

Volume 95 Sélection française 2013/1 et 2

REVUE INTERNATIONALE de la Croix-Rouge Sélection française



**Violences
contre les soins
de santé**



CICR

REVUE INTERNATIONALE de la Croix-Rouge

But et contenu

Créée en 1869, la *Revue internationale de la Croix-Rouge* est un périodique publié par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) qui entend favoriser la réflexion sur le droit international humanitaire, la politique et l'action en temps de conflit armé et d'autres situations de violence armée collective. En tant que revue spécialisée en droit humanitaire, elle cherche à promouvoir la connaissance, l'examen critique et le développement de ce droit, et elle contribue à la prévention de violations des règles protégeant les valeurs et les droits fondamentaux. La *Revue* offre une tribune pour discuter de l'action humanitaire contemporaine et analyser les causes et les caractéristiques des conflits, afin de favoriser la compréhension des problèmes humanitaires qui en découlent. Enfin, la *Revue* informe ses lecteurs sur les questions ayant trait au Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et, en particulier, sur la doctrine et les activités du CICR.

Comité international de la Croix-Rouge

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

Membres du Comité

Président : Peter Maurer

Vice-président : Olivier Vodoz

Vice-présidente permanente : Christine Beerli

Mauro Arrigoni
Hugo Bänziger
François Bugnion
Jacques Chapuis
Bernard G. R. Daniel
Melchior de Muralt
Paola Ghillani
Alexis Keller

Jürg Kesselring
Thierry Lombard
Yves Sandoz
Doris Schopper
Rolf Soiron
Bruno Staffelbach
Heidi Tagliavini
Daniel Thürer

Remerciements spéciaux :

Paul-Henri Arni

Olga Miltcheva

Pierre Gentile

Robin Coupland

Alexander Breitegger

Fania Khan

Rédacteur en chef

Vincent Bernard, *CICR*

Comité de rédaction

Rashid Hamad Al Anezi,

Université de Koweït, Koweït

Annette Becker,

Université de Paris-Ouest Nanterre

La Défense, France

Françoise Bouchet-Saulnier,

Médecins sans Frontières, Paris, France

Alain Délétrouz,

Bioma SA, Suisse

Helen Durham,

Croix-Rouge australienne, Melbourne,

Australie

Mykola M. Gnatovskyy,

Université nationale Taras-Shevchenko,

Kiev, Ukraine

Bing Bing Jia,

Université de Tsinghua, Pékin, Chine

Abdul Aziz Kébé,

Université Cheikh Anta Diop, Dakar,

Sénégal

Elizabeth Salmón,

Université pontificale catholique du Pérou,

Lima, Pérou

Marco Sassòli,

Université de Genève, Suisse

Yuval Shany,

Université hébraïque de Jérusalem, Israël

Hugo Slim,

Université d'Oxford, Royaume Uni

Gary D. Solis,

Université de Georgetown, Washington

DC, USA

Nandini Sundar,

Université de Delhi, New Delhi, Inde

Fiona Terry,

Chercheuse indépendante en action
humanitaire, Australie

Peter Walker,

Feinstein International Center,

Université de Tufts, Boston, USA

Volume 95 Sélection française 2013/1 et 2

REVUE

INTERNATIONALE de la Croix-Rouge Sélection française

Violences contre les soins de santé

TABLE DES MATIÈRES

Cette publication rassemble une sélection d'articles parus dans les versions originales en anglais de deux numéros de l'*International Review of the Red Cross*, Vol. 95, N° 889/890, Printemps-Eté 2013.

Violences contre les soins de santé

- 5 **Éditorial – Violences contre les soins de santé : une résignation impossible**
Vincent Bernard, Rédacteur en chef
- 13 **Entretien avec Walter T. Gwenigale**
Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République du Libéria

Exposé du problème

- 23 **La violence contre les soins de santé : les enseignements recueillis en Afghanistan, en Somalie et en République démocratique du Congo**
Fiona Terry

Le cadre normatif

- 43 **Le cadre juridique applicable à l'insécurité et à la violence touchant les soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence**
Alexander Breitegger
- 93 **La santé dans les conflits armés : une approche sous l'angle des droits de l'homme**
Katherine H. A. Footer et Leonard S. Rubenstein
- 117 **L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix : pour une meilleure compréhension**
Vivienne Nathanson

Notes d'opinion

- 143 **Ne peut-il jamais être excessif de tuer incidemment des médecins militaires ?**
Laurent Gisel
- 161 **Le territoire palestinien occupé et le droit international humanitaire. Réponse à Peter Maurer**
Shawan Jabarin

Un article paraissant dans la *Revue* n'engage que son auteur. En publiant un article dans la *Revue*, ni la rédaction ni le CICR ne prennent position au sujet des opinions exprimées par son auteur. Seuls les textes signés par le CICR peuvent lui être attribués.

Dilemmes opérationnels : prodiguer des soins de santé dans les conflits armés

175 Pertinence opérationnelle des Principes fondamentaux : le cas du Liban
Sorcha O'Callaghan et Leslie Leach

**197 Attaques sur la mission médicale : aperçus d'une réalité polymorphe,
le cas de Médecins Sans Frontières**
Dr Caroline Abu-Sada, Dr Françoise Duroch, Prof. Bertrand Taithe

Les prochaines étapes

219 Q&R : « Les soins de santé en danger » – Entretien avec Pierre Gentile
Responsable du projet « Les soins de santé en danger », Direction des opérations du CICR

Article choisi sur le droit et l'action humanitaires

229 Le droit applicable aux opérations de secours transfrontalières
Emanuela-Chiara Gillard

Événement

263 Cérémonie de lancement de la Sélection française de la RICR - Dakar

ÉDITORIAL – VIOLENCES CONTRE LES SOINS DE SANTÉ : UNE RÉSIGNATION IMPOSSIBLE

Un objet explosif improvisé se déclenche au passage d'un convoi militaire. Alors que la foule et les secours affluent sur les lieux pour porter assistance aux blessés, une seconde bombe explose, sa détonation retardée visant précisément à infliger un maximum de dommages aux services d'urgence.

Un check point de l'armée filtre les véhicules sur un axe de circulation : de longues heures d'attente sont imposées à tous, y compris à une ambulance en route vers l'hôpital. L'attente est trop longue et le patient décède faute de soins.

Un médecin est emprisonné pour avoir soigné des manifestants blessés après une confrontation violente entre un mouvement d'opposition et les forces de police.

Un groupe armé s'empare d'un centre de soins, le pille et tue les blessés de la partie adverse ainsi que le personnel de santé. Les habitants de la région sont privés d'accès aux soins et beaucoup n'ont d'autre choix que de fuir.

Ces récits pourraient se dérouler dans de nombreux pays aujourd'hui, de la République centrafricaine à la Syrie¹. Ils nous sont familiers car ils font malheureusement partie de la réalité des guerres contemporaines, à tel point qu'ils passent souvent inaperçus dans le flot de l'actualité. Ce ne sont que quelques exemples des menaces, attaques et obstructions que connaissent les services de santé en temps de conflits armés et autres situations d'urgences. Non seulement le personnel de santé est délibérément visé (menaces, détentions, attaques directes), mais les blessés, qu'ils soient civils ou militaires, ne sont pas épargnés non plus.

L'accumulation de ces incidents crée une insécurité réelle ou perçue dont les conséquences vont au-delà de leur impact immédiat. L'insécurité crée des « déserts médicaux » et affecte ainsi des populations entières, perturbant gravement et durablement la santé publique dans les régions affectées. Diffuses, insidieuses et silencieuses, les conséquences indirectes de la violence contre les soins de santé peuvent prendre des proportions catastrophiques.

1 Voir Romaric Bekourou, « République centrafricaine : des milliers de personnes forcées à fuir, les centres de santé pillés », disponible sur : <http://www.youtube.com/watch?v=oCVbwzMPK90&list=PL976DC37B1EF9FD69&index=2>, CICR, « Somalia: Lifeline Mogadishu », disponible (en anglais) sur: www.icrc.org/eng/resources/documents/audiovisuals/video/2013/05-27-somalia-health-care-in-danger.htm; Croix-Rouge britannique, « Call for an end to attacks on aid workers in Syria as International Red Cross and Red Crescent Movement marks 150th anniversary », 29 octobre 2013, disponible (en anglais) sur : www.redcross.org.uk/About-us/News/2013/October/Solidarity-call.

Pourtant la protection des blessés et du personnel soignant fait partie de l'héritage commun des cultures et religions du monde². Le respect de l'éthique par le personnel médical lui-même a toujours été le pendant du respect traditionnellement conféré à la fonction de soignant. L'éthique médicale puise ses sources dans la civilisation grecque classique avec le fameux serment d'Hippocrate, ou encore dans la médecine arabe avec Ishāq ibn 'Alī al-Ruhāwī, auteur de l'ouvrage « L'éthique du médecin » au X^e siècle.

De plus, l'entreprise humanitaire moderne et le droit international humanitaire (DIH) sont nés d'une indignation face au sort des blessés de guerre livrés à eux-mêmes sur le champ de bataille. La création du « Comité international et permanent de secours aux militaires blessés » en 1863 (aujourd'hui connu sous le nom de Comité international de la Croix-Rouge) et l'adoption de la première Convention de Genève du 22 août 1864 « pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne » furent les résultats directs d'une prise de conscience publique du besoin de continuer d'assurer un minimum d'humanité même en temps de guerre.

Les principes les plus importants de cette première Convention de Genève³, qui furent maintenus dans les textes des Conventions ultérieures, incluent : l'obligation de soigner les blessés sans distinction de nationalité ; la neutralité et l'inviolabilité du personnel et des établissements sanitaires ; et l'adoption d'un emblème pour distinguer et protéger ces derniers.

La protection des blessés et du personnel médical ainsi que l'organisation des secours furent ainsi la préoccupation première des pionniers de l'action humanitaire moderne. Il aura fallu toute leur énergie pour mobiliser la société civile et la communauté des Etats afin de réussir à créer des structures nationales et des instruments internationaux de protection.

Pourtant, tout juste 150 ans plus tard, les attaques contre les blessés et le personnel médical, l'obstruction de l'accès aux soins ou encore la destruction de structures médicales se poursuivent dans les conflits armés et les autres situations d'urgence du vingt-et-unième siècle. Assiste-t-on à une recrudescence de ces violences, liée à un respect moindre pour le DIH ? L'ampleur prise par ce phénomène actuellement est-elle due à la nature des conflits contemporains ? Faute de statistiques sur la durée, nous n'avons pas de réponse à ces questions, mais nous pouvons au moins considérer que la violence contre les soins de santé est : 1) un phénomène persistant, 2) une aggravation actuelle d'un phénomène ancien voire, 3) un nouveau visage de la guerre. Il est temps pour la communauté internationale de réaffirmer qu'il existe des limites à l'inhumanité et de se pencher sur les causes contemporaines de

2 Par exemple, en Inde les lois ancestrales de Manou exigent que le vainqueur épargne les blessés. Au Burkina-Faso, la coutume interdit de tuer les personnes ne participant pas aux combats et oblige à soigner les blessés des deux camps. Pour un bref résumé des différentes traditions, voir par exemple : Véronique Harouel-Bureloup, « Droit international humanitaire : la coutume », dans *Grotius International*, 7 mars 2013, disponible sur : <http://www.grotius.fr/droit-international-humanitaire-la-coutume/>

3 Convention de Genève du 22 août 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, 75 U.N.T.S. 31, entrée en vigueur le 21 octobre 1950.

la violence contre les soins de santé, en tant que l'un des défis humanitaires majeurs de notre époque.

De quoi parlons-nous ?

« L'une des premières victimes de la guerre est le système de santé lui-même⁴. » Témoin et parfois victime directe de ces incidents répétés, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a pris conscience de la gravité du phénomène, mis en exergue par les travaux de certains scientifiques tels que Leonard Rubenstein et Robin Coupland⁵. Entre 2008 et 2010, le CICR a conduit une étude portant sur 655 incidents violents touchant les soins de santé dans 16 pays⁶. L'étude a mis en évidence les différentes formes de violence qui entravent la fourniture des soins de santé : attaques directes contre les patients, le personnel de santé et les structures médicales – notamment le pillage et l'enlèvement – ou arrestations et refus d'accès aux soins de santé.

En 2013, les nouvelles données récoltées par le CICR⁷ ont démontré que la grande majorité des incidents violents contre des services de santé – plus de quatre-vingt pour cent des quelque 900 incidents recensés dans 22 pays – touchent les professionnels de santé locaux. Un quart des personnes concernées par ces incidents ont été tuées ou blessées, le reste des incidents consistant en des coups, menaces, arrestations, enlèvements et autres événements violents. Les données récoltées ne permettent pas d'identifier un acteur prédominant de ces violences, mais révèlent au contraire que les auteurs incluent non seulement les forces armées et de sécurité étatiques mais aussi les acteurs armés non-étatiques. En outre, le rapport indique que la plupart des incidents perpétrés contre le personnel de santé impliquait des menaces plutôt que des actes de violence directe. Dans cette édition de la *Revue*, Fiona Terry analyse les violences rencontrées par les travailleurs du secteur de la santé dans une série d'enquêtes de terrain dans trois contextes particulièrement difficiles d'accès : en Afghanistan, en République Démocratique du Congo et en Somalie. Enrico Pavignani, Markus Michael, Maurizio Murru, Mark Beesley et Peter Hill s'appuient eux aussi, dans leur article, sur six études de cas contemporains afin d'analyser les conséquences de la faillite des institutions étatiques sur les systèmes de santé.

L'utilisation abusive de la mission médicale par des groupes criminels ou des parties aux conflits à des fins de trafic ou pour dissimuler des opérations militaires contribue à l'érosion rapide de la protection de l'ensemble des services de santé.

4 Marco Baldan (chirurgien de guerre en chef du CICR) dans *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011, p. 7, disponible sur : <http://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4072.pdf>.

5 Voir aussi leurs contributions dans cette édition de la *Revue*.

6 CICR, *Health-Care in Danger : A Sixteen-Country Study*, juillet 2011, disponible sur : <http://www.icrc.org/spa/assets/files/reports/report-hcid-16-country-study-2011-08-10.pdf>.

7 CICR, *Violent Incidents Affecting Health care - January to December 2012*, 15 mai 2013, disponible sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/report/2013-05-15-health-care-in-danger-incident-report.htm>

En effet, lorsque certaines ambulances sont utilisées de façon abusive, c'est tout le système de soins de santé qui devient suspect aux yeux de l'adversaire et en subit de fait les conséquences, allant des longues heures d'attente aux checkpoints aux attaques directes.

Les effets de la violence contre les soins de santé s'étendent bien au-delà du moment de l'attaque et de ses conséquences immédiates. Ces attaques affectent non seulement le personnel directement ciblé, mais aussi l'ensemble de la population dont la santé en dépend. D'une part, pour chaque professionnel de la santé attaqué, c'est autant de patients qui ne pourront recevoir de soins, qu'ils soient préventifs (tels que les campagnes de vaccination) ou curatifs (comme par exemple la chirurgie, la rééducation, etc.). D'autre part, la répétition d'actes de violence contre les soins de santé peut conduire à une désertion de médecins dans la zone, craignant – à juste titre – pour leur sécurité. La population locale, ainsi privée d'accès aux soins de santé, souffrira alors des conséquences sur le long terme⁸.

L'érosion apparente de la protection du personnel médical ne concerne pas seulement les zones de conflit et les situations d'urgence. Depuis plusieurs années, de graves problèmes de violence sont observés vis-à-vis du personnel soignant, en particulier dans les services d'urgence, y compris dans les pays en paix. Les services de santé peuvent parfois être la cible d'activités criminelles, mais souvent ce sont les patients et leurs familles eux-mêmes qui sont la cause des troubles et incidents de sécurité. Si l'insécurité en milieu hospitalier tend à se banaliser en temps normal, qu'en sera-t-il en temps de crise ? Cette perspective renforce le besoin d'adopter une approche préventive, y compris dans les pays qui ne sont pas affectés aujourd'hui par des conflits armés ou autres situations d'urgence.

Si les professionnels de la santé disposent de droits qui les protègent, ils ont également des obligations et des responsabilités, corollaires des droits des blessés et malades dont ils sont en charge. Ainsi, ils sont liés par le DIH, les droits de l'homme, mais également l'éthique médicale. Le respect de cette éthique par le personnel médical lui-même est une autre dimension de la problématique des soins de santé en temps de conflit et d'urgence. Les instances médicales nationales ont un rôle important à jouer, notamment pour éviter les éventuelles ingérences de l'Etat et assurer le respect de l'éthique par la profession elle-même. Ainsi, en Afrique du Sud, le Dr. Wouter Basson, ancien chef du programme bactériologique et chimique du régime de l'Apartheid, a été accusé de mettre au point des armes chimiques pour mettre hors d'état de nuire des militants anti-apartheid. Le but ultime de ces recherches était de trouver un moyen chimique d'endiguer la montée en puissance démographique des noirs. En 2013, il a été reconnu coupable de violation de l'éthique médicale par l'Ordre des médecins de l'Afrique du Sud⁹.

8 Voir l'interview du ministre libérien de la Santé, Walter Gwenigale, dans cette édition de la *Revue*.

9 Voir « South Africa's 'Dr Death' Basson found guilty of misconduct », dans *BBC News Africa*, 18 décembre 2013, disponible sur : <http://www.bbc.com/news/world-africa-25432367>

Une mobilisation grandissante

Il est crucial d'aborder cette violence contre les soins de santé comme une seule thématique complexe plutôt que comme la simple somme d'incidents indépendants. Mandaté par la Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2011¹⁰, le CICR a lancé un projet sur 4 ans intitulé « Les soins de santé en danger » afin d'inciter les différentes parties concernées à prendre des mesures pour remédier à cet état de fait sur le terrain et de lancer une vaste consultation d'experts chargés d'identifier des solutions. La *Revue* a demandé à Pierre Gentile, en charge de la coordination du projet au CICR, de présenter son état d'avancement.

De même, plusieurs organisations non-gouvernementales (ONG) ont développé leurs propres campagnes sur le sujet. Ainsi, par exemple, Médecins Sans Frontières (MSF) a lancé le projet « *Medical Care Under Fire* », qui recense régulièrement sur internet de nombreux incidents de sécurité affectant les soins de santé¹¹. Dans cette édition de la *Revue*, Caroline Abu Sa'Da, Françoise Duroch et Bertrand Taithe présentent une étude de la manière dont MSF aborde les questions de violences et d'attaques à son encontre ou à l'encontre des patients dont l'organisation a la charge. Ils plaident pour le développement d'une réflexion critique vis-à-vis des phénomènes d'insécurité dans le cadre des actions humanitaires.

La Coalition « Protéger la santé dans les conflits » (« *Safeguarding Health in Conflict Coalition* »), constituée d'ONG, d'associations de professionnels de la santé et d'un centre académique¹², a pour objectif de promouvoir le respect du DIH et des droits humains relatifs à la sûreté et à la sécurité des installations de santé, des travailleurs de santé, des ambulances et des patients en situation de conflit armé et autres situations de violence.

Cette problématique doit être considérée avant tout comme un problème *humanitaire* et non comme un problème *des humanitaires*. Après des années d'efforts, il est extrêmement encourageant de voir que ce sujet est désormais relayé au-delà du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des ONG : de nombreux autres acteurs influents ainsi que des États se sont saisis de ce problème. Ainsi, le Conseil International des Infirmières¹³ et l'Association Médicale Mondiale¹⁴ sont désormais partenaires du projet « Soins de santé en danger » du CICR. La thématique a récemment été débattue à l'Assemblée de l'Organisation Mondiale

10 Voir « Résolution 5 - Les soins de santé en danger : Respecter et protéger les soins de santé », adoptée lors de la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 1^{er} décembre 2011, disponible sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm>

11 Voir MSF, *Medical Care Under Fire*, disponible sur : <http://www.msf.org/topics/medical-care-under-fire>

12 Voir *Safeguarding Health in Conflict Coalition*, disponible sur : <http://www.safeguardinghealth.org/>

13 Voir <http://www.icn.ch/fr/news/whats-new-archives/safeguarding-health-in-conflict-coalition-1506.html>

14 L'Association Médicale Mondiale indique : « L'éthique médicale constitue le principal domaine de coopération entre le CICR et l'AMM. Cette coopération a été officialisée par un Protocole d'accord signé le 26 juin 2013. Avec cet accord, l'AMM vise à contribuer au développement du projet, en particulier sur le plan de la responsabilité du personnel de santé dans les conflits armés et les autres situations d'urgence. » Voir : Association Médicale Mondiale, *Projet sur les Soins de Santé en Danger*, disponible sur : <http://www.wma.net/fr/20activities/60campaigns/11HealthDanger/index.html>

de la Santé¹⁵. De même, dans son rapport soumis au Conseil de sécurité de l'ONU sur la protection des civils en mai 2012¹⁶, le Secrétaire-Général a aussi multiplié les références aux attaques contre les services de santé et a demandé au Conseil de sécurité d'être plus proactif en la matière. Plusieurs Etats, comme la Norvège, l'Australie ou l'Afrique du Sud, soutiennent activement le projet au niveau global.

Des efforts ont également été entrepris au niveau national, en partenariat avec le CICR et les Sociétés nationales de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge. Nous avons aussi beaucoup à apprendre de certains Etats qui, confrontés directement au problème, ont déjà commencé à mettre en place des solutions pour réduire la violence contre les personnels de santé. Ainsi, la *Revue* donne la parole au Groupe de travail national sur la protection de la mission médicale de Colombie (« *National Permanent Round Table for the Respect of the Medical Mission* »). Leur expérience permet de dégager des recommandations pratiques pour le futur.

A la recherche de solutions

Si beaucoup de travail reste à accomplir, il existe néanmoins un corpus de règles juridiques et éthiques protégeant les soins de santé, en temps de paix comme en temps de guerre.

En vertu du DIH, les parties à un conflit armé sont tenues de protéger, recueillir et soigner les blessés et malades ; de protéger le personnel, les unités et moyens de transport sanitaires contre les attaques, de les respecter, et de ne pas entraver la fourniture de soins. Afin de garantir cette protection, le DIH délimite précisément l'usage des emblèmes distinctifs protégés par les Conventions de Genève et leurs protocoles additionnels. Il exige en outre le respect des principes de l'éthique médicale, en prohibant par exemple de contraindre un professionnel de santé à dispenser des soins de manière contraire à l'éthique.

Dans les situations n'atteignant pas le seuil d'un conflit armé, ce sont les droits de l'homme et le droit national qui protègent l'accès aux soins de santé, notamment à travers le droit à la santé. En tout temps et en toutes circonstances, les États ont l'obligation de garantir un système de soins de santé efficace pour leur population.

Dans cette édition, Vivienne Nathanson analyse les défis éthiques auxquels doivent faire face les praticiens en temps de conflit, en les comparant avec les situations de paix. Les aspects juridiques de la protection des soins de santé sont présentés et débattus dans plusieurs contributions de cette édition de la *Revue*. Alexandre Breitegger présente un aperçu d'ensemble du cadre juridique applicable aux soins de santé en temps de conflit et d'autres situations d'urgence ; Amrei Müller analyse les complémentarités entre les règles du DIH et le droit à la santé, spécifiquement dans les

15 International Federation of Health and Human Rights Organisations, « World Health Assembly adopts resolution on WHO's role in documenting attacks on health workers and facilities », 30 mai 2012, disponible sur : <http://www.ifhbro.org/news-a-events/360-world-health-assembly-adopts-resolution-on-whos-role-in-documenting-attacks-on-health-workers-and-facilities>

16 Rapport du Secrétaire-Général sur la protection des civils dans les conflits armés, Doc. ONU S/2012/276, 22 mai 2012, paras. 33-34. Voir aussi le Rapport du Secrétaire-Général sur la protection des civils en période de conflit armé, Doc. ONU S/2013/689, 22 novembre 2013, para. 23.

situations de conflit armé non international ; Katherine Footer et Leonard Rubenstein affirment l'importance des droits humains pour la protection des soins de santé dans les situations où le DIH ne s'applique pas, ou en complément de celui-ci. La question de la justice pénale est abordée dans le témoignage du juge Miroslav Alimpic, juge d'instruction serbe au tribunal de district de Novi Sad dans l'affaire du massacre de l'hôpital de Vukovar pendant la guerre en ex-Yougoslavie. Finalement, Marisela Silva Chau and Ekaterina Ortiz Linares analysent la jurisprudence colombienne relative à l'interdiction de punir quelqu'un pour le simple fait d'avoir exercé des activités médicales compatibles avec l'éthique médicale.

Même en temps de guerre ou lors de mouvements de révolte violents, il doit être possible d'assurer un accès rapide aux soins de santé pour les blessés et les malades. Des mesures concrètes peuvent être prises par les différentes parties concernées (médecins, responsables politiques, universitaires, militaires, représentants de la société civile etc.) Le CICR a organisé une série d'ateliers avec ces acteurs dans différentes régions du monde afin de proposer des solutions pour le futur¹⁷.

Il n'y a pas de solution miracle pour mettre fin aux violences contre les soins de santé, mais une variété de mesures concrètes en fonction des contextes qui, si elles étaient mises en place pourraient épargner des milliers de vies dans le monde. Nous pouvons en citer ici quelques-unes :

- Mettre en place un cadre juridique complet et cohérent dans chaque pays, afin de protéger la prestation de soins de santé en toutes circonstances.
- Prendre des mesures dans les domaines de l'éducation, la formation et la diffusion des règles en la matière, afin de contribuer à la prévention des incidents.
- S'assurer que la répression des attaques contre les soins de santé comprenne une combinaison de sanctions pénales, administratives et disciplinaires.
- Etablir des mécanismes de contrôle de l'utilisation des emblèmes protecteurs de la mission médicale au niveau national.
- Instituer un système de suivi des données concernant les menaces et les attaques contre le personnel de santé, les patients, les installations et moyens de transports médicaux au niveau national ou/et international.
- Prendre des mesures de priorisation aux postes de contrôle comme par exemple l'identification et la désignation claire et régulière des transports médicaux.
- Identifier des procédures standardisées entre les forces de sécurité, les fournisseurs de soins de santé et les autorités pour encadrer les opérations conduites par les forces de sécurité dans les établissements de santé (telles que les perquisitions, recherches de suspects etc.).

17 Le CICR a aussi mis en place un Réseau interactif sur internet regroupant les organisations et les personnes œuvrant pour sécuriser l'accès aux soins de santé dans les conflits armés et les autres situations d'urgence. Le Réseau permet aux membres d'avoir un accès et de contribuer à un centre de ressources dédié à la publication de documents et d'outils. Les membres peuvent également échanger leurs expériences pratiques, partager un calendrier communautaire et suivre les recommandations établies au cours d'ateliers sur les soins de santé en danger. Pour en savoir plus, voir : <http://www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-expert-consultations.htm>.

- Mieux guider la planification et la conduite des attaques menées contre des objectifs militaires situés à proximité immédiate d'établissements de santé (ou contre de tels établissements ayant perdu leur protection contre les attaques lorsqu'ils sont utilisés à des fins militaires) afin d'en minimiser les effets sur les soins de santé.
- Exempter les professionnels de la santé de l'obligation légale de divulguer certaines informations obtenues dans le cadre de leurs fonctions. Les exceptions à la confidentialité médicale doivent être précisément définies dans la législation nationale.
- Les Sociétés Nationales ont un rôle essentiel à jouer notamment dans les efforts pour protéger l'emblème et empêcher son usage abusif dans les domaines de la sensibilisation, du suivi des abus et de la mise en œuvre de législations nationales.
- Les volontaires des services de secours, notamment ceux de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, devraient bénéficier d'un régime d'assurance santé, si possible soutenu par l'Etat.



Il est du pouvoir de chacun de contribuer à une meilleure protection des soins de santé en partageant l'information et en proposant des solutions. La *Revue* a choisi de participer à ce projet en demandant à des témoins de la violence contre les soins de santé, des académiques, des acteurs humanitaires mais aussi judiciaires, gouvernementaux et médicaux de contribuer à cette édition thématique. Cette édition regroupe ainsi des perspectives opérationnelles, juridiques et éthiques. Les contributions rassemblées dans cette édition vont permettre de 1) brosser le tableau du problème humanitaire en présentant les résultats de plusieurs études de cas sur le terrain ; 2) proposer les cadres juridiques et éthiques pertinents ; et 3) esquisser différentes solutions aux niveaux juridique, opérationnel et politique. En ouverture de cette édition, le Dr. Walter Gwenigale, directeur d'un hôpital attaqué durant le conflit et à présent Ministre de la Santé et de la Protection Sociale du Libéria, raconte son expérience. Il analyse les dangers auxquels sont confrontés les professionnels de la santé en période de conflit, les conséquences à long terme de ces violences mais aussi les mesures qui peuvent être prises pour les prévenir.

La violence contre les soins de santé : il existe certainement peu de sujets qui soulignent de manière aussi crue et radicale à la fois le pire et le meilleur de notre humanité. Le pire, c'est l'abus de la force contre ceux qui ont besoin de soins ou qui sont là pour les donner. Le meilleur, c'est l'engagement des volontaires et du personnel de santé qui bravent l'insécurité généralisée, l'oppression et la violence directe pour apporter des soins dans le respect de leur éthique. Faciliter la prise de conscience du problème n'aura été qu'une première étape vers l'identification de solutions à diffuser et mettre en œuvre. L'ensemble des risques auxquels s'exposent consciemment ces femmes et ces hommes ne peut être considéré le seul fait de la fatalité.

Vincent Bernard
Rédacteur en chef



Entretien avec Walter T. Gwenigale

Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République du Libéria*

Pour introduire ce numéro consacré à la « violence contre les soins de santé » la Revue internationale a fait appel au point de vue d'un professionnel de la santé ayant pratiqué dans le contexte d'un conflit armé.

Le docteur Walter T. Gwenigale est ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République du Libéria. Actif en tant que chirurgien pendant plus de 30 ans, notamment à l'époque de la guerre civile, il a été tour à tour responsable des services de santé du comté de Bong, directeur de l'hôpital et président de la Christian Health Association of Liberia. Il est actuellement membre du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Comité régional de l'OMS pour l'initiative « Faire reculer le paludisme ».

Dans cet entretien, le docteur Gwenigale explique les effets qu'a eu le conflit armé au Libéria sur le fonctionnement de l'hôpital de Phebe, situé dans une zone reculée du pays, sur les besoins des patients et sur la capacité du personnel à leur prodiguer les soins que leur état nécessitait. Le ministre de la Santé du Libéria relate également les principaux problèmes rencontrés alors sur le plan de la sécurité et la manière dont les membres du personnel de l'établissement se sont efforcés d'en venir à bout. Il évoque aussi un certain nombre d'incidents au cours desquels le personnel et les locaux de l'hôpital ont été directement pris pour cible, avec parfois des conséquences tragiques. Au-delà de l'impact à court terme qu'il a eu l'occasion d'observer en tant que médecin, le ministre qu'il est réfléchit aussi aux effets à long terme de ce conflit sur le système de santé actuel du Libéria.

.....

* Cette interview a été menée le 4 décembre 2012 à Monrovia (Libéria) par Pedram Yazdi, délégué communication, et Vamey Bawn, assistant communication à la délégation du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) au Libéria.

Monsieur le Ministre, comment décririez-vous votre expérience de médecin exerçant dans un hôpital en temps de guerre ?

Comme beaucoup de Libériens le savent, j'ai travaillé comme médecin à l'hôpital de Phebe¹ pendant toute la durée de la guerre. Au cours de ces années, je me suis heurté à deux reprises à de véritables difficultés : comment prendre en charge des personnes venues des régions directement touchées par le conflit d'une part, et de quelle manière nous occuper des familles de notre personnel, d'autre part. Lorsque la guerre a éclaté, je me trouvais au Libéria avec ma femme et mes trois enfants, et j'étais inquiet de ce qui pourrait leur arriver. J'ai alors décidé de rester auprès de mes patients, mais j'ai envoyé ma famille à l'étranger. Ma décision a encouragé d'autres employés à en faire autant, après avoir renvoyé leurs proches dans leurs villages d'origine. Ceux qui optaient pour rester à mes côtés mettaient réellement leur vie en danger.

À l'époque, nous pensions que la guerre serait de très courte durée. La plupart des patients dont l'état le permettait sont également partis. Ceux, par exemple qui étaient là pour des opérations qui n'étaient pas urgentes sont rentrés chez eux, avec l'idée de revenir une fois que la guerre serait terminée.

En temps de conflit armé, un médecin s'occupe en priorité des patients qui sont déjà admis à l'hôpital, ainsi que de ceux qui les soignent, puis des blessés qui arrivent au fur et à mesure que le conflit se prolonge et que les combats se rapprochent de l'établissement.

Alors que le conflit s'installait, la question de la sécurité est devenue un vrai problème pour nous, quatre ou cinq groupes armés ayant tour à tour pris le contrôle de l'hôpital par la force. Un vrai problème pour certains de nos patients cloués au lit, qui à un moment ou à un autre, avaient combattu contre l'un ou l'autre de ces groupes, et qui se retrouvaient soudainement en danger de mort.

Par exemple, nous avons par exemple eu, à l'hôpital, des combattants blessés de l'armée de Doe². À un moment donné, lorsque les combats se sont rapprochés, nous avons transféré les cas les plus graves sur Monrovia. Puis, lorsque les troupes de Prince Johnson³ ont pris le contrôle de la capitale, nous avons été très inquiets pour la sécurité des patients qui avaient auparavant combattu les partisans de Prince Johnson. Nous nous sommes efforcés de les protéger pour qu'ils ne soient pas tués. Nous avons dû gérer tous ces problèmes et toutes ces menaces alors que la situation était des plus instables.

1 NDLR : l'hôpital de Phebe est situé à Gbarnga, dans le centre du pays, à environ 300 km de Monrovia, dans le comté essentiellement rural de Bong ; ouvert en 1921, il est resté opérationnel pendant toute la durée du conflit (1989-2003). Voir le site Web de l'hôpital : <http://phebehospital.com>

2 NDLR : Samuel Kanyon Doe (1951-1990) a été président de la République du Libéria de 1980 à 1990.

3 NDLR : Prince Johnson était un haut commandant du Front national patriotique du Libéria (FNPL) fondé par Charles Taylor. En 1990, il se dissocie du FNPL pour former le Front national patriotique indépendant du Libéria (FNPIL), qui prend le contrôle d'une partie de la capitale Monrovia en septembre 1990.

Comment assuriez-vous la sécurité des patients lorsque des groupes armés faisaient irruption dans l'hôpital ?

C'était effectivement une tâche difficile. Nous faisons en sorte de trier les patients, séparant ceux qui présentaient de toute évidence des blessures de guerre de ceux qui étaient atteints de typhoïde ou de choléra pour avoir consommé de l'eau contaminée. Nous disposions d'un endroit un peu isolé de l'hôpital appelé *Waterside Village*, où nous cachions les blessés.

Nous avions encore d'autres moyens de dissimuler les gens pour les mettre en sécurité. Je me souviens très bien qu'à un moment où les partisans de Charles Taylor⁴ tuaient des membres du groupe ethnique des Mandingues, un de mes employés en a caché un chez lui pendant des mois, sans que personne n'ait jamais soupçonné sa présence.

Lorsqu'un nouveau groupe armé mettait la main sur l'hôpital, la première chose que je faisais était de rencontrer leur commandant qui, généralement, se présentait de lui-même. Puis, nous leur expliquions pourquoi nous étions là, leur faisant comprendre que c'était aussi dans leur intérêt ; que nous les soignerions s'ils étaient blessés. Il nous arrivait de les inviter à visiter l'établissement et de leur faire rencontrer leurs camarades blessés. Lorsqu'ils les voyaient alités et qu'ils se rendaient compte que nous nous occupions d'eux, ils comprenaient que nous étions là pour les aider.

Enfin, nous insistions sur le fait qu'il n'était pas permis d'entrer dans l'hôpital armé, et généralement, les gens obéissaient. Lorsque des combattants venaient, ils déposaient leurs armes à l'extérieur et les confiaient à des camarades avant de pénétrer dans l'établissement. Et ils les récupéraient à la sortie. Cela s'est révélé très utile d'avoir institué cette règle.

Quelle était la situation de la population civile aux alentours de l'hôpital ?

En raison de l'insécurité, nous n'étions pas en mesure de fournir des services de santé mobiles. Nous ne pouvions prendre en charge que les cas urgents à l'hôpital, et nous avons dû renoncer à mener des campagnes de vaccination dans la région. Nous ne pouvions pas quitter l'hôpital car il y avait des combattants dans tous les villages environnants.

Par ailleurs, en décidant de rester sur place, vous gagnez la confiance des gens qui viennent chercher refuge chez vous. En plus de nous occuper des blessés et des malades, nous avons en effet accueilli des personnes déplacées venues chercher refuge à l'hôpital parce qu'elles considéraient qu'elles y seraient en sécurité.

Et cela ne nous a pas empêchés de faire notre travail, car il y avait du monde pour prendre soin des personnes déplacées. Notamment, le CICR, qui expédiait des vivres vers Phebe à partir de son bureau de Man, en Côte d'Ivoire. La nourriture et les autres biens acheminés par les organisations non gouvernementales et le CICR

4 NDLR : Charles Taylor a été à la tête du FNPL depuis 1989, jusqu'à son élection à la présidence du Libéria en 1997.

étaient ensuite distribués sur place par l'aumônier, le pasteur et d'autres personnes, en collaboration avec les humanitaires. Pendant ce temps, les employés de l'hôpital s'occupaient des blessés, des malades et des enfants souffrant de malnutrition qui affluaient de régions touchées par les combats.

***Quelles formes de violence vos patients subissaient-ils pendant la guerre ?
Et qu'en était-il de l'hôpital et du personnel ?***

Je crois pouvoir dire que la forme de violence que j'ai le plus couramment observée était le viol. Il n'était pas rare que des combattants recourent en effet à cette pratique comme arme de guerre et qu'ils violent des femmes, mais aussi des hommes, pour marquer leur supériorité. Une autre forme de violence consistait à mutiler les ennemis. Personnellement, j'ai passé un nombre incalculable d'heures au bloc opératoire à extraire des éclats d'obus du corps de personnes blessées, à soigner des plaies à l'estomac et à stopper des hémorragies. Il nous est aussi parfois arrivé de devoir amputer des membres fracassés par des munitions. Nous avions affaire à toutes sortes de blessures : par balle, à l'arme blanche, à la machette, etc.

Nous devions aussi faire face aux dommages causés régulièrement aux installations ; les bâtiments étaient tantôt dévalisés, tantôt incendiés. À une époque où j'étais responsable de l'hôpital C.B. Dunbar de Gbarnga, dans le comté de Bong, celui-ci a été incendié. Pratiquement tous les centres de santé ont été pillés : lorsque les combattants trouvaient du matériel qui les intéressait, ils s'en emparaient sans autre forme de procès. Il faut dire que le matériel et les équipements des hôpitaux étaient très convoités par les membres des factions qui en avaient besoin pour soigner leurs compagnons d'arme lorsqu'ils étaient blessés. Il n'était pas rare non plus qu'ils volent des médicaments pour soigner leurs blessés ; et ils ne se contentaient pas de piller les réserves de l'hôpital ; ils emportaient aussi les effets personnels des employés.

***En septembre 1994, l'hôpital de Phebe⁵ a été le théâtre d'un massacre.
Que s'est-il passé réellement ?***

Dès le début de la guerre, de nombreux établissements médicaux situés dans des régions reculées avaient été abandonnés. Seuls quelques-uns étaient restés ouverts. Les rares endroits à jouir d'une protection – et ce, uniquement si les combattants étaient conscients que ces établissements pourraient leur être utiles pour y recevoir un jour des soins – étaient ceux qui se trouvaient le long des grands axes routiers. Un des principaux problèmes était le fait que les zones où étaient installés les hôpitaux passaient tour à tour sous le contrôle de groupes armés différents, en fonction des aléas du conflit. Et ces groupes étaient très méfiants à l'égard des membres du

5 NDLR : En septembre 1994, l'hôpital a été attaqué et pillé. Au moins une centaine de personnes auraient été tuées, dont des employés de l'établissement, des patients et des civils qui y avaient trouvé refuge. Voir entre autres le rapport de la Commission vérité et réconciliation de la République du Libéria, *Final report – Volume II: Consolidated Final Report*, 2009, p. 174, 181 et 182.

personnel des établissements, qu'ils soupçonnaient d'avoir collaboré avec la faction qui les avait précédés au pouvoir dans la région en question.

Personnellement, je ne me trouvais pas à Phebe au moment où le massacre a été perpétré. De ce qu'on m'a relaté, des soldats du Mouvement de libération unifié du Libéria pour la démocratie (ULIMO) ont pris Phebe au FNLP et ont contrôlé les lieux pendant plusieurs jours. Après s'être ressaisi, le FNLP a repoussé l'ULIMO hors du territoire. Les soldats de l'ULIMO ont alors mis en garde les employés de l'hôpital, leur disant que le FNLP pourrait penser que les employés de l'établissement les avaient aidés et qu'ils risquaient donc d'être tués par le FNLP en guise de représailles. L'ULIMO a donc conseillé aux personnels de santé et aux patients de quitter les lieux, mais les employés de l'hôpital ont refusé parce qu'ils devaient s'occuper des patients. Le 23 septembre 1994, des hommes en armes ont emmené plusieurs membres du personnel à l'extérieur et les ont abattus. L'aumônier de l'hôpital de même que deux infirmières ont subi le même sort. D'après ce que je sais, de nombreuses personnes qui avaient trouvé refuge à Phebe ont également été tuées.

Au moment des faits, ma mère était hospitalisée à Phebe. Une fois le calme revenu, quelqu'un s'est rendu dans sa chambre et l'a trouvée morte dans son lit. Moi, je n'étais pas sur place et ce n'est qu'en février de l'année suivante que j'ai pu enterrer ma mère ; je n'avais pas pu rentrer avant.

À mon retour, les employés m'ont fait savoir qu'ils avaient emmené les autres patients à Totota. En tout, l'hôpital de Phebe a été déménagé trois fois : deux fois à Totota et une fois dans un endroit appelé Salala. Il n'a jamais cessé de fonctionner, même si les patients ont été constamment déplacés d'un endroit à l'autre pour les mettre à l'abri des combats. Dans cette tâche, le personnel a été aidé par des organisations humanitaires comme le CICR et Médecins sans frontières (MSF) Belgique. Ce qui n'a pas empêché l'hôpital et les maisons situées à proximité d'être pillés à plusieurs reprises.

Selon vous, le massacre aurait-il pu être évité ? Autrement dit, serait-il nécessaire de mieux sensibiliser le public aux droits et aux responsabilités des personnels de santé en temps de conflit armé ?

Ce qui est certain, c'est que les personnes qui travaillaient alors à l'hôpital n'auraient pas pu empêcher le massacre. Quand vous êtes un médecin ou une infirmière, votre tâche est de prendre soin des blessés. Les gens qui sont allés parler avec ces jeunes hommes armés, l'aumônier notamment, n'ont pas eu l'occasion de s'expliquer ; ils ont été abattus. Les employés de l'hôpital n'étaient pas des combattants : ils n'étaient pas armés. Aussi n'auraient-ils pas pu empêcher quelque groupe armé que ce soit de pénétrer dans l'établissement. Sans défense et pris en étau entre groupes armés adverses, ils ont fait les frais de la violence. Cela dit, nous avons toujours tenu à rester pour prendre soin des patients et des personnes déplacées. Mais qu'est-ce qu'un civil non armé peut faire pour empêcher des gens d'en massacrer d'autres ?

Nous étions conscients qu'en décidant de rester à Phebe, nous prenions des risques. Beaucoup de gens ne concevaient pas l'idée de partir parce qu'ils avaient le sentiment d'un devoir à accomplir. Malheureusement, ce que nous cherchions à éviter

a fini par arriver malgré tout. Nous pensions que si nous abandonnions l'hôpital, il serait détruit, et que nous nous retrouverions sans rien une fois la guerre terminée. C'est pourquoi nous sommes restés. Mais en fin de compte, ni les employés ni les patients ni le matériel n'ont été épargnés. Lorsque nous sommes revenus de Salala, où nous avons déménagé l'hôpital, tout avait été pillé.

À quoi bon expliquer aux personnels qu'ils ont des droits et des obligations ; leur dire par exemple qu'ils sont tenus de traiter les patients sans aucune discrimination, qu'ils ne doivent pas les abandonner, si, de leur côté, les porteurs d'armes ignorent les obligations qui leur incombent. S'ils ne savent pas qu'ils sont censés respecter les humanitaires, nous ne sommes pas très avancés. C'était notre principal problème : nous étions face à des gens qui se faisaient la guerre et qui ignoraient qu'ils avaient la responsabilité de nous respecter et de nous protéger pour que nous puissions faire notre travail.

Il est sans doute très utile de sensibiliser les personnels de santé aux droits et aux obligations qui sont les leurs, mais il est encore plus important de veiller à ce que les combattants sachent qu'eux aussi ont des obligations. Il faut toujours tenir compte de qui sont vos interlocuteurs. Discuter des règles des Conventions de Genève, ou encore du CICR avec des personnes qui n'en ont jamais entendu parler, et leur faire comprendre qu'ils ont des droits et des obligations, n'est pas une tâche facile. La guerre au Libéria a commencé à la fin de l'année 1989 et elle ne s'est achevée que 14 ans plus tard. Certains des combattants étaient très jeunes lorsqu'ils ont été enrôlés. Supposons que vous êtes recruté à l'âge de 10 ans ; eh bien, à la fin de la guerre, vous en avez 24, mais vous ne savez ni lire ni écrire. Pas étonnant alors que vous ignoriez tout des droits des gens qui travaillent dans le domaine de la santé.

Ainsi, même si les professionnels de la santé connaissent leurs droits, encore faudrait-il s'assurer que les porteurs d'armes les connaissent également. Cela dit, la seule raison qui pourrait faire hésiter les combattants à recourir à la violence serait qu'ils soient conscients que si un jour ils sont eux-mêmes blessés, ils vont avoir besoin de médecins et d'infirmières qui s'occupent d'eux.

À l'époque de la guerre, les gens qui travaillaient pour nous à Phebe avaient souvent affaire à différentes factions adverses ; ils avaient l'habitude et n'hésitaient pas à tenir tête à ces hommes et à leur expliquer pourquoi ils étaient là. Mais une fois encore, les gens qui portent des armes doivent avoir un minimum d'instruction pour savoir que ceux qui travaillent dans les hôpitaux ne sont pas des ennemis. Cela dit, nous ne manquions jamais d'attirer l'attention de nos collaborateurs sur la manière de se comporter dans des circonstances particulières. Nous leur disions par exemple qu'ils devaient s'assurer que tous les patients savaient pourquoi ils étaient là et qu'ils comprenaient bien que nous allions nous occuper d'eux. Cela était aussi vrai pour les enfants soldats, qui étaient souvent fortement drogués ou sous l'emprise de l'alcool.

En tant que ministre de la Santé, comment décririez-vous la situation qui prévaut aujourd'hui au Libéria dans le domaine des soins de santé ? Quels sont les principaux défis auxquels vous faites face ?

Le système de santé au Libéria se ressent encore aujourd'hui des effets de la guerre. Lorsque je suis devenu ministre, je me suis retrouvé confronté à trois problèmes majeurs qui résultaient tous du conflit. Le premier problème de taille était la grave pénurie de personnels de santé qualifiés. Quand la guerre avait éclaté, ils avaient quitté le pays et étaient partis travailler en Europe, en Amérique, en Guinée ou en Côte d'Ivoire. Il a fallu trouver des parades et aujourd'hui encore nous essayons de remédier à cette situation.

Le deuxième problème était la destruction des infrastructures médicales : dispensaires, hôpitaux, équipements, tout avait été détruit. Si à cette époque nous avions eu suffisamment de personnels, nous n'aurions pas eu suffisamment d'installations pour tous.

Quant au troisième problème, il concernait non seulement le système de santé, mais aussi le pays tout entier. Je veux parler de l'absence de moyens financiers. Avant la guerre, un chirurgien comme celui que j'étais gagnait 3000 dollars libériens par mois⁶ ; au lendemain de la guerre, les salaires ne dépassaient pas 50 dollars US par mois. Des salaires très peu élevés qui n'allaient pas inciter les professionnels à revenir travailler au Libéria. Il n'y avait pas non plus d'argent pour se procurer des médicaments ; si bien que nous dépendions de ce que les ONG internationales voulaient bien nous procurer. En d'autres termes, on peut dire que, au lendemain de la guerre, c'étaient les ONG qui avaient la haute main sur le ministère de la Santé : elles détenaient les médicaments et le matériel médical, et elles contrôlaient le fonctionnement des hôpitaux.

Quel a été l'impact de la guerre sur votre fonction de ministre de la Santé dans le Libéria d'après-guerre ?

Les trois problèmes de taille auxquels je viens de faire allusion – pénurie de personnel qualifié, d'infrastructures et d'argent – sont toujours d'actualité. Ce sont trois combats que je dois mener de front simultanément. Nous faisons en outre face à de graves difficultés en matière de fourniture des soins, car la guerre a fait que les gens se sont enfuis.

Ici, en tant que médecins, nous avons en plus affaire à des patients qui présentent des pathologies différentes, liées à ce qu'ils ont enduré pendant la guerre. Nous avons par exemple beaucoup de femmes qui souffrent de fistules vaginales. Il s'agit d'une affection causée généralement par des accouchements prolongés : la tête du bébé appuie sur la vessie, qui se retrouve compressée contre les os du bassin, entraînant la nécrose des tissus de la vessie. Il peut en résulter une incontinence urinaire et parfois fécale. Une fistule peut aussi être la conséquence d'un acte de

6 NDLR : au 1^{er} décembre 2013, 1 dollar libérien (LRD) équivalait à 0,05 dollar US.

violence sexuelle, comme cela s'est vu durant le conflit au Libéria. Des femmes qui ont subi des violences à cette époque peuvent présenter des séquelles aujourd'hui encore.

Un autre problème est lié aux maladies et aux affections dont nous pensions qu'elles étaient sous contrôle, comme la tuberculose. À cause de la guerre, beaucoup de malades ont interrompu leur traitement – soit parce qu'ils n'avaient plus les moyens de se procurer les médicaments ou qu'ils avaient fui la zone où se trouvait le dispensaire qui les leur fournissait –, ce qui a entraîné une recrudescence de la maladie. Même constat pour la lèpre : si une personne atteinte de ce mal n'a plus accès aux traitements, la maladie reprend le dessus. Le conflit armé a donc eu un impact indiscutable sur la santé publique.

Finalement, un autre aspect de la question, qui a été négligé dans le Libéria d'après-guerre, est la santé mentale. Très nombreux sont en effet les jeunes gens qui ont passé les années de guerre à tuer d'autres personnes ; on a même fait état de cannibalisme. La guerre est aujourd'hui terminée, mais beaucoup de ces hommes présentent de graves séquelles émotionnelles. En tant que ministre de la Santé, il m'incombe de veiller à ce qu'ils soient correctement pris en charge.

Et puis, il y a tant d'autres gens dont l'existence a été bouleversée par le conflit. Prenez, par exemple, le cas de cet homme qui avait une jolie maison où il envisageait de passer ses vieux jours. Eh bien, cette maison a été incendiée pendant le conflit et, d'un jour à l'autre, il ne sait plus où aller. Le ministre que je suis se pose alors la question de savoir que faire pour aider cet homme, aujourd'hui âgé, à finir sa vie ; ou pour aider ces enfants dont les parents ont été tués pendant la guerre.

Que fait le gouvernement libérien pour améliorer les structures et les services de santé ?

Je parlais tout à l'heure de trois problèmes majeurs touchant les soins de santé dans le Libéria d'après-guerre et notamment la pénurie de personnel qualifié. Pour y remédier, nous avons entrepris d'investir pas mal d'argent dans l'amélioration de la formation des médecins. Nous avons rénové la faculté de médecine grâce à des fonds alloués par la Banque mondiale. Nous avons aussi mis en place des mesures incitatives, notamment un système de rémunération des étudiants en médecine. Pour pallier le manque cruel de sages-femmes, nous avons aussi ouvert de nouvelles écoles de sages-femmes afin de pouvoir en former toujours davantage.

S'agissant des infrastructures, nous avons rénové de nombreux centres de soins existants et en avons construit beaucoup de nouveaux ; et nous les avons équipés convenablement. Avec l'aide d'investisseurs chinois, nous avons construit un très grand hôpital ici, à Sanniquellie, dans le comté de Nimba. Je veux parler de l'hôpital Tappita qui dispose d'équipements de pointe, dont un scanner de dernière génération très perfectionné. D'autres structures médicales ont été remises en état avant d'être rouvertes. Bref, nous faisons des efforts considérables afin d'améliorer notre infrastructure.

***Dans quelle mesure collaborez-vous avec d'autres ministères ?
 Vous employez-vous à collecter des données ou à faire des investigations
 sur les incidents violents touchant les soins de santé ?***

Tous les ministères doivent travailler de concert ; nous comptons tous les uns sur les autres. Au ministère de la Santé, par exemple, je ne pourrais pas faire mon travail sans le concours du ministère de l'Éducation ; l'éducation est en effet essentielle pour promouvoir la santé publique. Je ne pourrais pas non plus travailler convenablement sans le soutien du ministère des Travaux publics, car nous avons besoin de routes en bon état pour que les ambulances puissent emmener les blessés ou les malades dans les hôpitaux. Le ministère de l'Agriculture est aussi important s'agissant de l'alimentation des patients ; et ainsi de suite. L'armée joue elle aussi un rôle très important ; elle est par exemple très présente lors des manifestations organisées à l'occasion de la Journée nationale du SIDA. Un médecin militaire a été spécialement nommé pour faire de l'information dans les rangs des forces armées.

En ce qui concerne la collecte de données sur les actes de violence visant les services médicaux et les patients, ce sont les personnels de santé qui signalent eux-mêmes les incidents dont ils sont victimes. Plus généralement, d'autres ministères se chargent de lutter contre d'autres types de violences commises à l'encontre de la population. Le ministère de l'Égalité des sexes et du Développement, par exemple, répertorie les cas de violence sexuelle, de viol notamment ; autrement dit, nous sommes informés de ce qui arrive, mais, grâce à Dieu, cela n'a pas de commune mesure avec ce qui se passait à l'époque de la guerre.

***Quelles recommandations feriez-vous à d'autres pays ou à d'autres ministres
 de la Santé sur la question de la violence contre les soins de santé ?***

À mon sens, c'est une question qui ne touche pas uniquement les professionnels de la santé. Personne, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un agriculteur ou d'un fonctionnaire, ne devrait subir des actes de violence. Nous sommes tous solidaires et devons pouvoir compter les uns sur les autres. On dit dans les médias que le Libéria aspire à rejoindre le cercle des pays à revenus moyens. Réaliser un tel objectif n'est pas possible si le tissu social du pays est mis à mal par un conflit ; la condition *sine qua non* est que la paix règne. Aussi est-il essentiel que nous unissions tous nos efforts pour édifier ensemble un pays fort que plus rien ne puisse détruire à l'avenir.

Au Libéria, la guerre a été en grande partie le fait d'éléments qui n'étaient pas instruits. Dès lors que les combattants ont un certain niveau d'instruction, qu'on leur a parlé des Conventions de Genève et qu'on leur a fait comprendre pourquoi ils doivent s'y conformer, ils en respecteront les règles. S'ils n'ont jamais entendu parler des Conventions de Genève, ils ne le feront pas.

La meilleure garantie, me semble-t-il, pour éviter un nouveau conflit, est toutefois de travailler à la réconciliation, afin d'instaurer une paix durable. Dès lors, la question de la violence contre les soins de santé ne se posera plus. Car, si d'entrée de jeu, les gens cessent de s'affronter et de s'entretuer, vous n'avez pas à vous soucier de protéger les patients et les personnels de santé contre les effets de la violence armée.

C'est pourquoi il est indispensable que nous nous engagions avec acharnement sur la voie de la réconciliation et de la paix. Cela dit, nous pouvons nous féliciter d'avoir passé maintenant plus de dix ans sans guerre, au moment où beaucoup de pays connaissent des guerres à répétition et des conflits de longue durée.

Aujourd'hui, du Mali à la Syrie, il ne se passe presque pas un jour sans que l'on fasse état d'incidents violents touchant les soins de santé. Quel message adresseriez-vous aux sages-femmes, aux médecins et aux chirurgiens qui travaillent dans de tels contextes ?

En tant que professionnels de la santé, nous avons appris à venir en aide aux gens et à tout faire afin de leur apporter l'attention dont ils ont besoin. Pensez à ce qui se passe en Syrie où, faute de mieux, des chirurgiens opèrent dans des mosquées. On ne peut pas abandonner autrui juste pour sauver sa propre peau. Si notre mission, c'est protéger ceux qui en ont besoin, nous devons pouvoir le faire coûte que coûte. Et je demande de tout cœur à ceux qui en ont conscience de nous aider à le faire. Bombarder un établissement où vous savez que des médecins travaillent pour sauver des vies est inadmissible ; pourtant on sait que cela arrive. Alors, que faire avec les gens qui commettent de tels actes ? Comment leur faire comprendre que ce qu'ils font n'est pas dans l'intérêt de leurs camarades, mais qu'au contraire, ils signent l'arrêt de mort des gens de leur camp ? C'est un défi de taille. Mais, quoi qu'il en soit, j'invite tous mes confrères du secteur de la santé à garder toujours à l'esprit qu'on nous a appris à aider les autres, à sauver des vies, et que nous ne pouvons faillir à ce devoir qui est le nôtre.

La violence contre les soins de santé : les enseignements recueillis en Afghanistan, en Somalie et en République démocratique du Congo

Fiona Terry

Chercheuse indépendante, Fiona Terry a mené des activités de recherche pour le projet du Comité international de la Croix-Rouge « Les soins de santé en danger ». Titulaire d'un doctorat en relations internationales de l'Université nationale australienne, elle est l'auteur de *Condemned to Repeat? The Paradox of Humanitarian Action** et siège au comité de rédaction de la *Revue internationale de la Croix-Rouge*.

Résumé

Cet article examine la méthodologie et les principales conclusions des études menées sur le terrain menées en Afghanistan, en Somalie et en République démocratique du Congo entre 2010 et 2013 dans le cadre du projet du CICR « Les soins de santé en danger ». Il évoque certaines des mesures prises par le CICR dans ses programmes de santé pour faciliter l'accès aux soins, ainsi que la méthode qu'il met en œuvre pour encourager un meilleur respect des lois visant à sauvegarder cet accès. Enfin, l'article contient des propositions de mesures supplémentaires qui pourraient contribuer à limiter ces violences.

Mots clés : projet CICR Les soins de santé en danger, Afghanistan, Somalie, République démocratique du Congo, RDC, accès aux soins de santé, violences contre les soins de santé, statut protégé des soins de santé et des patients, constatation/observation d'actes de violence.



* Cornell University Press, Ithaca et Londres, 2002.

Rares sont les épisodes de violence qui choquent les esprits au même degré qu'une attaque sciemment lancée contre un hôpital, le meurtre d'agents de santé engagés dans une campagne de vaccination ou l'explosion d'une ambulance chargée d'explosifs sur les lieux d'un accident pour exacerber encore le carnage et les dégâts. Ce type d'événement fait les grands titres des médias dans le monde entier et suscite un sentiment de scandale devant des actes constituant de graves violations du droit international. Or, on sait moins que ces faits dramatiques ne représentent qu'une faible proportion des actes violents visant chaque jour les agents et les infrastructures de santé, un phénomène constant qui revêt de nombreuses formes plus insidieuses que celles dont les médias se font l'écho. Ces violences empêchent des millions de victimes des conflits armés et d'autres situations d'urgence d'accéder aux soins de santé précisément lorsqu'elles en ont le besoin le plus criant.

Afin de mieux comprendre la fréquence de ces actes et les types de violences contre le système de santé, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a lancé en 2011 le projet « Les soins de santé en danger », après qu'une étude préliminaire réalisée dans 16 pays ait montré que le problème était à la fois plus étendu qu'on ne le pensait et insuffisamment étudié. Des délégations du CICR dans 20 pays touchés par des conflits armés ou d'autres situations de violence furent priées de réunir des informations sur ce type d'incidents. En outre, le CICR a commandé trois études approfondies pour étudier la question, en Afghanistan (2010), en Somalie (2012) et en République démocratique du Congo (RDC) (2013)¹.

Le présent article aborde quelques-unes des principales conclusions de ces trois études internes. Certains des actes de violence qui y sont répertoriés étaient délibérés et avaient pour objet d'empêcher, de gêner ou de refuser de faciliter l'assistance médicale destinée à des personnes perçues comme étant des ennemis ou à leurs partisans. La grande majorité des incidents, cependant, s'explique par un manque de respect à l'égard du statut protégé des soins de santé et des patients. En d'autres termes, des structures et des moyens de transport sanitaires ont été endommagés, pillés ou empêchés de fonctionner, non pas spécifiquement parce qu'ils offraient des services de santé, mais parce qu'ils n'ont pas été épargnés par ces agressions ou protégés contre elles.

La première partie de l'article décrit les divers types d'incidents couverts par les études sur les soins de santé en danger, avant d'en analyser les conclusions. Nous évoquerons ensuite la manière dont le CICR réagit aux atteintes contre la protection des soins de santé dans le monde pour formuler des suggestions sur les mesures supplémentaires qui pourraient être prises.

1 Fiona Terry, « Protecting health-care in Afghanistan: IHL violations and the ICRC's response, April 2009–April 2010 », document interne du CICR, juin 2010 ; Id., « ICRC Health-Care in Danger project: Somalia case-study », document interne du CICR, juillet 2012 ; Id., « ICRC Health-Care in Danger project: Democratic Republic of Congo case-study », document interne du CICR, mars 2013.

Réunir des informations sur la violence contre les soins de santé

En sa qualité de gardien du droit international humanitaire, le CICR a, entre autres responsabilités, le devoir de surveiller le respect des règles qui protègent les soins de santé. Comme l'expliquent de manière plus approfondie d'autres articles du présent volume², le DIH impose à toutes les parties à un conflit armé un certain nombre de devoirs :

- respecter et protéger le personnel, les unités et les moyens de transport sanitaires qui sont utilisés à des fins exclusivement médicales ;
- fournir des soins et une attention médicaux sans aucune distinction de caractère défavorable fondée sur des critères autres que médicaux ;
- respecter les blessés et les malades, les protéger contre les attaques ou les mauvais traitements et veiller à ce qu'ils reçoivent des soins médicaux appropriés ;
- prendre toutes les mesures possibles pour rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades sans aucune discrimination.

Le droit relatif aux droits de l'homme contient lui aussi des obligations, pour les États, de protéger les blessés et les malades contre les attaques, ainsi que de respecter, protéger et appliquer le droit à la santé³.

Il se trouve, cependant, que de nombreux actes empêchent ou entravent l'accès aux soins de santé sans pour autant constituer une violation du DIH, raison pour laquelle les études sur le terrain ont élargi le domaine d'enquête pour inclure aussi bien les violations du droit que des infractions de moindre ampleur contre les soins de santé. Les incidents ont été répartis en catégories comme suit⁴ :

1. La violence contre les structures médicales
Ces actes incluaient les attaques contre des structures sanitaires telles que dispensaires, hôpitaux, dépôts de matériel médical, laboratoires et pharmacies, y compris les bombardements, les tirs d'artillerie, les effractions, les tirs à l'arme légère, la destruction de matériel et le pillage. Ils englobaient aussi le bouclage d'une zone contenant une structure de santé lorsqu'il empêchait l'accès à cette structure des personnels de santé et des patients.
2. La violence contre les personnels de santé
Cette catégorie englobait les attaques lancées contre les médecins, le personnel paramédical (y compris les secouristes bénévoles) et le personnel de soutien assigné à des fonctions médicales, comme le fait de tuer, d'enlever, de harceler, de menacer, d'intimider, de dévaliser ou encore d'arrêter et de détenir des membres du personnel de santé pour avoir accompli leurs tâches médicales.

2 Voir, entre autres, l'article d'Alexandre Breitegger.

3 Pour plus d'informations, voir, entre autres, les articles d'Alexandre Breitegger, d'Amrei Müller et de Len Rubinstein et Katherine Footer dans le présent volume.

4 Ces catégories ont aussi été utilisées dans la publication du CICR, *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*, Genève, 2011, disponible sur : <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/publication/p4072.htm> (pour toutes les références à des sources sur Internet : dernière consultation en juin 2013).

3. La violence contre les blessés et les malades

Cette catégorie incluait les attaques visant les patients ou les personnes qui tentent d'avoir accès à des soins de santé, y compris le fait de tuer, de blesser, de harceler ou d'intimider ces personnes, de bloquer ou d'entraver l'accès rapide aux soins de santé, de refuser de fournir des soins médicaux ou de pratiquer la discrimination et d'interrompre les soins médicaux par l'arrestation ou la détention de combattants blessés par des forces armées ne pouvant pas, ou ne souhaitant pas, assurer la continuité des soins médicaux.

4. La violence contre les véhicules sanitaires

Ces actes comprenaient les attaques contre les ambulances, les bateaux ou aéronefs sanitaires ou les hélicoptères d'évacuation, civils ou militaires, ainsi que le fait d'entraver les transports de matériel et de fournitures médicales. Ils incluait aussi les enlèvements armés de membres d'organisations médicales humanitaires alors qu'ils se déplaçaient dans des véhicules dûment marqués.

5. Les usages abusifs des structures médicales ou des emblèmes protecteurs

La dernière catégorie regroupe les incidents dans lesquels un usage abusif est fait des emblèmes de la croix rouge ou du croissant rouge ou d'autres signes désignant des structures médicales, des moyens de transport sanitaires ou des personnels de santé (y compris les actes de perfidie) ainsi que les actes compromettant la nature neutre des établissements sanitaires civils. Le fait de porter des armes à l'intérieur d'un établissement de santé, s'il ne constitue pas en soi une violation du DIH, peut compromettre l'image de neutralité de l'établissement.

La majeure partie des incidents recensés en Afghanistan, en Somalie et en RDC concernaient plusieurs des catégories énumérées ci-dessus. La répartition des incidents dans ces catégories et leur présentation sous forme de tableau a permis, dans chaque situation, de visualiser de manière efficace les tendances de la violence contre les soins de santé. Les schémas issus de cette classification allaient parfois à l'encontre des perceptions répandues au sein des délégations du CICR, marquées dans certains cas par un ou deux événements traumatisants qui n'étaient pas nécessairement représentatifs du problème. Une analyse plus approfondie des tendances a permis aux équipes présentes sur le terrain de mieux adapter leurs thèmes de discussion avec les parties belligérantes afin de traiter les problèmes les plus pressants parmi ceux qui avaient été identifiés.

Les documents et les enquêtes de terrain ont aussi aidé à rectifier les images associées à telle ou telle situation au sein de l'organisation. C'est ainsi qu'une image de la Somalie du début des années 1990 — celle d'une camionnette surmontée d'une mitrailleuse, garée à l'extérieur de la salle d'opération de l'hôpital de Medina à Mogadiscio pour empêcher les combattants d'ordonner aux chirurgiens, sous la menace d'une arme à feu, de soigner en priorité leurs camarades blessés — était demeurée présente jusqu'à nos jours. Les vingt années de conflit ininterrompu qui se sont écoulées depuis cette date, sans que l'ordre public ne soit rétabli, ont pu faire croire que dans tout le pays, les soins de santé étaient en état de siège permanent ; or, tel n'est pas le cas. Certes, les soins de santé sont très insuffisants dans de nombreuses parties du pays, mais la violence n'est plus omniprésente. Aujourd'hui, les visiteurs

de l'hôpital de Medina acceptent de déposer leurs armes à l'entrée en échange d'un ticket numéroté. En outre, les professionnels de santé interrogés dans la capitale affirment que les structures médicales sont respectées par les combattants et par la population, presque au même titre que les mosquées. Même les problèmes de discrimination fondée sur l'appartenance aux clans ou les représailles contre le personnel de santé qui n'a pas réussi à sauver un patient sont beaucoup moins fréquents qu'on n'aurait pu le penser. Le projet a donc permis non seulement de mieux connaître les problèmes liés au respect des soins de santé, mais encore de soulever des questions intéressantes sur les raisons pour lesquelles les soins de santé sont mieux respectés dans certaines situations ou entre certaines parties belligérantes que dans d'autres.

La difficulté de réunir des informations précises

Les tentatives d'obtenir une image précise des types et de la fréquence des cas de violence contre les soins de santé se sont heurtées à plusieurs obstacles de taille. Le premier d'entre eux en Afghanistan, en Somalie et en RDC n'était autre que la difficulté d'obtenir des informations sur les incidents auprès des très nombreux acteurs de la santé, en particulier en Somalie et en Afghanistan, où des territoires entiers sont inaccessibles au personnel du ministère de la Santé comme aux organisations internationales de secours. Ce n'est qu'en s'entretenant avec les patients de l'hôpital de Mirwais à Kandahar, par exemple, que le CICR a pu se faire une idée de l'état des services de santé dans les régions du sud du pays, aux mains de l'opposition, et des difficultés que connaissent les personnes désireuses de gagner l'hôpital. Dans ces trois pays, l'accès aux soins en dehors des grandes villes pose des problèmes même en temps de paix : il exige de parcourir de longues distances à pied, à dos d'âne ou en motocyclette. Il est impossible de savoir combien de personnes malades ou blessées ne parviennent jamais jusqu'à un centre de santé.

Il s'est aussi révélé étonnamment difficile de persuader d'autres acteurs de la santé de partager les informations dont ils disposaient concernant les incidents. Cela s'explique en partie par le caractère sensible des négociations avec les parties belligérantes ou avec les bandes criminelles au sujet des incidents de sécurité — en particulier lorsqu'ils concernent des enlèvements et des demandes de rançon —, mais cette difficulté reflète aussi une certaine concurrence entre organismes d'assistance, qui préfèrent minimiser les problèmes auxquels ils se heurtent pour préserver une image de succès essentielle pour leurs efforts de collecte de fonds dans leur pays et à l'égard de leurs donateurs institutionnels. Une partie des incidents de sécurité peut s'expliquer par les actes ou par l'image d'une organisation d'assistance, qu'il s'agisse d'actes destinés à venger le licenciement d'un employé national en Somalie, des répercussions d'un accord peu satisfaisant avec une milice locale en Afghanistan ou d'une communauté en colère parce que les promesses faites par une organisation non gouvernementale dont les ambitions dépassaient les capacités, en RDC, n'ont pas été tenues. Rares sont les organisations d'assistance disposées à évoquer publiquement et dans le détail des incidents de ce type. Les prestataires nationaux de services de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont encore plus discrets, alors même que, de

par leur nombre, ils sont sans aucun doute exposés à davantage d'incidents que les acteurs internationaux. De ce fait, les sources d'information sur ces incidents restent fort limitées, ce qui entraîne un biais notable des données.

Deuxièmement, la diversité des incidents constatés dans chaque pays a soulevé des interrogations touchant les critères d'inclusion dans l'ensemble des données et a suscité de nombreuses discussions au sein des équipes du CICR. D'aucuns étaient d'avis que seuls les cas de violence comprenant un motif lié à la fonction médicale devaient être pris en compte. Selon ce point de vue, un médecin abattu au cours d'un vol à main armée à son domicile ne serait pas inclus, pas davantage que l'enlèvement d'une infirmière s'il y avait une demande de rançon, ni l'attaque à main armée d'un véhicule du CICR ne transportant pas de personnel ou de matériel sanitaire. Toutefois, le fait de restreindre les critères de cette manière pose un double problème : premièrement, le motif est rarement clair et même des actes purement criminels peuvent avoir des connotations politiques, étant donné que les gangs criminels ont peu de chances de pouvoir opérer dans certaines régions de l'Afghanistan, de la Somalie ou de la RDC sans l'accord tacite ou actif du groupe armé exerçant le pouvoir sur le territoire. Deuxièmement et surtout, les conséquences d'un incident tel que le meurtre ou l'enlèvement d'un agent de santé professionnel peut être tout aussi grave pour la population, que le motif soit ou non lié à la fonction médicale de la victime. C'est particulièrement vrai pour la Somalie, qui ne compte qu'un médecin pour 25 000 habitants⁵. C'est la raison pour laquelle les trois études de cas ont examiné non seulement les motifs, mais aussi les conséquences des incidents pour décider s'il convenait d'en tenir compte.

Les principales conclusions des études sur le terrain

Au cours des décennies de conflit armé en Afghanistan, en Somalie et en RDC, les combattants ont commis des violations très graves des lois protégeant les établissements, le personnel et les véhicules sanitaires. Ainsi, la première guerre du Congo (1996-1997), qui a détruit les camps de réfugiés rwandais dans l'est de la RDC, a commencé lorsque des soldats ont pénétré dans l'hôpital de Lamera au Sud-Kivu, le 6 octobre 1996 et exécuté plus de 30 patients et agents de santé de l'établissement. En Somalie, les actes de pillage et l'expulsion d'une multitude de grandes organisations d'assistance en 2011 a drastiquement réduit l'offre de services de santé à une période où les régions du sud et du centre du pays étaient touchées par de graves carences de nourriture, ce qui a déclenché une augmentation du nombre de décès que la vaccination aurait pu prévenir, exacerbant les effets dévastateurs de la malnutrition. Enfin, en Afghanistan, des actes de perfidie ont été commis à plusieurs reprises, y compris en avril 2011, lorsqu'une ambulance a été utilisée pour commettre une

5 Organisation mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2012*, chap. 6, disponible sur : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/fr/.

attaque suicide contre une académie de formation de la police dans les faubourgs de Kandahar⁶.

Au cours des périodes examinées dans chaque étude de cas (avril 2009 à avril 2010 pour l'Afghanistan, 2006 à 2012 pour la Somalie, et 2012 pour la RDC), ce type d'incident grave a été relativement rare, bien que les conséquences de l'interdiction d'un grand nombre d'organismes d'assistance à vocation sanitaire sur certaines parties du territoire somalien soient encore sensibles actuellement. Cependant, contrairement aux deux autres incidents évoqués ci-dessus, les soins de santé, dans le cas de la Somalie, ne semblent pas avoir fait l'objet d'abus, d'attaques ni avoir été refusés dans le cadre d'une stratégie militaire destinée à nuire à l'adversaire : les organisations d'assistance n'ont pas été expulsées pour priver la population de soins⁷. En réalité, aucun des pays étudiés n'a connu des attaques de structures et de personnel sanitaire d'une ampleur comparable à celles qui ont lieu aujourd'hui en Syrie, avec pour objectif affirmé de priver délibérément l'opposition de soins médicaux⁸. Quelques incidents de ce type se sont pourtant produits ; nous y reviendrons dans la section suivante, avant d'aborder les formes de violence les plus répandues, qui découlent davantage d'un manque de respect du statut protégé des soins de santé que d'une volonté manifeste d'en abuser ou de les attaquer.

Le recours stratégique à la violence contre les soins de santé

La violence intentionnelle ou les menaces de violence contre les structures et les personnels de santé à des fins militaires ont été plus fréquentes en Afghanistan qu'en Somalie ou en RDC. Ceci s'explique sans aucun doute par la nature asymétrique du conflit opposant une force internationale lourdement armée, bien équipée et bien entraînée et leurs alliés afghans à un ensemble de groupes fragmentés mais habiles. Bien que les talibans aient reconnu que l'emploi d'une ambulance dans l'attaque lancée en avril 2011 dans les environs de Kandahar ait été une erreur et « ne se reproduirait plus⁹ », ce n'était pas la première fois qu'un véhicule peint comme une ambulance était employé dans une attaque¹⁰ et la perfidie est même encouragée dans la *Layha* — ou code de conduite — des talibans. Les règles permettant aux

6 CICR, « Afghanistan : une ambulance utilisée dans l'attaque contre un complexe de la police », communiqué de presse 11/85, 7 avril 2011, <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/news-release/2011/afghanistan-news-2011-04-07.htm>

7 L'interdiction elle-même avait toutefois des motifs militaires, puisque le groupe islamiste militant Al-Shabab soupçonnait le personnel de certaines organisations d'assistance d'espionnage, craignant qu'ils ne révèlent la localisation de ses dirigeants, qui pourraient ensuite être visés par des attaques de drones.

8 Voir Jonathan Whittall, « My enemy's doctor is my enemy », dans *The Huffington Post*, 10 avril 2013, disponible sur : www.huffingtonpost.co.uk/jonathan-whittall/syria-medicins-sans-frontieres_b_2829593.html

9 « Afghanistan : Taliban rue ambulance attack », dans *IRIN*, 12 avril 2011, disponible sur : www.irinnews.org/PrintReport.aspx?ReportID=92446

10 Voir Thomas H. Johnson and Matthew C. DuPe, « Analysing the new Taliban Code of Conduct (Layeha): an assessment of changing perspectives and strategies of the Afghan Taliban », in *Central Asian Survey*, Vol. 31, No. 1, mars 2012, pp. 77-91 ; et Muhammad Munir, « The Layha for the Mujahideen: an analysis of the code of conduct for the Taliban fighters under Islamic law », in *International Review of the Red Cross*, Vol. 93, No. 881, mars 2011, pp. 81-120.

combattants de se faire passer pour des civils afin de commettre un attentat-suicide et de modifier leur apparence pour se fondre dans la population locale n'ont pas été modifiées entre la version du Code de 2009 et celle de 2010, alors même que d'autres dispositions ont été amendées et que de nombreuses clauses ont été ajoutées, apparemment pour permettre aux talibans d'être perçus plus favorablement par la population afghane (ainsi de la suppression, dans la version de 2010, de l'article approuvant les attaques contre les organisations d'assistance)¹¹. Les structures et les personnels de santé sont souvent les premiers à pâtir des conséquences du sentiment de frustration que suscite, à l'évidence, le combat contre un ennemi aussi insaisissable. Des postes de premiers secours et des dispensaires ont été perquisitionnés par des forces internationales et gouvernementales à la recherche de combattants de l'opposition blessés, et des membres du personnel ont été menacés de représailles au cas où ils refuseraient de signaler la présence de tels combattants à l'avenir. Dans certains cas, une violation en entraîne une autre : lorsque le personnel d'un hôpital dans la province de Baghlan, dans le nord du pays, s'est vu ordonner de ne pas soigner les combattants de l'opposition ou les membres de leur famille, ces derniers ont enlevé un médecin pour qu'il soigne leurs blessés.

La politique ouvertement affichée de la coalition, consistant à utiliser l'assistance « humanitaire » pour gagner les cœurs et les esprits des civils afghans et à étendre la légitimité du gouvernement de Hamid Karzai dans le pays, a compromis la neutralité de l'assistance (médicale ou d'une autre nature) et elle est devenue une cible de l'opposition. Plusieurs incidents survenus en 2009 et en 2010 — menaces à l'encontre des personnels de santé, pharmacies et dispensaires contraints de fermer leurs portes, avertissements à la population de ne pas utiliser telle ou telle structure de santé — semblaient directement destinés à contredire les affirmations de la coalition selon lesquelles la stabilité était revenue dans une zone donnée. En outre, les Afghans aperçus en train de collaborer avec les troupes étrangères ou avec le gouvernement étaient menacés ou « punis ». Même après une campagne militaire « réussie » visant à chasser les insurgés de Marjah, dans la province de Helmand, en février 2010, la sécurité des personnels de santé était loin d'être garantie. Les médecins locaux ont refusé d'aider les *marines* américains à rétablir les services de santé dans la zone, jugeant l'activité trop risquée. « Pour arriver jusqu'ici, j'ai été arrêté à trois reprises par les talibans, qui m'ont demandé où j'allais et si je travaillais pour les Américains. C'est trop dangereux », a déclaré un médecin¹². Un changement de tactique de l'opposition armée s'est toutefois produit vers le milieu de l'année 2010 : plutôt que de gêner ou de fermer les établissements de santé dans les régions tombées entre leurs mains, elle les a autorisés à fonctionner pour se gagner la loyauté et l'appui de la population locale.

11 Voir Thomas H. Johnson et Matthew C. DuPe, « Analysing the new Taliban Code of Conduct (Layeha): an assessment of changing perspectives and strategies of the Afghan Taliban », dans *Central Asian Survey*, Vol. 31, N° 1, mars 2012, pp. 77–91 ; Muhammad Munir, « The Layha for the Mujahideen: an analysis of the code of conduct for the Taliban fighters under Islamic law », dans *International Review of the Red Cross*, Vol. 93, No. 881, mars 2011, pp. 81–120.

12 Karim Talbi, « Uphill task for US Marines on Afghan healthcare », dans AFP, 24 mars 2010, disponible sur : www.afghanistannewscenter.com/news/2010/march/mar252010.html#23.

En RDC aussi, quelques cas de violence contre les soins de santé semblaient s'inscrire dans une stratégie plus vaste destinée soit à punir une population de son allégeance perçue à un groupe armé, ou à créer un « no man's land » inhabitable sur un territoire contesté. Ce deuxième cas de figure est particulièrement flagrant dans le Nord-Kivu, où des villages entiers ont été vidés de leurs habitants et incendiés — structures de santé y compris — dans les violences opposant les communautés Hunde et Hutu. On suppose aussi que la tentative d'assassinat du gynécologue de renommée mondiale, Denis Mukwege, à son domicile à Bukavu, en octobre 2012, n'était pas dénuée d'intentions politiques. Sa légitimité en tant que médecin soignant les victimes de graves actes de violence sexuelle donne un poids considérable à ses critiques de l'impunité régnant en RDC pour de tels crimes et, tant son personnel que lui-même, ont reçu des menaces liées directement à leurs activités. Quelques cas d'enlèvement d'agents de santé afin d'obtenir des soins pour des combattants rebelles se sont aussi produits en RDC.

Bien que ces faits se soient produits hors du cadre temporel analysé par l'étude sur le terrain, la RDC avait été le théâtre, à peine quelques années plus tôt, de l'une des pires manipulations de services de santé à des fins militaires jamais constatées. En octobre 2009, les forces gouvernementales ont attaqué sept sites de vaccination dans la région de Masisi, où les familles de combattants rebelles des Forces démocratiques de libération du Rwanda attendaient de recevoir des inoculations antirougeoleuses. Des membres de l'équipe de Médecins sans Frontières qui avaient organisé la campagne et obtenu des « garanties » de sécurité de toutes les parties ont eu le sentiment d'avoir servi d'appât¹³. Les conséquences immédiates ont été dévastatrices en soi, mais MSF s'est aussi interrogé sur l'impact à plus long terme de ce manquement à la parole donnée sur la capacité de l'organisation de mener à l'avenir des campagnes de vaccination vitales ainsi que d'autres programmes de santé.

Les preuves d'abus délibéré ou de destruction des structures de santé à des fins militaires ont été beaucoup plus difficiles à trouver en Somalie. Human Rights Watch (HRW) a affirmé que les dégâts causés à trois hôpitaux de Mogadiscio pendant l'occupation de la ville par les forces éthiopiennes en 2007 avaient été délibérément infligés, suggérant que les Éthiopiens soupçonnaient les établissements de soigner les insurgés¹⁴. Les trois hôpitaux furent gravement endommagés et pillés et l'un d'entre eux, Al-Arafat, est resté fermé des années durant. Cependant, les entretiens avec les anciens collaborateurs de l'établissement présents à l'époque suggèrent que les motifs animant les Éthiopiens n'étaient pas aussi clairs que le suggère HRW¹⁵. Selon eux, les officiers éthiopiens souhaitaient utiliser l'un au moins de ces établissements comme poste d'observation et ils auraient traité correctement le personnel ; le pillage de l'hôpital, ont-ils affirmé, serait dû à des soldats de rang inférieur. Le personnel a nié avoir eu connaissance d'accusations selon lesquelles les hôpitaux étaient aux

13 « RDC : une vaccination MSF sert d'appât lors d'une attaque inacceptable contre des civils », communiqué de presse de MSF du 6 novembre 2009, disponible sur : <http://www.msf.ch/news/communiqués-de-presse/detail/rdc-une-vaccination-msf-sert-dappat-lors-dune-attaque-inacceptable-contre-des-civils/>

14 Voir Human Rights Watch (HRW), *Shell-Shocked: Civilians under Siege in Mogadishu*, HRW, New York, août 2007, pp. 51–57.

15 Les entretiens avec le personnel des hôpitaux se sont déroulés à Mogadiscio en juin 2012.

ordres d'Al-Qaïda ou que des *graffiti* évoquant cette allégeance auraient été peints sur les murs, comme l'affirme HRW. Il n'en demeure pas moins que les troupes éthiopiennes sont responsables de ne pas avoir respecté ces établissements de santé comme elles étaient tenues de le faire en vertu du DIH, ni de les avoir protégés contre le pillage par autrui.

Absence de respect de la protection due aux soins de santé et aux patients

Le problème constaté le plus fréquemment dans les trois études de cas, dans le domaine sanitaire, était l'impossibilité, pour les blessés et les malades, de recevoir des soins lorsqu'ils en avaient besoin. Si chaque étude de cas a recensé des types d'entrave différents — sur lesquels nous reviendrons plus loin —, l'un d'entre eux était omniprésent : après un affrontement militaire, les combattants n'aidaient pas les civils blessés à recevoir une assistance médicale. Dans tous les cas, des efforts semblent avoir été entrepris, souvent à l'initiative d'un membre du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, pour évacuer les combattants blessés, leur dispenser les premiers secours et organiser leur transport vers un établissement médical, mais des soldats n'ont que rarement été vus en train d'accomplir des efforts similaires pour que les civils reçoivent des soins. C'est là, à n'en pas douter, l'obligation de droit international la plus négligée par toutes les forces combattantes dans ces trois situations.

Obstacles empêchant les patients d'atteindre les lieux de soins

Les combats violents qui ont secoué Mogadiscio, la capitale somalienne, en 2007, 2009 et 2010 ont causé certains des pires obstacles à l'accès aux soins constatés dans les études de cas. En mars 2007, les tirs d'obus et les combats de rue étaient si intenses que les habitants n'osaient pas s'aventurer hors de leur domicile et que nul ne relevait les blessés et les morts. Les cadavres se décomposaient dans les rues. En août 2010, des combats violents ont à nouveau éclaté dans divers quartiers de la ville, empêchant les habitants de quitter leur logis pendant huit jours d'affilée. Jusqu'à la fin de 2008, aucun service d'ambulances ne fonctionnait à Mogadiscio et la plupart des blessés parvenaient à l'hôpital en brouette, dans des charrettes tirées par des ânes ou à pied. Depuis 2009, quelques compagnies d'ambulances sont actives et ont aidé à sauver de nombreuses vies. La plupart, cependant, sont mal équipées et ni leurs chauffeurs, ni leur personnel n'ont reçu la moindre formation médicale¹⁶. En outre, le transport des blessés et des malades une fois la nuit tombée n'est pas sans danger ; les véhicules sont rares sur les routes après la fin du jour à cause du climat de crainte et de suspicion dû aux attaques des insurgés. Pour toutes ces raisons, il demeure très difficile de gagner un établissement de santé en cas de besoin, même dans la capitale, pourtant relativement animée.

16 « Life and death on the streets of Somalia », dans *Forgotten Diaries*, 28 août 2010, disponible sur : <http://forgottendiaries-ethiopia.blogspot.ch/2010/08/life-and-death-on-streets-of-somalia.html>

Dans les régions du sud et du centre de la Somalie, c'est le nombre limité d'établissements de santé ainsi que les contraintes qui pèsent sur leur approvisionnement en médicaments et en matériel qui constituent les principaux obstacles à une assistance rapide. Des vols de fournitures et de matériel médical se sont produits dans plusieurs complexes des Nations Unies en 2009, puis en 2011, lorsque tous les organismes des Nations Unies ont été expulsés des territoires tenus par Al-Shabab. Les cibles de ces actions, en 2009, comprenaient l'entrepôt central de l'UNICEF à Jowhar, qui contenait des fournitures destinées à plus de 100 dispensaires administrés par des communautés et des organismes d'assistance locaux. Le vol du matériel de la chaîne du froid a détruit des milliers de doses de vaccins, et des fournitures nutritionnelles coûteuses destinées à 40 000 enfants malnutris dans 200 centres thérapeutiques et 80 centres d'alimentation complémentaire ont aussi disparu¹⁷. Nul ne sait exactement combien de personnes sont dépourvues d'accès aux soins de santé aujourd'hui dans le sud et le centre du pays, ni quelles sont les conséquences de cet état de fait en termes de mortalité et de morbidité. Plusieurs cas de poliomyélite causés par le poliovirus sauvage ont été détectés récemment en Somalie¹⁸, ce qui fait craindre que le virus ne se diffuse au sein de cette population d'enfants non vaccinés, anéantissant les avancées réalisées vers l'éradication de la maladie dans le monde.

Le pillage des établissements de santé et des véhicules qui les approvisionnent est aussi une cause importante d'insuffisance des services de santé dans l'est de la RDC. Plus de la moitié de tous les actes de pillage seraient le fait de soldats gouvernementaux des Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC) ; les autres auraient été commis par des acteurs armés ne relevant pas des autorités de l'État, associés à un groupe armé ou simples bandits. Ces actes de pillage — qui ne visent pas uniquement les centres de santé, mais touchent aussi les magasins, les églises et les habitations privées — sont un symptôme de problèmes structurels plus vastes dans la RDC, liés à la faiblesse de l'État. Les membres des forces armées ne reçoivent pas de salaire régulier et de ce fait cherchent d'autres moyens de subvenir à leurs besoins, comme l'exploitation illégale de minerais, le commerce d'espèces menacées ou d'autres sortes de contrebande. À l'instar des membres de groupes armés non étatiques, ils exploitent les populations locales, en s'emparant par la force de ce dont ils ont besoin. Les centres de santé, avec leurs médicaments, leur matériel et leur argent liquide, sont des cibles faciles, et le fruit du pillage est prélevé à titre de « butin de guerre ». Les cas de pillage ont tendance à augmenter quand les tensions redoublent, lorsque les troupes se déplacent d'une région à l'autre. Le nombre d'incidents s'est accru à partir de mai 2012, après le début des attaques du groupe rebelle M23 contre des positions tenues par le gouvernement dans le Nord-Kivu, lorsque des renforts des FARDC sont arrivés en provenance du sud. D'autres groupes armés en ont profité pour occuper les territoires ainsi libérés, en se livrant parfois au pillage en chemin. Le retrait des FARDC de Goma s'est aussi

17 « Hostilities against aid work in Jowhar put lives of Somali children and women at risk », communiqué de presse de l'UNICEF, Nairobi, 17 juin 2009, disponible sur : www.unicef.org/media/media_50020.html

18 « Polio outbreak spreads in Somalia », Polio Global Eradication Initiative, 30 mai 2013, disponible sur : www.polioeradication.org/tabid/488/iid/305/Default.aspx

accompagné de graves incidents — pillage et viols —, en particulier dans la ville de Minova¹⁹, sise au bord d'un lac, même si l'hôpital de la ville, soutenu par MSF, a fort heureusement été épargné.

En Afghanistan, les principaux obstacles empêchant de gagner des établissements de soins étaient directement liés à l'insécurité, à divers titres. Premièrement, l'absence de garanties de sécurité fiables dans les régions périphériques empêche le personnel de santé du gouvernement et de nombreuses organisations internationales de secours d'y assurer des services de santé. Les blessés et les malades sont contraints de parcourir de longues distances pour recevoir les soins dont ils ont besoin. Deuxièmement, les engins explosifs improvisés posés le long des routes empêchent les patients et les agents de santé de circuler en sécurité²⁰, même dans les zones dotées de services de santé idoines. Enfin, les procédures des postes de contrôle et les fermetures de routes entravent gravement l'assistance médicale rapide aux blessés et aux malades. Les longues fouilles des véhicules aux postes de contrôle créent de longues files d'attente et il faut souvent attendre plusieurs heures pour les franchir. En 2009-2010, aucun système n'était en place pour traiter rapidement les urgences médicales, et contourner la file d'attente n'était pas sans danger : en 2009, plusieurs civils ont été abattus alors qu'ils tentaient de dépasser une file de véhicules immobilisés. Les barrages routiers durant les opérations de sécurité empêchent aussi les blessés d'être soignés à temps. Le 3 février 2010, une fillette blessée dans une explosion à Chahar Dara, dans la province de Kunduz, est décédée peu après son arrivée à l'hôpital, après avoir été transportée à dos d'homme durant une heure parce que la route était barrée.

Dernier motif de préoccupation, en Afghanistan comme en RDC : l'arrestation de patients blessés et malades (ex-combattants réels ou supposés), extraits d'établissements de santé contre l'avis du personnel soignant. Le fait d'être hors de combat ne confère pas d'immunité contre l'arrestation et les poursuites, mais l'autorité détentrice est tenue par la loi d'assurer la continuité des soins de santé pour les personnes qu'elle détient : or, ce devoir n'est pas toujours respecté. En RDC, plusieurs blessés ont été ainsi évacués d'un établissement médical, l'un d'entre eux alors qu'il était encore sous perfusion intraveineuse d'antibiotiques après une opération. Les renseignements recueillis par la suite laissent à penser qu'il n'a pas reçu les soins exigés par son état. En Afghanistan, les forces de sécurité doivent assurer un équilibre délicat pour garantir la sécurité des villes dans lesquelles arrivent des hommes blessés tout en respectant leur droit d'être soignés rapidement. La tendance de l'opposition à recourir au déguisement exacerbe les soupçons des forces de sécurité et les blessés doivent parfois subir de longs interrogatoires avant d'être pris en charge médicalement.

19 Voir Pete Jones, « Congo's army accused of rape and looting as M23 rebels win image war », dans *The Guardian*, 26 novembre 2012, disponible sur : www.guardian.co.uk/world/2012/nov/26/drc-army-accused-rape-mur-der-congo.

20 « Afghanistan: mines prevent resumption of normal life in Marjah », communiqué de presse du CICR n° 10/34, publié en anglais le 5 mars 2010, disponible sur : www.icrc.org/eng/resources/documents/news-release/2010/afghanistan-news-050310.htm.

Les violences contre les personnels de santé

Dans les trois pays étudiés, des agents de santé ont été menacés ou attaqués pour avoir fait leur travail ou pour avoir soigné tous les combattants blessés et malades ayant besoin d'assistance, sans discrimination fondée sur le camp auquel ils appartenaient. En RDC et en Afghanistan, des agents de santé ont aussi été enlevés par des combattants de l'opposition qui voulaient que leurs blessés soient soignés. Cependant, la grande majorité des incidents violents touchant des agents de santé étaient dus plutôt à leur proximité des combats ou à leur exposition au banditisme de par leur emploi, plutôt qu'au fait d'être pris pour cible en raison des fonctions qu'ils assumaient. Les personnes les plus exposées aux balles perdues et aux soupçons sont, dans toutes les situations, les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, souvent contraints d'être proches du théâtre des affrontements pour évacuer les blessés, pour administrer les premiers secours ou pour identifier et enterrer les morts. En RDC et en Afghanistan, ces volontaires ont souvent été l'objet de menaces dues à la suspicion ou à leur action, malgré le port de dossards indiquant clairement qu'ils étaient affiliés au Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les employés du Croissant-Rouge de Somalie, bien qu'ils aient moins été actifs dans des opérations de premiers secours, sont aussi bien conscients des risques inhérents à leur travail. Dans certaines zones, les dispensaires qu'ils administrent limitent l'offre de soins préhospitaliers et de transfert médicaux aux malades ou blessés se trouvant dans un état critique, par crainte des conséquences que pourrait entraîner, pour le personnel, l'échec des efforts entrepris pour sauver la vie d'un patient.

Les meurtres et les enlèvements de collaborateurs des organismes d'assistance, y compris les agents de santé, ont entraîné de graves conséquences pour le secteur de la santé en Afghanistan et en Somalie, ainsi qu'en RDC dans une moindre mesure. En Afghanistan et en Somalie, les personnels de santé nationaux ont failli être tués parce qu'ils travaillaient avec des « infidèles étrangers », ou enlevés pour exiger une rançon de leur famille ou de leur organisation. Ils sont nombreux à avoir démissionné après des incidents violents qui les visaient, eux-mêmes ou leurs collègues, laissant des postes vacants dans les services de santé. Certains incidents, comme l'attentat-suicide perpétré lors de la cérémonie de remise de diplômes à l'Université Benadir à Mogadiscio en décembre 2009, ont entraîné des conséquences durables et graves. Le fondateur de la faculté de médecine, le docteur Shahid, ainsi que plusieurs enseignants, ont péri dans l'explosion à l'hôtel Shomo et, à la suite de ce drame, six des médecins nouvellement diplômés sont partis à l'étranger, dont trois après avoir reçu des soins intensifs²¹. Ces médecins et étudiants n'étaient pas la cible de l'attaque : celle-ci visait les quatre ministres du gouvernement présents à la prestigieuse cérémonie de remise de diplômes qui n'était que la seconde organisée au cours des vingt dernières années. Les quatre ministres perdirent la vie dans cette attaque, mais les répercussions de cet attentat ont été considérables puisque la Somalie a toujours du mal, à ce jour, à former et à conserver des personnels de santé. En 2011,

21 Entretien avec Mohammed Nur, vice-recteur de l'Université Benadir, Mogadiscio, 12 juin 2012.

on comptait plus de 40 médecins somaliens en poste à Nairobi, trop préoccupés par leur sécurité et celle de leur famille pour revenir travailler dans leur pays²².

L'enlèvement et le meurtre d'agents de santé expatriés exercent aussi des effets secondaires considérables car les organisations internationales d'assistance réduisent leur activité ou mettent tout simplement un terme à leurs programmes après un violent incident. Ainsi, l'assassinat en janvier 2008 de trois employés de MSF dans la ville côtière somalienne de Kismayo a provoqué le retrait de 87 collaborateurs expatriés de MSF de 14 projets dans tout le pays. De la même manière, le meurtre de deux collaborateurs de MSF à Mogadiscio en décembre 2011 a entraîné la fermeture de tous les projets de santé administrés par la section belge de MSF. L'enlèvement de deux employées espagnoles de MSF dans le camp de réfugiés de Dadaab (Kenya) en octobre 2011 suivi de leur transfert en Somalie ont causé l'arrêt de tous les programmes médicaux autres que les activités d'urgence, dans tout le pays, jusqu'à la libération des deux femmes. Il n'est pas possible de quantifier les conséquences de ces répercussions de la violence contre les soins de santé, mais il est hors de doute qu'elles privent des dizaines de milliers de Somaliens d'une assistance médicale de qualité.

Dernier problème constaté dans toutes les études, en particulier en RDC et en Afghanistan : la présence de personnes armées ou en uniforme à l'intérieur des établissements médicaux. Non seulement cette présence compromet l'image de neutralité des établissements de santé, mais encore elle représente une menace pour les personnels et pour les patients. En RDC, de nombreuses personnes se sont plaintes du fait que la présence de soldats en uniforme dans les hôpitaux, pour faire office de « garde-malade » de collègues malades ou blessés, était une source de traumatisme psychologique et de stress supplémentaire pour les victimes de viol qui se trouvaient hospitalisées, les viols ayant très souvent été commis par des hommes en uniforme.

Les activités du CICR destinées à protéger les soins de santé

Les études sur le terrain ont permis de constater que par ses activités médicales et de protection, le CICR répondait déjà à quelques-unes des principales préoccupations soulevées par les recherches : les difficultés éprouvées par les blessés et les malades pour accéder aux soins et les violences commises contre les établissements et les personnels de santé. Le CICR intègre dans ses projets de santé des mesures visant à protéger les personnels, les établissements, les moyens de transport sanitaires ainsi que les patients. Ces mesures vont de la protection matérielle — comme la pose de film sur les vitres des hôpitaux afin d'éviter qu'une explosion causée par une bombe ne transforme le verre en projectiles mortels ou la création de zones sécurisées dans les centres de santé pour le personnel et les patients — à la négociation du passage en toute sécurité des ambulances aux postes de contrôle ou à la discussion des attaques contre les centres de santé avec les dirigeants des groupes armés qui en

22 M. Arte, « Exodus of medical professionals from Somalia », dans *Somalia Report*, 5 novembre 2011, disponible sur : www.somaliareport.com/index.php/post/715/Exodus_of_Medical_Professionals_from_Somalia.

sont les auteurs. Pour le CICR, le respect le plus strict des principes de neutralité et d'impartialité est vital, non seulement afin de préserver sa capacité de franchir les lignes pour sauver les combattants et les civils blessés, mais aussi pour sauvegarder sa crédibilité lorsqu'il évoque les violations du DIH avec l'ensemble des parties à un conflit dans l'espoir de faire cesser les abus.

Les avantages de cette démarche intégrée ressortent clairement des activités du CICR dans les Kivu en RDC. En 2012, le CICR a évacué 370 combattants et civils gravement blessés à partir de zones de conflit et les a transférés dans les hôpitaux généraux de référence de Goma et de Bukavu, qu'il soutenait tant sur le plan financier que grâce à des équipes chirurgicales apportant leurs compétences et dispensant une formation. Les évacuations ont été réalisées par avion, par hélicoptère et par la route, mais aussi à pied, dans les régions isolées, avec l'aide de volontaires de la Croix-Rouge congolaise. L'une de ces évacuations a occupé 35 volontaires pendant plusieurs jours, car il s'agissait de transporter les blessés sur des brancards à travers un terrain très accidenté. Malgré l'extrême violence des combats dans l'est de la RDC et en dépit de violations fréquentes du DIH, une seule de ces évacuations s'est heurtée à un problème de sécurité. Un convoi de camions du CICR transportant 34 combattants blessés a été immobilisé et menacé alors qu'il traversait un territoire aux mains d'une partie adverse. Cependant, comme tous les groupes armés avaient été informés de ces déplacements par le CICR — qui avait reçu des assurances quant au fait que le convoi serait respecté — le « malentendu » fut rapidement dissipé avec l'arrivée d'un soldat de rang plus élevé. Le respect de la neutralité de l'hôpital soutenu par le CICR à Goma saute aux yeux en parcourant les divers départements : on peut y voir des hommes alités, la jambe en traction, soignés pour des blessures par arme à feu, avec pour voisin de chambre leurs ennemis mortels. Les combattants comprennent que les allégeances de groupe restent à la porte de l'établissement et que les patients doivent rester hors de combat jusqu'à leur sortie.

