurances pour les agents de santé intervenant dans des situations de risque et sur la protection juridique des emblèmes du Mouvement et d'autres signes d'identification. Les participants sont convenus que les praticiens devraient partager avec leurs collègues des informations sur le cadre législatif de leurs pays respectifs, ce qui leur permettrait de tirer des enseignements et d'étudier si les mesures prises dans un contexte donné pourraient être applicables ou souhaitables dans d'autres.

Les participants ont aussi relevé que le projet « Les soins de santé en danger » pourrait être une bonne occasion de renforcer la coordination et la communication entre les départements juridiques et opérationnels des Sociétés nationales. Dans la rédaction de textes législatifs nationaux, les juristes pourraient utiliser des informations opérationnelles pour veiller à ce que les versions finales des règlements et des lois reflètent bien la réalité du terrain. Les recommandations relatives aux initiatives locales sont énumérées ci-dessous.

La législation nationale devrait tenir compte de tous les acteurs des interventions d'urgence (y compris les agents préhospitaliers et ambulanciers) afin de définir clairement les rôles et les responsabilités

Les participants ont fait valoir que, pour garantir une intervention efficace dans des situations comportant des risques, le cadre législatif devrait tenir compte de l'ensemble des acteurs participant à l'intervention d'urgence afin de définir clairement leurs rôles et leurs responsabilités. L'un des participants a déclaré qu'une base légale solide définissant les rôles et les responsabilités des personnels de santé était utile parce qu'elle renforçait les possibilités de coordination.

La législation nationale pourrait instaurer un degré minimal de coordination entre les divers partenaires des interventions d'urgence, y inclus les forces armées. Il peut être nécessaire à cette fin, dans certains contextes et pour assurer une coordination efficace et claire dans les situations de risque, de faire en sorte que la législation nationale prenne en considération l'ensemble des parties prenantes. Cependant, la création d'une base légale aux fins de la coordination entre les acteurs n'est pas nécessairement la seule manière d'assurer une action coordonnée. L'expérience de certains participants montre que dans des situations ou des contextes où il est difficile de faire pression pour l'adoption d'un cadre juridique, des arrangements fonctionnels efficaces peuvent être conclus. Certains participants ont cité des exemples, tirés de leur propre expérience, d'accords de ce genre passés entre les parties prenantes pour faciliter le passage en toute sécurité des blessés et des malades aux postes de contrôle. En El Salvador, un service médical d'urgence consolidé a été mis en place non pas parce qu'une base juridique a été établie à cette fin, mais bien parce que le gouvernement a saisi la nécessité de créer un système mieux intégré de services médicaux.

¹⁵ Voir Royaume-Uni, *The Law of War on Land*, 11e partie du *Manual of Military Law*, The War Office, HMSO, 1958, par. 356 et par. 33 ; Royaume-Uni, *The Manual of the Law of Armed Conflict*, Ministry of Defence, 1er juillet 2004, par. 15.47 ; Kenya, *LOAC Manual* (1997), Précis No. 3, p. 9 ; Colombie, *Décret relatif à l'emblème*, 1998, art. 10 ; Serbie, *Code pénal*, 2005, art. 373.

¹⁶ Voir Colombie, Cour constitutionnelle, *Constitutional Case No. C-291/07*, arrêt du 25 avril 2007, p. 69 ; Israël, Haute Cour de Justice, *Physicians for Human Rights v. Commander of IDF Forces in the Gaza Strip*, arrêt, 30 mai 2004, par. 22-23.

Consolidation et coordination des services médicaux d'urgence en El Salvador (docteur Francisco René Hernández, directeur des services médicaux de la Croix-Rouge de El Salvador)

Le gouvernement salvadorien a mis sur pied un service d'urgence médicale à l'échelle du pays entier. Le processus a démarré en 2009, lorsque les services préhospitaliers de soins d'urgence et les services de rééducation furent fusionnés avec les services hospitaliers, et il a reçu l'appui de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), qui a encouragé le gouvernement à prévoir la création d'un service d'urgence intégré dans sa politique de soins de santé.

La Croix-Rouge de El Salvador a été invitée à élaborer un manuel de référence destiné au service médical d'urgence. L'objectif était de définir des normes que pourraient utiliser d'autres pays d'Amérique latine dans la création de leur propre service d'urgence intégré. Le manuel a été publié en 2005 sous la forme d'une publication de l'OPS^a.

En 2009, le nouveau gouvernement de El Salvador a décidé d'intégrer à ses politiques la création d'un service médical d'urgence, en utilisant le manuel comme guide. Toutes les organisations offrant des soins préhospitaliers – et la Croix-Rouge de El Salvador était un prestataire important – ainsi que les hôpitaux et les centres médicaux d'urgence furent invités à participer au projet.

Le manuel recommande, pour des raisons d'efficacité, que les services d'urgence soient fusionnés et coordonnés par un seul centre d'intervention d'urgence (c'est-à-dire qu'il ne devrait exister qu'un seul numéro d'appel d'urgence: le 911). La Direction nationale des urgences médicales, sous la supervision du Ministère de la santé, est responsable de coordonner les services d'urgence.

Le service des urgences médicales d'Andalousie (Espagne) a apporté un appui technique et fait don du logiciel qui sera utilisé dans le centre d'intervention d'urgence. La mise en œuvre du système est en cours.

Remarques en guise de conclusion :

- L'OPS a joué un rôle déterminant pour infléchir la politique du gouvernement et elle a aussi apporté un appui technique important aux programmes de santé gouvernementaux.
- Grâce à son esprit d'initiative et à son expérience, la Croix-Rouge de El Salvador a joué un rôle crucial dans le domaine des soins d'urgence préhospitaliers et dans l'exécution de programmes de santé.

^a D' Francisco Rene Hernández Martínez, *Manual de Normas y Funcionamiento de un Servicio de Emergencias Médicas*, Organisation panaméricaine de la Santé, El Salvador, mars 2005.

Persuader les gouvernements de faire connaître et promouvoir les droits et les responsabilités des personnels de santé

Les participants ont discuté de la manière dont il conviendrait que les droits et les responsabilités des personnels de santé soient incorporés dans la législation nationale. S'ils se sont entendus sur le fait que les responsabilités des personnels de santé – par exemple sauver des vies – ne font généralement pas de doute, beaucoup ont insisté sur la nécessité de préciser les définitions de « personnels de santé » et de « droits et responsabilités » de ces derniers. La question s'est posée avec d'autant plus de pertinence lorsque les discussions ont porté sur l'incorporation des droits et des responsabilités des personnels de santé dans la législation nationale. Un des participants a relevé à ce propos que seuls les praticiens de santé agréés répondaient à la définition juridique de personnels de santé, ce qui aurait pour conséquence de priver tous les autres acteurs de la santé des droits dont jouissent les professionnels au sens strict. Or, dans de nombreux contextes, des personnes qui ne sont pas forcément des praticiens agréés, les volontaires notamment, accomplissent des activités humanitaires qui correspondent à la définition d'activités médicales, et dont les malades et les blessés bénéficient en définitive. À l'heure où l'on plaide en faveur de l'intégration des droits et des responsabilités dans la législation nationale, il faut avoir à l'esprit que la définition de « personnels de santé » varie considérablement d'un contexte à l'autre. Et s'il est entendu que des cadres normatifs nationaux qui précisent les droits et les responsabilités des personnels de santé peuvent contribuer à renforcer leur sécurité et leur protection, il s'agit de ne pas

Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence – publication du CICR

Les personnels de santé devraient être au fait de leurs droits et de leurs responsabilités et comprendre en quoi ces droits et ces responsabilités peuvent changer selon que la situation en question constitue un conflit armé ou reste inférieure au seuil du conflit armé. Cette publication, destinée aux personnels de santé, explique en termes simples quels sont leurs droits et leurs responsabilités durant un conflit armé ou d'autres situations d'urgence. Elle les aide à faire face aux dilemmes moraux et professionnels auxquels ils peuvent se trouver confrontés et explique comment leurs droits et leurs responsabilités découlent du droit international humanitaire, du droit des droits de l'homme et de la déontologie médicale. Le document contient des conseils pratiques sur différents sujets :

- La protection des personnels de santé, ainsi que des personnes malades et blessées ;
- Les normes de soins appropriées ;
- Les besoins de santé des personnes particulièrement vulnérables ;
- La gestion et la transmission des dossiers médicaux ;
- Les soins de santé « importés » (y compris les soins de santé militaires) ;
- La collecte des données ;
- Les violations du droit international dont les personnels de santé sont témoins ;
- Les relations avec les médias.

La publication peut être téléchargée ou commandée à l'adresse <http://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4104.pdf>.

La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Les volontaires forment le cœur du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Il est vital que nous fassions notre possible pour continuer à améliorer la sécurité de nos volontaires. Les sociétés nationales prennent une série de mesures en ce sens en offrant une formation et du matériel de sécurité aux volontaires, en définissant des politiques opérationnelles pertinentes et en menant des actions de sensibilisation.

L'un des impératifs les plus urgents consiste à faire en sorte que tous nos volontaires soient dûment assurés. La Fédération internationale offre depuis de nombreuses années une option d'assurance très rudimentaire, dont le coût s'élève à un franc suisse par volontaire et par an. Cette option permet aux Sociétés nationales qui n'ont pas d'autres possibilités, d'offrir à leurs volontaires un filet de sécurité élémentaire. La police d'assurance en question garantit une assistance minimale aux familles en cas d'incapacité permanente ou de décès. Elle n'a pas pour objet de remplacer une police d'assurance intégrale ou complète, qui pourrait être négociée localement, mais elle fournit une couverture minimale dans les pires circonstances. De nombreuses Sociétés nationales – Mongolie, Mali, Togo, Équateur, Honduras, Nicaragua, Trinité-et-Tobago, Philippines, Sri Lanka, Irak et Myanmar – ont décidé d'investir leurs propres ressources pour assurer leurs volontaires. Nous devons continuer à œuvrer ensemble pour trouver des moyens d'améliorer l'environnement de travail de nos volontaires, qui apportent des services vitaux aux personnes les plus vulnérables de leurs communautés. Pour plus d'information, prendre contact avec volunteering@ifrc.org.

perdre de vue qu'une réglementation trop stricte comporte au contraire le risque d'affaiblir la protection de ceux qui échappent à cette catégorisation très réductrice. Comme des participants de la région l'ont relevé, l'exemple de la médecine traditionnelle, largement utilisée en Asie du Sud-Est notamment, illustre bien cette réalité.

Les volontaires de la Croix-Rouge colombienne : droits et protection

La **loi colombienne n° 720** (2001) a marqué une étape importante dans la reconnaissance du rôle important joué par les volontaires dans le pays. La loi a pour objet de reconnaître, de promouvoir et de faciliter l'action des volontaires à titre de manifestation de participation civique, de solidarité et de responsabilité sociale, et de réglementer les activités des volontaires au sein des entités publiques et privées. La loi définit le volontariat et arrête un nombre de principes qui encadrent l'action des volontaires, tels que l'autonomie par rapport au gouvernement et l'idée que la solidarité est un principe du bien public.

- Le texte intégral de la loi n° 720 peut être consulté (en espagnol) à l'adresse <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4446>.

La **loi n° 1505** (2012) a instauré un système national de volontariat qui fait partie intégrante du système national de prévention et de réaction aux catastrophes. La loi a pour objet de reconnaître et d'encourager l'action des volontaires et de leur permettre de se perfectionner. Elle définit les volontaires de la Croix-Rouge colombienne comme faisant partie du système national de volontaires. La loi n° 1505 accorde aux volontaires la priorité pour les subventions au logement et leur confère des avantages fiscaux, éducatifs et de sécurité sociale.

La loi apporte une contribution précieuse à la réalisation de la mission de la Croix-Rouge colombienne. Le Ministère de l'intérieur et l'Unité nationale pour la gestion des risques de catastrophe supervisent l'application de la loi n° 1505, et en particulier de l'article qui instaure des mécanismes assurant les avantages accordés aux volontaires de la Croix-Rouge colombienne, de la Direction nationale des pompiers et de la Protection civile colombienne. Pendant la rédaction de la loi, la Croix-Rouge colombienne a présenté les priorités suivantes :

- Nécessité d'inclure dans le système de gestion des risques professionnels les volontaires actifs du système national de secouristes qui n'étaient pas affiliés au régime de sécurité nationale contributif.
 - Nécessité de définir avec précision les termes « volontaire actif », « entité autorisée », « premiers secours », « urgence » et « catastrophe publique ».
 - Définition de critères pour l'affiliation au système de couverture des risques professionnels et définition des obligations des entités de volontaires et des volontaires eux-mêmes à l'égard du système. La Croix-Rouge colombienne applique la loi n° 1505 de manière telle à ce que les volontaires puissent bénéficier des avantages qu'elle prévoit. La Société nationale a participé activement à la rédaction, à l'élaboration et à l'approbation de la loi. Cet engagement a aussi favorisé l'adoption d'une position commune avec d'autres entités nationales faisant appel à des volontaires, comme la Direction nationale des pompiers et la Protection civile colombienne.
- Le texte intégral de la loi n° 1505 peut être consulté (en espagnol) à l'adresse http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2012/ley_1505_2012.html.

Tous les volontaires et les employés travaillant dans des services ambulanciers et préhospitaliers devraient être couverts par une assurance santé

Le débat sur l'assurance santé a aussi abordé la question des droits liés à l'exercice de l'activité professionnelle, à savoir la question des accidents, des maladies ou des décès survenant dans le cadre du travail. Certains participants ont fait valoir qu'il s'agissait d'une question sensible dans certains contextes. Un des participants a fait valoir que l'expression « droits au travail » était généralement perçue comme désignant les droits inscrits dans la législation nationale du travail et donc sous-entendaient une relation avec l'État. Le personnel médical et infirmier travaillant dans le cadre d'un système de santé public ou privé peut bénéficier d'un dispositif garantissant ses droits en cas d'incapacité, de décès ou de maladie, tandis que les volontaires ou les employés d'autres institutions de soins de santé ne sont pas nécessairement dans ce cas. Des participants ont aussi signalé que dans la pratique, il peut être très difficile de garantir les mêmes droits à tous les agents de santé, car la définition juridique de cette catégorie de personnes peut être fort limitative.

On entend généralement par « droit » une disposition qui assure une *protection* dans une situation donnée. Si le degré de protection des travailleurs varie d'un pays à l'autre, la plupart des pays ont des

Le Fonds français Maurice de Madre

Le **Fonds français Maurice de Madre** est un fonds indépendant géré par le CICR. Il accorde une assistance financière en cas d'accident ou de maladie aux volontaires et au personnel du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance ni de prestations de sécurité sociale. La blessure ou la maladie doivent être liés à l'action au service du Mouvement.

