



CADRES NORMATIFS NATIONAUX POUR LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ

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



CICR



CICR

Comité international de la Croix-Rouge
19, avenue de la Paix
1202 Genève, Suisse
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
Email: shop@icrc.org www.icrc.org
© CICR, août 2015

Photo de couverture: M. Cruppe/CICR

CADRES NORMATIFS NATIONAUX POUR LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ

**RAPPORT DE L'ATELIER DE BRUXELLES
29-31 JANVIER 2014**

Les sept Principes fondamentaux du Mouvement

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

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 s'efforce, en s'appuyant sur ses capacités tant nationales qu'internationales, 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 toute personne humaine. Il favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre tous les peuples.

Impartialité

Le Mouvement 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 détreesses 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 et idéologique.

Indépendance

Le Mouvement est indépendant. Auxiliaires des pouvoirs publics dans leurs activités humanitaires et soumises aux lois qui régissent leur pays respectif, les Sociétés nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir toujours selon les principes du Mouvement.

Volontariat

Le Mouvement est un mouvement de secours volontaire et désintéressé.

Unité

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

Universalité

Le Mouvement, au sein duquel toutes les Sociétés ont des droits égaux, ainsi que la responsabilité et le devoir de s'entraider, est universel.

SIGLES

AMM – Association médicale mondiale

CADH – Convention américaine relative aux droits de l'homme

CADHP – Charte africaine des droits de l'homme et des peuples

CDESC – Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Nations Unies

CDH (ou CCPR) – Comité des droits de l'homme

CEDH – Convention européenne des droits de l'homme de 1950

CG I, II, III et IV – Conventions de Genève I, II, III et IV de 1949

DIDH – Droit international des droits de l'homme

DIH – Droit international humanitaire

HCiD – « Les soins de santé en danger » (d'après l'anglais « Health Care in Danger »)

PA I et II – Protocoles I et II de 1977 additionnels aux Conventions de Genève de 1949

PA III – Protocole III additionnel aux Conventions de Genève de 1949

PIDCP – Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966

PIDESC – Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

TABLE DES MATIÈRES

1. RÉSUMÉ	7
2. LE PROJET « LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER »	11
3. LE CADRE JURIDIQUE RÉGISSANT LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ	15
3.1. LE CADRE JURIDIQUE INTERNATIONAL (DIH ET DIDH)	15
3.1.1. Protection générale	15
3.1.2. Règles spécifiques	17
A) Protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux	17
B) Les emblèmes distinctifs	22
C) Éthique des soins de santé et confidentialité	25
3.1.3. Sanctions	27
3.2. LES CADRES JURIDIQUES NATIONAUX – RÉSULTATS DE LA RECHERCHE PRÉLIMINAIRE	28
3.2.1. Introduction	28
3.2.2. La protection des soins de santé dans la législation et la pratique nationales	29
4. L'ATELIER DE BRUXELLES : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	37
4.1. OBSERVATIONS GÉNÉRALES	37
4.2. DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	38
4.2.1. Première séance thématique: Comment rendre plus efficace la protection juridique des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux.	38
4.2.2. Deuxième séance thématique: Comment améliorer le cadre juridique visant à un usage correct des emblèmes distinctifs, dont l'utilisation est réglémentée par le droit international, ainsi que d'autres signes servant à identifier des activités de soins de santé.	45
4.2.3. Troisième séance thématique: Comment protéger juridiquement l'éthique médicale et la confidentialité dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence.	53
4.2.4. Quatrième séance thématique: Comment réprimer et sanctionner efficacement les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé.	62
5. CONCLUSIONS	69
ANNEXES	73
ANNEXE 1. ÉTUDES DE PAYS	73
BÉLARUS	73
BELGIQUE	76
COLOMBIE	79
KENYA	83
MEXIQUE	89
NÉPAL	92
ANNEXE 2. LISTE DES PARTICIPANTS	96
ANNEXE 3. PROGRAMME DE L'ATELIER	100



FIRST AID
PANGUNANG LUNAS



CODE OF CONDUCT
FOR COMBATANTS



TUNTUNIN NG
WASTONG ASAL
SA DIGMAAN

1. RÉSUMÉ

Le présent rapport résume les résultats de l'atelier consacré aux Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé qui s'est tenu à Bruxelles du 29 au 31 janvier 2014, ainsi que les principales conclusions de l'étude préliminaire effectuée par les Services consultatifs en droit international humanitaire du Comité international de la Croix-Rouge (CICR). L'atelier était organisé conjointement par le CICR, la Commission interministérielle belge de droit humanitaire et la Croix-Rouge de Belgique. Les participants étaient des fonctionnaires, des membres de commissions nationales de mise en œuvre du droit international humanitaire (DIH) ou d'organes similaires, des parlementaires, des experts indépendants et des représentants d'organisations ayant des compétences spécifiques pour certaines questions inscrites au programme de l'atelier.