Les contraintes de sécurité en Afghanistan et en Somalie ne permettent pas au CICR, ni aux Sociétés du Croissant-Rouge, de mener des évacuations à partir des zones de combat comme en RDC. C'est pourquoi, en Afghanistan, le CICR demande aux chauffeurs de taxi qui sont en mesure de parcourir ces régions dans une relative sécurité de le faire et les dédommage des frais encourus, selon des critères strictement définis. En Somalie, le CICR a déployé des équipes chirurgicales dans divers hôpitaux dans le pays lorsqu'ils sont submergés par un afflux de blessés, pour opérer les blessés quel que soit le camp pour lequel ils combattaient. L'hôpital de Keysaney, à Mogadiscio, qui est soutenu par le CICR mais administré par le Croissant-Rouge de Somalie, a vu le quartier où il se trouve changer de camp à maintes reprises au cours des vingt dernières années, mais, abstraction faite de quelques dégâts causés par des balles perdues et des obus de mortier, il a été épargné par la destruction qui frappe une grande partie de la ville. Le personnel affirme avec force que l'hôpital a été protégé parce que chacun sait qu'il pourrait un jour en avoir besoin et y recevoir des soins, quel que soit le clan auquel il appartient. L'application constante de ce principe d'impartialité a été la clé de la survie de l'établissement.

La formation des combattants aux premiers secours est une autre manière, pour le CICR, de chercher à limiter le coût humain des conflits, et ce programme

— proposé à toutes les parties — offre aussi une excellente occasion pour évoquer l'importance des soins de santé et la nécessité de les respecter et de les protéger. En Afghanistan, cette formation est dispensée aux talibans et à d'autres combattants de l'opposition, ainsi qu'aux instances gouvernementales chargées de la sécurité et à la police. Le CICR peut adapter ses messages pour traiter les problèmes spécifiques que connaissent les divers groupes. C'est pourquoi les forces gouvernementales ont été encouragées à respecter la déontologie médicale, qui garantit le respect de la confidentialité des informations concernant les patients et qui donne la priorité aux soins médicaux par rapport à l'interrogatoire des suspects blessés, tandis que les combattants de l'opposition étaient encouragés à respecter l'emblème protecteur de la Croix-Rouge ainsi que les structures et les personnels de santé. Ces contacts avec des combattants du rang, qui permettent de leur parler du droit et de recueillir leur avis, viennent compléter les interventions à caractère plus officiel visant les échelons supérieurs des groupes armés et des forces militaires, organisées après les actes de violence contre les soins de santé. Ces rapports oraux et écrits sur des incidents ont eu beaucoup de succès en Afghanistan, en suscitant par exemple des modifications dans les règles d'engagement de l'armée des États-Unis à l'intérieur des établissements de santé.

Ainsi, la large palette d'activités du CICR dans le domaine de la santé, associée à son action de protection, forme une assise idéale à partir de laquelle on peut examiner d'autres moyens de réduire les violences contre les soins de santé. La collecte systématique de données initiée par le projet « Les soins de santé en danger » aide les délégations à mieux comprendre le type et la fréquence des actes de violence contre les soins de santé et à adapter en conséquence leurs programmes opérationnels ainsi que le contenu de leurs discussions avec les parties belligérantes. En outre, la participation au processus de l'ensemble des partenaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a facilité le partage d'informations et de pratiques optimales à travers des dizaines de situations nationales différentes.

Conclusion et orientations futures

La portée et le nombre d'incidents violents perpétrés contre les soins de santé dans les trois études de cas sont, à l'évidence, préoccupants. On peut parler, dans le meilleur des cas, d'un large manque de respect du droit aux soins de santé et du statut protégé des établissements de santé, du personnel et des moyens de transport sanitaires. Dans le pire des cas, les soins de santé ont été manipulés, attaqués ou interdits afin de nuire aux personnes jugées ennemies. En outre, toute attaque violente contre des établissements, des personnels ou des moyens de transport sanitaires, a des répercussions plus larges, dépassant les objets visés : la suspension ou la fermeture de services de santé pour des motifs de sécurité a, sans aucun doute, fait sentir ses effets sur des millions de personnes.

Aucune organisation internationale n'ayant jamais jusqu'ici rassemblé des données sur la violence contre les soins de santé²³, il est impossible de juger si la situation a empiré par rapport aux décennies précédentes. Les conflits du passé ont eu leur lot d'attaques atroces contre des établissements et des personnels de santé et contre des patients : plus de 200 corps ont ainsi été découverts dans une fosse commune après l'évacuation de l'hôpital de Vukovar (Croatie) en 1991²⁴ ; durant le génocide au Rwanda en 1994, des Tutsis blessés ont été extraits des ambulances qui les transportaient et exécutés aux postes de contrôle²⁵ ; le bombardement de l'unique hôpital en état de fonctionner dans le nord de Sri Lanka pendant le conflit, en février 2009²⁶, a blessé ou tué un grand nombre des 500 personnes qui y étaient soignées ; et un mois plus tôt, des secouristes avaient été empêchés de se porter au secours des personnes blessées et mourantes dans les maisons détruites dans la ville de Gaza²⁷.

Une chose est sûre cependant : l'instrumentalisation des secours dans la « guerre contre le terrorisme » a jeté le soupçon sur les motifs et les intentions des organisations d'assistance en Afghanistan et ailleurs, y compris en Somalie. Cette suspicion a été exacerbée, en ce qui concerne les prestataires de soins de santé, par le rôle joué par un médecin dans la localisation du dirigeant d'Al-Qaïda, Oussama ben Laden, dans sa cachette à Abbottabad (Pakistan) en 2011 grâce à la collecte d'échantillons d'ADN réalisée sous couvert d'une fausse campagne de vaccination. Il est indubitable que depuis cet épisode, le nombre d'attaques contre des équipes de vaccination a augmenté, notamment au Pakistan. Pour ne rien arranger, les responsables américains qui ont soutenu ce détournement de services médicaux ne manifestent aucun remords. L'un d'entre eux a ainsi déclaré au *Guardian* :

La campagne de vaccination faisait partie de la chasse au terroriste le plus recherché dans le monde, un point c'est tout. Si les États-Unis n'avaient pas fait preuve de ce type d'inventivité, tout le monde se demanderait pourquoi ils n'ont pas utilisé toute la panoplie d'outils à leur disposition pour dénicher ben Laden²⁸.

C'est ce type de mentalité qui représentera le plus gros obstacle à l'amélioration de la sécurité des soins de santé dans les conflits partout dans le monde. Une fois que l'acte de dispenser des soins de santé perd ainsi sa neutralité ou son

23 Voir Leonard Rubenstein et Melanie Bittle, « Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict », dans *The Lancet*, Vol. 375, janvier 2010, pp. 329–340.

24 Voir Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, affaire *Mkršić et consorts* (« Hôpital de Vukovar »), IT-95-13/1), ainsi que les affaires *Ovčara* devant la chambre des crimes de guerre du tribunal de district de Belgrade.

25 « Rwanda 1994 : La vraie vie est absente », conférence donnée au Musée international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à Genève le 18 octobre 2009 par Philippe Gaillard, chef de la délégation du CICR au Rwanda pendant le génocide, disponible sur : <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5xdjps.htm>

26 « Patients killed in cluster bomb attack on Sri Lanka hospital », dans *The Guardian*, 4 février 2009, disponible sur : www.guardian.co.uk/weather/2009/feb/04/srilanka-terrorism

27 « Gaza : l'armée israélienne n'assistant pas les blessés palestiniens, le CICR demande d'urgence l'accès à ces derniers », communiqué de presse 09/04, 8 janvier 2009, <http://www.icrc.org/fre/resources/documents/news-release/2009-and-earlier/palestine-news-080109.htm>

28 Traduction CICR. Saeed Shah, « CIA's fake vaccination fake vaccination programme criticised by Médecins Sans Frontières », dans *The Guardian*, 14 juillet 2011, disponible sur : www.guardian.co.uk/world/2011/jul/14/cia-fake-vaccinationmedecins-frontieres

impartialité en instaurant une discrimination entre des personnes qui peuvent être soignées et d'autres qui ne peuvent pas l'être, son statut protégé est compromis et il est vulnérable aux attaques.

Les épisodes de violence qui se répètent partout dans le monde montrent qu'il faut redoubler d'activité pour renforcer le respect des lois protégeant les soins de santé et les patients. En premier lieu, il est essentiel que les organismes de santé, le personnel des ministères de la Santé, ainsi que les prestataires de soins de santé privés, soient beaucoup mieux informés de la protection conférée par le droit international aux soins de santé et des responsabilités correspondantes des personnels de santé de défendre la déontologie des soins de santé. Les personnels et les organismes de santé doivent, de manière concertée, traiter le problème de la violence et mettre en place davantage de mécanismes afin de la prévenir. Il était frappant de constater à quel point rares étaient les centres de santé et les hôpitaux en RDC, par exemple, qui s'étaient dotés de règles afin d'empêcher que des armes ne pénètrent dans l'établissement. Lorsque l'idée a été proposée, elle a immédiatement été bien accueillie par les personnels de santé. De telles procédures doivent devenir la norme dans les établissements de santé et dans les véhicules sanitaires dans le pays, afin de soulever moins d'objections avec le temps.

Deuxièmement, la communauté des soins de santé doit se rallier aux initiatives de communication destinées à sensibiliser la population aux conséquences des actes de violence visant les soins de santé. L'un des messages dissuasifs pourrait consister à affirmer clairement que ces actes peuvent constituer des crimes de guerre et peuvent entraîner de graves sanctions pour leurs auteurs. Ce message doit peut-être, cependant, être dissocié des organisations d'assistance actives sur le terrain, afin de ne pas faire naître le soupçon que les preuves de tels actes seront transmises à la Cour pénale internationale (crainte qui a déjà conduit à des menaces contre les personnels de santé en RDC et à des expulsions des organisations d'aide du Soudan). Ce message pourrait être complété par un deuxième message qui, dans un esprit plus persuasif, en appellerait à la réciprocité : respectez les services de santé de vos ennemis et ils respecteront plus probablement les vôtres. Des feuilletons radiophoniques et d'autres vecteurs de communication populaires pourraient être utilisés pour faire passer des messages destinés à permettre aux agents de santé locaux de remplir sans entrave leurs fonctions d'aide aux blessés et aux malades.

Troisièmement, il serait souhaitable qu'une organisation internationale prenne la responsabilité de surveiller plus systématiquement les actes de violence contre les soins de santé. Les organisations de protection de la santé, nationales ou internationales, devraient être plus fortement encouragées à signaler ces incidents afin que les problèmes soient mieux compris et mieux combattus. Il importe aussi de mieux préciser quels types d'incidents doivent être signalés, afin de réduire la part de la subjectivité dans ce domaine.

Quatrièmement, les organismes d'assistance doivent réfléchir aux conséquences que peuvent avoir leurs actes et leurs déclarations sur la perception de leur neutralité dans des contextes de conflit. Ainsi, dans une déclaration récente, un haut responsable de l'Organisation mondiale de la Santé a lié les progrès de la vaccination à la défaite subie par les forces d'Al-Shabab aux mains de l'Union africaine, affirmant que « dès qu'Al-Shabab est évincé, les organisations de santé se précipitent et vaccinent les enfants²⁹ ». Ce type de commentaire ne favorisera guère les efforts de renforcement de la vaccination antipoliomyélitique dans les régions tenues par Al-Shabab dans le contexte de la récente flambée de poliomyélite. Un grand nombre d'autres organismes d'aide ne souscrivent que de manière purement formelle aux positions humanitaires qu'elles doivent manifester pour pouvoir opérer en toute sécurité dans les zones de conflit et de nombreux incidents se produisent à cause des lacunes de communication et du degré insuffisant d'acceptation par la population locale. Étant donné les répercussions de grande ampleur que peut entraîner un seul incident violent contre un organisme d'aide, il est de la responsabilité de tous de faire en sorte que ces organismes soient mieux acceptés dans les contextes où ils opèrent.

Enfin et surtout, les organisations humanitaires doivent parler d'une seule voix pour s'opposer, dans les discussions bilatérales comme dans leurs prises de position publiques, à toute initiative politique qui sape la neutralité des soins de santé. Tout comme le fait d'employer une ambulance pour mener un attentat-suicide suscite la défiance à l'égard de toutes les ambulances, au détriment des personnes qui doivent être rapidement transférées dans un hôpital, la participation d'un seul médecin à un acte d'espionnage suscite la défiance à l'égard des professionnels de la santé, au détriment de tous. Plus les soins de santé sont détournés de leur but et plus ils focaliseront la violence. Il est dans l'intérêt de toute la communauté des soins de santé — et, plus largement, de la communauté humanitaire — de se soutenir et de lutter pour le respect de la déontologie médicale et des lois qui protègent les soins de santé.

29 « Somalia launching new five-in-one child vaccines », dans AP, 25 avril 2013. Cet article a été repris par des journaux du monde entier, y compris des organes somaliens comme *Hiiraan Online* : « New push against polio and new vaccines in Somalia », dans *Hiiraan Online*, 26 avril 2013, disponible sur : www.hiiraan.com/news4/2013/Apr/29046/new_push_against_polio_and_new_vaccines_in_somalia.aspx.

Le cadre juridique applicable à l'insécurité et à la violence touchant les soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence

Alexander Breitegger*

Alexander Breitegger est conseiller juridique au sein de la Division juridique du Comité international de la Croix-Rouge.

Résumé

Respecter et protéger les blessés et les malades, leur prodiguer des soins, telle est l'idée qui a donné naissance au Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, et au développement du droit international humanitaire. Le problème qui se pose dans les conflits armés contemporains et autres situations d'urgence, ne réside pas tant dans l'absence de règles internationales que dans la mise en œuvre du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme qui forment le cadre complémentaire qui régit cette question. Sur fond de diverses manifestations de violence observées par le CICR sur le terrain et de consultations d'experts organisées dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger », l'article présente les points communs entre ces deux régimes juridiques, notamment : l'obligation de fournir et de faciliter l'accès à des soins de santé dispensés en toute impartialité ; les interdictions d'attaquer les blessés et malades, et les prestataires de soins de santé ; les interdictions

* Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les vues du Comité international de la Croix-Rouge. L'auteur souhaite remercier Knut Doermann, Jean-François Quéguiner, Bruno Demeyere et Tristan Ferraro pour les commentaires utiles qu'ils ont apportés à des versions antérieures de cet article.

d’entraver arbitrairement l’accès aux soins de santé ; les interdictions de harceler le personnel de santé, en violation de l’éthique médicale ; ou les obligations positives d’assurer des secours médicaux essentiels et une infrastructure de santé et de protéger les prestataires de soins contre les ingérences violentes par d’autres. Enfin, l’article examine les domaines dans lesquels la mise en œuvre du droit international humanitaire et du droit international des droits de l’homme existants s’impose, notamment dans les cadres normatifs, la doctrine et la pratique militaires à l’échelon national, ainsi que la formation du personnel de santé à ces cadres juridiques internationaux et à l’éthique médicale.

Mots clés : cadre juridique, prestation de soins de santé, droit international humanitaire, droit international des droits de l’homme.

.....

L’accès à des services médicaux adéquats, ainsi que le respect et la protection des blessés et des malades, des personnels, des unités et des transports sanitaires dans les conflits armés ont été au cœur des préoccupations qui ont donné naissance au Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (ci-après « le Mouvement »), il y a 150 ans. Ces préoccupations ont joué un rôle clé dans le développement du droit international humanitaire¹, y compris les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977, qui contiennent un ensemble détaillé de règles à cet égard².

Aujourd’hui, la réalité opérationnelle des conflits armés et autres situations d’urgence telles que des troubles intérieurs et tensions internes montre que ces préoccupations sont plus que jamais d’actualité car l’insécurité et la violence liée aux conflits armés ou autres situations d’urgence ont un impact majeur sur la fourniture de soins de santé et l’accès à ces soins. Par exemple, les autorités ou forces armées et

- 1 Voir, par exemple, Convention de Genève pour l’amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, 22 août 1864, arts. 6–8, 10, 11, 13 ; Convention (II) de Genève pour l’amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer, 29 juillet 1899, art. 21 ; Convention (III) pour l’adaptation à la guerre maritime des principes de la Convention de Genève du 22 août 1864, 29 juillet 1899, art. 1-4, 6-8 ; Convention pour l’amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne, 6 juillet 1906 ; art. 1, 3, 5–9, 14, 15, 17 ; Convention (IV) concernant les lois et coutumes de la guerre sur terre et son Annexe : Règlement concernant les lois et coutumes de la guerre sur terre. La Haye, 18 octobre 1907, art. 21 ; Convention pour l’amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne. Genève, 27 juillet 1929, art. 1, 3, 5–9, 14, 15, 17 ;
- 2 Les références aux quatre Conventions de Genève et leurs trois Protocoles additionnels sont abrégées comme suit : CG I, II, III et IV ; PA I, II et III. Voir CG I, art. 12, 15, 18, 19, 21, 22–27, 35, 36 ; CG II, art. 12, 18, 21–40 ; CG IV, art. 14–22 ; CG I–IV, art. 3 ; PA I, art. 8, 10, 12, 13, 15–17, 21–28 ; PA II, art. 2, 7–11, 18. Les dispositions conventionnelles liées aux soins de santé reflètent largement le droit international coutumier, comme l’indiquent les règles ci-après de l’étude du CICR sur le droit international humanitaire coutumier [ci-après « étude sur le droit coutumier »] : Règle 25 – Personnel sanitaire ; règle 26 – Activités de caractère médical ; règle 28 – Unités sanitaires ; règle 29 – Moyens de transport sanitaire ; règle 35 – Les zones sanitaires et de sécurité ; règle 109 – L’obligation de rechercher, de recueillir et d’évacuer les blessés, les malades et les naufragés ; règle 110 – Soins aux blessés, malades et naufragés ; règle 111 – La protection des blessés, des malades et des naufragés contre les mauvais traitements et le pillage.

de sécurité peuvent empêcher ou refuser l'accès aux blessés et aux malades³ entravant ou retardant délibérément le passage des transports sanitaires⁴ aux postes de contrôle ou imposer des restrictions administratives générales sur le travail des organisations humanitaires ; les structures médicales⁵ ou les blessés et les malades peuvent être soumis à des attaques directes ou sans discrimination ; les membres des forces armées peuvent entrer de force dans les hôpitaux dans le but d'interroger les patients, ce qui peut perturber le traitement médical ; le personnel de santé peut faire l'objet de menaces par des membres des forces armées ou des groupes armés non étatiques, les inhibant dans leur travail ; ou le personnel de santé⁶ peut refuser de dispenser des soins aux blessés et malades à cause de leur affiliation politique.

- 3 La catégorie « blessés et malades » ne se limite pas aux blessés et malades au sens strict de ces termes, mais couvre également, par exemple les cas de maternité. Le terme est utilisé dans le présent document conformément à la définition du droit international humanitaire [ci-après également « droit humanitaire »], à savoir l'art. 8 a) du PA I : les termes « blessés » et « malades » s'entendent des personnes, militaires ou civiles, qui, en raison d'un traumatisme, d'une maladie ou d'autres troubles physiques ou mentaux, ont besoin de soins médicaux et qui s'abstiennent de tout acte d'hostilité. Ces termes visent aussi les femmes en couches, les nouveau-nés et les autres personnes qui pourraient avoir besoin de soins médicaux immédiats, telles que les infirmes et les femmes enceintes, et qui s'abstiennent de tout acte d'hostilité. Cette définition est conforme à l'interprétation large des diverses dimensions du droit à la santé, interprété par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels [ci-après « CDECS »] dans son Observation générale de 2000 sur le droit à la santé. C'est pourquoi, la même terminologie de 'blessés et malades' expressément utilisée uniquement au titre du droit humanitaire est également considérée comme appropriée pour les personnes nécessitant des soins de santé en vertu du droit international des droits de l'homme [ci-après également « droit de droits de l'homme »].
- 4 *Les transports sanitaires* sont généralement interprétés dans le présent document dans un sens plus large que la définition technique du droit des droits de l'homme figurant à l'art. 8 g) du PA I (qui requiert une affectation exclusive au transport sanitaire et le placement sous la direction d'une autorité compétente d'une Partie au conflit) et englobe aussi, par exemple, les voitures particulières utilisées pour le transport des blessés et des malades à une installation de santé. Toutefois, lorsque la situation juridique des « transports sanitaires » est analysée spécifiquement en vertu du droit humanitaire, la portée de la notion est limitée à celle prévue par le droit humanitaire.
- 5 *Les unités sanitaires* sont définies à l'art. 8 e) du PA I. L'expression s'entend des établissements et autres formations, militaires ou civils, organisés à des fins sanitaires, à savoir la recherche, l'évacuation, le transport, le diagnostic ou le traitement – y compris les premiers secours – des blessés, des malades et des naufragés, ainsi que la prévention des maladies. Elle couvre entre autres les hôpitaux et autres unités similaires, les centres de transfusion sanguine, les centres et instituts de médecine préventive et les centres d'approvisionnement sanitaire, ainsi que les dépôts de matériel sanitaire et de produits pharmaceutiques de ces unités. Les unités sanitaires peuvent être fixes ou mobiles, permanentes ou temporaires. L'expression *structures médicales* est plus large en ce sens qu'elle couvre les différentes installations mentionnées à l'art. 8 e) du PA I, mais ne requiert pas une affectation exclusive à des fins médicales par une Partie au conflit.
- 6 L'expression *personnel de santé*, est comprise dans le présent document dans le sens le plus large possible et couvre toutes les personnes engagées dans les soins aux blessés et aux malades, comme les infirmières, les médecins, les secouristes et ambulanciers. Elle est plus large que le terme juridique technique comme décrit 'personnel sanitaire' à l'art. 8 c) du PA I, qui est défini comme « les personnes exclusivement affectées par une Partie au conflit, soit aux fins sanitaires énumérées à l'alinéa e), soit à l'administration d'unités sanitaires, soit encore au fonctionnement ou à l'administration de moyens de transport sanitaire. Ces affectations peuvent être permanentes ou temporaires. » L'expression *personnel de santé*, sera utilisée dans le sens de l'art. 8 c) du PA I. Il convient de souligner qu'en vertu du droit humanitaire les personnes qui ne sont pas précisément affectées à des fonctions médicales par une Partie à un conflit ne bénéficient pas de la protection spécifique accordée au personnel de santé, mais – s'il s'agit de civils – ils sont généralement protégés en leur qualité de civils. Par ailleurs, toute personne qui exerce une activité de caractère médical conforme à la déontologie figurant à l'art. 16 du PA I et art. 10 du PA II bénéficie d'une plus grande protection.

Il est important de relever que les conséquences liées à l'insécurité et à la violence dans les conflits armés et autres situations d'urgence vont au-delà des conséquences directes causées par des incidents individuels impliquant des menaces et de la violence exercée contre les personnels de santé, les structures médicales et les transports sanitaires. Les conséquences indirectes des incidents individuels ou simplement de l'insécurité généralisée, bien que difficiles à mesurer, peuvent être absolument désastreuses pour des communautés toutes entières qui ont besoin de soins de santé et pour tout le système de santé publique dans les pays touchés par des conflits armés et autres situations d'urgence. Par exemple, face aux dommages causés par une attaque, l'administration d'un hôpital peut fermer l'hôpital, le rendant indisponible pour dispenser des soins de santé plus que nécessaires dans la communauté. En outre, les professionnels de la santé peuvent fuir le pays en grand nombre en raison de menaces proférées à leur encontre ou à cause de l'insécurité généralisée qui prévaut suite aux hostilités en cours ; cela risque de réduire considérablement le nombre parfois déjà limité de personnel de santé disponible. L'insécurité, la violence et les menaces peuvent aussi entraîner la suspension ou la fin des campagnes de vaccination, et la souffrance de communautés entières due au manque d'accès à ces services de santé vitaux⁷. De l'avis du Comité international de la Croix-Rouge (CICR), le problème humanitaire de l'insécurité et de la violence contre les soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence est souvent méconnu et n'est donné pas suivi de décisions, mais cette problématique peut être capitale.

Vu l'actualité de la question de l'insécurité et de la violence contre les soins de santé dispensés en toute impartialité⁸, il importe que le Mouvement y accorde une attention particulière. En effet, le Mouvement a fait face à ce besoin au cours des dernières années. Dans sa résolution 8, adoptée à Nairobi en 2009, le Conseil des Délégués a appelé toutes les parties aux conflits armés et tous les acteurs d'autres situations de violence à respecter et à faire respecter le personnel, les installations et des moyens de transport sanitaires, et à prendre toutes les mesures pour assurer un accès sûr et rapide aux soins de santé. Il a également appelé le CICR et les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à promouvoir, diffuser et soutenir la mise en œuvre nationale des obligations, découlant du droit humanitaire et des droits de l'homme, de respecter et de protéger les soins de santé dans les conflits armés et autres situations de violence, et a demandé au CICR de présenter un rapport sur cette question à la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2011.

La résolution du Conseil des Délégués de 2009 a été un tremplin pour le lancement d'un nouveau projet sur quatre ans intitulé « Les soins de santé en danger »

7 CICR, *Violent Incidents Affecting Health Care : January to December 2012*, p. 8 : www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf; Robin Coupland, *Health Care in Danger : A sixteen-country study*, CICR, Genève, juillet 2011 (en anglais seulement, p. 3. dernière consultation en décembre 2013. country study, disponible sur : <http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf>

8 Le terme *impartialité* se réfère généralement à la non-discrimination dans la fourniture des soins de santé aux blessés et aux malades, avec des différences de traitement autorisées sur la seule base de raisons médicales. Cette question est examinée en détail plus loin dans l'article.

en 2011, lancé par le CICR. Ce projet du Mouvement vise à répondre à l'incidence humanitaire de l'insécurité et de la violence qui entrave la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence grâce à l'adoption de mesures pratiques visant à contribuer à garantir un accès sûr des blessés et des malades à des soins de santé efficaces et dispensés en toute impartialité⁹.

La XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a constitué une étape importante de ce projet. Dans la perspective de la Conférence, le CICR a publié une étude réalisée dans seize pays sur cette question et a identifié des modèles d'insécurité et de violence touchant la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Le message principal de cette étude était que le problème de l'insécurité et de la violence touchant la fourniture des soins de santé est plus que la somme d'incidents isolés ; il s'agit d'une thématique humanitaire complexe, dont les solutions ne se trouvent pas exclusivement aux mains des professionnels de la santé, mais de façon plus globale dans le domaine du droit et de la politique, dans le dialogue humanitaire, et des mesures préventives appropriées mises au point par diverses parties prenantes, dont les forces armées étatiques¹⁰. Lors de la conférence, les participants ont adopté la résolution 5, intitulée « Les soins de santé en danger : respecter et protéger les soins de santé »¹¹. Il y est demandé au CICR d'entreprendre des consultations associant des experts des États, de la Fédération internationale, des Sociétés nationales et d'autres acteurs spécialisés dans le domaine des soins de santé, en vue de formuler des recommandations pratiques visant à rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les situations couvertes par la présente résolution, et de rendre compte des progrès accomplis à la XXXII^e Conférence internationale en 2015¹².

Ces mesures concrètes ont été mises au point lors d'ateliers d'experts que le CICR a organisés de 2012 à 2014, en partenariat avec les États, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, les associations professionnelles de santé et des organisations non gouvernementales (ONG). Bon nombre d'ateliers ont déjà eu lieu et ont permis de mobiliser les professionnels de la santé, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, l'Association médicale mondiale (AMM), les associations médicales nationales, des représentants des ministères de la santé, et des ONG sur cette question. Des consultations intergouvernementales régionales visant à examiner les recommandations pratiques formulées durant les ateliers et encourager les États à soutenir et à les mettre en œuvre sont prévues pour 2014¹³. De surcroît, le CICR et les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge s'attachent à améliorer leurs pratiques opérationnelles et à favoriser la mise en œuvre

9 La question de la fourniture de soins de santé aux personnes privées de liberté soulève aussi des problèmes importants, mais n'entrant pas dans le cadre du projet *Les soins de santé en danger*, elle ne sera pas traitée dans cet article.

10 R. Coupland, note 7 supra, p. 12.

11 Résolution 5, XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 30 novembre 2011, disponible sur : www.rcrcconference.org/docs_upl/fre/R5_HCiD_FRE.pdf.

12 *Ibid.*, par. 14 du dispositif.

13 Cette action est également soutenue par une campagne de communication intitulée « C'est une question de vie ou de mort » qui vise à sensibiliser et à mobiliser un soutien pour cette initiative.

de certaines recommandations issues des ateliers d’experts susmentionnés dans leurs contextes opérationnels.

Le CICR a aussi continué à s’employer à faire mieux comprendre la question en recueillant des informations sur les incidents violents survenus dans vingt-trois de ses contextes opérationnels. Un rapport publié en 2013 sur les incidents recueillis tout au long de l’année 2012, montre que l’insécurité et la violence ciblant les soins de santé est dans une large mesure un problème mondial, tout en étant un phénomène très local, puisque la grande majorité (plus de 90 %) des prestataires de soins de santé touchés par cette insécurité et cette violence étaient des agents de santé locaux. Dans l’ensemble, le rapport ne permet pas de dégager une catégorie principale de responsables, il répertorie parmi leurs auteurs des forces armées et de sécurité étatiques, et des groupes armés non étatiques. De plus, le rapport montre que les incidents impliquant du personnel de santé s’apparentent, pour la plupart, plus à des menaces qu’à des actes de violence directement dirigés contre eux¹⁴.

La résolution adoptée lors de la Conférence internationale de 2011 rappelle également le cadre juridique applicable en matière de respect et de protection des blessés et des malades, ainsi que des personnels de santé, des structures médicales et des transports sanitaires, et de fourniture de soins de santé dans les conflits armés ou autres situations d’urgence¹⁵. Elle appelle les États à prendre les mesures de mise en œuvre nationale nécessaires et à faire en sorte que des enquêtes efficaces soient menées et des poursuites engagées en cas de crimes contre les personnels de santé, les structures médicales et leurs moyens de transport¹⁶.

Aux fins du présent article, il importe de relever que le CICR a présenté un document de référence à la conférence de 2011 qui contenait, outre une description générale du problème et un résumé des conclusions les plus importantes de l’étude réalisée dans seize pays, une analyse des questions juridiques se rapportant à la fois aux conflits armés et autres situations d’urgence¹⁷. Le présent article développe cette analyse à la lumière des discussions tenues lors des ateliers d’experts. Il souligne que ce n’est pas tant l’absence d’un cadre juridique international adéquat qui pose problème, mais la mise en œuvre du droit humanitaire et du droit des droits de l’homme existants.

Dans une première partie, l’article présente des observations générales sur le champ d’application respectif du droit humanitaire et du droit des droits de l’homme en matière de protection des soins de santé dans des situations de conflits armés et autres situations d’urgence. Ces observations mettent en évidence des différences importantes entre les deux régimes juridiques. Premièrement, le droit humanitaire protège spécifiquement le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires, alors que le droit des droits de l’homme ne consacre pas de telles

14 CICR, *Violent Incidents Affecting Health Care*, note 7 supra.

15 *Ibid.*, par.1 du dispositif.

16 *Ibid.*, par. 2 et 6 du dispositif.

17 Projet de résolution et document de référence sur « Les soins de santé en danger : Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et autres situations de violence », disponible sur : www.icrc.org/fre/assets/files/red-cross-crescent-movement/31st-international-conference/31-int-conference-health-care-in-danger-11-5-3-1-fr.pdf

protections spécifiques. Deuxièmement, le droit humanitaire s'applique à toutes les parties au conflit, notamment (dans le cas d'un conflit armé non international) aux groupes armés organisés non étatiques. Par ailleurs, le droit des droits de l'homme ne s'applique traditionnellement qu'aux États et une controverse significative existe quant à savoir si les groupes armés non étatiques ont des obligations au titre du droit des droits de l'homme, et si oui, dans quelle mesure. La position du CICR est que les groupes armés non étatiques n'ont généralement pas, en droit, d'obligations relevant du droit des droits de l'homme, sauf lorsque les responsabilités d'un groupe armé non étatique peuvent être *de facto* reconnues en raison de sa capacité *de facto* d'agir comme le gouvernement d'un État¹⁸. Enfin, le droit des droits de l'homme, à la différence du droit humanitaire, prévoit en général des dérogations pour certains droits. Dans certains domaines, le droit des droits de l'homme peut compléter utilement le droit humanitaire dans les conflits armés – par exemple, lorsque la capacité d'un État à faire face à certaines conséquences indirectes de l'insécurité et de la violence touchant les soins de santé n'est pas remise en cause par des hostilités actives, comme dans les situations d'occupation prolongée qui est caractérisée par un faible niveau ou l'absence d'hostilités.

L'article passe ensuite en revue les obligations communes au droit international humanitaire et au droit international des droits de l'homme en ce qui concerne la fourniture des soins de santé, indépendamment de la classification de la situation. Cette analyse des points communs entre les deux régimes juridiques internationaux n'est pas nécessairement exhaustive, et un choix délibéré a été fait dans la reconnaissance des principaux motifs de l'insécurité et de la violence identifiés dans le projet « Les soins de santé en danger », notamment les violences et menaces directes, en particulier les attaques, les obstacles, y compris les retards arbitraires et refus des ambulances aux points de contrôle ou les intrusions armées dans les structures médicales inhibant les soins de santé ; ainsi que les harcèlements et les menaces contre les personnels de santé.

Droit international humanitaire et droit international des droits de l'homme : observations générales sur leur champ d'application respectif

Les ateliers d'experts tenus dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger » ont confirmé la nécessité de mieux appliquer le droit international existant pour rendre plus sûrs les soins de santé efficaces et dispensés en toute impartialité¹⁹. L'importance d'intégrer, dans le droit national, les dispositions pertinentes du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme – en adoptant un nouveau cadre juridique national ou en améliorant celui-ci lorsqu'il

18 Des précisions sont données plus loin dans l'article.

19 Pour des informations sur les ateliers d'experts voir : www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-expert-consultations.htm.

existe –, a été soulignée à maintes reprises²⁰. Bien que l'adoption de changements dans ce domaine incombe aux autorités législatives de l'État, le personnel, les volontaires des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres personnels de santé peuvent jouer un rôle important dans ces efforts en préconisant ces améliorations auprès des autorités de l'État. Pour atteindre cet objectif, il faut préalablement qu'à l'interne, le personnel et les volontaires, ainsi que le personnel de santé de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge reçoivent une formation adéquate sur le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme, et qu'ils soient conscients de leurs droits et responsabilités en fonction de ces régimes juridiques internationaux. De plus, ces acteurs pourraient être impliqués dans les efforts visant à former les porteurs d'armes ou d'autres segments pertinents de la population comme les avocats ou les médias au droit international humanitaire et au droit international des droits de l'homme applicables aux soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence, ce qui nécessite de comprendre l'interaction de ces deux régimes juridiques internationaux.

La section suivante examine le cadre général du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme en relation avec la protection des soins de santé. Elle s'attache principalement à dégager les différences importantes entre ces deux branches de droit par rapport à leur champ d'application matériel et personnel respectif dans les conflits armés et autres situations d'urgence, et indique les domaines où ces deux branches peuvent se compléter utilement eu égard à certaines conséquences indirectes découlant de la l'insécurité et de la violence touchant les soins de santé dans les conflits armés.

Champ d'application matériel

Le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme sont généralement applicables aux conflits armés, tandis que d'autres urgences n'atteignant pas le seuil d'intensité d'un conflit armé sont régies uniquement par le droit des droits de l'homme, et non par le droit humanitaire.

Afin de préciser l'ensemble de règles applicables dans les situations de conflit armé, le principe de la *lex specialis* a été reconnu comme méthode d'interprétation et de résolution des conflits par les avis consultatifs de la Cour internationale de Justice (CIJ) sur les *armes nucléaires*²¹, et le *Mur*²² ainsi que par la Commission du droit international²³. Selon ce principe, c'est la norme qui traite expressément d'un problème qui prévaut sur celle qui le traite uniquement de manière implicite, et la norme la plus spécifique prévaut sur celle qui couvre l'ensemble du sujet, mais de

20 Un atelier s'est tenu à Bruxelles en janvier 2014 sur la question spécifique des cadres normatifs nationaux relatifs à l'accès à de soins de santé dispensés en toute sécurité dans les conflits armés et autres situations d'urgence.

21 Cour internationale de justice [ci-après « CIJ »], *Licéité de la menace ou de l'emploi d'armes nucléaires*, avis consultatif du 8 juillet 1996, CIJ Recueil 1996, p. 226, par. 25 [ci-après affaire des armes nucléaires].

22 CIJ, *Conséquences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé*, avis consultatif du 9 juillet 2004, CIJ Recueil, 2004, p. 136, par.106 [ci-après affaire du Mur].

23 Commission du droit international, Rapport sur les travaux de sa cinquante-huitième session à l'Assemblée générale, Doc. Nations Unies A/61/10 (2006), p. 409.

manière moins détaillée²⁴. À cet égard, la *lex specialis* est la norme à appliquer en premier lieu parce qu'elle est mieux adaptée au contexte dans lequel elle opère²⁵.

En ce qui concerne la question particulière de la fourniture des soins de santé dans les conflits armés, le principe de la *lex specialis* est abordé non pas comme méthode de résolution des conflits, mais comme méthode permettant une complémentarité entre le droit humanitaire et le droit des droits de l'homme. En ce sens, ces deux régimes juridiques peuvent se renforcer mutuellement afin d'offrir plus de protection pour l'accès des blessés et malades aux services de soins de santé. Dans la section suivante, le DIH sera identifié en tant que *lex specialis*, parce qu'il englobe les protections spécifiques concernant le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires. Il sera ultérieurement examiné là où le droit international des droits de l'homme a un rôle complémentaire à jouer. Lors de l'examen de ce rôle complémentaire du droit des droits de l'homme, il faut garder à l'esprit que cela ne signifie pas qu'il faut appliquer inconditionnellement le droit des droits de l'homme dans des situations de conflit armé. Le droit des droits de l'homme devrait plutôt s'appliquer en même temps que le droit humanitaire en respectant les spécificités de situations de conflit armé, et l'équilibre délicat établi par le droit humanitaire entre considérations humanitaires et nécessité militaire²⁶.

Protection spécifique des personnels, des unités et des transports sanitaires au titre du droit humanitaire, mais non du droit des droits de l'homme.

La première convention consacrant le droit international humanitaire, à savoir la Convention de 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, comportait déjà des protections spécifiques non seulement aux blessés et malades, mais aussi au personnel de santé, aux unités sanitaires et aux transports sanitaires. Cette protection du personnel de santé, des unités et moyens de transport sanitaires repose sur le fait qu'ils servent à fournir une attention et des soins médicaux aux blessés et malades dans les conflits armés²⁷. Cela répond à la logique générale du droit international humanitaire qui s'attache à apporter protection à des catégories de personnes sur la base de leur statut ou de leur fonction spécifique²⁸.

Par contre, le droit des droits de l'homme protège tous les individus relevant de la compétence d'un État sur une base non discriminatoire²⁹. Par conséquent,

24 Marco Sassoli et Laura M. Olson, « La relation entre droit international humanitaire et droit international des droits de l'homme s'agissant de meurtres et d'internement admissibles de combattants dans les conflits armés non internationaux » en anglais seulement, *International Review of the Red Cross*, Vol. 90, No. 871, 2008, p. 604.

25 Commission de droit international, note 23 supra.

26 CICR, *réunion d'experts : rapport sur l'occupation et d'autres formes d'administration de territoires étrangers*, en anglais uniquement, 2012, pp. 63–64.

27 Commentaire de la CG I, art. 12.

28 Il convient de noter, toutefois, que les garanties fondamentales figurant à l'article 3 commun des Conventions de Genève, à l'art. 75 du PA I et aux art. 4-6 du PA II s'appliquent à toutes les personnes qui n'auraient pas le droit à une protection plus large, du fait qu'elles ne relèvent pas de plusieurs catégories spécifiques.

29 Le paragraphe 1 de l'article 2 limite l'application du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (ci-après « PIDCP ») à l'obligation des États de respecter et de garantir les droits de l'homme à « tous les individus se trouvant sur leur territoire et relevant de leur compétence ». Voir PIDCP,

le personnel de santé bénéficierait généralement d'une protection au titre du droit des droits de l'homme comme tout un chacun relevant de la compétence d'un État, notamment de l'interdiction de la privation arbitraire de la vie, de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants, des arrestations et détentions arbitraires, ou des ingérences arbitraires dans leur liberté de circulation³⁰. Cependant, ils ne sont pas expressément protégés de par leur fonction qui consiste à fournir des soins de santé, par opposition à leur protection en vertu du droit humanitaire. De même, les structures médicales et les transports sanitaires en tant qu'objets ne sont pas spécifiquement protégés par le droit des droits de l'homme en raison de leur fonction médicale³¹. Dans les conflits armés, le droit humanitaire constitue donc la *lex specialis* pour le droit des droits de l'homme en particulier à l'égard des protections particulières du personnel de santé, des unités et moyens de transport sanitaires.

Complémentarité entre le droit humanitaire sur la protection des blessés, des malades et des activités médicales, et le droit des droits de l'homme sur le droit à la santé dans les conflits armés

Il résulte de ce qui précède que le droit humanitaire est généralement plus spécifique et plus à même que le droit des droits de l'homme à prévenir les incidents individuels violents et les ingérences directes avec la fourniture de soins de santé dispensés en toute impartialité dans les conflits armés, parce qu'il englobe des protections spécifiques pour les personnels de santé, les unités et moyens de transport sanitaires. Comme on le verra plus loin de façon plus détaillée, ces incidents directs et les ingérences avec l'accès des blessés et des malades aux services de santé sont abordés en particulier par les obligations fondamentales relevant du droit humanitaire en

999 RTNU 171. D'autres traités ne parlent que de « compétence ». Voir, par exemple, Convention contre la torture (CAT), 10 décembre 1984, 1465 RTNU 85, art. 2 1) ; Convention relative aux droits de l'enfant (CRC), 20 novembre 1989, 1577 RTNU 3, art. 2 1) ; Convention américaine relative aux droits de l'homme (22 novembre 1969), Nations Unies, Recueil des Traités, vol. 1144, p. 123, art. 11) ; Convention européenne des droits de l'homme [ci-après « CEDH »], 4 novembre 1950, STCE n° 5. art. premier. Les instruments internationaux relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels, dont le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ci-après « PIDESC ») ne contiennent pas une condition expresse de compétence pour qu'ils appliquent. Toutefois, la CIJ et le CDECS réaffirment la pertinence de cette notion de droits économiques, sociaux et culturels, en particulier dans les cas où les États affectent ces droits en dehors de leur propre territoire, par exemple dans les situations d'occupation. Voir, par exemple, CIJ, avis consultatif, note 22 supra, par. 112 ; CDECS, Observation générale n° 14 sur le droit de jouir du meilleur état de santé, Doc. E / C.12 / 2000/4, 11 août 2000, par. 51 ; et CDECS, Observation générale n°1 sur les rapports des États parties, 24 février 1989, par. 3 disponible sur : [www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/38e23a6d-dd6c0f4dc12563ed0051cde7?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/38e23a6d-dd6c0f4dc12563ed0051cde7?Opendocument).

30 Voir, par exemple, PIDCP, art. 6, 7, 9, 12.

31 Les immixtions arbitraires avec leur usage peuvent relever de l art. 17 2) de la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui consacre le droit de ne pas être privé de sa propriété. Cependant, la portée de ce droit n'a jamais été précisée sur un plan universel ; seuls les traités régionaux de droit international des droits de l'homme contiennent en outre le droit à la propriété. Voir Protocole I additionnel à la CEDH, art. premier ; Convention américaine relative aux droits de l'homme (ACHR), art. 21 ; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (ACHPR), 27 juin 1981, Organisation de l'unité africaine (OAU) Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, art. 14.

matière de respect et de protection des blessés et malades, ainsi que des personnels de santé, unités et moyens de transport sanitaires.

Pour répondre aux besoins immédiats des blessés et des malades, les parties à un conflit armé doivent leur fournir les soins de santé et l'attention médicale que requiert leur état sur une base non discriminatoire³². Cette « obligation de moyens » implique néanmoins que si une partie au conflit n'est pas en mesure de prodiguer les soins médicaux en raison de ses propres capacités limitées, s'acquitter de cette obligation comprend le fait de permettre au CICR ou à d'autres organisations humanitaires impartiales de dispenser une attention et des soins médicaux³³. Une base juridique plus générale pour répondre aux besoins de santé immédiats des civils blessés et malades lors des armés conflits est l'obligation qu'ont les parties au conflit en matière d'assistance humanitaire (qui peut impliquer – en dehors des secours médicaux – vivres, vêtements, literie, abri, ou autres secours essentiels à la survie de la population civile) si les ressources d'une partie au conflit sont insuffisantes³⁴.

D'autre part, la question se pose de savoir si le droit international des droits de l'homme peut apporter une valeur ajoutée au DIH pour la fourniture de soins de santé lors de conflits armés. L'auteur soutient que le droit des droits de l'homme peut compléter les règles du droit humanitaire par rapport aux effets plus indirects de l'insécurité et de la violence, tels que la fuite massive de médecins, la fermeture à grande échelle de structures médicales, ou l'interruption voire la fin des programmes de santé préventifs à la suite d'incidents violents individuels ou de l'insécurité généralisée.

Le droit des droits de l'homme, se fonde sur la Déclaration universelle des droits de l'homme et l'article 12 du Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) – l'instrument principal dans ce domaine³⁵ – pour

32 Art. 3. 2) commun aux CG I-IV ; art. 12 des CG I et II ; art. 10. 2 du PA I ; art. 7. 2 du PA II ; Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck, *Droit international humanitaire coutumier*, CICR, Bruylant, 2006, règle 110 de l'étude sur le droit coutumier.

33 Étude sur le droit coutumier, commentaire de la règle 110. On peut trouver la base juridique des actions menées par le CICR ou d'autres organisations humanitaires impartiales à cet égard dans l'art. 3 2) commun des CG I-IV et art. 9/9/10 des Conventions de Genève.

34 Le droit de l'occupation contient des règles spécifiques en termes d'obligation positive de l'occupant d'assurer des secours médicaux à la population, en fonction des moyens dont il dispose. En outre, les opérations d'aide humanitaire doivent être autorisées par une Puissance occupante qui ne dispose pas de la possibilité de refuser son consentement. Les dispositions pertinentes de l'aide humanitaire sont la CG IV, art. 23, 55-56, 59 ; le PA I, art. 69-71 ; le PA II, art. 182) ; et la règle 55 de l'étude sur le droit coutumier.

35 Les instruments internationaux et régionaux ultérieurs portent également sur le droit à la santé, le témoignage de sa reconnaissance générale en vertu du droit international. Voir Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP), art. 16 ; Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et, « Protocole de San Salvador », 17 novembre 1988, Recueil des traités de l'OEA n° 69, art. 10 ; Charte sociale européenne, et Charte sociale européenne révisée, art. 11, 13 ; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 21 décembre 1965, 660 RTNU 195, art. 5 e) iv) ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 18 décembre 1979 1249 RTNU 13, art. 11 1) f), 14 2) b) ; Convention relative aux droits de l'enfant (CRC), art. 24 ; Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, 18 décembre 1990, 2220 RTNU 3, art. 28, 43 e), 45 c) ; Convention sur le droit des personnes handicapées, 13 décembre 2006, Doc. Nations Unies A / 61/611, art. 25. En outre, les résolutions et déclarations clés ont réaffirmé et clarifié les engagements pour parvenir à la réalisation

consacrer « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Ce droit, comme les autres droits économiques, sociaux et culturels, doit être vu dans une perspective à long terme qui découle de l'obligation générale de l'article 2 1) en vertu duquel chaque État partie « s'engage à agir au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte ». Spécifiquement, l'article 12 2) du PIDESC énonce, de manière non-exhaustive, certains objectifs à long terme à réaliser progressivement au titre du droit à la santé, dont « a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ; « c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ; et d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »

À cet égard, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC), l'organe de suivi du PIDESC interprète de façon très détaillée la nature de l'obligation générale de l'article 2 1) du Pacte dans son Observation générale n° 3³⁶ et les différentes composantes du droit à la santé, ainsi que les obligations spécifiques découlant de l'article 12 du PIDESC dans son Observation générale n° 14³⁷.

L'un des apports fondamentaux du CDESC a été de reconnaître que même si le PIDESC prévoit la réalisation progressive des droits économiques, sociaux et culturels et tient compte des ressources limitées des États, certaines obligations sont d'application immédiate, notamment la garantie que le droit à la santé sera exercé sans discrimination et l'obligation de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées vers la réalisation du droit à la santé³⁸.

Le CDESC a également souligné que même s'il faut progressivement mettre en œuvre des obligations autres qu'immédiates, en tenant compte des ressources disponibles, il existe aussi des obligations dites « fondamentales » qui permettent d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits, notamment les soins de santé primaires essentiels³⁹. En ce qui concerne les obligations fondamentales relatives aux droits à la santé et à l'eau, le CDESC a déclaré qu'un État partie ne peut absolument aucunement justifier l'inexécution de ces obligations fondamentales auxquelles il est impossible de déroger⁴⁰. Pour le droit à la santé, ces obligations fondamentales consistent à assurer le droit d'accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune ; de fournir des médicaments

concrète du droit à la santé. Voir, par exemple, la Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978, disponible à l'adresse : www.who.int/publications/almaata_declaracion_en.pdf ; www.who.int/publications/almaata_declaracion_en.pdf ; Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata : 25^e anniversaire, 26 mai 2003, disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/wha/2003/WHA56_6.pdf, résolution A/RES/55/2, Assemblée générale des Nations Unies, 18 septembre 2000, Déclaration du Millénaire de l'ONU.

36 CDESC, Observation générale n° 3 (1990) sur la nature des obligations des États parties, 14 décembre 1990, art. 2, par. 1, www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?Opendocument.

37 CDESC, Observation générale n°14, note 29 supra.

38 *Ibid.*, par. 30–31 ; CDESC, Observation générale n° 3, note 36 supra, par. 1, 2, 9.

39 *Ibid.*, par. 10 ; CDESC, Observation générale n°14, note 29 supra, par. 43.

40 *Ibid.*, par. 47.

essentiels ; de veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ; et d'adopter et de mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique⁴¹.

Le CDESC a aussi confirmé que d'autres obligations sont tout aussi prioritaires, notamment les obligations visant à offrir des soins de santé génésique, maternelle et infantile ; vacciner la communauté contre les principales maladies infectieuses ; prendre des mesures pour prévenir, traiter et maîtriser les maladies épidémiques et endémiques ; assurer une éducation et un accès à l'information sur les principaux problèmes de santé de la communauté, y compris des méthodes visant à les prévenir et à les maîtriser et assurer une formation appropriée au personnel de santé⁴².

Le CDESC indique aussi certaines composantes en relation avec le droit à la santé, dont la mise en œuvre précise dépendrait notamment des capacités actuelles de l'État : la *disponibilité* d'installations, biens et services ainsi que de programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé ; l'*accessibilité* de ces installations, biens et services, sans discrimination, qui doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population et abordables pour tous ; l'*acceptabilité* des installations, biens et services en matière de santé qui doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel ; et une *qualité* suffisante des installations, biens et services en matière de santé qui doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés⁴³.

Enfin, le CDESC précise que le droit à la santé impose trois catégories d'obligations : respecter, protéger et mettre en œuvre. L'obligation de *respecter* le droit à la santé exige que les États s'abstiennent d'une ingérence directe ou indirecte dans la jouissance du droit à la santé, notamment de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de tous à des services de santé ; l'obligation de le *protéger* requiert des États qu'ils prennent des mesures pour empêcher des tiers de faire obstacle dans l'exercice du droit à la santé, notamment en adoptant des mesures visant à assurer un accès égal à des soins de santé fournis par des tiers ; et l'obligation de *mettre en œuvre* le droit à la santé suppose que l'État fasse une place suffisante dans le système politique et juridique national et prenne des mesures appropriées permettant d'aider les individus et les communautés à jouir de ce droit⁴⁴.

Il semblerait que lors des hostilités actives dans un conflit armé, vu les graves difficultés financières qu'une telle situation fait peser sur le système de santé dans son ensemble, il ne semble pas réaliste de s'attendre à ce que l'État se soucie de préoccupations autres qu'immédiates auxquelles le droit humanitaire serait déjà obligé répondre. Ainsi, il y aurait un chevauchement important d'une part entre les obligations au titre du droit international humanitaire de respecter et de protéger les blessés, les malades, le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires, et de fournir des soins médicaux et une assistance aux blessés et malades,

41 *Ibid.*, par. 43.

42 *Ibid.*, par. 44.

43 *Ibid.*, par. 12.

44 *Ibid.*, par. 30-37.

et, d'autre part, les obligations fondamentales de l'État au titre du droit des droits de l'homme de respecter, protéger et réaliser le droit d'accès aux structures, biens et services de santé. En termes d'obligation de réalisation du droit à la santé, le CDESC a précisé qu'une coopération aux fins de la fourniture d'une assistance humanitaire en temps d'urgence est capitale et que chaque État devrait contribuer à cette entreprise au maximum de ses capacités⁴⁵.

Pendant les hostilités actives, il se peut qu'un État partie au conflit ne dispose pas des moyens de faire face aux effets les plus indirects et à long terme de l'insécurité et de la violence touchant les soins de santé, comme le départ massif de personnel médical qualifié ou l'absence de services de santé vitaux disponibles (par exemple, campagnes de vaccination suspendues ou terminées).

Par ailleurs, le droit à la santé, tel qu'interprété par le CDESC peut s'avérer être particulièrement important lors des conflits armés lorsque la capacité de l'État à adopter des mesures visant à faire face à ces conséquences indirectes liées à l'insécurité et la violence n'est pas entravée par des hostilités actives ; cela peut être le cas, par exemple, lors d'occupations calmes prolongées lorsque le contrôle de la Puissance occupante dans le territoire occupé s'est stabilisé. Dans ces scénarios, le droit des droits de l'homme présente un intérêt dans la mesure où il vient compléter le droit humanitaire sur ces effets indirects⁴⁶. Il convient de souligner qu'au-delà des obligations applicables à tous les types de conflits armés, le droit d'occupation comporte des obligations spécifiques afin de préserver le système de santé publique existant dans les territoires occupés. Ainsi, la Puissance occupante a le devoir d'assurer, dans toute la mesure de ses moyens, les secours médicaux de la population d'un territoire occupé, ainsi que d'assurer et de maintenir, avec le concours des autorités nationales et locales, les établissements et les services médicaux et hospitaliers, ainsi que la santé et l'hygiène publiques dans le territoire occupé⁴⁷. La Puissance occupante est en particulier chargée d'adopter les mesures nécessaires pour combattre la propagation des maladies contagieuses et des épidémies⁴⁸. En dépit de ces obligations relevant du droit d'occupation, ce régime du droit humanitaire reste vague quand il s'agit de définir un cadre normatif sur le long terme pour combler les lacunes en matière de disponibilité du personnel et des services de santé⁴⁹. Cela pose problème précisément lors des occupations prolongées lorsque la Puissance occupante exerce un contrôle stable sur le territoire occupé et qu'elles sont caractérisées par l'absence ou le faible niveau d'intensité des hostilités, lorsqu'une approche plus prospective de la disponibilité des services de santé peut être souhaitable.

Les situations d'occupation mises à part, dans d'autres cas de conflits armés, le droit humanitaire ne contient pas d'obligations spécifiques pour traiter de la

45 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 40.

46 Pour un examen du rôle complémentaire du droit à la santé dans les situations d'occupation voir CICR, *Expert Meeting*, note 26 supra, pp. 64–67 ; Sylvain Vité, « L'articulation du droit de l'occupation et des droits économiques, sociaux et culturels : les exemples de l'alimentation, de la santé et de la propriété », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, Vol. 90, No. 871, 2008.

47 Art. 55 et 56 de la CG IV.

48 CG IV, art. 56(1).

49 S. Vité, note 46 supra ; CICR, *Expert Meeting*, note 26 supra, pp. 66–67.

disponibilité et de la qualité des services de santé publics. La disponibilité de certains services est certes implicite dans les obligations en matière de droit humanitaire pour ce qui est des blessés et des malades, mais le droit humanitaire ne donne pas d'autres indications sur la quantité et la qualité des services de santé. Dans les situations où la capacité de l'État à adopter des mesures de plus grande portée en la matière n'est pas compromise par des hostilités actives, les obligations immédiates relevant du droit des droits de l'homme pour assurer le respect d'un accès non discriminatoire aux soins de santé et prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées vers la pleine réalisation du droit à la santé, dont la disponibilité et la qualité des services de santé, revêtent une importance accrue ; en effet, ces exigences ne permettraient généralement pas qu'un État attende que la situation ne puisse plus être considérée comme un conflit armé pour adopter de telles mesures⁵⁰.

Plus concrètement, dans de telles situations, afin de remédier aux importantes lacunes en matière de disponibilité du personnel de santé qualifié ayant fui en raison d'incidents violents ou de l'insécurité générale, il convient de se conformer à l'obligation fondamentale dans le cadre du droit à la santé qui consiste à adopter et mettre en œuvre une stratégie et un plan d'action de santé publique nationale. Cette stratégie doit être élaborée avec la participation, et sur la base des préoccupations particulières de santé, la population locale tenant compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables⁵¹. Par exemple, une stratégie et un plan d'action de santé pourraient remédier à l'exode massif du personnel de santé en prévoyant des incitations pour leur retour, ou en formant spécifiquement des membres de la communauté locale (ou en contribuant à cette formation) afin d'assurer certains services de santé vitaux⁵².

Une stratégie et un plan d'action de santé pourraient également donner la priorité à la lutte contre les maladies endémiques et les épidémies potentielles, en intensifiant les efforts visant à reprendre les campagnes de vaccination interrompues ou annulées. Ils devraient inclure des stratégies permettant de résoudre les problèmes de sécurité sous-jacents qui entravent ces campagnes ; par exemple, il peut s'agir de stratégies de communication globales développées en collaboration avec des chefs de communautés religieux et autres pour former la population à la nécessité de ces campagnes, afin de contrer la propagande anti-vaccination par ceux qui ciblent le personnel de santé dispensant ces services⁵³. En outre, il convient de combattre la perception qu'ont les porteurs d'armes selon laquelle les campagnes de vaccination servent à des fins autres que des soins de santé ; à cet égard, il y a lieu de souligner que les États parties au PIDESC doivent veiller à ce que toutes les structures, biens

50 CICR, *Expert Meeting*, note 26 supra, p. 65; S. Vité, note 46 supra.

51 CICR, *Expert Meeting*, note 26 supra, p. 67; S. Vité, note 46 supra.

52 Paula E. Brentlinger, 'Health sector response to security threats during the civil war in El Salvador', *British Medical Journal*, Vol. 313, 1996, p. 1472 (description des initiatives prises par les organisations humanitaires d'El Salvador et internationales dans la formation de villageois en tant qu'agents de soins de santé primaires, connus comme promoteurs de la santé, qui ont étudié les premiers secours et les actions à mener pour enrayer les maladies transmissibles comme le paludisme).

53 Mahmood Adil, Paul Johnstone, Andrew Furber, Kamran Siddiqi and Dilshad Khan, « Violence against public health workers during armed conflicts », *The Lancet*, Vol. 381, 26 janvier 2013, p. 293, disponible sur : www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613601270.pdf.

et services de santé respectent la déontologie médicale, sous réserve des conditions qui prévalent dans l'État concerné, et que les médecins et autres professionnels de la santé répondent à des codes de déontologie appropriés⁵⁴. Une formation appropriée à l'éthique médicale – et plus généralement aux droits à la santé et aux droits de l'homme, ce qui est comparable à la priorité aux obligations fondamentales découlant du droit à la santé⁵⁵ – constituerait une stratégie essentielle pour traiter cette question.

Le problème de sécurité sous-jacent est également examiné en général sous l'angle de l'obligation relevant du droit humanitaire, telle qu'applicable à l'État, pour assurer le respect de ses normes en toutes circonstances par ses agents – c'est-à-dire, par ses forces armées, dont le personnel médical militaire, ainsi que par les autres personnes ou groupes agissant en fait sur ses instructions ou ses directives ou sous son contrôle, et la population civile, dont le personnel médical civil⁵⁶. S'acquitter de cette obligation plus spécifiquement nécessite une formation au droit humanitaire auprès des forces armées des États, dont le personnel militaire médical, et des efforts visant à diffuser le droit humanitaire à la population civile, dont le personnel de santé civil sur lequel un État exerce l'autorité⁵⁷. Dans ce contexte, cela implique, une fois encore, d'une part de s'assurer que le personnel de santé se conforme au droit international humanitaire et à l'éthique médicale, et, d'autre part, de réaffirmer, auprès des forces armées étatiques, la nécessité de respecter le personnel de santé engagé dans des campagnes de vaccination, et, auprès de la population civile, les obligations de respecter et protéger le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires ainsi que les droits et responsabilités du personnel médical en vertu du droit international humanitaire.

Dérogations, limites et portée des droits économiques, sociaux et culturels

Une question qui doit aussi généralement être abordée en termes de champ d'application du droit humanitaire et du droit des droits de l'homme est celle de la dérogation. Certains traités relatifs aux droits de l'homme, mais non le droit humanitaire⁵⁸, autorisent les gouvernements à déroger à certains droits lorsqu'un danger public exceptionnel menace l'existence de la nation⁵⁹. Ces dérogations englobent l'élimination complète ou partielle des obligations de l'État par rapport à un certain droit⁶⁰.

54 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par 12 et 35.

55 *Ibid.*, par. 12 et 44.

56 Conventions de Genève, article premier commun ; PA I, art. 11) ; règle 139 de l'étude sur le droit coutumier.

57 Conventions de Genève, art. 47/48/127/144 ; règles 142 et 143 de l'étude sur le droit coutumier.

58 Une exception notable en vertu du droit humanitaire figure à l'art. 5 de la CG IV, qui permet à une partie à un conflit armé international de déroger en particulier aux droits de la communication à l'égard des personnes protégées soupçonnées ou engagées dans des activités hostiles à la sécurité de l'État.

59 PIDCP, art. 4 ; CEDH, art. 15 ; ACHR, art. 27 ; Charte sociale européenne, 18 octobre 1961, STCE n° 35, art. 30 ; Charte sociale européenne révisée, 3 mai 1996, STCE n°163, art. F.

60 Dominic McGoldrick, « The interface between public emergency powers and international law », in *International Journal of Constitutional Law*, Vol. 2, 2004, p. 383.

Les situations de conflits armés et autres urgences peuvent justifier la proclamation officielle d'un état d'urgence susceptible d'entraîner une dérogation sur la base de préoccupations en matière de sécurité publique⁶¹.

Cependant, certains droits civils et politiques sont indérogeables, en particulier le droit à la vie et le droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres mauvais traitements⁶². Même à l'égard de ces droits qui font l'objet d'une dérogation, en principe, comme le droit de ne pas être arbitrairement privé de liberté ou le droit de circuler librement, les États doivent justifier des mesures spécifiques dans la stricte mesure où la situation l'exige⁶³. De surcroît, les mesures dérogeant aux obligations ne doivent pas être incompatibles avec les autres obligations de l'État en vertu du droit international, en particulier du droit humanitaire, lorsqu'il est applicable, et ne doivent pas entraîner de discrimination⁶⁴.

Contrairement aux traités relatifs aux droits civils et politiques, ceux qui consacrent les droits économiques, sociaux et culturels, en particulier le Pacte, ne contiennent généralement pas de dispositions expresses sur la dérogation⁶⁵. Le cas de dérogation, vu la nature des droits qui nous intéressent en l'espèce, en particulier le droit à la santé, semble intrinsèquement moins convaincant que certains droits civils et politiques⁶⁶. Cela est confirmé par le point de vue que les droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé, comprennent, comme déjà mentionné, les obligations fondamentales que les États parties au PIDESC⁶⁷ doivent remplir pour assurer la survie et les besoins de subsistance de base de leurs populations, comme les soins de santé essentiels⁶⁸. À cet égard, il existe une interdépendance étroite entre le droit indérogeable à la vie et les obligations fondamentales relatives à ces droits économiques, sociaux et culturels⁶⁹.

61 Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 29, États d'urgence (art. 4), Doc. Nations Unies CCPR/C/21/Rev.1/Add.11, 31 août 2001, par. 10. ; Voir aussi M. Nowak, U.N. *Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary*, 2nd edition, Kehl-Strasbourg-Arlington: N. P. Engel, 2005, pp. 89–91.

62 PIDCP, art. 4 2).

63 PIDCP, art. 4 1).

64 *Ibid.*; Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 29, note 61 supra, par. 8–9.

65 La seule exception est la Charte sociale européenne et sa version révisée. Voir Charte sociale européenne, art. 30 ; Charte sociale européenne révisée, art. F. Cela peut s'expliquer par le fait que certains droits qui y figurent, en particulier le droit à la liberté d'association et le droit de négociation collective dans le contexte spécifique de l'emploi ressemblent beaucoup à certains droits civils et politiques dérogeables, comme la liberté d'association.

66 Philip Alston and Gerard Quinn, « The nature and scope of States Parties' obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights », *Human Rights Quarterly*, Vol. 9, 1987, p. 217.

67 D'aucuns estiment également que les États ont des obligations fondamentales minimales en vertu du droit international coutumier : voir, par exemple, CDESC, Observations finales : Israël, 26 juin 2003, Doc. Nations Unies E/C.12/1/Add.90, 26 juin 2003 ; CDESC, Observations finales : Israël, 31 août 2001, Doc. Nations Unies E/C.12/1/Add.69 ; Eibe Riedel, in Andrew Clapham and Mary Robinson (eds), *Rüffer & Rub*, Zurich, 2009, p. 32.

68 CDESC, Observation générale n° 3, note 36 supra, par. 10.

69 Allan Rosas and Monika Sandvik-Nylund, « Armed conflicts », Asbjorn Eide, Catarina Krause and Allan Rosas (eds), *Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook, Kluwer Law International*, The Hague, 2001, p. 414. Cette inter-relation entre les droits à la vie et les droits de survie économique et sociale est reprise dans l'art. 6 de la Convention relative aux droits de l'enfant, dans laquelle les États parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie et assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

En ce qui concerne les obligations fondamentales afférentes aux droits à la santé et à l'eau, dans ses observations générales n° 14 et 15, le CDESC a expressément déclaré qu'il est « impossible de déroger » à ces droits⁷⁰.

Il faut distinguer la question des dérogations de celle des limites au titre de droit des droits de l'homme. Pour la plupart, ces droits de l'homme ne sont pas absolus, même face à une situation d'urgence publique, et permettent donc une certaine souplesse dans la restriction des droits individuels dans l'intérêt public (ordre public, santé publique, moralité publique, sécurité nationale ou sûreté publique) ou pour établir un équilibre dans l'exercice ces droits avec les droits d'autrui⁷¹. En outre, contrairement aux dérogations, les limites interfèrent généralement moins avec les droits de l'homme et d'ordinaire ne les éliminent pas complètement.

Contrairement aux droits civils et politiques, qui énoncent généralement des clauses limitatives pour les droits individuels, le PIDESC contient une clause limitative générale à l'article 4 qui dispose que l'État ne peut soumettre ces droits qu'aux limitations établies par la loi, dans la seule mesure compatible avec la nature de ces droits et exclusivement en vue de favoriser le bien-être général dans une société démocratique. La référence au « bien-être général dans une société démocratique⁷² », comme seul objectif légitime pour restreindre les droits économiques, sociaux et culturels, il est clair que les États parties ne peuvent justifier de telles limitations légèrement sur la base des préoccupations en matière de sécurité nationale. Cela est d'autant plus important que la question de l'insécurité et de la violence touchant la fourniture des soins de santé, comme les États peuvent justifier des obstacles à la fourniture des soins de santé, tels que le refus de passage des véhicules sanitaires, pour des raisons de sécurité nationale. En effet, ces préoccupations ne peuvent être invoquées que si elles peuvent être liées à l'intérêt collectif de la protection du bien-être économique et social des populations des États⁷³. En outre, le fait que les restrictions doivent être compatibles avec la nature des droits en cause constitue une restriction supplémentaire pour invoquer cette clause. Le lien entre la fourniture de l'essentiel des droits économiques, sociaux et culturels et la survie d'une personne dans le cadre du droit à la vie, reconnu par bon nombre⁷⁴, fait qu'il est particulièrement

70 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 47 ; CDESC, Observation générale n° 15 : le droit à l'eau (art. 11 et 12), 20 janvier 2003, Doc. Nations Unies E/C.12/2002/11, par 40.

71 Voir PIDCP, art. 12, 18, 19, 21, 22 ; PIDESC, art. 8. en vertu du droit des droits de l'homme, la portée des limitations admissibles dans les cas spécifiques n'est pas précisée, contrairement au droit international humanitaire, où les règles doivent déjà être très précises à mettre en œuvre par les forces armées sur place.

72 On peut trouver une clause limitative spécifique à l'art. 8 du PIDESC concernant le droit qu'a toute personne de former avec d'autres des syndicats et de s'affilier au syndicat de son choix dans l'intérêt de la sécurité nationale ou de l'ordre public, ou pour protéger les droits et les libertés d'autrui. Cela se justifie aussi par le fait que ces droits sont très proches de leurs homologues civils et politiques, en particulier le droit à la liberté d'association.

73 La CIJ dans son avis consultatif sur le Mur a explicitement rejeté l'art. 4 du Pacte comme base admissible pour les limitations israéliennes sur les droits économiques, sociaux et culturels des Palestiniens dans les territoires occupés pour des raisons de sécurité nationale, la condition de promouvoir le bien-être général de la population n'a pas été atteint. Voir avis consultatif sur le Mur, note 22 supra, par. 136. Voir aussi P. Alston et G. Quinn, note 66 supra, p. 202 ; Amrei Müller, « Limitations to and derogations from economic, social and cultural rights », *Human Rights Law Review*, Vol. 9, 2009, p. 573.

74 Voir, en plus des sources citées dans la note 38 supra, CDESC, rapport initial concernant la Suisse, 18 septembre 1996, Doc. Nations Unies E/1990/5/Add.33, par. 66 d) ; CDESC, deuxième rapport

rement difficile de justifier des limitations de grande portée au titre de l'article 4 du Pacte⁷⁵. En tout état de cause, les États parties doivent prouver que les limitations sont légitimes par rapport à ces éléments, et qu'elles sont proportionnées à l'objet ; elles doivent aussi être provisoires et sujettes à un examen⁷⁶.

Il convient aussi de garder à l'esprit que les contraintes en matière de ressources dans la réalisation des obligations relatives aux droits économiques, sociaux et culturels ne relèvent pas du champ d'application des limitations prévues à l'article 4 du Pacte. Elles s'inscrivent dans le cadre des obligations générales susmentionnées des États parties au titre de l'article 2 1) du Pacte. Les conflits armés ou autres situations d'urgence peuvent, en principe, servir d'explication permettant d'invoquer le manque de ressources à cet égard. L'obligation de prendre des mesures pour assurer la réalisation progressive des droits économiques, sociaux et culturels *au maximum de ses ressources disponibles* vise à la fois les ressources propres d'un État et celles de la communauté internationale, disponibles par le biais de l'assistance et de la coopération internationales⁷⁷.

Champ d'application personnel : la question de l'applicabilité du droit des droits de l'homme aux groupes armés non étatiques

Il existe une autre différence fondamentale entre le droit humanitaire et le droit des droits de l'homme : le droit humanitaire lie non seulement les forces armées étatiques mais aussi les groupes armés organisés non étatiques en tant que parties à un conflit.

D'autre part, imposer des obligations aux groupes armés non étatiques au titre du droit des droits de l'homme n'a à ce jour donné lieu à aucun consensus. Cette différence est importante car les groupes armés non étatiques ont également commis un nombre important d'incidents violents touchant la fourniture des soins de santé en toute impartialité⁷⁸. Il faut donc déployer des efforts pour les persuader de s'abstenir de tels comportements et les faire participer à un dialogue sur des recommandations pratiques qu'ils pourraient mettre en œuvre pour que la fourniture des soins de santé soit plus sûre dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Les personnes qui engagent avec les groupes armés non étatiques un dialogue sur

périodique concernant le Brésil, 28 janvier 2008, Doc. Nations Unies E/C.12/BRA/2, par. 170 ; CDESC, rapport initial concernant la Serbie-et-Monténégro, 26 novembre 2003, Doc. Nations Unies E/1990/5/Add.61, par. 24 ; CDESC, troisième rapport périodique concernant le Chili, 14 juillet 2003, doc. Nations Unies E/1995/104/Add. 26, par. 142 ; Cour suprême de l'Inde, *Pt. Parmanand Katara v. Union of India*, arrêt du 28 août 1989, 4 SCC 286 ; Cour suprême de l'Inde, *Paschim Banga Khet Samity v. State of West Bengal*, arrêt du 6 mai 1996, 4 SCC 37 ; Cour d'appel, *Mosetlhanyane and others v. Attorney General of Botswana*, Appel n° CACLB-074-10, arrêt du 27 janvier 2011, par. 19 ; Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Sawhoyamaya Indigenous Community c. Paraguay*, arrêt du 29 mars 2006, par. 153 ; Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Yakye Axa c. Paraguay*, arrêt, Ser. C n° 125, 17 juin 2005 ; CEDH, affaire *Chypre c. Turquie*, requête n° 25781/94, arrêt du 10 mai 2001, par. 219–221.

75 Pour certains, les droits économiques, sociaux et culturels, de par leur nature, ne peuvent pas du tout être limités au titre de l'art. 4 du PIDESC Voir P. Alston et G. Quinn, note 66 supra, p. 201.

76 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 28–29.

77 CDESC, Observation générale n° 3, note 36 supra, par. 10.

78 Voir CICR, *Violent Incidents Affecting Health Care*, note 7 supra, p. 6.

cette question doivent donc être au fait des difficultés juridiques en la matière pour savoir comment encadrer ce dialogue de manière appropriée.

À cet égard, l'écrasante majorité des traités du droit des droits de l'homme n'impose clairement des obligations qu'aux seuls *États* à l'égard des personnes relevant de leur compétence. Alors que certaines obligations de « diligence raisonnable » de l'État assurent une protection contre les atteintes aux droits de l'homme par des tiers, dont les groupes armés non étatiques, elles ne visent pas à imposer aux États un fardeau insupportable. Ainsi, ces obligations sont régulièrement examinées par rapport à ce qu'il est raisonnable d'attendre, à l'étendue des pouvoirs de l'État, et des moyens à sa disposition⁷⁹.

Cela est particulièrement pertinent lorsqu'un État ne peut plus exercer un contrôle effectif sur une partie de son territoire. Dans ces situations, il se peut qu'il ne puisse pas éviter les ingérences avec les droits de l'homme par des groupes armés non étatiques et il serait donc difficile de le tenir responsable de ne pas protéger les droits fondamentaux des personnes relevant de sa compétence. Certes, les membres de groupes armés non étatiques sont liés par le droit pénal national et international. Mais, en premier lieu, il sera souvent inutile de les impliquer dans un dialogue sur la base du droit interne, car ils n'accepteront pas les arguments fondés sur un ordre juridique qui criminalise leurs activités ; de plus, le droit international pénal est seulement destiné à sanctionner les violations les plus graves du droit international, à savoir les crimes de guerre, les crimes contre l'humanité et le génocide. Il est donc pertinent de savoir si et dans quelle mesure les groupes armés non étatiques sont, en tant qu'entités, liées par le droit des droits de l'homme.

Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme concernant spécifiquement les groupes armés non étatiques sont encore rares. L'article 4 1) du Protocole facultatif se rapportant à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés dispose que les groupes armés qui sont distincts des forces armées d'un État ne devraient en aucune circonstance enrôler ni utiliser dans les hostilités des personnes âgées de moins de 18 ans⁸⁰. Cependant, il faut préciser que l'emploi de « devrait » plutôt que « doit » semble signifier qu'il n'est même pas question d'une obligation légale, bien que certains suggèrent le contraire⁸¹.

Il est indéniable que la Convention de l'Union africaine de 2009 sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique impose des obligations directes aux groupes armés non étatiques en vertu de son article 7 (5), notamment les obligations de ne pas nier aux personnes déplacées, le droit de vivre dans des

79 Voir, par exemple, Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Velásquez-Rodríguez c. Honduras*, arrêt du 29 juillet 1988, Ser. C No. 4, par. 174–75, 188 ; CEDH *Osman c. Royaume-Uni*, requête n° 23452/94, arrêt du 28 octobre 1998, par. 116 ; Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Sawhoyamaya c. Paraguay*, note 74 supra, par. 155.

80 Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés, 25 mai 2000, RTNU, vol 2173.

81 Paul C. Szasz, « General law-making processes », in Oscar Schachter and Christopher C. Joyner (eds), *United Nations Legal Order*, Vol. 1, Cambridge University Press, Cambridge, 1995, p. 46. Pour le contraire, voir, en particulier, Andrew Clapham, *Human Rights Obligations of Non-State Actors*, Oxford University Press, Oxford, 2006, p. 75 (avec d'autres références).

conditions satisfaisantes de santé, de ne pas empêcher l'assistance humanitaire et son acheminement, et de ne pas attaquer le personnel et le matériel déployés pour l'assistance humanitaire⁸². Pourtant, cette disposition enjoint clairement les États de respecter leurs obligations en vertu du droit international, notamment du droit humanitaire ; elle a donc pour vocation de s'appliquer dans les conflits armés, où, l'on trouve souvent, les normes les plus spécifiques en la matière dans le droit humanitaire, et non le droit des droits de l'homme, et nombre des actes interdits sont formulés selon la terminologie du droit humanitaire plutôt que dans celle du droit des droits de l'homme⁸³. De plus, la disposition aborde explicitement les membres des groupes armés pris individuellement et non le groupe en tant que tel⁸⁴.

Le Conseil de sécurité et les experts des droits de l'homme des Nations Unies s'intéressent de plus en plus à savoir si les groupes armés non étatiques sont liés par le droit des droits de l'homme. Depuis les années 1990, le Conseil de sécurité a souvent appelé les groupes armés non étatiques à respecter les droits de l'homme⁸⁵. Faute de clarté sur la question de savoir si le Conseil de sécurité a, dans des situations de pays spécifiques, fait des déclarations juridiques plutôt que des appels politiques, les points de vue sur la question sont nuancés. Par exemple, dans la version en anglais des résolutions adoptées concernant la République démocratique du Congo, l'anglais étant la langue dans laquelle ces résolutions ont été négociées, le Conseil a établi une stricte distinction entre les « *human rights violations* » commises par les forces armées gouvernementales et les « *human rights abuses* » commises par des groupes armés non étatiques⁸⁶. Par ailleurs, dans des résolutions thématiques sur les enfants dans les conflits armés dans le cadre du mécanisme de surveillance et de communication de l'information sur les enfants et les conflits armés, le Conseil de sécurité a été cohérent en soulignant que les résolutions ne visent pas à préjuger du statut juridique des groupes armés non étatiques en présence et qu'elles font une distinction entre « violations » et « sévices »⁸⁷.

82 Convention de l'Union africaine sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique (Convention de Kampala), 22 octobre 2009, disponible sur : [www.africa-union.org/root/au/Conferences/2009/october/pa/summit/doc/Convention%20on%20IDPs%20\(Eng\)%20-%20Final.doc](http://www.africa-union.org/root/au/Conferences/2009/october/pa/summit/doc/Convention%20on%20IDPs%20(Eng)%20-%20Final.doc).

83 Stephane Ojeda, « The Kampala Convention on Internally Displaced Persons: some international humanitarian law aspects », *Refugee Survey Quarterly*, Vol. 29, 2010, pp. 65–66.

84 Annyssa Bellal, Gilles Giacca and Stuart Casey-Maslen, « International law and armed non-state actors in Afghanistan », *International Review of the Red Cross*, Vol. 93, No. 881, 2011, pp. 66–67.

85 Voir, par exemple, résolution 1193 (1998) du Conseil de sécurité, 28 août 1998, par. 14 du dispositif ; résolution 1216 (1998) du Conseil de sécurité, 21 décembre 1998, par. 5 du dispositif ; résolution 1464 (2003) du Conseil de sécurité, 4 février 2003, par. 7 du dispositif ; résolution 1804 (2008) du Conseil de sécurité, 15 mars 2008, al.4 du préambule, et par. 2 du dispositif ; résolution 1881 (2009) du Conseil de sécurité, 30 juillet 2009, al.8 du préambule, et par. 7 du dispositif ; Résolution 1935 (2010) du Conseil de sécurité, 30 juillet 2010, préambule, par. 12 et par. 9 du dispositif ; résolution 1964 (2010) du Conseil de sécurité, 22 décembre 2010, al.17 du préambule, et par. 15 du dispositif.

86 Résolution 1906 (2009) du Conseil de sécurité, 23 décembre 2009, par. 10–11 du dispositif ; résolution 1925 (2010) du Conseil de sécurité, 28 mai 2010, par. 12 c) et 18 du dispositif.

87 Résolution 1612 (2005) du Conseil de sécurité 26 juillet 2005, al.8 du préambule, et par. 1, 2 a) et 5 du dispositif ; résolution 1882 (2009) du Conseil de sécurité, 4 août 2009, al.11 du préambule, et par. 1, 3, 5 a) b) c) du dispositif ; résolution 1998 (2011) du Conseil de sécurité, 12 juillet 2011, al.10 du préambule et par. 3 b), 6 d) et 11 du dispositif.

L'examen de cette question au moyen des procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies et par d'autres experts présente un bilan mitigé. Entre autres, les rapporteurs spéciaux sur le terrorisme et les droits de l'homme, sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires et sur les défenseurs des droits de l'homme se sont penchés sur la question. La Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits de l'homme et la lutte contre le terrorisme de l'époque ne peut se rallier sans réserve à l'idée que les acteurs non étatiques seraient directement responsables au regard des normes relatives aux droits de l'homme. Elle soutient cependant que la communauté internationale se doit d'exiger toujours avec plus de force que les acteurs non étatiques engagés dans un conflit armé promeuvent et protègent les droits de l'homme dans les domaines sur lesquels ils exercent un contrôle *de fait*, et elle a recommandé de continuer à approfondir cette question⁸⁸.

Le Rapporteur spécial sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires de l'époque a précisé avec prudence que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques n'impose d'obligations juridiques ni au LTTE au Sri Lanka, ni au Hezbollah au Liban mais qu'ils demeurent néanmoins soumis à l'exigence de la communauté internationale, énoncée dans la la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui demande que tout organe de la société garantisse le respect et la promotion des droits de l'homme. Par ailleurs, il a suggéré qu'il était particulièrement approprié et possible de demander à un groupe armé non étatique de respecter les normes des droits de l'homme lorsqu'il « exerce un contrôle important sur un territoire et une population et qu'il a une structure politique identifiable »⁸⁹.

La Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la situation des défenseurs des droits de l'homme fait valoir que les acteurs non étatiques ont la responsabilité de respecter les droits d'autrui, conformément à la Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus⁹⁰. Cependant, lors du débat sur le dernier rapport de la Troisième Commission de l'Assemblée générale des Nations Unies, certaines délégations, dont l'Union européenne, le Royaume-Uni et le Pakistan, ont clairement indiqué que, de leur avis, seuls les acteurs non étatiques, ont des obligations juridiques au titre du DIDH⁹¹.

88 Commission des droits de l'homme, rapport final de la Rapporteuse spéciale, Kalliopi K. Koufa, sur le *Terrorisme et les droits de l'homme*, doc. Nations Unies. E/CN.4/Sub. 2/2004/40, 25 juin 2004, par 54–64.

89 Commission des droits de l'homme, rapport du Rapporteur spécial sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, M. Philip Alston, Mission au Sri Lanka, doc. Nations Unies E/CN.4/2006/53/Add.5, 27 mars 2006, par. 25–27 ; Conseil des droits de l'homme, rapport du Rapporteur spécial sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, M. Philip Alston, du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Paul Hunt, du Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays, M. Walter Kälin, et du Rapporteur spécial sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant, Mission au Liban et en Israël, Doc. Nations Unies. A/HRC/2/7 2 octobre 2006, par. 19.

90 Assemblée générale des Nations Unies, rapport de Margaret Sekaggya, Rapporteuse spéciale sur la situation des défenseurs des droits de l'homme, Doc. Nations Unies A/65/223, 4 août 2010, par 21–22.

91 Assemblée générale des Nations Unies, Troisième Commission, Compte rendu analytique de la 25^e séance, 21 octobre 2010, Doc. Nations Unies A/C.3/65/SR.25, Déclarations de M. Huth (Union européenne) ; Mme. Freedman (Royaume-Uni) ; et M. Butt (Pakistan), par 14, 21 et 24.

Plus récemment, en 2011, la Commission d'enquête sur la Libye, à laquelle le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies a donné mandat pour enquêter sur les violations présumées du droit des droits de l'homme en Libye, a déclaré que, bien que la relation des acteurs non étatiques au regard du droit des droits de l'homme reste contestée comme question de droit international, il a été de plus en plus admis que, lorsque des groupes armés non étatiques exercent un contrôle *de facto* sur un territoire⁹², ils doivent respecter les droits fondamentaux des personnes sur ce territoire. Cependant, dans les débats ultérieurs du Conseil des droits de l'homme sur un projet de résolution, un certain nombre d'États se sont opposés à appeler le Conseil national de transition (alors à la tête du GANE engagé dans des hostilités contre les forces armées étatiques de Khadafi)⁹³ à respecter des obligations issues du droit international des droits de l'homme.

L'applicabilité du droit des droits de l'homme aux groupes armés non étatiques a également donné lieu ces dernières années à une controverse dans la doctrine académique, certains étant favorables à un élargissement de la portée des sujets liés par le droit des droits de l'homme, au delà des États et entités créées par l'État comme des organisations internationales, afin d'inclure des acteurs non étatiques, en particulier des groupes armés non étatiques, tandis que d'autres étaient contre l'applicabilité du droit des droits de l'homme à ces groupes⁹⁴.

Il ressort de cet examen que les États et les experts ne sont pas parvenus à un consensus sur le fait que les groupes armés non étatiques contractent des obligations juridiques en vertu du droit des droits de l'homme. Cependant, il est de plus en plus reconnu que lorsque les groupes armés non étatiques en tant qu'entités présentent l'apparence d'une autorité de l'État et exercent une autorité *de facto* sur une population, on s'attend à ce qu'ils répondent favorablement aux attentes morales plutôt qu'aux attentes juridiques de la communauté internationale à respecter le droit des droits de l'homme. Le CICR, pour sa part, reconnaît une exception limitée à sa position de principe que les groupes armés non étatiques ne contractent pas d'obligations au titre du droit des droits de l'homme lorsqu'un groupe, en vertu du contrôle stable de son territoire, a la capacité d'agir comme une autorité de l'État.

92 Conseil des droits de l'homme, rapport de la Commission internationale d'enquête chargée de se pencher sur toutes les violations alléguées du droit international des droits de l'homme dans la Jamahiriya arabe libyenne, doc. Nations Unies A / HRC / 17/44 1 juin 2011, par. 72.

93 En particulier l'Argentine, le Chili et le Liban ont fait valoir que le droit des droits de l'homme ne lie pas les groupes armés non étatiques. D'autres États, dont la Chine, le Nigéria (au nom du Groupe africain), le Brésil, la Russie, l'Algérie, l'Indonésie, le Botswana et le Guatemala étaient contre l'appel du Conseil national de transition (CNT) de respecter le droit des droits de l'homme car cela pourrait impliquer une politique de reconnaissance implicite du CNT comme nouveau gouvernement légitime en Libye. Voir Conseil des droits de l'homme, 17^e session, juin 2011 (notes personnelles de l'auteur)

94 Pour : voir, par exemple, A. Clapham, note 81supra ; A. Bellal, G. Giacca and S. Casey-Maslen, note 84 supra, pp. 64–74 ; Christian Tomuschat, « The applicability of human rights law to insurgent movements », Horst Fischer et al. (eds), *Krisensicherung und Humanitärer Schutz – Crisis Management and Humanitarian Protection: Festschrift für Dieter Fleck*, Berliner Wissenschafts-Verlag, Berlin, 2004, pp. 573–591. Contre : voir Liesbeth Zegveld, « The Accountability of Armed Opposition Groups in International Law », Cambridge University Press, Cambridge, 2002 ; Lindsay Moir, « The Law of Internal Armed Conflict », Cambridge University Press, Cambridge, 2002, p. 194.

Dans ces circonstances, *les responsabilités* en matière de droits de l'homme d'un tel groupe peuvent être reconnues *de facto*⁹⁵.

Cela dit, bon nombre de questions restent sans réponse concernant la proposition que les groupes armés non étatiques puissent avoir des responsabilités ou – comme certains l'estiment – des obligations en vertu du droit des droits de l'homme : notamment, sur le seuil précis, en termes d'autorité sur la population, de contrôle du territoire et d'organisation du groupe armé non étatique, pour le déclenchement de ces responsabilités ; quels droits ces responsabilités engloberaient (la totalité des droits de l'homme, les droits que le groupe armé non étatique est en capacité de respecter, ou des droits de l'homme « de base », entre autres, par référence aux dispositions indérogeables des traités du droit des droits de l'homme ou normes de *jus cogens* ?) ; et si ces responsabilités correspondent simplement aux obligations négatives de respect relevant de l'État, ou si elles correspondent également aux obligations de protection et de réalisation qui incombent à l'État⁹⁶.

Tout en ayant à l'esprit ces différences entre le droit humanitaire et le droit des droits de l'homme, la section suivante examine les points communs entre ces régimes juridiques, que la situation soit ou non celle d'un conflit armé ou d'une autre urgence.

Points communs entre la protection lors de la fourniture des soins de santé relevant du droit humanitaire et celle relevant du droit des droits de l'homme

Des points communs importants existent dans le régime de protection concernant la fourniture des soins de santé en toute impartialité entre les protections spécifiques du droit international humanitaire pour les blessés et malades, le personnel de santé, les unités et transports sanitaires, et, en particulier, les obligations de respecter et de protéger les droits à la vie et à la santé au titre du droit des droits de l'homme, dans la mesure où les forces armées ou de sécurité des États impliqués dans les conflits armés et autres situations d'urgence sont concernés. Ces points communs portent sur l'obligation fondamentale de fournir une attention et des soins médicaux, ainsi que sur les obligations et interdictions plus spécifiques qui donnent effet à cette obligation fondamentale, notamment l'interdiction d'attaquer, de tuer arbitrairement ou de maltraiter les blessés et les malades, ou le personnel médical ; l'interdiction de limiter arbitrairement ou de refuser le passage du personnel et du matériel médical ; l'interdiction de harceler ou de punir le personnel de santé pour effectuer des activités compatibles avec l'éthique médicale ; et l'obligation de protéger les blessés et les malades et les personnels de santé ainsi que les structures médicales contre les ingérences nuisibles dans la fourniture de soins de santé par des tiers.

95 Le CICR utilise le terme *responsabilités*, qui est insuffisant pour reconnaître les obligations juridiquement contraignantes. Voir CICR, *Le droit international humanitaire et les défis posés par les conflits armés contemporains*, XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, disponible sur : www.icrcconference.org/docs_upl/en/31IC_IHL_challenges_report_EN.pdf.

96 A. Bellal, G. Giacca et S. Casey-Maslen, note 84 supra, pp. 71–72.

L'article présentera maintenant un commentaire de chacune de ces obligations et interdictions communes, en décrivant leurs bases juridiques et la manière dont elles sont interprétées.

Toutes les mesures possibles doivent être prises pour fournir des soins de santé aux blessés et aux malades sans discrimination

Au titre du droit international humanitaire, toutes les parties à un conflit armé ont l'obligation fondamentale de fournir aux blessés et aux malades des soins de santé et une attention médicale dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs. Les soins médicaux doivent être prodigués en toute impartialité, à savoir sans aucune distinction de caractère défavorable basée sur des critères autres que médicaux.⁹⁷ La formulation « dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs » signifie qu'il ne s'agit pas là d'une obligation absolue, mais plutôt que les parties doivent prendre toutes les mesures possibles en fonction des ressources dont elles disposent et de la possibilité d'adopter de telles mesures au cœur des hostilités⁹⁸. Cela étant, personne ne peut être laissé de façon préméditée sans assistance médicale⁹⁹.

Comme déjà mentionné, au-delà de ces obligations applicables à tous les types de conflits armés, le droit de l'occupation énonce des obligations plus larges pour préserver le système de santé public existant dans les territoires occupés, tandis que le droit humanitaire autre que le droit de l'occupation ne consacre pas d'obligations d'une telle portée. Pour répondre aux besoins les plus urgents – par exemple, la pénurie de matériel et de services essentiels pour la population civile – les parties au conflit doivent s'acquitter de leurs obligations en matière d'assistance humanitaire. Ainsi, dans toutes les situations de conflit armé, si la population civile ne dispose pas de l'essentiel nécessaire à sa survie, des actions de secours humanitaire doivent être prises, sous réserve de l'accord des parties concernées, en particulier l'État territorial¹⁰⁰. Toutefois, ce consentement ne peut être refusé pour des raisons arbitraires¹⁰¹.

Le droit humanitaire est aussi très spécifique dans l'opérationnalisation de la facilitation de la fourniture de soins médicaux, en gardant à l'esprit que les blessés et les malades seront laissés sur le champ de bataille après la fin des combats. À cet égard, le droit humanitaire prévoit que, chaque fois que les circonstances le permettent, et notamment après un engagement, chaque partie au conflit armé doit

97 Art. 3. 2) commun aux CG I-IV ; art. 12 des CG I et II ; art. 10. 2 du PA I ; art. 7. 2 du PA II ; règle 110 de l'étude sur le droit coutumier.

98 Commentaire de l'art. 10 du PA I, par. 446, 451.

99 Art. 12 des CG I et II.

100 Comme indiqué ci-dessus à la note 34, dans les situations d'occupation, la Puissance occupante doit permettre les opérations de secours humanitaires lorsque les besoins fondamentaux des civils ne sont pas couverts. Voir art. 59 de la CG IV et art. 69 du PA I. Pour les situations de conflit armé autres que l'occupation, voir art. 23 de la CG IV ; art. 70-71 du PA I ; art. 18 2) du PA II ; règle 55 de l'étude sur le droit coutumier.

101 Commentaire de la règle 55 de l'étude sur le droit coutumier.

prendre sans tarder toutes les mesures possibles pour rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades sans distinction de caractère défavorable¹⁰².

Au titre du droit international des droits de l'homme, les obligations immédiates et les obligations fondamentales au titre du droit à la santé offrent la base la plus évidente pour plaider en faveur de l'obligation fondamentale consistant à prendre toutes les mesures possibles pour assurer et faciliter les soins de santé essentiels pour les blessés et les malades sans discrimination.

De surcroît, l'obligation de prodiguer des soins essentiels peut également reposer sur le droit à la vie au titre des droits de l'homme. À cet égard, le Comité des droits de l'homme, l'organe de suivi des traités du PIDCP, a noté dans son Observation générale n° 6 sur le droit à la vie, que « le droit à la vie était trop souvent interprété de façon étroite ». L'expression « le droit à la vie ... inhérent à la personne humaine » ne peut pas être entendue de façon restrictive, et la protection de ce droit exige que les États adoptent des mesures positives¹⁰³. Le Comité estime qu'il serait souhaitable que les États parties prennent toutes les mesures possibles pour diminuer la mortalité infantile et pour accroître l'espérance de vie, et en particulier des mesures permettant d'éliminer la malnutrition et les épidémies¹⁰⁴. Ainsi, le Comité des droits de l'homme interprète la portée de l'obligation générale de garantir le droit à la vie figurant à l'article 6 du PIDCP comme allant au-delà de la protection contre les exécutions arbitraires et comme s'étendant à d'autres menaces pour la vie humaine, comme la maladie mortelle¹⁰⁵.

La portée des obligations positives découlant du droit à la vie a également été reconnue par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)¹⁰⁶. Spécifiquement, dans l'affaire *Chypre c. Turquie*, les Chypriotes grecs vivant dans la partie occupée du nord de l'île ont fait valoir que les restrictions sur la capacité de recevoir un traitement médical et le fait de ne pas leur fournir ou de ne pas les autoriser à bénéficier de soins adéquats emportent violation de leur droit à la vie¹⁰⁷. La Cour a observé qu'« une question peut se poser sous l'angle de l'article 2 de la Convention lorsqu'il est prouvé que les autorités d'un État contractant ont mis la vie d'une personne en danger en lui refusant les soins médicaux qu'elles se sont engagées à fournir à l'ensemble de la population »¹⁰⁸. En outre, les Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois – un instrument de droit mou (« *soft law* ») – une interprétation faisant autorité sur les modalités de l'utilisation de la force, confirment aussi l'inter-relation entre la fourniture de soins

102 Art. 15, par. 1 de la CG I ; art. 18 de la CG II ; art. 8 du PA II ; règle 109 de l'étude sur le droit coutumier.

103 Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 6 : le droit à la vie, 30 avril 1982, par. 5, disponible sur : www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/84ab9690ccd81fc7c12563ed0046fae3.

104 *Ibid.*

105 M. Nowak, note 61 supra, p. 123.

106 CEDH, affaire *Chypre c. Turquie*, requête n° 25781/94, arrêt du 10 mai 2001, par. 219 ; CEDH, affaire *Berktaç c. Turquie*, arrêt du 1^{er} mars 2001, par. 154 ; CEDH, affaire *Ilhan c. Turquie*, arrêt du 27 juin 2000, par. 76 ; CEDH, affaire *L.C.B. c. Royaume-Uni*, arrêt du 9 juin 1998, par. 36.

107 CEDH, affaire *Chypre c. Turquie*, note 106 supra, par. 216.

108 *Ibid.*, par. 219. Toutefois, la Cour n'était pas prête à conclure à une telle violation sur les faits spécifiques de la cause puisqu'à son avis, il n'a pas été établi que la vie de tous les patients ait été mise en danger à cause de retards dans le traitement médical imposé par la République turque des autorités de Chypre du Nord.

de santé essentiels et la protection du droit à la vie et précisent que chaque fois que le recours légitime à la force et aux armes à feu est inévitable, les membres des forces de l'ordre doivent veiller à ce que toutes les personnes blessées ou autrement touchées reçoivent une assistance et des soins médicaux aussi rapidement que possible¹⁰⁹.

Le droit pénal international, en particulier concernant les crimes contre l'humanité, constitue une autre base permettant de faire valoir que le refus de soins de santé vitaux peut constituer une violation du droit à la vie. C'est parce qu'il est aujourd'hui largement reconnu que les infractions sous-jacentes des crimes contre l'humanité peuvent être commises en dehors d'un conflit armé et sont donc liées par le droit des droits de l'homme, ainsi qu'il ressort de la codification plus élaborée de ces crimes à l'article 7 du Statut de la Cour pénale internationale (CPI). Sont particulièrement concernées les infractions sous-jacentes de meurtre et d'extermination, qui sont des manifestations spécifiques des violations du droit à la vie. Outre les éléments constitutifs généraux des crimes contre l'humanité¹¹⁰, dans le cas du meurtre, il est nécessaire de prouver que la mort d'une personne résulte d'un acte ou d'une omission de l'accusé commis avec l'intention de tuer ou de causer des blessures graves dont l'accusé savait qu'elles étaient susceptibles d'être mortelles¹¹¹. Ainsi, le refus délibéré de fournir des soins de santé vitaux peut constituer un meurtre par omission. Plus intéressant encore, l'extermination implique la commission de meurtres sur une grande échelle dont le but est la destruction d'une grande partie de la population. À cet égard, peuvent être constitutifs du crime d'extermination au regard de la CPI, par exemple, le fait d'imposer intentionnellement des conditions de vie, telles que la privation d'accès à la nourriture et aux médicaments, calculées pour entraîner la destruction d'une partie de la population¹¹².

Contrairement au droit humanitaire, le droit des droits de l'homme ne consacre pas des obligations spécifiques pour rechercher et recueillir les blessés et les malades. Toutefois, le CDESC a souligné que les installations, biens et services en matière de santé, doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous

109 Principe 5c) des Principes de base des Nations Unies sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois, adoptés par le huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, Cuba, 27 août au 7 septembre 1990, Doc. Nations Unies. A/CONF.144/28/Rev. 1.

110 Conformément à l'art. 7(1) du Statut de la Cour pénale internationale, on entend par crime contre l'humanité l'un quelconque des actes ci-après lorsqu'il est commis dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématique lancée contre toute population civile et en connaissance de cette attaque. Par *attaque lancée contre une population civile*, on comprend le comportement qui consiste en la commission multiple d'actes visés au paragraphe 1 à l'encontre d'une population civile quelconque, en application ou dans la poursuite de la politique d'un État ou d'une organisation ayant pour but une telle attaque.