L'assistance fournie par le Fonds peut couvrir des frais médicaux ou des coûts de rééducation physique ou de réinsertion professionnelle. Le Fonds peut aussi accorder une assistance financière ou matérielle à la famille d'un volontaire ou d'un employé décédé dans l'accomplissement de tâches humanitaires.

Le Fonds est alimenté par les revenus des biens dévolus au CICR par le comte Maurice de Madre, décédé en 1970. Son règlement a été adopté par l'Assemblée du CICR le 9 septembre 1974 et amendé le 9 avril 1981 et le 13 décembre 1995. Le premier versement à un bénéficiaire a été effectué en 1975.

Le Fonds est géré par un conseil de cinq membres, nommés par l'Assemblée du CICR; ils représentent le CICR, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et la famille du comte de Madre. Le conseil compte toujours un membre extérieur au Mouvement. Il est présidé par un représentant du CICR, lequel est aussi responsable de la gestion, de la comptabilité et du secrétariat. Le Fonds a aidé des centaines de volontaires et d'employés du Mouvement; ses ressources financières sont limitées, ce qui restreint les montants qui peuvent être distribués, tant par cas que par année; mais aussi restreintes qu'elles soient dans l'absolu, les ressources ainsi allouées ont des effets durables pour des familles et des communautés vulnérables.

Depuis sa création en 1974, le Fonds a traité :

- **512 demandes**
- **817 cas individuels**
- **2066 bénéficiaires**

et a accordé des subsides pour un montant total de 3 751 918 francs suisses.

règles et des règlements nationaux qui accordent aux travailleurs une protection ainsi que des droits. Toutefois, les droits et les mesures de protection des agents de santé volontaires sont définis de manière plus vague et ils varient grandement.

L'adoption d'une législation nationale en la matière constituerait une reconnaissance du rôle clé joué par les volontaires dans des situations comportant des risques. Un rapport sur le volontariat publié en 2011 par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge indique que « les lois et les politiques relatives au volontariat varient suivant les pays, et même d'une région à l'autre ». Il appelle les gouvernements à redoubler d'efforts pour « examiner plus en profondeur les mécanismes juridiques qui protègent les volontaires dans les situations d'urgence¹⁷ ». Fait plus encourageant, le rapport se réfère à une publication du Programme des Volontaires des Nations Unies parue en 2009 qui a établi que depuis l'Année internationale des volontaires en 2001, plus de 70 lois ou politiques nationales encourageant ou réglementant le volontariat ont été adoptées (elles sont désormais plus de 80), alors que seuls quelques pays avaient jusque-là examiné la question de manière approfondie¹⁸. Une législation nationale sur le volontariat peut être adoptée afin de régler des questions touchant les conditions de travail ou les aspects fiscaux, mais elle peut aussi être nécessaire pour mettre en place une protection contre le risque de responsabilité par omission¹⁹. L'un des problèmes évoqués durant les consultations avec les experts des soins de santé est la nécessité de tenir compte du droit des volontaires à bénéficier d'une assurance. Une assurance de ce type n'exige pas une couverture intégrale

¹⁷ Protéger. Promouvoir. Reconnaître. *Le volontariat en situations d'urgence*, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, 2011, p. 17.

¹⁸ *Id.*, p. 18.

¹⁹ *Ibid.*

pour tous les problèmes de santé ; elle est limitée à la couverture en cas de maladie ou d'accident dus au travail du volontaire ou survenant pendant cette activité. Le degré de couverture d'assurance des volontaires varie énormément d'un contexte à l'autre et dépend dans une large mesure des fonds à disposition. L'assurance peut être très coûteuse et dans certaines situations, les Sociétés nationales sont forcées d'accorder la priorité à d'autres questions afin de maintenir leurs activités humanitaires. Toutefois, comme l'indique le rapport de la Fédération internationale, *Protéger. Promouvoir. Reconnaître. Le volontariat en situations d'urgence*, « le volontariat ne devrait pas être "à vos propres risques"²⁰ », et « fournir une assurance aux volontaires est une responsabilité collective²¹ ». Les gouvernements et les organisations de volontaires devraient collaborer pour protéger les volontaires.

Plaider pour l'adoption et la mise en œuvre de lois nationales sur les emblèmes de la croix rouge et du croissant rouge, comprenant des sanctions en cas d'abus

Le principal objectif de l'emblème est d'être la manifestation visible de la protection accordée par le DIH au personnel, aux unités et aux transports sanitaires en période de conflit armé. Sous réserve de l'autorisation de l'État, d'autres personnes ou objets peuvent également se servir de l'emblème à des fins de protection en temps de guerre. C'est ce qu'on appelle couramment l'« usage protecteur » de l'emblème²². Les personnes autorisées à faire usage de l'emblème à cette fin en temps de conflit armé incluent divers acteurs des services sanitaires des forces armées de l'État et des Sociétés nationales²³. La protection des emblèmes (la croix rouge, le croissant rouge et le cristal rouge) a été abordée lors de l'atelier et des recommandations ont été formulées pour renforcer cette protection dans la législation nationale. Les participants ont vigoureusement plaidé pour une application plus efficace des lois nationales régissant l'abus de l'emblème. Les Sociétés nationales ont fait valoir que les difficultés touchant la sécurité et l'accès dans le cadre de la prestation de soins de santé dans des situations de risque étaient étroitement liées à l'abus de l'emblème. Dans ce contexte, on entend par « abus » : 1) l'imitation, par exemple l'utilisation d'un signe qui, en raison de sa forme ou de sa couleur, risque d'être confondu avec l'emblème ; 2) l'usurpation, comme l'utilisation de l'emblème par des personnes habituellement autorisées à le faire, mais d'une manière incompatible avec les règles du DIH, ou encore l'utilisation de l'emblème par des entités ou des personnes non autorisées à le faire (entreprises commerciales par exemple) ou à des fins non conformes aux Principes fondamentaux du Mouvement ; 3) la perfidie²⁴. Qu'il soit délibéré ou non, l'abus de l'emblème compromet gravement les perceptions publiques de la neutralité des personnels de santé et peut avoir des conséquences graves, à court ou à long terme, pour leur sécurité. En vertu de l'article 54 de la Première Convention de Genève, les États sont tenus d'inclure dans leur législation nationale toutes les mesures nécessaires afin de prévenir et de réprimer, en tout temps, l'abus de l'emblème tel que décrit à l'article 53 de la Convention²⁵. Dans ce contexte, les participants à la plupart des ateliers sur « Les soins de santé en danger » ont souligné l'importance, lorsque la loi nationale laisse à désirer, de faire campagne pour l'adoption et l'application de lois nationales relatives à l'emblème de la croix rouge et du croissant rouge. Il a aussi été proposé que, lorsque de tels mécanismes légaux sont créés à l'échelle nationale, un système efficace soit mis en place pour corriger les erreurs et combattre les cas d'abus délibérés. Il convient de souligner que l'obligation de prévenir et de réprimer les abus de l'emblème incombe à l'État en sa qualité de partie aux Conventions de Genève. Cependant, les Sociétés nationales doivent coopérer avec les autorités afin de protéger l'emblème, et elles sont encouragées à jouer un rôle actif à cet égard²⁶. La protection de l'emblème

20 *Id.*, p. 20. Voir aussi l'exemple cité, la loi fédérale relative à la protection des volontaires de 1997 aux États-Unis (p. 18).

21 *Ibid.*

22 *La mise en œuvre nationale du droit international humanitaire : un manuel*, CICR, Genève, 2011, p. 49.

23 « Les personnes et objets autorisés à se servir de l'emblème à titre protecteur sont notamment : en période de conflit armé : les services sanitaires (personnel, unités, telles que les hôpitaux, les moyens de transport, etc.) et le personnel religieux des forces armées de l'État ; le personnel et les unités et transports sanitaires des Sociétés nationales de la Croix-Rouge, du Croissant-Rouge et du Cristal-Rouge dûment reconnues et autorisées par leur gouvernement à assister les services sanitaires des forces armées, lorsqu'elles utilisent l'emblème exclusivement à ces fins et conformément aux lois et règlements militaires ; les hôpitaux civils (publics ou privés) reconnus comme tels par les autorités étatiques et autorisés à arborer l'emblème ; dans les territoires occupés et les zones d'opérations militaires, le personnel impliqué dans les activités et l'administration de tels hôpitaux civils ; tout le personnel civil sanitaire et religieux dans les territoires occupés et dans les régions où des combats ont lieu ou auront probablement lieu ; toutes les unités et tous les transports sanitaires civils reconnus et autorisés par les autorités compétentes à porter l'emblème ; les autres sociétés de secours volontaires reconnues et autorisées, aux mêmes conditions que les Sociétés nationales de la Croix-Rouge, du Croissant-Rouge et du Cristal-Rouge ; la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; le CICR. » Tiré de : CICR, *La mise en œuvre nationale du droit international humanitaire : un manuel*, CICR, Genève, 2011, p. 49-50.

24 *Étude sur l'usage des emblèmes : problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels*, CICR, Genève, 2011, p. 33.

25 L'art. 54 de la Première Convention de Genève dispose que « Les Hautes Parties contractantes, dont la législation ne serait pas dès à présent suffisante, prendront les mesures nécessaires pour empêcher et réprimer en tout temps les abus visés à l'article 53. »

26 *Étude sur l'usage des emblèmes : problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels*, CICR, Genève, 2011, p. 311.

« Le saviez-vous ? »

- En 1997, le Conseil d'État colombien a décidé que l'emploi d'un véhicule sanitaire à des fins militaires était interdit au regard du DIH. Les véhicules avaient été utilisés pour transporter des soldats. Le Conseil a cité dans sa décision les Conventions de Genève de 1949 ainsi que les deux Protocoles additionnels de 1977.
- Dans son arrêt rendu dans l'affaire de l'*emblème* en 1994, la Cour fédérale de justice allemande a jugé que la protection des emblèmes contre tout usage non autorisé relevait d'un intérêt collectif essentiel.
- Dans l'affaire *Le Parquet c. A Tøyen Tannlegevakt AS* (2010), la Cour suprême norvégienne a prononcé une condamnation en application de la loi nationale contre l'abus de l'emblème en arguant que le motif utilisé par un cabinet de dentiste pouvait être facilement confondu avec l'emblème de la Croix-Rouge. En prononçant cette condamnation, la Cour s'est référée à la protection historiquement accordée à l'emblème par plusieurs des Conventions de Genève et par leurs Protocoles additionnels.

n'est pas un sujet de préoccupation uniquement en temps de conflit armé ; c'est un enjeu important en temps de paix aussi, car l'abus en temps de paix peut avoir des effets néfastes sur le degré de respect accordé à l'emblème pendant un conflit armé. Comme l'affirme l'étude du CICR sur l'utilisation de l'emblème, « Il convient également de garder à l'esprit que le fait de ne pas réprimer les abus en temps de paix ne peut que contribuer à la commission d'abus pendant un conflit armé ²⁷. » Les manières de réagir aux abus de l'emblème peuvent varier en fonction du contexte et de la gravité des circonstances.

L'emploi d'un signe d'identification, ou de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge, n'est pas suffisant en soi pour assurer la protection d'une organisation, laquelle doit aussi prendre des mesures de sensibilisation et de renforcement de la confiance

Divers signes ou emblèmes sont utilisés à travers le monde pour signifier qu'une assistance médicale est disponible. L'emblème du Mouvement a un statut juridique particulier parce que son emploi est régi de manière stricte par le droit international et national. Toutefois, l'existence sur le papier d'un cadre juridique pour l'emploi de l'emblème du Mouvement, ou d'autres signes d'identification, ne confère pas automatiquement une protection contre toute atteinte. Même si la protection peut être bien établie par la loi ou par la coutume, ses effets concrets dépendent de la diffusion d'une information pertinente sur l'emblème ou sur un autre signe, sur son emploi approprié, sur le comportement des personnes qu'il a pour mission de protéger, et sur d'autres activités ayant pour objet de renforcer la confiance. C'est ainsi que les activités de diffusion menées par les Sociétés nationales et par le CICR renforcent la connaissance du public au sujet de ces organisations, de l'emblème, de sa valeur et de son importance en temps de conflit armé, ainsi que des sept Principes fondamentaux du Mouvement. Toutefois, les activités de diffusion ne suffisent pas à elles seules pour instaurer une culture de respect à l'égard d'une organisation, de son mandat et de l'emblème ou du signe qu'elle arbore. Les participants à l'atelier de Mexico ont relevé que la qualité des services fournis par une organisation ainsi que le comportement des personnes qui assurent ces services sont des éléments essentiels pour créer une culture de respect à l'égard de l'emblème. Comme l'a affirmé l'un des participants, « l'emblème ne vous protège pas si vous ne l'utilisez pas comme il se doit ». Qui plus est, le respect de l'emblème est aussi étroitement lié au degré auquel les activités quotidiennes de l'organisation, le tout comme ses parties constituantes, sont conformes aux sept Principes fondamentaux. L'emblème identifie l'organisation sur le terrain, et de ce fait la conduite des personnes qui l'arborent crée des associations positives ou négatives avec lui. Un seul cas de comportement contraire à l'un des Principes fondamentaux par un volontaire ou un employé de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge peut avoir des conséquences à long terme pour la sécurité d'autres volontaires et employés ainsi que pour l'ensemble de l'organisation.

²⁷ *Id.*, p. 304.

Quelques symboles bien connus



Le logo de Médecins Sans Frontières



L'Étoile de vie est connue dans le monde entier comme le symbole des services médicaux d'urgence



Les emblèmes du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Le logo de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge



CICR

Le macaron du Comité international de la Croix-Rouge



L'emblème de la Misión Médica de Colombie est le symbole utilisé par les services de santé du pays. Il a été créé par la résolution 4481, qui a adopté le *Manual de Misión Médica* (manuel de la mission médicale). En Colombie, les personnels et les structures de santé sont désignés collectivement par le terme « misión médica » (mission médicale). Le manuel porte sur l'adoption et la mise en œuvre de normes destinées à renforcer le respect et la protection de la mission médicale en Colombie en temps de conflit armé ou dans d'autres situations de violence.



Un symbole largement utilisé pour les premiers secours



La Asociación Nacional de Protección Civil est l'un des principaux fournisseurs de services préhospitaliers au Mexique. Comme dans d'autres pays d'Amérique latine et ailleurs dans le monde, les organismes de protection civile jouent un rôle important dans les interventions de secours en cas de catastrophe. Au Mexique, la protection civile a pour mandat de coordonner toutes les opérations lors de catastrophes.