Dans le cadre du processus de consultation d'experts du projet « Les soins de santé en danger » (HCiD), présenté dans la section 2 de ce rapport, l'atelier avait pour objectif de déterminer quelles mesures concrètes et procédures, notamment législatives et réglementaires, les États pourraient prendre afin de mettre en œuvre le cadre international existant pour la protection des soins de santé et l'accès aux soins, dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Les participants ont été invités à échanger leurs données d'expérience nationales et leurs compétences particulières en vue d'en dégager les bonnes pratiques, de mettre en évidence les difficultés éventuelles et d'élaborer des recommandations spécifiques concernant la mise en œuvre des règles et normes internationales protégeant la fourniture des soins de santé. À cet égard, l'atelier a axé ses travaux sur la mise en œuvre du cadre international existant plutôt que sur la création de nouvelles règles ou normes.

En prévision de l'atelier, les Services consultatifs en droit international humanitaire ont effectué une recherche documentaire sur les cadres normatifs en place dans les pays pour protéger la fourniture des soins de santé au niveau national. Un questionnaire détaillé a été envoyé aux conseillers juridiques régionaux des Services consultatifs, qui ont recueilli les informations pertinentes sur les cadres nationaux de 39 pays situés dans toutes les régions du monde. Se fondant sur les données issues de ce questionnaire, les Services consultatifs ont élaboré six études de pays, qui sont présentées en annexe 1 de ce rapport. Les résultats de l'étude préliminaire, précédés d'un résumé des règles et normes internationales protégeant la fourniture des soins de santé, figurent dans la section 4 de ce rapport. Les informations figurant dans cette section ont servi de source de références et de base de discussion aux participants.

L'atelier a comporté à la fois des séances plénières et des séances de groupes de travail qui ont porté sur quatre thèmes ayant trait à la protection de soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence : 1) la protection juridique des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux ; 2) l'usage correct des emblèmes distinctifs régis par le droit international ainsi que d'autres signes servant à identifier les activités de soins de santé ; 3) la protection de l'éthique médicale et de la confidentialité ; et 4) la répression et la sanction des violations du droit relatif aux soins de santé. Afin de faciliter le débat, les participants ont été divisés en quatre groupes de travail, selon leur langue de préférence : un groupe francophone, un groupe hispanophone et deux groupes anglophones. Chaque groupe de travail a traité les quatre thèmes.

Les recommandations présentées dans la section 4 de ce rapport ainsi que le résumé des débats de l'atelier sont le fruit d'une réflexion sur les discussions et échanges nourris qui ont eu lieu entre tous les participants pendant les séances des groupes de travail et les plénières qui ont suivi. Elles s'articulent autour de trois grands types de mesures : des mesures législatives pour la mise en œuvre du cadre juridique international existant ; des mesures de diffusion et de formation ; et des mesures concernant la coordination entre les parties concernées. Elles comprennent également des mesures spécifiques visant à réprimer et sanctionner efficacement toutes les formes de violence contre les soins de santé. Il convient de mentionner que ces recommandations ont été formulées par le CICR sur la base du rapport relatif aux discussions tenues pendant l'atelier et à la recherche préliminaire, sans approbation formelle des participants.

Les États sont invités à consulter ces recommandations et à entreprendre une réflexion sur la façon dont les mesures proposées peuvent les aider à s'acquitter de l'obligation qui leur incombe de mettre en œuvre le cadre juridique international visant à protéger la fourniture des soins de santé et à garantir une protection plus efficace des services de santé. Étant donné, toutefois, que tous les pays n'en sont pas au même point dans la mise en œuvre de leurs obligations internationales par incorporation dans leur législation nationale, il est important que les autorités de chaque État déterminent lesquelles de ces recommandations sont pertinentes dans leur propre contexte et choisissent les moyens de mise en œuvre appropriés. Ceci exige des États qu'ils prennent les dispositions nécessaires pour bien comprendre la nature et les causes de la violence exercée contre les soins de santé sur leur territoire.