111 Éléments constitutifs de crimes au regard de l'art. 7(1)(a) du Statut de la Cour pénale internationale, disponible sur : www.icc-cpi.int/NR/rdonlyres/336923D8-A6AD-40EC-AD7B-45BF9DE73D56/0/ElementsOfCrimesfr.pdf ; CPI, *Le Procureur c. Bemba Gombo*, ICC-01/05-01/08, décision rendue en application des alinéas a) et b) de l'article 61-7 du Statut de Rome, relativement aux accusations portées par le Procureur à l'encontre de Jean-Pierre Bemba Gombo, 15 juin 2009, par. 131-138 ; Tribunal pénal international pour le Rwanda, *Le Procureur c. Akayesu*, TPIR-96-4-T, arrêt du 2 septembre 1998, par. 589-590 ; Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c/ Goran Jelusic*, IT-95-10-T, arrêt du 14 décembre 1999, par. 51.

112 Éléments constitutifs de crimes au regard de l'art. 7 (1)(b) du Statut de la Cour pénale internationale, note 111 supra.

les groupes de la population¹¹³. En outre, il est possible de déduire des obligations générales au titre du droit à la santé et du droit à la vie que les États doivent prendre des mesures positives afin de faciliter l'accès aux soins de santé sur une base non discriminatoire, en particulier dans les cas où des personnes sont blessées ou touchées par l'utilisation antérieure de la force par des services de maintien de l'ordre, comme examiné antérieurement.

Ces obligations fondamentales qui visent à faciliter la fourniture de soins de santé essentiels aux blessés et malades constituent la base d'une conduite plus spécifique qui protège les blessés et malades, le personnel de santé, les unités et transports sanitaires en vertu du droit humanitaire et du droit des droits de l'homme.

Les blessés et les malades et les personnels de santé ne doivent pas être l'objet d'attaques, de privation arbitraire de la vie ni de mauvais traitements. Le recours à la force contre des personnels de santé n'est justifié que dans des circonstances exceptionnelles.

Au titre du droit international humanitaire, l'obligation fondamentale de respecter les blessés et les malades suppose, en particulier, de ne pas les attaquer, les tuer, les maltraiter, ni leur causer d'autres maux, quels qu'ils soient¹¹⁴. Pour bénéficier du statut protégé des blessés et des malades, les personnes doivent, en vertu du droit humanitaire, s'abstenir de tout acte d'hostilité¹¹⁵.

Les protections spécifiques octroyées au titre du droit international humanitaire, au personnel de santé, unités et moyens de transport exclusivement affectés à des fins médicales par une autorité compétente d'une partie au conflit, découlent des obligations fondamentales concernant les blessés et malades¹¹⁶. À cet égard, les obligations de respecter le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires qui poursuivent leur tâche exclusivement humanitaire, militaire ou civile, signifient qu'ils ne peuvent être ni attaqués ni lésés, même si l'unité ou le transport sanitaire ne compte aucun blessé et malade ou même si le personnel de santé ne traite pas de blessés et de malades à un moment donné¹¹⁷. L'obligation de respecter et de protéger les blessés et malades et les personnels, unités et transports sanitaires implique, dans le cadre de la conduite des hostilités, que sont interdites non seulement les attaques directes et sans discrimination, mais aussi celles dont on peut s'attendre qu'elles causent un préjudice excessif au personnel de santé, aux unités et moyens de transport sanitaires en tant que personnes et objets ayant droit à une protection spécifique, en raison de la fonction médicale, de non-combattant de ces personnes et objets¹¹⁸.

113 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 12, 43.

114 Art. 12 des CG I et II ; art. 16 de la CG IV ; art. 10 du PA I ; art. 7 du PA II ; commentaire de l'art. 10 du PA I, par. 446.

115 Voir PA I, art. 8 a).

116 Commentaire de la CG I, art. 12, p. 134.

117 CG I, art. 19 1), 24–26, 35 ; CG II, art. 23, 36 ; CG IV, art. 18, 20, 21 ; PA I, art. 12(1), 15, 21 ; PA II, art. 9, 11(1) ; règles 25, 28, et 29 de l'étude sur le droit coutumier.

118 Commentaire de l'art. 18 de la CG IV, pp. 147–148 ; commentaire du PA I, art. 12, par. 539–540. D'autres personnes qui ne sont pas exclusivement affectées à des activités médicales par une partie au conflit bénéficieraient aussi généralement de la protection contre les attaques directes, aveugles susceptibles de

De plus, les obligations de respect et de protection exigent des parties au conflit qu'elles prennent toutes les précautions possibles pour épargner les blessés et malades, ainsi que les personnels de santé, les unités et moyens de transport sanitaires dans les attaques et contre les effets des attaques¹¹⁹. Ces obligations sont également basées sur les obligations générales qui régissent les règles de conduite des hostilités. À cet égard, les parties au conflit sont tenues de faire tout leur possible pour vérifier que les objectifs à attaquer sont des objectifs militaires, et ne sont ni des civils ni des biens de caractère civil, et ne *bénéficient* pas d'une *protection spéciale*, tels que le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires. En outre, ils sont obligés d'annuler ou de suspendre une attaque lorsqu'il devient évident que l'objectif n'est pas militaire ou qu'il bénéficie d'une *protection spéciale*¹²⁰. Les parties au conflit doivent également prendre toutes les précautions pratiquement possibles quant au choix des moyens (armes) et méthodes d'attaque (la façon dont les armes sont utilisées) en vue d'éviter, et, en tout cas, de réduire au minimum, les pertes et dommages civils qui pourraient être causés incidemment, ce qui peut aussi s'appliquer, mutatis mutandis, à l'ensemble du personnel de santé, des unités et moyens de transport sanitaires, civils ou militaires¹²¹.

Ces obligations sont particulièrement importantes dans les situations où le personnel de premiers secours, qu'il relève ou non de la catégorie du personnel

causer des pertes civiles excessives par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu s'ils sont des civils. Voir PA I, art. 51 ; règles 1, 11 et 14 de l'étude sur le droit coutumier.

119 Commentaire de la CG IV, art. 18 ; commentaire du PA I, art. 12, par. 540.

120 PA I, art. 57(2)(a)(i), 57(2)(b) ; règles 16 et 19 de l'étude sur le droit coutumier.

121 Voir, par exemple, Australie, *Manual of the Law of Armed Conflict*, Australian Defence Doctrine Publication 06.4, Australian Defence Headquarters, 11 mai 2006, par. 5.9. La proportionnalité exige d'un commandant qu'il mette en balance la valeur militaire découlant de la réussite de l'opération par rapport aux effets nuisibles possibles infligés aux *personnes et aux objets protégés*. Il doit y avoir une relation acceptable entre la destruction des cibles militaires légitimes et la possibilité de dommages collatéraux ; Canada, *Law of Armed Conflict Manual*, 2001, par. 204.5. Pour voir si le principe de proportionnalité est respecté, on se base sur l'apport anticipé pour l'objectif militaire d'une attaque ou d'une opération dans son ensemble. L'avantage militaire attendu doit être mis en balance contre les autres conséquences de l'action, comme l'effet défavorable sur des civils ou biens de caractère civil. Il faut voir quels sont les intérêts découlant de la réussite de l'opération par rapport aux effets néfastes possibles infligés aux *personnes et objets protégés* d'autre part. New Zealand, *Interim Law of Armed Conflict Manual*, DM 112, New Zealand Defence Force Headquarters, Directorate of Legal Services, Wellington, novembre 1992, par. 207. Le principe de proportionnalité établit un lien entre les concepts de nécessité militaire et d'humanité. Cela signifie que le commandant n'a pas le droit de causer des dommages aux *non-combattants* qui sont disproportionnés par rapport au besoin militaire ... Il faut mettre en balance les intérêts découlant de la réussite de l'opération d'une part, par rapport aux effets nuisibles possibles causés aux *personnes et objets protégés* d'autre part ; Philippines, *Air Power Manual*, Philippine Air Force Headquarters, Office of Special Studies, May 2000, par. 1-6.4. Cependant, le droit des conflits armés ne devrait pas être un obstacle dans la conduite des opérations. En fait, le droit reconnaît la croyance selon laquelle la destruction de cibles vitales, surtout si elle abrège le conflit, a des effets humains sur le long terme. Le principe unificateur majeur s'applique toujours – l'importance de la mission militaire (nécessité militaire) détermine, en tant que jugement équilibré (proportionnalité), la mesure du dommage collatéral causé incidemment à une personne ou un objet qui serait autrement protégé ; Hongrie, *Military Manual*, 1992, p. 45. Toutes les mesures possibles doivent être prises pour épargner les personnes civiles et biens de caractère civil ainsi que les personnes et biens spécifiquement protégés (ces manuels sont disponibles en anglais sur : www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule_14 et www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule15) ; PA I, art. 57(2)(a)(ii) ; règle 17 de l'étude sur le droit coutumier.

médical au titre du droit humanitaire, se précipite sur les lieux d'une attaque ou d'attaques pour recueillir et évacuer les personnes blessées. Dans ces circonstances, on ne saurait surestimer l'importance du respect de l'obligation de faire tout ce qui est possible pour vérifier si l'objet à réattaquer reste un objectif militaire ou s'il a effectivement été détruit ou neutralisé. Le fait que le personnel de santé arrive sur place après une ou plusieurs attaques impacte inévitablement la façon dont les attaquants doivent s'acquitter de leurs obligations de précaution pour choisir des méthodes d'attaque afin d'éviter ou au moins de réduire les dommages infligés à ce personnel dans une attaque ultérieure contre le même objectif militaire. La retenue s'impose en particulier sur le moment de l'attaque¹²². Par conséquent, un attaquant doit attendre que le personnel de premiers secours recueille et évacue les blessés et malades de l'endroit d'une attaque antérieure. La présence de personnel médical doit également être prise en compte dans l'évaluation de la proportionnalité pour savoir si les pertes qu'on peut attendre d'une attaque de suivi pour les civils et le personnel de santé, ainsi que des unités et moyens de transport sanitaires, seraient excessifs par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu.

Malheureusement, plusieurs ateliers d'experts, dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger » ainsi que la récente publication du CICR sur les incidents violents survenus en 2012, ont mis en exergue l'émergence d'un modèle inquiétant, à savoir le mépris manifeste des attaquants à l'égard de ces obligations de précaution. On a observé que les attaquants, appartenant à des États parties au conflit ainsi qu'à des groupes armés non-étatiques au conflit, ont lancé rapidement et intentionnellement une seconde vague d'attaques illicites contre les personnes portant secours aux victimes d'une attaque ou d'attaques antérieures¹²³, ce qui restreint considérablement les possibilités qu'une partie au conflit a de s'acquitter de son obligation de rechercher et de recueillir les blessés et les malades sans tarder après un engagement. Dans le même esprit, le personnel de premiers secours des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ou d'autres prestataires de soins de santé impartiaux peuvent être empêchés d'aider une partie au conflit à rechercher et recueillir des blessés et des malades. Face à de telles pratiques, le personnel de premiers secours risque d'hésiter à rechercher, recueillir et évacuer rapidement les blessés et les malades du champ de bataille après une première attaque par soucis d'assurer sa propre sécurité. Ce serait au détriment de communautés entières de blessés et malades qui dépendent d'une aide efficace et rapide. Ainsi, dans de telles situations, le personnel de santé est face à un dilemme croissant sur la manière de parvenir à un équilibre acceptable entre le fait d'assurer sa propre sécurité et celle de prodiguer rapidement des services de santé vitaux sur place.

Une obligation particulière de précaution contre les effets des attaques au regard du droit des traités de droit humanitaire applicables aux conflits armés internationaux est que les parties au conflit veillent à ce que les unités sanitaires soient,

122 Sur l'aspect temporel de cette obligation, voir Jean-François Quéguiner, « Précautions prévues par le droit régissant la conduite des hostilités », *International Review of the Red Cross*, Vol. 88, No. 864, 2006, p. 800. en anglais seulement.

123 Voir, par exemple, CICR, *Violent Incidents Affecting Health Care*, note 7 supra, pp. 9–10.

dans la mesure du possible, situés de telle façon que des attaques éventuelles contre des objectifs militaires ne puissent mettre en danger leur sécurité¹²⁴. Bien que cette obligation soit naturellement mieux respectée si des unités sanitaires se trouvent loin de tout objectif militaire, la mise en garde de « autant que possible », il est clair qu'il peut être réaliste dans certaines circonstances, mais irréaliste dans d'autres que les unités sanitaires fonctionnent à proximité d'un objectif militaire ; à cet égard, il est souligné que cette obligation de précaution a sa valeur en particulier dans le contexte des bombardements aériens¹²⁵. Cependant, l'éloignement des objectifs militaires peut être irréaliste lorsque, par exemple, des unités sanitaires existantes se trouvent déjà à proximité des objectifs militaires, comme c'est le cas des unités sanitaires mobiles, (par exemple des hôpitaux de campagne ou des centres de premiers secours) qui peuvent souvent fonctionner près d'un champ de bataille, ou lorsque le combat urbain se déroule à proximité d'une unité sanitaire¹²⁶.

Le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires peuvent perdre leur protection spécifique s'ils commettent, en dehors de leurs fonctions humanitaires, des actes nuisibles à l'ennemi. On peut entendre par « actes nuisibles à l'ennemi » des actes ayant pour but ou pour effet, en favorisant ou en entravant des opérations militaires, de nuire à la partie adverse¹²⁷. La justification d'une telle perte de protection est claire : le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires ne doivent, d'aucune façon, s'engager dans des opérations militaires à l'appui d'une partie au conflit. De tels actes peuvent engendrer un climat général de méfiance qui touche également d'autres prestataires de soins de santé, qui risquent d'avoir à faire face à des niveaux élevés d'insécurité et de violence dans leur travail, ce qui aura une incidence négative sur les blessés et les malades, qui ne peuvent pas recevoir les soins de santé et l'attention médicale dont ils ont besoin.

L'expression « en dehors de leurs fonctions humanitaires » comme exigence supplémentaire, montre clairement que, même si un certain comportement peut sembler constituer un « acte nuisible à l'ennemi », il n'entraîne pas une perte de la protection s'il reste dans le cadre des tâches humanitaires du personnel de santé, des unités et transports sanitaires. Cela empêcherait une interprétation 'd'actes nuisibles à l'ennemi' sur la base de la seule présence, par exemple, d'unités sanitaires mobiles sur les objectifs militaires ou à leur proximité, car cette présence pourrait être due à des raisons purement humanitaires¹²⁸.

124 Voir CG I, art. 19(2) ; CG IV, art. 18(5) ; PA I, art. 12(4) ; étude sur le droit coutumier, p. 96. Cela peut être considéré comme une expression spécifique, dans le cas des unités sanitaires, au regard du principe général de précaution de caractère coutumier, applicable dans les conflits armés internationaux et non internationaux, qui s'efforceront, d'éloigner du voisinage des objectifs militaires la population civile, et les biens de caractère civil soumis à leur autorité. Voir PA I, art. 58(a) ; règle 24 de l'étude sur le droit coutumier.

125 Commentaire de la CG I, art. 19, p. 198 ; commentaire de la CG IV, art. 18 ; commentaire du PA I, art. 12, par. 542.

126 Commentaire de la CG IV, art. 18 ; commentaire du PA I, art. 12, par. 545.

127 Commentaire de l'art. 21 de la CG I ; commentaire de la CG I, art. 21 ; commentaire de la CG I, art. 24 ; commentaire de la CG IV, art. 20.

128 Commentaire du PA I, art. 13.

On entend notamment par « actes nuisibles à l'ennemi » commis « en dehors des fonctions humanitaires », l'utilisation de structures médicales pour abriter des combattants ou fugitifs valides, y entreposer des armes ou des munitions, y installer un poste d'observation militaire, couvrir des opérations militaires¹²⁹ ; ou encore le transport de troupes valides, d'armes ou de munitions ainsi que la collecte ou la transmission de renseignements militaires¹³⁰ ; ou le fait de tirer sur un objectif militaire au combat¹³¹.

Cependant, certains actes ne sont pas considérés comme « actes nuisibles à l'ennemi », comme par exemple le fait d'équiper les membres du personnel de santé d'armes légères individuelles pour leur propre défense ou celle des blessés et des malades, ou le fait qu'ils soient escortés par un personnel militaire, ni la simple présence de ce personnel¹³², ou encore le fait que le personnel de santé soit en possession d'armes légères ou de munitions retirées aux blessés et malades et non encore remises aux autorités compétentes ; le fait de simplement prendre soin de blessés ennemis et de militaires malades ; ou le simple port de l'uniforme militaire de l'ennemi ou de leurs insignes¹³³.

En ce qui concerne la notion « d'armes légères individuelles » dont l'utilisation pour se défendre ou pour défendre des blessés et des malades ne donnerait pas lieu à une perte de protection spécifique, elle fait référence à des armes qui sont généralement transportées et utilisées par un seul individu. Ainsi, ne sont donc pas

129 Commentaire du PA I, art. 23, par. 925 ; règle 29 de l'étude sur le droit coutumier.

130 Commentaire de la GC I, art. 21 ; commentaire de la GC IV, art. 19 ; règle 28 de l'étude sur le droit coutumier. Une interdiction expresse d'utiliser des unités sanitaires pour protéger des objectifs militaires figure au PA I, art. 12(4).

131 Commentaire du PA I, art. 23, par. 925. Lorsque la conduite du personnel de santé s'apparente à ce qui est considéré pour les civils comme une participation directe aux hostilités, en violation du principe de stricte neutralité et en dehors de la fonction humanitaire du personnel médical, elle serait considérée comme un acte nuisible à l'ennemi. Voir le commentaire sur la règle 25 de l'étude sur le droit coutumier. Il convient de souligner que la notion de *participation directe aux hostilités* a une portée différente, car s'appliquant uniquement aux civils, de celle d'*actes nuisibles à l'ennemi*, qui pourraient être commis par le personnel médical militaire ou civil. De plus, on entend par *actes nuisibles à l'ennemi* également la norme régissant la perte de protection des objets sanitaires, et pas seulement de personnes, c'est à dire d'unités et de transport sanitaires.

132 Le Mouvement est par principe opposé à l'utilisation de toute protection armée. Cette position figure dans la résolution 9 du Conseil des Délégués de 1995, intitulée « Protection armée de l'aide humanitaire », et réaffirmée plus récemment dans la résolution 7 du Conseil des Délégués de 2005, intitulée « Document d'orientation sur les relations entre les composantes du Mouvement et les organismes militaires ». Cette objection fondamentale à des escortes armées est que toute protection armée pour une composante du Mouvement est en contradiction avec les Principes fondamentaux d'humanité, d'indépendance, d'impartialité et de neutralité. Cependant, ces résolutions du Conseil de Délégués et en particulier le rapport sur le recours à la protection armée annexé à la résolution 9 du Conseil des Délégués de 1995, reconnaissent qu'il peut y avoir des situations exceptionnelles dans lesquelles des vies humaines ne peuvent être sauvées qu'en acceptant une escorte armée, le principe d'humanité obligeant les composantes du Mouvement, dans certaines circonstances, à admettre des modifications dans leurs méthodes de procéder habituelles. Le rapport énonce certaines conditions minimales ou des questions auxquelles il faut répondre affirmativement et qui ont été approuvées par les résolutions susmentionnées, avant qu'une composante du Mouvement ne prenne la décision d'accepter une escorte armée. Et pourtant, les transports sanitaires, qui ne font pas partie du Mouvement, pourraient fonctionner avec des convois militaires et, dans certains cas, être obligés de faire partie d'un convoi militaire.

133 CG I, art. 22 ; PA I, art. 13 ; commentaire des règles 25 et 29 de l'étude sur le droit coutumier.

seulement admis les armes de poing, telles que les pistolets, mais aussi les fusils, voire les mitraillettes ; en revanche les mitrailleuses et toutes armes lourdes, qui ne sont pas facilement transportables par un seul individu et qui doivent être maniées à plusieurs, ne sont pas considérées comme des armes légères individuelles. Leur utilisation entraînerait une perte de la protection spécifique¹³⁴.

Il convient de souligner que même les armes légères individuelles ne peuvent être utilisées que pour se défendre ou défendre des blessés et des malades. Cela comprend la défense contre la violence par des pillards ou des maraudeurs ou des attaques illégales dirigées contre le personnel, des blessés et malades ou médicaux par des combattants ennemis et des actions visant au maintien de l'ordre à l'intérieur d'une unité sanitaire, par exemple pour se défendre contre la violence chez les convalescents blessés et malades. Dans le même esprit, lorsque des civils sont impliqués dans des activités médicales, l'emploi de la force en légitime défense individuelle contre une attaque illicite ou contre des pillages, des viols et des meurtres commis par des soldats en maraude n'entraînerait pas une perte de la protection contre les attaques directes, car cette défense n'a pas de lien de belligérance et ne constitue donc pas une participation directe aux hostilités¹³⁵. Cependant, l'utilisation d'armes légères individuelles pour résister face à une avance militaire de l'ennemi dans le territoire où se situe une unité sanitaire ou s'opposer à la saisie de l'unité par la partie adverse n'entrerait pas dans le cadre de cette interprétation restrictive de *défense* ; cela reviendrait donc à faciliter ou à entraver des opérations militaires d'une partie adverse au conflit et constituerait donc un acte nuisible à l'ennemi¹³⁶.

Des considérations similaires quant aux limites admissibles de port d'armes pour le personnel de santé s'appliquent dans le cas d'armes montées sur les unités de transport sanitaires. Ainsi, aucun armement ne pourrait être monté aux fins de son utilisation dans un mode offensif. Par contre, des moyens de défense purement réfléchis, tels que le chaff et les leurres infrarouges paille, peuvent être admis¹³⁷. Dans le même ordre d'idées, la simple utilisation par le personnel de santé ou des civils impliqués dans la fourniture de soins de santé d'équipements de protection individuelle (casques, gilets pare-balles ou masques à gaz) ou l'utilisation de véhicules blindés, ne dépasserait pas les limites autorisées pour la défense individuelle, car ces articles servent à des fins exclusivement défensives pour absorber l'impact d'engins explosifs ou réduire l'exposition à des produits chimiques ou des matières dangereuses¹³⁸.

134 Commentaire du PA I, art. 13, par. 563.

135 CICR, *Guide interprétatif sur la notion de participation directe aux hostilités en droit international humanitaire*, 2010, p. 63.

136 *Ibid.*, par. 560-561 ; commentaire de la CG I, art. 22. Voir aussi Bosnia and Herzegovina, *Military Instructions*, 1992, Item 15, par. 2 ; Afrique du Sud, *Law of Armed Conflict Manual*, 1996, par. 59 (les deux manuels sont disponibles en anglais sur : www.icrc.org/customary-ihl/eng/print/v2_rul_rule28) ; États-Unis, *Army Health System, Army Tactics, Techniques, and Procedures*, No. 4-02, août 2013, p. 3-9, par. 3.31 ; http://armypubs.army.mil/doctrine/DR_pubs/DR_a/pdf/attp4_02.pdf.

137 Louise Doswald-Beck (éd.), *Manuel de San Remo sur le droit international applicable aux conflits armés sur mer*, adopté le 12 juin 1994, disponible sur : <https://www.icrc.org/applic/ihl/dih.nsf/TRA/560?OpenDocument&>.

138 Cependant, ce qu'il est légalement possible de faire sans perdre de protection doit toujours être analysé du point de vue de l'avantage ou de l'impact négatif en termes opérationnels. À cet égard, lors de l'atelier

La perte de la protection spécifique du personnel de santé, des unités et moyens de transport sanitaires est soumise à d'autres conditions en vertu du droit international humanitaire avant d'être effective – à savoir, le non-respect lors d'un avertissement, accompagné, dans tous les cas appropriés, d'un délai raisonnable¹³⁹. Le but de cette sommation est de permettre à ceux qui commettent un acte nuisible à l'ennemi de mettre fin à leur conduite, ou – s'ils persistent – de permettre l'évacuation des blessés et des malades qui ne sont pas responsable de ce comportement et qui ne devraient pas devenir les victimes innocentes de tels actes¹⁴⁰. Par rapport à la protection générale des personnes et biens civils dans la conduite des hostilités, une sommation doit être donnée dans un délai raisonnable comme condition requise à la perte de la protection spécifique du personnel de santé, des unités et moyens de transport sanitaires n'est pas soumise à une mise en garde importante « à moins que les circonstances ne le permettent pas », ce qui, par exemple, permet à une partie au conflit de donner un avertissement où la surprise est essentielle lors d'une attaque particulière¹⁴¹.

Cependant, même dans une situation où le personnel de santé, les unités ou moyens de transport sanitaires ont perdu leur protection spécifique et peuvent être attaqués, l'obligation de respecter et de protéger les blessés et les malades dans leur charge nécessite encore que des efforts soient faits pour les épargner et que des mesures actives pour leur sécurité soient prises¹⁴². Ainsi, les attaques contre le personnel de santé, les unités ou moyens de transport sanitaires qui ont perdu leur protection doivent respecter le principe de proportionnalité et l'obligation de prendre

sur les soins de santé en danger tenu au Mexique sur les services ambulanciers et pré-hospitaliers, il a été recommandé que le port de ces articles soit évalué quant à ses avantages et inconvénients dans le contexte spécifique avant d'autoriser leur utilisation. Quand une décision est prise sur l'utilisation des équipements de protection individuelle, une formation adéquate sur son utilisation appropriée doit être organisée. Voir Croix-Rouge de Norvège, avec le soutien de la Croix-Rouge mexicaine et le CICR, les services ambulanciers et pré-hospitaliers dans les situations de risque, 2013, pp. 37–40, disponible sur : <http://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4173.pdf> (dernière consultation en mai 2014).

139 GC I, art. 21 ; GC II, art. 34(1) ; GC IV, art. 19(1) ; PA I, art. 13(1) ; PA II, art. 11(2) ; règles 25, 28 et 29 de l'étude sur le droit coutumier.

140 Jean Pictet (éd.), *Commentaire des Conventions de Genève du 12 août 1949*, Comité international de la Croix-Rouge, Genève, 1960, art. 21 de la CGI I ; et art. 19 de la GC IV. Voir aussi Yves Sandoz, Christophe Swinarski et Bruno Zimmermann (éd.), *Commentaire des Protocoles additionnels*, CICR, Genève 1987, art. 13 du PA I ; et art. 11 du PA II.

141 Voir PA I, art. 57(2)(c). Il semblerait que la condition d'un avertissement pour la perte de la protection du personnel de santé, des unités et moyens de transport sanitaires, serait du moins dans l'écrasante majorité des cas, une exigence obligatoire qui ne saurait être supprimée. Toutefois, dans des circonstances exceptionnelles, comme en cas de menace imminente et grave pour la vie de l'avancement des combattants (c'est-à-dire quand ils font l'objet momentanément de tirs), il ne serait pas réaliste de s'attendre à ce qu'un attaquant réponde à l'exigence d'avertissement. Voir Australie, *The Manual of the Law of Armed Conflict*, 2006, par. 9.69 ; Pérou, *International Humanitarian Law Manual*, 2004, Chapitre V, par. 88(b)(2) ; Israël, Supreme Court, sitting as High Court of Justice, *Physicians for Human Rights v. IDF Commander in the West Bank*, No. 2936/02, arrêt du 8 avril 2002 (tous disponibles sur : www.icrc.org/customary-ihl/eng/print/v2_rul_rule28). D'autre part, comme le délai est soumis à la mise en garde explicite dans tous les cas appropriés, il s'ensuit que cette exigence peut être levée de façon plus générale lorsqu'une nécessité militaire l'exige.

142 Voir Pérou, *International Humanitarian Law Manual*, note 140 supra, par. 88(b)(2), où il est indiqué dans le contexte d'une attaque à la suite d'une perte de la protection d'une unité sanitaire : « En tout état de cause, il faut tenter de protéger les blessés et les malades ».

toutes les précautions possibles pour éviter, ou du moins réduire au minimum, les pertes de la vie causées incidemment et (d'autres) blessures aux blessés et aux malades¹⁴³.

La commission d'un acte nuisible à l'ennemi ne constitue pas automatiquement une violation du droit international humanitaire, car le droit humanitaire ne comporte pas d'interdiction générale de commettre des actes nuisibles à l'ennemi. Toutefois, selon les circonstances, certains actes nuisibles à l'ennemi peuvent, outre la perte de la protection du personnel de santé, des unités ou moyens de transport sanitaires, constituer une violation des obligations de précaution pour protéger les blessés et les malades, ainsi que le personnel de santé et les objets sous leur contrôle, contre les effets des attaques. De plus, un tel comportement peut donner lieu à d'autres violations du droit international humanitaire, voire des violations graves du droit humanitaire, à savoir des crimes de guerre. Par exemple, si le personnel de santé arbore l'un des emblèmes à titre protecteur en commettant des actes nuisibles à l'ennemi, il enfreint l'interdiction au regard du droit humanitaire d'utilisation abusive de l'emblème distinctif¹⁴⁴. Par ailleurs, si un emblème protecteur fait appel à la bonne foi de l'adversaire en ce qui concerne la protection prévue par ce droit et lui fait croire que l'on est protégé en tant que personnel médical afin de le tuer ou de le blesser, et que cet adversaire meurt ou est blessé, cela s'apparente à un crime de guerre, à savoir au fait de tuer ou blesser avec perfidie un adversaire¹⁴⁵.

Au titre du droit international des droits de l'homme, les États ont l'obligation de ne soumettre quiconque relève de leur juridiction, y compris les blessés, les malades et les personnels de santé, à la privation arbitraire de la vie¹⁴⁶. Le recours à la force par des agents de l'État contre des personnels de santé ne se justifie que s'il est absolument nécessaire – dans des opérations du maintien de l'ordre – pour défendre des tiers d'une menace imminente contre leur vie ou leur intégrité physique ; pour empêcher la perpétration d'un crime particulièrement grave mettant sérieusement en danger des vies humaines ; d'arrêter une personne présentant un tel risque et

143 Alexandra Boivin, *The Legal Regime Applicable to Targeting Military Objectives in the Context of Contemporary Warfare*, Research Paper Series No. 2, University Centre for International Humanitarian Law, 2006, p. 56; Jann K. Kleffner, *Protection of the wounded, sick and shipwrecked*, Dieter Fleck (ed.), *The Handbook of International Humanitarian Law*, 2^e ed., Oxford University Press, Oxford, 2008, p. 344.

144 PA I, art. 38 ; PA II, art. 12 ; règle 59 de l'étude sur le droit coutumier.

145 Constituent une perfidie « les actes faisant appel, avec l'intention de le tromper, à la bonne foi d'un adversaire pour lui faire croire qu'il a le droit de recevoir ou l'obligation d'accorder la protection prévue par les règles du droit international applicable dans les conflits armés ». Voir PA I, art. 37 ; règle 65 de l'étude sur le droit coutumier. Lorsque l'usage perfide de l'emblème distinctif entraîne la mort ou des blessures graves, il s'apparente à une infraction grave, conformément à l'art. 85 (3) (f) du PA I. En outre, cela revient également à un crime de guerre en vertu du droit international coutumier ; voir règle 156 de l'étude sur le droit coutumier. Voir aussi le crime de guerre consistant à tuer ou blesser avec perfidie figurant aux art. 8(2)(b)(xi) et 8(2)(e)(ix) du Statut de la Cour pénale internationale. De plus, le fait d'utiliser indûment des signes distinctifs prévus par les Conventions de Genève, et, ce faisant, de causer la perte de vies humaines ou des blessures graves, constitue également un crime de guerre dans les conflits armés internationaux, art. 8(2)(b)(vii) du Statut de la Cour pénale internationale droit international coutumier. Voir règle 156 de l'étude sur le droit coutumier.

146 PIDCP, art. 6(1) ; CEDH, art. 2 ; Convention américaine relative aux droits de l'homme, art. 4 ; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, art. 4.

résistant à leur autorité ou pour empêcher sa fuite; ou pour réprimer une émeute ou une insurrection¹⁴⁷. Le principe standard d'absolue nécessité impose que la force ne peut être utilisée que si des moyens moins extrêmes, en particulier une arrestation, sont insuffisants pour atteindre ces objectifs¹⁴⁸. Généralement, ni les blessés et les malades, ni les personnels de santé ne constituent une menace imminente telle qu'elle justifie le recours à la force contre eux. Lorsqu'ils commettent des actes de violence autres que pour se défendre ou défendre des tiers¹⁴⁹, les responsables de l'application des lois doivent donner un avertissement clair de leur intention d'utiliser des armes à feu, en laissant un délai suffisant pour que l'avertissement puisse être suivi d'effet, à moins qu'une telle façon de procéder ne présente un danger de mort ou d'accident grave pour l'officier de police concerné ou pour d'autres personnes. Contrairement à la notion de proportionnalité au regard du droit humanitaire, ce concept est utilisé dans le droit des droits de l'homme non pour justifier des dommages fortuits pour les personnes et les objets entourant la cible de l'usage de la force mais plutôt de minimiser l'effet de l'utilisation de la force contre la personne visée¹⁵⁰.

Enfin, au titre du droit des droits de l'homme, lorsque l'usage de la force inflige une douleur ou des souffrances aiguës et est hors de proportion par rapport à un objectif légitime – par exemple, la lutte contre une menace imminente à l'intégrité de la vie ou l'intégrité physique d'une autre personne ou pour réprimer une émeute ou une insurrection – il peut aussi déroger à l'obligation des États de ne pas soumettre des individus relevant de leur juridiction à des traitements cruels, inhumains ou dégradants. C'est parce que l'interdiction de ces mauvais traitements, contrairement à l'interdiction de la torture, peut également entrer en jeu en cas de recours aux forces de police en dehors des situations de détention¹⁵¹. Même si la douleur ou la souffrance est moins sévère¹⁵² par cette force infligée de façon humiliante, elle peut s'apparenter à un traitement dégradant. Cependant, dès qu'une personne ou un professionnel de la santé blessé ou malade se trouve sous le contrôle physique direct de la police, en étant arrêté ou détenu, aucun usage de la force quel qu'il soit n'est permis contre lui¹⁵³.

L'accès aux structures, biens et services de santé ne doit pas être arbitrairement limité et les refus à cet accès doit être évité autant que possible

En vertu du droit international humanitaire, l'obligation de soigner les blessés et les malades n'englobe pas seulement un traitement médical, y compris les premiers

147 Art. 2. 2 CEDH ; Comité des droits de l'homme, *Guerrero c. Colombie*, Communication n° R.11/45, 31 mars 1982, par. 13.2, 13.3, Doc. Nations Unies. Supp. No. 40(A/37/40), p. 152-163 ; Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Las Palmeras*, Arrêt, 26 novembre 2002, Ser. C No. 96 (2002) ; Nowak, op. cit., note 61 supra, p. 128 ; principes 9, 10 des Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois, Doc. Nations Unies A/CONF.144/28/Rev.1 (1990).

148 *Ibid.*, Principe 9.

149 *Ibid.*, Principes 9 et 10.

150 Noam Lubell, « Challenges in applying human rights law to armed conflict », *International Review of the Red Cross*, Vol. 87, No. 860, 2005, pp. 745-746.

151 PIDCP, art. ; CAT, art. 16 ; Manfred Nowak, « Challenges to the absolute nature of the prohibition of torture and ill-treatment », *Netherlands Quarterly of Human Rights*, Vo. 23, 2005, pp. 676-678.

152 *Ibid.*, p. 678.

153 *Ibid.*

secours, mais entraîne aussi, par exemple, de les remettre à une unité sanitaire ou d'assurer leur transport vers un lieu où ils peuvent avoir une prise en charge adéquate¹⁵⁴. Par conséquent, limiter arbitrairement, ou en refusant un transport sanitaire sans fournir d'alternative pour le transport des blessés et malades, du personnel ou des services de santé porterait atteinte à cette obligation. Le mot « arbitrairement » reflète l'étendue de l'obligation de fournir des soins « dans toute la mesure possible et dans les délais les plus brefs » ; ce qui permet des considérations non seulement de la possibilité matérielle, mais aussi de nécessité militaire¹⁵⁵, comme le contrôle des moyens de transport sanitaires pour des raisons de sécurité aux postes de contrôle, y compris pour s'assurer qu'ils ne sont pas utilisés pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi. Bien que la nécessité militaire puisse entraîner inévitablement un certain temps d'attente, elle devrait être mise en balance avec l'impératif humanitaire que les évacuations médicales impliquent, de façon à minimiser les temps d'attente et éviter les refus, autant que possible. Une interdiction de blocage arbitraire du transport sanitaire peut également résulter de l'obligation de respecter le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires, car cela exige des parties au conflit de ne pas interférer indûment dans leur travail, par exemple en empêchant l'accès des secours aux unités médicales¹⁵⁶.

De plus, cette interdiction résulte de l'obligation générale, selon laquelle chaque fois que les circonstances le permettront et notamment après un engagement, toutes les parties au conflit armé doivent, sans tarder, prendre toutes les mesures possibles pour rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades¹⁵⁷. Cette obligation comprend aussi celle de permettre aux organisations humanitaires impartiales d'aider notamment à rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades ; alors que de telles organisations humanitaires dans la pratique devront obtenir l'autorisation par les parties au conflit de procéder à de telles activités, l'autorisation ne doit pas être refusée arbitrairement¹⁵⁸. Lorsque des blessés et malades civils et des prestataires civils impartiaux sont impliqués, l'interdiction peut être basée, plus généralement, sur les obligations des parties au conflit en matière d'aide humanitaire, comme cela a déjà été examiné ci-dessus¹⁵⁹.

Au titre du droit des droits de l'homme, l'obligation indérogeable de respecter le droit d'accès aux infrastructures, biens et services de santé sur une base non discriminatoire dans le cadre du droit à la santé exige que les États s'abstiennent de refuser ou de limiter arbitrairement un tel accès aux blessés et malades, par exemple en guise de mesure punitive à l'encontre d'opposants politiques¹⁶⁰. Les restrictions sur l'accès des médecins aux blessés et malades en raison du fait qu'ils sont opposés à un gouvernement constituent une limitation arbitraire. Ces restrictions iraient d'abord et avant tout à l'encontre du principe fondamental de non-discrimination

154 Commentaire de la CG I, art. 12 ; commentaire du PA III, art. 8, par. 4655.

155 J. K. Kleffner, note 142 supra, p. 331.

156 Voir, par exemple, commentaire du PA I, art. 12, par. 517.

157 Art. 15, par. 1 de la CG I ; art. 18 de la CG II ; art. 8 du PA II ; règle 109 de l'étude sur le droit coutumier.

158 Commentaire de la règle 109 de l'étude sur le droit coutumier.

159 Voir note 35 supra.

160 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 34, 43, 47 et 50.

des personnes ayant besoin de soins de santé. De plus, il est difficilement concevable que des États parties puissent justifier une limitation d'une telle portée sur la base de la clause de limitation figurant à l'article 4 du PIDESC, car cela semble incompatible avec la nature du droit d'accès aux soins essentiels, ce qui est étroitement lié aux obligations des États de protéger le droit à la vie¹⁶¹. En outre, si une partie de la population est privée de soins de santé nécessaires urgents, des limitations pour raisons de sécurité nationale ne pourront être invoquées que si elles servent le bien-être économique et social de la population d'un État¹⁶². Enfin, les restrictions doivent être proportionnées, c'est-à-dire aller dans le sens de la solution la moins restrictive lorsque divers types de limitations sont disponibles¹⁶³. Cette condition appelle à éviter des refus catégoriques du passage de transports sanitaires et à assurer un minimum de délai possible, par exemple, du passage aux points de contrôle¹⁶⁴.

Les personnels de santé ne doivent pas être entravés dans l'exercice de leurs tâches exclusivement médicales. Ils ne doivent pas être harcelés pour le simple fait d'aider les blessés et les malades, et ne doivent pas être contraints de dénoncer les blessés et malades dans leur prise en charge, sous réserve d'exceptions expressément prévues par le droit international humanitaire, le droit international des droits de l'homme et le droit national

L'obligation au titre du droit international humanitaire de respecter le personnel de santé et les unités sanitaires accomplissant leur fonction de caractère exclusivement humanitaire signifie aussi que les parties à un conflit doivent permettre au personnel de santé de soigner les blessés et les malades, et ne pas empêcher indûment le fonctionnement d'une unité sanitaire¹⁶⁵.

À cet égard, le droit international humanitaire n'interdit pas l'incursion dans les unités sanitaires de forces de sécurité, forces armées ou de groupes armés portant des armes sur eux. Il s'agit d'une manifestation de l'approche pragmatique au regard du droit humanitaire, et la reconnaissance que ces incursions armées peuvent être entrepris à des fins légitimes comme la recherche de criminels présumés ; interroger et arrêter des suspects ; la recherche et l'arrestation de combattants représentant une menace impérieuse à leur sécurité ; ou vérifier qu'une unité sanitaire n'est pas utilisée à des fins militaires¹⁶⁶. L'incursion armée peut également se produire lorsque,

161 *Ibid.*, par. 28.

162 Art. 4 du PIDESC ; P. Alston et G. Quinn, note 66 supra, p. 202.

163 PIDESC, art. 5 ; CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 29.

164 Un des domaines thématiques du projet *Les soins de santé en danger*, notamment l'amélioration des procédures d'exploitation standard pour accélérer les contrôles aux points de contrôle militaires et de sécurité, peut contribuer à renforcer le respect de l'interdiction de refuser ou de limiter arbitrairement, autant que possible, l'accès aux soins de santé. Ce sera l'une des questions discutées lors des ateliers d'experts militaires à Sydney en décembre 2013. L'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé suppose que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif ou autre pour en assurer la pleine réalisation. Voir CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 33.

165 Commentaire de la CG I, art. 19, 24, 35, pp. 196, 220 et 280 ; commentaire du PA I, art. 12 et 21, par. 517 et 840–842 ; commentaire du PA II, art. 11, par 4714.

166 Certaines pratiques des États sont explicites dans la mesure où les unités sanitaires peuvent être inspectées pour vérifier leur contenu et leur utilisation réelle, en particulier vérifier qu'elles ne sont pas utilisées à des fins non-médicales. Voir Benin, Military Manual, 1995, Fascicule II, p. 8 ; Nigeria,

par exemple, des combattants déjà détenus, à la recherche d'un traitement médical dans une unité sanitaire civile, sont accompagnés par des combattants armés de la puissance détentrice. Ces incursions armées ne sont pas interdites par le droit international humanitaire non plus- au contraire, elles peuvent même être nécessaires pour préserver la capacité de mettre en œuvre efficacement l'obligation de fournir des soins de santé et une attention médicale aux blessés et malades sans caractère défavorable. Il convient de rappeler que les différences de traitement ne doivent être fondées que sur des raisons médicales, que le patient soit civil ou militaire, ou qu'il ait ou non antérieurement participé directement aux hostilités.

D'autre part, d'un point de vue humanitaire, une présence importante de porteurs d'armes dans une unité sanitaire peut contribuer à un sentiment d'insécurité du personnel de santé et des blessés et des malades pris en charge dans l'unité. En effet, les incursions armées peuvent avoir pour effet de perturber le fonctionnement normal d'une unité sanitaire. En conséquence, l'accès des médecins aux patients peut être entravé, le personnel de santé et les blessés et malades menacés, et les soins vitaux aux blessés et malades retardés ou refusés. De plus, une présence armée importante dans une unité sanitaire peut éveiller les soupçons d'une partie adverse au conflit. En conséquence, les unités sanitaires risquent d'être soumises à l'attaque en raison de la perception d'une telle partie adverse au conflit que l'unité sanitaire est utilisée pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi.

Le problème des incursions armées n'est pas un problème en soi ; il se peut qu'elles soient effectuées à des fins légitimes, il peut être irréaliste de tenter d'empêcher complètement ces opérations. Le problème réside dans la manière dont ces opérations peuvent être effectuées, avec pour conséquence de retarder indûment ou de refuser le traitement médical des blessés et malades. Si une telle conséquence venait à se produire en raison d'une incursion armée, elle serait incompatible avec l'obligation du droit international humanitaire de respecter le personnel de santé et les unités sanitaires. Naturellement, l'obligation de respecter les blessés et les malades serait également violée, s'ils devaient être lésés à cause du retard ou refus du traitement médical que leur état de santé requiert. Bien que ces obligations générales du droit international humanitaire soient claires, elles doivent être traduites dans des procédures concrètes par les forces armées et les forces de sécurité étatiques et groupes armés non étatiques, de sorte que les incursions armées légitimes soient menées en s'assurant que le travail du personnel de santé et le fonctionnement des unités sanitaires ne soient pas indûment entravés, et que les blessés et malades ne soient pas lésés et se voient indûment refuser les soins de santé dont ils ont besoin¹⁶⁷.

Un défi spécifique, souvent à l'avant-plan avec des incursions armées dans les structures médicales notamment en matière d'interrogatoire et d'arrestation, est que le personnel de santé risque d'être harcelé et menacé de punition afin d'obtenir

International Humanitarian Law, 1994, p. 45, par. (f) ; Sénégal, le droit international humanitaire adapté au contexte des opérations de maintien de l'ordre, 1999, p. 17 ; Togo, le droit de la guerre, 1996, fascicule II, p. 8 (disponible sur : www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule28).

167 Les opérations de recherche dans les structures médicales sont l'un des principaux thèmes d'une consultation du CICR avec des forces armées étatiques dans le projet *Les soins de santé en danger*, qui aboutira à l'atelier d'experts militaires à Sydney en décembre 2013.

des informations sur des personnes recherchées blessées et malades qu'il aurait rencontrées lorsqu'il les a soignées.

Sur cette question, le droit international humanitaire comporte des règles spécifiques visant à éliminer la peur ou toute contrainte de personnel de santé pour effectuer des activités compatibles avec l'éthique médicale¹⁶⁸, y compris au profit d'ennemis blessés et malades d'une partie à un conflit. À cet égard, il est interdit d'inquiéter ou de punir toute personne, y compris le personnel de santé, qui effectue des activités sanitaires conformes à l'éthique médicale. Bien que le terme « punir » couvre non seulement des sanctions pénales, mais aussi, par exemple, des administratives, le terme « inquiéter » est plus large et englobe même « toute tracasserie, menace ou brimade »¹⁶⁹. Il est également interdit de contraindre le personnel de santé à effectuer des activités contraires à l'éthique médicale ou de les obliger à s'abstenir d'accomplir des actes exigés par la déontologie médicale, comme ne pas dispenser des soins à un combattant blessé parce qu'il a participé directement aux hostilités¹⁷⁰.

Le terme « éthique médicale » désigne les devoirs moraux de professionnels de la santé, généralement édictés par les associations professionnelles médicales de chaque État¹⁷¹. Sur le plan international, l'Association médicale mondiale a adopté certaines lignes directrices relatives à cette question, y compris le Code international d'éthique médicale¹⁷², la Déclaration de Genève, une version moderne du serment d'Hippocrate¹⁷³ et les règlements en temps de conflits armés, qui proclament que l'éthique médicale est la même en temps de conflit armé qu'en temps de paix¹⁷⁴. Bien que ces directives n'aient pas été adoptées par les États et n'ont donc pas force obligatoire en vertu du droit international, elles constituent néanmoins un point de référence important pour interpréter ce qu'implique la notion d'éthique médicale.¹⁷⁵ L'éthique médicale, tout comme le droit international humanitaire, sont inspirés par le souci primordial de l'intérêt supérieur de blessés et des malades. Ainsi, par exemple, l'éthique médicale, exigerait du personnel de santé qu'il cherche à utiliser au mieux les ressources de santé pour en faire bénéficier les blessés et les malades ; à respecter les droits et préférences des blessés et des malades, y compris le droit d'accepter ou de refuser un traitement et le droit de la confidentialité de l'information

168 La portée de cette interdiction est donc plus grande que pour la catégorie spécifique du personnel de santé au titre du droit humanitaire, qui doit être assignée par une partie au conflit, exclusivement à des fins médicales définies par le droit humanitaire. Pour la définition du *personnel de santé* voir note 6 supra. Par conséquent, les personnes non assignées seraient protégées par la règle analysée. Cette interdiction est fondée sur la CG I, art. 18(3) ; le PA I, art. 16(1) ; le PA II, art. 10(1) ; règle 26 de l'étude sur le droit coutumier.

169 Commentaire du PA I, art. 16, p. 200, par. 650 ; commentaire du PA II, art. 10, par. 4691.

170 PA I, art. 16(2) ; PA I, art. 10(2) ; règle 26 de l'étude sur le droit coutumier.

171 Commentaire du PA I, art. 16, par. 655.

172 Association médicale mondiale (AMM), Code international d'éthique médicale, adopté par la 3^e Assemblée générale de l'AMM, Londres, Angleterre, 1949, rédaction révisée lors de la 5^e Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, octobre 2006.

173 AMM, Déclaration de Genève, adoptée lors de la 2^e Assemblée générale de l'AMM, Genève, Suisse, 1948, rédaction révisée à la 173^e session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, 2006.

174 AMM, Règles en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence, adoptées par la 10^e Assemblée Médicale Mondiale, La Havane, Cuba, 1956, rédaction révisée à la 173^e session du Conseil, Divonne les Bains, France, mai 2006.

175 Commentaire du PA I, art. 16, par. 656.

liée à la santé, sauf lorsqu'il existe une menace réelle et imminente pour le patient ou d'autres et que cette menace peut être neutralisée uniquement en rompant la confidentialité ; et à ne pas laisser leur jugement professionnel être influencé par le profit personnel ou la discrimination¹⁷⁶. Il est clair que l'éthique médicale exige aussi du personnel de santé qu'il respecte le droit humanitaire et le droit des droits de l'homme – par exemple, il ne doit pas occulter, faciliter ou participer à des actes de torture ou à tout autre traitement cruel, inhumain ou dégradant¹⁷⁷. Malgré l'existence de chevauchements importants entre les règles du droit international humanitaire et l'éthique médicale, cette dernière offre une valeur ajoutée, par exemple, en orientant le personnel de santé lorsqu'il a des décisions difficiles à prendre concernant l'ordre dans lequel traiter les blessés et les malades¹⁷⁸.

La question de la protection contre la dénonciation obligatoire aux autorités nationales de la confidentialité médicale par rapport aux renseignements que le personnel de santé pourrait avoir obtenu sur les blessés et les malades qu'il soigne constitue un dilemme particulier. Cela concerne non seulement les renseignements concernant les blessés et les malades relatifs à la santé, mais aussi des renseignements concernant l'activité, les relations, la localisation ou, tout simplement, l'existence des blessés¹⁷⁹.

Sur cette question, l'éthique médicale est en conflit avec le droit international humanitaire. Elle exige généralement la confidentialité absolue sur l'identité du patient et d'autres renseignements personnels notamment en matière de santé, sous réserve de la discrétion susmentionnée du personnel de santé lorsqu'il existe une menace réelle et imminente pour le patient ou d'autres et que cette menace peut être neutralisée uniquement en rompant la confidentialité¹⁸⁰.

D'autre part, alors que le droit international humanitaire impose généralement l'obligation de respecter la confidentialité médicale, l'article 16 (3) du PA I et l'article 10 (3) du PA II soumettent cette obligation générale à l'exception qui veut que la protection du personnel de santé contre la dénonciation aux autorités est soumise à la législation nationale¹⁸¹. Cela peut laisser une grande marge pour imposer des restrictions en vertu du droit national parce que le libellé de ces dispositions ne contient aucune indication sur la manière dont les autorités législatives nationales doivent exercer ce pouvoir discrétionnaire. Par conséquent, l'étendue des restrictions peut varier en fonction des différentes législations nationales¹⁸².

176 AMM, Code international d'éthique médicale, Devoirs du médecin envers ses patients, note 171 supra ; Commentaire du PA I, art. 16, par. 658.

177 AMM, Règles en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence, note 173 supra.

178 Par exemple, le commentaire du PA I, art. 10, par. 454, donne l'exemple d'un médecin débordé lors d'un conflit armé et qui est confronté à la décision difficile de savoir s'il doit se lancer dans une longue et aléatoire opération d'un blessé très gravement atteint ou sacrifier ce cas au profit d'autres blessés, dont les chances de survie sont meilleures.

179 Commentaire du PA I, art. 16, par. 682.

180 AMM, Code international d'éthique médicale, devoirs du médecin envers ses patients, note 171 supra.

181 À cet égard, le libellé des deux dispositions diffère. L'art. 16 (3) du PA I parle explicitement d'une *exception* en vertu du droit national, alors que l'art. 10 (3) utilise l'expression *sous réserve de la législation nationale*.

182 Commentaire du PA I, art. 16(3), par. 688.

Il importe toutefois de garder à l'esprit que l'objet et but de la protection des renseignements à la connaissance du personnel de santé dans le cadre de leurs activités médicales contre la divulgation obligatoire est que, sans cette protection, nombre de blessés préféreraient souffrir et mourir plutôt que de risquer une dénonciation en demandant de soins de santé. En outre, il faut considérer que le pouvoir discrétionnaire conféré aux autorités législatives nationales ne doit pas avoir pour conséquence que l'obligation de révéler systématiquement l'identité des blessés et des malades ôterait toute sa substance au principe de la confidentialité médicale¹⁸³. Il y a également lieu de relever que les législations nationales ne sauraient, en tout état de cause, imposer l'obligation d'enfreindre les standards minimaux imposés par les règles générales de la déontologie médicale¹⁸⁴, l'une de ces exigences minimales consisterait certainement à ne rien faire qui puisse nuire à un patient.

À cet égard, l'article 16 (3) du PA I précise que lors d'un conflit armé international, dans les relations avec les autorités dont relève le personnel de santé et avec les autorités de la partie adverse, le personnel de santé peut être contraint de révéler ce type d'information dans le cas des maladies transmissibles. Ce cas n'est pas explicitement mentionné dans la disposition correspondante de l'article 10 (3) du PA II applicable aux conflits armés non internationaux régis par le Protocole II, étant donné que ces exceptions sont généralement inscrites dans la législation nationale. Dans ce cas particulier, la dénonciation obligatoire peut se justifier puisque dans le cas des maladies transmissibles, l'intérêt général prime l'intérêt particulier¹⁸⁵. Certains pays exigent aussi que les blessures par balle soient notifiées à des fins d'enquêtes criminelles¹⁸⁶.

Alors que pour des raisons humanitaires, il peut être souhaitable que le champ d'application des dénonciations exigées par le droit national soit limité autant que possible afin de préserver la discrétion des professionnels de la santé sur la confidentialité médicale, lorsque ce n'est pas le cas, l'éthique médicale exigerait des professionnels de la santé qu'ils soient au moins au courant des exigences légales de signaler certaines informations aux autorités. De plus, l'éthique médicale les enjoint de réfléchir à l'avance aux dilemmes possibles et d'informer les blessés et les malades concernés lorsqu'ils doivent divulguer des informations à leur sujet¹⁸⁷.

Le droit international des droits de l'homme ne traite que vaguement des questions liées aux incursions armées examinées dans cette section par l'obligation indérogeable de respecter le droit d'accès des blessés et des malades, aux structures, biens et services sanitaires sans discrimination. Cette obligation impose aux États de s'abstenir d'ingérences directes ou indirectes dans la jouissance de ce droit¹⁸⁸. Les incursions armées résultant du retard ou du refus d'un traitement médical requis

183 Commentaire du PA II, art. 10(3), par. 4700.

184 Commentaire du PA I, art. 16(3), par. 688.

185 Voir commentaire du PA I, art. 16(3), par. 689 ; commentaire du PA II, art. 10(3), par. 4702.

186 CICR, *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*, 2012, p. 84.

187 AMM, *Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence*, Code de conduite : devoirs des médecins travaillant dans des conflits armés et d'autres situations de violence, note 173 supra ; CICR, *Les soins de santé en danger*, note 186 supra, pp. 10 et 84.

188 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 33 et 43.

pour les blessés et les malades ; les menaces, harcèlement ou punition du personnel de santé qui exerce ses tâches purement médicales ; ou des obstacles abusifs aux possibilités de fonctionnement des structures sanitaires entreraient dans le cadre des ingérences interdites.

Plus précisément, comme cela a déjà été mentionné, le CDESC a souligné que les États parties au PIDESC doivent veiller à ce que toutes les installations, biens et services de santé respectent l'éthique médicale, sous réserve des conditions qui prévalent dans l'État concerné, et que les médecins et d'autres professionnels de la santé respectent les codes éthiques de conduite appropriées¹⁸⁹. De plus, les États ont l'obligation de fournir une formation appropriée au personnel de santé, y compris l'éducation en matière de santé et de droits de l'homme, qui sont comparables en priorité aux obligations fondamentales découlant du droit à la santé¹⁹⁰. Il est à noter que le droit des droits de l'homme nécessite donc que les États non seulement s'abstiennent de certains actes qui compromettent l'éthique médicale, mais - sous réserve de leurs ressources disponibles - prennent activement des mesures pour garantir le respect de la déontologie médicale.

En ce qui concerne la protection de traitement conformément à l'éthique médicale, il est également clair que le personnel de santé qui refuse d'obéir aux ordres, par exemple, pour soumettre les personnes à des procédures médicales qui s'apparentent à la torture ou d'autres mauvais traitements non requis par leur état, ne doit pas être puni pour un tel refus¹⁹¹. En ce qui concerne la confidentialité médicale, le droit de ne pas être soumis à des ingérences arbitraires ou illégales dans sa vie privée protège les personnes relevant de la compétence d'un État contre la divulgation indue de données médicales privées et autres données à des personnes tierces en dehors de la relation médecin-patient¹⁹². Ainsi, une telle divulgation ne peut avoir lieu, que si elle est explicitement fondée sur la législation nationale, et la protection contre les ingérences 'arbitraires' ajoute que même une immixtion légitimée par la loi doit être en conformité avec l'objet et le but du droit des droits de l'homme et être raisonnable dans les circonstances particulières de l'espèce¹⁹³.

Alors que cela conduirait à une protection de portée similaire à celle contre la dénonciation de renseignements concernant les blessés et les malades au titre du droit international humanitaire, il faut également prendre en considération que le droit à la vie privée, dans le cadre du droit à la vie privée, la famille, la maison et

189 *Ibid.*, par. 12 et 35.

190 *Ibid.*, par. 12 et 44.

191 PIDCP, art. 7 ; CAT, art. 2(3) ; Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 20 concernant l'interdiction de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 3 octobre 1992, par. 3, 8 et 13, disponible sur : www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/6924291970754969c12563ed004c8ae5?Opendocument

192 Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 16 : droit de toute personne à être protégée contre les immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile et sa correspondance, ainsi que contre les atteintes illégales à son honneur et à sa réputation, 4 août 1988, par. 10, disponible sur : [www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/23378a8724595410c12563ed004aeecd?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/23378a8724595410c12563ed004aeecd?Opendocument) ; HRC, Observations finales : Portugal, Doc des Nations Unies CCPR/CO/78/PRT, 7 mai 2003, par. 18 ; CEDH, *Z c. Finlande*, requête n° 22009/93, arrêt du 25 février 1997, par. 95 ; CEDH, *S et Marper c. Royaume-Uni*, requêtes n° 30562/04, 30566/04, Arrêt Grande Chambre, 4 décembre 2008.

193 Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 16, note 191 supra, par. 3-4.

de la correspondance, au titre du droit des droits de l'homme peut faire l'objet de dérogation en cas de danger public, notamment dans les conflits armés et dans les situations d'urgence dont le seuil d'intensité est inférieur à celui des conflits armés. Même en pareil cas, non seulement la décision générale de proclamer l'état d'urgence (ainsi que sa durée et son champ d'application géographique et matériel) doit se justifier mais des mesures spécifiques doivent également être prises sur la base de la dérogation des droits en question¹⁹⁴.

Les blessés et malades, ainsi que le personnel et les infrastructures de soins de santé, doivent également être protégés contre les ingérences dans les soins de santé par des tiers

Au titre du droit international humanitaire, l'obligation qu'ont les parties à un conflit de protéger les blessés et les malades, les personnels, unités et transports sanitaires suppose notamment que lesdites parties sont également tenues de veiller à ce que ces personnes et objets soient aussi respectés par les tiers, et qu'elles doivent prendre les mesures nécessaires pour aider le personnel de santé, les unités et transports sanitaires à accomplir leurs fonctions. Cela nécessite, par exemple, d'évacuer les blessés et malades hors de la scène de combat, de les abriter, d'assurer l'acheminement de secours médicaux au moyen d'un véhicule ou de faciliter la fourniture d'une unité sanitaire équipée, notamment d'eau ou d'électricité, essentielles à son fonctionnement¹⁹⁵. En particulier, les blessés et les malades doivent être protégés contre les mauvais traitements et le pillage de leurs biens personnels¹⁹⁶.

Au titre du droit international des droits de l'homme, l'obligation qu'ont les États de garantir, sans discrimination, l'accès aux structures, biens et services de santé signifie aussi que les États doivent s'employer activement à ce que les personnes puissent jouir du droit à la santé¹⁹⁷. En outre, les États doivent prendre les mesures appropriées pour empêcher des tiers de s'immiscer dans les soins dispensés aux blessés et aux malades, y compris lorsque des tiers limitent l'accès aux services de santé¹⁹⁸.

194 Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 29, note 61 supra, par. 4–5.

195 Commentaire de la CG I, art. 19, 24 et 35 ; commentaire du PA I, art. 12 et 21, par. 518 et 840–842 ; commentaire du PA II, art. 7, 9 et 11, par. 4635, 4674 et 4714.

196 Art. 15 de la CG I ; art. 18 de la CG II ; art. 16 de la CG IV ; art. 8 du PA II ; règle 111 de l'étude sur le droit coutumier.

197 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 37 ; Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois, Principe 5(c).

198 CDESC, Observation générale n° 14, note 29 supra, par. 33 et 35.

Les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge ne seront utilisés que pour signaler du personnel de santé, des structures médicales, du transport sanitaire protégés, et l'équipement médical associé ou les secours médicaux autorisés pour en faire usage lors de conflits armés, ou pour indiquer que des personnes ou des biens ont un lien avec le Mouvement. Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour éviter et réprimer tout usage abusif des emblèmes.

Durant un conflit armé, l'usage protecteur de l'emblème est la manifestation visible de la protection conférée par le droit international humanitaire¹⁹⁹. En revanche, l'usage indicatif est destiné à montrer le lien des personnes ou objets avec le Mouvement de la croix rouge et du croissant rouge²⁰⁰. Alors que l'emblème utilisé à titre protecteur doit être identifiable d'aussi loin que possible, et qu'il peut être aussi grand qu'il le faut pour le rendre reconnaissable²⁰¹, l'emblème utilisé à titre indicatif doit être comparativement de plus petite taille et ne doit pas être apposé sur un brassard ou une toiture de bâtiment²⁰².

Il faut souligner que l'emblème protecteur n'est pas constitutif de la protection du personnel de santé, des unités et moyens de transport sanitaires ; c'est le droit international humanitaire applicable qui confère une protection particulière de par sa fonction²⁰³. Il n'est pas non plus obligatoire de porter ou d'arborer un emblème ; il

199 Sont habilités à utiliser l'emblème à titre protecteur : les services de santé des forces armées et des groupes armés suffisamment organisés ; les unités et les véhicules sanitaires des Sociétés nationales dûment reconnues et autorisées par leurs gouvernements à assister les services sanitaires des forces armées, quand ils sont employés exclusivement aux mêmes fins que ces derniers et sont soumis aux lois et règlements militaires ; les hôpitaux civils (publics ou privés) qui sont reconnus comme tels par les autorités de l'État et sont autorisés à arborer l'emblème ; dans les territoires occupés et les zones où des opérations militaires sont en cours, les personnes affectées au fonctionnement et à l'administration de tels hôpitaux civils (et aussi à la recherche, à l'enlèvement, au transport et au traitement des blessés et des malades civils, des infirmes et des femmes en couches) ; tout le personnel sanitaire civil dans les territoires occupés et dans les zones où des combats se déroulent ou semblent devoir se dérouler ; les unités et moyens de transport sanitaires civils, tels que définis dans le PA I, reconnus et autorisés par l'autorité compétente à arborer l'emblème ; les autres sociétés de secours volontaires reconnues et autorisées, soumises aux mêmes conditions que les Sociétés nationales. Le CICR et la Fédération internationale peuvent faire usage de l'emblème à des fins de protection en temps de conflit armé sans aucune restriction. Voir art. 39-44 de la CG I ; art. 22-23, 26-28, 34-37, 39, 41-44 de la CG II ; art. 18. 1 et 4 du PA I ; art. 12 du PA II ; art. 2 du PA III.

200 Art. 44 de la CG I ; art. 1 du Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, dernière révision en novembre 1991. Sont habilités à utiliser l'emblème à titre indicatif : les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; les ambulances et les postes de premiers secours opérés par des tierces parties, quand ils sont exclusivement réservés aux soins gratuits à donner à des blessés ou à des malades, à titre exceptionnel, à condition que l'emblème soit utilisé conformément à la législation nationale et que la Société nationale ait expressément autorisé un tel usage. Voir art. 44, par. 2 et 4 de la CG I. Le CICR et la Fédération internationale peuvent utiliser l'emblème à titre indicatif sans aucune restriction. Voir art. 44, par. 3 de la CG I.

201 CG I, art. 39-44 ; PA I, art. 18 ; Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales, adopté par la XX^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Vienne, 1965, et révisé par le Conseil des Délégués, Budapest, 1991, art. 6.

202 CG I, art. 44(2) ; Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales art. 4, 16.

203 Commentaire du PA I, art. 18, par. 746 et 763 ; commentaire du PA II, art. 12, par. 4742 ; commentaire de la règle 30 de l'étude sur le droit coutumier.

est généralement reconnu comme une option, malgré le libellé figurant dans diverses dispositions du droit international humanitaire selon lesquelles le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires *doivent* être identifiés par un emblème protecteur²⁰⁴.

De même, si un commandant décide pour des raisons tactiques – par exemple, lorsque les unités ou moyens de transports sanitaires militaires sont systématiquement ciblés ou pour cacher la présence ou la force réelle des forces armées – que les unités ou moyens de transport sanitaires doivent enlever ou couvrir (camouflage) le signe distinctif, cela ne retire pas la protection due aux unités ou moyens de transport sanitaires²⁰⁵ au regard du droit international humanitaire. Cependant, il est évident qu'il sera alors difficile pour la partie adverse au conflit de reconnaître que certains objets sont protégés, comme par exemple les unités ou moyens de transport sanitaires ; au regard de ces difficultés, les commentaires existants de la Convention de Genève ont déjà recommandé que cette option ne soit utilisée que lorsque la situation tactique sur le terrain, l'exige absolument²⁰⁶.

Il convient de distinguer l'usage protecteur et l'usage indicatif de l'emblème pour éviter toute confusion quant à savoir qui a le droit de porter le signe visible de la protection dans les conflits armés²⁰⁷. Aussi, le Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales stipule-t-il que celles-ci fassent en sorte, même en temps de paix, que les emblèmes utilisés à titre indicatif soient comparativement de plus petite taille²⁰⁸.

Le commentaire de ce Règlement précise toutefois qu'il ne s'agit là que de recommandations, et qu'« [on] ne doit cependant pas exclure l'utilisation d'un emblème de grandes dimensions dans certains cas, notamment lors d'événements où il est important que les secouristes soient vite identifiés. »²⁰⁹. À cet égard, *l'étude du CICR sur les problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels liés à l'usage des emblèmes* recommande que les secouristes (et les installations de premiers secours) des Sociétés nationales utilisent un emblème de grandes dimensions à titre indicatif dans les situations de troubles intérieurs ou de tensions internes, a) si une telle utilisation leur permet de mieux venir en aide aux victimes de la violence, et b) si elle est autorisée, ou, tout au moins, si elle n'est pas interdite, par la législation nationale²¹⁰.

204 CG I, art. 39 ; CG IV, art. 18(3) ; PA I, art. 18 4) ; PA II, art. 12 ; voir néanmoins commentaire de la CG I, art. 39 ; commentaire de la CG IV, art. 18 ; commentaire du PA II, art. 12, par. 4742.

205 Voir commentaire de la CG I, art. 39, 42 et 44.

206 Voir commentaire de la CG I, art. 42. La doctrine militaire a donné suite à cette recommandation. Par exemple, l'Accord de normalisation (STANAG) 2931 de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) dispose qu'une décision de camouflage des installations médicales ne peut être ordonnée qu'à un certain niveau de la hiérarchie militaire, c'est à dire le niveau de la brigade ou équivalent. Deuxièmement, un tel ordre doit être temporaire et de nature locale et doit être annulé dès que la situation de sécurité sur le terrain le permet. Enfin, cette possibilité n'est pas envisagée pour des grandes structures médicales fixes.

207 Art. 44 2) de la CG I.

208 Art. 4 du Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales.

209 Commentaire de l'art. 4 du Règlement sur l'usage de l'emblème.

210 CICR, *Étude sur les problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels liés à l'usage des emblèmes*, Genève, 2011.

Toutes les mesures nécessaires, notamment l'adoption d'une législation nationale, seront prises par les autorités compétentes pour empêcher et réprimer – en toutes circonstances – l'utilisation abusive de l'emblème²¹¹, comme l'imitation²¹², l'usurpation²¹³, ou la perfidie²¹⁴.

Conclusion

L'analyse du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme applicables à l'insécurité et à la violence dirigée contre la fourniture de soins de santé en toute impartialité dans les conflits armés et autres situations d'urgence montre que, généralement, ces régimes juridiques internationaux répondent de manière adéquate aux diverses manifestations de violence identifiées dans ce contexte.

En effet, il existe des points communs importants entre les obligations spécifiques de fournir des soins aux blessés et aux malades, de les respecter et de les protéger, ainsi que le personnel de santé, les unités et moyens de transport sanitaires, au titre du droit international humanitaire et au titre du droit international des droits de l'homme applicable auquel il ne peut être dérogé, en particulier dans le cadre du droit à la santé et du droit à la vie dans les conflits armés et autres situations d'urgence. On peut également utilement recourir au droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme, qui se complètent, en luttant contre les conséquences spécifiques indirectes de l'insécurité générale et des actes de violence individuels dirigés contre la fourniture impartiale de soins de santé dans les conflits armés, comme le départ massif du personnel de santé, ou l'arrêt et l'interruption des programmes de santé essentiels, lorsque la capacité de l'État à adopter des mesures permettant de s'assurer que la disponibilité et la qualité de services sanitaires de grande ampleur n'est pas compromise par des hostilités actives, comme c'est le cas dans les situations d'occupation calme prolongée.

Étant donné que ces cadres juridiques internationaux abordent de manière exhaustive ces différents défis, il convient de s'attarder davantage sur la façon de mieux mettre en œuvre les règles juridiques existantes plutôt que de s'attacher à en élaborer de nouvelles. À cet égard, il importe de développer – ou s'ils existent déjà, de renforcer – les cadres normatifs, les politiques et les pratiques opérationnelles au niveau national, ainsi que le partage de bonnes pratiques à cette fin. Par exemple, il ne suffit pas de renforcer la répression pénale nationale des attaques, et d'autres ingérences violentes dirigées contre le personnel de santé, il est également souhaitable de prévoir des mécanismes de protection opérationnels préventifs pour le personnel de

211 Art. 54 de la CG I, art. 12 du PA II ; art. 6 du PA III.

212 L'utilisation d'un signe qui, par sa forme et/ou sa couleur, risque d'être confondu avec l'emblème.

213 S'entend par usurpation l'utilisation de l'emblème par des personnes habituellement autorisées à le faire, mais d'une manière incompatible avec les règles du droit international humanitaire relatives à l'usage de l'emblème ou l'utilisation de l'emblème par des entités ou des personnes non autorisées à le faire (entreprises commerciales, pharmacies, médecins privés, organisations non gouvernementales, particuliers, etc.), ou à des fins non conformes aux Principes fondamentaux du Mouvement. Pour les dispositions pertinentes des traités de droit international humanitaire, voir note 144 supra.

214 Pour la définition de la perfidie, voir note 144 supra.

santé menacé par des autorités de l'État, en se fondant sur des systèmes nationaux de collecte d'informations concernant les menaces et la violence contre les prestataires de soins de santé²¹⁵. Il convient aussi de renforcer les cadres normatifs nationaux en assurant un équilibre adéquat entre d'une part le fait de protéger la discrétion du personnel de santé en matière de confidentialité médicale, et d'autre part les obligations légales de divulguer des informations sur les blessés et les malades. Les obligations du personnel de santé au regard de la législation nationale en matière de dénonciation des informations concernant les blessés et les malades aux autorités publiques devraient se limiter aux cas où l'intérêt collectif, par exemple des raisons de santé publique, l'emporte sur le droit individuel d'un patient à ce que ses renseignements personnels soient préservés de manière confidentielle. En tout état de cause, ces obligations ne devraient pas contribuer à faciliter les dommages ultérieurs causés à un patient. Il est également nécessaire de revoir les incriminations trop étendues contre l'ordre public, par exemple en vertu de la législation nationale de lutte contre le terrorisme, et qui ont pour effet de criminaliser le simple fait de fournir des soins de santé à certaines parties de la population. Il faut aussi que le champ d'application des cadres normatifs nationaux protège tous ceux qui dispensent des soins de santé, en particulier ceux qui les dispensent dans leurs communautés locales, et que ces cadres tiennent bien compte des défis posés par l'insécurité et la violence dans les conflits armés et autres situations d'urgence. En termes d'identification, il importe de bien prévenir et de combattre l'usage abusif des emblèmes ; au préalable il convient d'adopter dans chaque pays des règlements permettant de désigner des autorités nationales compétentes pour délivrer les autorisations requises pour utiliser l'emblème.

Une meilleure mise en œuvre des obligations juridiques internationales existantes nécessite aussi un travail sur la doctrine et la pratique militaires, par exemple sur les manuels militaires et les procédures opérationnelles standard pour prévenir des retards arbitraires, et le refus de passages de transports sanitaires ou les incursions armées dans les structures médicales qui entraînent un retard injustifié ou le refus de prendre médicalement en charge les blessés et les malades. De plus, les doctrines et pratiques militaires devraient refléter le respect des obligations de précaution spécifiques au droit international humanitaire par rapport à la fourniture des soins de santé en toute impartialité.

Bien que le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme aient des points communs importants, leur différence majeure réside dans la controverse sur l'applicabilité du droit des droits de l'homme à des groupes armés non étatiques. Cette controverse ne pourra pas être résolue en termes de consensus plus large sur l'application du droit des droits de l'homme, en tant que question de droit, à des groupes armés non étatiques, notamment en raison des sensibilités politiques des États qui pour ce faire devraient reconnaître politiquement les acteurs qui exercent une autorité légitime sur leur territoire. Pourtant, il convient également

215 Voir, comme bonne pratique à cet égard, Colombia, Resolución No. 4481, 28 décembre 2012, « Por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su Emblema », section 2.2.

de prendre en considération les groupes armés non étatiques dans les efforts entrepris pour améliorer le respect de la fourniture de soins en toute impartialité parce qu'ils contribuent au problème de l'insécurité et de la violence contre le personnel de santé, les installations et moyens de transport sanitaires, et leurs points de vue doivent donc être pris en compte dans l'élaboration de solutions, d'une manière qui n'aliène pas les États. Lorsqu'un dialogue juridique avec les groupes armés non étatiques est possible, il doit être encadré de manière à refléter leurs spécificités. Ce défi n'est pas nouveau – le CICR, par exemple, a engagé depuis longtemps un dialogue avec les groupes armés non étatiques sur les questions de droit international humanitaire²¹⁶.

Le comportement des prestataires de soins de santé est également essentiel, car leur accès aux blessés et aux malades dépend beaucoup de l'acceptation de leur travail par toutes les parties au conflit, des acteurs dans d'autres situations d'urgence et des communautés locales. À cet égard, ils doivent, bien sûr, respecter scrupuleusement les règles pertinentes du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme, ainsi que l'éthique médicale qui se chevauchent, en particulier dans l'exigence fondamentale de fournir des soins de manière impartiale / non-discriminatoire. Il faut aussi souligner que leur engagement doit exclusivement porter sur des activités de santé, car s'ils s'engageaient dans les opérations militaires des parties au conflit ou dans les actes de violence émanant d'acteurs s'opposant dans d'autres situations d'urgence, ils risqueraient de perdre leur protection et de mettre en danger la sécurité des collègues et des blessés et des malades dont ils s'occupent. À cette fin, il est de la plus haute importance que le personnel de santé ait des connaissances sur les cadres juridiques internationaux pertinents, et soit conscient des dilemmes éthiques possibles avant qu'ils ne surviennent lors de leur travail dans les conflits armés et autres situations d'urgence. La nécessité de former spécifiquement le personnel de santé au droit international humanitaire et au droit international des droits de l'homme, aux dilemmes éthiques qu'ils peuvent rencontrer, ne saurait être surestimée. L'un de ces dilemmes, notamment celui qui consiste à trouver un équilibre acceptable entre sa propre sécurité et la nécessité de fournir rapidement des services de soins de santé vitaux, est particulièrement pertinent lors des « deuxièmes attaques » intentionnelles illicites dirigées contre le personnel de santé lorsqu'il arrive sur la scène avant une attaque, nécessite une adaptation des procédures de sécurité existantes pour les premiers intervenants.

Les différents ateliers d'experts réalisés dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger » continueront de nous permettre de discuter de ces défis et d'autres, ainsi que de recommandations possibles. Enfin, le succès de ce projet et des autres efforts accomplis pour renforcer le respect des soins dispensés de manière impartiale dans les conflits armés et autres situations d'urgence se mesurera à l'aune des améliorations que pourront ressentir les blessés, les malades et les prestataires des soins de santé sur le terrain.

216 Sur les défis particuliers du respect du droit international humanitaire par les groupes armés organisés non étatiques qui sont parties au conflit, voir, par exemple, CICR, *Mieux faire respecter le droit international humanitaire dans les conflits armés non internationaux*, 2008.

La santé dans les conflits armés : une approche sous l'angle des droits de l'homme

Katherine H. A. Footer et Leonard S. Rubenstein

Katherine H.A. Footer est attachée de recherche. Leonard S. Rubenstein est directeur du programme pour les droits de l'homme, la santé et les conflits au *Center for Human Rights and Public Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, et membre du corps enseignant du *Berman Institute of Bioethics* à l'université Johns Hopkins.

Résumé

Dans les situations de conflit armé, de troubles civils et de répression, il devient extrêmement difficile, lorsque sont commises des attaques contre le personnel soignant, les établissements de soins, les moyens de transport sanitaires et les patients ou des atteintes aux services de santé, de dispenser des soins au moment où ils sont le plus nécessaires. Le droit international humanitaire (DIH) prévoit une protection efficace des services de santé en temps de conflit armé, mais il n'est pas exempt de lacunes. Par ailleurs, il ne couvre pas les situations qui ne constituent pas un conflit armé. Le présent article souligne l'importance d'aborder ces problèmes sous l'angle des droits de l'homme, en se fondant sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et sur les droits civils et politiques. Les auteurs considèrent, en particulier, l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (relative à l'article 12 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels) comme un cadre normatif permettant de développer encore les obligations des États de respecter le droit à la santé, de le protéger et d'en garantir le plein exercice dans toutes les situations de conflit.

Mots clés : droits de l'homme ; droit à la santé ; conflit ; violence ; personnel soignant ; hôpital ; déontologie.



Lors de conflits armés ou de troubles civils, de manifestations politiques ou d'émeutes et de leur répression, les établissements de soins sont souvent la cible d'attaques ou d'actes visant à empêcher d'y accéder ou à entraver leur fonctionnement, et d'actes de pillage. Le personnel soignant peut être arrêté ou intimidé pour avoir prodigué impartialement des soins à des personnes pour qui ces soins sont vitaux.

Parmi les personnes qui dispensent des soins dans les régions du monde en conflit, où les attaques sont devenues monnaie courante, nombreux sont ceux qui commencent à considérer la violence comme un risque inhérent à leur métier. Un agent du service de santé de la République démocratique du Congo présentait la situation de son service en ces termes : « Qu'y pouvons-nous ? Il n'y a aucun moyen de nous protéger, il n'y a rien à faire pour que cela cesse, alors nous nous plaignons les uns aux autres et nous entraînons de notre mieux¹ ».

Le droit international humanitaire (DIH) constitue un cadre permettant d'assurer la protection et le respect du personnel médical, des établissements de soins et des ambulances, ainsi que des blessés et des malades lors des conflits armés internationaux et non internationaux. Depuis la Convention de Genève initiale de 1864, établie voilà 150 ans, la protection conférée par ces instruments a été étendue et affinée, par exemple par l'interdiction de faire obstacle aux pratiques prescrites par la déontologie médicale. Pourtant, le cadre juridique de protection constitué par le DIH ne couvre pas l'ensemble des problèmes liés aux agressions ou aux atteintes contre les services de santé. Dans certaines situations d'instabilité politique ou de violence, des attaques sont perpétrées contre des équipes et des structures médicales, des véhicules sanitaires et des patients sans que l'on puisse leur opposer le DIH puisqu'il ne s'agit pas d'un conflit armé. Durant les manifestations politiques qui se sont produites en 2011 au Royaume de Bahreïn, par exemple, les forces de l'ordre ont réagi en bloquant le principal hôpital de la capitale et en arrêtant, torturant et condamnant les médecins et les infirmiers au motif qu'ils s'étaient servis de leur rôle médical pour se livrer à des actes hostiles à l'État². En Syrie, tant que le seuil d'un conflit armé non international n'a pas été atteint³, les agressions perpétrées par les forces gouvernementales sur les malades, le corps médical et les établissements médicaux ont créé un climat de peur qui a dissuadé les patients de se rendre à l'hôpital et a conduit à la mise en place d'un réseau clandestin de dispensaires de fortune qui n'étaient pas à même d'assurer le degré de sophistication des services médicaux exigé par la situation⁴. Dans certaines

1 Merlin, *A Grave New World*, 2010, p. 6, disponible sur : www.who.int/workforcealliance/news/agrave_newworld_report.pdf (consulté en octobre 2014).

2 Physicians for Human Rights, *Do No Harm: A Call for Bahrain to End Systematic Attacks on Doctors and Patients*, avril 2011, disponible sur : https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/bahrain-do-no-harm-2011.pdf (consulté en octobre 2014), et Human Rights Watch, *Targets of Retribution Attacks against Medics, Injured Protestors, and Health Facilities*, juillet 2011, disponible sur : <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/bahrain0711webwcover.pdf> (consulté en octobre 2014).

3 Voir, entre autres, Comité international de la Croix-Rouge (CICR) « Syrie : le CICR et le Croissant-Rouge arabe syrien poursuivent leurs activités d'assistance alors que les combats s'intensifient », Point sur les activités, 17 juillet 2012, disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/update/2012/syria-update-2012-07-17.htm> ; voir également Geneva Academy, « Syria », dans Rulac Project, disponible sur : www.geneva-academy.ch/RULAC/applicable_international_law.php?id_state=211 (consulté en octobre 2014).

4 Physicians for Human Rights, *Syria : Attacks on Doctors, Patients and Hospitals*, décembre 2011, p. 8.

régions instables du Nigéria, des agents de vaccination ont été victimes d'agressions et d'assassinats, ce qui a sérieusement compromis les campagnes de vaccination⁵.

Même dans les conflits armés, le DIH ne permet pas de garantir pleinement la mise à la disposition de la population civile de services sanitaires accessibles. En Irak, par exemple, l'enlèvement et le meurtre de médecins commis pendant le conflit armé⁶ étaient clairement des violations du DIH et faisaient même partie des hostilités. Ces actes ont aussi poussé de nombreux professionnels de santé à quitter le pays entre 2004 et 2007, entraînant une dégradation des effectifs et de l'accès aux services de santé. Le devoir de l'État de protéger le personnel soignant et d'assurer une couverture sanitaire adéquate pour répondre aux besoins de la population n'a peut-être pas été pleinement couvert par le DIH.

Au Sri Lanka, pendant les dernières phases de la guerre, les allégations selon lesquelles l'armée sri lankaise aurait procédé à des bombardements de grande échelle au-dessus de zones civiles, faisant de très nombreux morts, et ciblé systématiquement les hôpitaux de la ligne de front, ont été jugées « crédibles » par le Groupe d'experts du Secrétaire général des Nations Unies chargé d'étudier la question de la responsabilité au Sri Lanka. Si la véracité de ces allégations est démontrée, celles-ci constitueraient de graves violations du DIH⁷. Mais comment le droit international traite-t-il l'incapacité de l'État d'assurer à la population tamoule une couverture sanitaire suffisante avant les cessez-le-feu ? Un inventaire de l'infrastructure sanitaire réalisé après le cessez-le-feu de 2002 a révélé que, sur un total de 400 établissements de soins, 55 avaient été détruits et 49 étaient hors d'état de fonctionner. Les établissements restants connaissaient de graves pénuries de médicaments essentiels et des pannes des systèmes d'information médicale et de suivi des patients⁸. Par ailleurs, alors que le nombre de médecins pour 100 000 habitants était en pleine expansion dans l'ensemble du pays pendant les années du conflit, il a fortement diminué dans la province Nord, compromettant l'accès aux services de santé, pourtant tellement nécessaires⁹. Sauf en cas d'occupation¹⁰, le DIH ne fait aucune mention de l'obligation d'assurer la continuité des services de santé.

- 5 McNeil, Donald G. Jr, « Gunmen kill Nigerian polio vaccine workers in echo of Pakistan attacks » dans *The New York Times*, 8 février 2013, disponible sur : http://www.nytimes.com/2013/02/09/world/africa/in-Nigeria-polio-vaccine-workers-are-killed-by-gunmen.html?_r=0 (consulté en octobre 2014).
- 6 Burnham, Gilbert M., Lafta, Riyadh et Doocy, Shannon, « Doctors leaving 12 tertiary hospitals in Iraq, 2004–2007 », dans *Social Science & Medicine*, Vol. 69, 2009, pp. 172–177.
- 7 Secrétaire général des Nations Unies, *Report of the Secretary General's Panel of Experts on Accountability in Sri Lanka*, 31 mars 2011, pp. ii-iii, disponible sur www.un.org/News/dh/infocus/Sri_Lanka/POE_Report_Full.pdf
- 8 Majan Vije et Dr Suppiah Ratneswaren, *Enduring War and Health Inequity in Sri Lanka*, Tamil Information Centre, 2009, p. 22 ; disponible sur www.tamilinfo.org/healthreport.pdf (consulté en octobre 2014).
- 9 Mari Nagai, Sandirasegaram Abraham, Miyoko Okamoto, Etsuko Kita et Atsuko Aoyama, « Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka », dans *Health Policy*, vol. 84, 2007, pp. 84-93.
- 10 Voir l'article 56 de la Convention (IV) de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, Genève, 12 août 1949 (CG IV). L'article 56 prévoit que « la Puissance occupante a le devoir d'assurer et de maintenir, avec le concours des autorités nationales et locales, les établissements et les services médicaux et hospitaliers, ainsi que la santé et l'hygiène publiques dans le territoire occupé, notamment en adoptant et en appliquant les mesures prophylactiques et préventives nécessaires pour combattre la propagation des maladies contagieuses et des épidémies ».

Durant les conflits armés, la fourniture de services de santé est aussi fréquemment compromise par les couvre-feu, les barrages routiers et la fermeture des postes de contrôle qui empêchent les patients d'atteindre les établissements de soins, et, sur le plan social, par la peur des patients de devoir se rendre dans des zones où règne l'insécurité. Quant aux populations marginalisées et vulnérables, même si elles ne se voient pas refuser ouvertement des soins médicaux, elles y ont souvent un accès moindre, et l'exclusion sociale aggrave encore leur état de santé. Ces actes et omissions ne sont pas tous couverts par le DIH.

Les programmes de santé publique comme les stratégies pour combattre et éradiquer les maladies infectieuses et les campagnes de vaccination sont souvent perturbés lors des conflits. Au Népal, la diminution des diagnostics et des demandes de traitement de la tuberculose dans les populations touchées par le conflit était liée à la fermeture des centres de soins et au couvre-feu imposé dans les zones des combats ; l'accès aux services limité de ce fait a entraîné une augmentation de la prévalence de la tuberculose¹¹. Ces programmes de lutte contre les maladies, s'ils ne sont pas directement la cible d'attaques ou de menaces et ne relèvent pas du devoir de la puissance occupante de maintenir la santé publique dans le territoire occupé¹², échappent ainsi au DIH.

Le droit relatif aux droits de l'homme (DIDH) s'applique dans toutes ces circonstances. Son application aux actes entravant les services de santé dans les situations de conflit armé ou de violence n'a cependant pas été suffisamment étudiée. Quelle est, par exemple, la protection conférée au personnel soignant, aux établissements de soins et aux ambulances dans les situations de violences civiles ou de répression par la force publique, en l'absence d'un conflit armé ? Dans les conflits armés, les États ont-ils des obligations d'assurer la disponibilité et l'accessibilité de services de santé au-delà de ce que leur confère le DIH ? Pour que les services de santé soient véritablement respectés dans les situations de violence, il faut donner des réponses à ces questions, qui n'ont cependant guère eu d'écho – probablement parce que l'autre grande source de protection, le DIDH, est loin d'être aussi explicite en la matière que le DIH. Toutefois, bien interprété, le DIDH non seulement impose aux États de respecter et de protéger généralement les services de santé dans les situations de violences civiles, mais offre aussi des protections qui s'ajoutent à celles prévues par le DIH lors des conflits. Nous verrons dans cet article comment le DIDH aborde la question de la violence et des menaces exercées contre le personnel et les services de santé et leurs bénéficiaires, ainsi que d'autres formes de privation d'accès aux services de santé dans les situations de conflit armé ou de troubles civils n'atteignant pas le degré d'un conflit armé.

11 S.K. Tiwari et al., « Prevalence of TB and service utilization in conflict affected areas of Nepal » dans *Journal of Nepal Health Research Council*, vol. 3 n° 1, 2005, pp. 45-57.

12 CG IV, art. 56.

Application du DIH et du DIDH

Aperçu du DIH et du DIDH

Le DIH et le DIDH sont l'un et l'autre issus de traités internationaux et du droit international coutumier. Les instruments à la source du DIH sont les accords conclus entre les États sur la conduite de la guerre et la protection des personnes, et ils s'appliquent aux parties à un conflit armé. Les principes essentiels du DIH sont la distinction entre objectifs civils et objectifs militaires, la proportionnalité dans l'usage de la force et les précautions dans l'attaque. Le DIDH établit les droits et les obligations qui s'appliquent dans les relations entre un État et les personnes relevant de sa compétence. Bien que le DIH et le DIDH aient des buts différents et aient évolué différemment, ils ont le même objectif de protéger et de préserver la vie, le bien-être et la dignité humaine de la personne¹³.

En temps de conflit armé international, les I^e, II^e et IV^e Conventions de Genève de 1949 et le Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés (Protocole additionnel I) constituent le cadre garantissant le respect et la protection des malades, des blessés, des naufragés, du personnel sanitaire et des unités et moyens de transport sanitaires militaires et civils. En ce qui concerne les conflits armés non internationaux, les modalités de protection, définies à l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève et dans le Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes de conflits armés non internationaux (Protocole additionnel II), sont moins détaillées. En raison d'une incertitude apparente quant au champ de la protection conférée dans les deux types de conflit armé, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a apporté de précieux éclaircissements dans son étude sur le droit international coutumier qui précise que les règles du droit international coutumier concernant le respect et la protection de la santé s'appliquent dans les conflits armés internationaux et non internationaux¹⁴.

Comme nous le verrons plus en détail, il est notamment prévu que les parties à un conflit doivent respecter et protéger le personnel médical et les unités et moyens de transport sanitaires, c'est-à-dire s'abstenir de toute attaque à leur rencontre ou ingérence dans leurs activités et leur ménager un accès partout où leurs services sont essentiels. Dans l'administration des soins, les parties ne peuvent faire de distinctions fondées sur des considérations autres que médicales et elles ne peuvent ni punir une personne pour avoir effectué des tâches médicales conformes à la déontologie médicale, ni contraindre une personne à commettre des actes contraires à celle-ci¹⁵.

13 Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *La protection juridique internationale des droits de l'homme dans les conflits armés*, New York et Genève, 2011, p. 7.

14 Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck (sous la direction de), *Le droit international humanitaire coutumier, vol. I : Règles*, CICR/Cambridge University Press, Cambridge, 2005 (« Étude du CICR sur le droit coutumier »).

15 Voir : article 12 de la Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, 12 août 1949 (« CG I ») ; article 12 de la Convention (II) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer, 12 août

À la différence du DIH, qui contient des règles spécifiquement conçues pour le respect et la protection des services de santé dans les conflits armés, les instruments du DIDH sont formulés en termes assez généraux. Les droits civils et politiques constituent le fondement de la protection contre la violence, la discrimination et le déni des droits civiques et des droits de la défense commis ou tolérés par l'État. Le droit de la personne à la vie, à la liberté, à la sécurité et le droit de n'être pas soumise à la torture ou à des peines ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants, qui ont une pertinence toute particulière pour les attaques contre les services de santé, sont inscrits dans les principaux instruments internationaux et régionaux sur les droits de l'homme, ainsi que dans plusieurs traités sur des sujets spécifiques¹⁶, qui affirment par ailleurs le droit à l'égalité et la non-discrimination. Ce droit conventionnel est étayé par un corpus de plus en plus vaste de règles du droit international coutumier : de nombreux droits proclamés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme sont, en effet, largement considérés en faire partie.

Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, énoncé à l'article 12 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), est le cadre principal à partir duquel peuvent être formulées les obligations des États concernant la disponibilité de services de santé, leur accessibilité et leur qualité. D'autres sources d'interprétation, en particulier l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, éclairent la portée et l'application de ce droit et ont un rôle déterminant pour le respect et la protection des services de santé, du personnel soignant et des malades, tant lors des conflits armés que dans d'autres circonstances de violence civile ou de répression par la force publique.

Les rapports entre DIH et DIDH

Complémentarité

Il est parfaitement judicieux de s'intéresser au droit relatif aux droits de l'homme puisque la question de savoir s'il s'applique dans les situations de conflit armé est maintenant tranchée et que son application en même temps que le DIH est bien acceptée¹⁷. Il n'est pas de meilleure preuve de la complémentarité de ces deux ensembles de règles que de voir le DIDH figurer dans l'Étude du CICR sur le droit coutumier, où son rôle est défini comme étant de « de soutenir, de renforcer et d'éclairer des principes analogues relevant du droit international humanitaire »¹⁸. Comme l'a souligné Cordula Droegel, le rapport entre ces deux corpus juridiques

1949 (« CG II ») ; articles 18, 20 et 21 de la IV^e Convention de Genève (« CG IV ») ; articles 12 (par. 1), 15 et 21 du Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux, 8 juin 1977 (« PA II ») ; Droit international coutumier, Règles 25, 28 et 29.

16 Voir Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ; Convention relative aux droits de l'enfant ; et Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

17 Voir, entre autres, Cour internationale de justice (CIJ), *Conséquences juridiques de l'édification d'un mur sur le territoire palestinien occupé*, Avis consultatif, Recueil 2004, paragraphe 106.

18 Étude du CICR sur le droit coutumier, vol. 1, p. xlv.

est souvent « décrit comme une relation entre droit général et droit spécialisé dans laquelle le droit humanitaire est *lex specialis* »¹⁹. Cela n'empêche pas une approche de complémentarité mais fournit, à l'occasion, une « méthode de résolution des conflits »²⁰ pour les cas où les deux normes ne sont pas conciliables.

À qui le DIH et le DIDH confèrent-ils des droits et des obligations ?

Le non-respect des services de santé prenant la forme d'attaques à leur rencontre ou d'ingérence dans leur fonctionnement, que ce soit en temps de conflit armé ou dans d'autres contextes de violence, sont autant le fait d'entités publiques que d'acteurs non étatiques²¹. Le DIH vise principalement à protéger les civils et les personnes qui ne participent pas aux combats comme les prisonniers de guerre, les malades ou les blessés, ainsi que les biens civils qui incluent les hôpitaux et autres structures médicales. C'est en premier lieu, mais pas seulement, aux parties à un conflit armé que le DIH confère des obligations. Ces obligations s'imposent à tous ceux qui participent aux hostilités et aux personnes auxquelles une partie au conflit a délégué des responsabilités, par exemple en ce qui concerne le traitement des personnes protégées. Les parties non étatiques à un conflit armé non international sont liées par l'article 3 commun, les dispositions du Protocole additionnel II, et par le DIHC²². L'Étude du CICR sur le droit coutumier présente un vaste ensemble de règles de droit coutumier applicables aux conflits armés non internationaux. Bien qu'une controverse subsiste sur la question de savoir si les obligations créées par des usages étatiques s'imposent à des acteurs non étatiques, on s'accorde à reconnaître qu'un certain nombre de règles relatives à la conduite des hostilités, comme la proportionnalité et la distinction, s'applique aux acteurs non étatiques indépendamment de savoir s'ils se sont ou non engagés à respecter les Conventions de Genève ou leurs Protocoles additionnels²³.

Dans le DIDH, les droits sont attachés à l'individu. C'est principalement à l'État, notamment aux autorités judiciaires, à la police, et au ministère de la santé pour ce qui concerne la santé, qu'incombent des obligations de respect des droits de l'homme. Toutefois, les menaces croissantes qui émanent d'acteurs non étatiques

19 Cordula Droege, « The interplay between international humanitarian law and international human rights law in situations of armed conflict », dans *Israel Law Review*, vol. 40, n° 2, décembre 2007, p. 340 (traduction CICR).

20 Noëlle Quéniwet, « The history of the relationship between international humanitarian law and human rights », sous la direction de Roberta Arnold et Noëlle Quéniwet, *International Humanitarian Law and Human Rights Law: Towards a New Merger in International Law*, Martinus Nijhoff, Dordrecht, 2008, p. 7.

21 CICR, *A Sixteen-Country Study: Health Care in Danger*, juillet 2011 www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf.

22 Dans l'affaire *Nicaragua c. États-Unis d'Amérique*, arrêt du 27 juin 1986, Recueil 1986, paragraphe 219, la CIJ a confirmé que l'article 3 commun s'appliquait directement au groupe armé non étatique combattant contre le gouvernement. En ce qui concerne le Protocole additionnel II, il convient de noter que le seuil d'application est plus élevé que dans le cas de l'article 3 commun ; pour plus de précisions, voir Yves Sandoz, Christopher Swinarski et Bruno Zimmermann (directeurs de publication), *Commentaires des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949*, CICR, Genève/Martinus Nijhoff, Dordrecht, 1987.

23 Annyssa Bellal, Gilles Giacca et Stuart Casey-Maslen, « International law and armed non-state actors in Afghanistan » dans *International Review of the Red Cross*, vol. 93 n° 881, mars 2011, p. 62.

après les agressions commises sur des agents de vaccination par des milices au Pakistan et au Nigéria notamment²⁴, ont suscité un regain d'attention en ce qui concerne les obligations en matière de droits de l'homme incombant à ces groupes dans les situations de conflit. Plutôt que de considérer qu'étendre les droits de l'homme aux groupes armés confère à ces groupes une légitimité dangereuse ou un statut quasi-gouvernemental, on s'accorde de plus en plus largement à penser que les groupes armés peuvent être tenus de respecter au moins des critères ou des principes des droits de l'homme, sinon des règles juridiques spécifiques. Ce tournant se reflète dans l'évolution de la pratique du Conseil de sécurité des Nations Unies et dans le texte des rapports de certains Rapporteurs spéciaux qui font apparaître de plus en plus de cas dans lesquels les groupes armés sont tenus de respecter les obligations imposées par le DIH et par le DIDH²⁵. Les organismes de surveillance des droits de l'homme s'intéressent aussi, dans leurs rapports, à la conduite des groupes d'opposition armés²⁶. Un autre exemple pertinent de l'application des principes des droits de l'homme aux acteurs non étatiques est le mécanisme mis en place par le Conseil de sécurité des Nations Unies pour surveiller et rendre compte des « six graves violations » commises contre des enfants par les États et groupes non étatiques parties à un conflit armé, incluant les « attaques contre les écoles et les hôpitaux »²⁷. Ces six catégories ont des fondements à la fois dans le DIH et dans le DIDH. Pour les acteurs armés non étatiques, une violation a les mêmes conséquences que pour un État et entraîne l'inscription à l'Annexe du Rapport du Secrétaire général sur les enfants et les conflits armés, éventuellement suivie de sanctions²⁸.

24 Voir, entre autres, « Pakistan suspends polio-vaccination program after deadly attack » sur *Radio Free Europe*, 28 mai 2013, disponible sur : www.rferl.org/content/polio-pakistan-killing-vaccination/24999412.html et « Nigerian polio vaccination centers attacked », sur *Radio Free Europe*, 8 février 2013, disponible sur : www.rferl.org/content/Nigerian-polio-vaccination-centers-attacked/24896626.html (consulté en octobre 2014).

25 Dans son rapport, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires indique, dans le contexte d'une mission à Sri Lanka : « En tant qu'acteur non étatique, le groupe des Tigres de libération de l'Eelam tamoul n'est pas soumis aux obligations du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, mais il reste soumis aux exigences de la communauté internationale, exprimées en premier lieu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, voulant que tout organe de la société respecte et défende les droits de l'homme ». Le Rapporteur indique par ailleurs : « On a cependant de plus en plus le sentiment que les attentes de la communauté internationale en matière de droits de l'homme contribuent à protéger la population, sans qu'elles aient toutefois d'incidences sur la légitimité des acteurs auxquels elles s'adressent. Le Conseil de sécurité des Nations Unies a longtemps appelé divers groupes auxquels les États membres ne reconnaissent pas la capacité d'assumer formellement des obligations internationales à respecter les droits de l'homme ». Document de l'ONU E/CN.4/2006/53/Add. 5 du 27 mars 2006, paragraphes 25 et 27 (traduction CICR).