Les praticiens devraient partager les informations sur les cadres juridiques existants régissant les services ambulanciers et préhospitaliers

Les participants sont tombés d'accord sur le fait que les praticiens devraient partager avec leurs collègues les informations dont ils disposent sur les cadres juridiques de leurs pays respectifs. Cet échange leur permettrait d'enrichir leurs connaissances mutuelles et d'examiner si les mesures prises dans un contexte précis pourraient être applicables ou désirables dans un autre cadre. L'idée d'une plateforme commune pour partager ces informations a été évoquée; elle pourrait servir à rassembler des exemples de cadres normatifs régissant les services ambulanciers et préhospitaliers dans divers pays. Ces exemples pourraient illustrer des pratiques positives et être utilisés pour faire pression en faveur de l'adoption de mesures législatives plus strictes dans d'autres pays.

Il est possible que des plateformes de partage pour les organisations offrant des soins de santé existent déjà à l'échelon national, régional et mondial; la question pourrait être examinée.

Concernant le rôle d'auxiliaire des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire, partager les modes opératoires normalisés et les programmes de formation et réfléchir à la nécessité de normaliser ces procédures

Les Sociétés nationales sont auxiliaires des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire. Les participants ont débattu de la nécessité d'un cadre juridique solide pour réglementer cette relation et de procédures pour mettre en œuvre le rôle d'auxiliaire. Le fait de disposer des mécanismes formels nécessaires pour assurer la coordination entre la Société nationale et les autorités ne garantit pas automatiquement des procédures solides dans des situations de risque. Les participants ont proposé des sessions de formation conjointes à titre de mesure permettant de renforcer la coopération en matière opérationnelle. Chacun a reconnu que le rôle d'auxiliaire de la Société nationale se concrétise de manière différente d'un pays à l'autre. Dans certains pays, ce rôle est bien établi, avec une solide assise juridique et pratique, mais tel n'est pas le cas dans d'autres. Il existe donc des possibilités de renforcer le rôle d'auxiliaire en se fondant sur les procédures et les programmes de formation existants, ce qui pourrait être fort utile dans de nombreux contextes. Bien que la normalisation de cette formation à l'échelle mondiale ne soit pas une perspective réaliste, il pourrait être possible d'étudier la possibilité de concevoir des modules de formation qui pourraient être applicables dans des contextes ou des régions similaires.

5.2 Coordination avec les parties prenantes, y compris les forces armées et les forces de sécurité

Pour fournir une assistance humanitaire de manière efficace, les personnels de santé doivent souvent tabler sur la coordination avec une gamme de partenaires différents, y compris les forces armées et les forces de sécurité. De ce fait, des mécanismes efficaces de coordination sont une nécessité afin que l'assistance parvienne aux blessés et aux malades. Les participants à l'atelier ont formulé deux recommandations à ce sujet :

- La coordination entre les personnes chargées des soins de santé préhospitaliers et des soins d'urgence et les forces armées devrait être régie par un cadre juridique;
- Toutes les parties prenantes devraient comprendre leurs rôles et leurs méthodes de communication et de coordination respectifs.

Certains participants ont déclaré que pour favoriser des soins de santé impartiaux, les Sociétés nationales devraient pouvoir nouer le dialogue avec les acteurs non étatiques lorsque les acteurs gouvernementaux ne sont pas en mesure de le faire. Les organisations et les acteurs devraient, conformément à leurs mandats respectifs, compléter mutuellement leurs efforts pour veiller à ce que les soins de santé puissent être fournis en toute sécurité. Une série de mesures pourraient être prises préalablement à une situation de risque pour garantir une coordination efficace : préparation de plans, de mécanismes de coordination, d'exercices conjoints, programmes de formation ou simulations avec les gouvernements, les personnels de santé, les membres de la communauté locale et les autres personnes participant aux interventions d'urgence.

Au cours de l'atelier, les participants ont évoqué des situations dans lesquelles de tels mécanismes de coordination existaient déjà pour faire face aux situations de risque : Haïti, Mexique, Israël, territoires palestiniens occupés, Népal et États-Unis, entre autres. Les participants ont aussi relevé que dans une situation de risque, les informations sur la situation de sécurité ainsi que les plans et les procédures ayant une influence sur les activités humanitaires pourraient, le cas échéant, être partagées avec d'autres personnes sur le terrain. Pour que les Sociétés nationales puissent assumer pleinement leurs responsabilités, leur rôle et leur mandat doivent être bien définis et compris par les autorités ; en d'autres termes, leur rôle d'auxiliaire des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire doit être formellement reconnu et parfaitement compris. Comme l'a constaté le CICR après avoir consulté un certain nombre de Sociétés nationales²⁸, si une Société nationale n'est pas dotée de statuts clairement formulés et d'une assise

²⁸ En juillet 2012, le CICR a envoyé un questionnaire à 37 Sociétés nationales au sujet de la campagne « Les soins de santé en danger ». Il leur était demandé de décrire leur expérience touchant quatre aspects cruciaux de la fourniture de soins de santé pendant des conflits armés et d'autres situations d'urgence : 1) les difficultés qu'elles avaient eu à affronter ; 2) les mesures concrètes qu'elles avaient prises pour améliorer l'accès, l'acceptation et la sécurité opérationnelle ; 3) le rôle des Sociétés nationales (base légale, textes statutaires) en matière de prestation de soins de santé pendant les conflits armés et les autres situations d'urgence, et enfin 4) le rôle des Sociétés nationales concernant le renforcement de la protection des personnes malades ou blessées durant les conflits armés et les autres situations d'urgence. Les données utilisées pour étayer ce document étaient : 1) les informations statistiques recueillies dans le cadre d'une initiative du CICR lancée en 2012 pour collecter des données sur les incidents ayant perturbé les soins de santé dans 22 pays ; 2) des entretiens avec des employés du CICR à Genève et sur le terrain qui collaborent avec les Sociétés nationales dans des contextes opérationnels pertinents au regard de la campagne « Les soins de santé en danger ».

La Croix-Rouge colombienne : le dialogue avec les acteurs non étatiques

La Croix-Rouge colombienne, dans le respect des principes d'impartialité et de neutralité, a le devoir de fournir protection et soins à toutes les personnes vulnérables sur un pied d'égalité, en d'autres termes sans la moindre discrimination fondée sur des caractéristiques particulières, sur les convictions, les opinions politiques, la religion, l'appartenance ethnique ou le sexe. Nous devons, en revanche, opérer des distinctions en fonction des besoins : nous devons accorder la priorité à la protection, aux soins et à la prévention des souffrances des personnes les plus exposées aux épreuves et aux risques, sans tenir compte de leur origine ou de leur appartenance sociale.

C'est dans cet esprit que la Croix-Rouge colombienne s'efforce de faire en sorte que les blessés et les malades reçoivent l'assistance dont ils ont besoin lorsque leur accès aux soins est entravé par un conflit ou par d'autres formes de violence. Nos efforts sont particulièrement importants lorsque des personnes ont du mal à obtenir l'aide ou l'assistance humanitaire dont elles ont besoin en raison de leur affiliation à des groupes armés non étatiques. Nous devons être en mesure de toucher les personnes dans le besoin en toute sécurité, or ceci n'est possible que si nous pouvons entrer en contact avec toutes les parties au conflit – ou à toute autre

forme de violence dans laquelle des entités étatiques sont confrontés à des groupes d'opposition ou à des groupes qui enfreignent la loi ou le code social – et obtenir d'elles des garanties de sécurité. Ce type de démarche est décrit aussi bien dans le Cadre pour un accès plus sûr du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge que dans la politique en matière de sécurité de la Croix-Rouge colombienne ; ces deux documents ont été conçus afin de garantir que nous puissions accomplir notre tâche en toute sécurité et avec efficacité, sans faire courir de risques à nos employés ni à nos volontaires ou à nos bénéficiaires.

Il n'est pas inutile de rappeler que l'action humanitaire du Mouvement n'interfère en rien avec l'exercice, par les autorités, de leurs pouvoirs constitutionnels et juridiques. Grâce à notre démarche axée sur la transparence et la sécurité, et fondée sur les principes d'impartialité et de neutralité, nous pouvons orienter les gens vers des centres gérés par l'État afin qu'ils reçoivent l'assistance et les soins dont ils ont besoin, indépendamment de la question de savoir s'ils sont à cet instant dans la légalité ou dans l'illégalité, conformément au droit à la santé, qui est un droit de tous. Cependant, l'assistance que nous apportons n'empêche en rien l'État de faire respecter la loi si un crime a été commis.

Nødnett, le réseau norvégien de sécurité publique

Nødnett est un réseau de radio numérique indépendant réservé à la police, aux services de santé et aux services de lutte anti-incendie et de secours, qui permet la communication et la coordination entre les divers acteurs dans des situations d'urgence. Nødnett peut aussi être utilisé par des organisations qui participent aux activités de secours et d'urgence, comme la Croix-Rouge de Norvège. Le réseau est pleinement opérationnel dans certaines parties de la Norvège et il devrait couvrir l'ensemble du pays à la fin de l'année 2015.

Nødnett est conçu de sorte à fonctionner dans des circonstances difficiles, afin de répondre aux besoins des services d'urgence. Les usagers doivent être équipés de radios TETRA homologuées. Des groupes d'utilisateurs sont créés en interne au sein des organisations et forment des groupes communs avec les autres services d'urgence. Seules les personnes ayant accès aux groupes d'utilisateurs individuels peuvent écouter les communications. Les radios Nødnett peuvent aussi envoyer et recevoir des messages texte et peuvent servir à échanger de petits volumes de données.

LA NORME TETRA

Le réseau Nødnett utilise la norme TETRA. Un réseau TETRA permet des communications radio sûres et cryptées entre groupes d'utilisateurs ou en mode direct entre deux correspondants. Il permet aussi d'envoyer des données à vitesse modérée. La technique TETRA est utilisée dans un

grand nombre de pays sur toute la planète, que ce soit dans le domaine de la sécurité publique ou dans des entreprises ayant des exigences de fiabilité des communications.

La couverture du réseau Nødnett repose sur des stations de base de terre, comme un réseau de téléphonie cellulaire ou mobile. Nødnett transmet et reçoit les signaux entre les stations de base et les terminaux radio utilisés par les agents d'intervention d'urgence. Pour choisir les emplacements les plus efficaces des stations de base et fournir la meilleure couverture possible, il faut tenir compte de facteurs tels que la topographie, la distance entre les stations de base et la couverture des stations voisines.

L'IMPORTANCE D'ADHÉRER À NØDNETT

La Croix-Rouge de Norvège n'a pas ménagé ses efforts pour faire en sorte que la Croix-Rouge et d'autres organisations de volontaires qui fournissent des services d'urgence utilisent Nødnett. Les plus de 320 équipes de recherche et de sauvetage de la Croix-Rouge de Norvège sont un élément crucial du service de sauvetage. Faire partie du réseau Nødnett est essentiel pour assurer la sécurité et la fiabilité des communications avec tous les partenaires de ces services. Depuis 2012, quelques équipes de recherche et de sauvetage de la Société nationale utilisent le réseau à titre d'essai. En juin 2013, le parlement norvégien a confirmé que la Croix-Rouge de Norvège et d'autres organisations bénévoles de secours d'urgence pourront utiliser Nødnett dans le pays.

juridique solide – incluant des dispositions précises sur les soins de santé dans les conflits armés et les autres situations d’urgence –, son rôle en tant qu’auxiliaire des pouvoirs publics dans le domaine de l’action humanitaire risque de demeurer flou. Ses possibilités d’avoir accès aux victimes risquent d’en pâtir, surtout si la Société nationale est perçue comme une organisation gouvernementale ou d’État. Des consultations supplémentaires ont montré que l’une des exigences pour une coordination optimale avec les autorités n’est autre qu’une compréhension claire et une reconnaissance officielle du rôle sans équivalent d’auxiliaire des pouvoirs publics que tient une Société nationale dans le domaine humanitaire²⁹. Toutefois, le simple fait que le rôle d’auxiliaire ait été formalisé ne suffit pas à garantir une coordination efficace. Il y faut encore une formation et des procédures ou des mesures de coordination clairement définies, ce dont sont bien conscients les employés et les volontaires des Sociétés nationales ainsi que les autorités, comme l’armée et la police. Des exercices réguliers de simulation ou de répétition regroupant l’ensemble des parties prenantes (y compris la population) devraient aussi être envisagés. Une mesure concrète permettant d’améliorer la coordination pourrait être d’instaurer des procédures de notification claires entre la Société nationale et les autorités, garantissant que les employés et les volontaires de la Société nationale bénéficient de garanties de sécurité dans leur travail.

En ce qui concerne les acteurs non étatiques, l’atelier d’Oslo a déjà souligné l’importance de s’appuyer sur les pratiques et les méthodes optimales appliquées au sein du Mouvement³⁰. Le CICR s’efforce de maintenir le dialogue avec les acteurs non étatiques afin d’améliorer la sécurité des agents humanitaires, d’obtenir l’accès aux personnes détenues par les groupes armés ou aux personnes touchées par la situation et vivant dans des zones où ces groupes exercent leur autorité, d’évaluer la volonté et la capacité de ces groupes de garantir le respect du droit de la guerre, et d’appuyer dans la mesure du possible leurs efforts visant à mieux respecter le DIH, comme l’incorporation de ce droit dans leurs codes de conduite³¹.

L’un des participants a relevé que sa Société nationale communiquait avec les acteurs non étatiques pour les aider à comprendre que la prestation de soins de santé est régie par les principes d’indépendance et de neutralité, et pour souligner que leurs propres familles dépendaient des services de santé. Il ne faut pas oublier, cependant, que la capacité des Sociétés nationales de maintenir le contact avec les acteurs non étatiques armés est souvent limitée par la loi. Dans certaines situations, le fait de leur apporter une assistance humanitaire peut même constituer une infraction.

5.3 Les meilleures pratiques dans la prestation de services préhospitaliers

Il est apparu de plus en plus clairement, au fil des divers ateliers d’experts organisés dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger », que les participants sont très désireux de s’inspirer des pratiques mises en œuvre dans d’autres situations. Bien que les participants soient conscients du fait que la diversité des situations entraîne la diversité des écueils à surmonter, ils ont aussi souligné que les personnels de santé se heurtent, partout dans le monde, à certaines difficultés similaires. En ce qui concerne les recommandations, les participants ont souvent insisté sur l’importance du partage des pratiques optimales sur des questions telles que le Cadre pour un accès plus sûr, la déontologie des soins de santé, la coordination, les normes minimales de formation, la planification en vue des situations d’urgence et l’utilisation d’équipements de protection individuelle.