Dans cette optique, il est permis d'espérer que les recommandations énoncées dans le présent rapport offriront des orientations utiles et serviront de base au développement de mesures nationales concrètes visant à renforcer la protection des soins de santé, tant en termes de fourniture que d'accès, et à l'élaboration de solutions adaptées aux divers contextes nationaux ou régionaux, car c'est dans ce but qu'elles ont été rédigées.



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

Le respect et la protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux sont au cœur du développement du droit international humanitaire depuis l'adoption de la toute première Convention de Genève, en 1864. Aujourd'hui, cependant, diverses formes de violence continuent à perturber ou à mettre en péril les soins de santé dans de nombreuses régions du monde.

Les actes ou les menaces de violence contre le personnel de santé, les structures de santé et les transports médicaux pendant les conflits armés et autres situations de violence sont fréquents et touchent aussi bien des individus que des familles ou des communautés entières. C'est probablement l'un des problèmes humanitaires les plus graves auxquels nous devons nous attaquer, si l'on en juge d'après le nombre potentiel de ses victimes et ses effets en termes de besoins chroniques et aigus.

En novembre 2011, la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge demandait au CICR d'entreprendre des consultations associant des experts des États, du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres acteurs spécialisés dans le domaine des soins de santé¹. Le but visé était – et demeure – de rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Il était également demandé au CICR de rendre compte des progrès accomplis à la XXXII^e Conférence internationale, en 2015.



¹ XXXI^e Conférence internationale, 2011 : résolution 5 – Les soins de santé en danger, disponible à l'adresse <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm> (dernière consultation le 10 juillet 2014).

Le projet «Les soins de santé en danger», lancé en vue de réaliser l'objectif visé, a attiré l'attention sur les actes parfois violents qui entravent ou empêchent la fourniture de soins de santé. Ces actes peuvent être des attaques directes contre des patients, du personnel de santé, et des structures et transports médicaux, ou un refus d'accès à des établissements de soins, ou encore l'entrée de force dans ces établissements et le pillage. Il est probable que dans la plupart des cas, ces actes constituent des infractions au droit international.

Le projet a rassemblé des Sociétés nationales et diverses parties prenantes extérieures telles que décideurs politiques, personnel du secteur public de la santé, personnel militaire, institutions humanitaires et représentants des milieux universitaires afin qu'ils déterminent quelles mesures et recommandations concrètes les autorités et/ou le personnel de santé pourraient mettre en œuvre pour mieux protéger et faire respecter la fourniture des soins de santé.

Au total, des experts d'une centaine de pays ont participé, entre 2012 et 2014, à une série d'ateliers sur les thèmes suivants :

- Rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence : rôle et responsabilités des Sociétés nationales (deux ateliers : Norvège et Iran).
- Les responsabilités et les droits du personnel de santé (deux ateliers : Royaume-Uni et Égypte).
- Les services ambulanciers et pré-hospitaliers lors d'interventions dans des situations à haut risque (un atelier : Mexique).
- La sécurité des structures médicales (deux ateliers : Canada et Afrique du Sud).
- Le rôle de la société civile et des autorités religieuses dans la promotion du respect de la mission médicale (un atelier : Sénégal).
- Promouvoir des pratiques militaires qui favorisent des soins de santé plus sûrs (un atelier : Australie).
- Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé (un atelier : Belgique).

DÉFINITIONS

Comme le projet « Les soins de santé en danger » porte sur plusieurs situations différentes, les termes utilisés dans cette publication – par exemple « personnel de santé », « structures de santé » et « transports médicaux » – devraient être compris dans un sens plus général que les termes « personnel sanitaire », « unités sanitaires » et « transports sanitaires » utilisés dans les règles du DIH, qui s'appliquent durant les conflits armés. Le personnel, les unités et les transports médicaux sont couverts par la définition du DIH lorsqu'ils sont exclusivement affectés à des fins sanitaires par une partie au conflit ou une autorité compétente. Dans le contexte du projet « Les soins de santé en danger », le personnel et les structures de santé ou les transports médicaux peuvent désigner des personnes et des biens couverts par le projet, même s'ils n'ont pas été affectés à des fins sanitaires par une partie au conflit.

Les structures de santé incluent les hôpitaux, les laboratoires, les dispensaires, les postes de premiers secours, les centres de transfusion sanguine et les dépôts de produits médicaux et pharmaceutiques de ces structures².