26 *Human Rights Watch* a rendu compte, dans ses rapports, d'abus des droits de l'homme commis par des groupes d'opposition armés ; voir *Human Rights Watch, No Exit: Human Rights Abuses inside the MKO Camps*, mai 2005, disponible sur www.unhcr.org/refworld/docid/45d085002.html (consulté en octobre 2014).

27 Les autres violations graves sont : le meurtre ou la mutilation d'enfants ; le recrutement ou l'emploi d'enfants soldats ; les violences sexuelles commises contre des enfants ; le refus d'aide humanitaire aux enfants et l'enlèvement d'enfants. Voir, entre autres, Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général pour les enfants et les conflits armés « Les six violations les plus graves », sur <https://childrenandarmedconflict.un.org/fr/problematiques/violations/> (consulté en octobre 2014).

28 Voir les résolutions 1612 et 1998 du Conseil de sécurité des Nations Unies, respectivement du 26 juillet 2005 et du 12 juillet 2011.

Pour mettre en lumière les liens qui existent entre les droits de l'homme et les services de santé dans les situations de conflit, le présent article mettra l'accent sur les obligations des États. Toutefois, le fait que les groupes armés soient de plus en plus souvent reconnus être les auteurs de violations des droits de l'homme marque un tournant important dans le discours et élargit le champ de la protection des droits de l'homme au domaine de la santé, surtout sous l'angle des autres aspects de l'approche fondée sur les droits tels que la surveillance et la responsabilité.

Application concomitante : l'exemple de l'usage de la force

L'usage de la force et ses conséquences sont un exemple du rôle de la *lex specialis*. L'une des idées-maîtresses du DIH est que les combattants ne peuvent être punis pour avoir fait usage de la force contre les combattants ennemis s'ils ont respecté les règles de proportionnalité et de précaution. En outre, les pertes humaines dans la population civile causées incidemment par une attaque armée sont admissibles si les principes de distinction et de proportionnalité ont été observés, c'est-à-dire si les pertes en vies humaines attendues dans la population civile ne sont pas excessives par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu²⁹. L'attaquant doit aussi se conformer à la règle de précaution afin de limiter au maximum les dommages aux civils³⁰. Les morts ou les blessures infligées incidemment au personnel sanitaire ou à ses patients sont soumises aux mêmes règles de proportionnalité et de précaution. Ces règles s'appliquent aussi en ce qui concerne les biens civils, dont font partie les établissements sanitaires³¹.

Les règles du DIDH concernant l'usage de la force pour le maintien de l'ordre ou dans le cadre d'un conflit armé, en revanche, prennent leurs racines dans la protection des individus contre les abus de la force publique. L'État ne peut priver arbitrairement de la vie quiconque relève de son autorité, inclus en cela les blessés, les malades et le personnel soignant³². Lorsqu'ils recourent à la force pour le maintien de l'ordre, les États doivent utiliser le degré minimum nécessaire et restreindre strictement l'emploi de la force létale³³. Cette prescription ne souffre aucune dérogation et s'applique donc en tout temps³⁴. Il existe cependant des circonstances dans lesquelles l'entrée inopportune dans un établissement de soins pour les besoins du maintien

29 Voir P.A. I, art. 51(5)(b) et art. 57(2)(a)(iii), et DIHC, Règle 14.

30 Voir PA I art. 57.

31 Voir P.A. I, art. 48 et art. 51(4) et (5) et DIHC Règles 7, 11 et 15.

32 Voir le droit à la vie consacré par l'article 6(1) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, l'article 4 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme, l'article 4 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, et l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. On notera l'absence du terme « arbitraire » dans cette dernière, qui stipule en revanche un droit général à la vie et donne une liste exhaustive des circonstances dans lesquelles la privation du droit à la vie peut être licite.

33 Pour plus de précisions à ce sujet, voir, en particulier, Louise Doswald-Beck, *Human Rights in Times of Conflict and Terrorism*, Oxford University Press, Oxford, 2012, pp. 163-177.

34 Voir Pacte international relatif aux droits civils et politiques, article 4(2) ; Convention américaine relative aux droits de l'homme, article 27(2) ; Convention européenne des droits de l'homme, article 15(2). Il convient de noter que celle-ci prévoit audit article une dérogation pour « actes licites de guerre » dans les situations équivalant à un conflit armé.

de l'ordre est admissible au regard du DIDH et constitue un exercice raisonnable de l'autorité de l'État si certaines mesures de sauvegarde ont été prises.

Surveillance et responsabilité

Les mécanismes de responsabilité et de contrôle de l'application des règles sont plus avancés dans le cadre du DIDH que dans celui du DIH pour ce qui est de l'examen formel du respect des droits, du droit de recours individuel et du droit à réparation, ainsi qu'en ce qui concerne l'obligation d'enquêter³⁵. Le respect des obligations du DIH passe principalement par leur incorporation dans le dispositif législatif et militaire national, la formation et la négociation, mais les violations graves peuvent, bien entendu, être poursuivies comme crimes de guerre. Comme on l'a vu plus haut, le Conseil de sécurité des Nations Unies a également créé des mécanismes de surveillance, d'information et de responsabilisation concernant les six violations graves commises contre les enfants dans les conflits armés, ce qui devrait, avec le temps, permettre un meilleur respect du droit international.

Les mécanismes de responsabilité du DIDH sont assurés par des institutions relevant des Nations Unies et des organismes régionaux qui sont en relation avec les États et la société civile, reçoivent des rapports sur le respect des obligations des États parties et d'autres acteurs, procèdent à des enquêtes sur le terrain, publient des conclusions et des recommandations et condamnent les violations. Ces mécanismes seront étudiés plus en détail dans la suite de l'article.

La protection de la santé dans le DIH

Dans les conflits armés internationaux et non internationaux, les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels, de même que le droit international coutumier, prévoient que le personnel, les installations et les moyens de transport sanitaires, les blessés et les malades ne peuvent être l'objet d'attaques ou d'actes visant à leur nuire et qu'il ne peut y avoir d'ingérence dans la délivrance des soins médicaux sans nécessité³⁶.

Le personnel sanitaire

Le personnel sanitaire civil ou militaire exerçant exclusivement à titre humanitaire doit être respecté et protégé contre toute attaque ou atteinte à moins qu'il ne commette, en dehors de ses fonctions humanitaires, des actes nuisibles à l'ennemi³⁷. L'expression

35 C. Droege, *op. cit.* note 19, p. 340.

36 Voir CG I art. 19, 18, 24-26 ; CG II art. 36 ; CG IV art. 18 et 20 ; PA I art. 12 et 15 ; article 3 commun aux CG 1949 ; PA II art. 9(1) ; et Règles 25, 28 et 29 du DIHC.

37 Voir CG I art. 21 ; PA I art. 13 ; PA II art. 11. Ne sont pas considérés comme « nuisibles à l'ennemi » les actes du personnel tels que le port d'armes individuelles légères pour sa propre défense ou celle des blessés et des malades ; la présence de personnel ou d'une escorte militaire ; et la possession d'armes de petit calibre et de munitions retirées aux blessés et aux malades et non encore remises au service compétent. Voir les commentaires sur les règles 25 et 29 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier.

« personnel sanitaire » a un sens relativement étroit dans les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels, et désigne les individus affectés exclusivement, à titre temporaire ou permanent, à des tâches médicales par une partie à un conflit, ainsi que le personnel sanitaire des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de certaines autres organisations humanitaires³⁸.

Toutefois, les autres personnes exécutant des tâches médicales sont généralement protégées contre les attaques et les ingérences. Les deux Protocoles additionnels étendent la protection à tous les professionnels de la santé qui respectent leur code de déontologie, par exemple le devoir de soigner en toute impartialité, même s'ils n'entrent pas dans la définition du « personnel sanitaire »³⁹. Ces personnes ne peuvent être punies d'avoir agi conformément à la déontologie médicale, ni être contraintes de s'abstenir d'accomplir des actes exigés par la déontologie ou obligées d'accomplir des actes qui lui sont contraires. Cette protection est essentielle ; il existe de nombreux exemples de par le monde, en Tchétchénie, au Kosovo, en Birmanie ou en Syrie, où le personnel sanitaire a été menacé, arrêté, poursuivi, voire tué pour avoir accompli son devoir et soigné des patients impartialement, sans considération de leur allégeance ou de leur obéissance politique. La seule limitation concerne le secret médical, puisque la divulgation d'informations concernant les blessés et les malades soignés par un agent de santé relève du droit national⁴⁰. Enfin, dans la mesure où il s'agit de civils, une règle du droit international coutumier veut que le personnel sanitaire soit protégé contre les attaques sauf s'il participe directement aux hostilités et pendant la durée de cette participation⁴¹.

Les blessés et les malades

Selon les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels, les parties à un conflit ont l'obligation de respecter les blessés et les malades et de leur dispenser des soins médicaux dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs. Cette obligation n'est pas absolue et requiert des parties qu'elles prennent toutes les mesures possibles compte tenu de leurs ressources et de ce qu'il est possible de faire au milieu des hostilités⁴². En outre, la non-discrimination est un principe fondamental du DIH. Les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels disposent que les blessés et les malades doivent être traités avec humanité et soignés par une partie au conflit sans distinction de caractère défavorable, les décisions étant fondées uniquement sur des critères médicaux⁴³. Par définition, les blessés et les malades s'abstiennent de tout acte d'hostilité⁴⁴ mais, comme les civils, ils peuvent aussi perdre leur protection contre les attaques lorsqu'ils prennent directement part aux hostilités, pendant la durée de cette participation.

38 Voir PA I art. 8(c).

39 Voir PA I art. 16 et PA II art. 10.

40 Voir PA I art. 16 et PA II art. 10.

41 Voir AP I art. 51(3) ; PA II art. 13(3) et Règle 6 du DIHC.

42 Voir AP I art. 10, commentaire.

43 Voir CG I art. 12 ; CG II art. 12 ; PA I art. 10(2) ; PA II art. 7(2) ; article 3 commun aux CG.

44 Voir PA I art. 8(a).

La I^{re} et la IV^{te} Conventions de Genève prévoient que la population civile doit être protégée des conséquences de la guerre, ce qui inclut la création de zones sanitaires ou de zones de sécurité et la protection des hôpitaux civils et de leur personnel sans aucune distinction de caractère défavorable tenant, en particulier, à la race, à la nationalité ou à la religion⁴⁵. Ces dispositions font maintenant partie du DIHC⁴⁶.

Unités et moyens de transport sanitaires

Selon le DIH, les unités sanitaires telles que les hôpitaux et cliniques, les dispensaires et les pharmacies, qui peuvent être militaires ou civiles, fixes ou mobiles, temporaires ou permanentes, doivent être respectées et protégées en toutes circonstances⁴⁷. De même, les véhicules sanitaires affectés exclusivement à l'acheminement des blessés et des malades ou au transport de personnel, de matériel ou de fournitures sanitaires doivent être respectés et protégés⁴⁸. D'après le sens donné aux termes « respecter et protéger » dans les manuels militaires, les unités sanitaires ne doivent pas faire l'objet d'attaques, de tirs ou d'actes destinés à leur nuire⁴⁹. Elles ne doivent pas non plus servir à abriter des objectifs militaires des attaques⁵⁰. La pratique des États montre en général que les moyens de transport sanitaire sont protégés au même titre que les unités sanitaires mobiles⁵¹. Ils perdent l'un comme l'autre la protection s'ils sont employés en dehors de leurs fonctions humanitaires pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi, par exemple si un hôpital est utilisé à des fins militaires ou des ambulances pour transporter des armes⁵². Une attaque perpétrée délibérément contre un hôpital ou un autre lieu où sont rassemblés des malades et des blessés, pour autant que ce lieu ne soit pas un objectif militaire, est un crime de guerre au regard du Statut de la Cour pénale internationale⁵³ tout comme une attaque contre une ambulance arborant un des signes distinctifs prévus par les Conventions de Genève⁵⁴.

Comme on l'a vu plus haut, lorsque les structures et les moyens de transport sanitaires sont utilisés à des fins militaires, par exemple lorsque des hôpitaux servent d'avant-postes militaires ou que des ambulances transportent des armes, ils perdent le bénéfice de la protection, mais ils doivent recevoir une sommation avant l'attaque et la partie attaquante doit prendre des mesures pour réduire autant que possible les dommages pour les civils qui s'y trouvent⁵⁵.

45 Voir CG I art. 23 ; CG IV art. 14 ; DIHC règle 35.

46 Voir DIHC règle 35.

47 Voir CG I art. 19 ; CG IV art 18 ; PA I art. 12 ; PA II art. 11(1), DIHC règle 28.

48 Voir CG I art. 35 ; CG IV art. 21 ; PA I art. 21 ; PA II art. 11(1) ; DIHC règle 29.

49 Voir l'Étude du CICR sur le droit coutumier, vol. I, commentaire de la règle 28.

50 PA I art. 12(4).

51 Voir l'Étude du CICR sur le droit coutumier, vol. I, commentaire de la règle 29.

52 Voir DIHC règles 28 et 29.

53 Statut de Rome de la Cour pénale internationale, art. 8(2)(b)(ix) et 8(2)(e)(iv).

54 Statut de Rome de la Cour pénale internationale, art. 8(2)(b)(xxiv) et 8(2)(e)(ii).

55 Voir CG I art. 21 ; CG IV art. 19 ; PA I, art. 13(1) ; PA II art. 11(2).

La protection de la santé selon le DIDH

Droits civils et politiques

Le personnel soignant et les blessés et malades sont protégés contre la violence par l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) qui fait obligation aux États, sans dérogation possible, de ne pas priver arbitrairement de la vie une personne dans leur ressort ou sous leur contrôle. La torture et les peines ou les traitements cruels, inhumains ou dégradants sont interdits par l'article 7 du Pacte et par les traités portant spécifiquement sur la torture et les disparitions⁵⁶. Ces traités interdisent de tuer, de battre, de soumettre à d'autres formes de torture ou d'enlever des agents de santé et des patients, faits qui ont été récemment relatés dans des rapports sur les droits de l'homme⁵⁷. Dans certaines circonstances, le refus de dispenser des soins médicaux est assimilé à un traitement cruel, inhumain et dégradant, voire à un acte de torture⁵⁸. L'arrestation de membres du personnel soignant pour avoir dispensé des soins d'une manière impartiale peut aussi constituer une violation de la protection contre l'arrestation et la détention arbitraires⁵⁹.

Droits économiques, sociaux et culturels

D'autres protections de la santé tout aussi efficaces et souvent méconnues dans les conflits et autres situations de violence découlent du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (le « droit à la santé »). Plusieurs instruments des droits de l'homme traitent la protection et la promotion de la santé comme un droit de la personne humaine. La Déclaration universelle des droits de l'homme a été le premier instrument à affirmer que « [t]oute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux⁶⁰ ». Tous les grands traités internationaux et régionaux sur les droits de l'homme adoptés depuis contiennent des dispositions destinées à protéger et à promouvoir le droit à la santé. Le plus cité est l'article 12 du Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) qui proclame :

1. *Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*
2. *Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : a) la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi*

56 Article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; Convention contre la torture.

57 Physicians for Human Rights, note 2 ci-dessus.

58 Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Mendez, 1^{er} février 2013, A/HRC/22/53.

59 Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 9 ; PIDCP art. 9.

60 Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 25.

que le développement sain de l'enfant ; b) l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; c) la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ; d) la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Les autres traités des Nations Unies sur les droits de l'homme consacrant le droit à la santé sont la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant. Parmi les traités régionaux sur les droits de l'homme, on peut citer la Convention européenne des droits de l'homme, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador). La publication, en 2000, de l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels donnant une interprétation de l'article 12 du PIDESC qui a une force normative importante, a fortement contribué à doter ce droit formulé dans le Pacte en termes de buts ambitieux d'un contenu ferme et de normes en matière d'accès, de disponibilité, de qualité et d'adéquation culturelle des services de santé et des facteurs sous-jacents déterminants pour la santé. Cette interprétation clarifie les obligations des États et demeure la formulation la plus complète du droit à la santé dans le DIH.

Le Comité a reconnu que la notion de santé s'était élargie et a proposé une approche qui « intègre en outre certaines considérations à caractère social telles que la violence et les conflits armés⁶¹ ». Respecter, protéger et garantir le plein exercice du droit à la santé dans les conflits armés et autres situations de violence pose des défis considérables, mais comme la Cour internationale de justice l'a expressément affirmé, les obligations relatives aux droits économiques, sociaux et culturels restent en vigueur lors des conflits armés, à côté du DIH⁶².

Trois niveaux d'obligations

Comme tous les autres droits de l'homme, le droit à la santé impose aux États trois niveaux d'obligations : respecter (s'abstenir d'entraver directement l'exercice du droit) ; protéger (empêcher des tiers d'entraver l'exercice du droit) ; et mettre en œuvre (prendre des mesures pour garantir l'exercice du droit le plus complet possible). En termes simples, ces obligations « définissent ce que les gouvernements peuvent nous faire, ce qu'ils ne doivent pas nous faire et ce qu'ils doivent faire pour nous⁶³ ». Elles forment un cadre efficace pour déterminer dans quelle mesure les droits de l'homme sont passés dans les normes, les institutions, le cadre juridique, les

61 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 concernant le meilleur état de santé susceptible d'être atteint, du 11 août 2000 ; document de l'ONU E/C.12/2000/4 (ci-après Observation générale n° 14), par. 10.

62 Voir, entre autres, CIJ, *Conséquences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé*, Avis consultatif du 9 juillet 2004, par. 102-113.

63 Sofia Gruskin et Daniel Tarantola, « Health and Human Rights » dans Sofia Gruskin (dir. de publication), *Perspectives on Health and Human Rights*, Routledge, Londres, 2005, p. 8 (traduction CICR).

conditions politiques et les politiques publiques des États. Les États doivent respecter le droit à la santé en s'abstenant, par exemple, de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes aux soins et de faire de l'application de mesures discriminatoires une politique⁶⁴. Le refus des forces de l'ordre de Bahreïn de laisser les manifestants être soignés en toute impartialité, comme on l'a vu plus haut, est un exemple clair de non respect du droit à la santé.

En vertu du droit de protéger, les États sont tenus, dans la mesure de leurs moyens, d'empêcher des tiers d'entraver l'exercice du droit à la santé par des pratiques telles que les actes de violence commis contre le personnel soignant et les patients. En outre, ils doivent veiller à ce que les professionnels de santé possèdent un niveau d'éducation et des aptitudes appropriés et observent un code de déontologie pour être à la hauteur de la tâche dans des conditions d'exercice difficiles⁶⁵.

Enfin, l'obligation de mise en œuvre impose aux États parties de prendre les mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire et autre pour permettre le plein exercice du droit à la santé⁶⁶. Le désinvestissement, les agressions et la persécution qui marquent les situations de conflit poussent souvent le personnel soignant qualifié à quitter son pays. Garantir le plein exercice du droit à la santé requiert d'investir dans du personnel et de le protéger dans la mesure définie par l'exigence de mise en œuvre progressive sans retour en arrière. L'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé impose aux États des obligations plus vastes que celles que prévoit le DIH, selon lequel les parties au conflit sont généralement tenues de dispenser aux blessés et aux malades sans distinction autre que pour des raisons médicales les services médicaux ou l'aide humanitaire dans l'état où ils se présentent. Seule la puissance occupante a l'obligation de veiller au respect des normes de santé publique et à l'approvisionnement en fournitures médicales⁶⁷.

Dans les situations de conflit, les programmes de lutte contre les maladies sont souvent bloqués par l'impossibilité dans laquelle sont les patients d'aller se faire soigner, la rupture des chaînes d'approvisionnement en médicaments ou le détournement par l'État des ressources destinées à la santé vers des buts militaires. Ces obstacles ne dispensent cependant pas les États de l'obligation d'assurer le droit à la santé. Les trois pays dans lesquels la polio reste endémique, l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan, sont des pays en guerre ou en proie à un conflit politique grave qui perturbe les campagnes de vaccination, entraînant de nouvelles poussées de la maladie⁶⁸. Le droit à la santé exige des États qu'ils s'abstiennent de toute ingérence directe dans les campagnes de vaccination contre la polio (obligation de respecter) et prennent des mesures pour empêcher celles de tiers (obligation de protéger). Enfin, pour permettre le plein exercice du droit à la santé, des politiques doivent garantir

64 Comité des droits économiques sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 34.

65 *Ibid.*, par. 35.

66 *Ibid.*, par. 36.

67 Voir CG IV art. 55-57.

68 Leonard Rubenstein, « Defying expectations: Polio vaccination programs amid political and armed conflict », United States Institute of Peace, *PeaceBrief*, Vol. 64, 3 novembre 2010, p. 2, disponible à l'adresse : www.usip.org/sites/default/files/PB%2064%20%20Polio%20Vaccination%20Programs%20Amid%20Political%20and%20Armed%20Conflict.pdf (consulté le 27 août 2012).

la poursuite des campagnes de vaccination contre la polio lorsque se produisent des troubles ou des violences. Après l'invasion de l'Afghanistan dirigée par les États-Unis en 2001, le ministère afghan de la santé publique s'est activement employé à obtenir la coopération des talibans, par l'entremise du CICR, pour qu'ils facilitent les déplacements des agents de vaccination et leur permettent d'atteindre un plus grand nombre d'enfants vivant dans les régions sous domination talibane. Le ministère a administré cette campagne avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé et de l'UNICEF de telle sorte que l'opération a pu s'étendre jusque dans certaines régions de l'Afghanistan où la situation est la plus explosive⁶⁹.

Les éléments constitutifs du droit à la santé

Le droit à la santé a été interprété comme étant un ensemble de droits et de responsabilités de l'État dont la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services, des produits et des installations de santé sont les éléments essentiels et interdépendants⁷⁰. La disponibilité exige que l'État fournisse des installations en état de fonctionnement et des biens et des services de santé publique et de soins, c'est-à-dire des hôpitaux et dispensaires adéquats, des professionnels de santé qualifiés et les médicaments essentiels⁷¹. Les établissements de soins détruits ou fermés à la suite d'attaques, de violences ou de l'insécurité, les sites dangereux abandonnés, comme on l'a vu, par le personnel médical qualifié, les médicaments volés ou détruits et les chaînes d'approvisionnement désorganisées sont autant de facteurs qui compromettent la disponibilité.

L'accessibilité veut que les installations, les biens et les services sanitaires soient accessibles à tous sans discrimination sur le territoire de l'État partie. Est interdite toute discrimination dans l'accès aux soins pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinions politiques ou autres, d'origine nationale ou sociale, de situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention de contrarier ou de rendre impossible la jouissance ou l'exercice du droit à la santé et d'en compromettre la qualité⁷².

La non discrimination est aussi un des piliers du droit à la santé et des droits civils et politiques. Dans le contexte de la santé, elle s'inscrit dans la prescription d'accessibilité et oblige l'État à faire en sorte que les prestataires de services de santé, publics ou privés, n'opèrent aucune discrimination pour des raisons ethniques, religieuses, raciales ou nationales ou pour d'autres motifs proscrits⁷³. Le droit à la santé, comme les autres droits économiques, sociaux et culturels, vise aussi à remédier à la marginalisation et à la spoliation des femmes et de groupes ethniques, religieux ou nationaux de leurs droits du fait de leur exclusion de l'égalité d'accès à des services médicaux de qualité et aux facteurs matériels et sociaux déterminants pour la santé.

69 *Ibid.*, p. 3.

70 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 12.

71 *Ibid.*, par. 12 (a).

72 *Ibid.*, par. 12 (b).

73 *Ibid.*, par. 18.

Dans les situations de conflit, les pratiques discriminatoires sont fréquentes. Durant le soulèvement libyen de 2011, par exemple, on bloquait les voitures pour empêcher les patients appartenant aux groupes ethniques adverses d'atteindre les hôpitaux⁷⁴. La discrimination est parfois moins visible, mais elle peut être lourde de conséquences en termes de santé publique. En Birmanie, les minorités ethniques à la frontière orientale du pays luttent depuis plus de 30 ans pour leur indépendance contre le gouvernement birman, dans un des conflits civils les plus longs et les plus oubliés que l'on connaisse. Dans les régions touchées par le conflit, l'État a, semble-t-il, renoncé à assurer des services de santé tout en empêchant les groupes autochtones d'y pourvoir eux-mêmes. De ce fait, le manque d'accès fondamental aux services de santé augmente le risque de développement de multirésistances au traitement de maladies comme la tuberculose et le paludisme⁷⁵. C'est là le résultat d'un refus de dispenser des soins qui s'enracine dans une politique de discrimination systématique en vue d'affaiblir et de réduire les groupes rebelles⁷⁶.

Le DIH, centré sur l'impartialité des interventions auprès des personnes qui ont besoin de soins immédiats plutôt que sur la structure et la disponibilité des services, ne couvre généralement pas ces dimensions des services de santé. Ainsi, il interdit de refuser des soins à une femme sur le point d'accoucher pour son appartenance à une ethnie ou à un camp politique, mais il n'est d'aucun secours contre le fait qu'en raison de pratiques ancestrales, les membres du groupe auquel appartient cette femme ont un accès aux structures et aux services plus limité ou de moindre qualité et que cette femme se mettrait en danger en allant demander des soins. Le DIH peut contribuer à remédier à ces manquements.

Les installations, les biens et les services de santé doivent aussi être physiquement accessibles sans danger pour toutes les catégories de la population⁷⁷. Les conflits entraînent souvent une insécurité et une oppression généralisées qui empêchent les patients de se rendre sans risque dans les centres de soins et le personnel soignant d'atteindre les zones ou les foyers où des soins sont attendus, et perturbent les livraisons de nombreux produits, dont les médicaments essentiels⁷⁸. Dans l'est de la Birmanie, encore, l'armée birmane s'en est prise aux patients et au personnel soignant appartenant (ou supposés appartenir) aux groupes d'opposition, confisquant les fournitures médicales, empêchant les malades de se rendre dans les dispensaires et refusant aux agents de santé le droit de passage pour aller donner des soins⁷⁹. Il

74 Paul-Henri Arni, « Health care in danger: Today's Solferinos », entretien du 20 juillet 2012, disponible à l'adresse : www.icrc.org/eng/resources/documents/interview/2012/health-care-in-danger-todays-solferinos-2012-07-20.htm (consulté en octobre 2014)

75 Back Pack Health Worker Team, *Ten Years Report 1998–2009: Life, Liberty and the Pursuit of Health*, 2009, p. 9, disponible sur : http://www.burmalibrary.org/docs11/BPHWT10yearReport_1998-2009.pdf-red.pdf (consulté en octobre 2014).

76 Physicians for Human Rights, *Life Under the Junta: Evidence of Crimes Against Humanity in Burma's Chin State*, janvier 2011, p. 40, disponible sur : http://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/life-under-the-junta-burma-chin-state.pdf (consulté en octobre 2014).

77 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n°14, par. 12 (b).

78 CICR, *Violent Incidents Affecting Health Care: Health Care in Danger, January–December 2012*, disponible sur : www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf (consulté en octobre 2014).

79 Back Pack Health Worker Team, *op. cit.* note 75.

existe certes des limites aux possibilités qu'a un État de préserver l'accès aux soins lorsque des groupes armés s'y opposent, comme dans le cas des campagnes de vaccination dans les régions les plus instables du Pakistan, mais l'État doit prendre des mesures concrètes pour que les campagnes puissent se dérouler dans des conditions de sécurité, si cela paraît réalisable. En outre, lorsque l'État limite lui-même l'accès physique de certains groupes aux services médicaux, soit par calcul politique, soit par simple abdication de ses responsabilités devant les difficultés de la tâche, il enfreint ses obligations en matière de droits de l'homme.

Pour ce qui est de l'acceptabilité, les installations, les biens et les services de santé doivent être administrés dans le respect de la déontologie médicale et des traditions culturelles⁸⁰. Cela inclut de s'abstenir de tout acte portant atteinte au devoir du personnel soignant de dispenser les soins d'une manière impartiale, comme le prescrivent les normes internationales de déontologie médicale, et de respecter le secret médical qui, dans le cadre du droit à la santé, est à la fois une obligation éthique pour le personnel soignant et un droit pour les patients qu'il incombe à l'État de garantir⁸¹. À Bahreïn, il y a eu ingérence des forces de sécurité dans les décisions médicales dans le but d'empêcher la prise en charge des personnes blessées lors des manifestations, et atteinte à l'autonomie des médecins dans le choix des situations dans lesquelles une ambulance devait être envoyée pour secourir les blessés⁸². Les forces de sécurité de Bahreïn ont, par ailleurs, pris connaissance de dossiers médicaux confidentiels, violant le secret médical auquel les médecins sont astreints par leur déontologie.

Enfin, pour que soit respecté le droit à des soins de qualité, qui fait partie du droit à la santé, les installations, les biens et les services de santé doivent aussi être appropriés sur le plan scientifique et de qualité, c'est-à-dire faire intervenir du personnel compétent, des médicaments et des équipements hospitaliers approuvés sur le plan scientifique et non périmés, de l'eau salubre et potable et un dispositif adéquat d'assainissement⁸³. Dans les régions où les conflits perdurent, la destruction des établissements médicaux, l'effondrement de l'infrastructure de santé et l'amenuisement des effectifs médicaux compromettent souvent la qualité pendant le conflit et pour des décennies après la fin des hostilités. Le Soudan du Sud, par exemple, vient d'amorcer une transition entre l'intervention d'urgence et la mise en place de systèmes de santé post-conflit⁸⁴. Toutefois, même si la pauvreté d'un pays est étroitement mêlée à l'existence d'un conflit, l'État reste tenu de garantir le droit à la santé et de fournir des services de santé d'une qualité appropriée, dans la mesure des moyens, même limités, dont il dispose, comme on le verra à la section suivante.

80 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 12 (c).

81 *Ibid.*, par. 12 (b) et 12 (c).

82 Human Rights Watch, *op. cit.* note 2, p. 31.

83 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 12 (d).

84 Andrew Green, « Healthcare in South Sudan at a crossroads », *The Lancet*, vol. 379, n° 9826, avril 2012, p. 1578.

Mise en œuvre progressive et obligations fondamentales

Le principe de la mise en œuvre progressive énoncé à l'article 2 (1) du PIDESC veut que les États parties prennent des mesures au maximum de leurs ressources disponibles afin d'assurer progressivement le plein exercice des droits prévus dans le Pacte, parmi lesquels le droit à la santé. La notion de mise en œuvre progressive fait apparaître qu'il existe des circonstances dans lesquelles il n'est pas possible de garantir le plein exercice des droits. Comme on l'a vu, cette limitation prend tout son sens dans les pays où les hostilités se prolongent ou qui émergent des séquelles d'un conflit. Le conflit n'est pas en soi une raison suffisante pour exonérer un pays de toutes ses obligations et c'est à l'État qu'il incombe de justifier les limitations appliquées aux services et de montrer qu'il n'a épargné aucun effort pour utiliser tous les moyens à sa disposition afin de remplir ses obligations. De plus, assurer progressivement le plein exercice des droits implique la mise en œuvre de l'aide et la coopération internationale, les droits de l'homme justifiant une action au niveau mondial pour que les services médicaux puissent être assurés même là où les conditions sont particulièrement éprouvantes.

Par ailleurs, certaines obligations produisent des effets immédiats indépendamment des ressources disponibles et requièrent la prise de mesures concrètes et ciblées visant à garantir l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels⁸⁵. En ce qui concerne le droit à la santé, les États ont pour obligation fondamentale d'assurer un minimum indispensable de services, sans délai et sans discrimination⁸⁶, obligation dont ils doivent s'acquitter immédiatement. Ces obligations dites fondamentales⁸⁷ ne souffrent pas de dérogation. Bien qu'elles restent, dans une certaine mesure, tributaires des ressources disponibles et des aléas du conflit, un État ne peut les ignorer du seul fait de l'existence du conflit.

L'Observation générale n° 14 cite plusieurs obligations fondamentales découlant du droit à la santé, qui revêtent une importance particulière pour garantir l'exercice de ce droit dans les conflits : accès aux équipements, produits et services sanitaires sans aucune discrimination, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ; fourniture de médicaments essentiels ; répartition équitable des équipements, produits et services sanitaires ; adoption et mise en œuvre de stratégies nationales en matière de santé publique ; offre de soins de santé génésique, maternelle (pré et postnatale) et infantile ; vaccination contre les principales maladies infectieuses présentes dans la communauté ; et traitement et prévention des maladies épidémiques et endémiques⁸⁸.

85 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3 : La nature des obligations des États parties, 14 décembre 1990, Cinquième session, paragraphe 2.

86 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 43 et 44.

87 *Ibid.*, par. 10.

88 *Ibid.*, par. 43.

Le PIDESC ne contient aucune clause dérogatoire et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels n'autorise pas, en règle générale⁸⁹, de dérogation aux droits économiques, sociaux et culturels, moins encore aux obligations fondamentales minimum découlant de ces droits. Le Comité précise que tout laisse supposer que le Pacte n'autorise aucune mesure rétrograde s'agissant des obligations fondamentales et qu'il incombe à l'État de prouver qu'il était justifié de prendre délibérément de telles mesures eu égard à l'ensemble des droits visés dans le Pacte⁹⁰. Lors d'un conflit, l'État qui est attaqué par un autre État ou par des groupes armés ne sera évidemment pas en mesure d'assumer l'ensemble des obligations fondamentales définies par le Pacte. Il arrive cependant que les États conservent la capacité de remplir au moins certaines de leurs obligations mais se défont de leurs responsabilités à l'égard de leur système de santé, usant de cela comme moyen de répression contre certains groupes ou l'ensemble de leur population. Dans ces circonstances, les obligations fondamentales constituent un cadre important pour évaluer dans quelle mesure sont respectées les obligations des États en matière de droits de l'homme.

Prescriptions liées aux droits de l'homme

Participation

Pour le droit à la santé comme pour les autres droits de l'homme, les prescriptions de fond sont assorties de prescriptions de procédure, en particulier la participation et la responsabilité. La participation éclairée des communautés locales et des prestataires de services de santé, qui sont souvent en première ligne pour dispenser les soins lors des conflits, est une prescription négligée malgré son importance. Le droit à la santé inclut le droit, pour les particuliers et les groupes, de participer aux processus d'élaboration des politiques de santé qui les concernent⁹¹. Les théoriciens qui ont préconisé la participation des communautés dans le cadre d'une approche de la santé dans les conflits fondée sur les droits ont souligné la difficulté d'assurer une réelle participation lorsque les communautés sont fragmentées, déplacées et affectées par l'érosion des services⁹². Néanmoins, lorsque les communautés et les prestataires de santé sont véritablement associés au niveau local, national et international, on arrive à réduire l'incidence des attaques contre les services de santé et des atteintes à leur fonctionnement. Leur participation accrue au niveau national permet d'influer sur les décisions des ministres de la santé et de la justice, mais aussi celles des militaires, de renforcer la protection et la sécurité des services de santé et améliorer les pratiques de terrain lorsque les soins sont dispensés dans des lieux exposés.

89 Les États et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ont permis qu'il soit dérogé au droit au travail prévu par le PIDESC. Pour une analyse intéressante des dérogations aux droits économiques, sociaux et culturels, voir Amrei Muller, « Limitations to and derogations from economic, social and cultural rights », *Human Rights Law Review*, vol. 9 n° 4, 2009, p.557-601.

90 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par.32.

91 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 54.

92 Emily Waller *et al.*, « Rights-based approaches in conflict-affected settings », dans Elvira Beracochea *et al.* (dir. de publication), *Rights-Based Approaches to Public Health*, Springer Publishing, New York, 2011, p. 236.

La participation est aussi un aspect pertinent de la sécurité du personnel soignant. Dans les situations de conflit ou de violence, il est rare que des politiques soient définies ou réellement appliquées pour assurer la sécurité du personnel sanitaire national. Une approche sous l'angle des droits de l'homme favoriserait la mobilisation du personnel sanitaire local pour mettre en place des plans et des programmes de protection, définir et diffuser des stratégies pour améliorer la sécurité et demander des comptes à ceux qui ont des obligations à cet égard. Il n'est pas facile de susciter une participation active de ce type. Cela nécessiterait de faire appel aux associations médicales nationales et internationales et aux organisations non gouvernementales, souvent fortement mobilisées pour les urgences médicales en période de conflit, et de solliciter une grande partie des effectifs sanitaires nationaux. Il est indispensable de faire intervenir ces acteurs si l'on veut faire reculer un problème qui soulève bien souvent l'indignation de la communauté internationale mais donne rarement lieu à des actions concertées ou à des politiques offrant des solutions possibles. La participation permet aussi d'éviter que les forces de l'ordre pénalisent ou harcèlent le personnel sanitaire parce qu'il prodigue d'une manière impartiale des soins à des patients considérés comme hostiles à l'État, que ce soit lors des conflits armés ou des troubles civils. En participant à ces décisions, le personnel soignant acquiert aussi une plus grande autonomie par une meilleure connaissance de ses droits.

Surveillance et responsabilité

Surveiller et demander des comptes à ceux qui sont investis de responsabilités est une autre dimension importante de l'approche fondée sur les droits de l'homme. La surveillance est une condition préalable de l'exercice de la responsabilité ; pourtant les institutions mondiales se sont étonnamment peu intéressées à la nécessité de rapporter systématiquement toute attaque contre les services de santé ou atteinte à leur fonctionnement dans les situations de conflit⁹³. L'approche sous l'angle des droits de l'homme offre un cadre centré sur le droit à la santé permettant l'évaluation et l'élaboration de méthodes novatrices d'information. L'exercice de la responsabilité se présente sous des formes diverses, les organes conventionnels ayant leurs propres mécanismes de présentation de rapports et leurs procédures de conformité⁹⁴ auxquels s'ajoutent, aux niveaux national et international, les mécanismes judiciaires ou quasi-judiciaires comme les médiateurs ou *ombudsmen*. Une telle approche des services de santé dans les conflits permettrait de faire la lumière sur les mécanismes de responsabilité existants et sur les possibilités de mieux les utiliser dans le cas des attaques contre ces services et des atteintes à leur fonctionnement.

Dans le système des Nations Unies, les organes conventionnels – Comité des droits de l'homme, Comité contre la torture, Comité des droits économiques, sociaux et culturels et Comité des droits de l'enfant – jouent un rôle décisif dans la surveillance et la responsabilité. Les mécanismes thématiques incluent les activités du Représentant spécial du Secrétaire général pour le sort des enfants en temps

93 Leonard S. Rubenstein et Melanie D. Brittle, « Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict », *The Lancet*, vol. 375, 2010, p. 336.

94 Voir PIDESC art. 16-23.

de conflit armé qui surveille et œuvre, comme on l'a vu plus haut, en faveur de la responsabilité dans six catégories de violations comprenant les attaques contre les écoles et les hôpitaux, et dont l'action a pour fondement juridique à la fois le droit des conflits armés et le droit international des droits de l'homme⁹⁵. La résolution 1998 du Conseil de sécurité des Nations Unies, adoptée en 2011⁹⁶, prévoit l'inscription sur une liste des parties qui commettent des attaques persistantes contre les écoles et les hôpitaux, réaffirmant la nécessité de renforcer la surveillance et l'information concernant de tels incidents et donnant une impulsion concrète pour que soient prises des mesures de protection de ces établissements. Les activités de surveillance du Haut-commissariat aux droits de l'homme portent sur les violations du DIH et du DIDH, mais le champ d'action de cette instance pourrait être élargi sur la base d'une réflexion plus approfondie concernant l'applicabilité du second. La création d'un instrument formel de responsabilité de l'ONU qui s'appliquerait aux établissements de soins et au personnel soignant dans toutes les situations de conflit, armé ou non, sans être limité aux enfants, marquerait un important pas en avant dans l'exercice de la responsabilité.

Il faudrait aussi aborder la question de la surveillance systématique des attaques et des atteintes contre les services de santé sous l'angle des problèmes que cela pose pour les systèmes de santé et la protection. Recueillir des informations sur l'ampleur et la nature des problèmes permettrait de constituer un fonds de données de fait qui pourraient servir pour évaluer l'impact des attaques et des atteintes sur des éléments comme l'infrastructure sanitaire, le personnel soignant et les chaînes d'approvisionnement en médicaments. Dans les situations de conflit, cela ne va pas sans difficultés. L'Assemblée mondiale de la santé a adopté en 2012 une résolution demandant au Directeur général de jouer un rôle de chef de file mondial afin de collecter des données sur les attaques contre les établissements de santé, les agents de santé, les transports sanitaires et les patients dans les situations d'urgence complexes⁹⁷. Cette surveillance devrait s'inscrire dans le cadre des droits de l'homme et du DIH, c'est-à-dire que les informations devraient être collectées et évaluées par référence aux normes des droits de l'homme et aux normes humanitaires, dont le droit à la santé.

Il y a une dizaine d'années, le corps médical et infirmier a demandé à la Commission des droits de l'homme de nommer un Rapporteur spécial pour les attaques contre le personnel soignant. La Commission (devenue depuis le Conseil des droits de l'homme) a opté pour un mandat plus général de surveillance et d'information sur le droit à la santé. Parmi d'autres fonctions, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé adresse au Conseil des droits de l'homme et à l'Assemblée générale des

95 Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général pour le sort des enfants en temps de conflit armé, *Working Paper No. 1 : The Six Grave Violations Against Children During Armed Conflict – The Legal Foundation*, octobre 2009, disponible sur : https://childrenandarmedconflict.un.org/publications/WorkingPaper-1_SixGraveViolationsLegalFoundation.pdf (consulté en octobre 2014).

96 Voir note 28.

97 Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé, « Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires », 21 janvier 2012, disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/25871/1/B130_R14-fr.pdf (consulté en octobre 2014).

rapports annuels, souvent sur un thème particulier. Il peut, dans ce cadre, considérer les attaques perpétrées contre les services de santé comme un thème particulier, à moins qu'un nouveau rapporteur soit nommé pour s'occuper spécifiquement de cette question.

La responsabilité en matière de droits de l'homme s'étend au niveau national : des mécanismes judiciaires pourraient relever le degré de priorité des poursuites pour des crimes commis contre des prestataires et des bénéficiaires de services médicaux. Des mécanismes de responsabilité en matière de droits de l'homme seraient en effet précieux pour compléter les mécanismes peu nombreux qui existent pour faire respecter le DIH.

Conclusion

Prodiguer des soins médicaux aux populations dans les situations de conflit armé ou de violence est une tâche complexe qui fait appel à des stratégies multiples de protection et de respect et à des mesures volontaristes pour faire face à l'insécurité. Dans les conflits, le personnel soignant devient de plus en plus vulnérable soit parce qu'il est pris pour cible par l'État, qui en fait un moyen d'action, ou par les groupes armés, soit parce que, indirectement, il est victime de l'incapacité dans laquelle sont les États de s'acquitter des obligations qui leur incombent d'appliquer le droit à la santé. Le DIH définit un ensemble de règles cruciales pour mettre en œuvre les obligations dans le domaine de la santé lors des conflits armés. Il est efficacement complété par le DIDH, qui comble une lacune importante lorsque le personnel soignant, les installations médicales, les patients et les ambulances subissent des menaces, des agressions et d'autres atteintes ou formes de déni en l'absence d'un conflit armé.

L'une des contributions les plus importantes du droit international des droits de l'homme est de garantir la prise en considération de l'intérêt et des besoins des plus fragiles. L'approche de la santé dans les conflits sous l'angle des droits de l'homme repose essentiellement sur les principes de non discrimination et d'égalité et sur les droits à la disponibilité de soins de santé accessibles, acceptables et de qualité. Deux facteurs, la participation d'une part, en faisant mieux connaître l'obligation de respecter les droits, de les protéger et d'en garantir le plein exercice, et la responsabilité d'autre part, en permettant une meilleure application de ces obligations, pourraient être des moyens efficaces d'améliorer le sort difficile du personnel soignant et des patients lors des conflits. Cela forme, en effet, un cadre solide pour la mise en œuvre de plusieurs recommandations de la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en faveur de la diffusion et d'une meilleure connaissance des obligations conférées par le DIH et le DIDH⁹⁸. Les organes chargés des droits de l'homme contribuent aussi à faire mieux respecter le DIH et à faire reconnaître les

98 CICR, *Les soins de santé en danger : respecter et protéger les soins de santé*, Résolution adoptée à la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 28 novembre-1^{er} décembre 2011, Genève (Suisse), disponible sur : http://www.rcrcconference.org/docs_upl/fr/R5_HCId_FR.pdf (consulté en octobre 2014).

responsabilités dans les violations des instruments des droits de l'homme dans les conflits armés. Accompagnés d'une surveillance vigilante, les mécanismes des droits de l'homme peuvent être employés pour renforcer les principes du droit humanitaire que sont le respect et la protection du personnel soignant et des patients, victimes personnelles des conflits armés.

Le moment est venu de prendre conscience précisément du rôle que peuvent jouer les droits de l'homme pour mettre un terme à la situation d'impuissance dans laquelle se trouvent les personnes qui ont besoin de soins et le personnel soignant qui s'efforce de remplir sa mission, quelles que soient les circonstances du conflit.

L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix : pour une meilleure compréhension

Vivienne Nathanson

Vivienne Nathanson a obtenu son diplôme de médecine à l'université de Londres en 1978. Elle est directrice des Activités Professionnelles au sein de la *British Medical Association* et responsable de la santé publique, des droits de l'homme, de l'éthique médicale, des affaires internationales, de la formation médicale et de nombreux autres domaines. Écrivain prolifique, auteur de chapitres d'ouvrages et de ressources de formation en ligne sur l'éthique, les droits de l'homme et la santé publique, elle donne également de nombreuses conférences dans les mêmes domaines. Elle est actuellement professeur honoraire à la *School for Health* de l'université de Durham. Elle a été récemment appelée à témoigner en tant qu'expert dans le cadre de l'enquête publique sur le décès de Baha Mousa, survenu durant sa détention par l'armée britannique, et de l'enquête publique sur l'utilisation de produits à base de sang contaminé en Écosse (Enquête Penrose).

Résumé

À chaque intervention clinique qu'ils effectuent, les professionnels de santé doivent prendre des décisions et se trouvent confrontés à des dilemmes éthiques. En situation de conflit armé, les décisions peuvent être différentes et les circonstances peuvent générer des tensions éthiques. Cet article examine les tensions en temps de paix et en temps de conflit armé et les situations que rencontrent les médecins et les autres professionnels de santé. Il analyse également le cadre de décision éthique et le rôle de la communication, tant dans les soins cliniques que dans l'analyse éthique.

Mots clés : dilemme éthique, analyse éthique, prise de décision, consentement, confidentialité, communication, confiance



Partout au monde, les professionnels de santé suivent les mêmes codes et principes éthiques, conçus pour protéger les patients des abus et encadrer les décisions que ces professionnels sont amenés à prendre. Une bonne compréhension générale de la nature de ces règles et de leur universalité par la communauté tout entière, notam-

ment par ceux qui exercent des fonctions de pouvoir et d'autorité, est essentielle pour en garantir le respect, même dans les situations les plus difficiles.

Quelles que soient les circonstances, la pratique clinique pose des dilemmes éthiques aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de santé qui s'occupent des patients et à ceux qui organisent la fourniture des soins. De nombreux textes ont été consacrés à l'éthique médicale au fil des siècles ; la dernière moitié du XX^e siècle et le début du XXI^e ont produit une collection particulièrement riche de nouveaux documents sur le sujet¹. Ces textes sont d'autant plus intéressants pour le travail quotidien des cliniciens qu'ils rattachent les conseils qu'ils prodiguent et même l'explication des principes éthiques à des cas réels aussi bien que théoriques. Le clinicien peut ainsi considérer les principes, le contexte et le cas dans un cadre clinique, ce qui facilite la traduction et l'adaptation des concepts à la situation clinique dans laquelle il se trouve.

Cependant, ces textes s'appuient sur les soins cliniques dispensés dans des circonstances normales ou lorsque la fourniture des soins n'est pas menacée ni compromise par un conflit armé ou toute autre situation de violence. Dans la pratique « normale », les cliniciens ont souvent le temps de réfléchir aux décisions inhérentes à l'offre de soins et même de prendre conseil, alors que ces possibilités de réflexion sont presque toujours moindres en situation de conflit. Le fait-même que la situation soit instable, voire menaçante, et toujours différente de la pratique courante complique la réflexion et les défis rencontrés sont déformés, de façon subtile ou au contraire substantielle, par le conflit ou les troubles. Dans ces circonstances, les médecins ont rarement la possibilité d'évoquer sur le moment leurs préoccupations avec d'autres ou de consulter quelqu'un sur l'approche requise. Il est donc d'autant plus important qu'ils connaissent les principes éthiques et se sentent capables de reconnaître et d'analyser les défis éthiques qu'ils rencontrent.

Beaucoup peuvent se trouver dans cette situation pour la première fois et se demander si les règles éthiques « normales » s'appliquent. Ils peuvent être confrontés à des personnes extérieures au cadre clinique qui exigent des actes particuliers et n'être pas certains que ces actes sont éthiquement acceptables dans ces circonstances. Ils peuvent aussi craindre pour leur propre sécurité et celle des autres – les patients, mais aussi leur famille et les autres professionnels de santé.

Ainsi, le professionnel dont on exige qu'il communique des informations détaillées sur un patient dispose généralement, en temps de paix, d'un délai pour déterminer si la demande est conforme aux exigences légales ou même aux dérogations prévues par la loi concernant le droit à la confidentialité. En temps de conflit armé et de troubles graves, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte ; ceux qui exigent les informations peuvent affirmer qu'elles leur sont indispensables pour garantir la sécurité des professionnels de santé, de l'établissement et de leur environnement. Dans cette situation, où se placent les droits des patients et le devoir

1 British Medical Association (BMA), *Medical Ethics Today: the BMA's Handbook of Ethics and Law*, 3^e édition, BMJ Books, Londres, février 2012 ; J. R. Williams, Association médicale mondiale, *Manuel d'éthique médicale*, 2^e édition, AMM, Ferney-Voltaire, 2009 ; Comité international de la Croix-Rouge (CICR), *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.

de défendre ces droits qui incombe au médecin ? Comment le professionnel de santé fait-il face émotionnellement lorsqu'on lui dit qu'il risque de compromettre la sécurité des autres ?

De même, bien que les professionnels de santé recourent au triage, surtout lors de grandes épidémies ou d'événements causant de nombreuses victimes comme des accidents de la route impliquant plusieurs véhicules, ils peuvent le plus souvent, par une utilisation rigoureuse des ressources, organiser la prise en charge de toutes les victimes. Dans les situations de conflit en revanche, les ressources risquent davantage de s'épuiser, il peut être difficile de les reconstituer et la probabilité est plus grande que les décisions de triage soient des décisions de vie ou de mort. De plus, des pressions risquent davantage d'être exercées sur les professionnels de santé pour qu'ils donnent la priorité à un groupe par rapport à un autre et ces pressions peuvent s'accompagner de menaces à l'encontre des professionnels eux-mêmes, mais aussi de l'établissement et des autres patients. Jusqu'où les professionnels de santé doivent-ils aller pour protéger la confidentialité lorsque celle-ci pourrait faire courir de graves risques physiques aux autres et à eux-mêmes ?

En situation de conflit, le flux ininterrompu des patients peut épuiser les professionnels. Si l'épuisement est possible dans d'autres urgences, rares sont celles qui sont aussi longues ou soutenues, et les possibilités de se reposer et de récupérer peuvent être bien moindres. Que doivent faire les médecins et les autres professionnels lorsqu'ils sont fatigués ? Ou lorsque leur matériel ou les médicaments s'épuisent ? Ou lorsqu'ils sont confrontés à des cas qui dépassent leurs compétences cliniques ?

Ces mêmes difficultés peuvent se poser dans d'autres circonstances. Dans certains pays, les attaques contre les établissements de soins, leur personnel et leurs patients sont tragiquement fréquentes. Des échanges avec des médecins du monde entier montrent clairement que des gangs criminels organisés et des parents mécontents peuvent s'attaquer aux professionnels de santé et demander réparation pour des blessures causées à leurs amis, à leurs parents ou à d'autres ou simplement pour extorquer de l'argent. Ces actes criminels sont commis en l'absence de tout conflit ou de troubles généralisés dans des sociétés traversées par la violence. Une bonne compréhension des fondements éthiques et un soutien éthique au dialogue local avec les leaders sociaux sont aussi nécessaires ici qu'en situation de conflit.

Dans toutes ces situations, l'aide et le soutien des autres peuvent être présents, comme ils le seraient en temps normal, mais ils peuvent aussi faire défaut. Les professionnels de santé peuvent être ou se sentir très isolés dans leurs décisions. Un cadre éthique solide entourant les décisions à prendre peut les aider à se sentir soutenus et à savoir que leur décision recueillerait le soutien de leurs collègues tout autour du monde.

Comprendre et savoir adapter les principes éthiques est une aide précieuse aux professionnels de santé. Cette compétence garantit le bon respect des normes éthiques et protège ainsi les patients d'une exploitation involontaire ou irréfléchie. Elle renforce le professionnalisme des personnels de santé et la confiance qui doit exister entre le médecin et le patient. Elle est utile aussi lorsqu'il faut prendre des décisions contraires aux principes éthiques généraux afin de protéger d'autres vies, mais surtout, elle sert de base aux discussions et aux négociations avec d'autres

interlocuteurs sur la façon dont l'établissement de santé et son personnel et ses patients doivent être traités.

L'idée selon laquelle l'éthique est un luxe inutile en situation d'urgence doit être remise en cause ; l'éthique est le concept central qui garantit que la médecine demeure une force du bien, conçue et dispensée dans un cadre humanitaire pour protéger les intérêts des personnes vulnérables, des malades et des blessés.

À chaque fois que des soins de santé sont dispensés et partout où ils le sont, un cadre éthique doit délimiter les principes destinés à encadrer la fourniture des soins. Les soins de santé sont dispensés à des personnes dans le besoin, qui peuvent avoir peur, dont la vie peut être en danger et qui sont presque toujours plus vulnérables que les soignants. Ces derniers ont des pouvoirs différents de ceux auxquels ils proposent des soins. La fourniture des soins est délimitée par des principes éthiques qui restreignent les libertés des soignants et offrent aux patients un cadre dans lequel ils peuvent s'attendre à recevoir des soins. Les principes éthiques visent à garantir qu'on n'abuse pas de ce différentiel de pouvoirs et que les deux parties à la relation thérapeutique comprennent la base sur laquelle les décisions sont prises.

L'éthique médicale en temps de paix et en temps de guerre

Définition générale : qu'est-ce que l'éthique médicale ?

De nombreuses définitions expliquent ce qu'on entend généralement par la notion d'éthique médicale. Au plus simple, on peut l'appréhender comme un ensemble de principes qui s'appliquent au travail des professionnels de santé et posent des limites à leur liberté de décision. On l'envisage aussi de plus en plus comme un contrat entre ces professionnels de santé et les sociétés qu'ils servent. Ces limites ne sont pas fixées par les seules professions concernées mais elles sont négociées avec la société en tenant compte des mœurs et des valeurs sociales, de la loi, des systèmes de croyances, mais aussi des craintes, des espoirs et des attentes exprimés par la société. Toutes ces variables reposent sur un ensemble de principes fondé sur des valeurs, remarquablement cohérent. Étant donné que la loi change et évolue régulièrement et qu'elle a une incidence sur les règles d'éthique, un ajustement constant de certaines limites éthiques est à l'œuvre ; de manière générale, ces changements sont mineurs. Dans les pays où la loi, à travers l'activité parlementaire, connaît des évolutions substantielles, un dialogue animé et multipartite s'instaure sur la façon dont un projet de loi s'insère dans les limites communément admises aux pratiques en matière de soins de santé. Les gouvernements qui souhaitent, par exemple, légiférer sur la gestion et la confidentialité des informations devront s'assurer, à la demande des professionnels de santé, que la nouvelle loi n'aille pas à l'encontre des normes acceptées, notamment des protections de la confidentialité médicale prévues par la loi.

Indéniablement, la philosophie a exercé une influence majeure et les analyses structurées qu'elle a pu produire tiennent une place croissante dans le discours éthique moderne. Historiquement, l'élaboration des règles éthiques a été progressive. Les premières règles établies dans le domaine des soins de santé, comme le serment

d'Hippocrate ou la prière de Maïmonide, dressent une liste des actes acceptables ou inacceptables de la part d'un médecin. Elles sont restées constantes si l'on excepte les variantes introduites par les traductions successives au cours des siècles. Le lien avec la philosophie générale est masqué dans ces textes, et une grande partie de la littérature du début du XX^e siècle consacrée à l'éthique adopte la même position ; elle établit des listes et des règles de comportement sans évoquer les raisons de ces limites ni le débat à l'origine de leur émergence. Nombre de ces textes mentionnent explicitement que les médecins sauraient automatiquement ce qui est conforme à l'éthique. Dans la pratique, rares étaient les médecins capables d'analyser suffisamment les situations médicales pour dégager les défis éthiques en jeu, mais ils apprenaient souvent où étaient les limites dans des disciplines médicales relativement étroites.

Le pouvoir de ces codes antiques est pourtant considérable et le serment d'Hippocrate, en particulier, demeure un descripteur des principes éthiques obligatoires qui entourent la pratique médicale moderne. Dans de nombreuses écoles de médecine, prêter serment fait partie du processus qui consiste à devenir médecin. Bien qu'un nombre non négligeable de médecins ne prêtent pas officiellement serment, celui-ci ou un serment similaire, le public pense que tous sont liés par un serment. Les codes plus modernes sont en grande partie dérivés de ces codes et d'autres codes anciens. La Déclaration de Genève² de l'Association médicale mondiale (AMM) et le Code d'éthique médicale³ qui lui est associé sont des codes généraux couvrant le travail des professionnels de santé dans toutes les circonstances. Aucun de ces textes ne différencie les temps de guerre ou le travail dans un conflit armé ni n'implique que les principes et les règles éthiques changent en fonction des circonstances.

Dans une grande partie du monde, l'adage « *Primum non nocere* », « D'abord, ne pas nuire », est le principal descripteur des principes éthiques. Diverses expressions sont employées pour décrire d'autres facteurs, comme une médecine « centrée sur le patient » ou « centrée sur la personne ». En même temps, le droit régissant la pratique médicale est, aussi, largement fondé sur le soutien aux droits des patients.

L'analyse éthique requiert souvent d'évaluer l'intérêt supérieur du patient, une opération qui est aussi culturellement sensible. La société occidentale tend à employer des concepts très orientés vers les droits des individus et l'autodétermination. La notion d'équilibre entre dans l'équation car les droits de l'individu ne sont pas les seuls qui doivent être évalués. En effet, la société (et donc les autres individus) a aussi des droits, qui peuvent être en conflit avec ceux de l'individu. Dans la tradition occidentale, l'intérêt supérieur de l'individu est une mesure holistique, qui envisage la personne dans sa famille, sur son lieu de travail et dans son environnement social et culturel. Mais la nature réelle de l'intérêt supérieur ou du bénéfice doit aussi dépendre des vues et des croyances de l'individu, qui sont elles-mêmes culturellement fondées. De nombreux travaux modernes soulignent qu'il est important que l'évaluation de l'intérêt supérieur repose, non pas sur le jugement d'un autre, mais sur ce que le patient pense être le mieux pour lui, surtout lorsqu'il s'agit de déterminer si une vie gravement contrainte par la maladie ou une blessure « vaut la peine d'être vécue ».

2 Déclaration de Genève de l'AMM, adoptée en septembre 1948, révisée en mai 2006.

3 Code international d'éthique médicale de l'AMM, adopté en octobre 1949, révisé en octobre 2006.

Les médecins prennent soin des patients dans toutes les situations possibles, dans tous les pays du monde. Les circonstances sont extrêmement diverses, mais on affirme couramment que les règles ou obligations éthiques sont identiques et l'AMM déclare d'ailleurs que l'éthique médicale est la même en temps de paix et en temps de guerre⁴. L'équilibre entre la loi et l'éthique suscite aussi des questions fréquentes. Là encore, l'AMM adopte une approche apparemment simple, donnant la priorité à l'éthique sur le droit, ce qui signifie que lorsque la loi et l'éthique s'opposent, les médecins doivent obéir aux préceptes éthiques.

La réalité est loin d'être simple. Si les principes éthiques peuvent rester constants et le demeurent effectivement, ils ne forment intrinsèquement qu'un simple cadre entourant les décisions à prendre dans la pratique clinique. Ces décisions elles-mêmes sont liées aux circonstances dans lesquelles s'inscrit la pratique clinique et sont sensiblement affectées par celles-ci. Cela apparaît particulièrement lorsqu'on entreprend l'analyse des circonstances cliniques dans lesquelles le médecin prend des décisions. Dans chaque situation, les médecins et les autres intervenants chargés d'examiner les questions éthiques recourent à l'analyse pour examiner les éléments en jeu. Très souvent, des devoirs, des valeurs ou des principes différents seront en conflit. On ne trouvera la meilleure réponse qu'en examinant la situation dans sa globalité, y compris les circonstances particulières du cas et de la situation de conflit.

En temps de guerre, les décisions que le médecin est amené à prendre sont différentes, parfois même radicalement, de celles qu'il pourrait prendre en temps de paix du fait des menaces et des circonstances particulières du conflit auxquelles il est exposé. En d'autres occasions, les décisions seront identiques et les circonstances du conflit n'auront aucune incidence. Les médecins doivent décider quel patient traiter en premier dans toutes les circonstances mais plus particulièrement lorsque le nombre de patients dépasse le nombre de professionnels de santé formés ou lorsque les ressources manquent. Ce dilemme peut affecter un médecin urgentiste confronté aux victimes multiples d'un accident de la route de la même façon qu'il peut se poser face aux victimes d'un dispositif explosif placé au bord de la route dans un conflit armé. Les circonstances sont remarquablement similaires, quoique plus courantes en situation de conflit.

L'analyse historique de l'éthique dans le secteur de la santé a été en grande partie écrite sous l'intitulé de « l'éthique médicale », l'implication étant qu'elle concerne les médecins, ce qui pourrait signifier, pour certains, que des règles différentes peuvent s'appliquer aux autres professionnels de santé. Le discours moderne tend à employer l'expression « éthique des soins de santé », qui implique nécessairement qu'elle s'applique aux professionnels de santé. En fait, ces deux intitulés couvrent tous les professionnels de santé. Certaines analyses opèrent des différences, et celles-ci reflètent souvent les différents rôles des professionnels de santé, qui peuvent être à l'origine de différents points de vue.

4 Règles de l'AMM en temps de conflit armé et d'autres situations de violence, adoptées en octobre 1956, révisées en octobre 2012.

Des principes éthiques généraux identiques en temps de paix et en temps de guerre

Affirmer que l'éthique est identique en temps de guerre et en temps de paix n'est pas dire que les médecins prendront les mêmes décisions. En fait, les dilemmes auxquels ils sont confrontés seront souvent différents, mais les principes généraux qui seront appliqués aux décisions seront identiques.

Fondamentalement, les principes sont conçus pour respecter les droits du patient ; ils garantissent qu'on lui donne les moyens de prendre le contrôle des décisions qui le concernent et du traitement qu'il recevra. Bien qu'historiquement, de nombreux principes aient trait aux usages de la pratique médicale, l'éthique examine aussi de plus en plus la prise de décision par rapport à des procédures médicales complexes et à haut risque ou à la santé publique.

Dans les situations de conflit modernes, surtout en présence de forces armées de pays développés, les capacités médicales sont telles qu'il est possible de traiter des blessures très graves. Les possibilités de sauver des vies grandissent, les séquelles de ces sauvetages deviennent importantes. Il en va de même des décisions prises en temps de paix, même si la nature des blessures courantes et les personnes qui en sont victimes peuvent être très différentes. Dans la pratique civile, la représentation des deux sexes est plus équilibrée et les blessés appartiennent à des tranches d'âge plus larges alors qu'en temps de conflit armé, les membres des forces armées – les hommes jeunes et jusque-là en bonne santé – seront proportionnellement plus nombreux. L'impact qu'une blessure effroyable peut avoir sur eux et sur leurs futurs choix de vie peut être très différent de celui qu'elle aurait sur une autre cohorte. Leur relative jeunesse et leur bonne condition physique antérieure les rendent plus aptes à survivre à d'épouvantables traumatismes. Pense-t-on suffisamment aux conséquences psychologiques de la terrible blessure à laquelle ils ont survécu ? Si ce n'est pas une préoccupation majeure pour le corps médical au moment du traitement d'urgence, il doit absolument chercher à s'assurer que l'importance du soutien psychologique est bien comprise.

L'un des scénarios caractéristiques des situations de conflit est la situation dans laquelle l'environnement devient si dangereux pour les soignants, et pour leurs patients, que continuer à fournir des soins devient intenable et qu'il faut fermer l'hôpital, le centre de premiers secours, le dispensaire ou toute autre installation. C'est une situation que certains prestataires de soins comme le CICR et MSF ont rencontrée : les menaces réelles – y compris d'enlèvement, de blessure ou de mort – qui pèsent sur leur personnel sont telles que les institutions ne peuvent accepter de continuer à l'y exposer. Ces menaces sont aggravées par le fait qu'en cas d'attaque visant les professionnels de santé, leurs collègues non cliniciens et leurs patients sont aussi implicitement exposés.

Impartialité

L'impartialité est un principe fondamental de la pratique médicale en temps de paix comme en temps de guerre. D'un point de vue éthique, l'impartialité signifie que les

professionnels de santé doivent traiter les patients sur la base des besoins et non de l'origine ethnique, de la religion, du genre, de l'âge ou de tout autre facteur susceptible d'engendrer une discrimination injuste. Elle recouvre aussi en partie la notion de neutralité médicale, qui renvoie à la non-participation des professionnels de santé aux partis politiques et aux questions relatives au conflit sur leur lieu de travail. Les médecins et les autres professionnels de santé sont bien sûr libres de s'impliquer politiquement comme tout autre citoyen, pour autant que cet engagement n'empiète en aucune façon sur leur mission.

Si la notion est identique en temps de guerre et en temps de paix, le fait est qu'en temps de guerre, l'impartialité du professionnel de santé risque davantage d'être réellement mise à l'épreuve. Le médecin militaire, face à deux blessés nécessitant des soins urgents – dont l'un porte l'uniforme de ses troupes et l'autre celui de l'ennemi – trouvera sans doute difficile de ne pas être influencé par un sentiment de loyauté à la personne aux côtés de laquelle il sert. Mais le même dilemme pourrait se poser à un médecin en temps de paix face à deux victimes d'un accident de la route : l'une pourrait être un ami, un voisin ou un parent et l'autre le responsable de l'accident. Il est pareillement inévitable que l'impartialité du médecin soit menacée dans cette situation.

La règle éthique est claire et simple. Les soins doivent être dispensés en fonction des besoins ; la personne qui a le plus besoin de soins doit être traitée en premier. C'est la base du triage en temps de guerre comme en temps de paix.

Adapter les décisions aux situations de conflit armé

L'enseignement de l'éthique vise à faire comprendre un système d'analyse donné (sachant qu'il existe de nombreux systèmes concurrents) et comment l'utiliser pour examiner la décision à prendre. Aucun système n'est meilleur que les autres ; chacun a ses forces et ses faiblesses, ses adeptes et ses opposants. Ce qui importe, c'est que l'individu puisse se servir d'un système pour étudier la question. Face à différentes situations, il peut ensuite décortiquer les circonstances cliniques, dégager et analyser les tensions éthiques et rechercher la meilleure solution. En général, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, mais des solutions plus ou moins proches des principes éthiques généraux.

Comme le montrent certains exemples donnés plus haut, la nature du problème peut être différente dans un conflit armé, mais en règle générale, certaines différences sont plus probables que dans d'autres situations.

Les professionnels de santé peuvent connaître des conflits liés à un sentiment de loyauté à une cause, un groupe ou une idéologie, qui empièteront rarement sur leur pratique en temps de paix. Toute décision éthique impose d'écarter les croyances et les préjugés personnels ; dans les conflits, où ceux qui partagent les mêmes loyautés ou idéologies risquent d'être gravement blessés ou tués, il est bien plus difficile de rester neutre. Or sans neutralité, certaines tâches comme le triage (voir ci-dessous) deviennent impossibles, tout comme l'évaluation équitable du caractère raisonnable des demandes telles que la communication de données relatives à un patient.

Un solide ancrage dans un système éthique et la compréhension et la connaissance des codes et principes éthiques peuvent aider les personnes sous pression à garder la clarté de vue et d'analyse indispensable.

Même si, comme il est dit plus haut, l'éthique en temps de paix et en temps de guerre est fondamentalement la même, les pressions sont différentes. Le fait de ne pas traiter un individu particulier menace rarement la vie du professionnel de santé en temps de paix alors que cette situation peut se produire en temps de guerre. Mais il arrive que les professionnels de santé courent des risques dans l'exercice de leur métier en temps de paix comme en temps de guerre. Ceux qui pénètrent sur le site d'une catastrophe naturelle, comme l'effondrement d'un immeuble, pour dispenser des soins peuvent être autant en danger que ceux qui continuent à dispenser des soins pendant que leur établissement est bombardé, mais comme en temps de guerre, ils ne sont pas censés mettre leur sécurité en danger. En temps de paix, les médecins doivent écouter les conseils, par exemple sur le danger que présente un immeuble effondré, et ne pas prendre de risques graves. S'ils sont censés accepter certains risques – par exemple traiter des personnes contagieuses expose les professionnels de santé à certains risques – ils doivent aussi prendre des mesures pour réduire ce risque (en cas de maladie contagieuse, en recourant à des méthodes de soins en isolement, à des vaccins, etc.).

Comment les règles éthiques sont-elles fixées ?

Les règles éthiques sont apparues progressivement. Les premières règles d'éthique médicale comme le serment d'Hippocrate et la prière de Maïmonide dressent une liste des actes acceptables et inacceptables de la part d'un médecin. De nombreux codes modernes s'en sont en grande partie inspirés.

Durant la majeure partie des trente dernières années, le débat éthique s'est élargi mais les médecins se sont battus pour que l'élaboration des règles et des normes éthiques demeure l'apanage des professionnels de la médecine. Ces résistances disparaissent progressivement car les médecins prennent conscience que les codes éthiques étant, par nature, des contrats avec la société dans laquelle ils s'inscrivent, il est à tout le moins utile d'associer d'autres acteurs à leur élaboration.

Les parties qu'il convient d'associer au débat peuvent être classées selon différents systèmes ; le système des huit « P » est un moyen mnémotechnique simple. La profession médicale (le premier « P ») est évidemment concernée ; les médecins doivent apporter leur pierre à l'édifice car c'est eux qui connaissent le mieux les implications d'un traitement ou d'un diagnostic et ils doivent veiller à ce que l'adaptation des principes éthiques corresponde à la pratique clinique normale. Les praticiens (le deuxième « P ») doivent eux aussi participer au débat car les mêmes principes éthiques doivent lier tous les professionnels de santé, surtout ceux qui travaillent ensemble pour fournir des soins aux patients. Les médecins, les infirmières et les autres soignants n'ont pas la même vision du processus clinique car ils l'envisagent sous des angles légèrement différents, ce qui permet de s'assurer que la question est examinée sous toutes ses facettes. De même, les patients (le troisième « P ») ou leurs

représentants doivent prendre part au débat et leurs points de vue doivent être pris en compte. L'opinion publique (le quatrième « P ») représente un groupe plus large, formé de non-patients, de patients potentiels et de soignants. Bien que la majorité des pays du monde ne soient pas des théocraties, les prêtres (le cinquième « P ») ou les autres chefs religieux peuvent eux-aussi enrichir le débat d'un point de vue éclairé par les religions dominantes et les contraintes qu'elles peuvent comporter. L'importance du point de vue religieux est très variable d'une culture à l'autre, mais il importe, dans tout débat, de comprendre la vision qu'ont les principaux groupes religieux d'un dilemme d'éthique médicale. Comme certains aspects du débat toucheront à l'interface entre la loi et l'éthique, le législateur et tous ceux qui « gèrent » les lois sont aussi des interlocuteurs pertinents. En général, cela implique la participation des parlementaires (le sixième « P »), mais aussi d'autres acteurs des politiques publiques ; ceux qui travaillent sur les projets législatifs sont des participants particulièrement importants. Dans ce moyen mnémotechnique, le public apparaît sous différentes formes. Il est le plus souvent informé par les médias, ce qui fait de la presse (le septième « P ») un autre contributeur. Le dernier « P » renvoie au processus ; le partenariat est l'objectif de la meilleure pratique médicale. Une bonne éthique implique un partenariat d'égal à égal entre les professionnels de santé et leurs patients ; la mise en place d'un processus d'examen des questions éthiques doit permettre d'œuvrer dans ce sens.

À l'interface patient-médecin, ces différents individus et groupes ne sont ni visibles ni audibles mais les médecins, y compris ceux qui dispensent des soins en situation de conflit, doivent réfléchir à la contribution qu'ils peuvent apporter au développement d'une pensée éthique. Les médecins qui ont travaillé en situation de conflit contribuent souvent, par exemple, à des revues professionnelles examinant les approches chirurgicales du trauma sur la base de leur expérience du conflit. Ils doivent également réfléchir à la contribution qu'ils pourraient apporter aux revues professionnelles consacrées à l'éthique médicale et à l'éthique des soins de santé.

Considérations juridiques

Bien que la loi diffère de l'éthique, toutes deux établissent un ensemble de principes limitant la liberté d'action du personnel médical et d'autres individus.

L'arsenal juridique s'enrichit d'année en année. De nombreuses lois sont écrites par les gouvernements dans le cadre d'un ensemble de politiques pouvant toucher des domaines ayant un fort impact sur la pratique médicale, comme la confidentialité et la gestion des données, ou l'âge du consentement. D'autres domaines du droit n'ont pas toujours d'incidence immédiatement apparente sur la pratique médicale.

Tout en reconnaissant l'importance de la loi, les médecins disent couramment que l'éthique prévaut sur celle-ci. Ils entendent par là que la loi pourrait les autoriser à faire quelque chose que l'analyse éthique déclarera inacceptable et que l'éthique est le principe directeur le plus important pour eux en tant que professionnels de santé.

Dans de nombreux pays, cela peut engendrer un conflit entre les textes législatifs et les textes réglementaires établis par un organisme de réglementation de la profession médicale, qui peuvent intrinsèquement avoir une force quasi-légale. Les médecins qui franchissent les limites fixées par un organisme de réglementation tout en restant dans le cadre de la loi peuvent se voir radier du registre des médecins, qui leur donne le droit d'exercer, ou subir une autre sanction grave.

En général, lorsque les médecins voient collectivement qu'une loi leur imposerait de violer les normes éthiques, ils doivent faire campagne pour qu'elle soit modifiée. Cette tâche incombe alors aux organismes collectifs de médecins comme les associations médicales. Celles-ci jouent, dans le monde entier, un rôle majeur qui consiste à plaider pour le compte de leurs membres, notamment pour que les médecins puissent exercer dans le respect de l'éthique et de la loi.

Outre les textes législatifs, la jurisprudence fixe aussi des limites. De récentes affaires dans de nombreux États ont trait au consentement au traitement médical⁵, surtout en ce qui concerne les décisions de fin de vie. Tous les États ont légiféré sur la confidentialité des données personnelles. Ces lois sont très diverses, alors que les principes éthiques sont les mêmes partout au monde ; il s'ensuit que la loi peut autoriser la communication des données du patient avec ou sans son consentement dans certains États et l'interdire dans d'autres.

Il faut ajouter les décisions, de plus en plus nombreuses concernant les droits de l'homme. De nombreux pays ont une législation nationale régissant les droits de l'homme de leurs ressortissants qui est soumise aux décisions d'organes judiciaires ou quasi judiciaires internationaux et régionaux. Plus précisément, il existe un ensemble grandissant de décisions faisant jurisprudence et de nombreux ouvrages sur le « droit à la santé ». Bien qu'il ne s'agisse pas d'un droit absolu à l'accès aux soins de santé, « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité⁶ ». Ce droit, qui ne souffre aucune dérogation, encourage les États à adopter une approche non discriminatoire de l'accès aux soins.

En temps de conflit armé, le droit international humanitaire (DIH) entre également en jeu. Ce corps de règles de droit se compose de règles de traités (principalement les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels) et de règles coutumières qui lient tous les États. Le DIH contient plusieurs règles relatives à la fourniture des soins de santé et aborde la protection du personnel de santé, les unités et les moyens de transport⁷.

Par bien des aspects, les codes d'éthique ont acquis un statut similaire au droit coutumier. L'acceptation de certaines normes par les médecins du monde entier

5 Pour la jurisprudence concernant la question du consentement médical, voir références dans BMA, note 1 *supra*, en particulier les chapitres 2, 3, et 4.

6 Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), adoptée le 11 août 2000, E/C.12/2000/4, para. 1.

7 Pour un aperçu des règles du DIH et du droit des droits de l'homme relatives au respect et à la protection des soins de santé, voir CICR, « Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et dans les situations non couvertes par le droit international humanitaire », Fiche technique, 31 mars 2012, accessible à l'adresse : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/legal-fact-sheet/health-care-law-factsheet-2012-03.htm> (dernière consultation : novembre 2012).

donne à ces codes un statut international, de sorte qu'ils couvrent tous les médecins, qu'ils aient ou non prêté serment de les suivre.

Défis éthiques propres aux conflits armés et aux situations de violence

Triage

Le triage est une opération qui consiste à classer les patients en fonction de la priorité du traitement. Classiquement effectuée lorsqu'un service est débordé par l'arrivée de victimes multiples, elle vise à apporter une réponse efficace aux besoins médicaux.

Dans la pratique civile – et de plus en plus en temps de guerre, dans les installations desservies par des hôpitaux militaires de campagne bien équipés – le triage identifie les individus dont la vie est en danger immédiat, ceux qui ont un besoin de soins modéré et ceux qui ont besoin de premiers secours. Cette opération peut comprendre l'identification de ceux qu'aucun traitement ne pourra sauver ; il se peut qu'aucune tentative ne soit faite pour maintenir ces patients en vie, mais ils doivent toujours recevoir des soins, y compris des analgésiques. Dans les situations de conflit plus classiques, une variante de cette procédure consistait à identifier et à traiter en priorité ceux qui avaient besoin de premiers secours pour qu'ils soient plus aptes à retourner immédiatement au combat. Cela peut impliquer que ceux qui ont immédiatement besoin de soins de survie tardent à les obtenir, tandis que ceux dont le besoin est moindre sont aidés afin qu'ils puissent reprendre le service actif. De nombreuses forces militaires modernes nieraient que cette situation se pose de nos jours mais en fait, la plupart des médecins militaires reconnaissent qu'à certains moments d'urgence militaire, il peut être essentiel de renvoyer les soldats au front, notamment parce que cela permettra de sauver d'autres blessés en protégeant l'hôpital ou le centre de traitement.

Les systèmes de triage élaborés par le personnel médical militaire sont à la base des systèmes utilisés dans le cadre civil, en particulier en cas d'urgence. Là encore, il s'agit d'identifier ceux pour lesquels le traitement est futile (une notion de plus en plus rare), ceux qui ont besoin de soins immédiats, ceux qui ont besoin d'une intervention médicale importante et ceux qui ont besoin d'à peine plus que des premiers secours de base.

L'éthique consiste à donner la priorité à ceux dont le besoin est le plus grand. On comprendra aisément que déterminer les besoins demande du temps et mobilise donc d'importantes ressources. Les systèmes de triage en tiennent compte en confiant habituellement au clinicien le plus expérimenté la direction des opérations d'évaluation et de classification des blessés à leur arrivée. L'objectif est d'accroître l'efficacité et de renforcer le principe qui veut que la priorité soit fonction des besoins.

La décision de ne pas allouer de ressources à ceux qui sont condamnés à mourir est elle aussi cohérente avec les principes éthiques ; les ressources sont toujours limitées, même en temps de paix ou dans les pays développés. Utiliser des ressources lorsqu'elles ne peuvent pas apporter de bénéfice au patient risque toujours de priver ceux qui pourraient en bénéficier. De même, cela expose le patient qui ne

peut pas en bénéficier à des risques ; le traitement lui-même peut être inconfortable, porter atteinte à sa dignité ou lui faire autrement du mal.

Bien que le principe éthique soit exactement le même dans toutes les situations, la différence essentielle en temps de guerre est celle des ressources ; en dehors des conflits armés, il est rare en effet dans les pays bien dotés en ressources que le nombre d'individus qui ont simultanément besoin de soins soit tel que l'accès des uns aux soins en prive les autres. La réalité du triage consiste donc davantage à trier les patients en groupes auxquels différentes catégories de professionnels de santé dispenseront des soins de différents niveaux. Dans les situations de conflit armé, il n'est que trop fréquent que les personnel de santé aient plus de patients à traiter en urgence qu'ils ne peuvent en gérer ; le triage devient alors une question vitale.

Défis pour les médecins qui travaillent dans un environnement culturellement différent

La loi, y compris les droits individuels, peut varier d'un pays à l'autre et même au sein d'un pays. La loi se fonde sur des droits et des devoirs propres à un pays et sa culture, et sur la transposition en droit interne du droit international. Au point de rencontre entre la loi et l'éthique, on observe souvent des divergences locales par rapport aux normes internationales. Ceux qui travaillent en tant que médecins dans une zone de conflit peuvent être originaires de pays où les droits de l'homme sont très respectés, où l'autonomie est la base de la plupart des décisions médicales et où les hommes et les femmes sont traités de la même façon. Ils peuvent se trouver dans une culture – et soigner des patients issus de cette culture – où les décisions sont prises par des chefs locaux ou par les chefs de famille, et où les femmes ne peuvent agir en pleine autonomie.

Les médecins formés pour comprendre que les patients sont en droit de prendre toutes les décisions qui concernent leur santé trouveront difficile de travailler dans des cultures où ce pouvoir de décision appartient au dirigeant local ou, par exemple, au mari ou au père d'une femme. Alors que la pratique éthique requiert l'accord du patient, la loi et la coutume locales peuvent l'exiger d'une autre personne.

Il importe clairement, notamment en raison de l'importance capitale que revêt la confiance dans la relation entre un médecin et son patient, que le médecin dans ses actes ne choque pas et ne perturbe pas le patient. En matière de consentement (voir aussi plus loin), le problème est aisément résolu par une discussion avec le patient et avec le décideur que la culture lui substitue.

La confiance peut souffrir de la méconnaissance des normes culturelles – comme le fait, pour des professionnels de santé hommes, de soigner des femmes dans les sociétés où ce traitement est généralement inacceptable ou n'est acceptable qu'avec l'autorisation d'une personne précise telle que le mari. La plupart des sociétés occidentales ne partagent pas cette norme culturelle et les professionnels de santé traitent tous les patients selon un système de priorité basé sur les besoins. Il est éthiquement acceptable de s'adapter à cette norme culturelle et cela peut renforcer la confiance car c'est une preuve de respect des traditions culturelles locales.

Plus problématique est la situation dans laquelle une norme locale demanderait à un professionnel de santé d'accomplir un acte éthiquement condamnable. La mutilation génitale féminine (MGF : infibulation ou excision) est courante dans certaines parties d'Afrique du Nord alors qu'elle est interdite par la loi dans de nombreux pays, par exemple en Europe, et condamnée comme éthiquement inacceptable par l'AMM et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Mais lorsqu'ils proposent des soins de santé dans des régions d'Afrique du Nord déchirées par un conflit, les professionnels de santé expatriés peuvent se voir sollicités pour pratiquer une MGF car il est « préférable » que l'intervention soit effectuée avec des instruments médicaux propres par des praticiens compétents que par un chef de village qui ne dispose pas d'antiseptiques, d'antihémorragiques ou de toute autre ressource médicale nécessaire. Certains disent aussi que le respect de cette tradition locale par les professionnels de santé aide à bâtir la confiance, mais là, le problème d'éthique est très clair : c'est une pratique qui n'a pas sa place en médecine, une pratique de surcroît dangereuse, néfaste et sans aucun bénéfice pour la fille concernée (à cela s'ajoute que la patiente est généralement une enfant qui n'a pas le droit à la parole). Le rôle du professionnel de santé ici est de tenter d'éduquer la population afin que cesse cette pratique et tout particulièrement d'informer cette dernière sur les raisons médicales qui président à une telle décision. Les discussions doivent aussi souligner la valeur attachée au principe consistant à ne nuire à personne, principe qui est valorisé dans la plupart des traditions.

Les attitudes face à la violence sexuelle sont extrêmement diverses. Dans certaines cultures, il est même impossible d'aborder ces questions ; une personne qui en fait état ne sera sans doute pas traitée avec sympathie et pourrait même voir sa vie menacée. Les normes reconnues par la loi dans de nombreuses nations, notamment l'intégration des rapports sexuels conjugaux forcés dans la définition du viol, ne sont pas universelles. Les victimes qui ont besoin d'aide médicale risquent de ne recevoir aucun soutien au sein de leur communauté ; les professionnels de santé peuvent alors se trouver confrontés à un dilemme difficile. Leur rôle est de soigner la victime au mieux de leurs possibilités et ils doivent connaître les normes culturelles qui entourent cette question afin de ne pas mettre involontairement leur patiente en danger. La colère est une réaction courante face à ces abus, mais les médecins doivent maîtriser leurs sentiments jusqu'à ce qu'ils quittent les lieux et puissent faire campagne sans mettre leurs patients ou leurs collègues en danger.

Les médecins militaires doivent, avant leur déploiement, demander des informations et une formation sur les pratiques culturelles locales qu'ils risquent de rencontrer. Des discussions avant la mission faciliteront et uniformiseront les réactions à ces défis.

Manque de ressources et renvoi des patients vers des zones sous-équipées

La pénurie de ressources peut être une contrainte éthique majeure pour la fourniture de soins médicaux. Qu'il s'agisse de personnel formé, médecins compris, ou de ressources physiques comme des salles d'opération, des médicaments, des

pansements, des lits d'hôpital et des équipements essentiels tels que des appareils d'anesthésie, le triage permet d'affecter ces ressources en fonction des besoins.

En temps de conflit armé, et surtout de guerre asymétrique, les médecins militaires peuvent être amenés à soigner des patients d'une force opposante en sachant que les soins qui leur seront dispensés à leur retour chez eux seront sans doute très inférieurs à ceux dont bénéficieraient les patients des propres forces du médecin. Ces différences peuvent être déterminantes pour la survie des patients – par exemple, une dialyse ou un traitement similaire de maintien en vie ne sera peut-être pas disponible – ou pourraient porter sur la rééducation post-traumatique, y compris la kinésithérapie et la fourniture de prothèses.

Les médecins qui entreprennent un traitement pour sauver la vie d'un blessé ne peuvent pas toujours tenir compte des possibilités de traitement ultérieures, mais lorsqu'ils en ont la possibilité, ils doivent modifier leur protocole de traitement. Autrement dit, lorsqu'ils sélectionnent une option de traitement, ils doivent garder à l'esprit ses conséquences et les besoins à plus long terme qu'elle engendrera pour le patient.

Consentement

C'est un principe fondamental dans le monde développé et surtout en Europe, aux Amériques et en Australasie qu'aucun traitement ne doit être entrepris sans le consentement réel et valable du patient ou d'un décideur de substitution approprié, autorisé par les lois locales. Les sociétés ne traitent pas toutes le consentement avec un tel respect. Les patients peuvent être habitués à ce que d'autres décident à leur place ou être accoutumés à une profession médicale paternaliste qui leur dit ce qui sera fait. Il peut être difficile d'aider les patients à comprendre pourquoi on leur demande leur consentement et comment et pourquoi cette décision sera respectée si elle est culturellement surprenante.

Il arrive que le patient soit dans l'impossibilité de donner son consentement – par exemple en raison de la gravité immédiate de ses blessures. Dans ce cas, le traitement médical peut continuer à maintenir le patient en vie mais dès que celui-ci retrouve la capacité à prendre part aux décisions, il faut l'informer de ce qui a été fait et lui donner la possibilité de prendre les décisions futures. De très nombreux patients qui arrivent dans des hôpitaux de campagne en zone de conflit auront déjà reçu des premiers secours, et peut-être de puissants analgésiques comme des opiacées. Certains auront vu leurs facultés temporairement altérées par ce traitement et même par le choc associé à la blessure. Bien qu'on puisse poursuivre le traitement, il faut permettre la plus grande participation possible du patient aux décisions.

Lorsque la langue est le principal obstacle au consentement, il faut tenter de trouver un interprète ou de permettre la communication par un autre moyen. Lorsque le délai nécessaire à la recherche d'un interprète risque de menacer la vie du patient, le traitement peut être entrepris, mais comme pour les patients dont les capacités sont diminuées, il faut tenter dès que possible d'expliquer ce qui a été fait et pourquoi.

Il peut aussi arriver que des patients prennent des décisions avec lesquelles le médecin n'est pas d'accord. Le point fondamental est qu'un patient a le droit de refuser un traitement, même un traitement de survie, pour autant qu'il en soit capable. Le fait qu'il ne soit pas d'accord avec la recommandation du médecin ne le rend pas incapable et ne peut servir de prétexte à le classer comme tel. Comme lorsque cette situation se présente dans une zone sans conflit, il faut tenter de découvrir pourquoi le patient refuse le traitement. Est-ce la peur ? Est-ce parce qu'il ne fait pas confiance au médecin ou au système médical ou pour une autre raison qui implique qu'il aura besoin de plus de temps et d'aide pour comprendre les conseils qu'on lui donne et les suivre en toute confiance ?

Pour les médecins et les autres professionnels de santé dans tous les domaines de la pratique, le refus d'un traitement pouvant sauver la vie est l'événement le plus difficile à accepter au plan éthique et spirituel. Le fait d'être contesté n'implique pas qu'il est acceptable de déroger aux valeurs éthiques fondamentales ni que les médecins doivent immédiatement cesser toute tentative d'aider le patient. Ils doivent au contraire continuer à tenter de l'aider et de le convaincre par la douceur d'accepter davantage d'aide. Au minimum, ils doivent tâcher de déterminer ce qu'il trouverait acceptable afin de pouvoir lui proposer cette aide.

Personne, patient compris, ne peut forcer les médecins à proposer des soins médicaux qu'ils jugent inappropriés ou contraires aux intérêts du patient. L'exemple donné dans les textes généraux consacrés à l'éthique est qu'un patient qui souffre de douleurs abdominales ne peut exiger d'un médecin qu'il l'ampute du gros orteil. Il est évident que ce traitement n'aiderait pas le patient et qu'il serait contraire à l'éthique ; il en irait de même en situation de conflit.

Bien que le consentement soit un processus comprenant des propositions d'informations et l'examen des problèmes, il s'achève souvent par la signature d'un formulaire de consentement par le patient. L'intention est que ce formulaire signifie que le patient a compris les informations données, y compris son droit de refuser un traitement recommandé et accepte d'entreprendre un certain traitement. En situation de conflit, où il est probable que les blessés appartiennent à divers groupes linguistiques, les formulaires de consentement devraient être disponibles dans ces langues ou au minimum être traduits avant d'être signés par le patient. Des fiches de vocabulaire médical dans d'autres langues locales peuvent apporter une aide précieuse à l'obtention d'un accord entre le patient et le médecin sur le traitement futur. Étant donné la fréquence de l'illettrisme fonctionnel dans toutes les cultures, les médecins doivent pouvoir entreprendre le processus sans recourir aux mots portés sur un formulaire de consentement.

Il arrive, en situation de conflit comme en temps de paix, que le patient soit incapable de donner son consentement en raison, par exemple, de la nature de la maladie ou de la blessure qui l'a conduit jusqu'au soignant. Dans ce cas, un traitement visant au maintien de la vie peut être dispensé. Le professionnel de santé doit être certain que ce sont des soins « classiques » – c'est-à-dire des soins qu'un autre professionnel de santé dispenserait dans cette situation – et il doit dès que possible informer le patient de ce qui a été fait.

Le consentement est également approprié en ce qui concerne l'intrusion des médias. Pour certains hommes politiques et autres personnalités publiques, certaines zones de conflit sont l'occasion de s'exposer dans les médias. Il arrive qu'une personnalité souhaite être photographiée ou filmée au chevet des malades et des blessés. Si certains patients peuvent se réjouir de la possibilité de rencontrer une célébrité, beaucoup ne l'apprécient pas, surtout à un moment où ils souffrent. Et même être filmé par les médias en l'absence de célébrité requiert le consentement du patient. Il ne faut jamais partir du principe que les malades et les blessés accueilleront favorablement ce que beaucoup verront comme une intrusion dans leur vie privée.

Double obligation

Dans certaines fonctions, les médecins estiment avoir, outre leur devoir envers le patient, un devoir envers leur employeur. En général, le devoir envers le patient prime, mais il est essentiel que le médecin prenne conscience des risques de conflit. Un médecin militaire pourrait être questionné par le commandement local sur la santé de certains membres de ses troupes. Le médecin a un devoir de confidentialité envers le patient, mais il est aussi membre des forces armées et doit veiller à ne pas leur faire courir de risque du fait de cette confidentialité. De plus, il est également tenu d'informer les officiers de haut rang de l'état de santé des troupes. Dans la pratique, ces tensions sont parfaitement envisagées et gérées en proposant que le médecin puisse informer le commandant que l'état de santé de tel ou tel individu empêchera ce dernier de s'acquitter de sa mission, sans plus de précision. Il est parfaitement légitime de demander au patient/soldat s'il consent à ce que certaines informations soient transmises au commandant, mais il est en droit de refuser, sauf s'il existe une obligation légale précise contraire.

Les législateurs ne portent pas tous le même regard sur la confidentialité et les droits des soldats ; dans certains cas, le soldat pourrait avoir renoncé au droit à la confidentialité. Les médecins ont besoin de connaître la loi locale qui s'applique à ces situations. Si l'éthique est claire – il y a un devoir de confidentialité – la loi peut prévaloir sur celle-ci.

Les obligations envers un employeur ne peuvent l'emporter sur la loi et sur l'éthique. Aucun employeur ne peut contraindre un médecin à violer la loi – par exemple coopérer à des abus des droits de l'homme ou fermer les yeux – ni à violer ses obligations éthiques consistant à traiter les patients avec leur consentement et à préserver la confidentialité.

Certes, les employeurs de professionnels de santé en zones de conflit, notamment l'armée, peuvent demander à leurs employés de violer les normes éthiques relatives à la confidentialité, à la neutralité, à la non-discrimination, etc., mais une telle demande ne signifie pas obligation d'obéir et les normes éthiques doivent être respectées. Un professionnel de santé auquel on demande de soigner en priorité les membres de son propre camp ou ses partisans, par exemple, peut faire valoir que les soins sont dispensés en fonction des besoins et que le triage est une expression de ce principe dès lors que le nombre de blessés ou de patients qui se présentent

ne permet pas de traiter immédiatement tous les patients. Comme pour d'autres dilemmes éthiques, ces pressions doivent être discutées en amont des crises afin que ceux, employeurs ou autres, qui cherchent à peser sur les décisions en matière de soins soient informés des principes éthiques qui seront suivis.

Les forces armées de nombreux pays offrent des exemples de bonnes pratiques. Au sein des forces britanniques, le Chef des services médicaux de la défense (le médecin militaire le plus gradé des trois corps d'armée) a déclaré que les médecins préoccupés par un problème d'éthique doivent en référer à leur commandant sur le terrain, mais que si celui-ci n'agit pas de manière appropriée, ils doivent faire part de leur problème aux autorités supérieures via la chaîne de commandement médicale⁸.

Confidentialité

La confidentialité médicale est une notion mal comprise. Il ne s'agit pas d'un droit absolu applicable dans tous les pays, mais d'un droit pondéré, ce qui signifie que les médecins recueillent des informations sensibles et extrêmement personnelles sur les patients afin d'établir un diagnostic et de proposer un traitement. Toute autre utilisation de ces informations doit recueillir l'accord du patient et même la communication des données à d'autres professionnels de santé doit être faite avec prudence et seulement dans la mesure indispensable pour soigner le patient. Au lieu de permettre un accès total au dossier complet, les médecins doivent donc déterminer ce que le professionnel de santé a besoin de savoir pour faire son travail.

Il y a bien sûr des exceptions, principalement lorsque le patient donne son consentement, lorsque la loi l'exige ou lorsqu'il existe un motif d'intérêt public impérieux.

On suppose pour les besoins de cet article que les lois sont votées conformément aux bonnes pratiques et ne prévoient pas que des médecins puissent commettre une violation de la confidentialité qu'ils jugent généralement inacceptable ou inappropriée. Si des lois sont inacceptables, il revient à la profession médicale de faire campagne pour leur abrogation.

La communication d'informations dans l'intérêt public doit être envisagée au cas par cas. La *British Medical Association* conseille aux médecins militaires britanniques :

- de peser les bénéfices de la communication par rapport aux effets dommageables d'une violation de la confidentialité ;
- d'évaluer l'urgence du besoin de la communication ;
- de déterminer si le patient peut être persuadé de communiquer ses informations volontairement ;
- d'informer le patient avant la communication et de solliciter son consentement, sauf si cela augmente le risque d'effets dommageables ou porte atteinte au motif de la communication ;

8 Ministère de la défense britannique, *Medical Support to Persons Detained by UK Forces Whilst on Operations*, Joint Service Publication 950, brochure 1-3-4, mars 2011.

- de documenter les mesures prises pour solliciter ou obtenir le consentement et les raisons de la communication sans consentement ;
- de ne révéler que les informations strictement nécessaires à l'objectif ;
- d'être capables de justifier la communication ;
- de documenter l'étendue et les motifs de la communication⁹.

Dans la pratique civile, un médecin peut informer un organisme délivrant les permis de conduire qu'une personne continue à conduire alors qu'il est médicalement dangereux de le faire, si celle-ci refuse d'arrêter de conduire ou d'en informer elle-même l'organisme. Le danger pour elle-même et pour autrui justifie la violation de confidentialité, qui est spécifique et limitée. Dans la pratique militaire, lorsqu'un soldat exprime des envies de suicide ou de meurtre alors qu'il a accès à des armes, le médecin peut être en mesure de justifier la communication à un commandant. Dans ce cas, il peut limiter les informations en exprimant des préoccupations quant à un individu et en recommandant de lui refuser l'accès aux armes ou en le qualifiant médicalement d'inapte au service.

Traitement expérimental

Les professionnels de santé savent bien à quel moment, dans le cadre de leur pratique clinique, les patients sont le moins à même d'exprimer une opinion ou d'agir en autonomie. L'histoire de la médecine au XX^e siècle est marquée par des expériences médicales contraires à l'éthique ou abusives, notamment dans le cadre de tentatives pour mieux comprendre l'histoire naturelle de la maladie et trouver de nouveaux traitements. Celles-ci ont conduit à l'établissement du Code de Nuremberg, puis à la Déclaration d'Helsinki¹⁰ de l'AMM. Dans les situations de conflit, certains groupes sont particulièrement vulnérables aux abus ; ce sont notamment les combattants ennemis blessés et les civils d'un groupe ou d'un État vaincu. Veiller à ce que leurs droits soient respectés est une des mesures qui permettra d'éviter toute expérimentation humaine, contraire à l'éthique et presque toujours illégale.

La nature des soins de santé en situation de conflit est telle que de nombreux patients souffrant de blessures caractéristiques de ce conflit seront vus dans un bref laps de temps. Il est alors possible que les professionnels de santé pensent à de nouvelles solutions de traitement. Le développement de nouveaux traitements doit suivre la même voie qu'en temps de paix. Les traitements véritablement expérimentaux exigent que les recherches menées reçoivent une approbation éthique. Les modifications par rapport à des normes établies et bien comprises doivent être soigneusement étudiées, et les médecins qui ont des idées de changement doivent en discuter avec leurs collègues et veiller à ce qu'elles soient rigoureusement évaluées. Les blessés dans un conflit ne sont pas des animaux de laboratoire mais des personnes jouissant de tous les droits qui découlent de ce statut, y compris celui de participer volontairement ou de refuser de participer à des essais cliniques.

⁹ BMA, *Ethical Decision-Making for Doctors in the Armed Forces: a Tool Kit*, Londres, 2012.

¹⁰ Déclaration d'Helsinki de l'AMM – *Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*, adoptée en juin 1964, modifiée en octobre 2008.

Une abondante littérature est consacrée à l'expérimentation humaine et traite notamment de la méthodologie à suivre pour faire valider les recherches par un comité local d'éthique. Ce comité aura pour mission de vérifier certains points comme la validité scientifique des recherches, la liberté des participants de refuser d'y prendre part, la confidentialité, le suivi et l'innocuité. Ceux qui entreprennent des recherches doivent s'informer des structures d'approbation locales ; bien appréhender la Déclaration d'Helsinki est un excellent début pour la rédaction d'un protocole de recherche. Il faut bien comprendre que l'intention des principes éthiques est de prévenir les recherches abusives et de garantir au grand public que si on lui demande de prendre part à une recherche, celle-ci sera correctement conçue, mise en œuvre, contrôlée et suivie.

Confiance et langue

Tout traitement médical s'appuie sur la relation de confiance qui se noue entre les patients et les professionnels de santé, et particulièrement les médecins : les médecins font confiance à leurs patients pour leur dire la vérité, donner des antécédents médicaux exacts et coopérer au traitement qui leur est proposé ; pour leur part, les patients font confiance aux médecins pour faire tout ce qui est en leur pouvoir pour les aider et ne pas leur faire subir de discrimination injuste quelle qu'en soit la raison. Toutefois, une juste discrimination, c'est-à-dire une discrimination fondée sur les besoins, est non seulement acceptable au plan éthique, mais aussi une exigence de bonne pratique.