²⁹ CICR et Croix-Rouge de Norvège, publication émanant de l’atelier d’experts sur les soins de santé en danger pour les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, janvier 2013.

³⁰ *Rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d’urgence : rôle et responsabilités des Sociétés nationales*. Voir présentation générale de l’atelier en anglais, à l’adresse <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-danger-expert-workshop-oslo-2012-12-03.htm>. Cf. note 1.

³¹ CICR, « Mieux faire respecter l’action humanitaire et le DIH par les autres porteurs d’armes », disponible à l’adresse <http://www.icrc.org/fre/what-we-do/building-respect-ihl/dialogue-weapon-bearers/other-weapons-bearers/overview-icrc-other-weapon-bearers.htm>.

Promouvoir tous les éléments du Cadre pour un accès plus sûr

Dans tous les ateliers consacrés aux soins de santé en danger qui se sont déroulés en 2012 et en 2013, les personnels de santé ont insisté sur l'importance de la reconnaissance et du respect de leurs activités par les autorités de l'État, par les groupes armés non étatiques et par les communautés locales, afin que les activités de soins de santé soient protégées. De l'avis général, il s'agit d'un facteur essentiel pour garantir l'accès sûr aux malades et aux blessés dans les situations de risque, y compris les conflits armés et les autres situations d'urgence. Dans les ateliers précédents, les participants ont mentionné le Cadre pour un accès plus sûr, établi par le CICR, qui représente à leurs yeux un outil important de renforcement des capacités que les Sociétés nationales pourraient utiliser dans les conflits armés et les autres situations d'urgence. Le Cadre est un outil fondé sur l'expérience, mis au point en 2003 par le CICR en coopération avec les Sociétés nationales et la Fédération internationale, afin d'aider les Sociétés nationales à se préparer et à intervenir dans des contextes sensibles, lorsque les conditions de sécurité ne sont pas idéales, y compris les situations de conflit armé ou de troubles et tensions internes. Les éléments du Cadre sont un outil essentiel et doivent être utilisés par toutes les Sociétés nationales dans leurs efforts d'obtenir un accès sûr aux personnes et aux communautés touchées par le conflit armé ou par d'autres situations d'urgence, afin de leur apporter protection et assistance. Bien que le Cadre ait été conçu comme un outil de renforcement des capacités destiné aux Sociétés nationales, d'autres personnels de santé pourraient trouver utiles certains de ses aspects pour améliorer leur sécurité et leurs possibilités d'accès aux victimes. Plusieurs sections d'un ensemble de ressources pratiques fondées sur le Cadre pour un accès plus sûr, destinées aux Sociétés nationales, inspirées par le Cadre lui-même et par la Résolution 7 adoptée en 2011 par le Conseil des Délégués, seront publiées à la fin de 2013, et seront suivies d'autres au début de l'année 2014.

Le Cadre pour un accès plus sûr

Évaluation du contexte et des risques : les Sociétés nationales ont une bonne compréhension des aspects politiques, sociaux, culturels et économiques interdépendants de l'environnement en constante évolution dans lequel elles opèrent ainsi que des risques qu'il comporte, de sorte qu'elles peuvent prévenir et gérer ces risques.

Base juridique et politiques : les Sociétés nationales disposent d'une base d'instruments juridiques et statutaires solides et élaborent des politiques sur lesquelles elles se fondent pour s'acquitter de leur mandat et de leurs rôles humanitaires en conformité avec les politiques du Mouvement, le droit international humanitaire (DIH) et la législation nationale.

Acceptation de l'organisation : les Sociétés nationales sont bien acceptées par les principales parties prenantes grâce au fait qu'elles fournissent aux personnes et aux communautés une assistance et une protection humanitaires efficaces et adaptées au contexte, dans le respect des Principes fondamentaux et des politiques du Mouvement.

Acceptation des individus : les employés et les volontaires sont bien acceptés par les principales parties prenantes grâce au fait qu'ils accomplissent leur travail dans le respect des Principes fondamentaux et des politiques du Mouvement.

Identification : les Sociétés nationales prennent toutes les mesures nécessaires pour protéger et promouvoir l'identité visuelle de l'organisation ainsi que celle de ses employés et de ses volontaires.

Communication et coordination internes : les Sociétés nationales mettent en œuvre des stratégies et des mécanismes de communication et de coordination internes bien conçus, qui renforcent la coordination avec les autres composantes du Mouvement.

Communication et coordination externes : les Sociétés nationales mettent en œuvre des stratégies et des mécanismes de communication et de coordination externes bien conçus, qui renforcent la coordination avec les acteurs extérieurs.

Gestion des risques pour la sécurité opérationnelle : les Sociétés nationales sont responsables de la sûreté et de la sécurité de leurs employés et de leurs volontaires, et s'acquittent de cette responsabilité en élaborant et en mettant en œuvre un système et une structure de gestion des risques pour la sécurité opérationnelle.

Promouvoir la déontologie des soins de santé et la discussion des principes éthiques en situation de risque dans les programmes des universités et des institutions de formation

De l'avis des participants à l'atelier de Mexico, il est crucial d'associer les universités et les institutions de formation aux discussions sur la sécurité et l'accès pour les personnels de santé, car ce sont elles qui jettent les bases de la pratique médicale de demain. Des institutions telles que l'Association médicale mondiale et les associations médicales nationales ont fixé des lignes directrices solides sur les soins de santé ou sur la déontologie médicale. Ces textes s'appuient sur des années de discussions fondées sur l'expérience concernant des dilemmes éthiques auxquels se trouvent confrontés les agents de santé dans leur travail quotidien. Il existe des lignes directrices claires sur les règles de comportement éthique dans les soins aux patients, mais la capacité des personnels de santé à les respecter dépend de la possibilité d'assurer un équilibre entre les règles, les principes, les résultats et les contraintes³². Dans bien des cas, il n'existe pas de réponse absolument correcte ou fautive, et la formation à la déontologie ainsi que la réflexion sur les dilemmes auxquels les personnels de santé risquent de se trouver confrontés pourrait contribuer à mieux faire comprendre les principes éthiques que les personnels de santé doivent appliquer. Bien que la déontologie médicale soit conçue pour guider le comportement des personnels de santé tels que les médecins et les infirmiers, elle peut aussi être pertinente pour d'autres catégories, y compris les volontaires, qui mènent des activités liées à la santé, en conduisant des ambulances ou en donnant les premiers secours, par exemple. Faire en sorte que leur formation comprenne l'étude de codes de déontologie et une discussion des dilemmes moraux dans lesquels peut se trouver placé un secouriste (comme le fait de devoir choisir quel patient soigner en premier) peut contribuer à ce que les volontaires et les personnels de santé prennent des décisions appropriées. Cependant, comme le font remarquer des agents de santé, les réalités du terrain mettent souvent à rude épreuve les codes de déontologie qu'a pu assimiler un médecin, une infirmière, un chauffeur ou un secouriste – par exemple lorsqu'ils sont contraints, sous la menace, de soigner un patient plutôt qu'un autre.

Utiliser l'occasion offerte par le projet « Les soins de santé en danger » pour renforcer la communication et la coordination entre les départements juridiques et opérationnels de votre Société nationale

Cette recommandation reflète une réalité, à savoir que dans de nombreuses Sociétés nationales, les activités d'intervention d'urgence ne sont pas nécessairement intégrées avec les autres départements, comme le département juridique. Les participants ont reconnu la nécessité de la coordination et de la communication entre départements, étant donné la nature transversale du projet « Les soins de santé en danger » et les problèmes déjà identifiés. Au cours des discussions, il a été mentionné que les départements opérationnels ont souvent le sentiment que les personnes responsables de proposer des amendements à la législation nationale devraient les consulter pour s'assurer que les initiatives juridiques répondent bien aux réalités et aux difficultés opérationnelles. Il en va de même des efforts visant à identifier les lacunes ou les carences dans la législation nationale. Dans certaines situations, les personnes venant en aide aux personnes blessées ou malades définies par l'État comme des criminels ou comme des terroristes peuvent être poursuivies alors qu'elles ont fourni une assistance médicale impartiale. En pareil cas, une meilleure communication et coordination entre les départements juridiques et opérationnels pourrait déboucher sur une stratégie plus efficace afin de modifier les lois nationales qui définissent comme un délit l'assistance humanitaire accordée à certains groupes ou à certaines personnes. Le recours à des exemples concrets montrant comment la loi nationale entrave ou met en péril la prestation des soins de santé peut fournir des arguments utiles pour mener campagne. Les participants ont suggéré la création de forums ou de comités nationaux consacrés à la problématique de la violence contre les soins de santé, qui pourraient contribuer à garantir la complémentarité des diverses compétences dans le cadre de l'élaboration de stratégies et de mesures nationales.

³² *Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*, CICR, Genève, 2012, p. 40.

Protéger la mission médicale de la Croix-Rouge libanaise (Georges Kettaneh, secrétaire général de la Croix-Rouge libanaise)

La Croix-Rouge libanaise, et en particulier ses services médicaux d'urgence, réapprennent aujourd'hui les douloureuses leçons de la longue et sanglante guerre civile qui a déchiré le pays entre 1975 et 1990. À l'époque, le Principe fondamental de neutralité était aussi une règle de survie au cœur de l'agitation religieuse, sectaire et politique.

Tout au long de ce conflit meurtrier, la Croix-Rouge libanaise fut la seule organisation capable de fonctionner sur tout le territoire de ce pays divisé, grâce au fait que ses volontaires respectaient les sept Principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et parce que toutes les parties et les groupes armés les percevaient comme des agents humanitaires neutres, indépendants et impartiaux, ce qui rejallait sur l'image de la Société nationale elle-même.

Il a fallu des années à la Croix-Rouge libanaise pour comprendre qu'il y a une limite subtile et dangereuse entre la neutralité réelle et la perception de cette neutralité. Il aura fallu le décès de 12 volontaires des services médicaux d'urgence avant 1987 pour que l'on se rende compte qu'il ne suffit pas d'être neutre : encore faut-il que tous les acteurs extérieurs soient effectivement convaincus de cette neutralité. Bâtir cette perception auprès de groupes dont la tâche consiste à tuer des personnes qui ne partagent pas leurs convictions religieuses est une tâche difficile, qui exige un travail résolu et cohérent à tous les niveaux de la Société nationale. Pour être perçu comme neutre, il faut bien sûr avant tout se comporter de manière neutre, mais il faut en outre déployer des efforts de communication et de sensibilisation.

Aujourd'hui, à l'heure où la crise syrienne fait sentir ses effets au Liban et divise à nouveau une société déjà fragmentée, la Croix-Rouge libanaise applique les enseignements du passé. Elle s'est préparée à la tâche difficile qui lui incombe dans cette crise en se montrant rigoureusement neutre en temps de paix et dans des missions de moindre importance. La récompense de cette crédibilité acquise de haute lutte est qu'aujourd'hui, nos équipes peuvent avoir accès, dans la sécurité, aux personnes qui ont besoin d'assistance. Au cours des dernières années, la Société nationale a œuvré activement pour instiller une culture de la neutralité parmi ses volontaires et pour communiquer et diffuser des informations sur la Croix-Rouge à toutes les parties.

INSTAURER UNE CULTURE DE LA NEUTRALITÉ

La réalité du Liban est telle que nul ne peut être vraiment totalement neutre dans le pays – pas même les volontaires de la Croix-Rouge libanaise. Chacun a ses opinions, ses inclinations et ses préférences politiques. Il n'est pas du pouvoir de la Croix-Rouge libanaise de faire en sorte que nos milliers de volontaires n'aient plus aucune opinion politique ; d'ailleurs, nous ne voulons pas que nos volontaires abandonnent leurs opinions, mais bien qu'ils agissent sans imposer leurs convictions à autrui et en se montrant tolérants à l'égard de ceux qui ont des opinions ou des sentiments différents des leurs.

La Croix-Rouge libanaise souhaite en 2013 ce qu'elle souhaitait déjà en 1987 : disposer de volontaires qui choisissent, jour après jour, de placer l'action humanitaire au-dessus de toute autre considération. La Croix-Rouge libanaise veut des volontaires qui choisissent d'être neutres jour après jour parce que la neutralité facilite l'accès aux personnes qui ont besoin d'assistance. Elle veut des volontaires convaincus que l'humanité est plus importante que la politique, profondément persuadés que pour qu'une société puisse fonctionner, elle doit comprendre des personnes capables de mettre leurs opinions entre parenthèses pour respecter des principes supérieurs.

La Croix-Rouge libanaise veut pouvoir compter sur un groupe de personnes de grande qualité, qui se distinguent non seulement par leurs compétences et leurs connaissances, mais encore par leur engagement en faveur d'un ensemble de principes, une élite déterminée à tout faire pour que leur Société nationale soit acceptée par toutes les parties et les communautés. Tel a été, et tel demeure, le défi quotidien de notre Société nationale.

NEUTRALITÉ : PERCEPTIONS ET RÉALITÉ

La leçon que nous avons apprise en 1987 et que nous réapprenons aujourd'hui dans des circonstances encore plus difficiles est que même un groupe de tels volontaires neutres n'est pas automatiquement accepté. Nous devons veiller, chaque jour, à ce que notre Société nationale soit perçue par chacun, au Liban et au-delà des frontières, comme parfaitement neutre.

Cette tâche est beaucoup plus ardue aujourd'hui qu'elle ne l'était en 1987. La société est plus fragmentée, les volontaires sont plus jeunes et l'expérience acquise durant la guerre civile a parfois été oubliée. La plupart des gens ont aujourd'hui accès rapidement et facilement à une quantité énorme d'informations, parfois exactes mais parfois aussi totalement fallacieuses. Aujourd'hui, un volontaire dont le compte Facebook reflète une information vaguement liée à l'une des parties peut être la cause d'une attaque visant une ambulance.

Il est aussi devenu beaucoup plus difficile de dissimuler le fait que les volontaires de la Croix-Rouge libanaise ont eux aussi des opinions. Réussir à être perçus comme neutres et à conserver cette image demande plus d'efforts, plus de discipline, des mécanismes de contrôle plus rigoureux, plus d'attention et plus de formation.

La Croix-Rouge libanaise n'est hélas pas encore pleinement entrée dans l'âge de l'information. Nous en sommes conscients et nous avons fait de cette question une priorité au niveau le plus élevé de notre organisation ; nous allons travailler sur cet aspect afin de demeurer l'organisation la plus reconnue et la plus largement acceptée dans le pays, et de continuer aussi à fournir une assistance, dans tout le Liban, à toute personne qui le nécessite.

Les volontaires devraient recevoir une formation au minimum dans les domaines suivants : sécurité routière, déontologie, soutien psychosocial, sécurité sur le terrain, modes de vie sains, aptitudes à la communication et à la négociation, connaissances culturelles et Code de conduite du Mouvement³³. Le cas échéant, la formation pourrait être normalisée à l'échelle régionale.

Une publication de la Fédération internationale parue en 2011 a mis en pleine lumière l'importance des quelque 13 millions de personnes dans le monde qui choisissent de travailler en tant que volontaires pour les Sociétés nationales³⁴. La mobilisation et l'engagement des volontaires sont des éléments cruciaux pour garantir l'accès et l'assistance aux personnes dans le besoin. Dans des situations de risque, les volontaires dispensent les premiers secours, assurent le transport, mobilisent les communautés, participent aux campagnes de vaccination et fournissent des soins aux malades et aux blessés. Les volontaires sont associés à tous les aspects de la chaîne des soins dans de nombreux contextes et ils doivent donc être formés et préparés à l'accomplissement de leurs tâches. La formation et la préparation sont essentielles pour que les volontaires puissent faire face aux différents scénarios auxquels ils peuvent être confrontés dans des situations de risque, mais la formation est aussi indispensable pour garantir leur sécurité personnelle. Les ateliers consacrés au problème de la violence contre les soins de santé ont régulièrement insisté sur ce point.

La formation ne doit pas pour autant devenir une fin en soi ; elle doit répondre aux besoins et aux réalités de la situation. La nécessité de former les volontaires, et le degré de formation nécessaire, varient en fonction de la situation et de leurs tâches. Une formation minimale en matière de sécurité routière, par exemple, peut être très générale et se limiter au respect de certaines règles au volant, comme l'observation des limitations de vitesse et le port de la ceinture de sécurité en toutes circonstances. Elle peut aussi être très adaptée au contexte et porter par exemple sur la manière de se comporter au passage de postes de contrôle (ce qui est aussi lié aux compétences de communication et de négociation). Dans certains cadres, apprendre à dispenser les premiers soins de base peut être une exigence minimale suffisante pour les volontaires, tandis que dans d'autres situations, des programmes de formation approfondis peuvent être nécessaires pour assurer la continuité et la qualité des services dans les établissements de soins vers lesquels les victimes sont aiguillées. Dans des contextes où la Société nationale joue un rôle clé dans la prestation de services de santé à l'échelle du pays entier, le manque de formation approfondie pour les volontaires peut avoir un effet néfaste sur le niveau des soins dispensés dans tout le pays. Dans des Sociétés nationales actives dans un cadre où l'on trouve une grande diversité culturelle et religieuse, la formation requise pour les volontaires peut varier d'une zone du pays à une autre. Pour définir le niveau minimal de formation, il s'est agi de tenir compte des ressources disponibles à cette fin, de la coopération/coordination entre les divers acteurs, des compétences requises pour mener à bien la tâche, des responsabilités qu'elle entraîne, de l'importance des volontaires pour la communauté, du contexte et enfin du système de santé dans son ensemble. Les participants ont reconnu que si des programmes de formation normalisés à l'échelle régionale pouvaient garantir la continuité et la qualité, il ne saurait y avoir une solution universelle.

La question de la formation des conducteurs d'ambulance mérite une attention spéciale. Lorsque les Sociétés nationales ont été consultées au sujet des exigences de cette formation, aucune n'a signalé dispenser une formation spéciale ; elles ont répondu que la formation de conducteur d'ambulance faisait partie de la formation générale suivie par les volontaires des services médicaux d'urgence. Certes, les choses peuvent être différentes selon le contexte, mais même dans ces conditions, il pourrait être utile d'évaluer la nécessité d'une formation spécifique pour les conducteurs d'ambulance, afin de garantir leur sécurité et leurs possibilités d'accès aux victimes, étant donné l'importance de leur rôle dans les situations d'urgence.

³³ Le titre complet du document est *Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales (ONG) lors des opérations de secours en cas de catastrophe*.

³⁴ *Protéger. Promouvoir. Reconnaître. Le volontariat en situations d'urgence*, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, 2011.

Le code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales lors des opérations de secours en cas de catastrophe

Le code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales (ONG) lors des opérations de secours en cas de catastrophe a été élaboré et approuvé par huit des plus grandes organisations de secours en cas de catastrophe en été 1994. Il s'agit d'un code volontaire qui formule dix principes que devraient respecter tous les acteurs humanitaires dans leurs interventions après une catastrophe. Il décrit aussi les types de relations que les organisations actives dans ce cadre devraient chercher à établir avec les gouvernements donateurs, les gouvernements des pays hôtes et le système des Nations Unis. Le code n'aborde pas les questions opérationnelles de détail, telles que la façon de calculer les rations alimentaires ou d'installer un camp de réfugiés. Il vise en revanche à sauvegarder les critères élevés d'indépendance et d'efficacité auxquels aspirent les ONG fournissant des secours en cas de catastrophe et le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge^a.

1. L'impératif humanitaire, priorité absolue.
2. L'aide est apportée sans aucune considération de race, de croyance ou de nationalité du bénéficiaire, et sans discrimination d'aucune sorte. Les priorités en matière d'assistance sont déterminées en fonction des seuls besoins.
3. L'aide ne saurait être utilisée au service de convictions politiques ou religieuses, quelles qu'elles soient.
4. Nous nous efforcerons de ne pas servir d'instrument à la politique étrangère des gouvernements.
5. Nous respecterons les cultures et les coutumes.
6. Nous chercherons à fonder nos interventions sur les capacités locales.
7. Nous nous emploierons à trouver des moyens d'associer les bénéficiaires des programmes à la gestion des secours.
8. Les secours doivent autant viser à limiter les vulnérabilités futures qu'à satisfaire les besoins essentiels.
9. Nous nous considérons responsables, tant à l'égard des bénéficiaires potentiels de nos activités que vis-à-vis de nos donateurs.
10. Dans nos activités d'information, de promotion et de publicité, nous présenterons les victimes de catastrophes comme des êtres humains dignes de respect, et non comme des objets de commisération.

^a Voir Fédération internationale, « Code de conduite », disponible à l'adresse <http://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/code-of-conduct/code-french.pdf>. Voir aussi <http://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-1067.pdf>

Cours pour conducteurs de véhicules d'urgence

Outre son rôle dans l'efficacité des opérations d'urgence, le conducteur d'un véhicule d'urgence est aussi responsable en grande partie de la sécurité de ses collègues, de la personne blessée ou malade qui est transportée et d'éventuels tiers présents sur les lieux. Un cours destiné aux conducteurs de ces véhicules sera nécessairement adapté au contexte local, mais il devrait en principe contenir des instructions dans les domaines suivants :

- Conduite de précision ;
- Techniques anticollisions ;
- Envoi et réception de messages (p. ex. par radio) ;
- Utilisation et entretien des véhicules ;
- Sécurité personnelle sur des routes endommagées ou par mauvais temps ;
- Maîtrise du stress ;
- Rôle et responsabilités du conducteur ;
- Navigation et établissement d'itinéraires ;
- Aspects juridiques.

La question des équipements de protection individuelle (EPI) devrait être analysée en fonction du pays ou de la situation, et une formation appropriée dispensée

L'utilisation d'équipements de protection individuelle a été soulevée lors d'ateliers précédents, mais la discussion à Mexico a été beaucoup plus approfondie. Les débats précédents étaient plus polarisés : des opinions bien arrêtées avaient été exprimées pour et contre les EPI. Lors de l'atelier du Mexique, où plusieurs exposés ont évoqué l'utilisation de ces équipements, les débats ont porté non pas tant sur la question de principe de savoir s'ils devaient être utilisés, mais bien plutôt sur les avantages et les inconvénients de leur utilisation et sur les manières dont les prestataires de service tranchaient des problèmes délicats sur la nécessité et les conditions du recours aux EPI. Les personnels de santé ont reconnu que l'emploi d'un équipement de protection sur le terrain créait des dilemmes. Dans certains contextes et dans certaines situations, l'utilisation des EPI peut être encouragée, mais dans d'autres cas, elle peut en réalité être un facteur de risque pour l'équipe. La difficulté d'établir les causes des incidents de sécurité crée un autre problème : elle peut conduire à des mesures de limitation des risques – comme l'utilisation des EPI – qui ne traitent pas la cause fondamentale du problème, et par conséquent qui ne réduisent pas vraiment les risques. Lors de l'atelier du Caire³⁵, les participants sont apparemment convenus que certains types d'EPI pourraient être utiles pour faire face à des risques prévisibles ; dans les discussions pendant l'atelier de Mexico comme dans les exposés, il est apparu clairement que les EPI sont souvent utilisés par des personnels de santé dans le monde entier. Les prestataires de soins ont fait valoir que la sécurité de leurs secouristes et la capacité d'intervenir dépendaient largement, mais pas entièrement, de l'utilisation d'un équipement de protection. Il faut, bien entendu, que les secouristes reçoivent aussi une formation pour les utiliser correctement. Pendant l'atelier de Mexico, un certain nombre de Sociétés nationales et d'autres participants ont déclaré qu'ils utilisaient des EPI lors d'incidents qui exigeaient une protection plus importante des secouristes et des autres intervenants qu'en temps normal, par exemple en cas d'attaque par missiles ou de flambées de violence massives. Selon les services médicaux d'urgence d'une Société nationale, l'utilisation d'EPI est essentielle dans son cas pour protéger les employés et les volontaires contre les explosions et les agents chimiques. Selon cette Société nationale, ces incidents « ne permettent pas d'attendre que la situation soit redevenue sûre pour intervenir, car dans ce cas toutes les victimes seraient mortes ». Dans ce contexte particulier, par conséquent, les ambulanciers et les personnels de santé doivent disposer d'équipements de protection pour intervenir efficacement et soigner les blessés. C'est un dilemme auquel sont confrontés de nombreux secouristes de par le monde. Une autre Société nationale a signalé qu'en raison de l'augmentation des « deuxièmes attaques », décrites plus haut, le personnel et les volontaires ont dû recourir à des équipements de protection. Toutefois, ces équipements n'empêchent pas que le personnel puisse être gravement blessé lors d'une attaque de ce genre. Dans certains incidents où des substances chimiques sont employées, le recours à des équipements spéciaux de protection peut être essentiel pour la sécurité du personnel. Une Société nationale a signalé qu'elle avait besoin de moyens supplémentaires pour fournir un équipement de protection efficace – comme des casques et des masques – à ses employés et à ses volontaires. Elle a indiqué qu'elle s'était trouvée dans l'impossibilité de répondre à de nombreux incidents parce que le manque d'équipements de protection aurait placé son personnel et ses volontaires dans une situation dangereuse.

³⁵ Atelier du Caire, 17–19 décembre 2012, Security of Emergency Health Care in the Field. Pour plus d'informations, voir : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/12-17-egypt-hcid-workshop.htm>.

Les équipements de protection individuelle (EPI)

Les EPI ont pour objet de réduire l'exposition à des risques perçus ; ils peuvent notamment, mais pas exclusivement, comprendre les éléments suivants :

- Gilets pare-balles ;
- Casques ;
- Véhicules blindés ;
- Combinaisons spécifiquement conçues pour protéger contre des substances chimiques ou des matières dangereuses ;
- Gants (pour protéger par exemple contre les maladies infectieuses) ;
- Lunettes ;
- Masques ;
- Uniformes (y compris chaussures).

Le terme EPI n'inclut pas les escortes armées.

Société de la Croix-Rouge du Japon : matériel de décontamination nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC)

La Société de la Croix-Rouge du Japon dispose de kits de décontamination dans ses sections de préfecture afin de pouvoir intervenir en cas d'incidents NRBC. En principe, les équipes médicales de la Société nationale ne pénètrent pas dans les zones contaminées, car il est difficile de soigner des patients dans un tel environnement. Le rôle principal de ces équipes consiste à décontaminer les patients évacués de ces zones « brûlantes » et de les soigner dans un environnement moins dangereux (zones « chaudes »). Le kit de décontamination NRBC se compose d'une tente de décontamination dotée d'une douche et d'un système de filtrage de l'air, ainsi que de combinaisons de protection gonflées d'air à une pression positive, ainsi que de masques et de divers autres articles. La coopération avec l'équipe de sauvetage et d'évacuation – l'unité d'intervention spéciale des forces d'autodéfense japonaises ou du département du feu – est essentielle dans les interventions après un accident NRBC. Il est aussi indispensable de préciser les rôles des équipes d'intervention de la Croix-Rouge et de décider du matériel nécessaire. Les équipes doivent être dûment entraînées et leur comportement doit se conformer aux normes établies.

Plusieurs participants à l'atelier d'experts d'Oslo³⁶ ont appelé l'attention sur la difficulté de définir un niveau de risque acceptable pour guider la prise de décisions opérationnelles, tout en demeurant vigilant en matière de sécurité des employés et des volontaires de la Société nationale. Pour celle-ci, ce fait a des conséquences tant éthiques que juridiques (devoir de porter assistance, assurance, etc.) La communauté attend souvent de la part des employés et des volontaires de la Société nationale qu'ils s'efforcent d'aider les personnes ayant besoin d'assistance, même dans les circonstances les plus dangereuses. Tel est plus particulièrement le cas lorsque la Société nationale n'explique pas qu'elle est soumise à certaines contraintes et qu'il y a des limites aux secours d'urgence qu'elle peut fournir, même aux personnes blessées. Les employés des Sociétés nationales eux-mêmes ressentent souvent un devoir de porter assistance et sont disposés à prendre des risques même lorsque cela va à l'encontre des procédures de sécurité établies. L'utilisation systématique d'EPI pourrait élever encore le niveau de risque acceptable, parce que ces équipements peuvent donner à leurs utilisateurs un sentiment de sécurité fallacieux. Des participants ont aussi évoqué le problème potentiel de voir des agents de santé portant un EPI attaqués par des personnes voulant leur voler leur équipement. Toute la difficulté consiste à définir des modes opératoires normalisés, des directives de sécurité et des plans d'urgence adaptés à chaque situation particulière. Il faut, de manière plus générale, parvenir à un équilibre entre la réponse aux besoins d'ordre humanitaire et la sécurité du personnel et des volontaires. Les personnels de santé ont souvent insisté

³⁶ Cf. note 1.

sur l'importance de n'agir que lorsque les autorités fournissent des garanties de sécurité et donnent leur aval officiel; d'autres ont exprimé l'avis que cela n'est pas toujours possible et que dans certains cas l'impératif de sauver des vies doit l'emporter sur les considérations de sécurité personnelle. Mettre au point des stratégies permettant de régler ce dilemme permettra, à terme, de fournir des soins de santé plus durables et davantage axés sur les besoins.