La confiance s'acquiert. Étant donné que de nombreuses relations patient-médecin se nouent lors d'une urgence médicale, la confiance acquise est générique : elle ne concerne pas ce patient et ce médecin précisément, mais ce patient et son expérience des médecins en général. Le patient risque de ne pas avoir confiance s'il a eu de mauvaises expériences d'interventions médicales ou s'il est issu d'une culture où la confiance n'est pas encore acquise. Puisque dans de nombreux conflits, les jeunes soldats auront eu peu d'expérience personnelle des professionnels de santé et peuvent aussi les voir comme une composante de l'ordre établi contre lequel ils se rebellent, la confiance peut manquer.

Lorsque les patients et les professionnels de santé viennent de deux camps opposés, la confiance peut être minée par la suspicion et même par la peur, la coercition ou la violence. Il faut le comprendre et le gérer directement dans les communications entre le médecin et le patient.

Les professionnels de santé peuvent se trouver dans une situation d'urgence où ils doivent passer plus de temps qu'ils ne le pensaient à expliquer qui ils sont, comment ils prennent des décisions, ce qu'ils peuvent proposer, comment ils accompagneront le patient et comment il sera aidé à prendre ses décisions.

Une bonne communication est toujours primordiale dans toute relation patient-médecin. Le rôle du médecin étant d'établir un diagnostic et, sur la base de son expérience clinique et de sa connaissance des faits, de recommander un traitement, pouvoir discuter des différentes options avec le patient est évidemment

essentiel. Sans confiance intrinsèque, la communication sera plus difficile et encore plus importante. Dans les conflits où des forces internationales sont présentes, notamment dans le cadre du maintien de la paix, les principaux prestataires de soins de santé ne parlent pas la même langue que la population locale, dont les membres constitueront un pourcentage variable mais souvent élevé des blessés. Dans certaines situations de conflit, la communication sera inhibée par ces difficultés linguistiques. Les interprètes peuvent être utiles, mais ils ne sont pas toujours disponibles pour tous ou même à toute heure du jour ou de la nuit quand le besoin est là. Ils peuvent être employés pour travailler principalement dans des zones éloignées de la ligne de front clinique et peuvent avoir des difficultés à relayer toutes les nuances des informations cliniques.

C'est pourquoi il arrive qu'on recrute d'autres combattants ou, parfois, des parents ou encore des anciens du village. Cette situation peut être très dangereuse ; les médecins ne peuvent pas savoir si l'interprétation est fidèle ni si le patient se sent véritablement à l'aise pour s'exprimer par l'intermédiaire de ces personnes. Il ne peut pas savoir non plus si l'interprète non professionnel transmet bien toutes les subtilités et les nuances de sa fonction, en particulier le respect qu'il accordera à la décision du patient.

Si, par exemple, une patiente consulte un médecin après une agression sexuelle, une situation fréquente dans les conflits et en temps de paix, la confidentialité est un prérequis. En effet, dans de nombreuses sociétés, le blâme peut être imputé à la victime autant qu'à l'agresseur et l'agression peut couvrir sa famille de honte ou même menacer sa vie. Dans ces circonstances, demander aux parents d'interpréter les échanges n'est pas acceptable. Les autres interprètes non professionnels sont eux aussi inacceptables car ils peuvent avoir des liens avec la famille et l'environnement social de la victime qui sont inconnus du professionnel de santé. Les interprètes professionnels doivent être formés pour qu'ils comprennent leur rôle et pour garantir qu'ils seront capables de traduire correctement les propos du médecin.

Cet article a déjà analysé le consentement, selon le principe qu'on ne doit rien faire à un individu sans son accord ou son consentement préalable, librement donné. Si le professionnel de santé ne peut pas communiquer le diagnostic au patient, les options de traitement et les conséquences possibles de ce traitement ou du refus de traitement, et répondre ensuite aux questions du patient, alors le consentement ne peut être donné. Un traitement dispensé dans ce cas est probablement illégal et constitue un acte de violence. En tout état de cause, il est contraire à l'éthique. Si une interprétation effectuée par un non-professionnel est la seule possibilité, ni le médecin ni le patient ne peuvent savoir si ce qui est relayé est exact et complet ; or des informations inexacts ou incomplètes risquent de compromettre la confiance.

La communication est en grande partie non verbale et souvent culturellement et socialement spécifique ; des signes compris comme un assentiment ou un refus au sein d'une population ne sont pas toujours directement transposables dans une autre. Lorsque cette difficulté s'ajoute aux problèmes d'ordre linguistique, elle peut susciter de graves incompréhensions.

Lorsque les professionnels de santé sont amenés à soigner des personnes avec lesquelles ils n'ont pas de langue commune, ils doivent veiller à la présence

d'interprètes et recourir le moins possible à l'assistance informelle ou familiale. Lorsque cette assistance informelle est la seule possible, ils doivent tenter de s'assurer que le patient ne voit pas de problème à ce que la personne lui apporte de l'aide.

Attaques visant les établissements de soins, le personnel et les patients

Les attaques visant les établissements de soins, le personnel et les patients sont de plus en plus courantes et font l'objet d'un projet majeur du CICR appelé « Les soins de santé en danger »¹¹. Ceux qui travaillent en zone de conflit doivent connaître les risques auxquels eux-mêmes et leurs collègues sont exposés. Ils ne sont pas censés poursuivre en dépit de tous les dangers et doivent au contraire garder leur sécurité et celle des autres à l'esprit. Établir des liens de confiance et de compréhension réciproques avec la communauté locale peut fortement contribuer à éviter ces attaques.

Défis éthiques propres aux médecins militaires intervenant hors de leur domaine de compétence

Les médecins militaires travaillent en tant que cliniciens dans différents services cliniques. Ils peuvent également être amenés à pratiquer une médecine de guerre et exercer des fonctions moins traditionnelles ou dans des domaines considérés comme spécialisés en temps de paix et pour lesquels ils sont moins formés. C'est souvent lorsqu'ils sont amenés à assurer des missions auxquelles leurs études universitaires et les différentes formations suivies ne les ont pas véritablement préparés, que les médecins commettent des erreurs de jugement éthique.

Dans leur rôle traditionnel de clinicien, les médecins militaires font face à des dilemmes différents de ceux qui se posent dans la pratique médicale civile ordinaire. Il s'agit notamment de gérer des attentes culturelles différentes, de questions de confiance, d'évaluer les capacités et de doubles obligations. Se posent aussi des questions de triage, compliquées par des facteurs comme le rôle du patient avant sa blessure ou sa maladie et les options de prise en charge hors du cadre militaire. La nature du travail dans le cadre d'un conflit armé est telle qu'il peut arriver que le médecin pense que le traitement nécessaire au blessé ou au malade sort de son domaine de compétence. Il peut, par exemple, être un bon chirurgien généraliste mais avoir peu d'expérience des blessures au thorax ou à la tête et devoir traiter un patient atteint de ce type de blessure.

Le devoir éthique du médecin est d'intervenir uniquement dans le cadre de ses compétences et de ne pas accomplir ni accepter d'accomplir si on lui en donne l'ordre, des actes qui les dépassent. Si le médecin qui ne se sent pas suffisamment compétent pour accomplir un acte reconnaît aussi que la blessure est telle que seule une intervention immédiate peut sauver la vie du patient ou empêcher de très graves séquelles et qu'il est la seule personne présente ou pouvant être présente dans un délai

11 Pour de plus amples informations, consulter le site Internet du projet *Soins de santé en danger* : <https://www.icrc.org/fre/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-solution-essentials.htm> (dernière consultation en mai 2013).

raisonnable, il peut décider que son intervention semi-qualifiée est une meilleure option pour le patient que l'absence totale d'intervention ou l'intervention d'une personne encore moins qualifiée. La décision repose sur une évaluation honnête de ce qui est préférable pour le patient et des autres options possibles. La santé du patient est, comme toujours, la première considération du médecin.

S'il s'agit de blessures courantes, la chaîne de commandement aura normalement envoyé un praticien possédant l'expérience adéquate. Ceux qui travaillent dans des domaines où certaines blessures sont fréquentes doivent aussi prendre des mesures raisonnables pour développer leurs compétences.

Détenus

En situation de conflit armé, les médecins et les autres professionnels de santé peuvent être amenés à soigner des combattants et des non-combattants ennemis, voire à s'occuper de prisonniers. Le plus souvent dans ces circonstances, le médecin ou l'autre professionnel de santé est sur le terrain parce qu'il est, par exemple, un chirurgien de guerre compétent ; il n'a probablement pas d'expérience ou de formation dans les fonctions mixtes de santé publique et de soins primaires nécessaires dans la prise en charge de la santé de détenus.

Il est fondamental de garder à l'esprit que les personnes privées de leur liberté par suite d'un conflit armé sont protégées par le DIH¹². Les médecins militaires auxquels on demande de s'occuper de détenus doivent comprendre leurs obligations en vertu du DIH¹³, ainsi que les obligations de protection des détenus qui incombent aux autorités détentrices.

En tant que patients, ces détenus jouissent encore du droit à des soins médicaux conformes à l'éthique ; ils ont les mêmes droits de consentir ou de refuser un traitement, de compter sur la confidentialité, d'être traités par des praticiens compétents, etc.

Les médecins doivent notamment prendre en compte les besoins des prisonniers en termes de santé publique et de prévention. Ils doivent connaître précisément les conditions de détention et envisager leurs possibles implications médicales. La tuberculose est une maladie courante dans le monde. Les prisons surpeuplées, surtout s'il s'y ajoute l'humidité, une mauvaise ventilation et une alimentation inadaptée des prisonniers, sont des terrains fertiles à des infections croisées très rapides. Les

12 En situation de conflit armé international, les prisonniers de guerre et les détenus civils sont protégés par la Troisième Convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre et par la Quatrième Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, ainsi que par les règles coutumières (voir CICR, *Droit international humanitaire coutumier, Vol. 1 : Règles*, Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck (dir. pub.), Cambridge University Press, Cambridge, 2005, en particulier le chapitre 37). En situation de conflit armé non international, les personnes privées de liberté pour des motifs liés au conflit sont protégées par l'article 3 commun aux Conventions de Genève et par le Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), ainsi que par les règles coutumières applicables.

13 Pour plus d'informations sur les responsabilités des personnels de santé qui travaillent dans le cadre de conflits armés et d'autres urgences, voir CICR, *supra* note 1.

médecins doivent étudier de près ces conditions et s'ils suspectent qu'un prisonnier pourrait être une source d'infection, prendre des mesures pour protéger ses codétenus.

Les abus commis sur les détenus étant malheureusement courants, il est fortement conseillé de procéder à un examen médical des détenus dès que possible après leur mise en détention et de consigner les blessures éventuelles qu'ils présentaient à leur arrivée. Si une blessure accidentelle ou une maladie fortuite requiert une aide médicale, le médecin doit veiller à ce qu'elle soit apportée en temps utile. Idéalement, cet examen sera réalisé par un médecin mais à défaut, tout autre professionnel de santé, y compris un secouriste, doit être appelé à consigner l'état de santé du prisonnier au moment de sa mise en détention. Comme pour tous les autres examens ou traitements médicaux, les prisonniers doivent impérativement avoir le droit de refuser et il peut arriver qu'un prisonnier refuse d'être examiné. Puisqu'il ne règne sans doute pas une grande confiance entre le prisonnier et les autorités qui le détiennent, c'est parfaitement compréhensible. Dans ce cas, le médecin peut ne consigner que ce qu'il voit, mais il doit saisir cette occasion pour tenter de le mettre en confiance, notamment en expliquant que son rôle n'est pas celui d'un officier militaire ennemi, mais d'un médecin dont le seul intérêt est la santé et le bien-être du patient.

Dans l'idéal, ces examens de l'état de santé doivent être exécutés à chaque fois qu'un détenu est transféré d'un site à un autre, lorsqu'il quitte le site et lorsqu'il parvient à destination afin de s'assurer qu'aucun abus n'est commis au cours du transport. Un examen régulier de la santé de tous les détenus doit faire partie des obligations générales du médecin responsable de l'unité de détention.

Mauvais traitements

Les médecins sont souvent les premiers à détecter les signes d'abus commis sur les détenus ou de membres vulnérables de leurs propres forces. Ces signes peuvent être très discrets car souvent, les victimes d'abus apprennent à cacher les faits. Par ailleurs, les professionnels de santé peuvent être peu enclins à suspecter des abus, surtout lorsque les auteurs peuvent être leurs camarades ou leurs amis. L'AMM, dans sa Déclaration de Tokyo, a énoncé des Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement¹⁴.

Dans ces situations, le médecin doit comprendre que son rôle n'est pas seulement de traiter des signes et des symptômes, mais aussi d'intervenir pour faire cesser les abus. C'est à la fois une bonne médecine préventive et une exigence éthique.

14 Déclaration de Tokyo de l'AMM *Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement*, octobre 1975, adoptée par la 29^e Assemblée médicale mondiale, Tokyo, Japon, octobre 1975 et révisée à la 173^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, mai 2006, accessible à l'adresse : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c18/> (dernière consultation en novembre 2012).

Les examens médicaux doivent être renouvelés de temps en temps et à chaque fois qu'un détenu est transféré dans un autre établissement, dans le cadre d'un contrôle de santé général et pour prévenir les abus.

Comme il est indiqué plus haut dans le cas des détenus, les médecins doivent aussi connaître les conditions de détention (qui peuvent consister en un traitement dégradant ou même cruel ou inhumain). À défaut, ils ne sauront sans doute pas quelles maladies ou blessures sont probables ou ne pourront pas veiller à intervenir pour réduire les risques médicaux. Si le médecin ne sait pas qu'un détenu est maintenu dans un endroit où il fait froid et humide, il risque de ne pas tenir compte des risques de certaines maladies, comme la tuberculose. De même, s'il n'a pas connaissance des autres menaces qui pèsent sur les détenus, comme d'être battus par les gardes ou par leurs codétenus, il ne pourra pas rechercher les blessures dont le détenu pourrait être victime et agir.

S'agissant des mauvais traitements délibérés, les médecins ont un rôle crucial. Tous les êtres humains sont protégés contre la torture et les traitements cruels, inhumains et dégradants par le DIH et le droit des droits de l'homme. Lorsque des tortures ou des traitements cruels (impliquant des douleurs ou des souffrances sévères) sont perpétrés, les médecins ont toutes chances d'en constater les résultats : contusions, brûlures, autres marques et séquelles psychologiques. À ce stade, ils doivent intervenir et faire part de leurs soupçons à la chaîne de commandement militaire locale et si les abus ne cessent pas immédiatement, à la chaîne de commandement médicale. Les officiers supérieurs dans ces deux chaînes de commandement ont des obligations face aux cas de torture et de mauvais traitements ; la chaîne médicale est formée d'officiers qui ont aussi l'obligation éthique de veiller à ce que les prisonniers soient traités avec humanité. Les médecins qui prennent ces mesures doivent être également protégés des attaques de collègues et d'autres personnes visant à décourager ces interventions¹⁵.

Il est compréhensible que des médecins qui travaillent principalement au service de l'armée en tant que chirurgiens, anesthésistes et autres spécialistes de la médecine de guerre puissent trouver leur mission de médecin de prison déroutante. Leur hiérarchie devrait mettre à leur disposition des documents d'apprentissage fiables susceptibles de leur apporter tous les conseils dont ils ont besoin. Le médecin ne doit pas perdre de vue que la santé du patient, à savoir la personne détenue, demeure son principal devoir en termes d'éthique, ce qui l'aidera à adopter d'instinct le bon comportement.

D'importantes difficultés, tant cliniques qu'éthiques, attendent les médecins intervenant en situation de conflit. Un médecin aura moins tendance à s'écarter du droit chemin en matière d'éthique s'il garde à l'esprit que le patient doit rester au centre de ses préoccupations et qu'il doit prendre en compte l'ensemble de sa personne.

15 Déclaration de Hambourg de l'AMM sur le soutien aux médecins qui refusent toute participation ou caution à l'utilisation de la torture ou autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant, adoptée par la 49^e Assemblée générale, Hambourg, Allemagne, novembre 1997, et réaffirmée par la 176^e Session du Conseil, Berlin, Allemagne, mai 2007.

Conclusion

L'éthique médicale est un système contractuel qui fixe des limites à la liberté des médecins et des autres professionnels de santé et forme la base des attentes du public à l'égard des personnes auxquelles il s'adresse pour ses besoins de santé. L'éthique n'est pas un ensemble de règles simples, elle suppose de trouver un équilibre entre les droits et les devoirs à l'égard des patients et de la société. Les praticiens doivent considérer chaque jour et dans chaque décision qu'ils prennent ce que sont les dilemmes éthiques et comment les résoudre au mieux dans chaque cas.

Pour que les principes éthiques fonctionnent, les praticiens de la santé doivent bien les maîtriser pour pouvoir analyser les problèmes. Les principes éthiques doivent aussi être compris par les personnes qui emploient et dirigent le travail de ces praticiens car ce sont les plus capables de s'assurer que les meilleures conditions sont réunies pour permettre leur application. Les praticiens ont besoin de se former tout au long de leur carrière médicale à l'analyse éthique sur la base de situations cliniques réelles. Il existe une réelle opportunité de dialogue après ces formations avec ceux qui ont le pouvoir de changer la situation pour la rendre propice à l'application de principes éthiques élevés.

Les professionnels de santé non formés peuvent rencontrer de réelles difficultés ; il est clair que lors du récent engagement britannique en Irak, les médecins chargés des détenus n'étaient pas préparés à gérer ce type de tâches et ne disposaient pas de tous les documents de formation ou d'orientation appropriés. Depuis, le ministère de la Défense britannique s'est engagé à veiller à ce que les médecins soient formés et informés des spécificités de leur action, surtout s'ils sont appelés à prendre en charge des détenus.

Puisqu'il est facile, comme il est démontré plus haut, de repérer les situations dans lesquelles les principes éthiques sont soumis à des tensions particulières au cours d'un conflit, il est particulièrement important que ceux qui se rendent dans des zones de conflit soient conscients des tensions et qu'ils reçoivent une aide pour la mise en œuvre de tous les outils nécessaires. La boîte à outils de la *British Medical Association* et la publication du CICR sur les responsabilités des personnels de santé¹⁶ sont particulièrement utiles, car elles sont toutes deux précisément conçues pour aider les personnes qui travaillent dans ces circonstances. Les professionnels de santé ont également intérêt à lire davantage d'ouvrages sur l'éthique médicale et à s'entraîner à pratiquer l'analyse éthique tant qu'ils sont dans des situations où ils peuvent bénéficier des conseils des autres.

L'éthique protège le public, mais elle protège aussi les médecins et les autres professionnels de santé dont la vocation est d'aider les autres. L'éthique, par-dessus tout, est à la base des aspects humanitaires et de prise en charge des soins dans la pratique médicale ; c'est un outil qui contribue à garantir la qualité des soins pour tous.

¹⁶ Voir BMA, *supra* note 9 ; et CICR, *supra* note 1.

NOTE D'OPINION

Ne peut-il jamais être excessif de tuer incidemment des médecins militaires ?

Laurent Gisel*

Laurent Gisel est conseiller juridique à la Division juridique du Comité international de la Croix-Rouge.

Résumé

Le personnel et les biens sanitaires militaires, ainsi que les combattants blessés et malades, sont protégés contre les attaques directes en vertu du principe de distinction consacré par le droit international humanitaire. Selon certains auteurs, toutefois, les principes de proportionnalité et de précaution ne les protégeraient pas. La présente note d'opinion explique que les biens sanitaires militaires constituent des biens de caractère civil en vertu des règles régissant la conduite des hostilités. Elle démontre aussi que, au regard de l'objet et du but du Protocole additionnel I aux Conventions de Genève, les victimes incidentes auxquelles on peut s'attendre dans les rangs du personnel sanitaire militaire et des combattants blessés et malades doivent être incluses parmi les victimes incidentes à prendre en considération aux fins de l'application des principes de proportionnalité et de précaution. Ceci découle en particulier de l'interprétation de l'obligation de « respecter et protéger », qui constitue l'obligation fondamentale de la protection spéciale accordée à l'ensemble du personnel sanitaire et des blessés et malades. Cette conclusion est confortée par nombre de manuels militaires ainsi que par les travaux préparatoires et le Commentaire du Protocole additionnel. Elle reflète en outre le droit coutumier.

Mots-clés : droit international humanitaire, conduite des hostilités, proportionnalité, précautions, pertes et dommages incidents, biens de caractère civil, objectifs militaires, personnel sanitaire militaire, biens sanitaires militaires, combattants blessés et malades, respect et protection de la mission médicale.

.....

* Les avis exprimés dans la présente note d'opinion n'engagent que l'auteur et ne reflètent pas nécessairement le point de vue du CICR. L'auteur tient à remercier Alexander Breitegger, Bruno Demeyere et Jean-François Quéguiner pour leurs observations judicieuses sur les versions antérieures de cette note.

Il y a un siècle et demi, la première codification de ce que l'on appellerait le « droit de Genève » prévoyait la protection du personnel et des biens sanitaires militaires, ainsi que des combattants blessés et malades¹. Nul ne conteste aujourd'hui qu'ils sont tous protégés contre les attaques directes, en vertu non seulement des règles spécifiques protégeant le personnel, les unités et les moyens de transport sanitaires ainsi que les blessés et les malades (ce qui est désigné ci-après par « la protection spéciale »²), mais aussi des règles régissant la conduite des hostilités³.

Cependant, certains auteurs ont affirmé récemment que le personnel et les biens sanitaires militaires ou les combattants blessés et malades ne seraient pas protégés par les principes de proportionnalité et de précaution parce que les règles pertinentes du Protocole additionnel I de 1977 aux Conventions de Genève de 1949 ne se réfèrent qu'aux pertes incidentes en vies humaines dans la population *civile*, aux blessures aux personnes *civiles* et aux dommages aux biens de *caractère civil*. Pour Solis, notamment, « la présence de membres non combattants des forces armées sur un objectif militaire n'oblige pas un agresseur à prendre des précautions particulières, contrairement à la présence de civils⁴ », tandis que pour Henderson⁵ et Bartels⁶, les unités et le personnel sanitaires militaires ou les personnes hors de

- 1 Convention pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, Genève, 22 août 1864. Dans la présente note d'opinion, les termes « blessés » et « malades » sont utilisés dans le sens de la définition qui en est donnée à l'article 8.a) du Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux, 8 juin 1977, 1125 UNTS 3 (entré en vigueur le 7 décembre 1978) (ci-après PA I). Cette définition s'applique aussi aux conflits armés non internationaux. Voir Yves Sandoz, Christophe Swinarski et Bruno Zimmermann (édition et coordination), *Commentaire des Protocoles additionnels*, CICR, Genève, 1986 (ci-après *Commentaire du CICR*), para. 4637.
- 2 Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les armées en campagne du 12 août 1949, 75 UNTS 31 (entrée en vigueur le 21 octobre 1950) (ci-après CG I) ; Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer du 12 août 1949, 75 UNTS 85 (entrée en vigueur le 21 octobre 1950) (ci-après CG II) ; art. 8 et suivants du PA I ; art. 7 et suivants du Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux, 8 juin 1977, 1125 UNTS 609 3 (entré en vigueur le 7 décembre 1978) (ci-après PA II) ; CICR, *Droit international humanitaire coutumier, Vol. I : Règles*, Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck (dir. de publication), Bruylant, Bruxelles, 2006 (ci-après *Étude du CICR sur le droit coutumier*), règles 25–30 et 109–111.
- 3 Art. 41 et 48 *in fine* du PA I ; règle 1, deuxième phrase, de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2.
- 4 Gary D. Solis, *The Law of Armed Conflict: International Humanitarian Law in War*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010, p. 191 [traduction CICR].
- 5 Ian Henderson, *The Contemporary Law of Targeting: Military Objectives, Proportionality and Precautions in Attack under Additional Protocol I*, Martinus Nijhoff Publishers, Leiden, 2009, p. 195–196 (pour les unités sanitaires) et p. 206 (pour le personnel sanitaire).
- 6 Rogier Bartels, « Dealing with the principle of proportionality in armed conflict in retrospect: the application of the principle in international criminal trials », in *Israel Law Review*, vol. 46, n° 2, juillet 2013, p. 304. Si Bartels conclut, en se fondant sur l'article 50 du PA I, que les personnes hors de combat qui ne sont pas des civils, telles que les soldats blessés, ne bénéficient pas de la protection du principe de proportionnalité au sens du PA I ou du Statut de Rome, il n'indique pas clairement s'il considère que cette protection existe au titre du DIH coutumier. Il affirme en effet que : « nous avançons ici que principe de proportionnalité est plus large que les règles qui l'ont codifié dans le Protocole additionnel I. Le principe sous-tendant les articles 52 et 57 de ce Protocole inclurait les attaques contre des objectifs militaires qui seraient interdites parce qu'elles causeraient des dommages excessifs à des personnes ne pouvant pas être prises directement pour cible aux termes du DIH – non seulement les civils, mais

combat telles que les soldats blessés ne bénéficient pas de la protection conférée par le principe de proportionnalité. Cette interprétation signifierait que, sauf l'interdiction des attaques sans discrimination, les règles régissant la conduite des hostilités ne restreindraient pas les pertes en vies humaines ou les blessures causées incidemment parmi le personnel sanitaire militaire et les combattants blessés et malades, ni les dommages incidents aux biens sanitaires militaires, lors d'attaques dirigées contre des combattants valides ou des objectifs militaires.

Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a un avis contraire⁷. Afin de pouvoir apporter le plus rapidement possible les soins médicaux et l'attention nécessaires aux blessés et aux malades, le personnel, les unités et les moyens de transport sanitaires – en particulier militaires – doivent souvent intervenir à proximité des combats, surtout dans les situations de guerre urbaine. Il est donc particulièrement important de garantir leur protection contre les pertes en vies humaines, les blessures ou les dommages causés incidemment.

La question en cause se limite au personnel et aux biens sanitaires militaires, ainsi qu'aux combattants blessés et malades. En effet, le personnel et les biens sanitaires civils, tout comme les civils blessés et malades, demeurent des personnes et des biens civils et sont protégés en tant que tels en vertu des règles régissant la conduite des hostilités. La présente note d'opinion s'attachera donc à analyser si les pertes en vies humaines et les blessures qu'on peut s'attendre de causer incidemment parmi le personnel sanitaire *militaire* ou les *combattants* blessés et malades, ainsi que les dommages à des biens sanitaires *militaires*, sont couverts par les principes de proportionnalité et de précaution.

Après avoir rappelé la teneur de ces principes, nous examinerons la question de savoir si les biens sanitaires militaires relèvent de la définition des objectifs militaires ou sont en réalité des biens de caractère civil. Nous nous intéresserons ensuite aux personnes pour analyser la protection contre les pertes en vies humaines ou les blessures causées incidemment, tant en vertu des règles spécifiques protégeant le personnel sanitaire et les blessés et malades que des règles régissant la conduite des hostilités. La présente note fait valoir qu'il serait contraire à ces règles d'exclure le personnel et les biens sanitaires militaires, ainsi que les combattants blessés et malades, de l'évaluation des dommages incidents aux fins de l'application des principes de proportionnalité et de précaution. Elle montre enfin que l'on trouve dans la pratique des États et les travaux préparatoires du Protocole additionnel I des éléments étayant un point de vue inclusif. Cette note conclut donc que toutes les précautions pratiquement possibles doivent être prises pour éviter, ou en tout

les personnes hors de combat » (p. 304) [traduction CICR]. Les arguments de Bartels concernant l'art. 8.2.b) iv) du Statut de Rome débordent le cadre de la présente note d'opinion.

7 « Pour le CICR, toute évaluation, au titre du principe de proportionnalité, des dommages incidents auxquels on peut s'attendre doit tenir compte des pertes ou blessures que pourraient subir l'ensemble du personnel sanitaire, y compris le personnel sanitaire militaire, et les combattants hors de combat. Ceci découle de l'obligation fondamentale de respecter et protéger ces personnes » [traduction CICR], 14^e Colloque de Bruges, 17 et 18 octobre 2013, discours liminaire prononcé par Mme Christine Beerli, vice-présidente du CICR, disponible en anglais à l'adresse : www.icrc.org/eng/resources/documents/statement/2013/10-18-protected-person-bruges.htm (dernière consultation le 3 avril 2014). Voir également l'article d'Alexander Breitegger dans le présent numéro de la Revue.

cas réduire au minimum, les dommages qui pourraient être causés incidemment au personnel et aux biens sanitaires militaires ainsi qu'aux combattants blessés et malades. Si l'on peut s'attendre à ce que ces dommages incidents soient excessifs par rapport à l'avantage militaire direct et concret attendu, cela rend l'attaque illicite au regard du principe de proportionnalité.

Il est admis dans la présente note que le personnel et les biens sanitaires militaires ne commettent pas ou ne sont pas utilisés pour commettre, en dehors de leur fonction humanitaire, des actes nuisibles à l'ennemi, et que les combattants blessés et malades s'abstiennent de tout acte d'hostilité⁸.

Les principes de proportionnalité et de précaution

Les principes de proportionnalité et de précaution sont décrits principalement dans les articles 51, 57 et 58 du Protocole additionnel I, qui énoncent des règles de droit international humanitaire (DIH) coutumier applicables dans les conflits armés internationaux et non internationaux pour la plupart – sinon de la totalité – des aspects concernés.

Ces deux principes n'interdisent pas tout dommage incident aux personnes et biens protégés contre les attaques directes. En revanche, ils imposent des limites à ces dommages. Le principe de proportionnalité interdit les attaques dont on peut attendre qu'elles causent incidemment des pertes en vies humaines et des blessures parmi les personnes civiles et des dommages aux biens de caractère civil qui seraient excessifs par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu⁹. Le principe de précaution, lui, exige des parties au conflit qu'elles veillent constamment, dans la conduite de leurs opérations militaires, à épargner la population civile et les biens de caractère civil. Un certain nombre de règles précises découlant de ce principe visent à éviter ou, en tout cas, à réduire au minimum les pertes en vies humaines, les blessures et les dommages qui pourraient être causés incidemment lors d'une attaque¹⁰. Les parties au conflit doivent aussi prendre toutes les précautions pratiquement possibles pour protéger contre les effets des attaques la population et les biens civils soumis à leur autorité¹¹.

Parmi les règles découlant du principe de précaution, l'obligation de prendre toutes les précautions pratiquement possibles pour vérifier que la cible est bien un objectif militaire, et d'annuler ou d'interrompre une attaque lorsqu'il apparaît que tel n'est pas le cas, inclut expressément l'obligation de vérifier que l'objectif à attaquer ne fait pas l'objet d'une *protection spéciale*. Cela va plus loin que le seul fait de vérifier

8 Pour le personnel et les biens sanitaires, voir l'article 21 de la CG I, l'article 13 du PA I, l'article 11 du PA II, et les règles 25, 28 et 29 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2. Pour les blessés et les malades, voir la définition figurant à l'article 8.a) du PA I.

9 Art. 51.5.b) du PA I ; règle 14 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2.

10 Art. 57 du PA I ; règles 15–21 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2.

11 Art. 58 du PA I ; règles 22–24 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2.

que les cibles ne sont ni des personnes civiles ni des biens civils¹². Le personnel et les biens sanitaires militaires, ainsi que les combattants blessés et malades, jouissent évidemment tous d'une telle protection spéciale.

En revanche, toutes les autres règles découlant du principe de précaution¹³ et du principe de proportionnalité¹⁴ ne mentionnent que les victimes civiles collatérales et les dommages incidents aux biens civils auxquels on peut s'attendre. On pourrait en déduire que ces règles ne s'appliquent pas aux personnes et biens protégés autres que les personnes civiles et les biens de caractère civil. Nous montrerons que cette conclusion ne résiste pas à une lecture attentive du droit.

Les biens sanitaires militaires sont des biens de caractère civil au regard des règles régissant la conduite des hostilités

Les hôpitaux militaires et les autres lieux où étaient rassemblés les combattants malades et blessés étaient déjà protégés en vertu de l'expression du principe de précaution que l'on trouvait, dès 1907, dans le Règlement de La Haye – qui a été considéré comme faisant partie du DIH coutumier¹⁵. En effet, ce règlement s'appliquait à eux sans aucune distinction fondée sur leur caractère civil ou militaire : « Dans les sièges et bombardements, toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour épargner, autant que possible, [...], les hôpitaux et les lieux de rassemblement de malades et de blessés, à condition qu'ils ne soient pas employés en même temps à un but militaire¹⁶. »

12 « Article 57 – Précautions dans l'attaque
[...]

2. En ce qui concerne les attaques, les précautions suivantes doivent être prises :

a) ceux qui préparent ou décident une attaque doivent :

i) faire tout ce qui est pratiquement possible pour vérifier que les objectifs à attaquer ne sont ni des personnes civiles, ni des biens de caractère civil, et ne bénéficient pas d'une protection spéciale, mais qu'ils sont des objectifs militaires au sens du paragraphe 2 de l'article 52, et que les dispositions du présent Protocole n'en interdisent pas l'attaque ;

[...]

b) une attaque doit être annulée ou interrompue lorsqu'il apparaît que son objectif n'est pas militaire ou *qu'il bénéficie d'une protection spéciale* » [italique ajouté].

13 Les articles 57.1 et 57.5 du PA I mentionnent « la population civile, les personnes civiles et les biens de caractère civil » ; l'article 57.2.a) ii) précise « les pertes en vies humaines dans la population civile, les blessures aux personnes civiles et les dommages aux biens de caractère civil » ; l'article 57.2.c) parle de « la population civile » ; les articles 57.3 et 57.4 parlent de « personnes civiles », de « vies humaines dans la population civile » et de « biens de caractère civil » ; l'article 58, quant à lui, mentionne « la population civile, les personnes civiles et les biens de caractère civil ».

14 Les articles 51.5.b), 57.2.a) iii), et 57.2.b), deuxième phrase, du PA I précisent tous « des pertes en vies humaines dans la population civile, des blessures aux personnes civiles, des dommages aux biens de caractère civil, ou une combinaison de ces pertes et dommages ».

15 Rapport du Secrétaire général établi conformément au paragraphe 2 de la résolution 808 (1993) du Conseil de sécurité, S/25704, 3 mai 1993, para. 41. Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY), *Le Procureur c/ Duško Tadić*, affaire n° IT-94-1, Arrêt relatif à l'appel de la défense concernant l'exception préjudicielle d'incompétence, 2 octobre 1995, para. 87.

16 Convention (IV) concernant les lois et coutumes de la guerre sur terre et son annexe : Règlement concernant les lois et coutumes de la guerre sur terre, La Haye, 18 octobre 1907 (entré en vigueur le 26 janvier 1910), Règlement, art. 27, alinéa premier. On trouve la même disposition dans les Règles de

En vertu du DIH contemporain, la question est simple en ce qui concerne les unités et moyens de transport sanitaires militaires, et de façon plus générale tous les biens sanitaires militaires (y compris les stocks de sang, les médicaments ou tous autres équipements ou fournitures purement médicaux même en dehors d'une unité sanitaire). Pour ce qui est des biens, le DIH, tant conventionnel que coutumier, définit les objectifs militaires en ces termes :

*les objectifs militaires sont limités aux biens qui, par leur nature, leur emplacement, leur destination ou leur utilisation apportent une contribution effective à l'action militaire et dont la destruction totale ou partielle, la capture ou la neutralisation offre en l'occurrence un avantage militaire précis*¹⁷.

En stipulant que le bien en cause doit apporter une contribution effective à l'action militaire et que l'avantage militaire doit être précis, cette définition exclut notamment les biens qui n'apportent qu'une contribution indirecte ou des avantages qui ne seraient qu'hypothétiques ou spéculatifs¹⁸. Elle a été soigneusement élaborée de façon à éviter une interprétation trop large de la notion d'objectif militaire qui saperait le principe de distinction.

Bien qu'ils appartiennent au domaine militaire, les biens sanitaires militaires – du moins aussi longtemps qu'ils ne sont pas utilisés en dehors de leur fonction humanitaire pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi¹⁹ – n'apportent pas une contribution effective à l'action militaire, et leur destruction ne peut être considérée comme offrant un avantage militaire précis. Comme ils ne remplissent aucune des deux conditions cumulatives énoncées dans la définition de l'objectif militaire, ils ne constituent pas des objectifs militaires. L'affirmation de Henderson selon laquelle les unités sanitaires militaires satisferaient *a priori* aux critères d'un objectif militaire ne résiste pas à une lecture plus rigoureuse de la définition de l'objectif militaire en droit international humanitaire²⁰.

La Haye de 1923 concernant la guerre aérienne, art. XXV ; voir « General Report of the Commission of Jurists at the Hague », in *The American Journal of International Law*, vol. 17, n° 4, Supplement: Official Documents, octobre 1923, p. 242–260.

17 Art. 52.2 du PA I ; règle 8 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2.

18 Knut Doermann, « Obligations of international humanitarian law », in *Military and Strategic Affairs*, vol. 4, n° 2, septembre 2012, p. 11–23, p. 15 ; Michael Bothe, Karl Josef Partsch et Waldermar A. Solf, *New Rules for Victims of Armed Conflicts*, Martinus Nijhoff Publishers, La Haye, 1982, p. 326 ; Marco Sassòli et Lindsey Cameron, « The protection of civilian objects: current state of the law and issues of lege ferenda », in Natalino Ronzitti et Gabriella Venturini (dir. de publication), *The Law of Air Warfare: Contemporary Issues*, Eleven International, La Haye, 2006, p. 35–74, p. 48.

19 Être « utilis[és] pour commettre, en dehors de leur destination humanitaire, des actes nuisibles à l'ennemi » constitue la condition entraînant la perte de la protection spéciale accordée aux biens sanitaires en raison de leur fonction (sous réserve d'autres mesures de sauvegarde telles que l'obligation d'effectuer une sommation) ; voir art. 21 de la CG I et art. 13 du PA I ; règles 28–29 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2.

20 I. Henderson, *supra* note 5, p. 195. Henderson tient aussi un raisonnement quelque peu circulaire selon lequel les biens sanitaires bénéficieraient d'une protection spéciale parce qu'ils constitueraient en premier lieu des objectifs militaires, ce qui prouverait qu'ils n'ont pas droit à la protection générale accordée aux biens civils. Ceci signifierait logiquement que les unités sanitaires civiles – ou tout autre bien (ou personne) spécialement protégé – devraient également être considérées comme des objectifs militaires parce que, autrement, elles n'auraient pas besoin de la protection spéciale. Pour l'auteur de la présente note, cet argument n'est donc pas non plus convaincant.

Les biens de caractère civil sont définis à l'article 52, paragraphe 1 du Protocole additionnel I ainsi que dans le DIH coutumier²¹ comme étant tous les biens qui ne sont pas des objectifs militaires au sens du paragraphe 2 de ce même article. Quel que soit le sens usuel ou familier des termes, les moyens de transport, unités et autres biens sanitaires militaires sont donc des « biens de caractère civil » au regard du droit régissant la conduite des hostilités²². Cette conclusion est renforcée par les Commentaires du CICR sur les projets de Protocoles additionnels de 1973²³. Aussi longtemps qu'ils ne correspondent pas à la définition des objectifs militaires, les biens sanitaires militaires bénéficient donc de toutes les protections conférées aux biens civils en vertu des règles régissant la conduite des hostilités. Ces protections comprennent l'obligation de tenir compte, dans les évaluations effectuées aux fins de la proportionnalité, des dommages incidents aux moyens de transport, unités ou autres biens sanitaires militaires auxquels on peut s'attendre, ainsi que l'obligation de prendre toutes les précautions pratiquement possibles pour éviter ou, en tout cas, réduire au minimum les dommages qui pourraient être causés incidemment à ces biens. Il convient de noter que cette conclusion découle aussi des dispositions conférant une protection spéciale aux biens sanitaires, comme cela sera développé plus bas pour les personnes.

Le personnel sanitaire militaire et les combattants blessés et malades doivent être inclus dans la notion de « victimes incidentes »

L'article 50.1 du Protocole additionnel I donne la définition suivante des civils :

[e]st considérée comme civile toute personne n'appartenant pas à l'une des catégories visées à l'article 4 A, 1), 2), 3), et 6) de la IIIe Convention et à l'article 43 du présent Protocole.

Ledit article 43 définit les forces armées d'une partie à un conflit. En d'autres termes, les civils sont donc les personnes qui ne sont pas membres des

21 Règle 9 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2.

22 La règle 22.a) du *Manuel de droit international applicable à la guerre aérienne*, H.P.C.R, Berne, 2009 (ci-après *Manuel H.P.C.R sur la guerre aérienne*) exclut expressément les véhicules de transport médical des véhicules militaires dans les exemples qu'elle donne d'objectifs militaires par nature. Dinstein a le même raisonnement en ce qui concerne les camps de prisonniers de guerre : Yoram Dinstein, *The Conduct of Hostilities under the Law of International Armed Conflict*, 2^e édition, Cambridge University Press, Cambridge, 2010, para. 305.

23 Les Commentaires du CICR sur les projets de Protocoles additionnels de 1973 exposent clairement, s'agissant des paragraphes qui contenaient notamment les projets de règles relatives à la proportionnalité (projets d'art. 50.1.a) et b), qui sont devenus les articles 57.2.a)i) et iii) et 57.2.b) du PA I) : « L'ensemble de ces facteurs, et leurs influences probables ou possibles sur des civils et sur des biens protégés, seront donc pris en considération au moment de la préparation, de la décision (lettre a) et de l'exécution (lettre b) de l'attaque. » Une note de bas de page concernant les mots « biens protégés » précise : « Non seulement au sens de l'art. 47, al. 2 [qui mentionne les « biens destinés à la population civile... ainsi que tous les biens qui ne sont pas des objectifs militaires »], mais tout bien protégé par le droit international conventionnel ou coutumier (*hôpitaux civils et militaires*, biens culturels, zones sanitaires et de sécurité, etc.) » [italique ajouté]. CICR, *Projets de Protocoles additionnels aux Conventions de Genève du 12 août 1949*. Commentaires, Genève, 1973, p. 68, note 32.

forces armées d'un État²⁴ ou (pour les conflits armés non internationaux) d'un groupe armé organisé d'une partie non étatique à un conflit²⁵. La position de Henderson et de Bartels, excluant le personnel sanitaire et les combattants blessés et malades de l'évaluation des « victimes incidentes » à effectuer aux fins de l'application du principe de proportionnalité, est fondée sur la définition des civils au sens de l'article 50 du Protocole additionnel I²⁶.

L'argumentation exposée plus haut pour les biens ne peut pas être simplement reprise telle quelle pour les personnes. Nous avançons néanmoins que le personnel sanitaire militaire et les combattants blessés et malades doivent être inclus dans la notion de « victimes incidentes » aux fins de l'application des principes de proportionnalité et de précaution. Ceci découle de l'interprétation des règles spécifiques protégeant le personnel sanitaire et les blessés et malades, ainsi que des règles régissant la conduite des hostilités.

Les personnes ne sauraient être moins protégées que les biens

Il serait absurde que les *biens* sanitaires militaires soient protégés par les principes de proportionnalité et de précaution et que le *personnel* sanitaire militaire ne le soit pas. Non seulement ce serait faire peu de cas de la valeur de la vie humaine par rapport à celle des objets, mais ce serait contraire à la raison d'être essentielle de la protection spéciale, qui est la même pour le personnel et les biens sanitaires militaires : cette protection leur est accordée en raison de leur fonction, qui est d'apporter aux blessés et aux malades les soins médicaux et l'attention dont ils ont besoin.

La protection spéciale est plus stricte que les règles protégeant la population civile

Les règles spécifiques protégeant le personnel, les moyens de transport et les unités sanitaires sont, à certains égards, plus strictes que les règles protégeant la population civile²⁷. Des emblèmes protecteurs ont été créés pour mettre en évidence cette protection spéciale, précisément pour faire en sorte que ce personnel et ces moyens de transport et unités soient protégés contre les dangers des hostilités. Il est donc non seulement illogique, mais contraire au système de la protection spéciale

24 Règle 5 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2. Les personnes participant à une levée en masse ne sont pas non plus des civils : voir l'article 4.A.6) de la Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, du 12 août 1949, 75 UNTS 135 (entrée en vigueur le 21 octobre 1950).

25 Pour le concept de civil dans les conflits armés non internationaux, voir CICR, *Guide interprétatif sur la notion de participation directe aux hostilités en droit international humanitaire*, 2010, p. 29 et suivantes.

26 I. Henderson, *supra* note 5, p. 206 ; R. Bartels, *supra* note 6, p. 304.

27 Par exemple, la protection spéciale accordée au personnel, aux moyens de transport et aux unités sanitaires, qu'ils soient militaires ou civils, ne cessera qu'après due sommation (art. 21 de la CG I, art. 19 de la Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre du 12 août 1949, 75 UNTS 287, entrée en vigueur le 21 octobre 1950 [ci-après CG IV], art. 13 du PA I, et art. 11 du PA II), tandis qu'aucune sommation n'est exigée avant que l'on puisse diriger une attaque contre un civil (autre qu'un civil ayant droit à une protection spéciale, tels les membres du personnel sanitaire civil) qui participe directement aux hostilités.

d'affirmer que les personnes bénéficiant de ladite protection spéciale seraient moins protégées que celles qui bénéficient d'une protection générale en raison de leur statut de personnes civiles.

L'obligation de « respecter et protéger » le personnel sanitaire ainsi que les blessés et les malades implique l'obligation d'éviter qu'ils ne soient tués ou blessés incidemment

Fondamentalement, l'obligation d'éviter ou, en tout cas, de réduire au minimum les pertes en vies humaines ou les blessures parmi le personnel sanitaire et les blessés et malades, tout comme l'interdiction de leur causer incidemment des pertes et blessures excessives, découlent directement de l'obligation de « respecter et protéger » ces personnes.

Contrairement à l'interdiction des attaques directes contre des unités sanitaires ou des combattants hors de combat²⁸, l'interdiction des attaques directes contre le personnel sanitaire militaire n'est énoncée expressément nulle part. Elle n'est cependant pas contestée et découle directement de l'obligation plus générale de respecter et protéger le personnel sanitaire. Il n'y a, à l'évidence, pas de raison que l'obligation découlant de cette protection générale soit limitée à l'interdiction des attaques directes et ne s'étende pas à toutes les règles régissant la conduite des hostilités. À cet égard, il est révélateur que les mêmes termes, « respecter et protéger », soient utilisés dans la règle fondamentale protégeant les civils contre les dangers des hostilités²⁹ et dans les règles protégeant les blessés et les malades ainsi que le personnel sanitaire, qu'ils soient civils ou militaires³⁰. S'agissant des soldats blessés et malades, le Commentaire du CICR sur la 1^{re} Convention de Genève, qui parut plus de 20 ans avant l'adoption du Protocole additionnel I, précisait déjà :

« Respecter », [...] signifie « épargner, ne point attaquer », tandis que « protéger » veut dire « prendre la défense de quelqu'un, prêter secours et appui ». En introduisant ces mots, l'on interdit d'une part à l'adversaire d'attaquer le soldat qui a lâché ses armes et est tombé, de le tuer, de le maltraiter, de lui nuire en quelque manière, et on lui impartit d'autre part le devoir de lui venir en aide et de lui donner les soins que nécessite son état³¹.

28 Voir : art. 19, alinéa premier de la CG I, art. 12.1 du PA I, et art. 11.1 du PA II pour les unités sanitaires, et art. 41 du PA I pour les personnes hors de combat. Les règles relatives à la protection de la mission médicale n'interdisent pas non plus expressément les attaques directes contre le personnel sanitaire civil (voir art. 20 de la CG IV et art. 9 du PA II), bien que ce personnel jouisse de la protection que confère l'interdiction générale de diriger des attaques contre des civils.

29 Voir l'article 48 du PA I, le premier article du Titre IV du Protocole additionnel I, dans lequel sont élaborés les trois principes de distinction, de proportionnalité et de précaution.

30 Pour les blessés et les malades, voir : art. 12 de la CG I, art. 10 du PA I et art. 7 du PA II. Pour le personnel sanitaire, voir : art. 24 de la CG I, art. 20 de la CG IV, art. 15 du PA I, et art. 9 du PA II ; règle 27 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2. Le Commentaire du CICR sur l'article 48 du PA I (*supra* note 1, para. 1872) fait le lien entre les termes utilisés dans les articles 10 et 48 du PA I.

31 Jean Pictet (directeur de publication), *Commentaire des Conventions de Genève du 12 août 1949. Volume I. Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne*, Genève, 1952, Genève, 1952, p. 148, sur l'article 12 de la CG I.

Cette conception était également valable pour l'obligation de respecter et protéger le personnel sanitaire militaire³² et a été confirmée après l'adoption du Protocole additionnel I³³. Bugnion explique que la protection implique « une obligation d'agir : l'obligation de prendre toutes les précautions dans l'attaque ou la défense afin de ne pas exposer inutilement les militaires blessés ou malades³⁴ ».

En ce qui concerne les hôpitaux civils, le Commentaire du CICR sur la 1^{re} Convention de Genève de 1949 soulignait déjà que la protection spéciale devait s'étendre aux dommages incidents :

C'est pourquoi il faut considérer que cette interdiction a une portée plus large [que l'interdiction des attaques dirigées délibérément contre des hôpitaux] [...] ; les belligérants ont l'obligation générale de tout faire pour épargner les hôpitaux. [...] En attaquant ces objectifs [militaires], l'assaillant doit prendre, [...] des précautions particulières pour épargner autant que possible les hôpitaux [...] L'obligation générale d'épargner les hôpitaux commande que [...] les deux belligérants prennent des précautions pour que cet établissement ait le moins possible à souffrir des attaques et des hostilités en général³⁵.

Selon Parks, « [l]es dispositions [articles 19 de la CG I et 18 de la CG IV] sont importantes en ce qu'elles reconnaissent la responsabilité *partagée* de limiter les dommages collatéraux ou, en d'autres termes, ne font pas peser la responsabilité de limiter les dommages ou blessures collatéraux exclusivement sur l'assaillant³⁶ ». Ceci implique qu'il incombe aussi à un assaillant de limiter les dommages qui pourraient

32 *Ibid.*, p. 243, sur l'article 12 de la CG I. Le Commentaire du CICR sur l'article 19 de la CG I en fait de nouveau mention en ce qui concerne les unités sanitaires militaires : *ibid.*, p. 217.

33 Commentaire du CICR sur l'article 10.1 du PA I (supra note 1), para. 446 : « 'Respecter' signifie épargner, ne point attaquer, alors que 'protéger' veut dire "prendre la défense de quelqu'un, prêter secours et appui". Il est donc interdit d'attaquer le blessé, malade ou naufragé, de le tuer, le maltraiter ou lui nuire en quelque manière, mais il est aussi exigé de lui venir en aide. » Le sens des termes « respecter et protéger » tels qu'ils sont expliqués dans les Commentaires de la CG I et du PA I pourrait impliquer une protection plus forte que l'interdiction de causer incidemment des dommages excessifs, car les Commentaires précisent qu'il est interdit de tuer, blesser ou nuire « en quelque manière » que ce soit. A priori, on pourrait considérer qu'il y a là interdiction de causer incidemment *quelque dommage que ce soit* à ces personnes bénéficiant d'une protection spéciale.

34 François Bugnion, *Le Comité international de la Croix-Rouge et la protection des victimes de la guerre*, 2^e édition, CICR, Genève, 2000, p. 537 et suivantes.

35 Jean Pictet (directeur de publication), *Commentaire des Conventions de Genève du 12 août 1949. Volume IV. Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre*, Comité international de la Croix-Rouge, Genève, 1956, p. 158-159, sur l'article 18. Là aussi, l'argument de Henderson selon lequel « rien dans l'historique de la rédaction de l'article 19 de la CG I [...] n'indique que la formule "respectés et protégés" pourrait signifier que les dommages collatéraux à des unités sanitaires militaires doivent être pris en considération lorsque l'on détermine la proportionnalité d'une attaque contre un objectif militaire proche » n'est pas convaincant, et ce, même s'il portait sur des personnes et non sur des biens (I. Henderson, supra note 5, p. 196) [traduction CICR]. En 1949, la règle de la proportionnalité n'était pas encore apparue aussi clairement que ce ne serait le cas plus tard dans l'article 51 du PA I, si bien qu'il est difficile de tirer des conclusions à cet égard de l'historique de la rédaction des Conventions de Genève traitant spécifiquement de la proportionnalité ; en revanche, l'historique de la rédaction établit clairement que l'obligation de respecter et de protéger doit être comprise au sens large.

36 W. Hays Parks, « Air war and the law of war », in *The Air Force Law Review*, vol. 32, n° 1, 1990, p. 57.

être causés incidemment aux hôpitaux militaires. Bien que le Commentaire et Parks analysent la protection des hôpitaux, les points de vue qu'ils expriment ont leur place ici parce qu'ils éclaircissent le sens de l'obligation de « respecter et protéger » dans les dispositions traitant de la protection spéciale accordée à la fourniture de soins médicaux³⁷.

De même, lorsqu'ils analysent la portée de la protection spéciale dont bénéficient les unités sanitaires en vertu de l'article 12 du Protocole additionnel I, non seulement les deux principaux commentaires des Protocoles additionnels affirment que les unités sanitaires doivent être incluses dans la notion de dommages incidents au sens des principes de proportionnalité et de précaution, mais ils expliquent aussi que cette protection s'étend aux personnes jouissant de la protection spéciale. Le Commentaire du CICR sur le Protocole additionnel I confirme que même face à des violations commises par l'ennemi, « [q]uoi que non expressément mentionnées, ces précautions [les mesures de précaution prévues à l'article 57 (Précautions dans l'attaque)] doivent également être prises à l'égard des *blessés et malades* et, en conséquence, des unités sanitaires qui les hébergent³⁸. » Le commentaire de Bothe, Partsch et Solf précise ce qui suit :

La première phrase du paragraphe 4 [de l'article 12] est un corollaire de l'article 51, paragraphe 7. Les biens et les personnes protégés ne peuvent pas être utilisés comme « bouclier » pour protéger des cibles militaires [...] L'article 12, paragraphe 4, et l'article 19 de la 1^{re} Convention montrent que, en ce qui concerne les dommages collatéraux, les règles qui en protègent la population civile apportent aussi, du moins en principe, une solution adéquate au même problème s'agissant des unités sanitaires. Ainsi, le principe de proportionnalité s'applique également dans ce cas³⁹.

Là encore, ces commentaires donnent des précisions sur la portée de la protection spéciale.

La protection spéciale est accordée sans aucune distinction fondée sur le statut militaire ou civil des personnes y ayant droit

Le but essentiel du droit régissant la protection du personnel sanitaire, des blessés et des malades codifié dans le Protocole additionnel I est d'apporter une protection à ces personnes *sans aucune distinction* fondée sur leur statut civil ou militaire. Le Commentaire du CICR sur le Protocole additionnel I met l'accent sur ce point s'agissant des blessés et malades : « le Protocole couvre les blessés, malades et naufragés

37 Telles que l'article 10 du PA I et l'article 7 du PA II pour les blessés et les malades, et l'article 24 de la CG I et l'article 9 du PA II pour le personnel sanitaire.

38 Commentaire du CICR sur l'article 12 du PA I (*supra* note 1), para. 540 [italique ajouté].

39 M. Bothe, K. J. Partsch et W. A. Solf, *supra* note 18, p. 118 et suivante [italique ajouté]. Le paragraphe suivant confirme que ceci fait référence au principe énoncé dans les articles 51.5.b) et 57.2.a) iii) du PA I : « Dans l'application du principe de proportionnalité à la protection des unités sanitaires contre les dommages collatéraux, tout dépend de la situation précise. Le critère déterminant de la proportionnalité est l'avantage concret et direct attendu » (p. 119) [traduction CICR].

dans leur ensemble, sans plus différencier les militaires des civils⁴⁰ ». Comme le personnel sanitaire civil et les civils blessés et malades sont incontestablement protégés par les principes de proportionnalité et de précaution, il serait contraire au but essentiel évoqué ci-dessus d'exclure le personnel sanitaire militaire ou les combattants blessés et malades de la protection offerte par ces principes.

Étant donné leur objet et leur but, les règles régissant la conduite des hostilités doivent prendre en considération les maux causés incidemment aux personnes protégées contre toute attaque directe, sans aucune distinction fondée sur leur statut militaire ou civil.

L'obligation d'accorder la même protection à l'ensemble du personnel sanitaire et des blessés et malades, qu'ils soient civils ou militaires, découle aussi directement des règles régissant la conduite des hostilités interprétées à la lumière de leur objet et leur but. Ces règles, et en particulier le principe de proportionnalité, visent à trouver un équilibre approprié entre les principes de nécessité militaire et d'humanité⁴¹. Les blessés et les malades ont droit aux mêmes soins qu'ils soient civils ou militaires. Le droit et l'éthique médicale imposent aux personnels sanitaires civil et militaire la même obligation de soigner les blessés et malades civils et militaires sans aucune distinction, qu'ils soient amis ou ennemis. Aucun d'entre eux ne figure parmi les cibles considérées comme licites en vue d'affaiblir les forces militaires de l'ennemi, et le personnel sanitaire militaire n'a pas le droit de participer directement aux hostilités⁴². On peut donc dire qu'ils ont tous la même « valeur » – ou la même absence de valeur – au regard des principes de nécessité militaire et d'humanité. Ainsi, exclure le personnel sanitaire militaire, ou les combattants blessés et malades, de la protection conférée par les principes de proportionnalité et de précaution introduirait dans les règles régissant la conduite des hostilités une distinction qui serait arbitraire au regard de l'objet et du but mêmes de ces règles – à savoir trouver un équilibre approprié entre la nécessité militaire et l'humanité⁴³.

40 Commentaire du CICR sur l'article 10 du PA I (*supra* note 1), para. 444. Voir en particulier les articles 8, 10.1 et 12.1 du PA I, ainsi que l'article 15 du PA I, qui étend au personnel civil la protection déjà accordée au personnel sanitaire militaire par l'article 24 de la CG I. Il est écrit dans l'introduction du Commentaire sur le Titre II du PA I :

« Relevons finalement les points qui nous paraissent refléter l'essentiel de l'apport aux Conventions de Genève de ce Titre II du Protocole I : [...]

2) le personnel sanitaire civil reconnu, ainsi que les unités sanitaires civiles, jouissent désormais d'une protection équivalente à celle réservée jusqu'ici au personnel et aux unités sanitaires militaires. »

41 Voir Michael N. Schmitt, « Military necessity and humanity in international humanitarian law: preserving the delicate balance », in *Virginia Journal of International Law*, vol. 50, n° 4, 2010, p. 795–839, p. 798. Sur le principe de proportionnalité en tant qu'expression spécifique de ces deux principes, voir M. Bothe, K. J. Partsch et W. A. Solf, *supra* note 18, p. 309 ; M. Sassòli et L. Cameron, *supra* note 18, p. 63 ; W. J. Fenrick, « The rule of proportionality and Protocol I in conventional warfare », in *Military Law Review*, vol. 98, 1982, p. 125 ; Royaume-Uni, *The Joint Service Manual of the Law of Armed Conflict*, JSP 383, 2004, para. 2.6.2 et 5.33.2.

42 Art. 43.2 du PA I. Les combattants blessés ou malades qui participent directement aux hostilités sont exclus de la définition des blessés et malades figurant à l'article 8.a) du PA I, qui exige qu'ils s'abstiennent de tout acte d'hostilité.

43 Bien que mentionnant l'interdiction de toute attaque directe contre un ennemi hors de combat aux

Dans leur analyse de la protection des personnes hors de combat, qui est traitée dans le Titre III (relatif aux moyens et méthodes de guerre) du Protocole additionnel I, Bothe, Partsch et Solf considèrent que le principe de proportionnalité s'applique aussi à ces personnes, puisqu'ils affirment que « le nombre de victimes collatérales auxquelles on peut s'attendre parmi les personnes hors de combat ne devrait pas être excessif par rapport à l'avantage militaire attendu⁴⁴ ».

Enfin – et tout à fait à l'opposé de l'avis de Henderson – Bothe, Partsch et Solf s'appuient sur le principe de proportionnalité pour affirmer la légalité des attaques causant incidemment des dommages aux unités sanitaires : « Un exemple évident du fait que le droit ne peut pas exempter les unités sanitaires du risque de subir des dommages collatéraux est l'existence d'infirmières sur les navires de guerre. S'il était inadmissible d'infliger des dommages collatéraux aux unités sanitaires, aucune tentative visant à couler un navire de guerre ayant à bord une infirmerie ne serait autorisée⁴⁵ ». Bien que cet avis concerne les unités sanitaires, il a sa place ici parce qu'il apporte des éclaircissements sur l'interaction entre les règles régissant la conduite des hostilités et la protection spéciale.

Utiliser toute personne protégée comme boucliers humains est un crime de guerre

Pour terminer, la disposition du Statut de Rome relative au crime de guerre consistant à utiliser des boucliers humains vient étayer la conclusion selon laquelle toutes les personnes protégées contre les attaques directes sont également protégées au titre du principe de proportionnalité. L'article 8.2.b) xxiii) du Statut de Rome mentionne les civils ou autres personnes protégées comme faisant partie des personnes dont il est interdit d'utiliser la présence pour rendre illicite les opérations militaires contre certains points, zones, ou forces militaires. Il a été rappelé dans ce cadre que « dans la grande majorité des cas, la présence de personnes protégées n'influerait que sur le critère de proportionnalité tel que défini aux articles 51.5.b) et 57.2.a) iii)⁴⁶ ». Les personnes protégées autres que civiles n'influent sur le critère de proportionnalité – et ne servent par conséquent de bouclier – que dans la mesure où, au sens de ce principe, elles sont comprises dans les victimes incidentes auxquelles on peut s'attendre. L'inclusion des « autres personnes protégées », sans plus de précision, dans l'article 8.2.b) xxiii) du Statut de Rome confirme ainsi que le personnel sanitaire militaire et les combattants blessés et malades doivent être inclus aux fins de l'application du principe de proportionnalité.

termes de l'article 41 du PA I, le Commentaire du CICR sur ce Protocole rappelle : « C'est un principe fondamental du droit de la guerre : ceux qui ne participent pas aux hostilités ne sont pas attaqués. A priori, civils inoffensifs et militaires hors de combat sont, à cet égard, *mis sur le même pied* » [italique ajouté] (*supra* note 1, para. 1605).

44 M. Bothe, K. J. Partsch et W. A. Solf, *supra* note 18, p. 221 [traduction CICR].

45 *Ibid.*, p. 119 [traduction CICR].

46 Knut Doermann, *Elements of War Crimes under the Rome Statute of the International Criminal Court*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002, p. 345 [traduction CICR].

Tous ces éléments démontrent que, lorsqu'elles sont interprétées dans leur contexte et à la lumière de leur objet et de leur but, les règles spécifiques protégeant le personnel sanitaire et les blessés et malades, ainsi que les règles régissant la conduite des hostilités, doivent être comprises, aux fins de l'application des principes de proportionnalité et de précaution, comme protégeant le personnel sanitaire militaire et les combattants blessés et malades contre les pertes en vies humaines et les blessures qui pourraient être causées incidemment.

Les manuels militaires

Les manuels militaires, qui font partie de la pratique verbale des États⁴⁷, viennent eux aussi étayer l'inclusion des personnes et biens protégés non civils parmi les victimes et dommages incidents à prendre en considération au titre des principes de proportionnalité et de précaution. Si, évidemment, de nombreux manuels militaires ne font que reproduire le libellé des articles pertinents du Protocole additionnel I, d'autres donnent des définitions qui incluent les personnes et biens protégés non civils dans la notion de « victimes et dommages incidents »⁴⁸, ou mentionnent expressément les non-combattants ou les personnes et biens protégés lorsqu'ils examinent

47 Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2, p. xlvii. Sur la pertinence de la pratique des États, voir la Convention de Vienne sur le droit des traités, 23 mai 1969, 1155 UNTS 331 (entrée en vigueur le 27 janvier 1980), art. 31.3.b).

48 Australie : la publication du 11 mai 2006 intitulée *Law of Armed Conflict, Australian Defence Doctrine Publication 06.4*, Australian Defence Headquarters, ne limite pas sa définition des dommages collatéraux aux personnes civiles ou aux biens civils dans son glossaire (bien qu'elle le fasse dans son paragraphe 5.2). États-Unis : la publication *Joint Targeting, Joint Publication 3-60* (3 janvier 2013) (ci-après *JP 3-60*) définit les dommages collatéraux comme « des blessures ou dommages causés non intentionnellement ou incidemment à des personnes ou des biens qui ne seraient pas des cibles militaires licites dans les conditions du moment » (p. GL – 4 Termes et définitions), définition qui inclut les personnes et biens protégés autres que les personnes et biens civils, et qui s'applique dans toute la publication lorsque le terme « dommages collatéraux » est utilisé sans être qualifié plus précisément. *JP 3-60* souligne aussi que « les États-Unis d'Amérique considèrent comme extrêmement important de préserver la vie des civils et des non-combattants ainsi que les biens civils, et s'efforcent d'accomplir leur mission en appliquant leurs forces avec discernement et avec le moins possible de dommages collatéraux » (p. III – 1) [traduction CICR, tout l'italique ajouté]. La définition des dommages collatéraux donnée dans *JP 3-60* figure dans le *Department of Defense Dictionary of Military and Associated Terms*, Joint Publication 1-02 (telle que modifiée au 15 mars 2014). La brochure de l'US Air Force *Commander's Handbook on the Law of Armed Conflict*, 1980, au jour d'hui abrogée, donnait la définition générale suivante des civils : « Dans cette brochure, on entend par *civils* toutes les personnes autres que celles qui peuvent faire l'objet d'attaques directes au sens des paragraphes 2-6 à 2-8 » (para. 3-1) [traduction CICR] ; le paragraphe 2-7 de la brochure excluait le personnel sanitaire militaire ainsi que les blessés et malades des personnes pouvant faire l'objet d'attaques directes. Ainsi, pour cette brochure, à travers une définition s'apparentant davantage à l'article 52 qu'à l'article 50 du PA I, le personnel sanitaire militaire et les combattants blessés et malades tombaient directement dans la définition des civils, malgré le sens habituel de ce terme (voir plus haut l'analyse de l'article 52 du PA I).

les principes de proportionnalité⁴⁹, de précautions dans l'attaque en général⁵⁰ ou de précautions dans le choix des moyens et méthodes de guerre⁵¹, l'obligation de donner un avertissement en temps utile et par des moyens efficaces⁵², ou les précautions contre les effets des attaques⁵³.

- 49 Australie : la publication *Law of Armed Conflict*, *supra* note 48, inclut les non-combattants autre que les civils dans son exposé du principe de proportionnalité (para. 2.8). Canada : *Le droit des conflits armés aux niveaux opérationnel et tactique*, Cabinet du Juge-avocat général, 13 septembre 2001, para. 204.5 : « Quand il s'agit de décider si le principe de proportionnalité est respecté, la mesure est la contribution attendue au but militaire d'une attaque ou d'une opération considérée dans son ensemble. L'avantage militaire attendu doit être comparé avec les autres conséquences de l'acte, comme les effets néfastes sur les civils ou les biens de caractère civil. Il faut alors évaluer les intérêts découlant de la réussite de l'opération d'une part et les effets néfastes possibles pour les objets et les personnes protégés d'autre part. » [italique ajouté]. Nouvelle-Zélande : *Interim Law of Armed Conflict Manual*, DM 112, New Zealand Defence Force, Headquarters, Directorate of Legal Services, Wellington, novembre 1992, para. 207 : « Le principe de proportionnalité établit un lien entre les concepts de nécessité militaire et d'humanité. Cela signifie que le commandant n'a pas le droit de causer à des *non-combattants* des dommages qui soient disproportionnés par rapport au besoin militaire [...]. Il s'agit de mettre en balance l'intérêt que représente le succès de l'opération, d'un côté, et les risques d'effets nuisibles sur des *personnes et des biens protégés*, de l'autre. » [traduction CICR, italique ajouté] Philippines : *Air Power Manual*, Philippine Air Force, Headquarters, Office of Special Studies, mai 2000, para. 1-6.4 : « Cependant, le droit des conflits armés ne devrait pas constituer un obstacle dans la conduite des opérations. En fait, le droit admet que la destruction de cibles cruciales, surtout si elle raccourcit le conflit, a des effets bénéfiques à long terme. Le principe unificateur essentiel s'applique toujours – à savoir que l'importance de la mission militaire (nécessité militaire) détermine, moyennant un jugement équilibré (proportionnalité), l'étendue des maux qui peuvent être causés collatéralement ou incidemment à une *personne ou à un bien par ailleurs protégé*. » [traduction CICR, italique ajouté] États-Unis : *No-Strike and the Collateral Damage Estimation Methodology*, CJCSI 3160.01, 13 février 2009, Glossaire, GL-4 : « *Dommages collatéraux*. Blessures ou dommages causés non intentionnellement ou incidemment à des *personnes ou des biens qui ne seraient pas des cibles militaires licites* en l'occurrence. De tels dommages ne sont pas illicites tant qu'ils ne sont pas excessifs au regard de l'avantage militaire global attendu de l'attaque » [traduction CICR, italique ajouté] (Manuels de la Nouvelle-Zélande et des Philippines tels que cités dans la pratique relative aux règles 14 et 15 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2).
- 50 Australie : *Law of Armed Conflict*, *supra* note 48, étend le principe des précautions dans l'attaque aux personnes, lieux et biens protégés autres que les personnes et biens civils (para. 5.53). Hongrie : *A Hadijog, Jegyzet a Katonai, Főiskolák Hallgatói Részére*, Magyar Honvédség Szolnoki Repülőtisztai Főiskola, 1992, p. 45 : « Toutes les mesures possibles doivent être prises pour épargner les personnes et biens civils [et] les *personnes et biens bénéficiant d'une protection spécifique* » [traduction CICR, italique ajouté]. (Manuel hongrois cité dans la pratique liée à la règle 15 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 2).
- 51 Royaume-Uni : *The Joint Service Manual of the Law of Armed Conflict*, JSP 383, 2004, para. 5.32.5 : « Lorsqu'il détermine les moyens ou méthodes d'attaque à utiliser, un commandant devrait tenir compte des facteurs suivants : [...] f. facteurs influant sur les pertes ou dommages pouvant être causés incidemment, tels que la présence de civils ou de biens civils à proximité de la cible ou d'autres biens ou zones protégés » [traduction CICR, italique ajouté].
- 52 Australie : *Operations Law for RAAF Commanders*, AAP 1003, Royal Australian Air Force, para. 10.4 : « Lorsque les circonstances le permettent, un avertissement devrait être donné en temps utile dans les cas d'attaques qui pourraient mettre en danger des *non-combattants* » [traduction CICR, italique ajouté].
- 53 États-Unis : *Commander's Handbook on the Law of Naval Operations*, NWP 1-14M, juillet 2007, pt. 8.3.2, p. 8-3 : « Une partie à un conflit armé a le devoir d'éloigner les civils sous son contrôle (*ainsi que les blessés, les malades, les naufragés et les prisonniers de guerre*) du voisinage d'objectifs probables d'attaques ennemies » [traduction CICR, italique ajouté]. Bien que l'on trouve cette règle dans le *Commander's Handbook*, au chapitre 8 relatif au droit régissant le ciblage, elle pourrait faire référence aux obligations de précaution prévues par les dispositions spécifiques concernant les unités médicales (art. 19, alinéa 2 de la CG I et art. 12.4 du PA I).

Les travaux préparatoires du Protocole additionnel I

Au cours de la Conférence diplomatique de 1974–1977 qui adopta le Protocole additionnel I, la plupart des projets d'articles et des déclarations relatifs aux principes de proportionnalité et de précaution ne mentionnaient que les personnes civiles et les biens civils. Cependant, bien que les articles 46.3.b) et 50 du Projet de Protocole additionnel de 1973 soumis à cette conférence (qui deviendront respectivement les articles 51.5.b) et 57 du PA I) ne mentionnaient que les personnes civiles et les biens de caractère civil, les Commentaires du CICR sur les projets de Protocoles additionnels de 1973 utilisent les termes « personnes civiles » et « personnes protégées » de façon quasi interchangeable par rapport à ces articles. Il y est expliqué que « [l]a première phrase [du projet d'art. 50] pose la règle générale qui guide la conduite des combattants à l'égard des risques que comportent, pour *les personnes et les biens protégés*, les opérations militaires, et en particulier les attaques ». Il y est ensuite précisé que « [l]a proportionnalité vise le cas des effets accidentels des attaques sur *les personnes et les biens protégés*, ainsi que le souligne l'adverbe "incidemment" ». Et enfin : « Dans le cadre de ce Chapitre [devenu le Chapitre IV (Mesures de précaution) du PA I contenant les articles 57 et 58 dudit Protocole], les mesures de précaution sont destinées à renforcer la protection de *l'ensemble des personnes et des biens protégés*⁵⁴ ».

Les Commentaires du CICR sur les projets de Protocoles additionnels de 1973 montrent donc que les règles examinées concernant la proportionnalité et les précautions étaient comprises comme couvrant *toutes* les personnes protégées alors même que le terme « personnes civiles » était utilisé. Cette interprétation est évidente aussi dans les déclarations du représentant du CICR lorsqu'il soumit les projets d'articles 46 et 50 à la Commission III de la Conférence diplomatique⁵⁵. Dans la mesure où les débats de la conférence concernant les principes de proportionnalité et de précaution pourraient avoir été sous-tendus dans une certaine mesure par cette interprétation, on pourrait logiquement considérer que c'était là le sens que l'on voulait donner au terme « personnes civiles » dans ces dispositions⁵⁶.

Compte tenu de cette conception large du champ d'application des principes de proportionnalité et de précaution lors de la rédaction des dispositions y relatives – bien que les projets d'articles n'aient mentionné expressément que les personnes civiles et les biens de caractère civil –, il convient de ne pas surestimer l'importance du fait que les articles 51 et 57 du Protocole additionnel I, comme les projets d'articles, ne mentionnent expressément que les personnes civiles et les biens

54 Commentaires du CICR sur les projets de Protocoles additionnels de 1973, *supra* note 23, p. 67-68 [italique ajouté]. En ce qui concerne le projet d'article 51 sur ce qui deviendrait les précautions contre les effets des attaques (art. 58 du PA I), qui, de nouveau, ne parlait que de la population civile, des personnes civiles et des biens civils, le commentaire de 1973 du CICR précise que « [c]ette dernière [la Partie attaquée ou susceptible de l'être] n'est pas sans influence sur la sauvegarde *des personnes et des biens* en son pouvoir », *ibid.*, p. 69 [italique ajouté].

55 Conférence diplomatique, *Actes*, CDDH/III/SR.5, vol. XIV, p. 39, para. 10, et CDDH/III/SR.21, vol. XIV, p. 199, para. 3.

56 Convention de Vienne de 1969 sur le droit des traités, *supra* note 47, art. 31.4) et 32.

civils dans l'énoncé du principe de proportionnalité et de certaines règles concernant les précautions⁵⁷.

Conclusion

Inclure les victimes incidentes attendues parmi les personnes protégées non civiles au nombre des pertes en vies humaines ou blessures incidentes dont il faut tenir compte aux fins de l'application des principes de proportionnalité et de précaution pourrait être considéré comme une position plus large que ce qu'une interprétation littérale des articles 51 et 57 du Protocole additionnel I suggérerait. Selon nous, cependant, toute autre conclusion serait déraisonnable compte tenu du contexte, et à la lumière de l'objet et du but du Protocole⁵⁸. Comme nous l'avons vu plus haut, cette conclusion découle de l'interprétation non seulement des règles spécifiques protégeant le personnel et les biens sanitaires ainsi que les blessés et malades, mais aussi des règles régissant la conduite des hostilités. Elle procède en particulier de l'interprétation de l'obligation de « respecter et protéger » en tant qu'obligation primordiale relevant de la protection spéciale conférée à l'ensemble du personnel sanitaire et des blessés et malades. Elle trouve dans une certaine mesure confirmation dans les travaux préparatoires du Protocole additionnel I et dans les principaux commentaires de ce Protocole. Nous avançons en outre que l'interprétation du droit coutumier mène à la même conclusion⁵⁹. Enfin, cette conclusion est étayée par les manuels militaires d'un certain nombre d'États.

57 Voir *supra* notes 12–14 ainsi que le texte qui les accompagne. En ce qui concerne l'obligation de vérifier que l'objectif est une cible licite, l'article 50 du Projet de Protocole de 1973 disposait qu'il fallait s'assurer que les objectifs à attaquer étaient dûment identifiés comme des « objectifs militaires ». Nous n'avons pas trouvé dans les *Actes* de la Conférence diplomatique d'indication de la raison pour laquelle cette disposition est devenue « vérifier que les objectifs à attaquer ne sont *ni des personnes civiles, ni des biens de caractère civil, et ne bénéficient pas d'une protection spéciale* » (art. 57.2.a)i) du PA I) [italique ajouté], ou pour laquelle les autres règles découlant des principes de précaution et de proportionnalité devraient avoir une moindre portée protectrice. Henderson tire un argument supplémentaire du fait que l'article 56.1 (deuxième phrase) du PA I protège expressément contre les dommages collatéraux les ouvrages ou installation contenant des forces dangereuses. Selon lui, ceci montrerait « qu'il n'y a pas de raison de présumer que les rédacteurs du PA I entendaient que la protection contre les attaques inclue nécessairement toujours la protection contre les dommages collatéraux. Chaque catégorie de biens doit plutôt faire l'objet d'une évaluation distincte » [traduction CICR] (*supra* note 5, p. 196). Cet argument omet toutefois de relever que l'article 56 du PA I prévoit l'interdiction de toute attaque risquant de libérer des forces dangereuses, et pas seulement des attaques dont on peut attendre qu'elles causent incidemment des victimes et des dommages qui seraient excessifs. L'absence d'une telle disposition pour d'autres biens spécialement protégés signifie seulement qu'ils ne bénéficient pas de la protection plus forte de l'article 56.1 du PA I, et non qu'ils devraient être exclus de la protection « normale » contre les dommages incidents prévue au titre des principes de proportionnalité et de précaution.

58 Convention de Vienne de 1969 sur le droit des traités, *supra* note 47, art. 31.1).

59 Le paragraphe consacré aux « Définitions » dans le *Manuel de San Remo sur le droit international applicable aux conflits armés sur mer* donne la définition suivante de « pertes incidentes » ou « dommages incidents » : « la perte de la vie, ou les maux infligés à des civils ou à d'autres personnes protégées, et les dommages causés à l'environnement naturel ou à des biens qui ne constituent pas par eux-mêmes des objectifs militaires, ou leur destruction ». *Manuel de San Remo sur le droit international applicable aux conflits armés sur mer*, Institut international de droit humanitaire, 1994, para. 13.c) ; voir aussi, en anglais, « Explanation », p. 87, para. 13.9. Le *Manuel H.P.C.R sur la guerre aérienne*, *supra* note 22, inclut les « autres biens protégés » en plus des « biens à caractère civil » dans sa définition des dommages

Il apparaît donc que la protection contre les dommages incidents qui est offerte aux personnes et aux biens civils par les principes de proportionnalité et de précaution doit en réalité être comprise comme s'étendant à d'autres personnes et biens protégés contre les attaques directes.

Au-delà de la protection des seuls civils et biens civils (incluant notamment les moyens de transport, unités et autres biens sanitaires militaires aussi longtemps qu'ils ne correspondent pas à la définition des objectifs militaires), toutes les précautions pratiquement possibles doivent être prises également pour éviter ou, en tout cas, réduire au minimum les victimes qui pourraient être causées incidemment parmi d'autres personnes protégées, telles que le personnel sanitaire militaire ou les combattants blessés ou malades. Si l'on peut s'attendre à ce que ces victimes incidentes soient excessives par rapport à l'avantage militaire direct et concret escompté – à elles seules, ou, le cas échéant, combinées avec des victimes et dommages attendus parmi les personnes civiles et les biens civils – l'attaque devient illicite en vertu du principe de proportionnalité.

collatéraux, à la règle 1.n), et les « autres personnes et objets protégés » dans ses règles 33 et 43, qui concernent respectivement les précautions à prendre dans le choix entre plusieurs objectifs militaires et les précautions contre les effets des attaques. Spécifiquement pour les personnes : dans son rapport final au Procureur, le Comité chargé d'examiner la campagne de bombardement de l'OTAN contre la République fédérale de Yougoslavie mentionnait les « blessures aux non-combattants » (et non pas « blessures aux civils ») s'agissant des maux causés incidemment au sens du principe de proportionnalité (para. 49 et 50) ; Schmitt ne fait pas la distinction entre le personnel sanitaire civil et militaire et les personnes hors de combat à bord des aéronefs sanitaires lorsqu'il rappelle qu'il faut en tenir compte lors du calcul de la proportionnalité et de la détermination des précautions pratiquement possibles (Michael N. Schmitt, « Targeting in operational law », in Terry D. Gill et Dieter Fleck [dir. de publication], *The Handbook of the International Law of Military Operations*, Oxford University Press, Oxford, 2010, p. 244–275, para. 18.19.1) ; voir aussi para. 16.08.1)). De façon plus générale, lorsqu'ils examinent l'application du principe de proportionnalité aux unités sanitaires (mais en soulignant le caractère permissif d'une attaque qui causerait incidemment des dommages non excessifs), Bothe, Partsch et Solf précisent que « [l]e principe de proportionnalité est un principe général du droit des conflits armés qui a trouvé son expression dans des dispositions telles que l'interdiction des « maux superflus » (article 23.c) de la Convention IV de La Haye de 1907). Il n'est pas limité à la question de la protection de la population civile, pour laquelle il a maintenant été codifié par le Titre IV du Protocole I. » [traduction CICR] (M. Bothe, K. J. Partsch et W. A. Solf, *supra* note 18, p. 119). Pour Bartels, voir *supra* note 6.

NOTE D'OPINION

Le territoire palestinien occupé et le droit international humanitaire. Réponse à Peter Maurer

Shawan Jabarin

Shawan Jabarin est directeur général d'Al-Haq et vice-président de la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH). Il a été nommé au conseil consultatif de *Human Rights Watch* pour le Moyen-Orient en 2011 et a été élu commissaire à la Commission internationale de juristes en 2013. Le Prix Reebok des droits de l'homme lui a été décerné en 1990 pour sa défense de la liberté d'expression et des droits de l'homme.

***Note de la rédaction :** Cette note d'opinion présente un point de vue palestinien sur la pertinence et l'efficacité du droit international humanitaire en ce qui concerne Israël et le territoire palestinien occupé. Elle poursuit le débat lancé dans le numéro précédent de la Revue par le président du CICR, Peter Maurer, sur la légalité et les conséquences humanitaires des politiques et pratiques israéliennes à l'égard de certaines questions essentielles liées à l'occupation, à savoir le tracé de la barrière de Cisjordanie, la construction de colonies israéliennes dans le territoire palestinien occupé et l'annexion de Jérusalem-Est. Une réponse d'Alan Baker, ancien conseiller juridique du ministère israélien des Affaires étrangères, à l'article de Peter Maurer avait été publiée dans le même numéro de la Revue.*

.....

Dans son article « Obstacles au droit international humanitaire : la politique israélienne d'occupation »¹, M. Peter Maurer, président du Comité international de la Croix-Rouge (CICR), analyse les écueils auxquels se heurte l'application du droit international humanitaire (DIH) au Moyen-Orient en général et dans le contexte

1 Peter Maurer, « Obstacles au droit international humanitaire : la politique israélienne d'occupation », in *Revue internationale de la Croix-Rouge*, vol 94 Sélection française 2012/4, disponible à l'adresse : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/article/review-2012/irrc-888-maurer.htm> (dernière consultation le 8 février 2014).

du conflit israélo-palestinien en particulier. Il s'exprime essentiellement sur trois grandes questions liées à l'occupation militaire israélienne du territoire palestinien : Jérusalem-Est, les colonies et le mur d'annexion. Il évoque en outre la politique de confidentialité du CICR et suggère que celui-ci dialogue publiquement avec les parties au conflit, surtout lorsque le dialogue confidentiel ne permet pas d'améliorer le sort des populations touchées.

La présente réponse expose un point de vue juridique sur les questions soulevées par M. Maurer. Elle explique comment Israël, la Puissance occupante, a bouleversé le fragile équilibre que le droit de l'occupation et le DIH établissent entre les obligations et les droits de la Puissance occupante – bouleversement dû notamment au fait qu'Israël a privilégié les seconds par rapport aux premiers. Elle tente en outre de mettre en évidence l'impact sur la vie quotidienne des Palestiniens des trois politiques israéliennes mentionnées par M. Maurer. Enfin, elle commente l'avis exprimé par ce dernier sur le dialogue public que le CICR tient à engager avec les parties à un conflit afin d'améliorer le sort des populations touchées.

La politique de confidentialité du CICR

J'ai toujours été préoccupé par la politique de confidentialité du CICR, surtout lorsque de graves violations du DIH susceptibles de constituer des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité sont commises et lorsque les principes essentiels du DIH sont manipulés de façon à justifier l'occupation militaire d'un territoire. Si la philosophie qui sous-tend la diplomatie discrète du CICR relève de la neutralité de celui-ci, le fait qu'il ne prenne pas position publiquement risque d'être considéré par les auteurs de crimes comme un signe d'acceptation, et par conséquent encourager la commission d'autres actes criminels. C'est pourquoi il est important que le CICR fasse entendre sa voix contre toutes les infractions graves au DIH, surtout lorsqu'elles sont continues. Toute décision du CICR de s'exprimer davantage sur les violations est bienvenue et répond à une nécessité.

Le fait, évoqué par M. Maurer, que le CICR entende donner une dimension plus publique à son dialogue avec les parties au conflit a d'autant plus de valeur que cette décision émane d'une organisation humanitaire neutre et respectée qui exprime son exaspération face à des violations constantes du droit international. Le CICR n'aurait pas décidé d'engager un dialogue public si les violations commises par Israël n'avaient atteint un niveau où la confidentialité n'est plus d'aucune utilité. Cette dimension publique devrait ajouter à la pression qui s'exerce sur Israël pour qu'il révisé ses politiques et respecte les droits des civils palestiniens vivant sous son occupation militaire. Elle pourrait en outre encourager des États parties tiers à appliquer d'autres formes de pression sur Israël pour qu'il cesse ses violations du DIH.

Territoires occupés ou contestés ?

Israël ne cesse de rejeter le consensus international concernant le statut de la Cisjordanie (y compris Jérusalem-Est) et de la bande de Gaza en tant que territoire

occupé auquel s'applique le DIH. Cette position a été exprimée à maintes reprises par des responsables et des spécialistes israéliens². Il convient de relever, cependant, que la Cour suprême israélienne considère la Cisjordanie et Gaza (avant le désengagement) comme des territoires sous occupation belligérante³.

Lorsqu'il commença son occupation militaire de la Cisjordanie et de la bande de Gaza, en 1967, Israël déclara dans une ordonnance militaire qu'il appliquerait la IV^e Convention de Genève au territoire occupé⁴. Cette disposition fut cependant abrogée peu après, sous la pression de personnalités politiques israéliennes pour lesquelles l'occupation était un acte de libération⁵. Depuis lors, Israël n'a pas accepté l'applicabilité *de jure* de la IV^e Convention au territoire palestinien occupé. Il a déclaré qu'il en appliquerait les dispositions humanitaires, mais sans indiquer lesquelles⁶.

L'argument que fait valoir Israël contre l'applicabilité *de jure* de la IV^e Convention se fonde essentiellement sur sa propre interprétation de l'article 2 commun aux Conventions de Genève⁷. Selon cette interprétation, l'article ne s'applique que lorsque le territoire occupé appartenait à une Haute Partie contractante⁸. Or, Israël estime que la Jordanie et l'Égypte étaient des Puissances occupantes respectivement en Cisjordanie et dans la bande de Gaza, et n'avaient pas de droits souverains sur le territoire. De plus, ce dernier n'appartenait à aucune entité souveraine à laquelle il devrait être restitué⁹. En d'autres termes, l'applicabilité de la IV^e Convention de Genève dépend *status quo ante* du territoire occupé et, dans la mesure où aucune entité souveraine n'en a été chassée, le territoire ne peut être considéré comme occupé¹⁰.

Dans un article ayant pour titre « Le droit international humanitaire, le CICR et le statut d'Israël dans les territoires »¹¹, également écrit en réponse à un article du

- 2 Pour un complément d'information, voir David Kretzmer, *The Occupation of Justice: The Supreme Court of Israel and the Occupied Territories*, SUNY series in Israeli Studies, University of New York Albany, 2002, pp. 32–33. Voir aussi Ardi Imseis, « On the Fourth Geneva Convention and the Occupied Palestinian Territories », in *Harvard International Law Journal*, hiver 2003, p. 69.
- 3 Voir Haute Cour de justice d'Israël (HCJ) 2056/04, *Beit Sourik Village Council v. The Government of Israel et al.*, 48(5) PD, p. 807, 2004; et HCJ 393/82, *Jami'at Ascan et al. v. IDF Commander in Judea and Samaria et al.*, 37(4) PD, p. 785, 1983.
- 4 L'ordonnance militaire concernant les règles de sécurité qui est annexée à la Proclamation n° 3 du 7 juin 1967 déclare, notamment, que des tribunaux militaires seront établis par le commandant de zone. Son article 35 dispose que le tribunal militaire et son administration seront tenus d'appliquer, dans toutes les procédures judiciaires, les dispositions de la IV^e Convention de Genève du 12 août 1949 relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, et que, en cas d'incompatibilité entre la présente ordonnance et ladite convention, cette dernière prévaut. Les ordonnances militaires sont disponibles en arabe et en hébreu.
- 5 D. Kretzmer, *supra* note 2, pp. 32–33.
- 6 Voir, pour une analyse générale, Yehuda Blum, « The missing reversioner: reflections on the status of Judea and Samaria », in *Israel Law Review*, Vol. 3, 1968.
- 7 Voir, pour une analyse générale, Meir Shamgar, « Legal concepts and problems of the Israeli military government – the initial stage », in Meir Shamgar (dir. de publication), *Military Government in the Territories Administered by Israel, 1967–1980: The Legal Aspects*, Université hébraïque, Institut Harry Sacher de recherche législative et de droit comparé, Jérusalem, 1982.
- 8 *Ibid.* Voir aussi Adam Roberts, « Prolonged military occupation: the Israeli-Occupied Territories since 1967 », in *American Journal of International Law*, Vol. 84, No. 1, 1990, p. 64.
- 9 Y. Blum, *supra* note 6.
- 10 M. Shamgar, *supra* note 7.
- 11 Alan Baker, « Le droit international humanitaire, le CICR et le statut d'Israël dans les territoires »,

président du CICR, Alan Baker semble rejeter le consensus international concernant le statut juridique du territoire palestinien, et rejeter plus précisément les Nations Unies en tant qu'organisme officiel dont les résolutions doivent être respectées et appliquées par les États. En même temps, il invoque la résolution 181 de l'Assemblée générale des Nations Unies (connue sous le nom de « Plan de partage ») à l'appui de son argumentation sur le statut de la Cisjordanie et de la bande de Gaza. Dans ce contexte, il précise que la résolution désigne la région située entre l'ouest du Jourdain et la Ligne verte sous l'appellation « Judée et Samarie ». S'il est vrai que cette zone est appelée ainsi dans la résolution, il ne faut pas oublier que la même résolution désigne la région située entre le Jourdain et la Méditerranée – y compris la « Judée et Samarie » – comme étant la « Palestine »¹².

L'interprétation que fait Israël de l'article 2 de la IV^e Convention de Genève a été abondamment critiquée, y compris par d'éminents spécialistes israéliens¹³. L'ensemble de la communauté internationale a confirmé en maintes occasions que la Cisjordanie (y compris Jérusalem-Est) et la bande de Gaza sont un territoire occupé auquel s'applique le DIH. C'est la position qui a été adoptée par les Nations Unies et des organisations internationales humanitaires, dont le CICR, comme M. Maurer l'exprime clairement dans son article. Le Conseil de sécurité des Nations Unies a reconnu pour la première fois ce statut dans sa résolution 242 du 22 novembre 1967, dans laquelle il souligne « l'inadmissibilité de l'acquisition de territoires par la guerre » et demande le « retrait des forces armées israéliennes des territoires occupés au cours du récent conflit¹⁴ ». L'ONU a affirmé dans de nombreuses autres résolutions ultérieures que la IV^e Convention de Genève s'appliquait au territoire¹⁵. Dans son avis consultatif intitulé « Conséquences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé », la Cour internationale de Justice (CIJ) déclarait ce qui suit :

[La] quatrième convention de Genève est applicable dans tout territoire occupé en cas de conflit armé surgissant entre deux ou plusieurs parties contractantes. Israël et la Jordanie étaient parties à cette convention lorsque éclata le conflit armé de 1967. Dès lors ladite convention est applicable dans les territoires palestiniens qui étaient avant le conflit à l'est de la Ligne verte, et qui ont à l'occasion de ce conflit été occupés par Israël, sans qu'il y ait lieu de rechercher quel était auparavant le statut exact de ces territoires¹⁶.

in *Revue internationale de la Croix-Rouge*, vol. 94 sélection française 2012/4, disponible à l'adresse : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/article/review-2012/irrc-888-baker.htm> (dernière consultation le 10 février 2014).

12 Voir le texte de la résolution 181 de l'AGNU, 29 novembre 1947.

13 A. Roberts, *supra* note 8 ; David Kretzmer, « Le droit de l'occupation belligérante devant la Cour suprême israélienne », in *Revue internationale de la Croix-Rouge*, vol. 94 Sélection française 2012/1, pp. 107-140 ; Yoram Dinstein, *The International Law of Belligerent Occupation*, Cambridge University Press, Cambridge, 2009.

14 Résolution 242 du Conseil de Sécurité, 22 novembre 1967.

15 Voir par exemple les résolutions suivantes du Conseil de sécurité : 452, 20 juillet 1979 ; 471, 5 juin 1980 ; 681, 20 décembre 1990 ; et 904, 18 mars 1994.

16 CIJ, *Conséquences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé*, Avis consultatif, 9 juillet 2004, par. 101

Le CICR avait fait valoir un argument similaire dès le début de l'occupation militaire israélienne, en 1967¹⁷. Sur la base de cette déclaration claire de la CIJ et de la position exprimée antérieurement par le CICR, les arguments d'Israël relatifs à la non-applicabilité *de jure* de la IV^e Convention de Genève, à l'interprétation de l'article 2 commun aux Conventions de Genève et au *status quo ante* du territoire sont indéfendables. Il convient de souligner ici que la bande de Gaza est toujours sous occupation militaire israélienne car Israël exerce sur elle une autorité effective – un point sur lequel le président du CICR a aussi mis l'accent dans son article¹⁸.

Trois problèmes majeurs

Les questions de Jérusalem-Est, des colonies et du mur d'annexion sont trois des principaux problèmes qui se posent dans le conflit entre la Palestine et Israël. Le droit au retour des réfugiés palestiniens conformément à la résolution 194 de l'Assemblée générale des Nations Unies et au droit international, les droits souverains sur les ressources naturelles, notamment l'eau, et la détention de Palestiniens dans les prisons israéliennes en sont d'autres. Chacun de ces problèmes peut être considéré comme constituant de multiples violations qui portent atteinte à la vie quotidienne des Palestiniens et équivalent à un déni constant de leur droit à l'autodétermination.

Jérusalem-Est

Peu après avoir occupé la Cisjordanie et la bande de Gaza, Israël a pris des mesures concrètes pour annexer Jérusalem-Est, notamment : la destruction de la porte Mandelbaum, qui servait de point de passage entre Jérusalem-Ouest et –Est ; l'adoption de lois visant à créer un cadre légal pour l'annexion ; l'extension de la juridiction de la municipalité de Jérusalem-Ouest à Jérusalem-Est, et l'application de la législation israélienne à la ville et à ses habitants palestiniens¹⁹. Le ministre israélien des Affaires étrangères de l'époque, Abba Eban, informa le Secrétaire général des Nations Unies que les mesures prises par Israël ne constituaient pas un acte d'annexion et avaient un caractère purement administratif²⁰. Ces actes d'Israël furent accueillis par une condamnation internationale. Le Conseil de sécurité condamna les mesures en cause

17 M. Shamgar, *supra* note 7, p. 32.

18 « De manière générale, la jurisprudence internationale, certains manuels militaires et la doctrine formulent une conception cohérente de la notion de contrôle effectif, fondée sur la capacité des forces étrangères d'exercer leur autorité à la place du souverain territorial, par leur présence imposée et continue sur le territoire en question » : Tristan Ferraro, « Comment déterminer le début et la fin d'une occupation au sens du droit international humanitaire », in *Revue internationale de la Croix-Rouge*, vol. 94 Sélection française 2012/1, p. 82.

19 Usama Halabi, *Israeli Laws and Judicial System as Tools for Accomplishing Political Objectives in Jerusalem – Main Stages in Consolidating Israeli Control over Jerusalem Contrary to International Law*, Civic Coalition for Defending Palestinians' Rights in Jerusalem (CC DPRJ), juin 2007, disponible à l'adresse : www.civicoalition-jerusalem.org/system/files/documents/israeli_laws_and_judicial_system_as_tools_for_accomplishing_political_objectives_in_jerusalem_06-2007.pdf (dernière consultation le 1^{er} mars 2014).

20 Ruth Lapidoth, « Jerusalem – some jurisprudential aspects », in *Catholic University Law Review*, Vol. 45, 1995–1996, p. 668.

et déclara que « toutes les mesures et dispositions législatives et administratives prises par Israël, y compris l'expropriation de terres et de biens immobiliers, qui tendent à modifier le statut juridique de Jérusalem sont non valides et ne peuvent modifier ce statut²¹ ». En juillet 1980, la Knesset adopta une loi fondamentale qui proclamait « Jérusalem, une et indivisible » « capitale d'Israël²² ». L'annexion de Jérusalem-Est se voyait ainsi donner une façade « légale ». Dans sa résolution 476, le Conseil de sécurité se déclara gravement préoccupé par cette mesure et réaffirma « la nécessité impérieuse de mettre fin à l'occupation prolongée des territoires arabes occupés par Israël depuis 1967, y compris Jérusalem », ainsi que « sa détermination, au cas où Israël ne se conformerait pas à la présente résolution, d'examiner, conformément aux dispositions pertinentes de la Charte des Nations Unies, des moyens pratiques en vue d'assurer l'application intégrale de la présente résolution²³ ».

L'annexion unilatérale de Jérusalem-Est constituait une forme d'acquisition de territoire par la force, laquelle est interdite par le droit international et par la Charte des Nations Unies²⁴. Le principe premier de la Déclaration des Nations Unies relative aux principes du droit international relatives aux relations amicales et à la coopération entre les Etats conformément à la Charte des Nations Unies précise, notamment, que « nulle acquisition territoriale obtenue par la menace ou l'emploi de la force ne sera reconnue comme légale²⁵ ». Ce principe est reconnu comme constituant une règle de droit international coutumier. Partant, l'annexion de Jérusalem-Est par Israël est illégale et ne remet pas en cause le statut de territoire occupé de cette partie de Jérusalem. Étant donné que l'annexion unilatérale de tout ou partie d'un territoire ne peut changer le statut juridique de celui-ci, la population civile du territoire en question reste protégée au sens de la IV^e Convention de Genève, dont l'article 47 précise en effet que l'annexion de tout ou partie d'un territoire occupé ne prive aucunement les personnes protégées de la protection que leur accorde la Convention²⁶.

L'annexion est contraire au principe qui sous-tend le droit de l'occupation, en particulier au fait que la Puissance occupante n'acquiert aucune souveraineté sur le territoire qu'elle occupe. Par conséquent, si l'entité souveraine déplacée perd *de facto* la possession du territoire occupé, il la conserve néanmoins *de jure*. C'est là un principe incontesté, et une jurisprudence largement reconnue établit que l'occu-

21 Résolution 252 du Conseil de sécurité, 21 mai 1968.

22 Voir « Basic Law: Jerusalem, Capital of Israel ». Une traduction anglaise officielle de la loi fondamentale est disponible sur le site web de la Knesset israélienne, à l'adresse : www.knesset.gov.il/laws/special/eng/basic10_eng.htm (dernière consultation le 19 février 2014).

23 Résolution 476 du Conseil de sécurité, 30 juin 1980.

24 L'article 2.4 de la Charte des Nations Unies précise : « Les Membres de l'Organisation s'abstiennent, dans leurs relations internationales, de recourir à la menace ou à l'emploi de la force, soit contre l'intégrité territoriale ou l'indépendance politique de tout État, soit de toute autre manière incompatible avec les buts des Nations Unie ».

25 Résolution 2625 (XXV) de l'AGNU, 24 octobre 1970.

26 Cet article dispose que « [l]es personnes protégées qui se trouvent dans un territoire occupé ne seront privées, en aucun cas ni d'aucune manière, du bénéfice de la présente Convention, soit en vertu d'un changement quelconque intervenu du fait de l'occupation dans les institutions ou le gouvernement du territoire en question, soit par un accord passé entre les autorités du territoire occupé et la Puissance occupante, soit encore en raison de l'annexion par cette dernière de tout ou partie du territoire occupé ».

pation est une situation temporaire qui n'opère ni n'implique aucune dévolution de souveraineté.