Le débat en cours sur l'utilisation des EPI n'a pas encore permis d'aboutir à une solution unanimement acceptée. Les personnels de santé, les conducteurs d'ambulance et le personnel d'intervention d'urgence travaillent dans des contextes différents, et la nécessité d'utiliser des EPI varie d'une situation à l'autre. Les points de vue sur cette question peuvent aussi varier selon que l'organisation qui apporte son assistance est locale, nationale ou internationale. De nombreux prestataires de soins de santé locaux ou nationaux ont indiqué que leur capacité de venir en aide aux victimes dépend souvent, dans une large mesure, de la disponibilité d'équipements de protection. Si les fournisseurs de soins de santé locaux ou nationaux ne peuvent pas assister les victimes parce que le manque d'EPI rend la tâche dangereuse, ils risquent d'encourir la désapprobation ou le manque de confiance de la communauté locale. Des Sociétés nationales ont indiqué qu'elles pourraient être considérées comme faibles, ou comme fournissant des services de mauvaise qualité, si elles ne viennent pas en aide aux victimes, même dans une situation exigeant que la sécurité du personnel et des volontaires se voie accorder la priorité. De tels cas risquent, dans le meilleur des cas, d'avoir des répercussions à court terme pour l'image et la réputation du fournisseur local de soins de santé, et dans le pire des cas d'entraîner des dommages à long terme pour la sécurité du personnel et des volontaires. Les campagnes de communication ou les cours de formation visant la population, les autorités, les dirigeants communautaires et la communauté médicale elle-même négligent souvent de donner suffisamment d'informations sur les contraintes auxquelles sont soumis les secouristes et les limites aux soins qui peuvent être dispensés.

Les arguments avancés par les participants soulignent les difficultés auxquelles sont confrontés les personnels de santé au moment de décider d'utiliser ou non les EPI. Les participants sont convenus de la nécessité de poursuivre l'analyse de la question des EPI dans différents contextes, en dressant la liste des avantages et des inconvénients, ce qui pourrait aider les Sociétés nationales et d'autres à décider s'il convient d'utiliser ce type d'équipement et dans quelles circonstances.

Avantages et inconvénients identifiés par le groupe de travail pendant l'atelier, à prendre en considération dans les décisions touchant l'utilisation des EPI

AVANTAGES

- L'équipement peut fournir une réelle protection contre les dangers.
- Lorsque la situation l'exige, la disponibilité de l'équipement a un effet notable sur la vitesse de l'intervention.
- Le personnel et les volontaires peuvent se sentir mieux protégés.
- L'équipement peut permettre de toucher des patients dans des zones où nous ne pourrions pas pénétrer sans protection.

INCONVÉNIENTS

- Le coût élevé de l'équipement de protection constitue un inconvénient majeur.
- Il rend plus difficile la distinction entre les forces armées et les forces de sécurité ou de police et nous.
- L'équipement est souvent très lourd, entravant les mouvements de ceux qui le portent.
- Il peut donner un faux sentiment de sécurité qui encourage les gens à prendre davantage de risques.
- Dans certains cas, l'équipement peut susciter la peur ou la gêne parmi les patients ou au sein de la population. (Les masques cachent le visage et ont une apparence effrayante; pour atténuer ce problème, les couleurs et les symboles utilisés sur le matériel devraient être les mêmes que ceux des uniformes portés par les employés et les volontaires de l'organisation).

Il faudrait toujours éviter de recourir aux escortes armées pour les ambulances civiles

Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a une position de principe contre l'emploi de toute protection armée. Il a adopté cette position dans la résolution 9 adoptée en 1995 par le Conseil des Délégués, intitulée « Protection armée de l'aide humanitaire », et il l'a réaffirmée récemment dans la résolution 7 adoptée en 2005 par le Conseil des Délégués, intitulée « Document d'orientation sur les relations entre les composantes du Mouvement et les organismes militaires ». La raison de cette objection fondamentale est que la protection armée des composantes du Mouvement est incompatible avec les Principes fondamentaux du Mouvement que sont l'humanité, l'impartialité, l'indépendance et la neutralité.

Cependant, ces résolutions du Conseil des Délégués, et en particulier le document sur le recours à la protection armée annexé à la résolution 9 du Conseil des Délégués de 1995³⁷, admettent qu'il peut se produire des situations exceptionnelles dans lesquelles accepter une escorte armée représente la seule possibilité pour sauver des vies humaines, et qu'en pareil cas le principe d'humanité exige que le Mouvement accepte des écarts par rapport à ses modes opératoires habituels. Ce document définit certaines conditions ou questions *minimales*, étayées par les résolutions citées ci-dessus, qui doivent être remplies ou recevoir une réponse affirmative pour qu'une composante du Mouvement puisse décider d'accepter ou non une escorte armée.

Ces critères sont les suivants :

- Les besoins sont-ils si urgents (par exemple s'agit-il de sauver de nombreuses vies) pour justifier cette façon exceptionnelle d'opérer, et ne peuvent-ils être couverts qu'en acceptant une escorte armée ?
- La composante du Mouvement concernée est-elle sûre que l'emploi d'une escorte armée n'aura pas d'effets nuisibles pour la sécurité des bénéficiaires ?
- Cette composante est-elle la plus apte à pourvoir aux besoins identifiés ? N'y-a-t-il pas d'autre institution ou organe extérieur au Mouvement qui soit en mesure d'exercer les mêmes activités ou de pourvoir aux mêmes besoins ?
- La protection armée est-elle considérée essentiellement pour son effet de dissuasion et non pour sa puissance de feu, vu l'extrême répugnance du Mouvement à permettre d'user ou de menacer de violence pour empêcher une attaque ?
- La partie ou l'autorité qui contrôle le territoire où le convoi doit passer et où l'assistance humanitaire doit être apportée a-t-elle approuvé pleinement le principe et les modalités de l'escorte armée ? Il faut se rappeler que, si cette approbation est retirée, la situation doit être réexaminée et les négociations reprises.
- L'escorte est-elle destinée à protéger contre des bandits et des criminels de droit commun dans des situations d'effondrement de l'ordre public ? Il ne faut pas oublier qu'il ne doit y avoir aucun risque d'affrontement entre l'escorte et les parties au conflit ou les groupes organisés qui contrôlent une partie du secteur par où le convoi humanitaire doit passer³⁸.

Quoi qu'il en soit, le Mouvement doit admettre que les transports sanitaires qui ne font pas partie du Mouvement peuvent opérer avec des convois militaires et, dans certains cas, être contraints de faire partie d'un convoi militaire.

Pendant l'atelier au Mexique, des représentants de services sanitaires militaires ont rappelé aux autres participants que cette recommandation ne serait pas pertinente pour les services sanitaires militaires dont les ambulances font souvent partie de convois militaires plus importants. Ils ont cependant indiqué qu'ils comprenaient bien les problèmes concernant les services d'ambulances civiles opérant dans des zones à hauts risques.

³⁷ Rapport du CICR et de la Fédération sur la question de la protection armée de l'assistance humanitaire, présenté au Conseil des Délégués de 1995, Genève, 1^{er} et 2 décembre 1995.

³⁸ *Ibid.*

Veiller à ce que des plans d'urgence soient formulés et appliqués en coordination avec le système hospitalier

Les participants à l'atelier du Mexique ont souligné la nécessité que les plans d'urgence tiennent compte des autres intervenants, comme le système hospitalier, les services du feu et de la police, les pouvoirs publics et les services de maintien de l'ordre. Tout plan d'urgence devrait avoir pour objectif de garantir un aiguillage efficace et sûr des blessés et des malades. Toutefois, dans des situations de risque, les besoins humanitaires peuvent parfois être tels qu'ils dépassent la capacité du service d'ambulance fourni par la Société nationale, et il peut devenir difficile de répondre à tous les besoins. Dans certains contextes, la Société nationale exerce un quasi-monopole sur les services d'ambulance; dans d'autres cadres, les services ambulanciers de la Société nationale fonctionnent en coopération avec des services privés ou publics. Dans les deux cas, il est nécessaire de se préparer en formulant des plans d'action concrets pouvant être mis en œuvre lorsque les capacités des services d'ambulance sont dépassées. Une Société nationale a déclaré que la responsabilité de la préparation de tels plans incombe au gouvernement et à ses services de préparation aux situations d'urgence. En agissant en cette capacité, les autorités sont aussi en mesure de rassembler toutes les organisations nationales qui participent à la préparation aux situations de catastrophe et de veiller à ce que les rôles et les responsabilités de tous soient définis à l'avance, ce qui peut permettre la préparation des procédures à suivre sur le plan organisationnel et l'élaboration des plans d'urgence.

Dans certains contextes, les pouvoirs publics peuvent déclarer l'état d'urgence. Dans ces situations, la liberté de déplacement est en général fortement restreinte, sauf pour les forces de sécurité de l'État ou pour l'armée. Il se peut en pareil cas que les personnels de santé et les transports sanitaires doivent obtenir une permission ou des autorisations spéciales pour pouvoir secourir les victimes.

Pour les Sociétés nationales qui opèrent dans des situations où elles sont pour ainsi dire les uniques fournisseurs de services ambulanciers, la préparation de plans d'urgence appropriés peut être particulièrement importante pour préserver la qualité et l'efficacité de leurs services. À défaut, si la Société nationale n'est pas en mesure de réagir faute de capacités, la communauté risque d'être privée, partiellement ou totalement, de transports sanitaires. Des solutions de remplacement devraient être discutées et mises en pratique avant que les capacités de la Société nationale ne soient épuisées. Ces plans d'urgence doivent être préparés avec un objectif primordial: assurer le transport des blessés vers des sites où ils pourront être soignés. Le recours à des moyens privés et publics disponibles localement peut être envisagé. Ces moyens peuvent compléter les capacités de la Société nationale; ils peuvent même constituer le seul moyen d'accès aux victimes ou aux établissements de soins.

Les plans d'urgence doivent refléter les difficultés spécifiques du contexte dans lequel opère le service. Il convient de se demander quels sont les risques les plus probables, et comment ils peuvent être limités. Ces éléments varient naturellement grandement d'un pays à l'autre. Ainsi, l'un des aspects essentiels de ce type de plan est d'assurer la capacité de négociations, ou de mécanismes de notification, entre les parties concernées, ce qui dépend entièrement du contexte et des parties en question. Les participants à l'atelier du Mexique ont cité de nombreux exemples de ce type de planification d'urgence spécifique à un contexte donné. Mention a été faite par exemple de «boutons panique» et de caméras installés dans les zones de réception d'hôpitaux où les actes ou menaces de violence sont courants. Des mesures de précaution sont mises en œuvre tant pendant le transport des patients que dans les zones où ils sont accueillis. L'objectif est de réduire le risque de violences contre les patients et le personnel. En outre, durant l'atelier, de nombreuses Sociétés nationales ont indiqué que le recours à la localisation par GPS dans les ambulances avait eu des effets positifs pour réduire les risques qu'elles affrontaient durant les opérations. Dans un cas où une Société nationale gérait un parc d'ambulances important, l'utilisation du GPS a permis de réagir de manière plus précise et plus efficace aux situations d'urgence grâce à un système informatique capable d'indiquer quelle ambulance était la plus proche du site où l'événement s'était produit. Grâce à un simple clic sur une carte, l'ordinateur sélectionne automatiquement le véhicule le mieux placé pour intervenir, puis le système GPS calcule l'itinéraire le plus approprié. Des systèmes similaires sont utilisés dans d'autres contextes. En ce qui concerne la sécurité et l'accès aux ambulances dans des situations de risque, l'utilisation du GPS peut aussi permettre au poste de contrôle central de constater qu'une ambulance est proche d'une zone qui n'a pas été sécurisée, et aussi de vérifier combien de temps une ambulance est retenue à un poste de contrôle. Certains participants ont cependant indiqué que l'utilisation du GPS pouvait aussi entraîner des soupçons chez les parties concernées et par là compromettre la sécurité.

La Société de la Croix-Rouge du Japon et son véhicule avec unité de petite chirurgie

Au Japon, la Société nationale intervient en cas de catastrophes naturelles telles que tremblements de terre, inondations ou famines. L'intervention de secours varie en fonction du type de catastrophe. Dans le cas d'un tremblement de terre, une intervention immédiate est indispensable, les deux premières semaines pour les cas exigeant des opérations chirurgicales et les deux semaines suivantes, voire davantage, pour les cas médicaux. Après un séisme, les établissements médicaux locaux recouvrent leurs capacités graduellement. La zone touchée par un tremblement de terre est généralement réduite et clairement délimitée. Dans les zones indemnes, la vie se poursuit comme avant; de ce fait, les personnes blessées dans les zones touchées peuvent être soignées dans des hôpitaux des zones indemnes, à condition que les moyens logistiques de transport des patients soient en état de fonctionner. La Société de la Croix-Rouge du Japon dispose d'un véhicule doté d'une unité de petite chirurgie, conçu pour des interventions immédiates dans ce type de situation. Sa fonction principale est d'assurer le triage et les premiers secours, y compris des interventions de petite chirurgie au besoin. La disponibilité du véhicule permet de réduire le nombre de personnes devant être acheminées dans des hôpitaux, lesquels risquent d'être surchargés en raison de la situation d'urgence ou de la catastrophe. Selon la situation, le véhicule peut servir de poste de premier secours ou de centre de santé mobile.

Caractéristiques du véhicule :

- Conçu pour soigner les malades ou les blessés, n'est pas limité à la seule chirurgie;
- Des soins peuvent être fournis à des patients ambulatoires comme à ceux qui sont amenés par ambulance;
- Des soins chirurgicaux sont disponibles, mais limités à une anesthésie locale;
- Le véhicule n'est pas équipé pour pratiquer des anesthésies générales;
- En cas d'urgence, il peut acheminer du matériel stérilisé en sus de ses propres besoins;
- Conçu pour être utilisé dans la phase initiale d'une catastrophe nationale;
- Opérationnel en moins de 30 minutes après avoir été dépêché sur les lieux d'une catastrophe;
- Ne peut être envoyé à l'étranger en raison de ses dimensions;
- Ne peut accéder à certaines zones du Japon;
- Utilisé parfois pour rester à disposition dans des situations telles que rencontres de football, concerts, grandes conférences internationales, etc.