À cause des politiques israéliennes appliquées à Jérusalem-Est, les Palestiniens se voient constamment refuser l'exercice de leurs droits fondamentaux. Les restrictions de mouvement qui y sont imposées portent gravement atteinte, entre autres, à leurs droits à une famille, à l'éducation, à l'exercice de leur religion et au travail, en rendant impossible aux Palestiniens d'autres parties du territoire occupé d'avoir librement accès à la ville. Les Palestiniens qui souhaitent entrer dans Jérusalem doivent en effet obtenir un permis spécial des autorités israéliennes. Pour l'obtenir, les requérants sont soumis à une procédure complexe et, dans la plupart de cas, le permis ne leur est pas accordé. Le prétexte généralement invoqué pour ce refus est la « sécurité ».

Ayant annexé Jérusalem-Est et y appliquant les lois israéliennes, Israël traite comme « illégale » la présence dans la ville de Palestiniens d'autres régions de Cisjordanie sans permis. Même dans les cas où le requérant a besoin de soins médicaux urgents qui ne sont pas disponibles dans les hôpitaux d'autres villes du territoire palestinien occupé, le permis n'est pas toujours accordé²⁷.

Un autre droit fondamental qui est violé à cause de l'annexion est le droit à une vie de famille. Les femmes et hommes palestiniens de Jérusalem qui veulent épouser un Palestinien ou une Palestinienne d'une autre partie du territoire occupé ne peuvent pas vivre avec leur conjoint à Jérusalem aussi longtemps que l'un des deux n'a pas la carte d'identité de cette ville²⁸. Si le couple décide de vivre dans une autre ville, celui des époux qui est titulaire de la carte d'identité de Jérusalem risque de se la voir retirer, ce qui le prive de ses droits aux services médicaux et d'autres droits sociaux et lui interdit de retourner vivre à Jérusalem. Selon le Centre de Jérusalem pour l'aide juridique, 14 232 Jérusalémites se sont vu retirer leur carte d'identité par les autorités israéliennes entre 1967 et la fin octobre 2012²⁹. Ce nombre ne comprend que les personnes dont on a confisqué la carte elles-mêmes. Dans tous les cas, ce retrait a aussi eu des conséquences pour d'autres membres de la famille et le chiffre serait beaucoup plus élevé s'ils y étaient inclus. Ne sont pas inclus non plus de nombreux Palestiniens qui ont quitté le pays en 1967 ou vers 1967 et n'ont pas pu revenir. Ces restrictions au droit à une vie de famille s'appliquent uniquement à la population palestinienne.

La loi de 2003 relative à la nationalité et à l'entrée en Israël a imposé davantage de restrictions encore aux époux palestiniens qui souhaitent vivre ensemble à Jérusalem-Est. Les autorités israéliennes prétendent que cette loi est temporaire, mais elle est en vigueur depuis 2003 et est reconduite d'année en année, la reconduction la plus récente datant du 19 mars 2014. Une version amendée en 2005 prévoit que les hommes palestiniens de plus de 35 ans et les femmes palestiniennes de plus de

27 Al-Haq a recensé de nombreux cas de ce genre. Des déclarations sous serment sont disponibles dans les bureaux de l'organisation.

28 Les habitants palestiniens de Jérusalem se voient délivrer des cartes d'identité spéciales qui les autorisent à vivre dans la ville. Ils sont traités comme des résidents permanents.

29 Information obtenue dans le cadre d'une correspondance privée avec le Centre de Jérusalem pour l'aide juridique.

25 ans peuvent déposer une demande de regroupement familial auprès des autorités israéliennes. Cette évolution apparemment positive ajoute une nouvelle complication à la procédure de demande de regroupement familial, qui était déjà difficile. Dans la société palestinienne, les gens se marient souvent très jeunes, la plupart des hommes au début de la vingtaine et les femmes à peu près au même âge, voire plus jeunes. L'amendement signifie que les hommes palestiniens souhaitant déposer une demande de regroupement familial doivent attendre au moins dix ans après leur mariage pour pouvoir le faire. Cela accroît le nombre de familles séparées de force et élargit le cercle des personnes et des familles qui souffrent des effets de l'annexion³⁰.

Aux termes du DIH, la Puissance occupante doit respecter la législation en vigueur dans le territoire occupé. Un principe fondamental du droit de l'occupation, en outre, veut qu'elle ne détienne pas la souveraineté sur les territoires qu'elle occupe, l'occupation étant censée avoir un caractère temporaire. L'article 43 du règlement annexé à la Convention (IV) de La Haye de 1907 concernant les lois et coutumes de la guerre sur terre précise :

[L]’autorité du pouvoir légal ayant passé de fait entre les mains de l’occupant, celui-ci prendra toutes les mesures qui dépendent de lui en vue de rétablir et d’assurer, autant qu’il est possible, l’ordre et la vie publics en respectant, sauf empêchement absolu, les lois en vigueur dans le pays.

Le fait d'imposer la législation israélienne à Jérusalem-Est viole cette disposition, qui relève du droit international coutumier. De plus, au regard de la IV^e Convention de Genève, la Puissance occupante est juridiquement tenue de respecter, en toutes circonstances, les droits des personnes protégées, y compris « leur honneur [et] leurs droits familiaux³¹ ». Selon le Commentaire de la IV^e Convention de Genève, cette disposition « tend à protéger l'union conjugale et cette communauté des parents et des enfants que constitue la famille, *élément naturel et fondamental de la société*³² ». Il est précisé en outre : « Sont en conséquence protégés le domicile et le foyer familial », qui « ne sauraient être l'objet d'immixtions arbitraires³³ ».

En outre, imposer des politiques israéliennes à Jérusalem peut être assimilée à une forme d'apartheid. Les restrictions au regroupement de familles palestiniennes sont fondées sur une loi israélienne discriminatoire envers les Palestiniens. Elle empêche ceux-ci en tant que groupe d'exercer leur droit à la liberté de mouvement et de résidence et, par conséquent, de vivre ensemble en famille et de se développer dans la ville. L'article II(c) de la Convention internationale sur l'élimination et la répression du crime d'apartheid précise que « [p]rendre des mesures, législatives ou autres, destinées à empêcher un groupe racial ou plusieurs groupes raciaux de participer

30 Pour un complément d'information sur la loi de 2003 relative à la nationalité et à l'entrée en Israël, voir le site web du Centre juridique pour les droits de la minorité arabe en Israël (Adalah), à l'adresse : www.adalah.org.

31 Voir l'article 27 de la Convention de Genève de 1949 relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre.

32 Jean Pictet (directeur de publication), *Commentaire des Conventions de Genève du 12 août 1949. Volume IV. Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre*, Comité international de la Croix-Rouge, Genève, 1956, p 218.

33 *Ibid.*

à la vie politique, sociale, économique et culturelle du pays et créer délibérément des conditions faisant obstacle au plein développement du groupe ou des groupes considérés, en particulier en privant les membres d'un groupe racial ou de plusieurs groupes raciaux des libertés et droits fondamentaux de l'homme, notamment [...] le droit de circuler librement et de choisir sa résidence » constitue un acte d'apartheid³⁴. Comme le droit à la vie familiale et au regroupement familial dans ce contexte repose essentiellement sur le droit des personnes de circuler librement et de choisir leur lieu de résidence dans le territoire occupé, la loi de 2003 peut être considérée comme une mesure législative établissant l'apartheid.

La politique de colonisation

La politique d'installation et d'expansion de colonies dans le territoire palestinien occupé est une autre politique israélienne qui obéit à des visées d'annexion et compromet toute possibilité de création d'un État palestinien indépendant sur l'ensemble du territoire qui a été occupé en 1967. Les colonies constituent aujourd'hui un obstacle insurmontable à la conclusion d'un véritable accord de paix fondé sur la justice et le droit international. De nouvelles colonies sont implantées et celles qui existaient déjà s'agrandissent en dépit des pourparlers « de paix » entre les deux parties. Apparemment, Israël utilise ces pourparlers comme couverture pour intensifier sa politique de colonisation et créer des situations de fait accompli sur le terrain au détriment des droits souverains des Palestiniens. Cela a été clair dès le début de l'occupation israélienne, comme l'indiquent des déclarations de responsables israéliens. Selon Shlomo Gazit, le premier coordonnateur des « opérations » du gouvernement israélien dans le territoire palestinien occupé :

Il était clair que l'établissement des colonies israéliennes dans les territoires, surtout dans les zones densément peuplées, aurait des conséquences politiques d'une portée considérable. Il s'agissait de créer de nouvelles situations de fait accompli afin d'influer sur la future solution politique. Il était évident que la création de ces colonies civiles israéliennes était en quelque sorte une déclaration de politique qui allait peser à peine moins lourd que la décision de la Knesset, en 1967, d'annexer Jérusalem-Est : cette colonie a été établie sur des terres dont Israël n'a pas l'intention de se retirer³⁵.

En vertu du droit international humanitaire, la Puissance occupante « ne pourra procéder à la déportation ou au transfert d'une partie de sa propre population civile dans le territoire occupé par elle³⁶ ». Selon le CICR, la déportation et

34 Pour un complément d'information sur la politique d'apartheid d'Israël et sur la question de savoir si les Palestiniens et les Israéliens constituent des groupes raciaux au sens de la définition de l'apartheid en droit international, voir Virginia Tilley (dir. de publication), *Beyond Occupation: Apartheid, Colonialism and International Law in the Occupied Palestinian Territories*, Pluto Press, Londres et New York, 2012.

35 Shlomo Gazit, *Trapped Fools: Thirty Years of Israeli Policy in the Territories*, Frank Cass, Royaume-Uni et Portland, OR, 2003, p. 217. [Traduction CICR]

36 Art. 49, alinéa 6, de la Convention de Genève de 1949 relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre.

le transfert au sens de cet alinéa de l'article 49 de la IV^e Convention de Genève n'ont pas la même signification qu'au sens de l'alinéa premier du même article³⁷. L'alinéa premier interdit les transferts forcés et les déportations de personnes protégées hors du territoire occupé – c'est-à-dire des transferts effectués contre la volonté des personnes concernées –, tandis que l'alinéa 6 interdit la déportation ou le transfert, par la Puissance occupante, d'éléments de sa propre population civile dans le territoire occupé, que le transfert soit effectué par la force ou soit volontaire de la part des personnes transférées³⁸. Le transfert au sens de l'alinéa 6 est interdit indépendamment du fait qu'il soit forcé ou volontaire, parce que la principale raison d'être de cette interdiction est d'empêcher la colonisation d'un territoire occupé³⁹. En d'autres termes, le déplacement volontaire de ressortissants de la Puissance occupante à destination d'un territoire occupé est interdit afin de prévenir toute colonisation.

Un document récemment dévoilé montre que le conseiller juridique du ministère israélien des Affaires étrangères de l'époque, Theodor Meron, avait rédigé en 1967 pour le ministère un mémorandum sur la question de la « colonisation des territoires administrés », dans lequel il exprimait l'avis que l'implantation de colonies dans le territoire palestinien occupé contrevenait à des dispositions explicites de la IV^e Convention de Genève, notamment à son article 49, alinéa 6⁴⁰.

L'établissement de colonies dans le territoire palestinien occupé peut être considéré comme un crime composé et continu. Dans le cadre de l'occupation, des terrains privés sont confisqués et endommagés. Aux termes de l'article 147 de la IV^e Convention de Genève, « la destruction et l'appropriation de biens non justifiées par des nécessités militaires et exécutées sur une grande échelle » sont qualifiées d'infractions graves à la convention. Si cette disposition est lue conjointement avec l'article 8.2.a) du Statut de Rome de la Cour pénale internationale (CPI)⁴¹, il apparaît que les infractions graves énumérées à l'article 147 de la Convention, dont « la destruction et l'appropriation de biens », constituent des crimes de guerre⁴². En outre, la déportation ou le transfert, par la Puissance occupante, d'une partie de sa population civile dans le territoire qu'elle occupe constitue un crime de guerre au regard du Statut de Rome⁴³.

Les colonies elles-mêmes ont été établies au sommet de collines autour des principales villes palestiniennes et près de villages. Un réseau spécial de routes a été construit pour relier ces colonies entre elles et à Israël. Certaines de ces routes sont à l'usage exclusif des citoyens israéliens. La circulation des colons est facilitée

37 J. Pictet (dir. de publication), *supra* note 32, p. 305.

38 *Ibid.*, pp. 299-301 et 305.

39 *Ibid.*, p. 305.

40 La traduction anglaise de ce document est disponible à l'adresse : www.soas.ac.uk/lawpeacemideast/resources/file48485.pdf (dernière consultation le 12 mars 2014).

41 Statut de Rome de la Cour pénale internationale, 17 juillet 1998 (entré en vigueur le 1^{er} juillet 2002), UN Doc A/CONF. 183/9, disponible à l'adresse : w

42 Il convient de noter qu'Israël n'a pas ratifié le Statut de Rome de la CPI.

43 Aux termes de l'article 8.2.b)viii) du Statut, « [l]e transfert, direct ou indirect, par une puissance occupante d'une partie de sa population civile, dans le territoire qu'elle occupe, ou la déportation ou le transfert à l'intérieur ou hors du territoire occupé de la totalité ou d'une partie de la population de ce territoire » constitue un crime de guerre.

aux dépens des droits des Palestiniens à la propriété et à la liberté de mouvement dans le territoire occupé. En plus du mur, les colonies et le dispositif de réseaux routiers qui leur est associé ont morcelé la Cisjordanie et, de ce fait, empêché le peuple palestinien d'exercer son droit à l'autodétermination, y compris à l'établissement d'un État palestinien sur la totalité du territoire occupé. En outre, les ressources naturelles des Palestiniens sont exploitées au bénéfice des colons. Par exemple, le volume d'eau alloué aux colons est beaucoup plus important que celui qui est alloué aux Palestiniens⁴⁴.

Outre les violations du DIH découlant de l'établissement des colonies, les Palestiniens et leurs biens privés subissent presque quotidiennement agressions et violations de propriété de la part de colons israéliens⁴⁵. Ces actes de violence de colons contre des Palestiniens restent souvent impunis et, même lorsque les agresseurs sont poursuivis, la sanction prononcée n'est pas assez sévère par rapport à la nature de l'acte criminel.

Le mur d'annexion

Dès qu'Israël a commencé de construire le mur, il est apparu clairement, contrairement à ses affirmations, que la construction était destinée à être permanente et que son tracé était soigneusement calculé de façon à inclure les colonies israéliennes et d'autres terres agricoles fertiles de la Cisjordanie occupée. Une fois achevé, le mur incorporera dans la « zone fermée » 80% des colonies installées en Cisjordanie⁴⁶. Il est estimé que 100 000 dounams de terres agricoles fertiles ont été confisquées et/ou détruites pendant la première phase de construction⁴⁷. La Cour internationale de Justice voyait juste lorsqu'elle conclut, en 2004 : « la construction du mur et le régime qui lui est associé créent sur le terrain un « fait accompli » qui pourrait fort bien devenir permanent, auquel cas, et nonobstant la description officielle qu'Israël donne du mur, la construction de celui-ci équivaudrait à une annexion *de facto*⁴⁸ ». Si le mur avait été construit pour des raisons de sécurité, ainsi que l'affirme M. Baker dans son article⁴⁹, il aurait été construit le long de la Ligne verte.

Comme M. Maurer le souligne dans son article à propos de la construction du mur, « [d]ans la mesure où cette barrière s'écarte du tracé de la ligne verte résultant de la guerre de 1948 entre les pays arabes et Israël, elle enfreint le DIH, sapant en outre les conditions de vie des communautés touchées⁵⁰ ». Jusqu'à présent, le mur a séparé des villages et des quartiers palestiniens les uns des autres et les a coupés des

44 Voir Elisabeth Koek, *Water for One People Only: Discriminatory Access and 'Water-Apartheid' in the OPT*, Al-Haq, 2013.

45 Al-Haq a recensé nombre de ces agressions. Pour en avoir quelques exemples, voir les déclarations sous serment n^{os} 9360/2014, 9338/2014, 9355/2014 et 9342/2014.

46 CIJ, *supra* note 16, par. 119.

47 Rapport du Comité spécial chargé d'enquêter sur les pratiques israéliennes affectant les droits de l'homme du peuple palestinien et des autres Arabes des territoires occupés, UN Doc. A/58/311, 22 août 2003, par. 26. (Note de la rédaction : 100 000 dounams équivalent à 10 000 hectares.).

48 CIJ, *supra* note 16, par. 121.

49 A. Baker, *supra* note 11, p. 341.

50 P. Maurer, *supra* note 1, p. 327.

services fournis dans des villes voisines. Pour citer un exemple, huit communautés palestiniennes proches du village de Barta'a, dans le nord de la Cisjordanie, ont été coupées des services disponibles dans la ville de Jénine⁵¹. En cas d'urgence, l'accès des personnels de santé et des membres de la Protection civile à cette zone est gravement compromis par les retards et les fouilles aux postes de contrôle qui font partie du dispositif du mur. La situation de ces huit communautés n'est pas un cas unique. Une fois le mur achevé à Bethléem ouest, plus de 23.000 personnes vivant dans neuf villages auront un accès restreint à des services essentiels, notamment aux services de santé et à l'éducation⁵². De plus, de nombreuses communautés ont été séparées de leurs terres agricoles, dont elles dépendent pour leur survie. Ce ne sont là que quelques exemples de l'impact qu'a le mur sur la vie quotidienne des Palestiniens et de la façon dont il accroît leurs souffrances.

Ainsi, les politiques israéliennes constituent une violation de la Convention (IV) de La Haye de 1907 et du règlement annexé, ainsi que de la IV^e Convention de Genève, en particulier de l'obligation légale de respecter en toutes circonstances les droits des personnes protégées.

La manipulation des principes de DIH par Israël

Israël trouve toujours différents prétextes pour justifier ses violations du droit international humanitaire. Les explications qu'il fournit sont rarement compatibles avec les dispositions du DIH, comme le prouvent de nombreux exemples.

Ses justifications pour la construction du mur en sont un. Israël a invoqué à cet égard l'état de nécessité, justification qui a été rejetée par la Cour internationale de justice. Dans son avis consultatif sur le mur, la Cour citait une affaire antérieure⁵³ pour faire valoir que l'état de nécessité constitue une cause « qui ne saurait être admise qu'à titre exceptionnel » et qu'il « ne peut être invoqué qu'à certaines conditions, strictement définies, qui doivent être cumulativement réunies⁵⁴ ». La Cour n'a, par conséquent, pas été convaincue que le tracé retenu pour le mur visait à protéger la sécurité d'Israël contre les attentats-suicides⁵⁵.

Les démolitions d'habitations sont un autre exemple des violations qu'Israël commet et justifie en contradiction avec ses obligations au regard de la IV^e Convention de Genève. Depuis le début de l'occupation en 1967, Israël a démoli des milliers de maisons palestiniennes – souvent parce qu'un membre de la famille avait participé à ce qu'Israël appelle un attentat « terroriste »⁵⁶. Ces actes constituent une forme de

51 Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), *The Humanitarian Impact of the Barrier*, juillet 2013, disponible à l'adresse : www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_barrier_factsheet_july_2013_english.pdf (dernière consultation le 1^{er} mars 2014).

52 *Ibid.*

53 CIJ, *Affaire relative au Projet Gabèikovo-Nagyymaros* (Hongrie/Slovaquie), 25 septembre 1997, CIJ Recueil 1997, p. 40, par. 51.

54 *Ibid.*

55 *Supra* note 16, par. 140.

56 Le nombre de maisons démolies sous ce prétexte a sensiblement diminué ces dernières années. Toutefois, cette politique est toujours en vigueur, bien qu'une commission militaire ayant à sa tête le général de division Udi Shani ait recommandé en 2005 d'y mettre fin car elle s'avérait contreproductive.

sanction collective puisque, en fait, une famille entière est punie pour la conduite présumée de l'un de ses membres. Israël ne les reconnaît cependant pas comme étant des sanctions collectives interdites par l'article 33 de la IV^e Convention de Genève. Il a qualifié les démolitions d'actes de « dissuasion », visant à décourager d'autres personnes d'attaquer des soldats ou civils israéliens. Ce faisant, les autorités ne tiennent pas compte de la protection conférée aux membres de la famille et à leur domicile⁵⁷. Il s'agit d'adresser à ceux qui envisagent de commettre ce type d'attaques et à leurs familles le message qu'ils devront subir les mêmes conséquences. Pour éviter de désigner ses actes par le terme correct – à savoir « sanction collective » – et se soustraire à toute responsabilité pénale pour des actes qui constituent des crimes de guerre, Israël utilise le terme « dissuasion ». En recourant à cette justification, il viole le DIH et les principes humanitaires essentiels mentionnés par le président du CICR.

Conclusion

Voilà maintenant près de cinquante ans qu'Israël occupe le territoire palestinien. Tant les Palestiniens que des organisations et experts internationaux n'ont cessé de réaffirmer l'évidence au sujet du statut juridique du territoire palestinien et des violations du droit international par Israël. Les Palestiniens sont sensibles au fait que des organisations, dont le CICR, et des individus prennent position et analysent la pertinence et l'applicabilité du droit international, soutenant ainsi les droits de la population palestinienne. Toutefois, pour que nous, les Palestiniens – et ceux qui croient en la justesse de notre cause et en la nécessité du droit international, norme applicable à tous de façon égale – dépassions les limites du débat juridique et des discussions théoriques sur le conflit israélo-palestinien, il paraît évident qu'il faut prendre des mesures concrètes pour rétablir la valeur du DIH à l'échelle universelle, et parmi les Palestiniens en particulier. Sinon, toutes les analyses concernant le statut juridique du territoire palestinien et les violations du droit international par Israël ne seront guère qu'un exercice intellectuel.

Dans certaines propositions de paix, les colonies, le mur et l'annexion de Jérusalem-Est sont traités comme des faits irréversibles. Ces propositions ne sauraient servir de base à une solution durable et juste fondée sur les principes du droit international.

Il arrive souvent que des étudiants posent des questions sur l'efficacité du DIH par rapport au territoire palestinien occupé, compte tenu du total mépris d'Israël pour ces principes et du fait qu'à ce jour, la communauté internationale n'a pris

Selon Al-Haq, la démolition la plus récente effectuée sous ce prétexte a eu lieu le 5 février 2014, et visait le logement de la famille de Mujahed Sawalmeh dans le camp de réfugiés d'Al-Far'ah, à Tubas. Pour un complément d'information sur ce sujet, voir la déclaration sous serment n° 9335/2014 d'Al-Haq. Pour de plus amples informations sur la recommandation et les appels s'y opposant qui ont suivi, voir Amnon Straschnov, « Don't destroy terrorists' homes », in Haaretz, 6 juillet 2008, disponible à l'adresse : www.haaretz.com/print-edition/opinion/don-t-destroy-terrorists-homes-1.249175 (dernière consultation le 17 mars 2014).

57 La définition des personnes protégées au sens de la IV^e Convention de Genève figure à l'article 4 de ladite Convention.

aucune mesure concrète pour qu'il respecte ce corpus de droit international. Ma réponse à cette question fréquente est la suivante : bien que, sous sa forme actuelle, il souffre de quelques lacunes qui l'empêchent de répondre adéquatement aux nouvelles réalités de la guerre moderne et de l'occupation militaire prolongée, le DIH est, en principe, l'une des réalisations juridiques les plus importantes de l'humanité⁵⁸. Imaginez un scénario dans lequel Israël, la Puissance occupante, respecterait le droit international, ou dans lequel les Hautes parties contractantes à la IV^e Convention de Genève auraient respecté leurs obligations juridiques et pris des mesures contre l'occupation israélienne dès le début plutôt que de laisser la situation se détériorer jusqu'à son état actuel. En pareil cas, l'occupation serait probablement déjà terminée car elle n'aurait pas pu servir de façade à l'entreprise coloniale qu'Israël a menée aux dépens du droit du peuple palestinien à l'autodétermination. Au lieu de cela, les violations constantes du DIH par Israël et l'impunité dont jouit cet État ont sapé la valeur d'une branche capitale du droit international et les Palestiniens en sont arrivés à faire peu confiance au droit international et à ceux qui sont chargés de l'appliquer.

Il serait plus facile, en outre, de parvenir à la paix et de conclure un accord plus durable si les dispositions du droit international avaient été respectées impartialement et dès le début de l'occupation israélienne de la Palestine. Le conflit israélo-palestinien est malheureusement un bon exemple des difficultés que présente une réelle application du DIH, et notamment du droit de l'occupation, lorsqu'une des parties au conflit fait délibérément fi de principes essentiels tels que la nature temporaire de l'occupation et l'interdiction de transférer les droits souverains du territoire occupé à la Puissance occupante. Un enseignement doit être retenu pour l'avenir : il est capital de veiller au respect et à l'application du DIH si l'on veut que celui-ci conserve sa valeur et puisse continuer à protéger les civils ainsi que leurs droits des effets des conflits armés.

58 En ce qui concerne l'occupation prolongée en particulier, le CICR estime que le droit de l'occupation apporte une réponse adéquate, dans l'ensemble, aux problèmes que posent les situations actuelles d'occupation. Il a récemment dirigé un projet, lancé en 2007, qui a abouti à la publication d'un rapport intitulé *Occupation and Other Forms of Administration of Foreign Territory*. Il s'agissait d'analyser si – et, si oui, dans quelle mesure – les règles du droit de l'occupation étaient adéquates face aux problèmes humanitaires et juridiques qui se posaient dans les contextes d'occupation actuels, et s'il pouvait s'avérer nécessaire de réaffirmer, de clarifier ou de développer ces règles. Les consultations d'experts ont permis, globalement, de conclure que du fait même de sa souplesse, le droit de l'occupation suffisait à apporter des réponses concrètes à la plupart de ces problèmes. Voir Tristan Ferraro, « The ICRC Project on Occupation and Other Forms of Administration of Foreign Territory », 2012, p. 2, disponible à l'adresse : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/review-2012/irrc-885-occupation-report.htm>

Pertinence opérationnelle des Principes fondamentaux : le cas du Liban

Sorcha O'Callaghan et Leslie Leach*

Sorcha O'Callaghan est responsable de la politique humanitaire à la Croix-Rouge britannique.

Leslie Leach est chef de projet au CICR pour la préparation des Sociétés nationales aux conflits armés.

Résumé

À en croire nombre d'agences d'aide humanitaire et de commentateurs, les principes humanitaires ne seraient pas d'une grande utilité dans le contexte des crises humanitaires actuelles. Cet article s'appuie sur l'expérience de la Croix-Rouge libanaise pour arguer de l'intérêt d'une mise en application des Principes fondamentaux de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en tant qu'outils opérationnels efficaces à des fins d'acceptation, d'accès et de sécurité. Suite à une série d'incidents de sécurité survenus pendant la guerre civile et les troubles qui ont suivi, cette Société nationale s'est donné pour objectif d'augmenter son niveau d'acceptation auprès de divers groupes. L'une de ses approches a consisté en l'application opérationnelle systématique des Principes fondamentaux. Aujourd'hui, la Croix-Rouge libanaise est le seul service public et le seul acteur humanitaire à bénéficier d'un accès sur l'ensemble du territoire libanais.

* Cet article s'appuie largement sur une étude de cas menée dans le cadre du projet « Principes en action » de la Croix-Rouge britannique et du « Kit d'information sur un accès plus sûr » du Comité International de la Croix-Rouge (CICR), rédigé par Sorcha O'Callaghan et Leslie Leach. Voir « Les principes en action au Liban », Croix-Rouge britannique, CICR et Croix-Rouge libanaise, 2012 : <https://www.icrc.org/fre/assets/files/2013/safer-access-case-study-lebanon.pdf> (consulté en mars 2014) ; et « Safer access in action case study : Lebanon », CICR, Croix-Rouge britannique et Croix-Rouge libanaise, 2013 : www.icrcproject.org/interactive/safer-access-in-action.html. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance envers le secrétaire général de la Croix-Rouge libanaise Georges Kettaneh et son équipe pour leur soutien. Nous remercions également Jane Backhurst, Samuel Carpenter et Dominique Loye pour leurs précieux commentaires.

Cet article entend pallier le relatif désintérêt pour la mise en pratique des principes humanitaires par les organisations humanitaires (et pour leur responsabilité dans ce domaine) en décrivant l'approche systématique engagée par la Croix-Rouge libanaise.

Mots clés : Principes fondamentaux, principes humanitaires, Liban, Croix-Rouge libanaise, perception, accès, acceptation, sécurité, accès plus sûr.



Au terme de deux jours d'affrontements entre les forces armées libanaises et des groupes d'opposition pendant la guerre civile qui a déchiré le Liban entre 1975 et 1990, un convoi d'ambulances de la Croix-Rouge libanaise a profité d'un bref cessez-le-feu pour procéder à l'évacuation des blessés. Deux ambulances de la Croix-Rouge libanaise transportant des soldats des forces armées libanaises blessés ou morts ont été arrêtées à un poste de contrôle militaire par les membres d'un groupe d'opposition. Les volontaires de la Croix-Rouge ont réussi à convaincre ces derniers de ne pas appréhender les soldats blessés, mais ils n'ont pu se soustraire à un interrogatoire. Face à la reprise imminente des hostilités, les ambulanciers de la Croix-Rouge ont exhorté les soldats du poste de contrôle à les laisser continuer leur route, arguant de la neutralité de la mission médicale de la Croix-Rouge libanaise. Ils ont fait valoir que leurs interrogateurs, s'ils se trouvaient dans une situation similaire, ne voudraient pas que la Croix-Rouge les livre aux mains de leurs adversaires. Les négociations se sont prolongées jusqu'à ce qu'un gradé intervienne, à l'instigation d'un haut fonctionnaire de la Croix-Rouge à Beyrouth, et autorise finalement le passage des ambulances.

Le présent article se penche sur quelques-unes des stratégies mises en œuvre ces trente dernières années par la Croix-Rouge libanaise pour apporter des services humanitaires et pour assurer tant son acceptation que sa sécurité et son accès. Victime de plusieurs incidents de sécurité au cours de la guerre civile, la Croix-Rouge libanaise s'est efforcée d'augmenter le niveau de confiance et d'acceptation dont elle bénéficie auprès de différents groupes en appliquant les Principes fondamentaux de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (les Principes fondamentaux). Malgré une multitude de défis à relever (dont témoigne l'exemple ci-dessus), cette détermination a porté ses fruits. Pendant la guerre civile, les services médicaux d'urgence de la Croix-Rouge libanaise ont réussi à accomplir leur mission en traversant jusqu'à cinquante postes de contrôle. Plus tard, pendant l'occupation israélienne du sud du pays, la Croix-Rouge libanaise a pu fournir des services à travers les différents territoires. Pendant le conflit armé de 2006 entre Israël et le Hezbollah, elle a également pu fournir ses services aux deux parties. Au moment même de l'écriture de cet article, elle assure le transport médical d'urgence et l'assistance humanitaires aux nationaux syriens blessés qui traversent la frontière avec le Liban, ajustant et intensifiant ses stratégies d'acceptation et ses mesures de sécurité afin de garantir un transit plus sûr à travers plusieurs régions confessionnelles sensibles du Liban.

À partir de l'expérience de la Croix-Rouge libanaise, le présent article montre que les Principes fondamentaux sont davantage que des aspirations normatives. Appliqués de manière systématique, ils peuvent en effet constituer un outil décisif

dans la gestion des opérations. Nous étudierons les nombreux exemples d'attaques menées contre une action humanitaire respectueuse des Principes – ainsi que ses propres limitations – et nous soulignerons le relatif désintérêt vis-à-vis des responsabilités qui incombent aux organisations humanitaires dans l'application de ceux-ci. Nous verrons comment la Croix-Rouge libanaise et ses volontaires ont systématiquement appliqué les Principes fondamentaux dans leur pratique quotidienne – un facteur décisif afin de s'assurer que les Principes soient véritablement significatifs et utiles, et non simplement un vœu pieux. Des efforts considérables et durables sont nécessaires pour construire un engagement organisationnel garantissant l'application rigoureuse des Principes fondamentaux, mais de tels efforts, associés à des mesures spécifiques d'acceptation et de gestion de la sécurité, se sont avérés efficaces pour améliorer le niveau d'acceptation et d'accès de la Société nationale. L'action de la Croix-Rouge libanaise illustre l'interdépendance de tous les Principes fondamentaux dans la volonté de venir en aide à ceux qui en ont le plus besoin.

Cet article est divisé en quatre parties. Nous commencerons par une brève description du contexte libanais et de la méthodologie de l'étude de cas sur laquelle s'appuie cet article. Dans une deuxième partie, nous examinerons certains débats suscités par les principes humanitaires et, notamment, par leur pertinence opérationnelle. Dans une troisième partie, nous ferons apparaître l'interaction entre l'application des Principes fondamentaux et d'autres actions et mesures préconisées par le « Cadre pour un accès plus sûr » (*Safer Acces Framework*). Nous évaluerons l'impact des stratégies et approches mises en œuvre par la Croix-Rouge libanaise pour appliquer les Principes fondamentaux et les mesures du Cadre pour un accès plus sûr en vue d'améliorer son acceptation, sa sécurité et son accès. Dans une quatrième partie, nous analyserons l'importance et les implications des perceptions, de l'accès et de la sécurité pour la Société nationale. En conclusion, nous verrons quels enseignements peuvent être tirés de cette étude de cas et les questions qu'elle soulève.

Le Liban et les services médicaux d'urgence de la Croix-Rouge libanaise

Le Liban, qui a obtenu son indépendance en 1943, est une démocratie parlementaire structurée autour d'axes religieux ou « confessionnels » : traditionnellement, le président de la République est un chrétien maronite, le premier ministre un musulman sunnite et le président de la Chambre des députés ou Assemblée nationale un musulman chiite¹. Ces divisions confessionnelles ont alimenté une guerre civile de 1975 à 1990 – qui demeure en arrière-plan des tensions actuelles et qui fragilise les relations entre les différentes communautés du Liban. Par ailleurs, la stabilité politique du Liban est indissociablement liée à celle de la région : les forces syriennes ont partiellement occupé le pays pendant près de trente ans, ce qui allait contribuer à l'occupation ultérieure du sud du Liban par Israël pendant presque deux décennies.

1 Alfred B. Prados, « Lebanon », CRS Report for Congress RL33509, Congressional Research Service, 2007, p. 4 : www.fas.org/sgp/crs/mideast/RL33509.pdf (sauf mention contraire, tous les sites Internet référencés ici ont été consultés en mars 2014).

À l'heure actuelle, les liens entre les populations et les politiques syrienne et libanaise rendent le Liban vulnérable à un débordement du conflit syrien. Au moment de l'écriture de cet article, le nombre d'affrontements entre factions pro- et anti-syriennes au Liban est en augmentation, surtout depuis l'afflux de réfugiés syriens dans le nord du Liban et à Tripoli².

Instauré en 1945, le système confessionnel du gouvernement Libanais exerce une influence sur la Croix-Rouge libanaise de plusieurs manières, notamment parce que sa structure de gouvernance reflète en grande partie celle du gouvernement libanais. L'action de la Croix-Rouge libanaise est largement axée sur la santé et comprend la fourniture de services relevant des domaines suivants : services médicaux d'urgence, assistance médico-sociale, transfusion sanguine, éducation et soutien à la jeunesse. Les services médicaux d'urgence de la Croix-Rouge libanaise, auxquels nous nous intéresserons ici, effectuent 200 000 missions médicales par an. Ils apportent une aide d'urgence, des soins ambulanciers ainsi que des services de secourisme à l'occasion de grands événements sportifs et autres événements publics. À l'heure actuelle, la Croix-Rouge libanaise gère la seule centrale nationale d'appels d'urgence sanitaire. Avec 45 stations d'ambulance à travers le pays, un parc de 270 véhicules et quelques 2 700 secouristes volontaires, ce service a pour objectif de répondre à 80 % des appels d'urgence dans un délai de neuf minutes. La Croix-Rouge libanaise doit relever des défis importants, dont celui d'assurer un service national d'urgence 24 heures sur 24 avec un effectif constitué presque entièrement de volontaires et un budget modeste. Mais le professionnalisme et la motivation des volontaires permet d'offrir aux diverses communautés du Liban des services pertinents, efficaces et fiables.

Méthodologie et pertinence des Principes fondamentaux pour les conclusions de cette étude

Nous nous référons ici aux conclusions d'un bilan interne des opérations de la Croix-Rouge libanaise réalisé en février 2012 par des représentants de la Croix-Rouge britannique et du Comité International de la Croix-Rouge (CICR). Ce bilan portait sur le processus et les actions engagées par les services médicaux d'urgence de la Croix-Rouge libanaise en vue de gérer l'acceptation, l'accès et la sécurité de ses opérations et de son personnel, et sur la pertinence des Principes fondamentaux dans cette perspective. La Croix-Rouge libanaise a été sélectionnée du fait de sa position de Société nationale reconnue au sein du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (le Mouvement) pour sa bonne mise en œuvre des Principes fondamentaux.

Cette étude de cas, menée sur un mois, s'appuie sur une mission conjointe du CICR et de la Croix-Rouge britannique au Liban (Beyrouth, Tyr, Rmaich, Tripoli et Qoubayat). Des interviews semi-structurées et des ateliers de réflexion ont été

2 Rebecca A. Hopkins, « Lebanon and the uprising in Syria : issue for Congress », CRS Report for Congress, Congressional Research Service, 2012, pp. 7-11 : www.fas.org/sgp/crs/mideast/R42339.pdf.

organisés avec diverses parties prenantes internes et externes à la Société nationale, dont plusieurs partenaires du Mouvement, des membres du gouvernement et des représentants des médias et des parents des secouristes. Les enquêteurs ont adopté une approche ouverte et itérative afin de cerner, à travers un questionnaire, l'objectif, la nature et les résultats du processus, les implications en termes d'identité, d'actions et de comportements de la Croix-Rouge libanaise et de ses volontaires, et la façon dont ceux-ci sont perçus par des acteurs externes. Les résultats de l'enquête ont ensuite été analysés pour évaluer la pertinence tant des Principes fondamentaux que du Cadre pour un accès plus sûr³ dans les opérations d'urgence de la Croix-Rouge libanaise. Les sept Principes ont été passés en revue afin de déterminer quelle était leur pertinence par rapport aux services médicaux d'urgence de la Croix-Rouge libanaise.

Les enquêteurs ont utilisé le cadre d'analyse ci-dessous pour formuler les conclusions de leur étude. Ce cadre, qui s'appuie à la fois sur la pratique de la Société nationale et du CICR, est un concept majeur qui sous-tend le Cadre pour un accès plus sûr. Il montre en quoi une action humanitaire neutre, impartiale et indépendante contribue à l'acceptation, à l'accès et à la sécurité. Pour venir en aide aux populations et les protéger, il faut que les agences humanitaires, leur personnel et leurs activités soient acceptés aussi bien par les groupes armés étatiques et non-étatiques que par les communautés : il convient d'engager des actions spécifiques visant à réduire les risques et à accroître le niveau d'acceptation et de sécurité, de manière à améliorer l'accès et, par conséquent, à apporter une assistance et une protection plus grandes aux personnes les plus vulnérables. Cette approche est fondée sur des services humanitaires efficaces, à base communautaire, fournis dans le respect des Principes fondamentaux et des politiques pertinentes du Mouvement. La façon dont une organisation est perçue – son identité publique, sa réputation et le sens attaché à ses actions – constitue un enjeu décisif. Pour qu'une organisation soit en mesure d'agir efficacement, il est important que les parties prenantes la perçoivent en tout temps comme un fournisseur neutre, indépendant et impartial de services humanitaires pertinents. Si l'on veut améliorer le niveau d'acceptation de l'organisation, il faut renforcer la confiance et le respect sur le long terme, grâce à des interactions entre des volontaires et employés correctement formés, d'une part, et les communautés et les acteurs armés, d'autre part. Cette stratégie, associée à une gestion opérationnelle des risques sécuritaires adaptée au contexte, permettra un meilleur accès aux personnes vulnérables.

Le succès de la Croix-Rouge libanaise dans l'amélioration de l'acceptation, de la sécurité et de l'accès soulève une question de causalité. Doit-on cette réussite à la mise en pratique des seuls Principes fondamentaux, ou bien à d'autres stratégies et processus organisationnels tels que les diverses actions et mesures préconisées par le Cadre pour un accès plus sûr ? Le travail des services médicaux d'urgence est-il accepté par les différentes communautés en raison de sa fiabilité, de sa qualité et de son efficacité, ou parce qu'il est effectué dans le respect des Principes, ou les deux ?

3 Le Cadre pour un accès plus sûr est un outil et une approche utilisée par les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge pour augmenter leur acceptation, leur sécurité et leur accès aux peuples et aux communautés vulnérables. Voir www.icrc.org/saferaccess

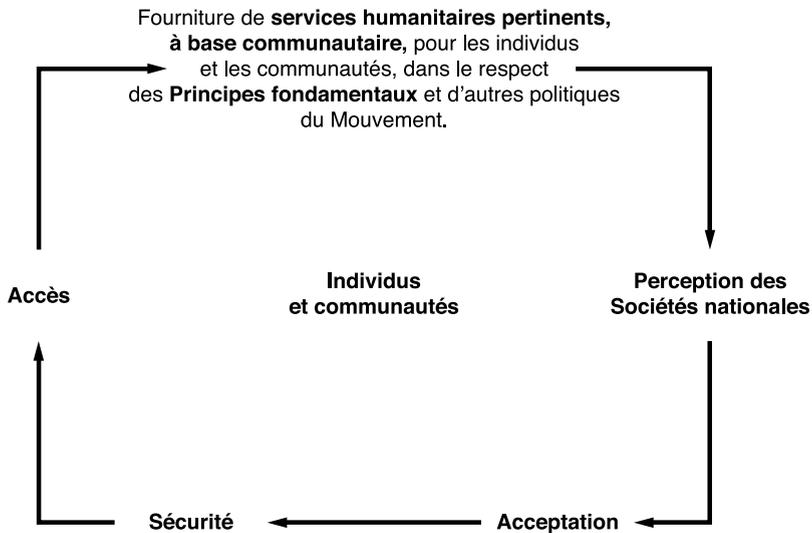


Figure 1. La place des Principes dans le cycle de l'accès plus sûr⁴.

En quoi cette acceptation résulte-t-elle de l'investissement de la Société nationale dans la formation des volontaires, non seulement en termes de normes médicales, mais aussi en termes d'application des Principes fondamentaux ?

Il serait certes intéressant de pouvoir isoler précisément les effets de l'application des Principes fondamentaux, mais il s'agit là de normes qui orientent les décisions stratégiques et opérationnelles, qui influencent les processus organisationnels, les communications et les actions et, en tant que telles, ces normes sont souvent associées à d'autres mesures d'acceptation. Dans le cas du Liban, les enquêteurs ont pu constater que les Principes contribuaient à l'ancrage de valeurs, d'un comportement et d'une identité communs au sein de la Société nationale. C'est ce qui ressort des entretiens avec les volontaires et les employés qui témoignent de leur expérience personnelle, de leurs prises de décision, de leur travail et de son impact humanitaire à l'aune des Principes, qu'il s'agisse de leur influence sur les stratégies de communication et de réaction, sur le processus de recrutement des volontaires ou sur la gestion des protocoles de sécurité.

Les Principes fondamentaux et l'action du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Si le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a souvent tendance à traiter les Principes fondamentaux comme une forme de « sagesse

4 Ce modèle a été légèrement remanié dans le Guide pour un accès plus sûr. Pour le diagramme mis à jour (« Le cycle de l'accès plus sûr ») et son explication, voir <https://www.icrc.org/fre/assets/files/2013/4149-001-safer-access-guide-fr.pdf>, pp. 45 sq.

révélée », ils sont en réalité le distillat d'expériences opérationnelles concrètes accumulées sur une très longue période et ne relèvent ni de *l'a priori*, ni de la norme⁵.

L'action du Mouvement est sous-tendue par sept Principes fondamentaux – humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité et universalité – qui inspirent et caractérisent sa mission. Ces Principes non codifiés sont liés au droit international humanitaire (DIH) et ont été adoptés en 1965 pour constituer le cadre qui régirait l'action et l'organisation du Mouvement.

Principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge⁶

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

Impartialité : Il ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale et d'appartenance politique. Il 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, le Mouvement s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux ou idéologique.

Indépendance : Le Mouvement est indépendant. 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 du Mouvement.

Volontariat : Il est un mouvement 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 : Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, au sein duquel toutes les Sociétés ont des droits égaux et le devoir de s'entraider, est universel.

Jean Pictet, le juriste reconnu du CICR et le commentateur des Principes fondamentaux, a proposé une hiérarchisation de ces Principes. L'humanité et l'impartialité

5 Larry Minear et Peter Walker, « One for all and all for one : support and assistance models for an effective IFRC », Feinstein International Famine Center, Tufts University, Boston, août 2004, p. 32, n. 25.

6 Fédération internationale de la Croix-Rouge, « Les sept Principes fondamentaux » : <http://www.ifrc.org/fr/vision-et-mission/vision-et-mission/les-7-principes---les-7-principes/>

sont dégagées de toute contingence en tant que principes « substantifs » – il s'agit de biens moraux en soi et par soi. La neutralité et l'indépendance sont des principes pragmatiques, qui contribuent à atteindre l'humanité et l'impartialité. Ces deux tiers des Principes sont donc investis à la fois d'une dimension morale et d'une orientation politique. Le volontariat, l'unité et l'universalité, dont la portée conceptuelle est moins large, correspondent aux idéaux d'une organisation institutionnelle « Croix-Rouge/Croissant-Rouge »⁷. Bien que le travail du Mouvement repose sur l'ensemble de ces sept Principes fondamentaux, ceux d'humanité, d'impartialité, de neutralité et d'indépendance sont tout particulièrement significatifs dans un contexte de violence collective.

Le souci de pertinence opérationnelle des Principes fondamentaux

Plusieurs organisations ont repris certains éléments des Principes du Mouvement. Humanité, impartialité et indépendance figurent ainsi dans le Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les ONG lors des opérations de secours en cas de catastrophes, adopté à ce jour par 522 organisations⁸. Il arrive souvent que ces Principes soient considérés avant tout, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Mouvement, comme l'expression de valeurs et d'idéaux. À ce titre, leur utilité en tant qu'outil opérationnel et décisionnel est sous-estimée. On peut s'étonner que le Mouvement ait établi si peu de bilans publics – à l'exception du guide sur un Accès plus sûr récemment publié à l'intention de toutes les Sociétés nationales⁹ – à propos des avantages liés à l'adhésion à ses Principes fondamentaux et à leur application pratique. Les bilans existants sont généralement l'œuvre d'ONG ou de spécialistes de l'aide humanitaire. Signalons toutefois un récent compte-rendu de la neutralité de l'action menée par le CICR en Afghanistan¹⁰.

Le relatif désintérêt de la communauté humanitaire pour l'importance et la pertinence opérationnelle de l'application des Principes peut s'expliquer, dans une certaine mesure, par un manque de connaissance et de formation approfondie sur la manière dont ils peuvent être utilisés. Plusieurs affirment que les Principes sont souvent appliqués très librement pour répondre à divers intérêts organisationnels, ou qu'ils sont mal définis ou mal compris¹¹. Récemment encore, un rapport sur « L'état du système [humanitaire] » constatait la compréhension limitée dont les principes humanitaires et le DIH font l'objet parmi le personnel humanitaire. Dans le même temps, les évaluations de l'action humanitaire au Pakistan en 2009 en réponse à la

7 Jean Pictet, « Commentaire des Principes fondamentaux de la Croix-Rouge », *International Review of the Red Cross*, n° 210, mai-juin 1979, pp. 130-149 : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/fundamental-principles-commentary-010179.htm>

8 Voir la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC), signataires du Code de conduite : https://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/code-of-conduct/Code%20of%20Conduct%20UPDATED_APRIL%202014.pdf (site consulté en avril 2014).

9 CICR, *Un accès plus sûr : Guide à l'intention de toutes les Sociétés nationales*, Genève, octobre 2013 : <https://www.icrc.org/fre/assets/files/2013/4149-001-safer-access-guide-fr.pdf>.

10 Fiona Terry, « Le CICR en Afghanistan : réaffirmer la neutralité de l'action humanitaire », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, vol. 93, n° 881, mars 2011, pp. 147-165.

11 Hugo Slim, « Relief agencies and moral standing in war : principles of humanity, neutrality, impartiality and solidarity », *Development in Practice*, vol. 7, n° 4, novembre 1997, pp. 342-352.

crise des déplacés internes ont mis en valeur les défis auxquels ont été confrontés les Nations Unies et les ONG pour mener une action humanitaire respectueuse des principes dans un contexte fortement politisé, où l'accès risquait d'être compromis du fait des efforts déployés par le gouvernement pakistanais d'un côté pour minimiser la crise et de l'intérêt des gouvernements occidentaux de l'autre à profiter de la crise pour promouvoir un agenda plus général de stabilisation¹². Or de tels obstacles ne sont pas la prérogative d'acteurs extérieurs au Mouvement. Ainsi, Fiona Terry par exemple, déplore l'incohérence de la mise en œuvre des Principes fondamentaux par diverses composantes du Mouvement¹³ alors que Jean Pictet lui-même considère que les Principes ont valeur d'idéal régulateur mais qu'aucune Société de la Croix-Rouge ni du Croissant-Rouge n'a mis « cette doctrine en application de façon continue et dans son intégralité¹⁴ ».

Ce manque d'appréciation de la pertinence pratique des Principes tient également à ce que Collison et Elhawary appellent « une inquiétude face aux obstacles posés à l'action humanitaire par des acteurs externes¹⁵ ». Il arrive en effet que des gouvernements donateurs ou bénéficiaires de l'aide manipulent l'aide humanitaire en vue de promouvoir leurs propres intérêts politiques ou militaires¹⁶ ; les opérations de stabilisation brouillent la distinction entre acteurs militaires et humanitaires¹⁷ ; la législation de lutte anti-terroriste criminalise l'aide humanitaire apportée à des régions contrôlées par des groupes « interdits », faisant ainsi obstacle à une action humanitaire impartiale¹⁸ ; et ainsi de suite. Sans vouloir minimiser l'impact de ces problématiques sur l'action humanitaire, cette externalisation des défis amène à négliger une réflexion sur les responsabilités des acteurs humanitaires eux-mêmes pour s'assurer qu'ils sont effectivement déterminés à respecter leurs objectifs humanitaires et qu'ils agissent en conséquence, tout en appliquant les principes humanitaires de manière systématique. Cela implique également que l'on ait laissé de côté la question de savoir quand et si une adhésion plus stricte aux principes humanitaires peut influencer l'accès et l'espace opérationnel dans certains contextes spécifiques. Un défi parallèle, et connexe, aux principes humanitaires émane le plus souvent du secteur humanitaire *lui-même*. Confronté aux limites de l'action humanitaire dans un contexte comme celui du Rwanda et de la Bosnie, où l'aide a été critiquée comme faisant plus de mal que de bien en ce qu'elle ne résolvait pas, mais

- 12 Paul Harvey et al., « The state of the humanitarian system : assessing performance and progress », *Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP)*, Overseas Development Institute, London, 2010 ; Humanitarian Policy Group, « A clash of principles? Humanitarian action and the search for stability in Pakistan », *HPG Policy Brief* n° 36, Overseas Development Institute, Londres, septembre 2009.
- 13 F. Terry, art. cit. (note 10 ci-dessus).
- 14 J. Pictet, art. cit. (note 7 ci-dessus), p. 14.
- 15 Sarah Collinson et Samir Elhawary, « Humanitarian Space : A Review of Trends and Issues », *HPG Report* n° 32, Overseas Development Institute, Londres, avril 2012, p. 1.
- 16 Antonio Donini (éd.), *The Golden Fleece : Manipulation and Independence in Humanitarian Action*, Kumarian Press, Sterling, VA, 2012, pp. 2-40.
- 17 Ajay Madiwale et Kudrat Virk, « Civil-military relations in natural disasters : a case study of the 2010 Pakistan floods », *International Review of the Red Cross*, vol. 93, n° 884, décembre 2011, pp. 1085-1105.
- 18 Sara Pantuliano et al., « Counter-terrorism and humanitarian action : tensions, impact and ways forward », *HPG Policy Brief* n° 43, Overseas Development Institute, Londres, octobre 2011.

au contraire exacerbait les causes sous-jacentes du conflit, nombre d'observateurs remettent en question l'éthique de la neutralité en particulier et appellent à une plus grande politisation de l'action humanitaire, comme ce fut notamment le cas d'Oxfam à propos de la Somalie et du Kosovo¹⁹.

Ces points de vue engendrent par conséquent la perception que les principes humanitaires sont les reliques d'un « âge d'or », plus nettement politisé, de « l'humanitarisme » et qu'ils ne sont plus pertinents face aux problématiques complexes auxquelles nous sommes confrontés aujourd'hui. Smillie²⁰ rappelle cependant qu'une telle perspective escamote l'histoire plus complexe et plus politisée de l'humanitarisme, qui a connu de nombreux précédents en termes d'inaction politique face à des souffrances de masse (le génocide arménien en 1915, l'invasion de l'Abyssinie par l'Italie en 1935, l'éphémère sécession du Biafra en 1967) et en termes d'action militaire sous couvert d'humanitarisme (l'intervention russe, britannique et française contre les Ottomans dans la guerre d'indépendance de la Grèce en 1824, l'expédition française de 1860-1861 en Syrie, l'intervention anti-ottomane des Russes en Bulgarie en 1877). Les obstacles à l'engagement, à la compréhension et à l'application des principes humanitaires réduisent par ailleurs l'action humanitaire à une assistance matérielle plutôt qu'à la mission plus ambitieuse consistant à « protéger la vie et la santé » et à « assurer le respect pour l'être humain », formulée par le Principe fondamental d'humanité, ce qui réduit une fois de plus sa pertinence²¹.

Notons également que ces points de vue ignorent le caractère contingent de l'action humanitaire et l'importance du respect de l'application des principes humanitaires dans les négociations humanitaires précisément à cause des défis que soulève la mise en œuvre d'une aide humanitaire dans des environnements complexes. Rappelons que le DIH ne garantit aux agences humanitaires aucun droit d'accès automatique ; cet accès résulte bien plutôt d'un processus de négociations entre les parties au conflit et les agences humanitaires. On pourrait le qualifier en quelque sorte de droit négatif : les agences humanitaires ne peuvent être entravées du moment que certaines conditions sont respectées. D'après les Conventions de Genève, c'est aux belligérants qu'il incombe de garantir le traitement humain des personnes qui ne participent pas aux hostilités²², mais rien n'empêche des agences humanitaires

19 Tony Vaux, *The Selfish Altruist*, Earthscan, Londres, 2001, p. 202.

20 Ian Smillie, « The emperor's old clothes : the self-created siege of humanitarian action », in A. Donini (éd.), *op.cit.* (note 16 ci-dessus).

21 A. Donini, *op. cit.* (note 16 ci-dessus), p. 345.

22 Articles 12 de la Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, 12 août 1949 (ci-après CG I) et de la Convention (II) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer, 12 août 1949 (ci-après CG II) ; Art. 13 de la Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949 (ci-après CG III) et Art. 27 de la Convention (IV) de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, 12 août 1949 (ci-après CG IV) ; Art. 3 des Conventions de Genève ; Art. 75(1) du Protocole Additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I), 8 juin 1977 (ci-après PA I) ; Art. 4(1) du Protocole Additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), 8 juin 1977 (ci-après PA II). Voir aussi CICR, *Droit international humanitaire coutumier*, vol. I : Règles, Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck (éd.), Cambridge University Press, Cambridge, 2005 (ci-après DIHC), Règle 87.

impartiales de proposer leurs services²³. Le droit humanitaire coutumier établit que les belligérants, internationaux ou non, doivent autoriser et faciliter le passage rapide et non entravé de toute assistance humanitaire impartiale, sujette à leur droit de contrôle²⁴. Cela suppose de la part des agences humanitaires qu'elles fassent la preuve de leur impartialité et leur neutralité pour être admises à la table des négociations et proposer leurs services, et qu'on ne peut leur refuser l'accès aux personnes en détresse qui ne participent pas au conflit. Cependant, l'accent mis sur les obstacles posés à une action fondée sur les Principes par des menaces externes plutôt que sur les responsabilités des agences humanitaires elles-mêmes, incite certainement moins ces dernières à aller au-delà de déclarations de principes bien souvent rhétoriques et à définir en quoi leurs actions et leurs principes peuvent les aider à négocier et à naviguer dans un environnement opérationnel complexe.

Les Sociétés nationales et les Principes fondamentaux

Malgré l'importance des Principes fondamentaux pour les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, leur expérience dans l'application de ces Principes est largement absente de la littérature humanitaire. Cette lacune s'explique en partie par le manque de recherches sur les défis et dilemmes auxquels sont confrontées les organisations nationales impliquées dans l'apport de services humanitaires en situations de conflit. Pourtant, face au déclenchement d'un conflit, une Société nationale peut être amenée à devoir modifier rapidement ses mécanismes habituels de réponse à une catastrophe afin de mettre en place les mécanismes requis pour opérer de manière sûre dans des situations de conflit, comme la négociation de l'accès avec divers acteurs locaux et nationaux et l'adaptation de ses méthodes pour apporter assistance et protection.

Le CICR, de concert avec les Sociétés nationales, a mis au point un guide fondé sur le Cadre pour un accès plus sûr, afin d'aider les Sociétés nationales à améliorer leur niveau d'acceptation, de sécurité et d'accès. Ce guide invite les Sociétés nationales à réfléchir sur leurs opérations (passées, présentes et à venir) dans leur propre contexte de manière à identifier les obstacles, manques et défis auxquels elles se heurtent en termes d'acceptation, de sécurité et d'accès aux populations et communautés qui en ont besoin dans des contextes sensibles et d'insécurité, comme les conflits armés, les troubles intérieurs et les tensions internes²⁵. Il s'agit de définir

23 Art. 9 de CG I, CG II et CG III ; Art. 10 de CC IV ; Art. 3 des Conventions de Genève.

24 DIHC, *op. cit.* (note 22 ci-dessus), Règles 55 et 56. Ces règles spécifiques sont applicables dans les conflits armés internationaux et non internationaux.

25 Un « conflit armé » est une situation dans laquelle deux États ou plus ont recours à la force armée entre eux, ou une situation prolongée de violence armée entre les autorités gouvernementales et des groupes armés organisés au sein d'un État. Le fait qu'une situation soit qualifiée ou non de conflit armé est important car, si elle l'est effectivement, cela donne lieu à l'application du droit international humanitaire (DIH) et établit un cadre normatif permettant d'évaluer le comportement des parties au conflit. Les termes « troubles intérieurs » et « tensions internes » désignent des actes de violence grave qui ne remplissent pas les critères requis pour la qualification du conflit armé et auxquels, par conséquent, le DIH ne s'applique pas. Ces situations peuvent être d'origine politique, religieuse, raciale, sociale, économique ou autre et comprendre des actes de violence graves touchant un très grand nombre de personnes. Elles relèvent d'un cadre normatif associant droit national et droit international des droits de l'homme.

et d'engager des actions et mesures spécifiques, interconnectées (dont la plupart relèvent de la mise en application des Principes fondamentaux) et susceptibles de surmonter ces obstacles. Le Cadre est étayé par le Cycle pour un accès plus sûr défini plus haut (perceptions, acceptation, sécurité et accès) et inspiré de l'application des Principes fondamentaux.

Éléments du Cadre pour un accès plus sûr²⁶

Les éléments suivants sont des considérations essentielles pour toutes les Sociétés nationales dans leurs efforts pour obtenir et maintenir un accès sûr aux populations et aux communautés affectées par des contextes sensibles et hostiles, comme les conflits armés, les troubles intérieurs et les tensions internes, afin de leur apporter protection et assistance.

Évaluation du contexte et des risques : Les Sociétés nationales doivent avoir une bonne compréhension de l'environnement dans lequel elles opèrent ainsi que des risques qu'il comporte, de sorte qu'elles peuvent prévenir et gérer ces risques afin d'opérer efficacement et en toute sécurité

Base juridique et politique pour l'action des Sociétés nationales : Il est très important que les Sociétés nationales disposent d'instruments juridiques et de politiques solides qui constituent une base légitime sur laquelle elles peuvent s'appuyer pour avoir accès en toute sécurité à des zones restreintes dans les périodes de conflit armé, de troubles intérieurs et de tensions internes.

Acceptation de l'organisation : Le fait de fournir aux plus vulnérables des services humanitaires, dans le respect des Principes fondamentaux et d'autres politiques du Mouvement, aide les Sociétés nationales à obtenir l'acceptation, ce qui à son tour contribue à la sécurité et aide par conséquent à améliorer l'accès.

Acceptation des individus : Pour faciliter l'acceptation, il faut que les volontaires et employés de la Société nationale soient représentatifs de la communauté qu'ils servent. Ils doivent être recrutés et déployés en fonction de leur capacité à représenter leur Société nationale et à adhérer aux Principes fondamentaux du Mouvement.

Identification : Les Sociétés nationales doivent prendre des initiatives pour renforcer leur image et celle du Mouvement. Il s'agit par exemple d'associer l'image publique de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge à l'emblème, de soutenir leur gouvernement respectif en remplissant leur responsabilité d'empêcher des usages illégitimes de l'emblème, ou d'élaborer et de faire appliquer des directives internes relatives à l'usage de l'emblème.

Communication externe : Des stratégies et des plans de communication bien conçus, assortis d'autres composantes du Mouvement et soutenus par les outils et ressources nécessaires, renforcent l'image positive et la position des Sociétés nationales et du Mouvement, en même temps qu'ils répondent aux besoins de

²⁶ *Guide pour un accès plus sûr, op. cit.* (note 3 ci-dessus).

communication opérationnelles. Cela peut à son tour avoir un impact positif en termes d'accès.

Communication interne : L'efficacité des réponses et la sécurité des employés et volontaires d'une Société nationale dépendent en grande partie de la fluidité des informations échangées entre le terrain et les quartiers généraux, ainsi qu'entre la Société nationale, le CICR et d'autres composantes du Mouvement. Des systèmes, des procédures et du matériel appropriés sont par conséquent requis.

Gestion de la sécurité et des risques : Un système de gestion de la sécurité et des risques peut augmenter le niveau de sécurité des employés et volontaires d'une Société nationale ainsi que leur niveau d'accès aux personnes et aux communautés affectées. Dans cet objectif, le système doit inclure des directives de sécurité et des mesures de protection adaptées au contexte et à l'évaluation des risques, coordonnés à d'autres composantes du Mouvement et pleinement intégrées dans des procédures de réponse et de formation.

Application des Principes par la Croix-Rouge libanaise

L'histoire des conflits armés, des troubles intérieurs et des tensions internes qu'a connue le Liban, associée au contexte opérationnel généralement sensible qui impose de naviguer entre différents intérêts confessionnels, a amené la Croix-Rouge libanaise à concevoir et à mettre en œuvre des approches susceptibles de promouvoir une attitude de confiance et d'acceptation envers les services médicaux d'urgence et les employés et volontaires qui les fournissent. À la fin des années 1980, l'organisation a fait face à une série d'incidents de sécurité contre son personnel, ses volontaires et ses équipements – incidents qui eurent entre autres pour effet qu'un parc de véhicules qui venaient de lui être donnés, clairement marqués de l'emblème de la Croix-Rouge, fut réquisitionné par des acteurs armés.

En étroite collaboration avec le CICR, la Croix-Rouge libanaise a entrepris une action concertée dans le but d'optimiser son approche opérationnelle, en s'efforçant notamment d'augmenter son niveau d'acceptation, d'accès et de sécurité. Dans cette perspective, les Principes fondamentaux ont joué un rôle décisif. Les Principes fondamentaux ne font pas l'objet d'une codification ni de directives précises mais, au sein d'une Société nationale issue d'une nation profondément divisée, les normes séculières des Principes ont offert un langage objectif, une ligne de conduite et un cadre décisionnel qui ont étayé cette stratégie. Aujourd'hui, les Principes fondamentaux influencent bon nombre de priorités organisationnelles de la Croix-Rouge libanaise, telles que l'importance accordée au fait que les services médicaux d'urgence soient capables d'intervenir sur l'ensemble du territoire libanais, le recrutement et la formation des volontaires, ainsi qu'une meilleure coordination avec les autorités et autres parties prenantes. Ils servent également à établir un lien et un point d'ancrage pour l'approche organisationnelle des dirigeants et des volontaires et leur permettent d'expliquer et justifier leurs actions tant en interne qu'auprès d'acteurs externes.

La Croix-Rouge libanaise reconnaît que l'application des Principes fondamentaux requiert une action délibérée et systématique. Les Principes fondamentaux orientent les communications et les décisions opérationnelles des employés et volontaires des services médicaux d'urgence. Ces derniers témoignent que les Principes fondamentaux sont incontestablement des outils vivants. À tous les niveaux, des secouristes au directeur des opérations, chaque personne interviewée a donné des exemples concrets de son utilisation personnelle des Principes fondamentaux ou de la manière dont elle avait constaté qu'ils étaient appliqués au sein des services médicaux d'urgence.

L'interaction des Principes fondamentaux

Dans un contexte de divisions sectaires, une action humanitaire neutre, impartiale et indépendante est indispensable pour obtenir la confiance et l'acceptation auprès des différentes communautés libanaises. Tous les employés et volontaires de la Croix-Rouge libanaise sont tenus à la plus stricte neutralité. Les nouvelles recrues doivent prêter serment de neutralité et la Croix-Rouge libanaise procède souvent à des vérifications formelles et informelles auprès des communautés pour s'assurer que les candidats ne sont affiliés à aucun groupe politique. La neutralité des membres de la Croix-Rouge libanaise est renforcée par le fait que, à l'époque de la guerre civile, l'engagement volontaire dans la Croix-Rouge permettait de se soustraire à la conscription. Cette perception de la Croix-Rouge libanaise comme une sorte de sanctuaire perdue à ce jour face aux divisions religieuses de la société et à une certaine continuation de la conscription. Les parents des volontaires ont souligné tout particulièrement cet aspect du volontariat, qu'ils perçoivent comme positif. Une telle neutralité attire certains jeunes qui ne se reconnaissent pas dans le système de confessionnalisme et de méritocratie limitée qui persistent aujourd'hui au Liban.

La neutralité de la Croix-Rouge se double d'une approche impartiale et universelle consistant à venir en aide à toute personne vulnérable, quelles que soient ses affiliations politiques, religieuses ou autres. Le fait que les services médicaux d'urgence soient à la disposition de tous les groupes religieux du Liban, sans discrimination, conforte la population dans la conviction que ce service est fourni de manière impartiale. Il existe au Liban plusieurs autres services d'ambulance, notamment ceux du ministère de la Santé, d'acteurs militaires, d'organisations caritatives, de groupes confessionnels et des forces armées libanaises. Mais celui de la Croix-Rouge libanaise est le seul à pouvoir opérer de manière universelle au niveau national, et le seul également à bénéficier d'un fort indice de confiance et d'acceptation auprès des dix-huit groupes confessionnels du Liban. Durant les entretiens, les volontaires ont donné de nombreux exemples de l'impartialité de leur action. L'un de ces exemples s'inscrit dans le contexte des violents affrontements qui ont opposé en 2007 les forces armées libanaises et un groupe armé palestinien dans le camp de réfugiés de Nahr el-Bared²⁷. Les volontaires se sont dits fiers d'avoir apporté des services médicaux à

27 International Crisis Group, « Lebanon's Palestinian dilemma : the struggle over Nahr al-Bared », *Middle East Report*, n° 117, 1^{er} mars 2012 : <http://www.crisisgroup.org/en/regions/middle-east>

l'une et l'autre partie, en fonction de leurs besoins. Certains avaient pourtant un frère, un conjoint ou des amis activement engagés dans le combat en tant que membres des forces armées. Comme l'un d'eux l'a déclaré : « Une personne est une personne. Peu nous importe qui elle est. »

Bien que la Croix-Rouge libanaise opère en tant qu'auxiliaire du gouvernement, son indépendance est appréciée et ardemment protégée tant par la direction de la Société nationale que par les autorités publiques elles-mêmes, qui ont parfois du mal à apporter une aide humanitaire à certaines communautés. Du fait de son rôle dans la gestion du service national d'ambulances, la Croix-Rouge libanaise est en liaison quotidienne avec les autorités, par exemple pour assurer la planification coordonnée de transports de cas sensibles à travers la frontière ou d'événements publics. Des représentants des forces armées libanaises, de la défense civile et du ministère de la Santé ont tous mentionné à quel point il est important qu'un acteur humanitaire neutre et indépendant puisse fournir des services aux habitants de toutes les régions et aux membres de toutes les communautés. Étant donné la coordination étroite avec les autorités, il est crucial pour la Croix-Rouge libanaise de conserver son autonomie de décision opérationnelle et de maintenir une distance – effective et perceptible – entre son organisation et toutes les parties prenantes. L'indépendance de son action consiste par exemple à contester une demande du gouvernement qui voulait qu'un poste soit ouvert à un certain endroit ; à préserver l'image de neutralité en refusant d'être astreinte pour la défense civile au cours de manifestations et préférer rester prête à répondre à des urgences spécifiques par l'intermédiaire de la centrale nationale d'appels d'urgence ; à transférer des malades vers un établissement de soins où l'on estime qu'ils seront en sécurité, plutôt que suivre l'avis des autorités en les transférant ailleurs. La gestion de ces situations délicates suppose incontestablement que ces actions soient accompagnées d'une relation de confiance et d'un dialogue permanent.

L'humanité, la neutralité, l'impartialité et l'indépendance ne sont certes pas les seuls Principes déterminants pour l'acceptation de la Croix-Rouge libanaise. Le volontariat, l'unité et l'universalité (répondre aux besoins du pays tout entier, renforçant ainsi le Principe d'impartialité) sont eux aussi d'une grande importance et illustrent l'interdépendance de tous les Principes fondamentaux.

Il convient de saluer l'application par la Croix-Rouge libanaise du Principe de volontariat. Le dévouement des secouristes est particulièrement admirable : chaque volontaire assure douze heures de service un jour par semaine et trente-six heures un weekend par mois, contribuant au fonctionnement efficace d'un service national d'ambulance entièrement bénévole. Un esprit d'équipe alimente un sentiment d'entreprise collective, promu non seulement par l'engagement dans le travail lui-même mais aussi par l'ethos humanitaire qui s'exprime dans la compréhension et l'application des Principes fondamentaux. L'esprit d'équipe et l'unité d'action sont renforcés par la nécessité pour chaque poste d'improviser afin d'assurer la continuité du service malgré un budget restreint. Certains volontaires rapportent

avoir recyclé des objets non essentiels, recouru à des expédients (de vieilles cravates en guise d'écharpe, par exemple), voire avancé sur leur propres fonds pour assurer la continuité du service. Plusieurs des trente-cinq salariés de la Croix-Rouge libanaise ont initialement été recrutés en tant que bénévoles. Tous, y compris le directeur des services médicaux d'urgence, continuent de donner de leur temps bénévolement dans les stations d'ambulance.

Formation, encadrement et direction en vue du respect des Principes fondamentaux

L'expérience de la Croix-Rouge libanaise montre l'importance de la construction d'une compréhension, d'une mise en application des Principes sur le terrain et du rôle de la direction dans l'établissement d'une culture où les Principes fondamentaux soient respectés et appliqués dans l'orientation des décisions stratégiques et opérationnelles et de la pratique au quotidien. L'adhésion des volontaires de la Croix-Rouge libanaise aux Principes fondamentaux est d'autant plus forte qu'ils bénéficient d'un encadrement et d'une formation cohérente, bien que des approches et codes de conduite informels s'avèrent plus importants dans une Société nationale à budget limité. Les discussions à caractère politique ou religieux sont proscrites dans les postes médicaux d'urgence (certaines éteignent même les chaînes d'informations pour ne pas inciter les réactions) et des célébrations communes de fêtes religieuses sont organisées afin de promouvoir un sentiment d'unité, de compréhension et de tolérance. L'importance de la compréhension et de la mise en œuvre des Principes fondamentaux est renforcée par l'exemple et l'encadrement qu'assurent les dirigeants et collègues chevronnés. Ceux-ci mettent les volontaires en garde contre le phénomène de la « pomme pourrie » : il suffit d'un acte, d'un mot, pour détruire la réputation de la Société nationale. Leur mise en application systématique des Principes fondamentaux donne l'exemple aux nouvelles recrues. La structure des postes est fortement hiérarchisée et les consignes doivent être scrupuleusement respectées. Les contrevenants s'exposent à des sanctions humiliantes, telles que des avertissements affichés au vu de tous.

L'usage de surnoms peut conforter la perception de neutralité des employés et volontaires et leur sentiment de camaraderie. Les 2 700 volontaires de la Croix-Rouge libanaise sont d'autant mieux acceptés par les parties prenantes externes qu'ils portent un nom « neutre », permettant leur déploiement n'importe où au Liban, quelle que soit leur appartenance ou leur origine. Il est souvent arrivé que l'acceptation personnelle soit remise en cause, le plus souvent sur la base de la religion ou en fonction du profil de tel ou tel volontaire. Pour obtenir l'acceptation, il est important que les dix-huit groupes religieux différents soient représentés parmi les employés et volontaires. La Croix-Rouge libanaise veille également à ce que des hommes et des femmes soient représentées dans les équipes qui opèrent dans des régions socialement conservatrices, où les populations seraient gênées de voir des travailleurs médicaux masculins apporter une assistance humanitaire à des patientes de sexe féminin.

Perceptions, acceptation et sécurité

Dans les environnements opérationnels volatils que nous connaissons aujourd'hui, l'acceptation de l'action humanitaire par les autorités et les communautés locales doit être envisagée comme un processus plutôt qu'un événement, nécessitant une présence, du temps et un engagement sur la durée auprès de toutes les parties concernées, y compris des acteurs non-étatiques ou des dirigeants politiques, militaires ou religieux influents²⁸.

Pour gagner l'acceptation, la Croix-Rouge libanaise mise sur la pertinence et l'efficacité des services humanitaires qu'elle fournit, dans le respect des Principes fondamentaux. Cette démarche est associée à une stratégie concertée visant à entreprendre les actions et mesures requises pour établir la compréhension, la confiance, le respect et l'acceptation du travail et de l'approche de la Société nationale auprès de différents groupes.

Une action humanitaire pertinente et efficace

Soyez clairs sur vos compétences et ne promettez pas davantage... Gardez quelques compétences en réserve... Mettez des cailloux dans vos poches, pour ne pas vous envoler²⁹.

L'accès dont bénéficie la Croix-Rouge libanaise dépend de la qualité, de la fiabilité et de l'efficacité de ses services d'urgence qui effectuent un travail particulièrement nécessaire. Ses services d'ambulance, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, disposent par ailleurs de l'infrastructure, de la compétence et de la réactivité requise pour mobiliser rapidement d'autres services humanitaires en cas d'urgence. Lors des entretiens, ses dirigeants ont rappelé l'importance pour la Croix-Rouge libanaise de tenir ses engagements, de sorte que la confiance portée à son travail est méritée et pérennisée. Ils ont souligné qu'au cours des conflits armés et les tensions internes qu'a connu le Liban au cours de son histoire la Croix-Rouge libanaise a su faire ses preuves ; le conflit de 2006 avec Israël a par exemple été important dans le renforcement de l'acceptation de la Croix-Rouge libanaise par le Hezbollah, de façon à ce que la Société nationale ait accès aux personnes ayant besoin d'aide.

On a souvent souligné la nécessité de la cohérence des messages et de l'adhésion à des lignes de communication strictes, ainsi que des compétences et de l'expérience pour défendre les Principes dans des circonstances difficiles et avoir parfois le courage de dire « non ». Comme en témoigne un cadre dirigeant : « Chaque décision est cruciale et peut avoir des conséquences graves. Il y a une telle pression sur les dirigeants... Les discussions sont souvent dures. Dans une situation stressante, il faut que vous sachiez que vous êtes fort. »

28 Jan Egeland, Adele Harmer et Abby Stoddard, « To stay and deliver : good practice for humanitarians in complex security environments », Policy and Studies Series, OCHA, Policy Development and Studies Branch, 2011, p. 3.

29 Propos tenus par un haut fonctionnaire de la Croix-Rouge libanaise.

Construction de réseaux et de relations de confiance

Les incidents de sécurité survenus dans les années 1980 ont incité la Croix-Rouge libanaise à élargir son réseau de contacts, à renforcer ses relations avec les parties prenantes et à communiquer sur son travail. Les contacts établis à l'époque ont été maintenus et nourris, permettant de tisser des relations solides avec de nombreuses personnalités influentes au sein du gouvernement, avec les forces armées libanaises et avec les divers groupes confessionnels, ce qui souligne à quel point il est important d'investir dans les relations et de développer la confiance au fil du temps.

La Croix-Rouge libanaise consacre une partie non négligeable de ses activités à communiquer sur son travail et son approche et à entretenir ses relations. Les cadres dirigeants sont désignés en fonction de leur capacité à assurer ce rôle. Les relations très fortes nouées par la Croix-Rouge libanaise au niveau central existent aussi au niveau des districts et de chaque poste médical d'urgence, dont les chefs ont souligné combien de temps et d'attention ils consacraient au maintien d'un réseau solide de contacts locaux. Des relations sont établies avec les responsables politiques, militaires et communautaires en temps de paix ou avant la mise en route de nouvelles opérations, et utilisées ensuite en période de conflit armé ou de troubles intérieurs et tensions internes pour obtenir la garantie d'un passage sûr. Un chef de poste fait remarquer que, « même s'il n'y a pas d'enjeu immédiat, il faut entretenir les contacts... [Il faut] les sensibiliser à la mission de la Croix-Rouge, les convaincre de la valeur de notre approche et, le moment venu, pendant une opération, il est plus facile de prendre contact pour obtenir un passage sécurisé. » Ces relations positives sont telles que des partenaires de la Croix-Rouge au Liban se félicitent de la crédibilité que leur a apportée leur association avec la Croix-Rouge libanaise.

La Croix-Rouge libanaise jouit d'une très bonne réputation au Liban grâce à son action humanitaire efficace, fondée sur des principes, à des prestations de services adéquats, fiables et de qualité, et à son engagement pour établir des relations de confiance et de respect. Un sondage mené en 2007 fait apparaître un pourcentage très élevé d'acceptation (proche de 100 %) de la Croix-Rouge libanaise et de son travail, accompagné de perceptions tout aussi positives. Si la Société nationale organise des séances de diffusion sur le Mouvement, le DIH et les Principes fondamentaux à l'intention de groupes de la société civile, des universités et des différents groupes communautaires, sa réputation est largement due au travail accompli sur le terrain, relayé par le bouche à oreille autant que par les médias. Comme l'explique un fonctionnaire du gouvernement libanais : « [La Croix-Rouge libanaise] est protégée par ses activités... Depuis 1975, elle a bâti sa réputation par la démonstration. »

Fort de ces perceptions positives, la Croix-Rouge libanaise est aujourd'hui le seul service public et le seul acteur humanitaire libanais à bénéficier d'un rayonnement national au Liban. D'après sa direction, cet accomplissement est à mettre sur le compte d'une volonté systématique d'utiliser les Principes fondamentaux comme tremplin pour accéder à l'ensemble des populations vulnérables.

Les défis à l'acceptation et à la sécurité

L'acceptation est la pierre angulaire de la stratégie de sécurité de l'organisation, bien que celle-ci prenne également certaines mesures de protection et de dissuasion, telles que le port de gilets pare-balles et le déplacement des ambulances en convoi et/ou en relais³⁰. Ce système bien pensé et bien rodé, mis en place au fil des ans, s'appuie sur le savoir-faire, l'expérience et l'autorité des équipes dirigeantes et sur leur réseau de contacts pour garantir la sécurité de l'action et de ses volontaires. Les structures formelles de gestion de la sécurité sont parfois limitées et les systèmes et procédures ne sont pas totalement intégrés au travail des volontaires. Bien que ces derniers reçoivent une formation minimale en matière de sécurité, le niveau de tolérance du risque est élevé et les dirigeants reconnaissent que l'une des difficultés consiste à empêcher des volontaires trop enthousiastes de pénétrer dans des zones à haut risque. Il est obligatoire de procéder à un débriefing après chaque intervention et, s'il existe une entraide et des liens étroits entre les volontaires, aucun soutien psychologique plus structuré n'est disponible, malgré les événements traumatisants dont les volontaires peuvent être témoins ou qu'ils peuvent subir personnellement. Ce manque d'intégration structurelle ajoute au stress déjà élevé des cadres dirigeants, car la responsabilité de la sécurité repose uniquement sur leurs épaules.

En contexte de conflit armé international, la Croix-Rouge libanaise a été confrontée à de nombreux défis, notamment des incidents de sécurité survenus lors du conflit armé de 2006. De tels incidents rappellent qu'il n'est pas possible de se fier uniquement à des stratégies d'acceptation pour assurer la sécurité et qu'il faut s'investir davantage dans des mesures de sécurité plus formelles et variées. La Croix-Rouge libanaise l'a appris à ses dépens lors d'un incident survenu près de Qana, dans le sud du Liban, pendant le conflit armé de 2006 avec Israël. Un transfert médical de civils était effectué par deux ambulances de la Croix-Rouge clairement marquées, bien éclairées et munies des autorisations nécessaires en matière de sécurité, qui arboraient des drapeaux de la Croix-Rouge sur les côtés et des lampes stroboscopiques bleues clignotant sur le toit. Malgré cette signalisation, un missile toucha la première ambulance et un autre tir toucha la seconde ambulance quelques minutes plus tard. Neuf personnes – volontaires de la Croix-Rouge et patients – furent blessées. Cet incident a gravement ébranlé la confiance des volontaires touchés en l'efficacité des Principes fondamentaux et la protection qu'ils offraient, en l'emblème protecteur et en la capacité du Mouvement à assurer la sécurité d'accès nécessaire. Pour beaucoup, l'incident a démontré que la Croix-Rouge libanaise pouvait, avec le temps, parvenir

30 Acceptation, dissuasion et protection forment les trois branches d'un « triangle sécuritaire ». Souvent utilisés en combinaison, ils constituent un panel d'options sécuritaires plus ou moins « dures ». L'acceptation consiste à contrer une menace en construisant des relations avec les communautés locales et les parties prenantes concernées dans la zone d'opérations et en obtenant leur consentement pour la présence de l'organisation et son travail. La protection consiste à déployer des procédures et des mécanismes protecteurs destinés à réduire la vulnérabilité face à des menaces existantes. La dissuasion consiste à répondre à la menace par une autre menace, dans sa forme la plus extrême en recourant à la protection armée. Voir Humanitarian Policy Group (HPN), « Operational security management in violent environments », *Good Practice Review* n° 8, HPN, Overseas Development Institute, Londres, décembre 2010.

à un niveau élevé de sécurité et d'accès dans les conflits armés non internationaux et les troubles intérieurs et tensions internes grâce à des contacts poussés avec toutes les parties prenantes ; mais qu'en revanche, dans un conflit armé international, où les contacts directs de la Croix-Rouge libanaise avec les autorités de la partie opposée ne sont généralement pas possibles, il lui est plus difficile, voire impossible, d'établir des relations de confiance.

Il ressort de cet exemple que, malgré diverses stratégies opérationnelles mises en œuvre et une application rigoureuse des Principes fondamentaux, certains facteurs opérationnels imprévisibles sont susceptibles de compromettre la sécurité et l'accès. Les Principes peuvent servir de ligne directrice dans l'action et la prise de décision, mais ils doivent s'accompagner d'autres mesures opérationnelles (et, en particulier, de mesures de sécurité strictes) – et, même alors, il arrive qu'ils atteignent leurs limites dans certains contextes. Même s'ils permettent l'accès et la sécurité, leur valeur ne dépend pas seulement de leur mise en application, mais aussi des décisions et actions des acteurs armés.

Conclusion

L'expérience de la Croix-Rouge libanaise nous rappelle que les Principes fondamentaux sont bien plus qu'un code abstrait ou un engagement idéologique. Appliqués de manière systématique, ils peuvent avoir des avantages opérationnels significatifs et augmenter l'efficacité de l'acheminement des services humanitaires.

Les Principes fondamentaux servent d'outils opérationnels pour orienter la communication, la prise de décision et la conduite des activités. Ils sont également au fondement de l'acceptation de la Société nationale par différents interlocuteurs. Associés à des stratégies, actions et mesures visant à instaurer des relations de confiance, un niveau d'acceptation et de sécurité accrue pour son personnel, et la fourniture de services fiables et de qualité sur le long terme, leur impact est avéré. Ils atteignent certes leurs limites dans des contextes où la Société nationale n'est pas en relation directe avec les autorités d'un ou plusieurs groupes ou parties au conflit. Il faut garder à l'esprit que la dynamique contextuelle peut compromettre la protection que garantit une application systématique des Principes fondamentaux.

La Croix-Rouge libanaise, forte de 25 années d'expérience, peut servir d'exemple à d'autres Sociétés nationales et agences humanitaires dans des contextes différents. Les enseignements que nous proposons d'en retenir sont les suivants :

- Une stratégie délibérée et structurée est indispensable pour obtenir et conserver l'accès et pour appliquer les Principes fondamentaux. Le temps et l'expérience sont importants ; on ne parvient pas à l'acceptation du jour au lendemain, et elle sera d'autant plus forte qu'elle a été préparée par des actions et mesures systématique en temps de paix.
- Dans toutes les Sociétés nationales, les employés et volontaires devraient être représentatifs de la population qu'ils servent. Ils doivent respecter les Principes fondamentaux en tout temps, tant dans leur travail que dans les autres contextes,

et doivent être perçus comme des acteurs pensant et agissant selon les principes de neutralité et d'impartialité.

- Il est important, pour qu'une Société nationale soit acceptée, d'appliquer *tous* les Principes fondamentaux, et non pas seulement ceux qui sont associés à une action humanitaire neutre, impartiale et indépendante. Les trois « autres » Principes, à savoir le volontariat, l'unité et l'universalité, sont constitutifs du Mouvement et leur application contribue elle aussi à l'acceptation et à l'accès opérationnel d'une Société nationale.
- Les organisations sont jugées sur leurs actes et non sur leurs paroles, d'où l'importance de tenir ses promesses et de fournir des services efficaces. La confiance et la crédibilité peuvent être établies en fournissant continuellement de services communautaires appropriés et efficaces, aussi bien en temps de paix qu'en temps de conflit armé ou de troubles intérieurs et tensions internes. L'impartialité doit être démontrée par les actes.
- Il faut résoudre les problèmes en prenant rapidement les mesures nécessaires. Les problèmes devraient être considérés comme des occasions de renforcer les principes de l'organisation et son acceptation. Une direction solide et expérimentée, de la cohérence et une bonne communication interne sont autant de facteurs nécessaires.
- Il est essentiel d'établir un grand nombre de contacts à tous les niveaux et des relations solides avec les principales parties prenantes. Il faut en outre communiquer systématiquement sur l'action, les objectifs et les principes de l'organisation.

Le cas du Liban confirme les conclusions d'études qui ont montré qu'il ne fallait pas surévaluer l'efficacité des stratégies d'acceptation pour garantir la sécurité, en particulier dans des contextes fortement politiques ou criminels, où les organisations humanitaires et leur personnel sont délibérément pris pour cibles³¹.

Malgré l'importance des Principes fondamentaux pour le Mouvement et leur efficacité avérée en tant qu'outils opérationnels, il n'y a eu que peu d'initiatives récentes pour tenter d'articuler leur utilité opérationnelle et leurs limites dans les crises contemporaines. Cette lacune est particulièrement étonnante au vu des débats externes que suscitent les principes humanitaires et leur pertinence.

Ces débats tournent généralement autour de leur pertinence pour des organisations humanitaires internationales dans des situations de conflit armé. Or l'étude de cas du Liban a montré à quel point ces principes et leur application permanente – que ce soit en temps de paix ou de conflit armé, de troubles ou tensions internes – étaient importants pour les acteurs nationaux. Le travail des Sociétés nationales en temps de paix, de conflit armé, de troubles intérieurs ou de tensions internes suggère que leur expérience peut inspirer aussi bien d'autres acteurs nationaux que des organisations multi-mandats. Ces questions méritent d'être étudiées plus avant.

Des interrogations sont parfois émises sur la capacité des Sociétés Nationales à appliquer pleinement les Principes fondamentaux du fait de leur rôle d'auxiliaire de leur gouvernement respectif, qui serait incompatible avec leur indépendance. L'autonomie d'action dont la Croix-Rouge libanaise a fait preuve et la valeur que

31 Voir notamment J. Egeland, A. Harmer et A. Stoddard, art. cit. (note 28 ci-dessus), p. 19.

lui accordent les autorités suggère une autre conclusion. Nous avons choisi de nous référer à l'étude de cas du Liban car ses pratiques exemplaires peuvent être pertinentes ailleurs dans le monde mais, pour apprécier l'utilité des Principes, il convient de prendre également en considération des exemples moins positifs, issus notamment de régions où les autorités sont moins disposées à autoriser une action indépendante. Ces questions – ainsi que les enseignements positifs qu'offre le cas du Liban – suggèrent que le Mouvement, et les Sociétés nationales en particulier, ont tout intérêt à approfondir leur réflexion sur les principes humanitaires et à tirer parti de leur expérience – tant positive que négative – pour mieux comprendre la fonction des principes humanitaires dans l'assistance apportée aux personnes affectées par des situations de crises.

Attaques sur la mission médicale : aperçus d'une réalité polymorphe, le cas de Médecins Sans Frontières*

**Dr Caroline Abu-Sada, Dr Françoise Duroch,
Prof. Bertrand Taithe**

Dr Caroline Abu-Sada est titulaire d'un doctorat en science politique et dirige l'Unité de Recherche sur les Enjeux et Pratiques Humanitaires (UREPH) au sein de Médecins Sans Frontières (MSF) Suisse.

Dr Françoise Duroch, titulaire d'un master en Histoire, Droit et Droits de l'Homme et d'un doctorat en Sciences de l'Éducation, occupe actuellement le poste de chef du projet *Medical Care Under Fire* au sein du Bureau International de Médecins Sans Frontières.

Dr Bertrand Taithe, professeur d'histoire, enseigne à l'Université de Manchester. Il est aussi le fondateur et co-directeur du *Humanitarian and Conflict Response Institute* et membre du conseil scientifique du Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH).

Résumé

Cet article se propose de faire une analyse préliminaire des questions liées aux types de violence à l'encontre des missions médicales humanitaires. Partant du constat que la violence peut engendrer un certain désarroi pour une organisation médicale comme Médecins Sans Frontières, dont le passé reste cependant riche d'enseignements et de réponses multiples et sporadiques à ces événements, cet article propose une analyse plus fine des termes et des situations de violence afin de contribuer à l'élaboration d'une campagne de recherche et, dans un deuxième temps, de sensibilisation à ces phénomènes complexes.

* Les auteurs tiennent à remercier le Dr Maude Montani pour toute l'aide qu'elle a pu apporter, Michaël Neuman pour ses références et commentaires, Fabrice Weissman pour ses suggestions, Eleanor Davey et John Borton pour une partie des références dans le cadre de la collaboration académique entre le *Humanitarian Policy Group* (HPG) et le *Humanitarian and Conflict Response Institute* (HCRI) et Jérôme Oberreit pour sa relecture attentive.

Mots clés : violence, soins de santé, criminalité, guerre, médecine.



« Si nous sommes tués, les ONG se retireront et il n'y aura plus personne pour payer le racket de protection ou les salaires. Ils nous veulent effrayés et vivants. Donc tu devrais être effrayé et heureux parce que cela veut dire que tu peux travailler »¹.

Cet article se propose de questionner les sources et les limites de l'analyse des phénomènes de violence à l'encontre des Organisations médicales humanitaires. Souvent présentée de façon anecdotique, comme dans cette citation tirée d'un exemple historique datant de 1992, la violence à l'encontre des patients, médecins et personnels soignants de Médecins Sans Frontières (MSF)² n'a pas toujours été au cœur d'une réflexion cohérente au sein de l'Organisation. La question des attaques envers la mission médicale n'est sans doute pas nouvelle, mais suscite, depuis l'initiative du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) intitulée les « Soins de Santé en Danger »³, l'intérêt d'une communauté de praticiens et de travailleurs humanitaires. Cette réflexion reste cependant à construire et à étayer par une analyse de la complexité de ces phénomènes.

MSF a été confrontée dès son origine, en 1971, à différentes formes de violences à l'encontre de ses patients, personnels, structures et véhicules sanitaires ainsi qu'envers les systèmes de santé nationaux en général. Cependant, ces formes de violence, souvent hétérogènes, n'ont jamais été abordées en tant qu'objet de réflexion et d'analyse globale par l'institution. Il s'agissait alors d'actions sporadiques et réactives, souvent portées par l'urgence opérationnelle et le temps médiatique.

L'objet de cet article est donc de présenter dans un premier temps l'importance que revêt cette thématique pour MSF en présentant le cadre dans lequel cette problématique des violences à l'encontre de l'action médicale s'inscrit. Il s'agira donc de questionner les choix sémantiques faits autour de ces violences, d'aborder la question de la pertinence, de considérer l'intentionnalité comme paramètre dans le questionnement autour de ces attaques et enfin de voir dans quelle mesure ces violences et leur gestion par l'organisation remettent en cause les principes humanitaires.

Dans un second temps, nous présenterons une tentative de typologie des types d'attaques sur la mission médicale auxquelles MSF est confrontée sur ses terrains d'intervention. Il s'agira également de présenter trois dimensions ambiguës du rapport qu'entretient MSF à la violence et à l'insécurité, dimensions pouvant être des objets de recherches potentiels : la banalisation de la violence, l'intériorisation de la violence et, plus insidieuse, la tolérance à la violence. Cet article reprend ces trois

1 Extrait d'un dialogue entre une volontaire MSF, « Joni », et James Orbinski en Somalie vers 1992. Cité dans James Orbinski, *Le cauchemar humanitaire*, Music& Entertainment Books, Marne-la-Vallée, 2010, p. 99.

2 Médecins Sans Frontières pourra être nommé « l'organisation », « le mouvement » ou « MSF » tout au long de cet article.

3 CICR, *Les Soins de Santé en Danger : Exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011.

points en tentant d'en souligner leur complexité. Il s'agira, tout en souhaitant rester à distance de l'anecdotique, de chercher à rendre compte concrètement des termes de cette violence afin de lui donner une « visibilité »⁴ qui permettrait peut-être d'en saisir les ressorts et la dynamique intrinsèque.

Parler d'une banalisation des phénomènes de violence peut revenir à reconnaître son caractère presque implicite dans la conduite de l'action médicale humanitaire. Malgré des pratiques de « risk assessment »⁵ (l'analyse de risques) et de gestion du personnel assez abouties, une organisation comme MSF ne possède cependant pas les données transversales et les méta-analyses qui devraient sous-tendre une perception globale des phénomènes de violence au sein du mouvement⁶ ou dans les contextes dans lesquels MSF intervient. Cependant, ces données existent et sont souvent traitées dans le cadre opérationnel et celui des ressources humaines, mais avec des variabilités susceptibles de générer des incertitudes quant aux origines et à la nature de la violence. Si la violence ne peut jamais être totalement abolie et si l'insécurité autant que les risques sont des concepts à tendance inflationniste, les humanitaires ont peut-être eu un penchant à considérer ces derniers comme un élément constitutif de leur mode de fonctionnement⁷.

Ainsi, et dans le pire des cas, pourrait s'instaurer une véritable tolérance des équipes à des situations pourtant inacceptables. L'action humanitaire s'inscrivant toujours dans des rapports de force, une ambivalence voire des ambiguïtés peuvent apparaître. Sans aucun doute, d'un point de vue historique, cette tolérance semble décroître mais reste cependant profondément ancrée dans la culture de l'Organisation. Plus récemment, un débat s'est engagé au sein du mouvement MSF sur la violence à l'encontre des activités médicales. En l'absence de données et de définitions fiables, une crispation de l'institution sur des questions sécuritaires pourrait aussi être révélatrice de ce que des sociologues britanniques nomment une « moral panic », soit une crise morale de l'organisation portée par un sentiment d'angoisse général face aux actes de violence. Ce sentiment n'est en général pas lié à la démonstration rationnelle d'un accroissement de l'insécurité⁸. L'organisation semble donc exposée à deux courants contradictoires : des équipes qui acceptent, voire tolèrent, des incidents violents au quotidien, et une dynamique institutionnelle qui semble de moins en

4 Entretien avec Jérôme Oberreit, Secrétaire Général de MSF International, 16 mai 2013.

5 Principalement utilisées en psychiatrie et criminologie, les techniques du « risk assessment » ont échappé à leur usage initial. Kevin S. Douglas, David N. Cox and Christopher D. Webster, « Violence risk assessment: Science and practice », dans *Legal and Criminological Psychology*, Vol. 4, 1999, pp. 149-184.

6 Le mouvement MSF est constitué de 5 sections opérationnelles et de 23 associations.

7 Voir notamment les mémoires de John Norris, *The Disaster Gypsies: Humanitarian Workers in the World's Deadliest Conflicts*, Praeger Security International, Westport, CT, 2007, pp. 7-8.

8 Le concept a son origine dans les travaux de Jock Young et Stanley Cohen. Il fait souvent référence à l'impact des médias et d'autres formes d'opinions dans l'élaboration de nouvelles perceptions sociales du danger en réponse aux inquiétudes à l'égard du changement social. Le concept est maintenant partie intégrante de l'élaboration d'approches au risque et à l'appréciation du risque. Stanley Cohen, *Folk Devils and Moral Panics*, Blackwell, Oxford, 1972 ; Kenneth Thompson, *Moral Panics*, Routledge, London, 1998. Pour une utilisation plus contemporaine, voir : Sheldon Ungar, « Moral Panic Versus the Risk Society: The Implications of the Changing Sites of Social Anxiety », dans *The British Journal of Sociology*, Vol. 52, No. 2, 2001, pp. 271-291.

moins disposée à accepter la prise de risques⁹. Il faut cependant noter la présence actuelle de problématiques sécuritaires dans les milieux médicaux et ce, dans des contextes très différents, ce qui pourrait soulever la possibilité d'une perception nouvelle de problèmes pourtant anciens¹⁰. Dans les deux cas de figure, saisir cette violence comme objet de recherche s'avérerait justifié¹¹.

Implications historiques et théoriques

La problématique des violences envers les organisations médicales humanitaires se pose souvent sous la forme d'un questionnement autour de la notion de neutralité médicale. Si elle n'est pas synonyme d'une approche raisonnée de la violence, la neutralité médicale est revendiquée par certaines organisations depuis les origines du mouvement humanitaire moderne¹². Sans remonter aux nombreuses attaques dont étaient déjà victimes les médecins et patients dès le lendemain de la première Convention de Genève lors de la guerre de 1870¹³, le sujet de la neutralité médicale dans les situations de guerre dites « nouvelles » était apparu suffisamment important dans les années 1950¹⁴ et 1960 pour que des conférences soient consacrées à ce sujet et que des articles soient publiés dans la *Revue Internationale de la Croix Rouge*¹⁵. Cette problématique n'est donc pas récente. L'utilisation partisane de ressources médicales¹⁶, le vol ou l'appropriation exclusive de services de santé, la violence

- 9 Sur ce point, voir Michel Tondellier, « L'action organisée face à la prise de risque : l'héroïsme au travail et son institutionnalisation », Actes du colloque « Acteur, risque et prise de risque » organisé les 25-26 novembre 2004 au Centre lillois d'études sociologiques et économiques, UMR 8019 Centre national de la recherche scientifique.
- 10 La presse chinoise par exemple se fait l'écho de 17 000 incidents en 2011 : *Wall Street Journal*, 22 octobre 2012 ; voir Therese Hesketh, Dan Wu, Linan Mao et Nan Ma, « Violence against Doctors in China », in *BMJ* 2012;345/e.5730. La violence en milieu hospitalier est aussi au cœur de questionnement en France et au Royaume-Uni. Voir Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier*, 2011.
- 11 Une série d'entretiens semi directifs a été menée afin d'étayer cet article. Quatre personnes de MSF ont ainsi participé à des interviews visant à relater les problématiques liées aux incidents qu'ils avaient connus sur les terrains d'interventions de l'organisation. Les corpus ont été enregistrés et retranscrits in extenso. Les questions et l'intégralité des réponses sont disponibles sur demande.
- 12 Frank T. Carlton, « Humanitarianism, Past and Present », dans *International Journal of Ethics*, Vol. 17, No. 1, 1906, pp. 48-55 ; John F. Hutchinson, « Rethinking the Origins of the Red Cross », dans *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 63, No. 4, 1989, pp. 557-78 ; Bertrand Taithe, « The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civililians, Humanitarians and War in the 'Modern' Age », dans Roger Cooter, Steve Sturdy, Mark Harrison (eds), *War, Medicine and Modernity*, Sutton Publishing, Stroud, 1998, pp. 22-47 ; John Hutchinson, *Champions of Charity: War and the Rise of the Red Cross*, Westview Press, Oxford, 1996.
- 13 Charles Duncker, *Les violations de la convention de Genève par les Français en 1870-1871*, Berlin, 1871 ; J. M. Félix Christot, *Le Massacre de l'ambulance de Saône et Loire le 21 janvier 1871 ; rapport lu au comité médical de secours aux blessés le 7 juillet 1871*, Vingtrinier, Lyon, 1871 ; Charles Aimé Dauban, *La Guerre comme la font les prussiens*, Plon, Paris, 1871 ; Bertrand Taithe, *Defeated Flesh: Welfare, Warfare and the Making of Modern France*, Manchester University Press, Manchester, 1999, pp. 169-73.
- 14 John H. Herz, « Idealist Internationalism and the Security Dilemma », dans *World Politics*, Vol. 2, No. 2, 1950, pp. 157-180.
- 15 Jean des Cilleuls, Raymond de la Pradelle, « La Neutralité de la médecine et la guerre subversive », dans *Revue Internationale de la Croix Rouge*, Vol.42, No. 496, 1960, pp. 188-95.
- 16 Laurence Brown, « The Great Betrayal? European Socialists and Humanitarian Relief during the Spanish Civil War », dans *Labour History Review*, Vol. 67, No. 1, 2002, pp. 83-99.

contre les personnels médicaux ayant pour objectif de priver l'adversaire de la possibilité de soins sont malheureusement des pratiques de guerre dont on retrouve des exemples tout au long du vingtième siècle. Plus récemment, l'actualité syrienne rappelle avec force comment les systèmes de santé peuvent faire l'objet d'attaques ciblées¹⁷. L'exercice médical peut ainsi être perverti à des fins de logiques politiques et martiales. L'accès ou le non-accès aux soins permet de priver des populations entières de secours vitaux¹⁸. Ainsi, ces attaques permettent aux parties au conflit d'affirmer leur pouvoir de manière effective et symbolique¹⁹.