Les systèmes de communication de la Société du Croissant-Rouge palestinien

Par le passé, la Société du Croissant-Rouge palestinien n'utilisait que des téléphones mobiles pour ses communications. Toutefois, le système était peu fiable et instable dans les situations d'urgence. Afin d'accroître la fiabilité et l'efficacité de ses services et grâce à l'assistance d'entreprises locales de télécommunications, la Société du Croissant-Rouge palestinien a mis en place son propre réseau radio. Elle utilise désormais les communications radio (VHF) comme principal moyen de contact entre les ambulances, les employés et les stations de services médicaux d'urgence. Le réseau couvre la plupart des zones de Cisjordanie et de Gaza, mais en raison de dommages subis antérieurement par le réseau radio, la Société doit disposer d'autres moyens de communication à titre de solution de repli. Elle utilise donc aussi des répéteurs mobiles, des téléphones mobiles et des téléphones satellite. Les moyens de communication utilisés par la Société du Croissant-Rouge palestinien sont les suivants :

1. RÉSEAU DE COMMUNICATION VHF

- a) Sites fixes : répéteur MTR2000 installé dans chaque gouvernorat avec une fréquence donnée; chaque répéteur est relié au centre opérationnel au siège de la Société du Croissant-Rouge palestinien.
- b) Répéteurs mobiles : un répéteur dans chaque gouvernorat, comme solution de secours en cas de coupure de la liaison avec le répéteur fixe.
- c) Répéteurs mobiles de l'équipe d'intervention d'urgence.

Le réseau VHF couvre environ 90% de la Cisjordanie et de la bande de Gaza. Dans des lieux tels que les zones militaires et les zones longeant la frontière, le signal VHF est brouillé par l'armée israélienne.

2. COMMUNICATION PAR TÉLÉPHONIE MOBILE

Des téléphones mobiles de groupe ou en cercle fermé peuvent être utilisés comme système de secours en cas d'absence ou de coupure totale du réseau VHF (chaque ambulance est dotée d'un téléphone mobile).

3. TÉLÉPHONIE PAR SATELLITE

Entre la bande de Gaza et la Cisjordanie; peut être utilisée en cas de coupure des communications entre les deux zones. Ce mode de communication permet aussi les communications entre les territoires palestiniens occupés et le reste du monde en cas de catastrophe ou de situation d'urgence.

4. SYSTÈME DE GÉOLOCALISATION GPS DANS TOUS LES VÉHICULES DE LA SOCIÉTÉ DU CROISSANT-ROUGE PALESTINIEN

Soutien psychosocial

Aucune recommandation n'a été formulée au sujet du soutien psychosocial, mais ce thème a fait l'objet de plusieurs exposés et discussions. Les participants sont tombés largement d'accord sur le fait que des efforts devraient être mis en œuvre pour offrir un soutien psychosocial dans les situations de risque. En outre, les ateliers précédents consacrés à la question des soins de santé en danger ont souligné l'importance des stratégies et des techniques de gestion du stress pour les personnels de santé, y compris les conducteurs d'ambulance : savoir gérer le stress est considéré comme crucial pour la sécurité de ces personnels.

Le travail dans des situations de risque peut être une source de stress considérable pour les personnels de santé, qu'ils soient membres du personnel d'une organisation, volontaires, employés ou expatriés. Dans une étude réalisée en 2010 par le CICR, certains secouristes – en particulier ceux qui avaient perdu des collègues ou qui subissaient des pressions de leur famille – ont déclaré qu'ils avaient envisagé de quitter leurs fonctions à cause des risques³⁹.

³⁹ Voir l'enquête du CICR *Our World: Views from the Field: Summary Report*, CICR, Genève, 2010, p. 72.

De manière générale, le soutien psychosocial au personnel et aux volontaires est fourni en trois étapes : avant, pendant et après les missions. Les prestataires de soins de santé devraient savoir reconnaître et traiter le stress subi par les volontaires et par le personnel à chacune de ces trois étapes. Des procédures devraient être définies pour préparer les volontaires et les employés aux conditions stressantes dans lesquelles ils pourraient avoir à effectuer leur tâche; des procédures devraient aussi être à disposition pour réduire le stress qu'ils peuvent subir après avoir vécu des situations traumatisantes.

Une Société nationale a signalé que le bien-être psychologique de son personnel et de ses volontaires était une responsabilité essentielle pour les dirigeants de l'organisation. Un programme de formation spécifique a été conçu pour préparer les volontaires et les employés à ce qu'ils pourraient éprouver sur le terrain. En outre, la direction organise des séances de bilan de mission et assure un suivi après tout incident. Une autre Société nationale a signalé que les personnels ambulanciers recevaient rarement un appui psychosocial à cause de leur charge de travail constante et de l'urgence des besoins; dans de telles conditions, il est presque impossible de trouver le temps nécessaire. Des participants ont aussi indiqué que certains secouristes sont réticents à accepter un soutien psychologique parce que cela leur donne le sentiment d'être faibles ou fragiles.

En outre, une Société nationale a déclaré que la solidité psychologique était pour elle une condition préalable explicite pour tout déploiement dans des missions internationales, et qu'elle avait instauré une procédure de sélection rigoureuse pour choisir des candidats adaptés. Toutefois, dans des situations de risque, les besoins d'assistance sont parfois si étendus et si urgents qu'il n'est pas possible de se montrer aussi sélectif avec les personnels de santé locaux. Après tout, tous les conducteurs d'ambulance, volontaires, infirmiers ou médecins ne sont pas psychologiquement préparés aux réalités qu'ils pourraient avoir à affronter en cas de conflit armé ou de situation d'urgence nationale. Même en pareil cas, on attend d'eux qu'ils réagissent au mieux de leurs capacités.

Outre les procédures décrites ci-dessus, les éléments suivants peuvent être utiles pour veiller à ce que les intervenants soient bien préparés sur le plan psychologique :

- des mécanismes de défense individuels et collectifs développés avec les parents, les amis, les collègues, etc. (y compris l'appui fourni par la famille, les pairs et la communauté);
- une formation appropriée (au début et tout au long de la carrière), simulant autant que faire se peut les réalités du terrain, en particulier l'exposition à la violence dans les situations de risque, y compris dans les conflits armés et les autres situations d'urgence (la formation doit être réaliste, pratique et pragmatique);
- un système efficace de gestion de la sécurité (c'est-à-dire les éléments du Cadre pour un accès plus sûr), que les intervenants connaissent et comprennent et qu'ils puissent respecter sans difficulté;
- des informations suffisantes sur la situation, les besoins, les rôles/tâches et les responsabilités, les autres acteurs, les règles de sécurité, etc.;
- un niveau de confort minimal (nourriture et boisson, abri, bottes, matériel, etc.);
- une supervision et un certain appui (reconnaissance, récompenses, etc.);
- un plan d'urgence pour secourir les intervenants blessés ou malades;
- une couverture d'assurance ou une garantie que les intervenants seront soutenus en cas de blessure ou de maladie, et que les familles seront aidées en cas de décès.

Pour plus d'informations, voir les *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, publiées par le Comité permanent interorganisations⁴⁰.

⁴⁰ Comité permanent interorganisations, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, CPI, Genève, 2007, disponible à l'adresse http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf

Israël : le véhicule d'intervention du Magen David Adom en cas d'événements faisant de nombreuses victimes

Pour faire face à des accidents causant un grand nombre de victimes, chaque région est dotée d'au moins un véhicule d'intervention conçu spécialement à cette fin. Il s'agit d'un dépôt mobile de matériel pour les accidents où les victimes sont nombreuses. Les fournitures comprennent :

- Trousses pour traumatismes, permettant à un professionnel agréé en soins spécialisés de réanimation d'effectuer des interventions afin de libérer les voies respiratoires, de permettre la respiration et la circulation sanguine ;
- Trousses de premiers secours et de fluides à l'usage de techniciens médicaux spécialisés ;
- Plans durs, minerves et brancards ;
- Oxygène ;
- Gilets d'identification, vêtements pare-balles et casques de sécurité.



Plans durs pour le transport de personnes présentant des lésions de la moelle épinière.



Trousses de matériel à l'usage des secouristes et des urgentistes.



Intérieur d'une ambulance équipée pour des interventions d'urgence.

LE CENTRE DE COPENHAGUE

Présentation

Les personnels de santé qui travaillent dans des situations de risque sont exposés au traumatisme et au stress. Le projet « Les soins de santé en danger » insiste sur le fait qu'un soutien psychosocial doit être fourni aux agents avant et après une mission. Ce chapitre est consacré aux questions relatives au soutien psychosocial dans le contexte des prestations de santé dans les situations de risque.

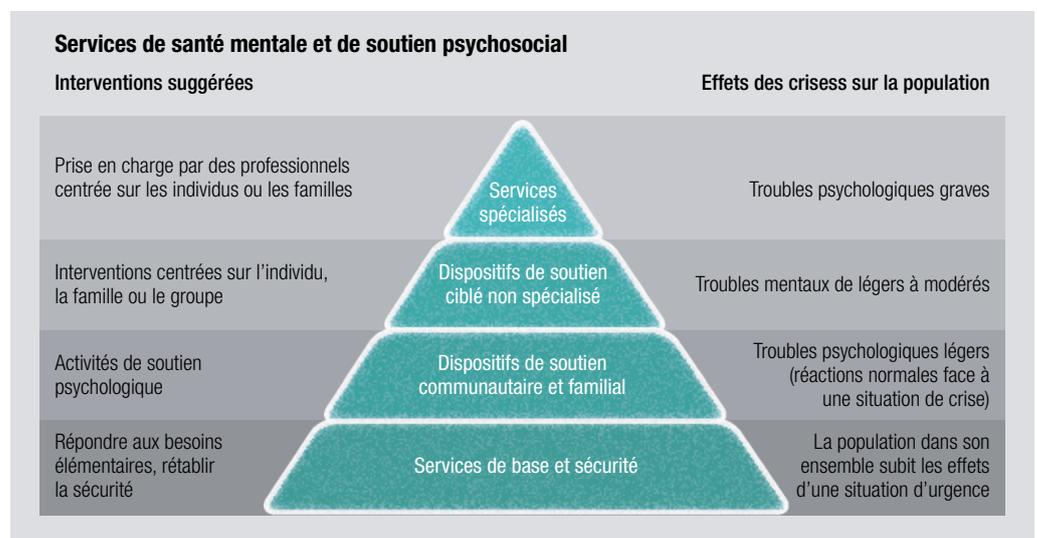
Les principes clés

Le Centre de référence de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge pour le soutien psychosocial apporte un appui technique aux Sociétés nationales pour leur permettre de concevoir et de réaliser des programmes de soutien psychosocial dans des contextes différents, y compris en matière d'appui aux employés et aux volontaires. Les programmes de soutien psychosocial ont pour objet de favoriser le processus de résilience en renforçant les ressources intérieures et extérieures. On entend par résilience la capacité d'une personne ou d'une communauté à surmonter une épreuve. Chaque personne a un certain degré de résilience, et le soutien psychosocial cherche à identifier et à renforcer cette résilience. Dans des situations d'urgence, l'objectif du soutien psychosocial est d'aider le survivant à :

- Retrouver un sentiment de normalité;
- Recouvrer l'espoir et la dignité;
- Améliorer son bien-être psychologique et social;
- Parvenir à une situation stable et à l'intégration sociale.

Ces programmes reposent sur les enseignements de l'expérience et sur les pratiques optimales dans plusieurs interventions d'urgence faisant suite à des catastrophes, sur le Projet Sphere et sont fondés sur les *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, publiées par le Comité permanent interorganisations :

- Évaluation de la situation et des besoins psychosociaux;
- Coopération/Collaboration;
- Informations pertinentes sur la catastrophe, les services, les recherches de personnes;
- Droits de l'homme et équité;
- Intervention basée sur la communauté/appropriation par la communauté;
- Ne pas nuire;
- Assurer la protection en donnant la priorité aux nourrissons et aux petits enfants;
- Construire avec les ressources et les capacités disponibles;
- Systèmes de soutien intégrés;



Source : cette illustration est inspirée de la pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, publiée dans les Directives du Comité permanent interorganisations (2007).

- Dispositifs de soutien polymorphe (la pyramide);
- Soutien au personnel et aux volontaires.

Pour répondre aux traumatismes et au stress, le Centre recommande des interventions multisectorielles et à plusieurs niveaux. La plupart des agents parviendront à surmonter un événement difficile avec l'aide d'un soutien de base, comme des premiers secours psychologiques. L'appui de la famille, des pairs et de la communauté, combiné à la capacité de se prendre soi-même en charge, devrait suffire pour permettre de surmonter l'épreuve. Toutefois, il se peut que certains cas exigent un soutien plus ciblé et plus spécialisé qui pourrait exiger d'orienter la personne vers des professionnels de santé mentale et des assistants sociaux. L'illustration de la page ci-contre illustre les niveaux d'intervention recommandés en fonction des besoins des personnes et des équipes.

Toutes les personnes ne réagissent pas de la même manière à un même événement. Certaines réagissent vite, d'autres manifestent leurs réactions après davantage de temps. Une évaluation régulière du personnel et de leurs besoins est donc recommandée pour qu'un soutien régulier puisse leur être fourni. En outre, les gens ont des mécanismes de défense différents selon leur origine culturelle, leur système de croyance, leur âge ou leur sexe; par conséquent, les interventions doivent être souples et adaptées au contexte pour être efficaces.

Le CICR, la Fédération internationale et certaines Sociétés nationales ont des programmes de soutien psychosocial et de santé mentale. C'est ainsi que pendant l'atelier du Mexique, un représentant de l'Autorité du Croissant-Rouge saoudien a indiqué que la Société nationale avait mis au point un système d'évaluation pour son personnel. De la même manière, la Croix-Rouge colombienne a un programme structuré de séances de bilan de mission pour son personnel de santé. Ces programmes peuvent être complétés et adaptés à d'autres contextes au lieu de réinventer la roue chaque fois qu'un nouveau programme est conçu.

Le problème : comme indiqué, les personnels de santé à l'œuvre dans des situations de risque vivent souvent des événements stressants et parfois traumatisants. Ces expériences peuvent avoir des conséquences psychologiques à long terme. En outre, elles peuvent causer une baisse de la vigilance et de la performance, des erreurs d'appréciation et entraîner des conséquences personnelles sur le plan sanitaire et familial.

Le « burnout » est une autre conséquence courante pour les personnes qui travaillent longtemps dans des situations de stress sans prendre soin d'elles-mêmes. Le *burnout* est un état émotionnel causé par un stress durable; il se caractérise par un épuisement émotionnel chronique, une baisse d'énergie, de l'enthousiasme et de la motivation, une moindre efficacité au travail, un sentiment de réalisation personnel affaibli, le pessimisme et le cynisme.

Recommandations : comme les expériences traumatisantes et le stress sont une réalité dans les activités de santé en situation de risque, il est recommandé de concevoir un système de soutien psychosocial pour le personnel. Ce système doit combiner des mesures de soutien de base et un soutien professionnel. Chaque Société nationale doit développer des réseaux locaux capables d'apporter à ses collaborateurs un appui en matière de santé mentale en cas de besoin. Deuxièmement, le personnel doit recevoir une formation pour acquérir des compétences de base dans les domaines des premiers soins psychologiques et de l'auto-prise en charge. Enfin, voici quelques conseils simples pour les responsables, les équipes et les individus qui peuvent aider à faire face à des réactions causées par le stress.

Responsables : le soutien commence par l'engagement des responsables. Il est recommandé de mettre en place: a) des protocoles de sélection et d'orientation avant la mission; b) un soutien pendant et après la mission et c) une formation/des lignes directrices pour le soutien par les pairs et les soins auto-administrés pendant la durée du projet. Il est important de noter, cependant, que les expériences traumatiques graves exigent l'intervention de professionnels de la santé mentale. Voici quelques conseils pour les cadres et les responsables:

- Offrir conseils et soutien aux membres de l'équipe;
- Réaliser des sélections et des évaluations du personnel avant et après les missions, respectivement;

- Respecter la confidentialité afin que chacun se sente libre d'admettre qu'il est victime du stress et de demander de l'aide;
- Insister sur la nécessité de prendre soin de soi-même;
- Prévoir des pauses entre les missions difficiles;
- Créer un système de soutien par les pairs pour partager les expériences vécues;
- Fournir une formation au personnel sur les premiers soins psychologiques et l'auto-prise en charge;
- Créer des espaces réservés pour l'expression des émotions et le suivi.

Équipes : les systèmes de soutien par les pairs présentent de nombreux avantages. Un appui peut par exemple être fourni par une personne qui connaît la situation, et l'assistance peut être fournie rapidement. Un soutien rapide par les pairs permet de prévenir d'autres problèmes. Le soutien par les pairs aide les gens à développer leurs propres capacités de défense. La formation d'équipes de pairs contribue à former des groupes de soutien qui partagent leurs connaissances, leurs perspectives et leurs expériences pour le bien de chacun. Un groupe de pairs peut offrir :

- Un cadre de soutien officieux de personnes qui se réunissent pendant et après le travail;
- Un cadre officiel pour discuter des problèmes et des solutions possibles pour y remédier; un lieu pour parler avec une personne avec laquelle on se sent à l'aise, afin d'évoquer ses réflexions et ses sentiments;
- La possibilité d'écouter les autres et de partager ses réflexions avec eux; que disent-ils et que pensent-ils des faits survenus?
- La possibilité d'encourager et de soutenir ses collègues et d'être disponible, sans s'imposer;
- Une assistance pour encourager la maîtrise de soi : traiter l'autre comme un collègue ou un ami et non comme une victime;
- La confidentialité, clé de voûte de toute mesure de soutien;
- Un suivi sans ingérence, permettant d'identifier les signaux d'alerte chez les collègues pour en faire état, au cas où, par exemple, une personne exprimerait la volonté de faire du mal à elle-même ou à quelqu'un d'autre.

Individus : la personne a un rôle majeur à jouer pour faire face à son propre stress. Bien souvent, les gens ne prêtent pas attention à leurs réactions psychologiques face à des situations de stress, par manque de temps ou par manque de connaissances. Il est recommandé de dispenser une formation de base sur des mesures élémentaires; voici quelques conseils destinés aux personnes.

- Prenez soin de vous-même : mangez correctement, limitez la consommation d'alcool et de tabac et maintenez-vous en bonne forme physique;
- N'essayez pas de cacher vos sentiments;
- Décompressez brièvement chaque fois que vous vivez des incidents pénibles et après chaque tour de travail;
- Ne prenez pas de médicaments de votre propre chef;
- Continuez à effectuer des tâches de routine;
- Cherchez des distractions saines;
- Ménagez-vous;
- Adressez-vous à un professionnel;
- Parlez ouvertement de vos problèmes sans craindre les conséquences;
- Lorsque vous sentez que votre tolérance s'épuise, faites une pause;
- Restez en contact avec votre famille et vos amis;
- Évitez le perfectionnisme : des attentes trop élevées mènent souvent à la déception et au conflit.

Résumé

Les agents de santé qui travaillent dans des situations de risque sont exposés aux traumatismes et au stress. Le Centre de référence de la Fédération internationale apporte une aide technique aux Sociétés nationales pour leur permettre de concevoir et de mettre en œuvre des programmes de soutien psychosocial dans des contextes variés, y compris pour soutenir employés et volontaires. Ces programmes ont pour objet de faciliter le processus de résilience en renforçant les ressources intérieures et extérieures. Le système d'appui de la main-d'œuvre doit mêler soutien de base et soutien professionnel. Ce chapitre offre quelques recommandations d'interventions de soutien psychosocial pour le personnel rémunéré et le personnel volontaire concerné par le projet «Les soins de santé en danger».

Soutien psychosocial : le projet pilote de Ciudad Juárez (Mexique)

CONTEXTE ET HISTORIQUE

Au cours des années récentes, la violence a explosé dans l'État mexicain de Chihuahua, avec de lourdes conséquences négatives pour la population à tous les niveaux. Ciudad Juárez, la ville la plus peuplée de Chihuahua (1 495 145 habitants en 2012) a connu 3 116 homicides pour la seule année 2010 (source : Fiscalía General de l'État de Chihuahua). Les conséquences humanitaires sont patentes : de 2007 à nos jours, quelque 210 000 personnes ont été déplacées (source : estimations de l'Universidad Autónoma de Ciudad Juárez) ; la productivité économique a chuté de quelque 40% dans les zones urbaines et de près de 80% dans les zones rurales ; un véritable exode du personnel médical s'est produit, principalement à partir des zones rurales ; et enfin, un grand nombre de personnes ont souffert de problèmes de santé mentale (source : Universidad Autónoma de Ciudad Juárez).

Les équipes de la section de Ciudad Juárez de la Croix-Rouge mexicaine ont été directement touchées par cette situation ; en 2010, leurs techniciens médicaux ont fourni des services pré-hospitaliers à 18 582 reprises, soit 50 interventions par jour en moyenne, dont 30 par jour considérées comme « à haut risque » pour les équipes d'intervention d'urgence ou pour les patients.

Préoccupée par la santé physique et mentale de son personnel, la section de Ciudad Juárez s'est adressée au programme de soutien psychosocial et de santé mentale de la délégation régionale du CICR au Mexique pour solliciter un appui technique.

THÉORIE ET MÉTHODOLOGIE

Par le passé, la section de Ciudad Juárez avait offert aux membres de ses équipes d'urgence un soutien psychologique individuel pour les aider à affronter les séquelles de la violence à laquelle ils étaient confrontés pendant leur travail. La réaction n'avait guère été positive ; très rares étaient les membres qui avaient profité de cette possibilité.

La section de Ciudad Juárez a aussi mis en œuvre le Cadre pour un accès plus sûr. Pour modifier le comportement du personnel dans les situations à haut niveau de risque, il a été nécessaire d'insister spécialement sur les éléments du Cadre concernant l'acceptation du risque et les conséquences de la violence. Cet objectif a été atteint, à l'échelon individuel comme au niveau des équipes.

La réaction des techniciens médicaux d'urgence à l'offre de soutien doit être prise au sérieux. Les explications telles que « résistance à la thérapie » ou « attitude masculine » (la plupart des techniciens sont des hommes) sont superficielles et il convient de les écarter. Il faut bien plutôt se demander si une offre de thérapie curative est bien appropriée dans des situations où la réponse devrait être de nature préventive. Les patients s'opposent parfois à la médication excessive prescrite par les médecins. Il faut procéder de la même manière s'agissant des secouristes et des psychologues.

De ce point de vue, on peut dire que les techniciens médicaux avaient tout à fait raison de ne pas se considérer comme dérangés ou déséquilibrés. Ils éprouaient des angoisses et des conflits et se heurtaient à des sentiments d'agression, de désespoir, et ainsi de suite. Il s'agit là de réactions normales pour des personnes confrontées chaque jour à des situations violentes. Ils n'avaient pas besoin d'une thérapie individuelle, qui aurait eu pour effet de les enfermer dans une pathologie et de les stigmatiser, mais plutôt d'une aide leur montrant comment comprendre et affronter l'impact de la violence sur le plan individuel et de l'équipe.

C'est pourquoi le programme de soutien psychosocial et de santé mentale du CICR a choisi de dispenser formation et instruction aux techniciens pour en faire des secouristes capables eux-mêmes d'offrir une assistance. Cette méthode a été jugée préférable à l'aiguillage vers des spécialistes.

L'équipe de soutien psychosocial du CICR a décidé de fournir aux secouristes de meilleures informations ainsi que des outils de gestion du stress liés aux premiers soins psychologiques, au soutien psychosocial et au soutien émotionnel pour les personnes et les groupes confrontés à des situations critiques. Elle a aussi tenu compte du fait que la majorité des secouristes ou techniciens médicaux d'urgence étaient des volontaires et que leur motivation première était d'aider les autres. La notion d'autonomie ou d'auto-prise en charge – le fait de s'occuper d'abord

de soi-même afin de pouvoir aider autrui – n'est pas considérée comme une motivation essentielle pour de nombreux secouristes (il en va de même pour de nombreux psychologues). C'est pourquoi la proposition était que les secouristes/techniciens médicaux soient guidés par leurs propres valeurs fondamentales et suivent un programme de formation qui leur permettrait d'apprendre à mieux assister les personnes touchées par la violence. Le résultat escompté était que le fait d'aider autrui deviendrait le principal résultat ou objectif : une reconnaissance et une acceptation plus larges de leurs propres réactions et des changements qu'ils éprouvent du fait de la violence, et qu'en même temps cela leur permettrait de savoir comment les gérer.

Un groupe mixte fut sélectionné, formé de psychologues pour près de la moitié, le reste des membres étant issus d'autres filières professionnelles.

La formation, d'une durée de six mois, a été divisée en trois phases. La phase A consistait en un séminaire de trois jours ; 15% du temps était consacré à la théorie du stress post-traumatique et le reste à des exercices pratiques de gestion du stress, d'assistance pendant et après des incidents critiques, de premiers secours psychologiques et de *defusing* et décodage émotionnel-cognitif (conformément au modèle d'expérience traumatique de l'Institut Psychotrauma Suisse). La phase B consistait en pratique surveillée ; les secouristes étaient supervisés dans leur travail et recevaient un feedback constant. La phase C consistait en un séminaire de trois jours durant lequel les participants réfléchissaient sur leur expérience professionnelle des derniers mois et résumaient ce qu'ils avaient appris ; en outre, les techniques de réaction en groupe étaient élargies.

RÉSULTATS

Au cours de la première année de mise en œuvre, les commentaires des secouristes permettent de formuler les résultats suivants pour ce projet pilote :

- Environ 80 % des incidents critiques traités par les équipes auraient pu être traités par les secouristes eux-mêmes en mettant en pratique une réponse de *defusing* immédiate (5-20 minutes).
- Une amélioration significative a été relevée dans les relations entre les membres des équipes (baisse des niveaux de conflit, meilleure stabilité émotionnelle, plus grande satisfaction pendant le travail).
- La qualité des services fournis s'est améliorée ; les usagers ont par exemple bénéficié de plus de chaleur et de patience.
- Un sens plus marqué des responsabilités a été noté dans l'utilisation et l'entretien du matériel (les ambulanciers, par exemple, ont mieux pris soin de leur véhicule).
- Les méthodes psychosociales et psychologiques (thérapies) ont été mieux acceptées. Les personnels ont indiqué qu'ils ne redoutaient plus les psychologues et qu'ils se sentaient moins distants d'eux ; ils avaient le sentiment de parler désormais le même langage qu'eux.

RECOMMANDATIONS

- Malgré les résultats positifs de la première année, il est important de mettre en place une procédure continue d'évaluation et de recherche qui permettra d'établir l'impact du projet pilote.
- Les volontaires et les employés de la Croix-Rouge mexicaine, ainsi que d'autres personnes – par exemple les personnes qui ont demandé leur aide à la suite de faits violents – doivent bénéficier d'une formation constante en matière de santé mentale et de soutien psychosocial.
- Les capacités organisationnelles ou développées en interne devraient être développées grâce au module sur la formation des formateurs.
- Étant donné l'acceptation du soutien psychosocial par les équipes de services préhospitaliers, les professionnels de la santé mentale devraient réagir positivement par une approche de la santé mentale et du soutien psychosocial cherchant à renforcer l'autonomie tant des volontaires que des employés.



6. CONCLUSIONS

Comme indiqué dans les premières pages de cette publication, si certaines des difficultés et des recommandations citées pendant l'atelier ont été largement reconnues par les participants, les solutions aux problèmes ne peuvent être formulées qu'en fonction du contexte. Elles doivent être débattues et adaptées aux réalités concrètes par les diverses parties prenantes concernées qui participent à la prestation de services ambulanciers et préhospitaliers dans des situations de risque.

Les exemples qui parsèment le texte illustrent comment certains problèmes sont d'ores et déjà pris en main à l'échelon national ou régional. Il convient ici aussi de ne pas sous-estimer l'importance de l'adaptation aux conditions locales. Ainsi, si des solutions recourant à des moyens techniques très perfectionnés pour assurer la coordination entre intervenants peuvent être efficaces afin de relever le défi d'assurer la prestation de services dans des situations de risque dans un contexte donné, des accords passés sur le terrain et un dialogue face à face pourraient être la solution idéale dans un autre cadre. Il convient de toujours garder à l'esprit l'objectif ultime, à savoir le transport ou l'évacuation des blessés vers des installations médicales ou chirurgicales de la manière la plus rapide et la plus efficace possible. Les méthodes mises en œuvre pour atteindre cet objectif peuvent varier grandement d'un endroit à l'autre.

L'atelier au Mexique a aussi montré qu'un certain nombre de principes doivent s'appliquer à toute situation :

- Les cadres normatifs nationaux doivent être adaptés pour faire face aux problèmes identifiés.
- Des mécanismes efficaces de coordination entre les personnes fournissant des services ambulanciers et préhospitaliers dans des situations de risque sont indispensables.
- Les personnels de santé – employés comme volontaires – doivent recevoir une formation pertinente et adaptée au contexte.
- Les possibilités d'avoir connaissance et de tirer des enseignements des pratiques ayant fait leurs preuves ailleurs doivent être étudiées, et les leçons tirées de l'expérience doivent être mises en pratique.





CICR