La violence guerrière doit cependant être analysée dans son contexte. S'il n'y a pas d'âge d'or de l'humanitaire face aux conflits, il convient cependant de noter que cette violence à l'encontre des services médicaux ne s'est déployée que dans des contextes marqués par la volonté d'éradiquer toute présence étrangère et, depuis les années 1870, les attaques contre les établissements et les personnels de santé ont toujours déclenché des controverses internationales²⁰.

Cependant, et au-delà du contexte précis de ces attaques, ces dernières sont polymorphes. Il s'avère donc nécessaire de faire la distinction entre plusieurs éléments et de reconnaître la porosité de possibles catégories analytiques²¹. On peut néanmoins souligner quelques points transversaux qui distinguent, peut-être artificiellement, des liens de causalités qui souvent se chevauchent :

- Le caractère brutal des rapports sociaux dans lesquels s'inscrivent généralement les attaques sur la mission médicale²² ;
- L'insécurité chronique des patients et personnels liée au fait que l'hôpital, et plus généralement les structures de soins, sont perçus avant tout comme des objets

17 Médecins Sans Frontières, *Syria: All Parties To The Conflict Must Respect Medical Facilities*, 26 janvier 2013, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6582&cat=press-release> (dernière consultation le 13 juin 2013) ; Olivier Falhun, « En Syrie, l'humanitaire confronté à ses limites », CRASH, 12 mars 2012, disponible sous : <http://www.msf-crash.org/sur-le-vif/2012/03/12/4902/en-syrie-lhumanitaire-confronte-a-ses-limites/> (dernière consultation le 13 juin 2013).

18 « A deeply worrisome pattern is emerging, where people and their scarce resources are deliberately targeted by all the armed groups involved in inter-communal violence. Hospitals, health clinics, and water sources are all targets, suggesting a tactic of depriving people of life's basic essentials, precisely when they need them most ». Médecins Sans Frontières, « Even Running Away Is Not Enough: Attacks in Jonglei, South Sudan, Perpetuate Extreme Violence », 24 janvier 2012, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/press-release/even-running-away-not-enough-attacks-jonglei-south-sudan-perpetuate> (dernière consultation le 06.02.2015).

19 « La biopolitique désigne la prise de contrôle par le pouvoir des processus affectant la vie, depuis la naissance jusqu'à la mort (maladie, vieillesse, handicap, effet du milieu, etc.) et qui, pour être absolument aléatoires à l'échelle individuelle, ont, comme phénomène collectif, des effets économiques et politiques déterminants. » Marie Cuillerai et Marc Abélès, « Mondialisation : du géo-culturel au biopolitique », dans *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 26, No. 1, 2002, p. 22.

20 En ce sens, le droit international régissant l'usage de la force armée (*jus ad bellum*) et le droit humanitaire régissant l'usage de la force (*jus in bello*) s'accordent. Voir Martti Koskeniemi, *The Gentle Civilizer of Nations: The Rise and Fall of International Law, 1870-1960*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002 ; Samuel Moyn, *The Last Utopia: Human Rights in History*, Harvard University Press, Belknap, 2010 ; David. G. Chandler, « The Road to Military Humanitarianism: How the Human Rights NGOs Shaped a New Humanitarian Agenda », dans *Human Rights Quarterly*, Vol. 23, No. 3, 2001, pp. 678-700.

21 Un argument dans ce sens a été avancé par Larissa Fast, « Characteristics, context and risk: NGO insecurity in conflict zones », dans *Disasters*, Vol. 31, No. 2, 2007, pp. 130-154.

22 Le concept de brutalisation est une référence au travail de George Mosse, *De la Grande Guerre au totalitarisme, la brutalisation des sociétés européennes*, Hachette, Paris, 1999.

de prédation possible avec des objectifs qui peuvent s'avérer essentiellement crapuleux ;

- La mise en exergue stratégique ou tactique des structures médicales dans le cadre plus vaste d'une guerre urbaine, psychologique ou insurrectionnelle ;
- La perception des soins comme étant des atouts ou biens particuliers (de l'ennemi) plutôt que comme des biens communs.

Si les attaques contre les structures médicales peuvent être le signe d'un durcissement des hostilités (car elles visent des espaces classiquement dévolus à la préservation des intérêts vitaux et communs à l'ensemble des populations), elles s'inscrivent généralement dans un contexte marqué par d'autres types de violations du droit international humanitaire comme les attaques contre les civils, les opérations contre-insurrectionnelles qui rendent souvent illusoire la distinction entre civils et combattants (principe essentiel du droit international)²³ ou les actes de torture à l'encontre des populations civiles par les forces gouvernementales - phénomènes malheureusement rencontrés dans un certain nombre de contextes²⁴.

L'enchaînement de ces événements est également une source de questionnement. En particulier, l'analyse des moments de paroxysme de violence – ces moments durant lesquels ces actes contre les missions médicales s'avèrent plus fréquents ou revêtent un caractère utilitaire pour ceux qui les commettent – reste un sujet à analyser.

Choix sémantiques

Plusieurs études ont montré l'importance de la terminologie employée par les organisations humanitaires dans leurs réponses à des situations difficiles²⁵. Au-delà des débats plus généraux sur les principes, les questionnements autour des termes mêmes du débat prennent une dimension autonome. Ainsi, MSF fait par exemple très souvent appel à la notion de « sanctuaire médical », sans cependant relever la dimension métaphysique que cette notion peut revêtir. Le terme sanctuaire est aussi susceptible de porter à confusion en tant qu'il donne à penser que les services médicaux appartiennent à un espace extra-territorial, c'est-à-dire hors de la souveraineté nationale, souveraineté qui est souvent l'objet de conflits. En devenant une référence de refuge, voire d'asile, à l'abri d'une hypothétique ingérence nationale ou internationale, un sanctuaire peut apparaître comme un élément allogène et en contradiction avec la notion de bien commun pourtant nécessaire à sa sauvegarde²⁶. Le fait que l'existence d'un « sanctuaire médical » relève du mythe, mais peut-être

23 Gilles Andréani, Pierre Hassner (eds), *Justifier la guerre ? De l'humanitaire au contre-terrorisme*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris, 2005.

24 Médecins Sans Frontières, « Libya: Detainees Tortured and Denied Medical Care, MSF Suspends Work in Detention Centers in Misrata », 26 janvier 2012, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5744> (dernière consultation le 13 juin 2013).

25 Au sujet de la terminologie employée par les agences humanitaires, voir Caroline Abu Sa'Da, *Dans l'œil des autres : Perception de l'action humanitaire et de MSF*, Éditions Antipodes, Lausanne, 2011, pp. 43-50.

26 Sarah Kenyon Lischer, *Dangerous Sanctuaries: Refugee Camps, Civil War, and the Dilemmas of Humanitarian Aid*, Cornell University Press, Ithaca, 2005.

un mythe porteur et nécessaire, n'est pas souvent l'objet de débats internes au sein de MSF et il est peut-être illusoire d'imaginer qu'un tel concept puisse avoir un sens, et plus encore, une effectivité a priori.²⁷ On pourrait citer d'autres exemples, mais il suffit de noter ici l'importance critique de la terminologie dans toutes les approches et réponses aux phénomènes de violence.

Pertinence du paramètre de l'intentionnalité

S'il est souvent difficile d'analyser les causes des attaques sur l'action médicale, les conséquences s'avèrent être essentiellement l'altération de la prestation de soins ou de l'accès des patients aux services de santé. L'insécurité que génère une violence imprévisible induit des effets secondaires. Une personne expérimentée de MSF et des situations humanitaires en général, Fiona Terry, souligne :

« La violence contre les services sanitaires a le plus souvent pour conséquence leur suppression ou leur inaccessibilité dans les moments où ils seraient le plus nécessaires. La violence entraîne la fermeture des structures sanitaires et la fuite de leur personnel, ce qui prive les patients de l'accès aux soins. Le réapprovisionnement des centres médicaux en médicaments, en matériel et en équipement est un problème majeur dans des contextes d'insécurité comme l'est la Somalie aujourd'hui. Les habitants des régions du sud et du centre se trouvent privés de soins parce que les camions d'approvisionnement ne peuvent pas passer²⁸ ». [Trad. CICR]

Ainsi, vouloir distinguer entre violence criminelle et violence tactique, dans le cadre d'une bataille ou plus ponctuellement d'un combat de rue, ou enfin dans la perspective d'un combat stratégique qui souhaite faire du déni de soins un objectif de guerre, n'est sans doute pas vraiment pertinent du point de vue de ceux qui en sont les premières victimes. Dans bien des cas, les distinctions n'apparaissent que rétrospectivement, et dans une logique d'analyse historique ou juridique.

En effet, la question de la privation intentionnelle de soins peut être éclaircie par le biais d'une analyse de nature politique qui est souvent menée après coup. Omettre de procéder à une telle analyse amène parfois à remettre la question des responsabilités à plus tard et à se focaliser sur les conséquences médicales. Analyser une situation sous l'angle du déni de soins revient à ignorer les différentes formes de violence pour ne retenir que leurs conséquences. Cette perspective peut être nécessaire lors de négociations locales, mais elle pourrait sembler désaffilier ces pratiques des responsabilités politiques auxquelles elles sont attachées et amalgamer des événements très divers. Dans la perspective inverse, une perception qui favorise

27 En effet, le terme sanctuaire implique une capacité sociale à extraire des individus d'une situation de danger et à produire une situation en violation des règles communes ; dans le contexte nord-américain, le concept de sanctuaire renvoie à des campagnes locales et exceptionnelles menées par des religieux, utilisant un « pouvoir pastoral » en faveur de quelques réfugiés. Ce concept de sanctuaire ne remettant pas en cause le sort de la majorité des autres réfugiés. Il ne s'agit donc pas d'une valeur universellement acquise mais bien d'un rapport de force localement négocié. Randy Lippert, « Sanctuary Practices, Rationalities, and Sovereignities » dans *Alternatives: Global, Local, Political*, Vol. 29, No. 5, 2004, pp. 535-555.

28 Entretien avec Fiona Terry, Genève, 14 mai 2013.

l'analyse de l'intentionnalité pourrait s'avérer faussée par une perception biaisée ou peu informée de situations très complexes. Dans les deux cas, une organisation non-gouvernementale (ONG) médicale est peu apte à dégager une analyse étayée de la situation d'insécurité dans laquelle elle tente de fonctionner, souvent à cause d'une visibilité parcellaire sur les liens de causalité et les motivations qui sous-tendent ces phénomènes.

Remise en cause des principes

C'est en partie pour transcender ces limites analytiques que l'évocation des concepts fondamentaux de l'humanitaire peut apparaître comme une issue possible. De fait, la question des attaques sur la mission médicale est une atteinte aux principes de l'action humanitaire tels qu'ils sont définis par le droit international humanitaire²⁹. Si la neutralité de MSF est questionnée par l'existence même des choix opérationnels et médicaux qui sont opérés par MSF et qui relèvent d'une décision politique de la part de l'organisation, ce principe est au cœur du questionnement relatif aux attaques à l'encontre des activités médicales³⁰. L'interprétation de la neutralité comme condition des négociations ou comme principe fondamental est souvent placée dans une perspective historique. À ce propos, Fiona Terry mentionne :

« Lorsque le fondateur du mouvement Croix-Rouge, Henry Dunant, a proposé que les travailleurs médicaux et les volontaires acceptent d'être neutres en temps de guerre, c'est avec l'objectif assez clair de leur éviter de se faire attaquer. Le personnel médical et leurs assistants ne devaient pas participer aux combats et devaient être clairement identifiés en tant que tels par un signe distinctif. Mais comme toutes les bonnes idées, la neutralité des acteurs humanitaires en temps de guerre a soulevé de nombreux dilemmes pratiques et philosophiques³¹ ».

D'autre part, la neutralité et l'impartialité, comme le souligne Hugo Slim, sont les principaux points de tensions en Droit et en pratique³². L'article 23 de la quatrième Convention de Genève énonce clairement que l'aide peut être suspendue s'il existe des preuves que, grâce à elle, « un clair avantage militaire peut être apporté

29 Certaines prises de paroles publiques de MSF relatives aux incidents de sécurité mentionnent explicitement l'attaque aux principes fondamentaux de l'aide humanitaire médicale. « The attack on our team in Kismayo has been an attack on the very idea of humanitarianism and our ability to alleviate the suffering in Somalia », disponible sur : <http://www.msf.org/article/attack-our-team-kismayo-has-been-attack-very-idea-humanitarianism-and-our-ability-alleviate> (dernière consultation le 13 juin 2013).

30 Pour deux exemples historiques à des moments charnières : Max Huber, « Croix-Rouge et neutralité », dans *Revue internationale de la Croix-Rouge*, Vol. 18, No. 209, 1936, pp. 353-363 ; Carola Weil, « The Protection-Neutrality Dilemma in Humanitarian Emergencies: Why the Need for Military Intervention? », dans *International Migration Review*, Vol. 35, No. 1, 2001, pp. 79-116.

31 Entretien avec Fiona Terry, Genève, 14 mai 2013 ; Jean Pictet, *The Fundamental Principles of the Red Cross*, Henry Dunant Institute, Geneva, 1979.

32 Hugo Slim, Miriam Bradley, « Principled Humanitarian Action and Ethical Tensions in Multi-Mandate Organizations in Armed Conflict, Observations from a Rapid Literature review », World Vision, mars 2013, p. 13.

aux efforts militaires ou économiques de l'ennemi³³ ». Dans cette perspective juridique, l'aide n'a donc pas vocation à aider ou développer les capacités des parties au conflit. L'assistance médicale peut rencontrer des difficultés à s'imposer comme totalement impartiale si elle n'est pas perçue comme un bien commun mais comme bien particulier ou atout d'une des parties au conflit.

Si la neutralité est un concept historique, l'histoire de sa pratique est traversée de tensions et de tentations. Les acteurs humanitaires ont en effet souvent été actifs en faveur de l'une ou l'autre partie au conflit. De la guerre du Viet Nam aux conflits en Afghanistan contre l'envahisseur soviétique³⁴, les engagements humanitaires de la guerre froide ne suivaient pas toujours les principes de neutralité et d'impartialité, mais d'autres logiques, plus partisans, souvent centrées sur l'identification des victimes de régimes oppressifs, ce qui les a amenés à concentrer leurs efforts sur une cause ou un groupe en particulier. Dans l'histoire opérationnelle de MSF, ces choix démontrent bien une ambivalence vis-à-vis des principes dans la pratique³⁵.

Certaines dynamiques de guerre que l'on pourrait qualifier de totalisantes, dans le sens de l'envahissement progressif de l'ensemble des lieux privés et publics aux fins de l'intérêt politique et militaire du conflit, semblent quelquefois un impensé pour une organisation comme MSF. Il s'agit cependant d'analyser ici ces phénomènes en contraste avec les guerres dites « totales » du passé dans lesquelles la nature de la neutralité médicale et la protection des structures médicales ont été relativement établies, bien que l'historiographie récente révèle bien des manquements aux règles communément acceptées³⁶. En revanche, les guerres civiles du passé donnent de bons exemples de violence vis-à-vis des blessés et médecins.

Dans l'histoire française, le régime insurrectionnel de la commune de Paris en avril 1871 n'était pas légalement compétent pour signer la Convention de Genève et ne pouvait donc y adhérer qu'implicitement :

« La Société internationale des secours aux blessés ayant protesté auprès du gouvernement de Versailles contre les atroces violations de la convention de Genève, dont les troupes monarchiques se rendent journellement coupables, Thiers a fait cette réponse affreuse :

'La Commune n'ayant pas adhéré à la convention de Genève, le gouvernement de Versailles n'a pas à l'observer.'

La Commune a fait mieux jusqu'ici que d'adhérer à la convention de Genève.

33 Idem. Voir aussi Barbara Ann Rieffer-Flanagan, « Is Neutral Humanitarianism Dead? Red Cross Neutrality Walking the Tightrope of Neutral Humanitarianism », dans *Human Rights Quarterly*, Vol. 31, No. 4, 2009, pp. 888-915.

34 Scott Flipse, « The Latest Casualty of War: Catholic Relief Services, Humanitarianism and the War in Vietnam, 1967-1968 », dans *Peace and Change*, Vol. 27, No. 2, 2002, pp. 245-70 ; Christopher Kauffman, « Politics, Programs and Protests: Catholic Relief Services in Vietnam, 1954-1975 », dans *Catholic Historical Review*, Vol. 91, No. 2, 2005, pp. 223-50.

35 Fabrice Weissman (ed.), *In the Shadow of Just Wars: Violence, Politics and Humanitarian Action*, Hurst & Co, Paris & New York, 2004 ; Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011.

36 Annette Becker, *Oubliés de la grande guerre : humanitaire et culture de guerre, 1914-1918. Populations occupées, déportés civils, prisonniers de guerre*, Editions Noësis, Paris, 1998.

Elle a scrupuleusement respecté toutes les lois de l'humanité, en présence des actes les plus sauvages, des plus sanglants défis à la civilisation et au droit moderne, de nos blessés achevés sur le camp de bataille, de nos hôpitaux bombardés, de nos ambulances criblées de balles, de nos médecins et de nos infirmières même égorgées dans l'exercice de leur ministère³⁷. »

En date du 16 mai, la Commune le reconnaît officiellement, mais dans une interprétation assez étroite :

« La convention de Genève n'a pour but et pour effet que de garantir la neutralité des édifices et du personnel des ambulances militaires. À la reconnaissance de cette neutralité se borne l'adhésion de la Commune³⁸. »

Dans la pratique, les services de la Société des secours ont été harcelés par la Commune et, à partir du 15 avril 1871, leurs dirigeants ont été contraints de fuir³⁹. La première victime de la prise de Paris par le gouvernement de Versailles a été un certain Dr Pasquier, assassiné par les communards alors qu'il portait un brassard de la Croix-Rouge, mais la violence contre la Commune n'a pas épargné les installations médicales. Au lendemain de la Commune, des blessés identifiés par des médecins comme étant des communards ont été exécutés par les forces armées⁴⁰. Que ce soit durant la Commune de Paris, la guerre civile espagnole ou les conflits indochinois, toutes les guerres civiles sont malheureusement riches en anecdotes d'atrocités commises à l'encontre des services médicaux. Il convient cependant de regarder avec prudence ces distinctions entre guerres « conventionnelles » (ou internationales) et guerres « civiles », parce qu'en pratique les services médicaux n'ont pas été davantage épargnés pendant les guerres « conventionnelles ». Les conflits dits « conventionnels » ont, depuis la guerre d'Espagne de Napoléon I, une part de guerre contre-insurrectionnelle qui ressemble à s'y méprendre à ce que l'on nomme communément guerre civile⁴¹. Les conflits d'indépendances nationales, telle la guerre d'Algérie⁴², ont eu pour objet principal le soutien des populations et ont amené à l'utilisation politique des médecins et des soins de santé, au point de susciter trois congrès sur la neutralité de la médecine entre 1959 et 1968⁴³.

37 Journal Officiel de la Commune de Paris, 12 mai 1871.

38 Journal Officiel de la Commune de Paris, 15 mai 1871 (la déclaration de Paschal Grousset est postdatée).

39 Eugène Delessert, Épisodes pendant la Commune, Charles Noblat, Paris, 1872, pp. 60-64 ; B. Taithe, voir note 13 ci-dessus, p. 146 ; Bertrand Taithe, *Citizenship and Wars, France in Turmoil, 1870-1871*, Routledge, 2001, p. 137.

40 Par exemple, le massacre de l'hôpital de la rue d'Allemagne, les patients du Dr Dolbeau à l'hôpital Beaujon et l'exécution des Dr. Faneau et Moilin sont tous bien documentés : *idem*, p. 148.

41 Helen Yanacopoulos, Joseph Hanlon (eds), *Civil War, Civil Peace*, Open University, Oxford, James Currey, 2006.

42 Axelle Brodriez, « Le Secours populaire français dans la guerre d'Algérie: Mobilisation communiste et tournant identitaire d'une organisation de masse », dans *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, No. 90, 2006, pp. 47-59 ; Raphaëlle Branche, « Entre droit humanitaire et intérêts politiques : les missions algériennes du CICR », dans *Revue historique*, 301, 1 (609), 1999, pp. 101-125 ; Maurice Faivre, *La Croix-Rouge pendant la guerre d'Algérie : un éclairage nouveau sur les victimes et les internés*, Lavauzelle, Panazol, 2007.

43 « Troisième congrès de la neutralité de la médecine », dans *Revue Internationale de la Croix Rouge*, Vol. 50, No. 594, 1968, pp. 294-5.

Depuis la fin de la guerre froide, la multiplication de conflits locaux a amené à une perception de guerres dites « nouvelles », selon les travaux de Mary Kaldor⁴⁴. Dans ces conflits dits « asymétriques »⁴⁵ et situés dans des pays considérés à revenu intermédiaire⁴⁶, les conflits semblent générer des formes particulièrement fortes de violences envers les systèmes de santé, ceux-ci pouvant passer au laminoir des dynamiques de guerre. Le médecin et l'hôpital peuvent ainsi être quelquefois perçus comme une dyade à abattre en tant qu'ils représentent la possible préservation des ressources humaines de l'ennemi : ainsi, un médecin⁴⁷ travaillant en Syrie pour MSF rapporte qu'on lui aurait conseillé de se présenter comme journaliste plutôt que comme professionnel de santé. Dans certaines guerres « civiles »⁴⁸, la suspicion envers les services de santé et les insurgés peut être rattachée à une longue tradition qui va à l'encontre d'une perception qui qualifierait ce phénomène comme nouveau. Les armes cachées dans les hôpitaux, les tirs provenant des établissements de soins ont quelquefois justifié le massacre de personnels médicaux et parfois de leurs patients⁴⁹. Dans tous ces cas historiques, le « sanctuaire » médical semble ainsi bien entaché de partialité et de solidarités de classes ou politiques.

Dans une certaine mesure, les structures hospitalières, comme tous les autres services d'un État souverain, restent associées au régime politique précédent. L'aide aux insurgés que semble démontrer les soins donnés de façon impartiale devient, en miroir, la justification de violence contre les personnels médicaux. Dans une situation de guerre totale, soit idéologique soit de classe, il ne reste que peu de place pour les idéaux politiques relatifs au bien commun⁵⁰. En cela, le phénomène n'est malheureusement pas récent et la Convention de Genève de 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne ne se posait que peu la question d'une politisation complète des actes du quotidien tels que les soins

44 Mary Kaldor, *New and Old War*, Polity, Oxford, 1998-2006.

45 Pour une analyse de la notion de guerre asymétrique, voir Robin Geiß, « Asymmetric conflict structures », in *International Review of the Red Cross*, Vol. 88, No. 864, 2006, p. 759 : « Neither the term 'asymmetric warfare' nor the sometimes synonymously employed terms 'fourth-generation warfare' or 'non-linear war' have thus far been concordantly defined (...) Analysis shows, however, that there is a noticeable tendency in contemporary conflicts towards an increasing inequality between belligerents in terms of weaponry. »

46 Groupes de revenu : les économies sont divisées d'après le Revenu Net Brut (RNB) par habitant pour l'année 2011, calculé en utilisant la méthode World Bank Atlas. Les groupes sont : faible revenu, \$1,025 ou moins ; revenu intermédiaire – tranche inférieure, \$1,026 - \$4,035 ; revenu intermédiaire – tranche supérieure, \$4,036 - \$12,475 ; et revenu élevé, \$12,476 ou plus, disponible sur : <http://data.worldbank.org/about/country-classifications> (dernière consultation le 13 juin 2013). Mark R. Duffield, *Global governance and the new wars: the merging of development and security*, Zed Books, London, 2001 ; Edward Newman, « The "New Wars" Debate: A Historical Perspective is Needed », dans *Security Dialogue*, Vol. 35, No. 2, 2004, pp. 173-189.

47 Communication privée, Médecin MSF, mars 2013.

48 Christopher Cramer, *Civil War is Not a Stupid Thing: Accounting for Violence in Developing Countries*, Hurst, 2006, p. 33.

49 Laurence Brown, « 'Pour Aider Nos Frères d'Espagne': Humanitarian Aid, French Women, and Popular Mobilization during the Front Populaire », dans *French Politics, Culture and Society*, Vol. 25, No. 1, 2007, pp. 30-48.

50 Cette politisation se retrouve de façon assez marquée durant la seconde guerre mondiale : Paul Benkimoun, A. Bergogne et C. Coumau, « Les médecins et Vichy : Résistants, collaborateurs... », dans *Impact médecin hebdo*, No. 380, 1997, pp. 6-19.

de santé. Dans certains conflits contemporains, les populations craignent la mise en place d'une structure médicale en tant qu'elle risque d'attirer la possibilité d'un bombardement aérien⁵¹. Le bombardement des structures médicales portant le signe des Organisations internationales ou de la Croix Rouge est aussi un phénomène ancien puisque, dès le siège de Paris en janvier 1871, les autorités françaises dénoncent le phénomène tout en parquant des prisonniers ennemis dans des structures hospitalières afin de mieux protéger ces dernières⁵². De telles pratiques ont été constatées en 1877–1878 ainsi que dans plusieurs conflits ultérieurs⁵³.

En effet, un hôpital de guerre est une structure abritant une concentration de combattants remarquablement statique, une proie tentante dans une optique de victoire qui implique la destruction de l'ennemi. Il s'agit dès lors d'une cible privilégiée dans une logique de guerre totale. Ainsi, la vulnérabilité d'un blessé peut ne plus évoquer l'urgence du soin, mais l'opportunité de l'assassinat ; les principes d'humanité sont dès lors absolument niés ou évoqués aux seules fins de leur instrumentalisation dans la dynamique de guerre.

Dans d'autres cas, il s'agira pour les belligérants d'instrumentaliser les services médicaux afin d'asseoir leur emprise sur une communauté donnée⁵⁴. De plus, la possession de structures de soins est un sujet lié au principe de souveraineté⁵⁵ et l'affirmation d'un pouvoir autant qu'une source de légitimité politique. Sa perte ou sa destruction devient ainsi un enjeu essentiel dans des conflits qui perdurent et qui impliquent des alliances locales et internationales. Ce rôle essentiel de protecteur et de fournisseur de soins crée et ancre un pouvoir en place. Cette économie politique de la santé a historiquement été instrumentalisée par les humanitaires eux-mêmes afin d'accéder aux patients. Les négociations avec divers chefs de guerre en Afghanistan, par exemple, en sont une bonne démonstration historique⁵⁶.

Dès lors, que faire pour contrer ou simplement limiter ces dynamiques, si ce n'est invoquer le principe d'universalité visant à faire admettre qu'un lieu de soins bénéficie à tous et que leur préservation relève de l'intérêt mutuel bien compris ? Quelle est la différence entre soins en période de guerre et soins en contexte de paix ? Le rôle du médecin dans la guerre étant double – celui de soigner les victimes et celui d'accompagner quelquefois les forces combattantes – il est indiscutable qu'il peut manquer de clarté⁵⁷. L'aide humanitaire a même quelquefois été historiquement analysée comme pouvant soutenir l'effort de guerre : les pacifistes Quakers de la

51 Communication privée, responsable des urgences, MSF, mars 2013.

52 Charles Laurent, « Histoire de deux prisonniers allemands à Paris », dans *Annales Politiques et Littéraires*, 1911, pp. 304-306, pp. 338-339, pp. 358-359, p. 378 et pp. 404-406.

53 *Report and Record of the Operations of the Stafford House Committee for the Relief of Sick and Wounded Turkish Soldiers: Russo Turkish War, 1877-1878*, pp. 119-120.

54 Xavier Crombé, « Afghanistan retour négocié ? », dans Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011, pp. 65-91.

55 Antony Anghie, *Imperialism, Sovereignty and the making of International Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.

56 Archives MSF France, Afghanistan Gaazni, 1986-1989 ; Voir aussi les archives MSF France, Thaïlande 1989 sur le contexte de violence latente au Site II des camps Cambodgiens.

57 John T. Greenwood, F. Clifton Berry Jr., *Medics at War: Military Medicine from Colonial Times to the 21st Century*, Naval Institute Press, Annapolis, MD, 2005.

première heure voyaient en elle une façon d'internationaliser des conflits, voire de mobiliser femmes et enfants⁵⁸. De fait, il est indéniable que l'aide humanitaire en temps de guerre permet de mobiliser un environnement international et contribue ainsi à la narration des causes de conflits⁵⁹. Les rapports des ONG et les témoignages des victimes ne sont-ils pas souvent invoqués par la presse et par les États parties au conflit, comme pouvant servir quelquefois des fins politiques⁶⁰ ? En effet, contrôler les soins pourrait aussi être un moyen de contrôler le récit de guerre⁶¹ : le Biafra en est un exemple significatif⁶². Il s'agit donc d'une ressource et d'un capital symbolique dont l'utilisation pour construire des discours de propagande politique reste immense⁶³.

Pour conclure cette première partie, il faut noter que le questionnement autour des attaques sur la mission médicale de MSF s'est finalement souvent résumé à une interrogation de la part des équipes sur la pertinence, l'intérêt pour les populations et la valeur ajoutée médicale et opérationnelle de MSF à rester dans le contexte dans lequel les attaques ont eu lieu. Dans cette logique, la continuité des opérations prime sur les contingences liées aux phénomènes violents. L'invocation des concepts de neutralité a rarement empêché les attaques sur la mission médicale ; l'action médicale a souvent été instrumentalisée à des fins politiques. Aborder ce sujet nécessite à la fois d'être prudent dans le choix des termes employés, mais aussi de remettre en contexte les événements étudiés.

Essai de typologie des attaques sur la mission médicale et des attitudes face à ces attaques

Il convient de noter que, dans l'histoire de l'organisation, ces violences ont été récurrentes, paroxystiques ou chroniques, souvent hybrides, et ont impliqué plusieurs types de conséquences pour l'accès et la prestation de soins médicaux :

- Une atteinte générale à l'accès et à la prestation de soins, soit parce que les infrastructures sont devenues inopérantes, soit par absence de personnels de

58 Bertrand Taithe, « The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civilians, Humanitarianism and War in the 'Modern' Age », dans Roger Cooter, Steve Sturdy, Mark Harrison (eds), *War, Medicine and Modernity*, Sutton Publishing, Stroud, 1998, pp. 22-47.

59 Heather Jones, « International or Transnational? Humanitarian Action During the First World War », dans *European Review of History*, Vol. 16, No. 5, 2009, pp. 697-713.

60 Luc Boltanski, *La souffrance à distance : morale humanitaire, médias et politique*, Métailié, Paris, 1993 ; Rony Brauman, *Dangerous Liaisons: Bearing Witness and Political Propaganda. Biafra and Cambodia - the Founding Myths of Médecins Sans Frontières*, Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires, Paris, 2006.

61 Jonathan Benthall, *Disasters, Relief and the Media*, Tauris, London, 1993.

62 Henryka Schabowska, *Africa Reports on the Nigerian Crisis: News, Attitudes and Background Information. A Study of Press Performance, Government Attitude to Biafra and Ethnopolitical Integration*, Scandinavian Institute of African Studies, Uppsala, 1978; Donald Rothchild, « Unofficial Mediation and the Nigeria-Biafra war », *Nationalism and Ethnic Politics*, 3, No. 3, 1997, pp. 37-65 ; Enda Staunton, « The Case of Biafra: Ireland and the Nigerian Civil War », dans *Irish Historical Studies*, Vol. 31, No. 124, 1999, pp. 513-534 ; Daniel Bach, « Le Général de Gaulle et la guerre civile au Nigeria », dans *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Etudes Africaines*, Vol. 14, No. 2, 1980, pp. 259-272 ; John J. Stremlau, *The International Politics of the Nigerian Civil War*, Princeton University Press, Princeton, NJ, 1977.

63 Jonathan Benthall, *Disasters, Relief and the Media*, Tauris, London, 1993.

santé compétents, ces derniers ayant fait par exemple l'objet d'attaques directes ou indirectes.

- La désertification de certaines zones de santé, voire de certains pans de la médecine, liée aux violences directes et indirectes sur le personnel de santé et les patients.
- L'impossibilité d'assurer les soins de santé primaires, notamment le Programme Élargi de Vaccination, notamment en cas d'obstruction lors de l'octroi des soins, de pillages des stocks médicaux ou d'impossibilité pour le personnel médical de se déplacer à cause de l'insécurité.
- Un rétrécissement de l'espace de travail des organisations humanitaires, la survenue d'incidents entraînant dans certains cas graves une diminution dans l'octroi de l'aide et dans la couverture géographique de celle-ci.
- Le triage des soins selon des critères non médicaux (par exemple selon le genre, l'âge ou l'ethnicité des patients)⁶⁴.
- La sélection⁶⁵ de certains personnels sur des critères de genre, de religion ou de culture contraires aux principes qui régissent les pratiques de travail appliquées par MSF et aux principes énoncés dans sa charte.

Un ensemble de problématiques apparaissent comme corollaires de ces conséquences. Elles génèrent la survenue de tensions, fonctionnelles, éthiques voire identitaires, non seulement au sein de MSF, mais de manière générale au sein des organisations internationales, notamment en cas d'événements très lourds⁶⁶ et susceptibles de questionner les responsabilités singulières et institutionnelles.

Menaces, pressions, violences : des formes visibles et invisibles

En termes d'analyse de la sécurité, les formes les plus aiguës de violence sont aussi les plus visibles, en particulier l'assassinat de personnel de santé et de patients⁶⁷, quelquefois à l'intérieur même des structures de santé ou des ambulances. Ces événements peuvent engendrer un certain nombre d'effets quelquefois difficilement appréhendables. Ainsi, la fuite de personnel médical qualifié des services publics vers le secteur privé – phénomène notamment relevé en Amérique centrale où les violences de la part des réseaux de criminalité organisée⁶⁸ envers les professionnels

64 Archives MSF France, Afghanistan 1996, 1997 et 1998 notamment sur les conflits avec les Talibans sur l'accès aux soins pour les femmes.

65 Pierre Micheletti parle d'affectabilité dans « Les humanitaires français à l'épreuve de la Syrie », dans *Le Monde*, 28 février 2012, disponible sur : http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/02/28/les-humanitaires-francais-a-l-epreuve-de-la-syrie_1649002_3232.html (dernière consultation le 13 juin 2013).

66 Par exemple, voir : Médecins Sans Frontières, « Afghanistan - L'humanitaire "assassiné" », 5 juillet 2004, disponible sur : <http://www.msf.fr/actualite/articles/afghanistan-humanitaire-assassine> (dernière consultation le 13 juin 2013).

67 Un patient exécuté dans une ambulance de la croix rouge hondurienne : « Acribillan a un hombre dentro de ambulancia en Honduras » dans *La Prensa*, 20 mars 2013, disponible sur : <http://www.laprensa.hn/csp/mediapool/sites/LaPrensa/Sucesos/Policiales/story.csp?cid=365888&sid=951&fid=98> (dernière consultation le 29 août 2013).

68 Centre de santé fermé à Tegucigalpa en raison de menaces constantes et d'extorsion par les Maras : « Mareros le sacan carrera a personal de centro de salud », dans *La Tribuna*, 8 décembre 2012, disponible sur : <http://www.latribuna.hn/2012/12/08/mareros-le-sacan-carrera-a-personal-de-centro-de-salud/> (dernière consultation le 13 juin 2013).

de santé sont bien renseignées⁶⁹ – implique non seulement l'appauvrissement des dites structures, mais également une complexification dans l'octroi des soins. En effet, des collègues médecins travaillant dans l'État de Mexico rapportent qu'ils doivent éviter certains territoires aux mains des cartels afin de pouvoir exercer⁷⁰. Dans des situations de guerre larvée, les pratiques de violence tactiques peuvent associer cynisme et terreur. Ainsi, un cadre de MSF opérant en Irak énonce le désarroi des équipes face à des attaques particulièrement violentes et ciblant directement les véhicules sanitaires et les hôpitaux :

« Un modus operandi est utilisé de manière récurrente en Irak, et consiste en des attaques multiples : une première explosion – parfois relativement faible – fait quelques victimes et entraîne un regroupement de personnel de secours, de forces de sécurité et de curieux sur les lieux de l'explosion ; une seconde explosion est alors déclenchée – souvent de plus forte intensité –, et d'autant plus meurtrière que de nombreuses personnes sont sur place pour porter secours aux victimes de la première. Parfois, celle-ci est suivie d'une troisième qui cible l'hôpital où sont transportés les blessés. Ce type de scénario s'est concrétisé trois fois en 2011 à Kirkuk, interrompant de facto la chaîne des secours, et plus largement le fonctionnement de l'hôpital de référence, entraînant l'évacuation des équipes ou leur bunkérisation et donc la suspension des soins dans les services où opère MSF. Cette menace diffuse mais constante s'est concrétisée le 21 décembre 2011, quand la voiture transportant les victimes d'une première attaque, ciblée celle-ci, était elle-même piégée et a explosé dans l'enceinte du Jumhuri Hospital, blessant un médecin irakien »⁷¹.

Plusieurs responsables de MSF expliquent que, face à ces situations de violence extrême, les scénarii opérationnels (en opposition avec les prises de paroles publiques) pour y répondre sont, finalement, assez limités. Dans des circonstances comparables sinon similaires, MSF a soit procédé à une réduction temporaire ou définitive des équipes expatriées, régionales ou nationales ; soit au gel des activités ; ou a enfin choisi une suspension temporelle ou définitive des programmes médicaux quels qu'ils soient. Dans bien des cas, la sortie définitive du pays est une possibilité dont on ne prend la mesure que lorsque le risque est évalué à l'aune de l'impact médical que peut avoir MSF. Cependant, le retrait temporaire ou permanent ne semble être une menace pertinente que dans le cadre d'une économie politique de la santé dans laquelle l'autorité souveraine a les moyens de faire cesser la violence et a le besoin d'une présence continue de l'aide médicale.

Or, ces deux conditions sont assez aléatoires et les tergiversations du régime Taliban dans les années 1990 montrent bien que les politiques de la santé sont souvent sujets de débats internes qui sont repris en écho à MSF⁷². Des situations militaires

69 À Ciudad Juarez et dans l'État de Tamaulipas, notamment : « Médicos huyen por violencia », dans *El Universal*, 5 octobre 2010, disponible sur : <http://www.eluniversal.com.mx/primer/35648.html> (dernière consultation le 13 juin 2013).

70 Communication privée, conseiller de MSF, Mexico, 2013.

71 Entretien avec François Delfosse, Chef de mission MSF, Genève, 12 avril 2012.

72 Archives MSF France Afghanistan 1996, 1997, 1998.

et politiques complexes génèrent parfois des logiques contradictoires vis-à-vis de la valeur intrinsèque d'une aide médicale autonome. Enfin, une crise des « vocations »⁷³ semble également se profiler⁷⁴. Le métier de médecin catalysant dans certains contextes des risques significatifs, les professionnels de santé préfèrent quelquefois émigrer afin d'exercer dans des conditions plus sereines. Dans bien des domaines, l'analyse des faits de violence tend à en démontrer l'extraordinaire complexité, tant dans ses ressorts que dans ses conséquences, et de nombreuses difficultés apparaissent quand il s'agit de les prévenir et de les analyser, spécialement quand l'insécurité quotidienne brouille toute idée de normalité pour les équipes.

Nature des activités et violences spécifiques

La nature des activités médicales mises en œuvre peut également catalyser des tensions, voire des violences spécifiques. L'activité chirurgicale⁷⁵ notamment, en ce qu'elle concentre au sein d'un même espace les différents types de belligérants et que cet exercice médical peut être perçu comme préservant ostensiblement les forces militaires de l'ennemi ou de la communauté adverse. Ainsi, en 2003 en République Démocratique du Congo, dans la ville de Bunia située en Ituri, les combats entre deux communautés ont amené MSF à assurer des services d'ambulance pour transporter les blessés d'une ethnie qui n'avaient plus accès aux structures médicales tenues par l'autre ethnie :

« On a négocié des deux côtés, d'ailleurs, aussi bien du côté Hema que Lendu afin d'assurer une prise en charge des blessés et des malades. A un moment, MSF a été soupçonnée de ne plus être impartiale, par les deux côtés, et un expatrié s'est fait kidnappé pendant plusieurs jours. Cela a amené l'organisation à ne quasiment plus sortir de la ville de Bunia pendant près de deux ans. On ne répondait plus aux épidémies dans le district par exemple⁷⁶ ».

En amont de l'intervention médicale, le tri dans les unités d'urgences hospitalières catalyse également un nombre important de tensions : « Les prises en charge simultanées d'un grand nombre de victimes – malades ou blessés – ont comme dénominateur commun le tri médical. Lorsque les secours sont initialement débordés par l'ampleur d'un événement, il faut dans un premier temps catégoriser les victimes

73 Communication privée, Personnel enseignant, Université de Mexico, Faculté de Médecine, Mexico, 26 avril 2011.

74 Il n'y a pas de médecins dans les 74 municipalités du pays, où vivent environ 500 000 personnes. Il y a un nombre élevé de plaintes contre the Secrétariat de la Santé pour le manque de traitements disponibles, « No hay médicos en 74 municipios del país », dans *La Prensa*, 2 avril 2011, disponible sur : <http://archivo.laprensa.hn/content/view/full/488396> (dernière consultation le 13 juin 2013).

75 Médecins Sans Frontières exprime sa vive inquiétude pour la sécurité de son centre chirurgical d'Aden, suite à l'irruption dans l'hôpital d'un groupe d'hommes en armes dans la nuit du 18 au 19 juin. Ces hommes ont tenté d'emmener un patient qui était soigné dans la salle d'urgence. Médecins Sans Frontières, « Yémen : MSF appelle au respect de la neutralité des hôpitaux », 21 juin 2012, disponible sur : <http://www.msf.fr/actualite/articles/yemen-msf-appelle-au-respect-neutralite-hopitaux> (dernière consultation le 13 juin 2013).

76 Entretien avec Laurent Ligozat, Directeur adjoint des Opérations, MSF Suisse, Genève, 13 mai 2013.

pour les traiter par ordre de priorité médicale. Le tri fait entrer le singulier dans le collectif et surgir l'individu de la foule. Il permet ainsi de sortir de la politique pour entrer dans l'éthique⁷⁷ ». Le tri médical, en ce qu'il fait jouer symboliquement et effectivement la concurrence des victimes, devient alors un enjeu social et politique et la source d'un certain nombre d'incidents recensés sur le terrain. Dans bien des cas, les patients, familles et associés des patients tentent de reléguer au second plan les impératifs médicaux au profit du bénéfice immédiat d'un individu particulier ou d'un groupe. Cette interférence directe dans la prestation des soins reflète le fait que la présence médicale antérieure à l'intervention humanitaire n'est pas toujours perçue comme neutre ou impartiale ou simplement peut être orientée en fonction d'un intérêt personnel.

Les campagnes de vaccination ont également été récemment l'objet d'attaques répétées, non seulement sur les acteurs de santé, mais également de la part des populations qui refusent⁷⁸ un acte qui pourrait symboliser des formes d'impérialisme sanitaire⁷⁹.

Face à ces oppositions souvent violentes à l'action médicale, une analyse de contexte s'avère nécessaire ainsi qu'une réflexion sur l'étayage historique, politique et social qui les sous-tend. Toute population a sa propre perception de l'acte médical et ses propres coutumes qui lui sont attachées, en fonction de son interaction avec des systèmes de santé ou des professionnels qui peuvent être perçus à la solde d'un pouvoir dominant, ou simplement guidés par une logique mercantiliste voire crapuleuse. L'acte médical est ainsi rarement neutre et l'hôpital n'est pas une structure insulaire guidée par des principes métaphysiques.

Le type d'activités menées, l'histoire du corps médical dans un pays donné et la réalité des politiques de triage qui opèrent *de facto* une hiérarchisation des victimes sont de nature à amplifier les tensions sociales et politiques existantes dans les pays d'intervention. Favoriser des traitements de type vertical, dans lesquels les ressources sont utilisées exclusivement au service d'une campagne sanitaire concentrée implicitement ou explicitement sur une seule maladie, comme la polio ou la tuberculose, au dépend de logiques plus « horizontales », ou privilégier l'éradication d'une maladie quand d'autres restent sans traitement, semble souvent être perçu par

77 Pierre Valette, *Du tri à l'Autre : Éthique et médecine d'urgence*, Thèse présentée et soutenue à l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée, 1^{er} décembre 2011, p. 181.

78 « While security concerns persist in Nigeria – amplified by the August bombing of UN headquarters in Abuja – a quarter of the children not vaccinated in the July 2011 immunization campaign were due to refusals – with greater than 80% of refusals in the northern States of Kano, Sokoto and Jigawa. » Heidi J. Larson, Pauline Paterson, « Eradicating polio: persisting challenges beyond endemic countries », dans *Expert Review of Vaccines*, 2011, pp. 1635–1636.

79 Le corps et les populations résistent aux pratiques biomédicales systématiques, ils y résistent de façon organique dans ce sens que la maladie permet une définition du soi et du non-soi, du soi et de l'autre, du pathologique et du normal. Mais corps et populations résistent aussi selon les contextes sociaux et politiques particuliers. Julie Laplante, Julie Bruneau, « Aperçu d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'éthique d'une pratique humanitaire », dans *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*. Vol. 10, Suppl. 2, 2003, pp. 519-536, disponible sur : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-5970, (dernière consultation le 13 juin 2013).

les populations comme la politique préférée de logiques sanitaires autoritaires⁸⁰. Ces campagnes contre les grandes endémies rappellent d'autres campagnes antérieures, dont certaines ont pu sembler parfois expérimentales, même si elles étaient justifiées par un discours éthique⁸¹. De cette époque pionnière, on peut retrouver des tensions et des incompréhensions qui demeurent d'actualité aujourd'hui. Ces tensions se retrouvent aujourd'hui quand des campagnes spécifiques font l'impasse sur les besoins réels ou perçus des populations⁸². Trouver des leviers de pouvoir effectifs, de nature à infléchir ces tensions afin d'organiser un espace sécurisé d'intervention médicale, relève souvent d'une ingénierie opérationnelle ciblée qui intègre l'ensemble de ces dimensions. Aussi, un travail conséquent doit être initié afin de recenser les pratiques ayant permis la mise en œuvre des secours médicaux de manière efficace.

De la violence tolérée à la violence intériorisée ?

Entre la tolérance et l'intériorisation des phénomènes de violence, il n'existe peut-être pas de frontière très nette. Ces deux mécanismes font souvent écho à des sentiments d'insécurité personnelle, mais peuvent se fonder et se légitimer par une analyse étayée de la micro-politique locale⁸³. Les interventions humanitaires évoluent dans des contextes difficiles et les équipes médicales n'ont pas vocation à résoudre les problématiques socio-politiques qui s'y déroulent⁸⁴. Dans la pratique, les équipes éprouvent souvent certaines difficultés à établir les tendances globales liées à des attaques, surtout si la question de l'intentionnalité qui les sous-tend reste extrêmement complexe à cerner et à apprécier. Il en résulte une sorte de permissivité vis-à-vis des vexations ou des pressions quotidiennes quelquefois vécues sur les terrains d'intervention. Seules les attaques les plus brutales contre les missions médicales de MSF font l'objet d'un rapport ou de dénonciations : atteintes aux structures de santé afin d'identifier les opposants au régime en place⁸⁵, vols de dossiers médicaux

80 Maryinez Lyons, *The Colonial Disease: A History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992 ; Poonam Bala (ed.), *Biomedicine as a contested site: some revelations in imperial contexts*, Lexington Books, Lanham, MD, 2009 ; Lea Berrang-Ford, Martin Odiit, Faustine Maiso, David Waltner-Toews, John McDermott. « Sleeping sickness in Uganda: revisiting current and historical distributions », dans *African Health Sciences*, Vol. 6, No. 4, 2006, pp. 223-31.

81 Benjamin N. Azikiwe, « Ethics of Colonial Imperialism », dans *The Journal of Negro History*, Vol. 16, No. 3, 1931, pp. 287-308.

82 David Arnold (ed.), *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester University Press, Manchester, 1988 ; Laëtitia Atlani-Duaault, Jean-Pierre Dozon, « Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale », dans *Ethnologie française*, Vol. 41, No. 3, 2011, pp. 393-404.

83 Un domaine dans lequel les équipes MSF ont souvent faits preuve d'une grande sensibilité informant parfois les prises de positions internationales. Archives MSF France, *Comité Solidarité étranger* (Afghanistan, 1985-7).

84 Sur la difficulté des équipes à analyser les phénomènes de violences voir : Françoise Duroch, « Le viol, arme de guerre : l'humanitaire en désarroi », dans *Les Temps Modernes*, No. 627, 2004, pp. 138-147.

85 Médecins Sans Frontières, « MSF Calls For End to Bahrain Military Crackdown on Patients », 7 avril 2011, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5170&cat=press-release> (dernière consultation le 13 juin 2013).

confidentiels⁸⁶, assassinats et enlèvements de patients et personnels⁸⁷. À chaque fois présentées dans leur singularité, ces problématiques ont pu être localement des éléments décisifs dans la gestion des ressources et des relations avec les acteurs politiques locaux.

On peut par exemple noter des formes d'intériorisation⁸⁸ de certains types de violences⁸⁹ vécues de manière répétées de la part des équipes MSF et des patients, contraints de faire parfois l'expérience quotidienne du harcèlement, des menaces et du chantage. Ainsi, un nombre significatif d'incidents ne sont rapportés que de manière parcellaire⁹⁰. Dans cette banalisation de la violence apparaîtrait le risque d'une culture tacite, voire permissive de l'organisation qui se nourrirait de l'individualisation des réponses et dépendrait, dans la pratique, des capacités de négociation de ses membres. Intérioriser les actes de violence, pour les acteurs et militants humanitaires, serait faire de ces phénomènes un non-dit, une normalité quotidienne usante et potentiellement traumatique. En conséquence, une organisation pourrait se trouver incapable de mesurer les véritables dangers. Ces phénomènes d'intériorisation peuvent être perçus comme des blancs-seings justifiant leur répétition. De plus, l'acceptation tacite par les équipes MSF de « règles » à observer – pour le recrutement du personnel, pour la conduite de projets, pour les choix opérationnels eux-mêmes – sans cesse changées par certains acteurs du conflit peut devenir à la longue une forme de soumission. La définition de « lignes rouges » à ne pas franchir pour éviter de passer du compromis à la compromission a été évoquée ailleurs⁹¹ mais reste d'actualité pour l'organisation.

86 « MSF is gravely concerned for the safety of our staff and patients following a serious incident occurring in an MSF medical facility in Dinsor (Bay region, Somalia) on December 27. After taking control of Dinsor, representatives of military forces entered the MSF medical facility, pressured the Somali medical staff employed by MSF, and confiscated all inpatient confidential medical files », in Médecins Sans Frontières, « After a Week of Intense Fighting in Somalia, MSF Extremely Concerned about the Security of Medical Staff and Safety of Patients », 28 décembre 2006, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=1916&cat=press-release> (dernière consultation le 13 juin 2013).

87 Par exemple en Somalie lors l'assassinat de deux collègues de MSF en décembre 2011 à Mogadiscio.

88 Le Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier fait un constat similaire et constate qu'une politique incitant au signalement peut engendrer une augmentation des signalements alors que la tolérance au fait de violence reste très dépendante des personnes qui en sont victimes « Les établissements ne déclarent pas tous de la même façon les événements subis car une part d'analyse subjective du fait demeure, et le seuil de tolérance à l'agression est très différent d'un personnel à un autre, d'une structure à une autre, d'un établissement à un autre. » Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier, 2011, p. 6.

89 « Il convient enfin de rappeler que la problématique de la violence au sein des établissements de santé impose prudence et définitions préalables car la violence est protéiforme et subjective. Chaque acteur confronté à cette notion en donne une définition propre et ce constat doit impérativement être pris en compte avant toute tentative d'analyse, afin de définir un langage commun à partir duquel chacun pourra puiser les éléments de communication et d'information qu'il recherche. » Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier*, 2011, p. 4.

90 Communication privée, Cadre de terrain, MSF Yémen, mars 2013.

91 Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011.

Criminalisation de l'acte médical ?

Enfin, la question de la criminalisation de l'acte médical est également à soulever. Ainsi, dans la bande de Gaza ou encore en Somalie, suite aux nouvelles législations mises en place dans le cadre de la guerre contre le terrorisme et adoptées par un ensemble de pays, la question de l'octroi de soins médicaux a été posée. Il s'agissait de savoir dans quelle mesure la fourniture d'une assistance médicale à des personnes ou des groupes considérés comme terroristes tombait sous la rubrique « soutien matériel au terrorisme », tel que défini par le « Patriot Act » américain, adopté après le 11 septembre 2001⁹².

« (...) dans deux procédures pénales (US v. Shah and US v. Farhane) engagées contre des médecins idéologiquement affiliés à Al-Qaïda, et non contre des organisations humanitaires, les médecins en question ont été reconnus coupables de soutien au terrorisme pour avoir apporté des soins médicaux à des membres d'un groupe proscrit. L'exception humanitaire a ici fait l'objet d'une interprétation étroite, comme incluant la fourniture de médicaments uniquement, et non de traitement relevant d'une expertise médicale. Cependant, un élément décisif dans chacune de ces deux affaires a été l'engagement avoué des accusés envers les objectifs d'Al-Qaïda et les verdicts confirment qu'une toute autre conclusion pourrait être atteinte dans le cas d'organisations humanitaires indépendantes n'agissant pas sous 'la direction ou le contrôle d'une organisation terroriste étrangère'⁹³ ». [Trad. CICR]

La manipulation de l'aide médicale à des fins politiques a également amené, dans plusieurs cas, des organisations médicales telles que MSF à se retirer complètement de certains contextes. Ainsi, MSF se retire en 1994 des camps de réfugiés rwandais afin de ne plus contribuer à l'instrumentalisation de l'aide humanitaire par les génocidaires :

« Même si l'impact des services médicaux de MSF a été marginal comparé à celui d'organisations distribuant de la nourriture, [...] notre participation au système d'aide nous a impliqués dans l'ensemble de ses conséquences. [...] Depuis notre présence dans les camps jusqu'au détournement de nos ressources, nous sommes directement complices des actes de malfeasance qui s'en sont suivis⁹⁴ ». [Trad. CICR]

Cette situation avait déjà connu un précédent en Éthiopie dans les années 80, comme le décrit Rony Brauman, alors Président de MSF France :

« La routine du travail humanitaire en venait à dissimuler la participation à des violences de masse devenues la première cause de mortalité dans le pays. Imaginons : je me lève, je vérifie mon matériel médical, je vais faire ma consulta-

92 Le titre du PATRIOT Act est « Uniting and Strengthening America by Providing Appropriate Tools Required to Intercept and Obstruct Terrorism ».

93 Sara Pantuliano, Kate Mackintosh, Samir Elhawary avec Victoria Metcalfe, « Counter-Terrorism and Humanitarian Action, Tensions, Impact and Ways forward », HPN Policy Brief n° 43, octobre 2011, pp. 4-5.

94 Fiona Terry, *Condemned to Repeat? The Paradox of Humanitarian Action*, Cornell University Press, Ithaca et Londres, 2002, p. 3.

tion au dispensaire, je participe à une réunion avec le comité de coordination de la région, je passe une commande de médicaments à mon siège, je fais une visite à l'hôpital. Cette activité quotidienne, motivée par la conviction de participer à une opération de sauvetage, peut voir son sens totalement inversé, inscrit au contraire dans une stratégie d'oppression, retournée contre les intentions qu'elle poursuivait, sans rupture de sa routine. (...) Nous nous étions peu à peu retrouvés dans un processus « eichmannien » de suspension de l'esprit critique, déléguant en quelque sorte notre responsabilité aux instances supérieures (...) en accomplissant des gestes routiniers anoblis par l'intention secourable qui les sous-tendait⁹⁵ ».

Reprenant ici la question de l'intériorisation de la violence du quotidien et l'absence de cadre critique que ce mécanisme peut générer, R. Brauman montre bien en quoi la violence intériorisée peut devenir une dimension délétère du travail humanitaire dans son ensemble, vidant de sa substance les principes même de la philanthropie. Les formes de violence de masse, comme les brimades du quotidien ou les risques extrêmes que font peser les guerres sur le personnel médical et les patients MSF représentent des enjeux intriqués, à la fois individuels et institutionnels au cœur des questions actuelles.

Conclusion : la campagne de MSF « Medical Care Under Fire »

Nous venons de voir que, quel que soit le type d'attaque sur la mission médicale, la principale conséquence reste la rupture, temporaire ou définitive, de l'accès aux soins pour toute ou une partie de la population. Dans ce contexte, doit-on considérer la création de déserts sanitaires « administratifs », où les autorités refusent délibérément de mettre des moyens en place pour certaines zones ou certaines catégories de populations comme une menace indirecte sur la mission médicale ?

Il semblerait que la question de l'intentionnalité soit finalement une des plus délicates à appréhender et à cerner et que la pertinence de ce facteur comme élément d'analyse de terrain soit questionnable, bien que son importance politique et historique demeure incontestable.

En réponse à l'ensemble de ces questions, MSF a décidé en 2013 d'initier un projet au niveau du mouvement avec comme objectifs de développer un programme de recherche documentant les conséquences médicales et humanitaires des attaques sur les patients, le personnel de santé, les structures et véhicules sanitaires. L'intention du projet est de se centrer sur l'amélioration de l'accès des patients aux soins de santé et de la sécurité des personnels dans l'exercice large de leurs fonctions. Ce projet vise également à évaluer les conséquences épidémiologiques liées à l'interruption de soins suite à une attaque. Afin de mesurer la part du risque réel et ceux liés aux dimensions liées aux phénomènes de perception, ne serait-ce que pour écarter l'idée d'une « moral

95 Rony Brauman, « La routine du travail humanitaire en venait à dissimuler la participation à des violences de masse », dans *Philosophie Magazine*, disponible sur : <http://www.philomag.com/les-idees/dossiers/rony-brauman-la-routine-du-travail-humanitaire-en-venait-a-dissimuler-la> (dernière consultation le 13 juin 2013).

panic », le projet prévoit de développer la collecte de données actuelles et historiques selon des définitions et des méthodologies partagées. Comme le suggère un cadre MSF, ce projet pourrait également permettre d'avoir une meilleure compréhension des phénomènes de violences jusqu'alors occultées, notamment celles que subissent les équipes nationales⁹⁶.

La préoccupation actuelle de l'organisation est à la fois l'absence de données narratives et statistiques concernant les attaques sur la mission médicale, ce qui semble souligner une carence actuelle ainsi qu'un véritable enjeu pour l'institution de produire une analyse cohérente des risques qu'elle encourt. Certains souhaitent que ces problématiques de violence soient analysées de manière plus systématique par MSF afin de dégager une tendance globale et une meilleure compréhension de la nature du problème. Concrètement, il peut s'agir de l'utilisation d'une base de données commune aux différentes sections de MSF – encore dans une phase expérimentale – doublée d'une réflexion sur les enjeux et les risques que peut représenter l'utilisation d'outils statistiques, chronophages pour les équipes et dont la pertinence est souvent questionnée.

Cependant, et au-delà de la mise en place de moyens communs et partagés qui permettraient d'optimiser les données transversales du mouvement MSF et de potentiellement créer une compréhension commune de ces problèmes, un enjeu essentiel reste de mener une réflexion critique vis-à-vis des phénomènes liés à l'insécurité⁹⁷ dans le cadre des actions humanitaires.

Partant du postulat que les incidents de sécurité résultent de la conjonction d'un ensemble d'éléments autorisant ou non la survenue de ceux-ci, la responsabilité des organisations humanitaires, tant dans l'élaboration des politiques opérationnelles, la qualité de l'aide octroyée, le choix et le recrutement des personnels, ne saurait être d'emblée disqualifiée dans une logique de recherches. Il ne saurait donc s'agir de se complaire dans une posture victimaire ou simplement dénonciatrice quand l'aide humanitaire médicale reste partie prenante des conflits dans lesquelles elle s'engage – encore faut-il qu'elle le fasse de façon la plus lucide possible. Une analyse des faisceaux de causalité qui autorisent la survenue de ces incidents de sécurité, et notamment une appréciation plus fine des responsabilités individuelles, de groupes, et de l'aléatoire/l'arbitraire doit être menée. Ces analyses devraient permettre à l'organisation d'établir des messages forts, pouvant être portés devant les décideurs : le coût humain des opérations notamment, le « *knock on effect* » (effet immédiat, moyen et long terme sur les systèmes de santé) et les conséquences pour les patients. Mettre en place une méthodologie de recueil de données commune aux différentes sections du mouvement MSF, ainsi qu'analyser de manière actuelle et rétrospective ces violences permettra de suivre ces phénomènes dans le temps, ce qui semble difficile aujourd'hui.

96 Entretien avec Laurent Ligozat, Directeur adjoint des Opérations, MSF Suisse, Genève, 13 mai 2013.

97 Elsa Rambaud, « L'organisation sociale de la critique à Médecins sans frontières », dans *Revue française de science politique*, Vol. 59, No. 4, 2009, pp. 723-756.

Q&R : « LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER »

Entretien avec Pierre Gentile

Responsable du projet « Les soins de santé en danger »,
Direction des opérations du CICR.

En 2011, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a lancé le projet « Les soins de santé en danger », une initiative mondiale qui poursuit un objectif ambitieux : rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et les autres situations d'urgence. Deux ans plus tard, Pierre Gentile, responsable du projet au sein du CICR, nous parle des progrès réalisés, des défis qui se posent et de la voie à suivre pour que ce souhait devienne réalité.



Qu'est-ce que le projet « Les soins de santé en danger » ?

Le projet « Les soins de santé en danger » est né d'un triste constat : les patients, les personnels de santé, les structures et les véhicules médicaux sont aujourd'hui encore plus touchés par la violence qu'auparavant. Il suffit de suivre l'actualité – qu'il s'agisse de l'attaque d'une ambulance au Moyen-Orient ou du pillage d'un centre de santé en République centrafricaine, cette violence ne passe pas inaperçue dans les médias internationaux.

Cependant, même si le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et bien d'autres acteurs avaient souvent été témoins de ces événements, qui les avaient parfois même touchés de manière tragique, ils abordaient ce problème non pas comme un thème en tant que tel, mais plutôt comme une somme d'incidents isolés, n'ayant aucun lien entre eux. L'ensemble de la communauté internationale faisait de même. Après avoir mené une étude sur le terrain, nous nous sommes rendu compte qu'il existait des schémas habituels de violence, indépendamment du contexte dans lequel celle-ci était exercée. Nous avons alors lancé le projet « Les soins de santé en danger » en commençant par sensibiliser l'opinion publique au problème et aux conséquences humanitaires de ce

phénomène, qui touche probablement des millions de personnes dans le monde. Nous mobilisons toute une série d'acteurs, tels que professionnels de la santé, autorités nationales et ministères de la Santé. Avec leur aide, l'équipe de projet s'attache à établir des bonnes pratiques et des recommandations qui puissent contribuer à rendre plus sûre la fourniture des soins de santé sur le terrain.

« Les soins de santé en danger » est un projet reposant sur des observations factuelles. Qu'est-ce que cela signifie concrètement ?

Dans le présent numéro de la Revue se trouve un article de Robin Coupland, conseiller médical du CICR, qui donne un aperçu de l'étude que nous avons menée dans 16 pays – une première démarche visant à recenser et analyser les incidents violents ayant touché les soins de santé entre 2008 et 2010. Cette étude nous a permis de mieux comprendre le phénomène et a servi de fondement au projet. Mais nous ne nous sommes pas arrêtés là ; la méthode a évolué et nous avons continué à récolter des informations dans un plus grand nombre de pays. Pour chaque incident recensé, la qualité des données est d'abord contrôlée dans la délégation concernée du CICR sur le terrain. Les données sont ensuite centralisées et saisies de manière systématique à Genève, afin de garantir que les différents cas soient interprétés de manière cohérente dans les différents pays participant à la collecte de données. En 2013, le CICR a publié un nouveau rapport fondé sur une année complète de récolte de données dans 22 pays touchés par la violence armée. Sur cette base, nous avons pu analyser plus de 900 incidents.

Par rapport à la réalité qu'elles reflètent, ces données ne sont que la pointe de l'iceberg. Nous ne prétendons pas brosser un tableau complet des incidents qui se produisent ; nous ne pouvons avoir connaissance que d'une petite partie d'entre eux, et ces chiffres ne reflètent donc pas exactement la réalité sur le terrain. Cependant, nous pensons que la méthode utilisée nous permet de comprendre les principales tendances. Nous avons l'intention de continuer à récolter des données de manière régulière et de publier des rapports annuels. Nous espérons constater, avec le temps, une évolution positive de la situation sur le terrain.

Quelles sont les principales observations du projet « Les soins de santé en danger » à ce stade ?

Les principales tendances que nous avons constatées peuvent être résumées en trois points :

Premièrement, la grande majorité des personnels de santé touchés sont des prestataires locaux, tandis que les prestataires internationaux de soins de santé sont victimes de violence dans seulement 7 % des cas – une réalité bien différente de l'idée que nous en donnons généralement les médias. Et même ce chiffre est probablement surestimé. Simplement, nous sommes davantage informés des incidents qui touchent les acteurs internationaux que de ceux qui touchent les prestataires locaux de soins, en particulier lorsque ces incidents se produisent dans des régions reculées.

La proportion des prestataires locaux victimes de violence est donc probablement plutôt de 95 à 97 %.

Il est essentiel pour nous de comprendre cette tendance, afin de ne pas considérer que notre projet et le fait de protéger les soins de santé ne visent qu'à permettre aux organisations internationales d'avoir accès à des zones reculées ; il s'agit fondamentalement de faire en sorte que les systèmes locaux de soins de santé soient à même de fonctionner ou soient renforcés si nécessaire, afin de pouvoir faire face à une demande plus forte en période d'urgence et de crise.

Le deuxième constat porte sur la nature même de la violence. La violence contre les soins de santé peut certes revêtir différentes formes et entraîne souvent des conséquences tragiques : les personnels de santé ou les patients sont tués, blessés ou enlevés. Cependant, la majeure partie des incidents concerne des menaces à l'encontre des personnels de santé. Les menaces relevées dans l'étude du CICR sont des menaces sérieuses auxquelles les personnes touchées ont dû réagir, que ce soit en modifiant leurs habitudes de travail ou parfois même en quittant leur emploi. Même si de telles menaces ne portent pas directement atteinte à l'intégrité physique des personnels de santé, elles peuvent entraîner des conséquences graves pour l'ensemble de la population qui a besoin de soins. Du point de vue de la population, si vous vivez dans une région reculée et que l'infirmier ou le médecin n'y vient plus car il a été menacé et a décidé de partir, c'est finalement vous qui ne recevez plus les soins de santé qu'il vous prodiguait. C'est un aspect dont il faut tenir compte. Au-delà du nombre de personne touchées directement, un grand nombre de personnes sont touchées de manière indirecte, par exemple lorsque les soins de santé proposés à la population sont réduits ou qu'il est plus difficile d'y avoir accès. Cela se produit en général dans des situations de conflit armé ou d'urgence, dans lesquelles les besoins ont tendance à augmenter. Cette préoccupation est actuellement au cœur du projet « Les soins de santé en danger ».

Le troisième constat important est lié aux tendances qui se dessinent en matière de violence contre les soins de santé. Nous avons notamment relevé dans plusieurs pays que des attaques étaient perpétrées contre des agents de santé durant des campagnes de vaccination. Ce genre de violence a des effets négatifs sur la capacité de prévenir les épidémies dans des zones étendues. Dans le même ordre d'idée, nous avons recensé plusieurs cas de ce que nous appelons des « deuxièmes attaques » – des situations dans lesquelles une première explosion est provoquée, et pendant que les secours s'efforcent de venir en aide aux victimes, une deuxième explosion survient, qui touche les blessés et les personnels de santé. Dans de tels cas, le but est manifestement de s'en prendre, entre autres, à ceux qui sont venus secourir les victimes. Il devient ainsi encore plus difficile de prodiguer des soins de santé d'urgence. Les premiers intervenants sont alors face à un dilemme : agir, et mettre peut-être leur propre vie en danger, ou ne pas intervenir et devoir abandonner des personnes qui auraient pu survivre. Ce dilemme a été évoqué dans nombre de consultations que nous avons menées auprès de services d'ambulance, car il avait des répercussions très négatives sur les procédures opérationnelles de ces services et sur la manière dont ils étaient perçus par la population. C'est bien sûr extrêmement préoccupant, puisque

les blessés ont le droit d'être pris en charge à temps, et les services d'urgence ont le droit d'avoir accès aux personnes ayant besoin d'une assistance médicale¹.

Le projet « Les soins de santé en danger » réunit des experts dans le but d'élaborer des recommandations qui améliorent la sécurité des soins de santé. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Au début du projet, nous avons identifié quelques thèmes sur lesquels nous pourrions travailler pour améliorer la sécurité de la fourniture de soins de santé. Nous avons ensuite organisé des ateliers sur chacun de ces thèmes, en invitant divers experts à faire part de leurs expériences et à recommander des solutions pour progresser.

L'un de ces ateliers par exemple, qui s'est tenu à Ottawa en 2013, portait sur la sécurité des infrastructures médicales. En pratique, la discussion a tourné autour de questions telles que la manière de s'assurer qu'une structure de santé puisse continuer à fonctionner pendant plusieurs jours lorsque le réseau électrique, l'Internet ou le système d'approvisionnement en eau dont elle dépend habituellement est interrompu ; ou comment faire en sorte qu'un hôpital soit en mesure de gérer ses employés, même lorsque l'équipe est sous pression et que certains des personnels de santé ne peuvent pas se rendre à leur lieu de travail. Dans une situation de risque, les ressources vont se raréfier, les demandes augmenter, et la pression de la part de groupes armés, des médias ou des familles des patients va peut-être se faire sentir. L'un des objectifs des consultations avec les experts sur ce sujet était par exemple de comprendre comment faire face au mieux à une situation de stress.

Dans d'autres ateliers, les experts ont discuté par exemple de la manière dont les services d'ambulance pouvaient être efficaces en situation de risque. Nous travaillons actuellement sur un sujet très différent, à savoir les pratiques qui peuvent être mises en place par les armées et les forces de sécurité pour garantir que la fourniture de soins de santé soit respectée et protégée. Cela couvre des sujets comme les arrestations opérées dans des hôpitaux ou la gestion des points de contrôle sur les routes sur lesquelles des ambulances, et parfois même des véhicules privés, transportent des blessés et des malades. Le dilemme auquel font face les porteurs d'armes est de trouver le bon équilibre entre considérations humanitaires et contraintes liées à la sécurité. Nous souhaitons nous appuyer sur les pratiques de l'armée, raison pour laquelle, en plus des ateliers, nous menons des consultations bilatérales avec les représentants de différentes armées.

Dans quel domaine sont spécialisés les différents participants aux ateliers ?

Selon le thème traité, nous faisons appel à des personnes expertes dans différents domaines. Comme indiqué, si nous travaillons sur les pratiques militaires par

1 Pour une présentation détaillée des droits des malades et des blessés, cf. Alexandre Breitegger, « Le cadre juridique applicable à l'insécurité et à la violence touchant les soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence », dans le même numéro.

exemple, les experts seront des membres des armées étatiques, travaillant dans les services médicaux et les unités opérationnelles. Si nous nous penchons sur la législation nationale, les experts seront principalement des législateurs ou des membres de commissions nationales de droit international humanitaire (DIH), mais également des personnes travaillant dans le domaine de l'éthique médicale.

Pour des ateliers sur les mesures que peuvent prendre eux-mêmes les prestataires de soins de santé, la plupart des experts viendront du domaine médical, de diverses organisations humanitaires ou organisations de professionnels de la santé. Cela dépend aussi des destinataires de la recommandation ; nous faisons participer le plus possible les acteurs qui appliqueront directement les recommandations. Par exemple, si des professionnels de la santé recommandent une mesure qui doit être prise par les autorités nationales, nous essayons de faire participer un expert d'un ministère de la Santé.

Quelles sont les recommandations qui ont été formulées jusqu'à présent ?

À ce stade, on peut dire que certaines formulations ont déjà été clairement formulées, tandis que pour d'autres, nous voyons dans quelle direction elles pourraient aller. Par exemple, une recommandation qui est ressortie de l'atelier sur les services d'ambulance porte sur la nécessité d'accorder une attention particulière aux chauffeurs d'ambulances, qui sont souvent les premières personnes de contact aux points de contrôle. Ces chauffeurs ont souvent un rôle essentiel à jouer lorsqu'il s'agit d'évaluer la sécurité d'une route, et ils doivent donc être pleinement intégrés dans toutes les activités de renforcement des capacités destinées au personnel ambulancier. Une autre mesure possible visant à rendre les premiers intervenants plus efficaces consisterait à proposer un soutien psychologique de manière plus systématique, afin de renforcer la capacité de l'équipe à travailler sous pression. Il faut mettre en place un mécanisme qui permette à une équipe de déceler si un de ses membres a besoin de faire une pause lorsque la charge émotionnelle devient trop forte.

Certains ateliers ont donné lieu à un débat sur le port d'équipements de protection individuelle (EPI) – tels que casques, gilets pare-balles et masques à gaz – par les équipes d'ambulanciers. L'utilisation d'un tel équipement présente toujours des avantages et des inconvénients, raison pour laquelle nous avons consulté des experts. Dans ce cas, la recommandation ne dit pas s'il faut utiliser un EPI ou pas. Les experts ont plutôt défini des critères que nous pouvons recommander d'appliquer afin de mieux évaluer le contexte et de décider si ce type d'équipement est nécessaire ou non. La situation est différente selon le contexte. La recommandation visera donc plutôt à comprendre l'environnement et les difficultés qui en découlent, ainsi qu'à établir des critères adéquats qui permettront aux personnes sur le terrain de prendre la bonne décision.

Un autre exemple de recommandation que je souhaite mentionner a trait à la sécurité de l'infrastructure médicale. Pendant l'atelier qui s'est tenu à Ottawa, nous avons discuté des différentes mesures préparatoires pouvant être prises par les structures de santé. De nombreux prestataires locaux de soins de santé ont souligné

la nécessité d'intégrer dans les plans d'urgence des mesures qui puissent aider à maintenir la chaîne d'approvisionnement, notamment la fourniture ininterrompue en eau, en électricité et en médicaments. Lorsqu'ils mettent en place des mesures préparatoires, les professionnels de la santé doivent s'assurer que les contrats qu'ils concluent avec leurs principaux fournisseurs contiennent l'obligation de continuer à fournir les services même en situation d'urgence. Dans une situation normale, la plupart des contrats comporteront une clause stipulant qu'en cas d'urgence, les services peuvent être interrompus. Cependant, en situation de crise, un hôpital aura d'autant plus besoin de ces services puisque le flux de patients va probablement augmenter. Les professionnels de la santé doivent donc s'assurer que les contrats stipulent clairement ce qui est attendu en cas d'urgence, et que les fournisseurs eux-mêmes disposent d'un plan d'urgence qui leur permette de poursuivre leur travail dans une telle situation.

Pensez-vous que la plupart de ces recommandations pourront être appliquées dans toutes les cultures ?

Lorsque nous aurons mis au point toutes les recommandations, nous avons l'intention de les transmettre aux délégations du CICR et aux Sociétés nationales qui travaillent dans des contextes opérationnels, mais également à tous les intervenants qui peuvent les mettre en œuvre à l'échelon local ou international. Nous menons actuellement une campagne de communication dont l'un des objectifs est de faire connaître les recommandations à tous les acteurs concernés. Il incombera ensuite à chacun d'entre eux de décider dans quelle mesure chaque recommandation est adaptée au contexte, aux besoins et aux capacités qui le concernent. La question n'est donc pas seulement de savoir si une recommandation est appropriée dans une culture donnée ; dans certains cas, elle peut tout simplement ne pas présenter d'intérêt.

Il n'y a pas de solution toute faite au problème complexe de l'absence d'un accès sûr aux soins de santé. Mon équipe et moi ne cherchons pas à définir les cinq meilleures recommandations applicables dans le monde entier ; nous essayons plutôt de déterminer dix à quinze mesures pour chacun des sept thèmes sur lesquels nous travaillons, ce qui équivaut à une liste d'environ 100 recommandations. Nous ne nous attendons évidemment pas à ce que cette liste soit utilisée telle quelle dans chaque pays. Notre but est plutôt que dans chaque contexte touché par le problème, les acteurs concernés discutent pour savoir quelles recommandations sont pertinentes et utiles pour rendre plus sûre la fourniture des soins de santé.

Le problème de la violence contre les soins de santé ne peut pas être résolu si un seul intervenant applique un seul type de mesure dans le monde entier. Les différents acteurs doivent prendre différentes mesures dans les différents contextes, afin que toutes ces mesures cumulées finissent, espérons-le, par produire un effet.

Le projet « Les soins de santé en danger » est mené en collaboration avec plusieurs partenaires. Quel est leur rôle et quel est celui du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ?

En effet, le projet repose sur l'idée que le problème concerne de nombreux acteurs. Nous devons donc être sûrs que tous les acteurs concernés s'efforcent ensemble d'améliorer la situation sur le terrain. Pour cela, il est indispensable que les attaques contre les soins de santé soient considérées comme une priorité non seulement par le CICR, mais également par beaucoup d'autres organisations dans le secteur humanitaire et au-delà.

La première étape du projet avait justement pour objectif principal de faire en sorte que la sécurité des soins de santé soit une priorité pour les humanitaires et pour la communauté internationale en général. Nous nous sommes beaucoup concentrés sur la sensibilisation et la mobilisation de différents acteurs. Certains ont même mis en place leurs propres projets, avec des objectifs similaires à ceux du projet « Les soins de santé en danger »². C'est par exemple le cas de Médecins sans Frontières (MSF), qui a lancé le projet « *Medical Care under Fire* » (Soins médicaux dans la ligne de mire). D'autres ont unis leurs efforts dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger ». Nous avons mis en place un solide partenariat avec plusieurs organisations professionnelles, telles que l'Association Médicale Mondiale, le Conseil international des Infirmières et le Comité International de Médecine Militaire. Ces organisations participent aux consultations d'experts, mais elles ont également la tâche importante de faire mieux connaître les recommandations auprès de leurs membres.

Enfin, nous avons noué un partenariat très fort avec de nombreuses Sociétés nationales, puisque le projet appartient en premier lieu au Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les Sociétés nationales se trouvent en première ligne, non seulement parce qu'elles prennent des risques en évacuant les blessés et les malades en situation d'urgence, mais aussi parce qu'elles participent à de nombreuses consultations d'experts. Nous avons un groupe de référence constitué de quelque vingt Sociétés nationales, qui ont pris des engagements à la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge de 2011 et qui suivent le projet de près. Nombre d'entre elles ont mobilisé des ressources pour atteindre certains des objectifs du projet à l'échelon national ou pour le soutenir à l'échelon international.

2 Voir www.msf-ureph.ch/en/thematique/medical-care-under-fire et www.msf.org/topics/medical-care-under-fire. Tous les sites mentionnés ont été consultés pour la dernière fois en novembre 2013.

Vous avez mentionné le projet « Medical Care under Fire » de MSF. Plusieurs autres ONG ont lancé une initiative similaire appelée « The Safeguarding Health in Conflict Coalition » (Coalition pour protéger la santé pendant les conflits³). Comment votre équipe parvient-elle à maintenir une coordination entre tous ces projets et initiatives similaires dans le domaine humanitaire ?

Ces initiatives sont distinctes, mais parallèles et complémentaires. Comme je l'ai indiqué, l'un des buts du projet « Les soins de santé en danger » était de mobiliser les principaux acteurs autour de ce problème, dans l'espoir qu'ils élaborent leurs propres projets ou du moins qu'ils intègrent la question dans leurs propres stratégies. C'est précisément ce que MSF, par exemple, a fait. Les objectifs de MSF sont légèrement différents des nôtres, plus orientés vers la sécurité de son propre personnel et de ses opérations, mais finalement nous visons tous le même résultat : la fourniture de soins de santé en toute sécurité. Nous essayons également de faire participer au processus de consultation tous les acteurs qui travaillent déjà sur ce sujet. Pour revenir à l'exemple de MSF, cette ONG participe déjà à certains ateliers et notre partenariat au niveau opérationnel est très bon.

En fait, afin de favoriser la collaboration et l'échange de bonnes pratiques entre toutes les différentes organisations et personnes qui cherchent activement à trouver des solutions, nous avons étendu et modifié le site officiel du projet et créé le Réseau « *Health Care in Danger* », une communauté d'intérêts en ligne dont tous les membres intéressés peuvent partager des ressources, des idées et des informations sur les événements à venir, et tirer ainsi parti de leur engagement⁴.

Qu'en est-il de l'indépendance du CICR ? L'institution peut-elle demeurer indépendante tout en coopérant et même en nouant des partenariats avec d'autres organisations et des États ?

Notre indépendance ou notre neutralité n'est pas menacée lorsqu'il s'agit de travailler avec d'autres intervenants sur ce thème afin de trouver des solutions pragmatiques et applicables. Le projet ne porte pas sur un pays spécifique, mais sur un problème auquel nous sommes malheureusement confrontés dans de nombreux pays touchés par un conflit armé ou une autre situation d'urgence dans le monde. Il est donc nécessaire de trouver un intérêt commun à de nombreuses organisations afin d'élaborer des recommandations qui permettront de fournir des soins de santé en toute sécurité. Finalement, tout se résume à la nature même de l'action humanitaire : venir en aide aux blessés et aux malades, en fonction de l'urgence de leur cas et indépendamment de savoir qui ils sont et où ils se trouvent. Dans ce sens, le fait de formuler des recommandations à caractère principalement préventif – des mesures que les institutions étatiques, les forces armées, les prestataires de soins et d'autres

3 Voir www.safeguardinghealth.org.

4 Pour le site officiel, veuillez consulter : www.healthcareindanger.org. Pour le site du Réseau « *Health Care in Danger* », veuillez consulter : www.healthcareindanger.ning.com. Pour accéder au site du Réseau, veuillez contacter l'administrateur de la plate-forme (czanette@icrc.org).

acteurs peuvent prendre pour réduire les dangers liés à la fourniture des soins de santé dans des régions touchées par un conflit ou une autre situation d'urgence - ne va pas à l'encontre de notre neutralité ni de notre indépendance.

Serait-il juste de dire que le projet « Les soins de santé en danger » représente aussi un processus d'apprentissage pour le CICR, d'un point de vue plus institutionnel ?

Absolument, et il pose bien sûr de nombreux défis internes. Le premier réside dans le fait que le projet est de nature transversale. Il réunit différentes disciplines au sein du CICR : travail de protection, assistance médicale, coopération au sein du Mouvement, communication et sensibilisation, compétences juridiques, etc. Tous ces spécialistes travaillent ensemble à ce projet. C'est ce qui fait sa force, mais cela a également un coût en termes d'énergie et de temps consacrés à la coordination interne, ainsi qu'à faire en sorte que la compréhension des objectifs communs à court et à long terme soit la même.

En outre, justement parce que le projet n'est pas centré sur le CICR mais cherche plutôt à rassembler une série d'acteurs autour d'un problème humanitaire, il y a un défi interne qui a trait à la prise de décisions, en particulier à propos de l'attribution des ressources et du temps, puisque nos partenaires ne participent pas directement à ces processus internes. Pour conserver une vision des objectifs communs, l'équipe de projet doit donc être en mesure de constamment mettre en avant les liens et les synergies positives que le projet crée entre le CICR et les autres parties prenantes.

Vous êtes actuellement à mi-course ; comment évaluez-vous le succès du projet et des consultations en particulier ?

À ce stade, nous pouvons affirmer que nous sommes parvenus à sensibiliser et mobiliser un grand nombre d'acteurs, qu'il s'agisse d'associations médicales comme l'Association Médicale Mondiale et le Conseil international des Infirmières ou d'organisations humanitaires comme MSF, d'une série d'États ou de nombreuses Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Nous avons ainsi pu faire en sorte que la question soit débattue dans de nombreux forums. Nous espérons que cette tendance va non seulement perdurer, mais même s'intensifier en 2014. Jusqu'à présent, nous sommes satisfaits de constater que de nombreuses parties prenantes ont compris que le projet pouvait leur donner l'occasion de s'attaquer à un problème qui représente une priorité pour de nombreux prestataires de soins de santé dans le monde.

Nous constatons qu'aujourd'hui, de nombreuses Sociétés nationales commencent à développer leurs propres activités, qu'il s'agisse de mener des actions de sensibilisation dans leur pays, de réfléchir aux mesures à prendre dans leurs propres opérations ou d'étudier certaines des recommandations issues des ateliers

d'experts et de les mettre en œuvre. C'est extrêmement important : ce projet est un projet du Mouvement et les Sociétés nationales doivent se l'approprier.

Les ateliers d'experts et les recommandations qui en ressortent constituent également un aspect important du projet. Nous devons encore terminer trois consultations et les experts qui y participent ont beaucoup à nous apprendre. Nous avons déjà publié un document sur le rôle et les responsabilités du personnel médical, ainsi qu'un autre sur les services d'ambulance dans les situations de crise, qui contiennent des exemples très concrets provenant du terrain. Nous allons communiquer les résultats de l'atelier sur la législation nationale, les pratiques militaires et les infrastructures médicales par le biais de diverses publications. Ces publications seront utiles aux activités qui seront menées en 2014–2015 pour faire connaître les recommandations. Nous espérons que celles-ci seront ensuite mises en œuvre par les autorités nationales, les ministères de la Santé, les prestataires de soins de santé, les ONG, les organisations internationales, les armées ou les services de sécurité, suivant à qui elles sont destinées.

Le projet « Les soins de santé en danger » arrivera à son terme en 2015. Quels sont à votre avis les priorités et les défis pour les années à venir ?

Un défi particulier provient du fait que le projet est de courte durée. Il a été conçu dans l'idée d'obtenir le soutien de différents acteurs pour définir des solutions pratiques, puis de faire connaître les résultats des ateliers d'experts. Mais le problème ne va pas disparaître lorsque le projet sera arrivé à son terme et nous savons déjà qu'en 2015, il sera malheureusement trop tôt pour constater un véritable changement sur le terrain.

Nous devons réfléchir à la manière de faire en sorte que suffisamment d'acteurs aient mis en place leurs propres plans d'action et stratégies pour faire face au problème, afin qu'une dynamique pérenne persiste à l'issue du projet.

Si certaines recommandations peuvent être appliquées relativement rapidement, il faudra quelques années pour mettre complètement en œuvre la plupart d'entre elles et obtenir un changement durable sur le terrain pour la sécurité des prestataires de soins de santé.

Le défi sera donc de parvenir à maintenir la mobilisation autour de ce sujet après 2015, tant au sein du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qu'avec les différents partenaires qui se sont réunis autour du projet.

Même si nous avons pu sensibiliser et rassembler beaucoup d'acteurs clés autour de cette question, même si les ateliers d'experts sont bien avancés et si l'élaboration des recommandations est en cours, nous sommes bien conscients que les véritables défis sont encore à venir et portent sur l'application de ces recommandations en 2014–2015. C'est bien sûr le point le plus important, car c'est uniquement lorsque les recommandations seront appliquées sur le terrain que nous espérons constater une différence pour les patients. Nous devons donc consacrer notre énergie à encourager les différentes parties prenantes à mettre en œuvre ces recommandations.

Le droit applicable aux opérations de secours transfrontalières

Emanuela-Chiara Gillard*

Emanuela-Chiara Gillard est agrégée supérieure de recherche à l'*Oxford Institute for Ethics, Law and Armed Conflict* et associée de recherche à l'*Oxford Martin Programme on Human Rights for Future Generations*.

Résumé

Face aux fréquentes difficultés que pose l'assistance aux civils sur des territoires aux mains de l'opposition, des opérations de secours transfrontalières sont parfois envisagées. Celles-ci soulèvent de multiples questions de droit, notamment : l'auteur du consentement, ce qui constitue un refus arbitraire de consentement, les conséquences du refus de consentement, tant pour ceux qui souhaitent apporter une assistance que pour les parties qui refusent leur consentement, et les autres solutions possibles pour apporter une assistance dans ces circonstances.

Mots clés : opérations de secours transfrontalières, consentement de l'État affecté et de l'opposition, refus arbitraire de consentement, fournitures médicales et opérations de secours, famine de la population civile, opérations de secours non autorisées, souveraineté étatique, intégrité territoriale, non-ingérence, droit interne, assistance au fait illicite d'un autre État, circonstances excluant l'illicéité, contre-mesures, nécessité, assistance indirecte, décisions contraignantes du Conseil de sécurité.

.....

* L'auteur remercie Michele Hou de la bibliothèque et des archives publiques du CICR pour l'aide efficace et agréable qu'elle lui a apportée dans ses recherches. Des éléments de cet article figuraient dans une note d'information établie par l'auteur aux fins d'une consultation d'experts organisée par le Bureau de coordination des affaires humanitaires des Nations Unies et l'Oxford Institute for Ethics, Law and Armed Conflict.

Introduction

À plusieurs reprises au cours de ces dernières années, les acteurs humanitaires ont éprouvé des difficultés à prêter assistance aux civils dans des territoires aux mains de l'opposition en raison de réticences de la part de l'État affecté à autoriser leurs opérations. Les récents efforts pour aider les populations touchées par le conflit en Syrie et dans les États soudanais du Kordofan-Sud et du Nil-Bleu ont de nouveau soulevé ce problème et mis en lumière la diversité des points de vue et des pratiques parmi les acteurs humanitaires¹.

Cet article décrit les principales règles de droit international applicables aux opérations transfrontalières visant des civils dans des territoires aux mains de l'opposition. Il faut souligner d'emblée qu'au plan juridique, la question centrale qui se pose est celle du consentement de l'État sur le territoire duquel des opérations sont envisagées (ci-après l'État affecté). Les modalités de déploiement des opérations – « sur place » ou « transfrontalières » – sont sans effet sur les règles de base, mais elles soulèvent d'autres questions de droit en raison de l'implication d'États tiers.

Remarques préliminaires

Quelques remarques préliminaires s'imposent avant de procéder à une analyse du droit. En premier lieu, cet article s'intéresse aux opérations de secours humanitaire : la fourniture de biens et de services à caractère exclusivement humanitaire indispensables à la survie de la population civile comme la nourriture, l'eau, les produits médicaux, les vêtements et les logements d'urgence. Il n'examine pas la question connexe des moyens possibles pour améliorer la protection des civils et n'aborde donc pas des concepts tels que l'« intervention humanitaire » ou le « devoir de protection » dans la mesure où, dans leur formulation actuelle, ces concepts s'attachent à prévenir et à mettre fin aux génocides, aux crimes contre l'humanité et aux crimes de guerre.

Deuxièmement, le terme « opération transfrontalière » ne figure dans aucun traité et n'est défini dans aucun texte. Il est couramment employé dans le contexte d'une assistance apportée depuis le territoire d'États tiers et selon diverses modalités, notamment par la « programmation de gestion à distance »² ou en approvisionnant

1 Sur la Syrie voir, par exemple, *Humanitarian Exchange Magazine*, n° 59 : *The Conflict in Syria*, novembre 2013, publié par le Réseau des pratiques humanitaires de l'Overseas Development Institute, accessible à l'adresse : www.odihpn.org/humanitarian-exchange-magazine/issue-59. Sur le Nil-Bleu et le Kordofan-Sud voir, par exemple, Irina Mosel et Ashely Jackson, *Talking to the Other Side: Humanitarian Negotiations in Southern Kordofan and Blue Nile, Sudan*, document de travail du Groupe Politiques humanitaires, juillet 2013, accessible à l'adresse : www.odi.org.uk/sites/http://www.odi.org/publications/7844-sudan-south-kordofan-blue-nile-humanitarian-negotiations-armed-rebel. Toutes les références Internet ont été vérifiées en juillet 2014.

2 La programmation de gestion à distance (ou programmation à accès limité) est décrite comme une « adaptation à une situation d'insécurité » consistant à retirer le personnel international, ou d'autres personnels à risques, tout en transférant des responsabilités de programmation accrues au personnel local ou aux organisations partenaires locales. Voir Jan Egeland, Adele Harmer et Abby Stoddard, *Demeurer et accomplir : Bonnes pratiques pour les acteurs humanitaires dans les environnements*

en produits de secours les acteurs qui travaillent dans l'État affecté à partir d'États voisins. Des opérations de ce type ont été organisées à plusieurs reprises.

L'expérience de précédentes opérations apporte certes un utile éclairage sur les modalités de mise en œuvre de ces opérations, mais ce qui importe du point de vue du droit, ce sont les raisons qui ont motivé la décision de procéder à une opération transfrontalière. Dans la plupart des cas, ce type d'opération résulte d'un contexte d'insécurité dans l'État destinataire qui empêche les acteurs internationaux d'établir des bureaux et des opérations adéquates sur place, comme en Irak pendant plusieurs années après 2003 et en Somalie depuis dix ans³. Ces situations sont à distinguer de celles qu'aborde cet article, où des opérations transfrontalières sont envisagées parce que l'État affecté refuse une présence, des opérations ou des activités nécessitant de franchir des lignes de front sur son territoire ou parce qu'un ensemble de restrictions dues aux combats en cours ou à d'autres préoccupations relatives à la sécurité et à des obligations administratives pesantes font des opérations transfrontalières le moyen le plus efficace d'apporter des secours dans des zones aux mains de l'opposition.

Troisièmement, cet article présente les règles relatives au consentement initial aux opérations de secours. L'obtention de ce consentement initial ne garantit pas qu'il sera possible de conduire des opérations humanitaires sans entrave et en toute sécurité car à ce stade entrent en jeu d'autres règles, que cet article ne fait que mentionner, qui obligent les parties à permettre et faciliter les opérations de secours qui ont été autorisées. Évidemment, ces obligations n'existent pas si les opérations sont menées sans le consentement de l'État affecté.

Quatrièmement, cet article est consacré au droit international public tout en rappelant que les acteurs humanitaires privés comme les organisations non gouvernementales (ONG) doivent aussi respecter le droit interne des États dans lesquels ils travaillent. De plus, les positions juridiques et politiques internes qui peuvent être individuellement adoptées par les organisations doivent être également prises en compte.

Enfin, à un niveau plus factuel, les discussions relatives aux opérations transfrontalières pour les civils dans des zones aux mains de l'opposition semblent parfois présumer que l'opposition est unie, qu'elle exerce un niveau de contrôle relativement permanent sur un territoire bien défini et que la population civile tend à rester au même endroit, soit sur le territoire contrôlé par le gouvernement, soit sur celui que contrôle l'opposition. Cela peut arriver – comme au Sri Lanka dans le Vanni sous contrôle du LTTE dans les années 90 jusqu'à la fin du conflit en 2009 – mais habituellement, la situation sur le terrain est bien plus fluide et complexe⁴. Il convient de le garder à l'esprit lorsqu'on étudie la faisabilité pratique des opérations transfrontalières.

de sécurité complexes, Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), Service de l'élaboration des politiques et des études, Glossaire, xv, accessible à l'adresse : https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/Stay_and_Deliver_French.pdf

3 *Ibid.*, p. 14.

4 Sur ce point, voir, par exemple, Pierre Krähenbühl, « There Are No 'Good' or 'Bad' Civilians in Syria – We Must Help all who Need Aid », *The Guardian*, 3 mars 2013, accessible à l'adresse : www.theguardian.com/commentisfree/2013/mar/03/red-cross-aid-inside-syria.

L'analyse juridique des opérations transfrontalières en contexte

L'analyse juridique doit être située dans son contexte. Une bonne compréhension du droit est certes nécessaire pour que ceux qui envisagent des opérations transfrontalières agissent en toute légalité mais il importe également de garder certaines considérations à l'esprit.

Tout d'abord, dans les situations qui nous préoccupent, les arguments juridiques ne seront pas avancés dans le cadre d'un contentieux, où un organe judiciaire indépendant et impartial statue sur le bien-fondé des arguments respectifs de ceux qui souhaitent apporter une assistance et des États affectés. Ils serviront plutôt de cadre aux négociations avec les États affectés – négociations qui ont peu de chances d'être d'ordre juridique et qui seront modelées par des considérations politiques. Il est donc possible qu'un argument qui permettrait d'avoir gain de cause au tribunal ne fasse aucunement avancer le dialogue avec l'État affecté.

Ensuite, la loi elle-même n'est pas la réponse ni le seul élément à envisager ; les aspects politiques et opérationnels sont tout aussi importants. La licéité d'une démarche n'offre aucune garantie de sécurité des opérations de secours ou des personnes qu'elles visent à aider. En pratique, la sécurité des opérations humanitaires requiert l'accord de toutes les parties concernées.

D'autre part, sur le plan politique, il importe de considérer les répercussions que des opérations menées sans autorisation dans des zones aux mains de l'opposition peuvent avoir sur les activités des organismes qui conduisent de telles opérations et sur celles d'autres acteurs dans le reste de l'État affecté, en particulier dans les zones contrôlées par le gouvernement. Dans le même ordre d'idées, le consentement aux opérations de secours est une des questions les plus délicates et les plus politiquement sensibles dans le domaine de l'action humanitaire. Les positions adoptées dans un contexte précis peuvent avoir des conséquences sur l'image des acteurs humanitaires en général, tant au plan opérationnel qu'au plan politique dans le cadre des discussions au sein des Nations Unies et ailleurs.

C'est pourquoi, pour la majorité des acteurs humanitaires, la décision de conduire des opérations de secours sans le consentement de l'État affecté est en général une décision *politique éclairée* par le droit.

Règles de base du droit international humanitaire applicable aux opérations de secours

Les règles conventionnelles du droit international humanitaire (DIH) applicables à l'aide humanitaire sont énoncées dans différents traités, en fonction de la nature – internationale ou non – du conflit. S'agissant des conflits armés internationaux, occupation comprise, les principales règles figurent aux articles 23 et 59 de la Quatrième Convention de Genève (ci-après CG IV)⁵ et aux articles 69 à 71 du Premier

5 Convention de Genève (IV) relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, Genève, 12 août 1949 (entrée en vigueur le 21 octobre 1950).

Protocole additionnel de 1977 (ci-après PA I)⁶. S'agissant des conflits non internationaux, les règles applicables sont énoncées à l'article 3(2) commun aux Conventions de Genève de 1949 (ci-après CG) et à l'article 18 du Deuxième Protocole additionnel (ci-après PA II)⁷. Les règles de droit coutumier du DIH s'appliquent en parallèle à ces dispositions conventionnelles.

Les règles applicables à l'assistance humanitaire sont simples et essentiellement identiques dans les deux types de conflit⁸ :

- La prise en charge des besoins des civils incombe en premier lieu à la partie au conflit sous le contrôle de laquelle ils se trouvent.
- Si cette partie au conflit ne veut pas répondre à ces besoins ou en est incapable, les États et les organisations humanitaires peuvent proposer de conduire des actions de secours à caractère humanitaire et impartial et menées sans distinction de caractère défavorable.
- Le consentement des États affectés est nécessaire, mais il ne peut être indûment refusé⁹.
- Dès lors que des actions de secours ont été consenties, les parties au conflit et les autres États concernés doivent autoriser et faciliter le passage rapide et sans encombre des envois, des équipements et du personnel de secours, même si cette aide est destinée à la population civile placée sous le contrôle de la partie adverse. Les parties qui autorisent ce passage peuvent en prescrire les modalités techniques¹⁰.

6 Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux, 8 juin 1977 (entré en vigueur le 7 décembre 1978).

7 Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux, 8 juin 1977 (entré en vigueur le 7 décembre 1978).

8 L'art. 70(1) du PA I dispose que :

« des actions de secours de caractère humanitaire et impartiales et conduites sans aucune distinction de caractère défavorable seront entreprises, sous réserve de l'agrément des Parties concernées par ces actions de secours. Les offres de secours remplissant les conditions ci-dessus ne seront considérées ni comme une ingérence dans le conflit armé, ni comme des actes hostiles.

Les règles du traité applicables dans les conflits armés non internationaux sont pour essentiellement identiques. Dans le même ordre d'idées mais de manière plus générale, l'art. 3(2) commun aux CG dispose que :

« Un organisme humanitaire impartial, tel que le Comité international de la Croix-Rouge, pourra offrir ses services aux Parties au conflit. »

L'art. 18(2) du PA II dispose que :

« Lorsque la population civile souffre de privations excessives par manque des approvisionnements essentiels à sa survie, tels que vivres et ravitaillements sanitaires, des actions de secours en faveur de la population civile, de caractère exclusivement humanitaire et impartial et conduites sans aucune distinction de caractère défavorable, seront entreprises avec le consentement de la Haute Partie contractante concernée. »

Selon l'Étude du CICR sur le droit coutumier, ces règles de traité se retrouvent pour l'essentiel dans le droit coutumier applicable dans les deux types de conflits. Voir CICR, *Droit international humanitaire coutumier*, Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck (dir. pub.), Bruyant, Bruxelles, 2005 (ci-après Étude du CICR sur le droit coutumier), Règle 55.

9 Voir *infra* pour une analyse de la partie dont il faut obtenir le consentement et, en particulier, s'il s'agit seulement de l'État affecté ou bien aussi ou seulement de l'opposition.

10 PA I, art. 70(3).

L'exigence de consentement

Règle générale

Le principal élément de complexité dans ces règles par ailleurs simples est l'exigence de consentement. Bien que les États et les organisations humanitaires impartiales puissent offrir leurs services, le consentement est requis pour le déploiement des opérations de secours. Cette exigence – implicite dans l'article 3(2) commun aux CG, qui énonce qu'une organisation humanitaire peut « offrir ses services » – a été incorporée à l'article 70 du PA I et à l'article 18 du PA II dans la phase finale des négociations des Protocoles additionnels afin de protéger la souveraineté de l'État qui reçoit les secours¹¹.

Malgré le caractère apparemment absolu de cette exigence, il était déjà entendu au cours des négociations que les parties ne disposaient pas « d'une liberté absolue et illimitée de refuser leur accord aux actions de secours¹². Une partie refusant son consentement devait avoir des « raisons valables », non « des raisons arbitraires ou capricieuses »¹³.

S'agissant des conflits armés non internationaux, l'article 18 du PA II a été parmi les plus débattus lors de la Conférence diplomatique qui a débouché sur l'adoption des Protocoles. La fourniture d'une aide extérieure était particulièrement problématique pour les États opposés à l'idée de réguler les conflits non internationaux, car les secours étaient souvent assimilés à une intervention étrangère et à une assistance étrangère à la rébellion¹⁴. Cela dit, des observations analogues sur la nécessité de justifier le refus de consentement par des raisons valables et non arbitraires ont été formulées en ce qui concerne l'exigence de consentement de l'article 18 du PA II¹⁵.

Aujourd'hui, il est admis que bien qu'il soit nécessaire, le consentement de l'État affecté aux actions de secours ne peut être arbitrairement refusé¹⁶.

Cette position apparaît également dans la formulation des règles ultérieures relatives à l'aide humanitaire, qui indiquent expressément que le consentement ne peut être arbitrairement refusé ; c'est le cas, pour ne donner que quelques exemples, des Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays¹⁷, de la Résolution sur l'assistance humanitaire adoptée par l'Institut de

11 Yves Sandoz, Christophe Swinarski et Bruno Zimmermann (dir. pub), *Commentaire des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949* (ci-après *Commentaire du CICR sur les PA*), para. 2805.

12 Allemagne, CDDH/II/SR.87, pp. 336-337.

13 *Ibid.* Position soutenue par les États-Unis, les Pays-Bas, l'URSS et le Royaume-Uni, à laquelle aucune délégation ne s'est opposée.

14 Michael Bothe, Karl Josef Partsch et Waldermar Solf, *New Rules for Victims of Armed Conflicts – Commentary on the Two 1977 Protocols Additional to the Geneva Conventions of 1949*, Martinus Nijhoff, La Haye/Boston, 1982, p. 694.

15 Belgique et Allemagne, CDDH/SR.53, pp. 156-157.

16 Voir, par exemple, Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 8, Règle 55 et son commentaire.

17 Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays, Doc. ONU E/CN/4/1998/Add.2, 11 février 1998, Principe 25 :

« 1. C'est en premier lieu aux autorités nationales qu'incombent le devoir et la responsabilité d'apporter une aide humanitaire aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

droit international en 2003¹⁸, de la Recommandation (2006)6 du Conseil de l'Europe relative aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays¹⁹ et, au-delà des situations de conflit armé, des travaux de la Commission de droit international (CDI) sur la protection des personnes en cas de catastrophe²⁰. En revanche, la résolution 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies ne mentionne que la nécessité du consentement de l'État affecté²¹. Nous pensons qu'elle doit être lue à la lumière des règles et instruments précités, aux termes desquels le consentement ne doit pas être arbitrairement refusé.

Hypothèses dans lesquelles le consentement est obligatoire

Le consentement doit être donné dans trois hypothèses ; bien qu'elles soient tenues de consentir aux opérations de secours, les parties conservent alors le droit d'adopter des mesures de contrôle portant sur les envois de secours.

2. Les organisations humanitaires internationales et d'autres parties concernées ont le droit de proposer leurs services pour venir en aide aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Une telle proposition ne doit pas être considérée comme inamicale ou comme un acte d'ingérence dans les affaires intérieures de l'État et sera accueillie de bonne foi. Ces services ne seront pas refusés arbitrairement, surtout si les autorités concernées ne sont pas en mesure de fournir l'aide humanitaire requise ou ne sont pas disposées à le faire.
 3. Toutes les autorités concernées autoriseront et faciliteront le libre passage de l'aide humanitaire et permettront aux personnes chargées de la distribuer d'accéder rapidement et librement aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. »
- 18 Institut de droit international, Session de Bruges 2003, Résolution sur l'assistance humanitaire, 2 septembre 2003, art. VIII :
- « Devoir des États affectés de ne pas rejeter arbitrairement une assistance humanitaire offerte de bonne foi
1. Les États affectés ont l'obligation de ne pas refuser de façon arbitraire et injustifiée une offre de bonne foi, exclusivement destinée à fournir une assistance humanitaire, ou l'accès aux victimes. Ils ne peuvent, en particulier, refuser cette offre ou cet accès si un tel refus est susceptible de mettre en danger les droits humains fondamentaux des victimes ou si ce comportement revient à violer l'interdiction d'affamer les populations civiles en tant que méthode de guerre. »
- 19 Conseil de l'Europe, Recommandation Rec(2006)6 du Comité des Ministres aux États membres relative aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, 5 avril 2006, para. 4 :
- « 4. Protéger les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et leurs droits ainsi que leur fournir une aide humanitaire relève en premier lieu de la responsabilité de l'État concerné ;
 Une telle responsabilité implique de demander l'assistance d'autres États ou d'organisations internationales si l'État concerné n'est pas en mesure de fournir protection et assistance aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ;
 Cette responsabilité implique également de ne pas refuser arbitrairement les offres d'assistance provenant d'autres États ou d'organisations internationales. »
- 20 Rapport de la CDI sur les travaux de sa 63^e session (26 avril-3 juin et 4 juillet-12 août 2011) La protection des personnes en cas de catastrophe, art. 11 adopté à titre provisoire. – Le consentement de l'État affecté à l'assistance extérieure, Doc. ONU A/66/10, 2011, chapitre XI, para. 264-289 :
- « 1. L'assistance extérieure requiert le consentement de l'État affecté.
 2. Le consentement à l'assistance extérieure ne peut pas être refusé arbitrairement.
 3. Lorsqu'une assistance lui est offerte conformément aux présents projets d'articles, l'État affecté doit, dans la mesure du possible, faire connaître sa décision au sujet de l'assistance offerte. »
- 21 Rés. AG NU A/RES/46/182, 19 décembre 1991, Principe directeur n° 3 :
- « La souveraineté, l'intégrité territoriale et l'unité nationale des États doivent être pleinement respectées en conformité avec la Charte des Nations Unies. Dans ce contexte, l'aide humanitaire devrait être fournie avec le consentement du pays touché et en principe sur la base d'un appel du pays touché. »

Situations d'occupation

Lorsque la Puissance occupante n'est pas en mesure de garantir les approvisionnements indispensables à la survie de la population civile, elle doit accepter les opérations de secours à caractère humanitaire et impartial²².

Libre passage de certains produits en vertu de l'article 23 de la CG IV

Les parties à des conflits armés internationaux et les autres États concernés doivent laisser le libre passage de tous les envois de médicaments et de matériel sanitaire ainsi que des objets nécessaires au culte, destinés à la population civile²³ sur le territoire d'un autre État, même si ce dernier est leur ennemi. Aux termes de l'article 23 de la CG IV, le libre passage doit être accordé à tous les envois de vivres indispensables, de vêtements et de fortifiants pour les civils les plus vulnérables : enfants de moins de quinze ans, femmes enceintes ou en couches²⁴.

L'effet du premier paragraphe de l'article 23 de la CG IV est considérablement diminué par les garanties données au deuxième paragraphe à la partie qui impose le blocus, qui visent à assurer que les envois ne sont utilisés qu'aux fins humanitaires identifiées²⁵. Les États ne sont pas tenus de permettre le libre passage s'il existe des raisons sérieuses de craindre :

« *que l'ennemi puisse en tirer un avantage manifeste pour ses efforts militaires ou son économie, en substituant ces envois à des marchandises qu'il aurait autrement dû fournir ou produire, ou en libérant des matières, produits ou services qu'il aurait autrement dû affecter à la production de telles marchandises*²⁶. »

S'il est compréhensible que les États puissent souhaiter limiter l'entrée de produits qui pourraient indirectement apporter un avantage militaire manifeste à l'ennemi, l'article 23 de la CG IV prévoit un ensemble trop large de moyens susceptibles de procurer cet avantage et a été à juste titre critiqué parce qu'il laisse un pouvoir de discrétion trop important à l'État qui impose le blocus²⁷.

22 PA I, art. 59.

23 La mention de médicaments destinés aux civils ne doit pas être interprétée *a contrario* comme impliquant que le libre passage ne doit pas être accordé également aux médicaments destinés aux combattants malades et blessés. Jean Pictet (dir. pub.), *Commentaire – Convention (IV) de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre*, 1958, (ci-après *Commentaire du CICR sur la CG IV*), p. 180.

24 CG IV, art. 23. Bien que ce ne soit pas énoncé expressément, il est entendu que l'intention de cette disposition visait à traiter les blocus dans les conflits armés internationaux. Voir *ibid.*, pp. 178 ff.

25 L'art. 23 de la CG IV, para. 2, dispose que :

« L'obligation pour une Partie contractante d'accorder le libre passage des envois indiqués à l'alinéa précédent est subordonnée à la condition que cette Partie soit assurée de n'avoir aucune raison sérieuse de craindre que :

(a) les envois puissent être détournés de leur destination, ou

(b) que le contrôle puisse ne pas être efficace, ou

(c) que l'ennemi puisse en tirer un avantage manifeste pour ses efforts militaires ou son économie, en substituant ces envois à des marchandises qu'il aurait autrement dû fournir ou produire, ou en libérant des matières, produits ou services qu'il aurait autrement dû affecter à la production de telles marchandises. »

26 CG IV, art. 23, para. 2, point c.

27 *Commentaire du CICR sur la CG IV, supra note 23*, pp. 182 ff. Selon le *Commentaire*, « la Conférence

L'article 23 de la CG IV doit désormais être lu à la lumière de l'article 70 du PA I, qui énonce une obligation absolue d'autoriser et de faciliter le passage des produits de secours, la conséquence en étant que les parties n'ont plus le droit de s'appuyer sur les exceptions de l'article 23 de la CG IV. L'article 68 du PA I note expressément que ses dispositions relatives aux opérations de secours humanitaire complètent l'article 23 et les autres dispositions pertinentes de la CG IV²⁸. Cette déclaration selon laquelle la disposition « complète » la CG IV indique que les règles édictées par le PA I sur cette question développent les règles de la CG IV en étendant les protections qu'elle prévoit et en éliminant les restrictions pesant sur ces dernières. Si les rédacteurs du Protocole avaient eu l'intention de conserver les restrictions énoncées à l'article 23 de la CG IV, ils auraient pu employer le terme « sans préjudice de » comme ils l'ont fait ailleurs dans le PA I²⁹. Dès lors, sous réserve que les conditions préliminaires soient remplies – autrement dit, qu'il existe un besoin de matériel sanitaire ou que les catégories de personnes visées à l'article 23 de la CG IV aient besoin de vivres indispensables et de vêtements, et que la partie au conflit sous le contrôle de laquelle elles ne trouvent soit incapable de les fournir ou ne soit pas disposée à le faire – les offres d'opérations de secours médical doivent être acceptées.

Action du Conseil de sécurité

Enfin, le Conseil de sécurité peut adopter des décisions contraignantes imposant aux parties concernées de consentir aux opérations de secours humanitaires ou, dans le cas d'États non parties au conflit, d'accepter qu'elles transitent par leur territoire. Les pratiques du Conseil de sécurité en la matière sont analysées plus loin.

En quoi consiste un refus arbitraire de consentement ?

Deux conditions doivent être réunies avant même que la question du consentement puisse se poser. D'une part, les secours doivent être nécessaires : les civils doivent manquer de biens essentiels et la partie sous le contrôle de laquelle ils se trouvent doit être incapable ou refuser de fournir l'aide nécessaire. D'autre part, l'acteur (État, organisation internationale, ONG) qui offre ses services doit fournir une aide conforme aux principes humanitaires : les actions de secours doivent être exclusivement humanitaires et impartiales sans aucune distinction de caractère défavorable³⁰. Si ces conditions sont réunies, le consentement ne doit pas être arbitrairement refusé.

diplomatique de 1949 a dû s'incliner ici devant les nécessités de la guerre. Certaines délégations n'avaient d'abord entendu accepter le principe du libre passage que sous la forme d'une simple clause facultative. Ce ne fut qu'après l'introduction des garanties énoncées sous les lettres a), b) et c) ci-dessus, que l'on est parvenu à formuler une obligation. »

28 Qui s'ajoutent à l'art. 1(3) du PA I, qui indique plus généralement que le Protocole complète les Conventions de Genève.

29 Voir, par exemple, PA I, art. 53 et 85(5).

30 Ces deux conditions sont énoncées à l'art. 70 du PA I. Voir M. Bothe, K. J. Partsch et W. Solf, *supra* note 14, p. 435 ; Commentaire du CICR sur les PA, *supra* note 11, para. 4883 ; et Rapport soumis par le Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays, Doc. ONU A/65/282, 1^{er} août 2010, para. 81.

Malgré l'importance centrale que revêt le consentement dans les règles qui organisent l'aide humanitaire, les circonstances dans lesquelles celui-ci est arbitrairement refusé ne sont pas parfaitement claires³¹. Aucun traité ne donne de définition ou d'indication de ce qui constitue un refus « arbitraire » du consentement et à ce jour, à la connaissance de l'auteur, la question n'a été traitée par aucun tribunal international ou national, mécanisme des droits de l'homme ou organisme chargé d'établir les faits. Il est donc extrêmement difficile de déterminer – en droit et en fait – si le consentement à des opérations de secours a été arbitrairement refusé dans une situation donnée.

D'après un éminent commentateur ayant participé aux négociations des Protocoles additionnels, une interprétation qui rend justice à l'exigence d'actions de secours comme à celle du consentement est que « le principe est que le consentement doit être donné mais il peut être refusé pour des raisons valables et impérieuses. Ces raisons peuvent comprendre des considérations impératives de nécessité militaire. Mais il n'y a pas de pouvoir discrétionnaire absolu de refuser le consentement et il ne peut être refusé pour des raisons arbitraires ou capricieuses »³².

Mais qu'est-ce qu'un motif valable et impérieux ou, au contraire, arbitraire ou capricieux pour refuser le consentement ? Bien qu'il n'existe aucune définition généralement admise, les commentateurs ont proposé plusieurs motifs valables et arbitraires.

Parmi les motifs valables avancés figurent des conditions impératives de nécessité militaire – par exemple si le personnel de secours étranger gêne les opérations militaires ou peut être soupçonné de comportement partial en faveur de l'autre partie au conflit³³ – ainsi que des opérations de combat en cours³⁴.

Plusieurs hypothèses de refus arbitraire de consentement ont été également proposées. Il s'agit essentiellement de refus qui violent les obligations internationales de l'État³⁵, un exemple non controversé étant celle dans laquelle la population civile est menacée de famine ; le refus de consentement violerait alors l'interdiction d'affamer les populations civiles comme méthode de guerre visée à l'article 54(1) du PA I et à l'article 14 du PA II³⁶.

31 Voir Dapo Akande et Emanuela-Chiara Gillard, *Arbitrary Withholding of Consent to Humanitarian Relief Operations in Armed Conflict*, OCHA Occasional Policy Papers, n° 8, 2014.

32 M. Bothe, K. J. Partsch et W. Solf, *supra* note 14, p. 434.

33 Voir *ibid.*, p. 434 ; et Michael Bothe, « Relief Actions: The Position of the Recipient State », in Frits Kalshoven (dir. pub.), *Assisting the Victims of Armed Conflict and Other Disasters – Papers Delivered at the International Conference on Humanitarian Assistance in Armed Conflict, The Hague, 22-24 June 1988*, 1988, p. 95.

34 Walter Kälin, *UN Resident Coordinator Induction Programme*, New York, 23 février 2013, en possession de l'auteur. L'art. 71(3) du PA I prévoit expressément la possibilité de restreindre temporairement la liberté de mouvement du personnel de secours humanitaire autorisé en cas de nécessité militaire impérieuse, mais cette disposition concerne l'accès après obtention de l'autorisation de conduire des opérations de secours.

35 Voir, par exemple, Rapport soumis par le Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays, *supra* note 30, para. 82.

36 Voir, par exemple, Commentaire du CICR sur les PA, *supra* note 11, para. 2808 et 4885. La gravité du refus de consentement dans ces circonstances est attestée par le fait que le Statut de la Cour pénale internationale qualifie de crime de guerre dans les conflits armés internationaux « le fait d'affamer délibérément des civils, comme méthode de guerre, en les privant de biens indispensables à leur survie, notamment en empêchant intentionnellement l'arrivée des secours prévus par les Conventions de Genève ». Voir Statut

Un autre exemple serait un refus de consentement aux opérations de secours médicaux au motif que les médicaments et le matériel médical pourraient servir à soigner des combattants ennemis blessés. En effet, une des règles fondamentales du DIH est que les blessés et les malades – y compris les combattants ennemis – doivent recevoir, dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs, les soins médicaux qu'exige leur état³⁷. Aucune distinction ne peut être opérée pour des motifs non médicaux. Refuser de consentir à des opérations de secours médicaux et à la fourniture de médicaments parce qu'elles pourraient aider des combattants ennemis blessés violerait cette règle. De plus, ces mêmes matériels et médicaments seront sans doute également nécessaires aux civils dans les zones aux mains de l'opposition, qui se verraient ainsi privés de l'aide à laquelle ils ont légalement droit.

Un autre exemple encore serait un refus sélectif dont l'intention ou l'effet serait la discrimination d'un groupe ou d'une partie de la population en particulier ; par exemple, rejeter systématiquement les offres d'aide humanitaire pour des régions touchées par la crise, peuplées de groupes ethniques jugés favorables à l'opposition³⁸.

Un refus de consentement « susceptible de mettre en danger les droits humains fondamentaux » des civils affectés peut être également considéré comme arbitraire³⁹. Il est fréquent également d'envisager l'aide humanitaire sous l'angle des droits de l'homme, qui exigent que le refus de consentement ne viole pas certains droits, notamment le droit à la vie, et qu'il n'empêche pas la réalisation de droits économiques et sociaux, comme le droit à un niveau de vie suffisant, le droit à la nourriture et d'être à l'abri de la faim, le droit au logement et le droit à la santé et aux services médicaux⁴⁰. Quelques indications existent néanmoins sur les circonstances précises dans lesquelles le refus de consentement violerait ces droits et leur application aux parties non étatiques à des conflits armés. L'une des indications les plus précises à ce jour est celle que donne le Représentant du Secrétaire général des Nations Unies pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays :

« [U]n État viole le droit à un niveau de vie suffisant, à la santé et à l'éducation si les autorités connaissent ou auraient dû connaître les besoins humanitaires,

de Rome de la Cour pénale internationale, Doc. ONU A/CONF.183/9, 17 juillet 1998 (entré en vigueur le 1^{er} juillet 2002) (ci-après Statut de la CPI), art. 8(2)(b)(xxv). Bien que la version adoptée des Éléments de crimes pour cette infraction ne le précise pas, les délégations sont convenues que ce crime couvrirait « la privation de nourriture et de boissons, mais aussi, par exemple de médicaments ou dans certaines circonstances de couvertures ». Voir Knut Dörmann, *Elements of Crime under the Rome Statute of the International Criminal Court: Sources and Commentary*, CICR/Cambridge University Press, 2003, p. 363.

37 En particulier, PA I, art. 10 et PA II, art. 7. Voir aussi *Étude du CICR sur le droit coutumier*, *supra* note 8, Règle 110.

38 Rapport soumis par le Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays, *supra* note 30, para. 83.

39 Résolution de l'Institut de droit international, *supra* note 18, art. VIII(1).

40 Voir, par exemple, Walter Kälin, *Guiding Principles on Internal Displacement: Annotations*, (édition révisée), Études de la Politique sociale transnationale n° 38, Société américaine de droit international, 2008, p. 117 ; Rapport soumis par le Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays, *supra* note 30, para. 68-69 ; et *Humanitarian Access in Situations of Armed Conflict: Handbook on the Normative Framework*, Version 1.0, 2011, chapitre 4. S'agissant de l'aide en cas de catastrophe, voir CDI, Quatrième rapport sur la protection des personnes en cas de catastrophe, Doc. ONU A/CN.4/643, 11 mai 2011, para. 58-60. Voir aussi E. C. Gillard et D. Akande, *supra* note 31.

mais ont manqué de prendre des mesures en vue de satisfaire, tout au moins, les niveaux de base imposés par ces droits. Par conséquent, les obligations des États comprennent la responsabilité de : procéder à un suivi de ces situations préoccupantes et une évaluation des besoins pertinents de bonne foi ; et assurer que les besoins humanitaires soient satisfaits, par l'État lui-même ou par le biais de l'aide disponible apportée par les agences et organisations humanitaires nationales ou internationales dans toute la mesure du possible compte tenu des circonstances et dans les plus brefs délais⁴¹. »

Deuxièmement, il a été suggéré que le principe de proportionnalité du droit des droits de l'homme donne des indications sur ce qui constituerait un refus arbitraire du consentement : les limites en termes de temps et de durée, de lieu et de produits et services ne peuvent aller au-delà ce qui est absolument nécessaire pour atteindre l'objectif légitime de l'État qui refuse son consentement⁴².

Déterminer si le consentement a été refusé pour des motifs *valables* exige fréquemment une difficile mise en balance de considérations militaires légitimes et de considérations humanitaires concurrentes, proche de ce qu'exige le principe de proportionnalité du DIH⁴³. On a suggéré que l'application par analogie de ce principe⁴⁴ pourrait donner des indications quant à la validité d'un refus de consentement. Pourrait alors être considéré comme arbitraire le refus prononcé lorsque les considérations militaires légitimes sont relativement sans importance mais que les souffrances qui s'ensuivraient pour les civils seraient particulièrement graves⁴⁵. C'est l'approche adoptée dans le *Manuel de San Remo sur le droit international applicable aux conflits armés en mer*⁴⁶ et dans le manuel du HPCR sur le droit international applicable à la guerre maritime et aérienne⁴⁷ qui concernent respectivement les blocus maritimes et les blocus aériens.

Enfin, pourrait aussi constituer un refus de consentement arbitraire le rejet d'une offre d'assistance sans motiver ce refus ou lorsque les raisons avancées reposent sur des erreurs factuelles, comme un déni des besoins humanitaires sans évaluation appropriée⁴⁸.

41 Rapport soumis par le Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays, *supra* note 30, para. 69.

42 W. Kälin, *supra* note 34.

43 M. Bothe, *supra* note 33, p. 95.

44 Par analogie seulement, car dans le DIH, le principe de proportionnalité concerne la détermination de la légalité d'une attaque donnée en mettant en balance les pertes en vies humaines civiles, les blessures ou les dommages à des biens civils attendus par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu de l'attaque. PA I, art. 51(4)(b).

45 M. Bothe, *supra* note 33, p. 95. Il peut bien sûr arriver que le refus de consentement ne soit pas fondé sur des considérations militaires.

46 Le para. 102(b) interdit la mise en place d'un blocus si « les dommages causés à la population civile sont, ou si on peut prévoir qu'ils seront, excessifs par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu ». Louise Doswald-Beck (dir. pub.), *Manuel de San Remo sur le droit international applicable aux conflits armés en mer*, Grotius, Cambridge, 1995.

47 *Manual on International Law Applicable to Air and Missile Warfare*, HPCR, Berne 2009. La règle 157(b) de ce manuel interdit la mise en place ou le maintien de blocus aériens lorsque les souffrances de la population civile sont, ou lorsqu'on peut prévoir qu'elles seront, excessives par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu.

48 Rapport soumis par le Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes

De manière générale, on peut déduire des considérations qui précèdent que le caractère valable ou arbitraire du refus de consentement doit être déterminé au cas par cas en tenant compte de différents éléments interdépendants. Premièrement, les besoins de la population : quels sont-ils en termes d'approvisionnements et quelle est leur degré d'urgence ?

Deuxièmement, qui apporte l'assistance, si assistance il y a ? L'analyse doit partir des besoins de la population civile, et non d'un « droit » des organisations de secours à prêter assistance. Si l'État affecté lui-même ou un acteur humanitaire fournit l'assistance nécessaire dans le respect des principes humanitaires, une partie est en droit de décliner d'autres offres de secours.

Troisièmement, l'acteur qui offre l'assistance : a-t-il déjà conduit des opérations conformes aux principes de l'action humanitaire ? Et peut-il apporter l'assistance nécessaire ?

Quatrièmement, la compatibilité avec d'autres obligations édictées par le droit international : si le refus de consentement viole les autres obligations internationales de la partie concernée, il est arbitraire. On peut citer pour exemple l'interdiction d'utiliser la famine des populations civiles comme méthode de guerre⁴⁹ et le droit des blessés et des malades à recevoir dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs, les soins médicaux qu'exige leur état sans discrimination⁵⁰.

Cinquièmement, le lieu des opérations de secours envisagées : en dépit des besoins, un État peut être en droit de refuser des offres d'aide pour certains motifs, par exemple si le lieu des opérations est le théâtre d'hostilités en cours. D'autres motifs ne seraient pas acceptables – par exemple si le consentement est refusé parce que la population locale est jugée favorable à l'ennemi.

Sixièmement, le délai : ce qui peut constituer des raisons valables de refus, comme des hostilités en cours ou d'autres motifs liés à la sécurité, peut devenir arbitraire si la durée est telle que les besoins de la population civile affectée s'avèrent de plus en plus criants.

Qui doit donner son consentement⁵¹ ?

Conflits armés internationaux

Dans les conflits armés internationaux, l'article 70(1) du PA I exige le consentement « des Parties concernées par ces actions de secours » au pluriel. Le plus important

déplacées dans leur propre pays, *supra* note 30, para. 82. S'agissant de l'aide humanitaire dans le cadre de catastrophes naturelles, la CDI a également souligné l'importance d'exposer les motifs d'un refus d'aide. Elle a considéré que la motivation est « fondamentale pour déterminer si la décision de l'État affecté de refuser son consentement est prise de bonne foi. En l'absence de motifs, il pourrait être justifié d'en déduire que le refus du consentement est arbitraire, Doc. ONU A/66/10, 2011, p. 285.

49 PA I, art. 54(1) et PA II, art. 14.

50 PA I, art. 10 et PA II, art. 7.

51 Pour une analyse approfondie de cette question, voir Ruth Abril Stoeffels, *La Asistencia Humanitaria en los Conflictos Armados: Configuración jurídica, principios rectores y mecanismos de garantía*, Tirant Lo Blanch, Valence, 2001, chapitre VI.3. Voir aussi Emanuela-Chiara Gillard, *Cross-Border Relief Operations: A Legal Perspective*, OCHA Occasional Policy Papers, n° 7, 2014.

est celui de l'État partie au conflit sur le territoire duquel on entend déployer les opérations.

Bien que les traités ne l'abordent pas expressément, il est clair que le consentement est requis pour les actions de secours conduites sur place comme pour les opérations transfrontalières. Les modalités des opérations projetées sont sans effet sur l'exigence du consentement.

En outre, le consentement des États à partir desquels l'action de secours doit se déployer est également requis⁵². En situation d'occupation, c'est la Puissance occupante qui doit consentir aux opérations de secours dans la mesure où elle contrôle le territoire occupé et a ainsi assumé des responsabilités vis-à-vis de la population civile⁵³.

Conflits armés non internationaux

La position est plus complexe dans les conflits armés non internationaux. En effet, les commentateurs ne sont pas tous d'accord sur le fait que le consentement de l'État partie au conflit est exigé pour les opérations de secours conduites sur des territoires sous contrôle de l'opposition qui peuvent être atteints sans passer par un territoire contrôlé par l'État.

L'article 3(2) commun aux CG dispose qu'« un organisme humanitaire impartial... pourra offrir ses services aux Parties au conflit ». L'aide peut être ainsi offerte à l'un ou l'autre camp sans que cette proposition puisse être considérée comme un acte hostile ou une ingérence. Toutefois, la disposition est silencieuse sur la partie qui doit donner son consentement.

Certains commentateurs considèrent que cette expression met le gouvernement et l'opposition sur un pied d'égalité et autorise implicitement l'exécution des opérations de secours si la partie à laquelle une offre a été présentée l'accepte, indépendamment de la position adoptée par son opposant. Sous réserve que les opérations de secours n'aient pas à transiter par le territoire sous contrôle de l'autre partie, son consentement n'est pas requis⁵⁴.

52 Commentaire du CICR sur les PA, para. 2806-2807. Dans les conflits armés internationaux, les États tiers par le territoire desquels les produits et le personnel de secours doivent transiter sont couverts par l'article 70(2) du PA I, qui, une fois le consentement accordé, exige que les parties au conflit et les États tiers autorisent et facilitent le passage rapide et sans encombre des produits, des matériels et du personnel de secours. Dans les conflits armés non internationaux, ni l'article 3 commun aux CG ni l'article 18 du PA II n'abordent expressément la question, mais le droit d'un État de réguler les activités exercées sur son territoire est une composante fondamentale de la souveraineté étatique et revêt une importance particulière, car lorsque des opérations de secours transfrontalières non autorisées sont conduites depuis leur territoire, les États tiers risquent d'être accusés par l'État sur le territoire duquel l'aide est apportée d'autoriser l'usage de leur territoire pour des activités illicites. Voir R. A. Stoffels, *supra* note 51, p. 324.

53 CG IV, art. 59.

54 Voir, par exemple, Yves Sandoz, « Le droit d'initiative du Comité international de la Croix Rouge », *German Yearbook of International Law*, vol. 22, 1979, pp. 352, 364-366 ; implicitement, Dietrich Schindler, « Humanitarian Assistance, Humanitarian Interference and International Law », in Ronald St. John Macdonald, *Essays in Honour of Wang Tieya*, Martinus Nijhoff, Dordrecht/Boston/Londres, 1993, pp. 689, 700 ; Maurice Torrelli, « From Humanitarian Assistance to "Intervention on Humanitarian Grounds"? », *International Review of the Red Cross*, n° 288, mai-juin 1992, p. 234 ; et de façon approfondie, François Bugnion, *The International Committee of the Red Cross and the Protection*

D'autres pensent que rien ne justifie une telle interprétation de l'article 3(2) commun aux CG compte tenu, notamment, de l'atteinte importante à la souveraineté de l'État affecté qu'elle impliquerait. Ils considèrent que cette disposition autorise les acteurs humanitaires à offrir leurs services à toutes les parties, de sorte que les États sont empêchés de considérer ces offres comme un acte hostile⁵⁵ ou de criminaliser toute relation avec l'opposition. Cependant, en décidant d'autoriser les offres faites à l'opposition, les États n'ont pas nécessairement décidé que l'assistance pourrait être apportée sans leur consentement.

L'article 18(2) du PA II est plus explicite sur cette question, car il exige le consentement de « la Haute Partie contractante concernée ». Une première version de cette disposition mentionnait le consentement « de la ou des parties concernées » et faisait donc également référence, de manière implicite, à la partie au conflit non étatique. Cependant, lors des négociations du Protocole, toute formulation dans laquelle on pourrait lire une reconnaissance des parties insurgées ou des droits accordés à leurs membres a été supprimée, y compris cette référence⁵⁶.

Qui est « la Haute Partie contractante concernée » ? On peine à voir comment cette expression pourrait faire référence à un État qui n'est pas l'État impliqué dans le conflit armé non international. C'est le point de vue de plusieurs commentateurs et celui qu'expriment aussi certains États lorsqu'ils transmettent les Protocoles additionnels à leurs parlements pour ratification⁵⁷.

Il a pourtant été suggéré que le consentement de l'opposition peut suffire dans certaines circonstances. Un expert, en particulier, considère que l'État impliqué dans

of War Victims, Macmillan, Oxford, 2003, pp. 448 ff. Voir aussi, plus récemment, Marco Sassòli, « When are States and Armed Groups Obligated to Accept Humanitarian Assistance? », *Professionals in Humanitarian Assistance and Protection*, 5 novembre 2013, accessible à l'adresse : <http://phap.org/articles/when-are-states-and-armed-groups-obliged-accept-humanitarian-assistance>.

55 Les Commentaires du CICR examinent cet aspect de l'article 3(2) commun aux CG. Voir, par exemple, Jean Pictet (dir. pub.), *Commentaires des Conventions de Genève du 12 août 1949, vol. I, Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne*, 1958, p. 58. Les Commentaires sur les trois autres Conventions sont pour l'essentiel identiques. Voir aussi Heike Spieker, « The Right to Give and Receive Humanitarian Assistance », in Hans-Joachim Heintze et Andrej Zwitter (dir. pub.), *International Law and Humanitarian Assistance*, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2011, p. 15.

56 M. Bothe, K. J. Partsch et W. Solf, *supra* note 14, p. 696 ; et R. A. Stoffels, *supra* note 51, pp. 301-308.

57 Voir, par exemple, Knut Dörmann et Hans-Peter Gasser, « Protection of the Civilian Population », in Dieter Fleck (dir. pub.), *The Handbook of International Humanitarian Law*, 3^e éd., Oxford University Press, Oxford, 2013, p. 236 ; Frits Kalshoven et Liesbet Zegveld, *Constraints on the Waging of War—An Introduction to Humanitarian Law*, 3^e éd., Cambridge University Press, Cambridge, 2001, p. 139 ; Denise Plattner, « Assistance to the Civilian Population: The Development and Present State of International Humanitarian Law », *International Review of the Red Cross*, n° 288, juin 1992 ; H. Spieker, *supra* note 55, p. 16 ; implicitement, Georges Abi-Saab, « Non-international Armed Conflicts » in *International Dimensions of Humanitarian Law*, Henry Dunant Institute, 1988, p. 224 ; et Rapport soumis par le Représentant du Secrétaire général pour les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays, *supra* note 30, para. 85. Voir aussi CDI, *supra* note 40, para. 65.

Les mémoires explicatifs établis par les gouvernements des Pays-Bas et de la Suisse à l'intention de leurs parlements respectifs lors de la transmission des Protocoles additionnels pour ratification notent expressément que l'article 18(2) du PA II exige le consentement de l'État sur le territoire duquel se déroule le conflit. Le document suisse précise même que ce consentement est requis même si les secours sont directement apportés depuis un pays tiers à un territoire aux mains de l'opposition : Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18 277 (R1247), n° 3, p. 52 ; et Message concernant les Protocoles additionnels aux Conventions de Genève du 18 février 1981, 81.004, Feuille fédérale, 133^e année, vol. 1, p. 973.

un conflit non international est « concerné » par les opérations visant les civils dans les zones aux mains de l'opposition et que dès lors, son consentement est requis, mais seulement si les actions de secours doivent transiter par des territoires dont il a le contrôle effectif. Si le territoire contrôlé par l'opposition est accessible par la mer ou peut être rejoint directement depuis un autre pays, le consentement du gouvernement n'est pas requis⁵⁸.

Cette position repose entre autres sur une analogie avec les règles applicables en temps d'occupation, où ce n'est pas le consentement de l'État qui a la propriété juridique du territoire qui est requis, mais celui de l'État qui en a le contrôle effectif – à savoir, l'occupant⁵⁹.

Cette position est contestable pour diverses raisons : d'une part, selon cette interprétation, lorsque les opérations de secours peuvent atteindre le territoire aux mains de l'opposition sans transiter par le territoire contrôlé par le gouvernement, il n'y aurait en fait *aucune* « Haute Partie contractante concernée », une hypothèse qui cadre mal avec la référence claire de l'article 18(2) du PA II à « la » Haute Partie contractante concernée. D'autre part, dans de telles circonstances, puisque le PA II ne requiert pas le consentement de la partie non étatique, il ne requerrait en fait *aucun* consentement. Cette interprétation n'est pas réaliste et n'est pas conforme à l'approche de l'article 3(2) commun aux CG qui, même dans son interprétation la plus large, requiert le consentement de la partie à laquelle les services sont offerts.

De plus, cette interprétation n'est pas confirmée par les faits – les États affectés se considèrent extrêmement concernés par les opérations de secours dans les parties de leur territoire aux mains de l'opposition – ni par la pratique courante⁶⁰.

58 Ce point de vue a été avancé comme une alternative possible à une interprétation littérale de l'article 18(2) du PA II eu égard au fait qu'en pratique, le consentement de l'opposition est requis si les opérations doivent être exécutées dans des zones sous son contrôle. M. Bothe, J. K. Partsch et W. Solf, *supra* note 14, p. 696. Ce point de vue a été exprimé avec une conviction croissante, bien qu'il ait également été admis qu'il ne correspond pas à la pratique des États. Voir, par exemple, M. Bothe, *supra* note 33, p. 94 ; et Michael Bothe, « Relief Actions », in *Encyclopedia of Public International Law*, vol. 4, North-Holland, Amsterdam, 2000, pp. 168, 171 ; et échanges avec l'auteur. Bugnion tire la même conclusion mais pour des raisons différentes ; premièrement, si l'article 18(2) du PA II ne visait que le seul consentement de l'État partie, ce serait l'unique occasion dans le PA II où l'État et l'opposition se voient accorder des droits et obligations différents. Deuxièmement, il ne serait pas logique que l'article 18(2) du PA II contredise la position adoptée par l'article 3(2) commun aux CG, qui, selon Bugnion, n'exige pas le consentement de l'État affecté. Troisièmement, étant donné les fréquentes difficultés à déterminer le gouvernement légitime dans les situations de conflit armé non international, Bugnion ne pense pas que l'intention des rédacteurs était de forcer les acteurs humanitaires à mettre en balance les prétentions de groupes rivaux. De ce fait, tout en reconnaissant qu'une telle interprétation semble contraire à la lettre de l'article 18(2) du PA II, il conclut que chaque partie a le droit d'accepter ou de refuser des opérations de secours dans les limites du territoire qu'elle contrôle effectivement. Il ajoute qu'étant donné les risques de protestations de l'État affecté, le CICR ne recourrait à cette pratique que si la situation des victimes l'y obligeait. F. Bugnion, *supra* note 54, pp. 451-455.

59 M. Bothe, *supra* note 33, p. 94.

60 Par exemple, pendant la guerre civile qui a sévi au Nigeria à la fin des années 60, plusieurs organisations humanitaires ont mis en place un pont aérien transfrontalier jusqu'au Biafra depuis Sao Tomé sans le consentement du gouvernement, dont les forces aériennes ont abattu plusieurs avions participant aux opérations : H. Slim et E. C. Gillard, *supra* note 1, p. 6. De même, en 1987, le Sri Lanka s'est fortement opposé au parachutage par l'Inde de produits de secours destinés à la population tamoule dans la ville assiégée de Jaffna : M. Bothe, *supra* note 33, p. 94. L'opération Poomalai était un parachutage de secours réalisé par les forces aériennes indiennes sur Jaffna le 4 juin 1987, alors que la ville était assiégée par

Une possible position de compromis serait d'accepter que le consentement de l'État affecté est toujours requis, mais d'arguer que lorsque des actions de secours sont destinées à des populations civiles dans des zones aux mains de l'opposition, celui-ci pourrait invoquer un éventail de raisons plus restreint pour refuser son consentement⁶¹. Il devrait, par exemple, montrer qu'en réalité, l'aide n'est pas humanitaire et sert les efforts militaires de l'opposition ou, dans le même ordre d'idée, que les acteurs qui la fournissent n'agissent pas conformément aux principes humanitaires. Les motifs fondés sur la nécessité militaire seraient limités aux considérations de nécessité militaire dans le territoire aux mains de l'opposition ou aux hypothèses dans lesquelles l'activité militaire hors de ce territoire pourrait affecter la sécurité du passage des opérations de secours vers ce territoire. Un refus de consentement par crainte que les opérations de secours légitiment l'opposition ou confortent son contrôle et les interdictions faites aux acteurs humanitaires de prendre contact avec les groupes d'opposition à des fins purement humanitaires seraient arbitraires⁶².

Il est par ailleurs suggéré que lorsque l'opposition contrôle effectivement le territoire et exerce des fonctions régaliennes à l'exclusion du gouvernement, son consentement peut être à la fois nécessaire et suffisant. Aucune base juridique n'a été avancée pour cette suggestion, si ce n'est une assimilation aux circonstances dans lesquelles, à titre exceptionnel, des responsabilités ont été parfois attribuées à des acteurs non étatiques en vertu du droit des droits de l'homme⁶³.

Quelle que soit la position juridique, le consentement ou l'acquiescement de l'opposition aux opérations de secours pour les civils sur un territoire qu'elle contrôle ou transitant par celui-ci sera nécessaire en pratique pour déployer les opérations en toute sécurité et sans entrave.

les troupes srilankaises dans le cadre de l'offensive contre les Tigres tamouls. Une première tentative indienne pour apporter une assistance par la mer a été interceptée par les forces srilankaises ; deux jours plus tard, l'Inde effectuait le parachutage. Dans le sillage de l'opération Poomalai, le Sri Lanka a accusé l'Inde d'avoir violé sa souveraineté et son intégrité territoriale. Le Pakistan, le Bangladesh, le Népal et les Maldives se sont également élevés contre cette action. L'Inde s'est défendue en arguant qu'il s'agissait d'une « mission humanitaire ». En dehors de la région, les réactions ont été modérées – les États-Unis ont exprimé des regrets mais ont refusé de commenter l'incident. Le Secrétaire général des Nations Unies a publié une déclaration invitant les deux États à agir avec retenue. Asoka Bandarage, *The Separatist Conflict in Sri Lanka: Terrorism, Ethnicity and Political Economy*, Routledge, Londres/New York, 2009 ; et Steven R. Weisman, « India Airlifts and Tamil Rebels », *New York Times*, 5 juin 1987, consultable à l'adresse : www.nytimes.com/1987/06/05/world/india-airlifts-aid-to-tamil-rebels.html.

61 Voir, par exemple, Michael Meyer, selon lequel « le gouvernement en place ne devrait pas s'opposer aux actions de secours humanitaires qui remplissent les conditions requises d'impartialité et de non-discrimination qui sont entreprises sur un territoire dont il n'a pas le contrôle ». Michael Meyer, « Development of the Law concerning Relief Operations », in Michael Meyer (dir. pub.), *Armed Conflict and the New Law: Aspects of the Geneva Protocols and the Weapons Convention*, BICL, 1989, p. 221. Voir aussi Sandesh Sivakumaran, « The Provision of Humanitarian Assistance in Non-International Armed Conflicts », in Philip Ambach et al. (dir. pub.), *The Protection of Non-Combatants During Armed Conflict and Safeguarding the Rights of Victims in Post-Conflict Society*, à paraître, 2015.

62 Consultations menées par l'auteur auprès d'experts juridiques ; et S. Sivakumaran, *supra* note 61.

63 Consultations menées par l'auteur auprès d'experts juridiques. Sur la pratique nouvelle consistant à attribuer des obligations relevant des droits de l'homme à des acteurs non étatiques, voir, par exemple, Yael Ronen, « Human Rights Obligations of Territorial Non-State Actors », *Cornell International Law Journal*, n° 46, 2013, p. 21.

Qui représente le gouvernement dont le consentement est requis ?

Dans quelles circonstances doit-on considérer que les autorités gouvernementales impliquées dans un conflit non international ont cessé de représenter l'État et, par conséquent, ne sont plus la partie dont le consentement à des offres d'aide humanitaire est requis ?

Reconnaître l'opposition comme le « seul représentant légitime du peuple » de l'État en question n'est pas la reconnaître en tant que gouvernement de cet État⁶⁴. La première forme de reconnaissance est une expression de soutien politique et d'approbation au groupe, qui renforce sa position, y compris en interne, en encourageant des factions à s'unir sous son autorité, mais elle n'a pas de conséquences juridiques. La reconnaissance d'une entité en tant que gouvernement intervient habituellement après un changement non constitutionnel de régime. Bien que la reconnaissance comporte une importante dimension politique, le pouvoir de discrétion des États n'est pas illimité. Deux conditions doivent être réunies, avec une certaine flexibilité. Tout d'abord, l'entité en question doit effectivement contrôler le territoire de l'État. Ensuite, et quoique dans une moindre mesure dans le cas d'un changement révolutionnaire, elle doit le faire avec le soutien de la masse de la population⁶⁵.

Puisqu'un État ne peut avoir deux gouvernements simultanés, la reconnaissance d'un groupe en tant que gouvernement implique de ne plus reconnaître les autorités en place. Le gouvernement nouvellement reconnu devient l'homologue de l'État qui le reconnaît dans les relations diplomatiques. Il reprend l'ambassade et d'autres actifs de l'État et nomme des diplomates qui bénéficient de privilèges et d'immunités diplomatiques, tandis que ceux des représentants du précédent gouvernement prennent fin. La reconnaissance des gouvernements par les États peut être expresse ou implicite, auquel cas elle peut se déduire de la nature des relations entre les représentants des deux États.

Les organisations internationales reconnaissent aussi implicitement les gouvernements par le biais de ceux qu'elles acceptent comme représentants des États. Au sein des Nations Unies, la Commission de vérification des pouvoirs de l'Assemblée générale est chargée de contrôler la régularité des pouvoirs. En cas de revendications de représentation concurrentes, elle fait une recommandation à l'Assemblée générale sur la partie qu'il convient de considérer comme le représentant du gouvernement de l'État en question⁶⁶.

64 Voir Dapo Akande, « Self Determination and the Syrian Conflict – Recognition of the Syrian Opposition as the Sole Legitimate Representative of the Syrian People: What Does this Mean and What Implications Does it Have? », *EJILTtalk!*, 6 décembre 2012, consultable à l'adresse : www.ejiltalk.org/self-determination-and-the-syrian-conflict-recognition-of-syrian-opposition-as-sole-legitimate-representative-of-the-syrian-people-what-does-this-mean-and-what-implications-does-it-have/ ; Stefan Talmon, « Recognition of the Libyan National Transitional Council », *American Society of International Law Insights*, vol. 15, n° 16, 16 juin 2011 ; et Stefan Talmon, « Recognition of Opposition Groups as the Legitimate Representative of a People », *Chinese Journal of International Law*, vol. 12, n° 2, 2013, pp. 219-253. Voir aussi, de manière plus générale, Robert Jennings et Arthur Watts (dir. pub.), *Oppenheim's International Law*, vol. 1: *Peace*, 9^e éd., Longman, Londres/New York, 1992, para. 42-54.

65 *Ibid.*, para. 45.

66 *Ibid.*, para. 53.

Si la position juridique est simple, il ne faut pas sous-estimer les difficultés que pose son application concrète. La reconnaissance est en effet une question politique sensible et il n'est pas rare que certains États reconnaissent en tant que gouvernement une entité que d'autres États considèrent comme l'opposition.

Comment le consentement peut-il être donné ?

La loi ne précise pas comment le consentement à des opérations de secours doit être donné. Si certains estiment que l'exigence du « consentement » de l'article 18 du PA II « implique moins de formalité » que le mot « agrément » de l'article 70 du PA I⁶⁷, il ne faut sans doute pas accorder trop de poids à cette différence de terminologie.

Il est suggéré d'autre part, de façon sans doute plus pertinente, que le consentement ne doit pas nécessairement être exprimé ou public : « des assurances privées ou une attitude pouvant être interprétée de bonne foi comme un acquiescement sont suffisantes »⁶⁸. Toute absence de réponse des autorités à des demandes répétées d'autorisation pour agir ou leur absence de réaction alors qu'elles ont connaissance d'opérations non autorisées pourrait être interprétée comme telle. Moins les opérations de secours sont ouvertes, moins il est justifié de déduire l'acquiescement, car il est possible que les autorités n'en aient pas connaissance.

Conséquences du refus de consentement aux opérations de secours

Conséquences pour ceux qui souhaitent apporter une aide

Bien que les règles applicables aux opérations de secours soient simples pour l'essentiel, il est plus difficile de déterminer les conséquences juridiques de leur violation et, en particulier, la licéité de toute opération de secours non autorisée.

En effet, outre le DIH, d'autres domaines du droit international entrent en jeu, en particulier les règles de droit international public protégeant la souveraineté étatique et l'intégrité territoriale, et l'interdiction d'ingérence dans les affaires internes des États.

Une autre difficulté est que les conséquences des opérations de secours non autorisées diffèrent en fonction du statut de l'acteur qui les conduit. Si tous les acteurs – États, organisations internationales et ONG – doivent respecter les règles du DIH pour que leurs opérations et leur personnel bénéficient de ses protections et de ses garanties, les acteurs privés ne sont pas directement liés par les règles relatives à la souveraineté, à l'intégrité territoriale et à la non-ingérence. Leurs actions sont soumises au droit interne de l'État dans lequel ils opèrent.

67 M. Bothe, K. J. Partsch et W. Solf, *supra* note 14, p. 697.

68 *Ibid.*

Ce qui est clair, peut-être de façon paradoxale, c'est qu'un refus de consentement arbitraire n'engendre pas un droit général de conduire des opérations de secours non autorisées. Comme nous allons le voir, ces opérations ne sont licites que dans des circonstances extrêmement restreintes.

Opérations non autorisées lorsque le consentement est refusé pour motifs valables

Comme il est dit plus haut, un État est en droit de refuser son consentement à des opérations de secours pour des motifs valables. Des opérations de secours conduites sans autorisation dans ces circonstances violent plusieurs règles de droit international.

Tout acteur – État, organisation internationale, ONG – qui conduit des opérations non autorisées lorsque le consentement a été refusé pour des motifs valables agit en violation du DIH. Cela ne signifie pas que le personnel humanitaire, les produits et les matériels fournis perdent leur statut civil et la protection contre les attaques qui en découle⁶⁹. Cependant, l'obligation faite aux États de faciliter le passage rapide et sans encombres des secours et du personnel ne s'applique pas dans le cadre d'opérations non autorisées. Ils peuvent être refoulés à la frontière ou, s'ils sont déjà présents dans le pays, les produits et matériels peuvent être confisqués tandis que le personnel, s'il n'a pas droit aux privilèges et immunités, s'expose à des poursuites devant les tribunaux de l'État où les opérations non autorisées ont eu lieu.

Les opérations de secours non autorisées conduites par un État ou une organisation internationale violent la souveraineté et l'intégrité territoriale de l'État affecté⁷⁰.

La Cour internationale de justice (CIJ) a brièvement examiné si des opérations de secours constituaient une intervention illicite dans l'affaire *Activités militaires et paramilitaires au Nicaragua et contre celui-ci*. Elle a jugé que :

« Il n'est pas douteux que la fourniture d'une aide strictement humanitaire à des personnes ou à des forces se trouvant dans un autre pays, quels que soient leurs affiliations politiques ou leurs objectifs, ne saurait être considérée comme une intervention illicite ...⁷¹ .»

Il faut se garder de tirer des conclusions générales de cette déclaration. Elle figure dans une partie de l'arrêt dans laquelle la CIJ, opposant l'aide humanitaire aux activités militaires et paramilitaires, concluait que la première, contrairement aux secondes, ne constituait pas une intervention. Dans son bref examen de l'aide humanitaire, la CIJ s'est attachée à la nécessité qu'elle soit apportée dans le respect des principes humanitaires⁷². Elle n'a pas examiné la question du consentement, laissant ouverte la question de savoir si une telle assistance ne constitue pas une ingérence,

69 R. A. Stoeffels, *supra* note 51, pp. 314-316.

70 *Ibid.*, p. 314. En réponse au parachutage non autorisé de l'Inde, le Sri Lanka s'est plaint de violations de sa souveraineté et de son intégrité territoriale. Voir l'analyse de l'opération Poomalai de l'Inde, *supra*, note 60.

71 Cour internationale de justice (CIJ), *Activités militaires et paramilitaires au Nicaragua et contre celui-ci* (Nicaragua c. États-Unis d'Amérique), Fond, Arrêt, 27 juin 1986, *CIJ Recueil* 1986, para. 242.

72 *Ibid.*, para. 242, 243.

dans la seule hypothèse d'un refus arbitraire de consentement ou à la fois dans cette hypothèse et dans celle d'un refus pour motifs valables⁷³.

De plus, et surtout, la CIJ n'examinait pas la fourniture non autorisée d'une assistance acheminée *sur le territoire* de l'État affecté mais la fourniture de produits de secours remis à la frontière à des acteurs opérant sur le territoire.

Les commentateurs n'ont pas tous la même interprétation de cet aspect de l'arrêt⁷⁴. En tout état de cause, même s'il devait s'appliquer à toutes les situations, le fait que l'assistance humanitaire ne constitue pas une intervention est sans incidence sur la nécessité pour les opérations de secours de respecter les autres règles du droit international. Une assistance non autorisée apportée lorsque le consentement a été refusé pour des raisons valables ne respecterait toujours pas le DIH et violerait les règles relatives à la souveraineté des États et à l'intégrité territoriale.

Les acteurs privés tels les ONG et leur personnel ne sont pas directement liés par les règles du droit international public relatives à la souveraineté, à l'intégrité territoriale et à la non-ingérence. Le personnel des ONG ne bénéficie pas ordinairement de privilèges et d'immunités et s'expose donc à des poursuites dans l'État où il a fourni l'assistance non autorisée sur plusieurs fondements, de l'entrée illégale dans le pays au soutien à l'ennemi. Toutefois, il ne peut être sanctionné pour avoir fourni une assistance médicale, y compris à des combattants ennemis blessés⁷⁵.

En principe, le personnel des organisations internationales jouit de privilèges et d'immunités en vertu de traités multilatéraux comme la Convention sur les privilèges et immunités des Nations Unies⁷⁶ ou d'accords bilatéraux conclus avec les États d'accueil qui accordent entre autres l'immunité de juridiction.

Opérations non autorisées lorsque le consentement est refusé pour des motifs arbitraires

S'il est clair que le refus arbitraire du consentement à des opérations de secours est une violation du DIH, les opinions sont partagées quant à la licéité des opérations de secours non autorisées dans ces circonstances.

Il a été avancé que les opérations de secours non autorisées sont admissibles lorsque le consentement est refusé pour des raisons arbitraires⁷⁷. Selon ce

73 Bien que la CIJ ne le précise pas non plus, on peut supposer d'après le contexte de l'arrêt qu'elle évoquait des situations dans lesquelles l'assistance était apportée sans le consentement de l'État affecté.

74 Voir R. A. Stoffels, *supra* note 51, p. 309, et les références qu'il contient. Voir aussi Schindler, qui avance que la déclaration de la CIJ ne doit pas être interprétée comme conférant un droit aux États ou aux organisations humanitaires de traverser les frontières d'un autre État pour aider des populations dans le besoin. À son avis, la Cour n'examinait que le « droit de mettre des biens de secours humanitaires à la disposition de parties à un conflit armé, même à des rebelles dans une guerre civile, mais elle n'impliquait pas un droit de pénétrer sur le territoire d'un autre État » pour livrer les biens. D. Schindler, *supra* note 54, pp. 698-699.

75 Les art. 16 du PA I et 10 du PA II disposent que nul ne peut être puni pour avoir apporté une assistance médicale quelles qu'aient été les circonstances. Selon le CICR, la même règle existe en droit coutumier dans les conflits armés internationaux et non internationaux. Voir Étude du CICR sur le droit coutumier, *supra* note 8, Règle 26.

76 Voir aussi la Convention de 1947 sur les privilèges et immunités des institutions spécialisées, New York, 21 novembre 1947 (entrée en vigueur le 2 décembre 1948), RTNU vol. 33, p. 261.

77 M. Bothe, *supra* note 33, p. 96.

raisonnement, si le consentement est arbitrairement refusé, la violation de l'intégrité territoriale de l'État affecté serait justifiée car elle constituerait une mise en œuvre de l'engagement des États en vertu de l'article premier commun aux CG et au PA I de « faire respecter » le DIH⁷⁸.

Cet argument est problématique à plus d'un titre. En premier lieu, l'article premier commun aux CG s'adresse aux « Hautes Parties contractantes » – autrement dit aux États. Par conséquent, on peut arguer que seuls des États pourraient invoquer cette disposition pour justifier leurs actes. Pourtant, il est suggéré que cette disposition pourrait justifier des opérations non autorisées conduites par des États, des organisations internationales et le CICR⁷⁹.

Ensuite, et plus fondamentalement, même si on ne considère que les opérations conduites par des États, l'engagement de faire respecter le DIH en vertu de l'article premier commun aux CG ne peut justifier une violation de la souveraineté et de l'intégrité territoriale, car il est généralement admis qu'on ne peut s'appuyer sur cette disposition pour violer d'autres règles du droit international⁸⁰.

Une autre approche fondée sur le droit international public général, et donc pertinente pour les États et les organisations internationales mais non pour les acteurs privés, serait d'accepter que les opérations non autorisées sont contraires au DIH et violent la souveraineté et l'intégrité territoriale de l'État affecté, mais d'arguer que leur illicéité est exclue pour des motifs acceptés⁸¹. Deux motifs possibles pourraient être invoqués : contre-mesures et nécessité.

Pour être licites, les contre-mesures doivent remplir plusieurs conditions, dont quelques-unes seulement méritent d'être évoquées ici⁸². Premièrement, elles ne peuvent être prises que par un État ou une organisation internationale directement affectés par une violation – pour les besoins présents, un État ou une organisation dont l'offre d'assistance a été arbitrairement rejetée, voire un État dont les ressortissants ont été privés d'assistance. Deuxièmement, l'objet de la contre-mesure doit être d'amener l'État en faute à respecter ses obligations. Il est douteux que ce soit le cas des opérations de secours non autorisées ; elles constituent plutôt une exécution des obligations dont l'État destinataire ne s'est pas acquitté et visent à remédier à la violation de l'obligation. Troisièmement, les contre-mesures doivent être proportionnées aux torts subis par l'acteur qui y recourt. En l'occurrence, l'État ou l'organisation internationale subissent des torts minimes, c'est la population civile qui souffre. Enfin, les contre-mesures ne peuvent en aucune circonstance violer l'interdiction

78 *Ibid.*, p. 95.

79 *Ibid.* pp. 95-96.

80 Commentaire du CICR sur les PA, *supra* note 11, para. 46.

81 Le chapitre V des Articles de la CDI sur la responsabilité de l'État pour fait internationalement illicite, Doc. ONU A/56/10, 2001 (ci-après Articles de la CDI sur la responsabilité de l'État) exclut l'illicéité dans six circonstances : consentement, légitime défense, contre-mesures, force majeure, détresse et état de nécessité.

82 Art. 22 et 49-54 de la CDI sur la responsabilité de l'État et commentaires. Les articles 22 et 51-57 de la CDI sur la responsabilité des organisations internationales énoncent des règles très proches. Rapport de la Commission de droit international, Doc. ONU A/66/10. Sur la possibilité d'invoquer des contre-mesures pour justifier des opérations de secours non autorisées, voir Oliver Courten et Pierre Klein, « L'assistance humanitaire face à la souveraineté des États », *Revue Trimestrielle des Droits de l'Homme*, 1992, pp. 343-364 ; et D. Schindler, *supra* note 54, pp. 698-699.

de la menace ou de l'usage de la force. Compte tenu de ces exigences, il semble peu probable que des contre-mesures puissent servir de base pour écarter l'illicéité d'une opération de secours non autorisée.

Certaines de ces conditions peuvent être contournées – en particulier l'exigence que des contre-mesures soient prises par un État affecté par la violation et qu'elles soient proportionnées au préjudice subi par cet État – en arguant que le DIH édicte des obligations *erga omnes*, c'est-à-dire, des obligations dues à la communauté internationale tout entière⁸³. Dans ces circonstances, les États qui ne sont pas directement affectés par la violation pourraient être fondés à prendre des contre-mesures. Cependant, il n'est pas certain que toutes les règles des Conventions de Genève et des Protocoles additionnels soient des obligations *erga omnes*. Et même si elles le sont et bien qu'il soit arrivé que des États prennent des contre-mesures à la suite de violations d'obligations *erga omnes*, il n'est pas certain à ce jour que le droit international autorise les États à le faire. Compte tenu de ce qui précède, l'article 54 de la CDI sur la responsabilité de l'État laisse ouverte la possibilité pour tout État de prendre des « mesures licites » plutôt que des contre-mesures contre l'État responsable afin d'obtenir la cessation de la violation et la réparation dans l'intérêt de l'État lésé ou des bénéficiaires de l'obligation qui a été violée⁸⁴.

Le deuxième fondement possible sur lequel l'illicéité pourrait être exclue est la nécessité. Un État ou une organisation internationale peut invoquer la nécessité si l'acte par ailleurs illicite était le seul moyen à sa disposition de préserver un intérêt essentiel contre un péril grave et imminent et s'il ne nuit pas gravement à un intérêt essentiel de l'État lésé ou de la communauté internationale⁸⁵.

L'intérêt essentiel à protéger peut être celui de l'État ou de l'organisation internationale qui prend la mesure non autorisée ou celui de la communauté internationale. Bien que la nécessité soit le plus souvent invoquée dans le contexte d'urgences environnementales, la prévention de graves souffrances de la population civile peut être considérée comme un « intérêt essentiel » de la communauté internationale⁸⁶.

Les opérations de secours non autorisées porteraient atteinte à un intérêt essentiel de l'État lésé – son intégrité territoriale – mais elles ne présentent pas nécessairement le degré de gravité exclu par la règle. L'acte illicite justifié par la nécessité doit être le seul moyen de préserver cet intérêt essentiel ; s'il existe d'autres moyens licites pour ce faire, la nécessité ne peut être invoquée⁸⁷. Dans le cas d'opérations de secours, ces autres moyens pourraient consister à apporter une aide par l'intermédiaire d'acteurs autorisés à opérer.

83 Les Commentaires du CICR sembleraient le suggérer. Voir, par exemple, Commentaire du CICR sur les PA, *supra* note 11, para. 45.

84 Voir CDI art. 54 et para. 6 du commentaire.

85 Art. 25 de la CDI sur la responsabilité de l'État ; voir aussi art. 25 de la CDI sur la responsabilité des organisations internationales. La CDI considère que les organisations internationales doivent invoquer la nécessité aussi souvent que les États, de sorte que cette disposition contient une condition supplémentaire : seules les organisations internationales dont la fonction est de protéger l'intérêt essentiel en péril peuvent l'invoquer.

86 Commentaire de l'art. 25 de la CDI sur la responsabilité de l'État.

87 *Ibid.*

Au vu de ce qui précède, la nécessité pourrait être invoquée pour justifier une opération de secours ponctuelle, conduite par un État ou une organisation internationale afin d'apporter des biens vitaux à la population d'un lieu précis dans le besoin extrême, lorsqu'il n'existe aucune autre possibilité. Ce scénario remplirait les conditions de danger grave et imminent sans porter gravement atteinte à l'intérêt essentiel de l'État lésé⁸⁸.

Quand les opérations non autorisées sont-elles licites ?

L'analyse qui précède permet de conclure que lorsque le consentement est refusé pour des raisons *valables*, les opérations de secours non autorisées sont illicites.

La position n'est pas aussi tranchée lorsque le consentement est refusé pour des raisons arbitraires. Au mieux, des opérations conduites sans autorisation par des États et des organisations internationales pourraient constituer des violations de la souveraineté et de l'intégrité territoriale de l'État affecté justifiables dans des circonstances très restreintes en vertu du principe juridique de nécessité ou, peut-être, en vertu de la notion émergente de contre-mesures à la suite de violations d'obligations *erga omnes*. Des opérations non autorisées menées par des parties privées exposerait leur personnel à des poursuites devant les juridictions de l'État affecté.

Compte tenu de ce manque de clarté juridique et, ce qui sans doute importe plus, du fait que des opérations non autorisées risquent d'être extrêmement difficiles à mettre en œuvre en toute sécurité, exécuter ou non de telles opérations tend à être avant tout une décision politique, prise au cas par cas par les organisations humanitaires après avoir soupesé plusieurs considérations parfois contradictoires, au rang desquelles figurent l'urgence de l'assistance à apporter aux civils, la possibilité concrète de déployer des opérations non autorisées et de le faire en toute sécurité, ainsi que l'impact que de telles opérations menées dans des zones aux mains de l'opposition risquent d'avoir sur leurs activités et sur celles d'autres acteurs dans le reste de l'État affecté et dans d'autres contextes.

Conséquences pour la partie qui refuse arbitrairement son consentement et pour les personnes impliquées dans la décision

Jusqu'ici l'analyse s'est concentrée sur les parties qui tentent de fournir une aide humanitaire. Quelles sont les conséquences juridiques pour la partie qui refuse arbitrairement son consentement et pour les personnes impliquées dans cette décision ?

Un refus arbitraire de consentement à des opérations de secours constitue une violation des obligations de l'État en vertu du DIH, voire du droit des droits de l'homme, qui engage sa responsabilité. Cela étant, il semble qu'aucune mesure n'ait jamais été prise pour contraindre un État à exécuter ses obligations, par exemple

88 Sans doute la nécessité pourrait-elle être aussi invoquée lorsque le consentement aux opérations de secours a été refusé pour des raisons valables. Cependant, si la situation désespérée de la population civile est telle qu'elle crée un état de nécessité, des raisons du refus de consentement qui auraient pu être valables au départ seraient sans doute devenues arbitraires, comme dans l'exemple des hostilités prolongées donné plus haut.

par des mécanismes de règlement des différends. Peut-être aucun autre État ne se considère-t-il suffisamment lésé par le refus de consentement pour engager une procédure devant un for compétent.

Le refus arbitraire de consentement donne également la possibilité à l'État qui s'en trouve lésé de prendre des contre-mesures conformément au droit international. Comme on vient de le voir, les textes ne règlent pas la question de savoir quels États seraient en droit de le faire et quelle forme ces contre-mesures revêtiraient précisément. À la connaissance de l'auteur, cette justification n'a jamais été invoquée⁸⁹.

Comme nous le verrons plus loin, il est arrivé que le Conseil de sécurité recoure à des mesures coercitives en vertu du chapitre VII de la Charte des Nations Unies pour garantir la fourniture de l'aide à des populations dans le besoin.

Du point de vue de la responsabilité pénale individuelle, le refus arbitraire de consentement à des opérations de secours n'est pas une violation grave des CG ou du PA I. Il ne figure dans la liste des crimes de guerre d'aucun des tribunaux spéciaux.

Bien que le Statut de la CPI érige en crime de guerre « le fait d'affamer délibérément des civils comme méthode de guerre, en les privant de biens indispensables à leur survie, y compris en empêchant intentionnellement l'envoi des secours prévus par les Conventions de Genève », la portée de cette disposition est en fait assez limitée ; elle ne couvre que la situation extrême dans laquelle des civils sont délibérément privés des objets indispensables à leur survie et ne s'applique que dans les conflits armés internationaux⁹⁰. À ce jour, ce crime n'a été poursuivi dans aucune enquête.

Ainsi, bien qu'il existe diverses options pour rechercher la responsabilité des parties et des personnes qui ont refusé arbitrairement leur consentement à des opérations de secours, ces solutions ont rarement été mises en œuvre et, par conséquent, peu de parties et de personnes ont eu à en répondre. Il ne faut pas en conclure que les règles applicables aux opérations de secours ne sont pas respectées : les parties qui refusent leur consentement dans un premier temps peuvent l'avoir donné par la suite après des négociations ou d'autres voies diplomatiques les invitant à respecter leurs obligations.

Alternatives – aide indirecte

Compte tenu de l'analyse qui précède, quelles sont les possibilités offertes aux États et aux organisations humanitaires internationales dont l'offre d'aide humanitaire a été rejetée ?

Soutien aux opérations autorisées

Si d'autres acteurs opèrent dans le respect des principes humanitaires avec le consentement de l'État affecté, la solution la plus simple serait d'apporter l'aide par leur intermédiaire, en leur fournissant les produits de secours ou en finançant leurs opérations.

89 L'Inde a justifié son parachutage des secours à la ville assiégée de Jaffna dans le cadre de l'opération Poomalai comme une « mission humanitaire » et non comme une contre-mesure.

90 Statut de la CPI, art. 8(2)(b)(xxv).

Ce soutien complémentaire indirect ne pose pas de problème du point de vue du droit international, mais des difficultés peuvent se poser au niveau politique et opérationnel. S'il a rejeté des offres d'aide de l'acteur qui apporte l'aide indirecte ou pense que ce dernier n'a pas adopté une position neutre dans le conflit, l'État affecté peut considérer que les opérations qu'il a précédemment autorisées et qui reçoivent maintenant un soutien ne sont plus impartiales, neutres et indépendantes et refuser son consentement à ces opérations. Par conséquent, pour énoncer une évidence, l'aide indirecte ne doit être recherchée que si les organisations humanitaires travaillant dans le pays ont besoin de produits ou matériels ou de financements complémentaires et sont prêtes à accepter cette assistance de l'État ou de l'organisation internationale qui l'offre.

Soutien à des opérations non autorisées

Plus complexe est la question du soutien aux acteurs humanitaires qui conduisent des opérations non autorisées. Sa licéité doit être évaluée au regard des différents principes du droit étudiés plus haut : intégrité territoriale et non-ingérence, ainsi que des règles applicables à l'aide dans la commission d'un fait internationalement illicite.

Intégrité territoriale

Si les acteurs qui apportent le soutien indirect ne pénètrent pas sur le territoire de l'État affecté, ils ne violent pas son intégrité territoriale.

Prohibition de l'ingérence

S'agissant du principe de non-ingérence, quel que soit le point de vue adopté quant à l'application de l'arrêt de la CIJ dans l'affaire *Activités militaires et paramilitaires* aux opérations de secours « directes », il est clair que la Cour visait l'assistance « indirecte » sous forme de secours apportés depuis l'extérieur du territoire de l'État affecté. La CIJ a conclu que cette assistance ne constitue pas une ingérence à condition qu'elle respecte les principes humanitaires :

« Un élément essentiel de l'aide humanitaire est qu'elle doit être assurée "sans discrimination" aucune. Selon la Cour, pour avoir le caractère d'une intervention condamnable dans les affaires intérieures d'un autre État, non seulement l' "assistance humanitaire" doit se limiter aux fins consacrées par la pratique de la Croix-Rouge, à savoir "prévenir et alléger les souffrances des hommes" et "protéger la vie et la santé [et] faire respecter la personne humaine" ; elle doit aussi, et surtout, être prodiguée sans discrimination à toute personne dans le besoin au Nicaragua, et pas seulement aux contras et à leurs proches⁹¹. »

Pour contrer les allégations d'immixtion illégale, il est indispensable que les acteurs qui apportent un soutien indirect s'assurent avec un degré de certitude élevé que les opérations qu'ils aident sont exclusivement humanitaires et conduites confor-

91 *Ibid.*, para. . 243

mément aux principes humanitaires, et que des mesures appropriées sont prises pour éviter le détournement des secours et des fonds. La fourniture de produits de secours de préférence à des fonds permettrait de réfuter plus facilement des allégations selon lesquelles les fonds sont destinés à des activités militaires ou d'autres activités non humanitaires ou détournés à leur profit.

Assistance dans la commission d'un fait internationalement illicite

Un État ou une organisation internationale qui prête assistance au fait internationalement illicite d'un autre État ou d'une organisation peut violer le droit international. L'article 16 des Articles de la CDI sur la responsabilité de l'État dispose que :

« L'État qui aide ou assiste un autre État dans la commission du fait internationalement illicite par ce dernier est internationalement responsable pour avoir agi de la sorte dans le cas où :

- (a) Ledit État agit ainsi en connaissance des circonstances du fait internationalement illicite ; et*
- (b) Le fait serait internationalement illicite s'il était commis par cet État. »*

L'article 16 se retrouve pour l'essentiel dans l'article 14 de la CDI sur la responsabilité des organisations internationales⁹².

La fourniture de biens de secours ou de fonds engage ou n'engage pas cette responsabilité secondaire selon que l'acteur ainsi aidé qui conduit des opérations de secours agit ou n'agit pas en violation du droit international. La responsabilité des États ou des organisations internationales qui conduisent des opérations de secours non autorisées est engagée lorsque le consentement a été refusé pour des raisons valables. Cependant, il est peu probable que des États ou des organisations humanitaires qui tenteraient de bonne foi de fournir une assistance humanitaire apporteraient un soutien dans de telles circonstances.

Ils le feraient sans doute plus volontiers dans des hypothèses de refus arbitraire du consentement. Comme on l'a vu plus haut, c'est précisément dans ces situations que les opinions divergent quant à la licéité des opérations non autorisées. Cette même incertitude se reporte sur l'acteur qui apporte un soutien indirect. Si les opérations non autorisées sont considérées comme licites, alors il est légal de les aider ; mais si elles sont considérées comme illicites, un État ou une organisation internationale qui prête assistance à de telles opérations violerait également le droit international⁹³.

92 L'article 14 de la CDI sur la responsabilité des organisations internationales dispose que :

« Une organisation internationale qui aide ou assiste un État ou une autre organisation internationale dans la commission d'un fait internationalement illicite par cet État ou cette organisation est internationalement responsable pour avoir agi de la sorte dans le cas où :

- (a) La première organisation agit ainsi en connaissance des circonstances du fait internationalement illicite ; et*
- (b) le fait serait internationalement illicite s'il était commis par cette organisation. »*

93 On peut raisonnablement supposer qu'un État ou une organisation internationale qui finance ou apporte une aide importante à une opération de secours non autorisée satisfait à la condition de connaissance respectivement prévue à l'art. 16 de la CDI sur la responsabilité de l'État et à l'art. 14 de la CDI sur la responsabilité des organisations internationales.

Cela étant, cette responsabilité secondaire a rarement été invoquée – jamais en relation avec un soutien indirect à des opérations de secours, et rarement lorsque la violation sous-jacente était beaucoup plus grave, comme la fourniture d'armes lorsqu'il existe un risque important qu'elles soient utilisées pour commettre des violations du DIH⁹⁴.

De plus, la responsabilité secondaire n'est engagée que dans le cadre d'une assistance à des activités violant le droit international menées par des États et des organisations internationales. Les opérations de secours conduites par des ONG n'entrent pas dans le champ d'application de cette disposition – et en tout état de cause, elles peuvent violer le droit interne mais pas le droit international. De ce fait, le soutien apporté à ces opérations n'engage pas la responsabilité secondaire.

Puisqu'un soutien indirect ne violerait pas l'intégrité territoriale de l'État affecté et ne constituerait pas une ingérence ou, s'il est apporté à des ONG, une assistance à la commission d'un fait internationalement illicite, cette assistance indirecte est probablement la stratégie qui pose le moins de problèmes d'ordre juridique, en particulier si toutes les mesures sont prises pour s'assurer que les opérations soutenues ont un caractère exclusivement humanitaire et sont menées dans le respect des principes de l'action humanitaire.

Enfin, tout État tiers dont le territoire est utilisé pour ces opérations indirectes – habituellement des États voisins – peut aussi se voir reprocher de prêter assistance à la commission d'un fait illicite et de laisser utiliser son territoire pour des activités illicites⁹⁵. Évidemment, l'organisation d'opérations de secours non autorisées mais néanmoins conformes aux principes humanitaires est beaucoup moins préjudiciable que le fait de laisser son territoire être utilisé afin « d'organiser et d'encourager des actes de guerre civile ou des actes de terrorisme sur le territoire d'un autre État, d'y aider ou d'y participer », visé dans la Déclaration sur les relations amicales⁹⁶.

Néanmoins, la responsabilité peut être engagée, et l'expérience montre que les États affectés prétendent fréquemment que les activités humanitaires ne servent en fait qu'à couvrir des menaces plus graves. Ces possibilités rendent d'autant plus important le consentement des États tiers concernés à toute forme d'opération transfrontalière ou de soutien indirect.

Contourner l'exigence de consentement – Décisions contraignantes du Conseil de sécurité

L'exigence de consentement édictée par le DIH peut être contournée par une décision contraignante du Conseil de sécurité « imposant » des opérations de secours.

94 Commentaire de l'art. 16 de la CDI sur la responsabilité de l'État, para. 7-9.

95 Dans l'affaire du Détroit de Corfou, la CIJ a souligné « l'obligation, pour tout État, de ne pas laisser utiliser son territoire aux fins d'actes contraires aux droits d'autres États ». *Affaire du Détroit de Corfou (Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord c. Albanie)*, Arrêt du 9 avril 1949, *CIJ Recueil* 1949, p. 22.

96 Déclaration relative aux principes du droit international touchant les relations amicales et la coopération entre les États conformément à la Charte des Nations Unies, Rés. AG NU 2625, 24 octobre 1970.

En effet, les décisions adoptées en vertu du chapitre VII de la Charte des Nations Unies lient tous les États et prévalent sur leurs droits et obligations en vertu d'autres corpus de droit. Ainsi, si le Conseil de sécurité, agissant en vertu du chapitre VII, exigeait que des actions de secours humanitaires soient autorisées à entrer dans le pays, l'État affecté devrait s'exécuter⁹⁷.

Bien que le caractère obligatoire des décisions adoptées en vertu du chapitre VII ne soit pas controversé, il a été admis que des décisions du Conseil de sécurité qui ne sont pas adoptées en vertu de ce chapitre peuvent également être contraignantes au sens de l'article 25 de la Charte si elles emploient le langage de l'obligation⁹⁸.

Le Conseil de sécurité appelle souvent les parties à un conflit à laisser passer les convois humanitaires⁹⁹. Cependant, dans la majorité des cas, il s'agit d'une simple exhortation à autoriser les actions de secours qui, plus qu'une autorisation donnée à ces opérations par le Conseil de sécurité, constitue en fait une admission que l'État affecté doit y consentir¹⁰⁰.

Il est parfois arrivé que le Conseil de sécurité adopte des mesures contraignantes en vertu du chapitre VII en ce qui concerne des opérations de secours. Un examen attentif de ces précédents révèle que bien qu'il ait visé des opérations de secours empêchées, le Conseil n'a jamais exigé que l'État affecté autorise l'accès. Il s'agissait en réalité de créer des conditions de sécurité propices à la fourniture d'une assistance – une question apparentée mais distincte qui, dans les affaires en question, a finalement débouché sur un recours à la force.

La résolution 2139 (2014) relative à la Syrie a marqué une nette rupture avec les pratiques antérieures, le Conseil de sécurité exigeant pour la première fois de toutes les parties qu'elles autorisent immédiatement un accès humanitaire rapide, sûr et sans entrave, y compris à travers les lignes de conflit et à travers les frontières des pays voisins¹⁰¹.

Bosnie-Herzégovine

En 1992, le Conseil de sécurité a adopté la résolution 752 appelant les parties à s'assurer qu'étaient remplies les conditions requises pour la distribution effective et sans obstacle de l'aide humanitaire en Bosnie-Herzégovine¹⁰². Deux semaines plus tard, agissant en vertu du chapitre VII, le Conseil de sécurité a exigé, dans

97 Sur ce point, voir Yoram Dinstein, « The Right to Humanitarian Assistance », *Naval War College Review*, vol. 54, n° 4, 2000, p. 77.

98 Voir, par exemple, Rosalyn Higgins, « The Advisory Opinion on Namibia: Which UN Resolutions are Binding Under Article of the Charter? », *International and Comparative Law Quarterly*, n° 21, 1972, p. 270 ; et Marko Divac Oberg, « The Legal Effects of Resolutions of the UN Security Council and General Assembly in the Jurisprudence of the ICJ », *European Journal of International Law*, n° 16, 2005, p. 879.

99 Voir Aide-mémoire pour l'examen des questions relatives à la protection des civils en temps de conflit armé, Addendum, Partie I, C, « Accès des organisations humanitaires aux populations et protection des personnels humanitaires », Doc. ONU S/PRST/2010/25, 22 novembre 2010.

100 Voir, par exemple, R. A. Stoeffels, *supra* note 52, p. 289.

101 Rés. CS NU. S/RES/2139, 22 février 2014, para. 6.

102 Rés. CS NU. S/RES/752, 15 mai 1992, para. 8.

sa résolution 757, que les parties créent immédiatement ces conditions, y compris l'établissement d'une zone de sécurité autour de Sarajevo¹⁰³. Dans sa résolution 770, agissant de nouveau en vertu du chapitre VII, le Conseil de sécurité a appelé tous les États – pas seulement les parties au conflit – à prendre toutes les mesures nécessaires pour faciliter la distribution d'une aide humanitaire par des organisations humanitaires¹⁰⁴. Enfin, ses exhortations étant restées sans effet, dans sa résolution 781, le Conseil de sécurité a prononcé une interdiction des vols militaires dans l'espace aérien de la Bosnie-Herzégovine¹⁰⁵, considérant que cette mesure constituait « un élément essentiel de la sécurité de l'acheminement de l'aide humanitaire dans le pays »¹⁰⁶.

Dans cet exemple l'État affecté, la Bosnie-Herzégovine¹⁰⁷, consentait aux secours alors que son opposant y faisait obstacle.

Somalie

En 1992, après une semblable série de résolutions restées lettre morte dans lesquelles il appelait les parties à faciliter l'acheminement de l'aide humanitaire et à prendre des mesures pour garantir la sécurité du personnel humanitaire¹⁰⁸, le Conseil de sécurité a adopté la résolution 794, dans laquelle, agissant en vertu du chapitre VII, il autorisait les États membres, afin de mettre en place une opération, « à employer tous les moyens nécessaires pour instaurer aussitôt que possible des conditions de sécurité pour les opérations de secours humanitaire en Somalie »¹⁰⁹.

Cette résolution a conduit à la création d'une force multinationale dirigée par les États-Unis, qui a opéré entre décembre 1992 et mai 1993 en Somalie afin de sécuriser les opérations humanitaires dans la moitié méridionale de la Somalie.

D'après le Secrétaire général d'alors, à la date d'adoption de la résolution 794 du Conseil de sécurité, on considérait que la Somalie n'avait pas de gouvernement. De multiples factions opéraient dans le pays et entravaient et attaquaient les forces des Nations Unies et les autres organisations de secours¹¹⁰.

Il s'agit donc d'un cas dans lequel une force multinationale a été autorisée à instaurer des conditions de sécurité pour des opérations de secours qui étaient entravées par les autorités de fait en l'absence de gouvernement.

103 Rés. CS NU. S/RES/757, 30 mai 1992, para. 17.

104 Rés. CS NU. S/RES/770, 13 août 1992, para. 2.

105 Rés. CS NU. S/RES/781, 9 octobre 1992, para. 1.

106 *Ibid.*, para. 8.

107 À cette date, la Bosnie-Herzégovine était déjà un État indépendant, qui avait été admis au sein des Nations Unies le 22 mai 1992.

108 Rés. CS NU. S/RES/733, 23 janvier 1992 ; Rés. CS NU. S/RES/746, 17 mars 1992 ; Rés. CS NU. S/RES/751, 24 avril 1992 ; Rés. CS NU. S/RES/767, 27 juillet 1992 ; et Rés. CS NU. S/RES/775, 28 août 1992. Aucune partie de ces résolutions relatives aux opérations de secours n'a été adoptée en vertu du chapitre VII.

109 Rés. CS NU. S/RES/794, 3 décembre 1992, para. 10.

110 Lettre datée du 29 novembre 1992 adressée au Président du Conseil de sécurité par le Secrétaire général, Doc. ONU S/24868, 30 novembre 1992.

Nord de l'Irak

En avril 1991, face à la répression de la population civile dans les zones d'Irak peuplées par des kurdes, le Conseil de sécurité a adopté la résolution 668, dans laquelle il insistait pour que l'Irak permette un accès immédiat des organisations humanitaires internationales à tous ceux qui avaient besoin d'assistance sur l'ensemble du territoire de l'Irak et lançait un appel à tous les États membres et à toutes les organisations humanitaires pour qu'ils participent à ces efforts d'assistance humanitaire¹¹¹.

Bien que le Conseil ait jugé que la répression des civils qui entraînait des flux de population massifs à travers les frontières internationales et des incursions transfrontalières était une menace pour la paix et la sécurité internationales, il n'a pas expressément invoqué le chapitre VII.

Cette résolution a néanmoins servi de base à une opération multinationale dirigée par les États-Unis. Commencant par des parachutages, la coalition a poursuivi en plaçant des forces terrestres sur le territoire irakien pour protéger les personnes déplacées et construire des camps. Elle a également établi une zone de sécurité dans le Nord de l'Irak en faisant appel aux forces terrestres et aériennes pour permettre aux civils de rentrer chez eux¹¹².

L'Irak a finalement signé un Protocole d'accord avec les Nations Unies sur les activités de celles-ci dans le Nord du pays, mais les mesures adoptées en vertu de la résolution 688 ont été prises initialement sans son consentement¹¹³.

La valeur de précédent de cet exemple est également restreinte. Comme dans les cas étudiés plus haut, il s'agissait d'établir des conditions de sécurité permettant la fourniture de l'assistance humanitaire et non d'« imposer » des opérations de secours elles-mêmes. De plus, l'assistance a été fournie sur un territoire que la force multinationale avait soustrait au contrôle effectif de l'État affecté – on peut donc considérer que s'agissant de déterminer quelle partie devait donner son consentement aux opérations de secours, le contexte s'apparentait plus à une situation d'occupation ou à d'autres formes d'administration étrangère d'un territoire.

Syrie

En octobre 2013, le Conseil de sécurité a adopté une Déclaration du Président sur la situation en Syrie, qui analysait les opérations de secours humanitaire avec un niveau de précision sans précédent. Elle demandait instamment à toutes les parties de faire sans tarder le nécessaire pour que l'aide humanitaire soit acheminée en toute sécurité et sans entrave aux populations dans le besoin dans toutes les zones sous

111 Rés. CS NU. S/RES/688, 5 avril 1991, para. 3 et 6.

112 *Air Force Historical Studies Office, Operation Provide Comfort and Northern Watch*, 9 septembre 2012, accessible à l'adresse : www.afhso.af.mil/topics/factsheets/factsheet.asp?id=19873 ; et GlobalSecurity.org, *Operation Provide Comfort*, accessible à l'adresse : http://www.globalsecurity.org/military/ops/provide_comfort.htm

113 Karin Landgren, « Safety Zones and International Protection: A Dark Grey Area », *International Journal of Refugee Law*, vol. 7, 1995, p. 443 ; D. Schindler, *supra* note 54, p. 699.

leur contrôle et à travers les lignes de conflit et exhortait les autorités syriennes à prendre des mesures spécifiques pour permettre l'intensification des opérations de secours humanitaires et à lever les obstacles administratifs et les autres entraves¹¹⁴.

En février 2014, face à la dégradation de la situation humanitaire en Syrie, en particulier pour les civils bloqués dans les zones assiégées, et au manque d'effet de la Déclaration du Président d'octobre 2013, le Conseil de sécurité a adopté à l'unanimité la résolution 2139, dans laquelle il « [e]xige[ait] que toutes les parties, en particulier les autorités syriennes, autorisent immédiatement un accès humanitaire rapide, sûr et sans entrave aux organismes humanitaires des Nations Unies et à leurs partenaires d'exécution, y compris à travers les lignes de conflit et à travers les frontières des pays voisins, afin de veiller à ce que l'aide humanitaire parvienne par les routes les plus directes aux personnes qui en ont besoin »¹¹⁵.

Bien que la résolution ne précise pas qu'elle est adoptée en vertu du chapitre VII de la Charte, il paraît clair que certaines de ses dispositions imposent des obligations contraignantes aux parties au conflit en Syrie et aux autres États concernés. En particulier, les paragraphes 5 et 6 du dispositif vont au-delà de l'exhortation et « exigent » que ceux auxquels ils s'adressent les respectent. Une distinction est opérée dans la résolution entre les dispositions dans lesquelles le Conseil se borne à « demander instamment » une mesure particulière et celles dans lesquelles il « exige » une action.

L'effet de ces dispositions contraignantes est que le Conseil de sécurité exige que le consentement soit donné. Les termes de la résolution ne laissent pas à la Syrie ou aux autres parties concernées le loisir de refuser leur consentement aux opérations de secours humanitaires. Alors que le DIH autoriserait à refuser le consentement pour des raisons valables, ce n'est pas le cas de la résolution 2139. C'est la première fois que le Conseil de sécurité exigeait des parties à un conflit qu'elles autorisent les opérations de secours, et leur imposait une obligation sans réserve de permettre un accès rapide, sûr et sans entrave aux organismes humanitaires des Nations Unies et à leurs partenaires d'exécution.

La résolution 2139 couvre expressément les opérations de secours à travers les lignes de front et à travers les frontières. De plus, le terme « toutes les parties » au paragraphe 6 du dispositif est suffisamment large pour également exiger que les autres États concernés autorisent ces opérations, en particulier ceux dont le territoire est le point de départ ou un point de passage des opérations de secours transfrontalières et dont le DIH requiert le consentement.

114 Déclaration du Président du Conseil de Sécurité, S/PRST/2013/15, 2 octobre 2013.

115 Rés. CS NU. S/RES/2139, 22 février 2014, para. 6. Le para. 5 est également pertinent, dans lequel le Conseil de Sécurité, après avoir demandé à toutes les parties de lever immédiatement le siège des zones peuplées, exigeait que toutes les parties autorisent l'acheminement de l'aide humanitaire, y compris l'aide médicale, cessent de priver les civils de denrées alimentaires et de médicaments indispensables à leur survie et permettent l'évacuation rapide, en toute sécurité et sans entrave, de tous les civils qui souhaitaient partir.

Conclusion

Les tentatives d'aide humanitaire dans l'hypothèse où l'État sur le territoire duquel elle doit être déployée refuse son consentement soulèvent de complexes questions juridiques, opérationnelles et politiques, rarement résolues par les opérations de secours transfrontalières.

En droit, il semble raisonnable de conclure que lorsque des civils sont dans le besoin et que des acteurs sont capables d'apporter une assistance conforme aux principes humanitaires, il est exclu, pour l'État affecté, de refuser son consentement aux opérations de secours dans plusieurs circonstances précises, au moins en cas d'occupation, lorsque la population civile est menacée de famine et pour des opérations de secours médicaux. Dans toutes ces situations, l'État affecté conserve un droit de contrôle sur les opérations de secours, y compris celui de prescrire les modalités techniques suivant lesquelles l'acheminement des secours est autorisé.

Dans d'autres situations, il est plus complexe en fait et en droit de déterminer si le consentement a été refusé arbitrairement, et donc illégalement.

La question de la licéité des opérations non autorisées reste elle aussi ouverte. Les acteurs privés qui conduisent des opérations de secours non autorisées exposent leur personnel à des poursuites dans l'État affecté. Quant aux États et aux organisations internationales, l'illicéité peut être exceptionnellement écartée en vertu du principe de nécessité ou, peut-être, à titre de contre-mesure face à une violation d'une règle *erga omnes*. Mais même dans ces circonstances, on peine à voir comment les opérations pourraient être concrètement déployées.

Les opérations de secours transfrontalières soulèvent des questions opérationnelles peut-être encore plus complexes. Quelle que soit la position juridique, il est peu probable que les opérations soient déployées en toute sécurité sans l'accord, ou tout au moins sans l'acquiescement, de toutes les parties concernées – l'État affecté et les groupes d'opposition qui contrôlent le territoire sur lequel l'assistance doit être apportée ou par lequel elle doit transiter. Il est également indispensable de considérer l'impact défavorable que peuvent avoir des opérations non autorisées sur les autres opérations menées sur le territoire national et ailleurs.

Le Conseil de sécurité peut « imposer » des opérations de secours par une décision contraignante, qui supprime l'exigence du consentement. Du point de vue de la pratique opérationnelle, cette imposition peut comporter d'importants inconvénients, en associant ce qui devrait être une opération exclusivement humanitaire et impartiale à des décisions politiques. En outre, les pratiques passées semblent indiquer que lorsque le Conseil en vient à adopter une telle mesure, la force armée est probablement nécessaire pour instaurer des conditions de sécurité qui permettent d'exécuter les opérations de secours.

Au niveau politique, des indications sur les questions essentielles soulevées par les opérations de secours seraient les bienvenues, y compris sur la partie dont le consentement est requis, ce qui constitue un refus arbitraire du consentement, et la

nature précise des obligations de permettre et de faciliter les opérations de secours qui ont été acceptées – une question juridique et pratique centrale que cet article ne fait qu’effleurer.

En situation concrète, obtenir le consentement à des opérations de secours et surmonter les difficultés constantes de la fourniture effective de l’assistance une fois le consentement accordé est fondamentalement une affaire de négociation entre ceux qui souhaitent porter assistance et les États affectés, où le droit donne le contexte mais n’est qu’un des multiples éléments qui affectera le résultat. Il est souvent préférable de conduire ces négociations de manière progressive pour instaurer peu à peu la confiance mutuelle – acteur par acteur, besoin spécifique par besoin spécifique, lieu par lieu – plutôt que de façon binaire suivant le principe du « tout ou rien ».

CÉRÉMONIE DE LANCEMENT DE LA SÉLECTION FRANÇAISE DE LA RICR - DAKAR

En marge du XV^e Sommet de la Francophonie qui s'est tenu à Dakar les 29 et 30 novembre 2014, une cérémonie a été organisée, le vendredi 28 novembre, par la Délégation du CICR à Dakar autour de la parution de la Sélection, en Français, du numéro spécial 888 de la RICR consacré aux *150 ans de l'action humanitaire du CICR*.

Placée sous le parrainage du comité scientifique du XV^e Sommet de la Francophonie, cette cérémonie, organisée en partenariat avec l'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF), marquait l'engagement commun d'accroître la connaissance du DIH en particulier par une diffusion accrue de la Sélection française de la Revue internationale de la Croix-Rouge, conformément au plan d'action triennal (2014-2016) annexé à l'accord de coopération conclu le 12 mai 2014 entre le CICR et l'OIF.

Lors de cette rencontre, plusieurs intervenants se sont succédé : Ghislaine Doucet, Conseiller juridique principal, responsable de la publication de la Sélection française de la RICR (CICR-Paris), François Bugnion, membre du Comité international de la Croix Rouge, Abdoul Aziz Kébé, Islamologue, Enseignant à l'UCAD, membre du comité éditorial de la RICR, El Hadji Hamidou Kassé, Président du Comité scientifique préparatoire du XV^e Sommet de l'OIF, Philippe Guinand, chef de la délégation du CICR à Dakar.

Cette réunion a été honorée par la présence et les discours de M. Adama Dieng, Conseiller spécial du Secrétaire Général de l'ONU, pour la prévention du génocide et de Me Sidiki Kaba, Garde des Sceaux, ministre de la Justice du Sénégal et président de l'Assemblée des Etats Parties au Statut de Rome, qui ont conféré à cette séance, un caractère solennel et empreint d'une aspiration partagée visant à accroître le respect du droit international humanitaire.

Tous ont marqué leur attachement au CICR, à ses activités, aux valeurs et principes du DIH et ont salué l'initiative de notre Institution visant à ce que la langue ne soit pas un obstacle à la connaissance d'un droit qui est universel.

La Sélection française de la Revue internationale de la Croix-Rouge est largement distribuée dans l'espace francophone et au sein de l'Organisation internationale de la francophonie.

Avec 274 millions de locuteurs français répartis sur les cinq continents (*chiffres du dernier rapport l'Observatoire de la langue française*), le respect du DIH et des principes humanitaires y gagneront.

A terme, l'équipe de la Revue souhaite notamment :

- 1°) insérer dans les numéros de la SF, des références « francophones », tels des citations d'ouvrages, d'articles, mais aussi des colloques, séminaires, et toutes autres initiatives, tels films, expositions, propres à promouvoir le DIH ;
- 2°) introduire dans les numéros de la Revue des contributions de professeurs, de représentants institutionnels, issus de la Francophonie.

REVUE INTERNATIONALE de la Croix-Rouge

Photo de couverture:

Une ambulance se dirige vers le lieu d'une explosion à Kaboul, Afghanistan, 28 septembre 2005.
REUTERS/Ahmad Masood

Une sélection annuelle d'articles est également publiée au niveau régional en arabe, chinois, espagnol, français et russe.

Les articles publiés dans la *Revue* sont accessibles gratuitement en ligne sur le site : www.icrc.org/fre/resources/international-review

Présentation des manuscrits

La *Revue internationale de la Croix-Rouge* sollicite des articles sur des sujets touchant à la politique, à l'action et au droit international humanitaires. La plupart des numéros sont consacrés à des thèmes particuliers, choisis par le Comité de rédaction, qui peuvent être consultés sur le site web de la *Revue* dans la rubrique «Futurs thèmes de la *Revue internationale de la Croix-Rouge*». Les contributions portant sur ces sujets sont particulièrement appréciées.

Les articles peuvent être rédigés en anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe. Les articles choisis sont traduits en anglais, si nécessaire.

Les articles ne doivent pas avoir été publiés, présentés ou acceptés ailleurs. Ils font l'objet d'un examen collégial; la décision finale de les publier est prise par le rédacteur en chef. La *Revue* se réserve le droit d'en réviser le texte. La décision d'accepter, de refuser ou de réviser un article est communiquée à l'auteur dans les quatre semaines suivant la réception du manuscrit. Les manuscrits ne sont pas rendus aux auteurs.

Les manuscrits peuvent être envoyés par courriel à : review@icrc.org

Règles de rédaction

L'article doit compter entre 5 000 et 10 000 mots. Les textes plus courts peuvent être publiés dans la section «Notes et commentaires».

Pour de plus amples informations, veuillez consulter les Informations à l'intention des auteurs et les Règles de rédaction, notes de bas de page, citations et questions de typographie sur le site web de la *Revue* :

www.icrc.org/fre/resources/international-review

Sélection française

Depuis 2011, la *Revue internationale de la Croix-Rouge* publie deux à quatre sélections françaises thématiques par année. Leurs contenus rassemblent une sélection d'articles parmi ceux figurant dans les quatre numéros annuels de la version anglaise de la *Revue internationale de la Croix-Rouge* (*International Review of the Red Cross*).

Pour recevoir la sélection française, il faut s'adresser à :

Délégation régionale du CICR à Paris
10 bis passage d'Enfer
75014 Paris
France
Courriel : sf_ricr@icrc.org

©cicr 2014

L'autorisation de réimprimer ou de republier un texte paru dans la sélection française doit être obtenue auprès du rédacteur en chef. Les demandes sont à adresser à l'équipe éditoriale.

Équipe éditoriale

Rédacteur en chef : Vincent Bernard
Rédactrice : Mariya Nikolova
Assistants de rédaction :
Elvina Pothelet et Gaetane Cornet
Assistante de publication :
Claire Franc Abbas
Responsable de la sélection française :
Ghislaine Doucet, Délégation régionale
du CICR à Paris, France.

Revue internationale de la Croix-Rouge
Avenue de la Paix 19
CH - 1202 Genève
Tél. : +41 22 734 60 01
Fax : +41 22 733 20 57
Courriel : review@icrc.org

Violences contre les soins de santé

Éditorial – Violences contre les soins de santé : une résignation impossible

Vincent Bernard, Rédacteur en chef

Entretien avec Walter T. Gwenigale

Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République du Libéria

EXPOSÉ DU PROBLÈME

La violence contre les soins de santé : les enseignements recueillis en Afghanistan, en Somalie et en République démocratique du Congo

Fiona Terry

LE CADRE NORMATIF

Le cadre juridique applicable à l'insécurité et à la violence touchant les soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence

Alexander Breitegger

La santé dans les conflits armés :

une approche sous l'angle des droits de l'homme

Katherine H. A. Footer et Leonard S. Rubenstein

L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix :

pour une meilleure compréhension

Vivienne Nathanson

NOTES D'OPINION

Ne peut-il jamais être excessif de tuer incidemment des médecins militaires ?

Laurent Gisel

Le territoire palestinien occupé et le droit international humanitaire.

Réponse à Peter Maurer

Shawan Jabarin

DILEMMES OPÉRATIONNELS :

PRODIGER DES SOINS DE SANTÉ DANS LES CONFLITS ARMÉS

Pertinence opérationnelle des Principes fondamentaux : le cas du Liban

Sorcha O'Callaghan et Leslie Leach

Attaques sur la mission médicale : aperçus d'une réalité polymorphe, le cas de Médecins Sans Frontières

Dr Caroline Abu-Sada, Dr Françoise Duroch, Prof. Bertrand Taithe

LES PROCHAINES ÉTAPES

Q&R : « Les soins de santé en danger » – Entretien avec Pierre Gentile

Responsable du projet « Les soins de santé en danger »,

Direction des opérations du CICR

ARTICLE CHOISI SUR LE DROIT ET L'ACTION HUMANITAIRES

Le droit applicable aux opérations de secours transfrontalières

Emanuela-Chiara Gillard

ÉVÈNEMENT

Cérémonie de lancement de la Sélection française de la RICR - Dakar

REVUE INTERNATIONALE de la Croix-Rouge



CICR

ISSN : 1560-7755
1501 / 001

[www.icrc.org/fre/resources/
international-review](http://www.icrc.org/fre/resources/international-review)