Le personnel de santé inclut³ :

- les personnes ayant une formation professionnelle en soins de santé, par exemple les médecins, le personnel infirmier, le personnel paramédical, les physiothérapeutes et les pharmaciens ;
- les personnes qui travaillent dans des hôpitaux, des dispensaires et des postes de premiers secours, les chauffeurs d'ambulances, les administrateurs d'hôpitaux ou le personnel qui travaille dans la communauté à titre professionnel ;
- le personnel et les volontaires du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge contribuant à la fourniture des soins de santé ;
- le personnel médical des forces armées ;
- le personnel des organisations internationales et non gouvernementales actives dans le domaine de la santé ;
- les secouristes.

Les transports médicaux comprennent les ambulances, les navires ou aéronefs médicaux, qu'ils soient civils ou militaires, et les véhicules transportant les blessés et les malades, le personnel de santé et le matériel ou l'équipement médical. Ce terme couvre tous les véhicules utilisés à des fins médicales, même s'ils ne sont pas exclusivement affectés au transport médical et sous le contrôle d'une autorité compétente d'une partie à un conflit, notamment les voitures privées utilisées pour transporter les blessés et les malades jusqu'à une structure de santé, les véhicules de transport de médicaments et de matériel médical et les véhicules transportant le personnel médical jusqu'à son lieu de travail (par exemple pour des vaccinations locales ou pour travailler dans des dispensaires mobiles).

² CICR, *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011.

³ 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.



3. LE CADRE JURIDIQUE RÉGISSANT LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ

3.1. LE CADRE JURIDIQUE INTERNATIONAL (DIH ET DIDH)

Cette section présente les règles spécifiques de droit international humanitaire (DIH) et de droit international des droits de l'homme (DIDH)⁴ relatives à la protection de la fourniture des soins de santé aussi bien en temps de paix que pendant un conflit armé ou d'autres situations d'urgence.

3.1.1. Protection générale

En vertu du DIDH, les États parties aux traités concernés ont, en toutes circonstances (c'est-à-dire en temps de paix comme de conflit armé), l'obligation de maintenir un système de soins de santé qui fonctionne. Ils sont tenus d'assurer l'accès aux équipements, produits et services sanitaires essentiels, à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante, à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable, ainsi que de fournir les médicaments essentiels, tout en respectant les principes de non-discrimination et d'équité d'accès. Les États doivent également établir et mettre en œuvre des stratégies de santé publique⁵.

Le DIH contient des dispositions analogues, qui exigent des États qu'ils veillent à ce que la population ait la nourriture et les fournitures médicales nécessaires. Dans un territoire occupé, par exemple, la Puissance occupante (avec le concours des autorités nationales et locales) doit, dans toute la mesure des moyens disponibles, assurer et maintenir les établissements et les services médicaux et hospitaliers, ainsi que la santé et l'hygiène publiques, et prendre les mesures prophylactiques et préventives nécessaires pour combattre la propagation des maladies contagieuses et des épidémies⁶.

4 Le DIH est un ensemble de règles qui, pour des raisons humanitaires, cherchent à limiter les effets des conflits armés. Il protège les personnes qui ne participent pas ou plus aux combats et restreint les moyens et méthodes de guerre. Il s'applique dans les situations de conflit armé, que le conflit soit international ou non international.

Le DIDH, lui, est un ensemble de règles qui cherchent à protéger les individus de comportements arbitraires de la part de leurs gouvernements. Les droits de l'homme sont des droits inhérents à chaque individu, en tant qu'être humain. En principe, ils s'appliquent en toutes circonstances, aussi bien en temps de paix que dans les situations de conflit armé. Toutefois, certains traités des droits de l'homme autorisent les gouvernements à déroger à certains droits dans les situations d'urgence publique.

Pour un complément d'information sur les similitudes et les différences entre le DIH et le DIDH, voir le site du CICR : <https://www.icrc.org/fr/guerre-et-droit/dih-et-autres-regimes-juridiques/dih-et-droits-de-lhomme>

5 Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC), Nations Unies, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, 11 août 2000.

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en

NB : Les observations générales constituent une interprétation officielle des obligations des États au regard des traités des droits de l'homme. En tant que telles, toutefois, elles ne lient pas les États.

6 L'article 56, CG IV, cité intégralement, dispose : « Dans toute la mesure de ses moyens, 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. Le personnel médical de toutes catégories sera autorisé à accomplir sa mission.

Si de nouveaux hôpitaux sont créés en territoire occupé et si les organes compétents de l'Etat occupé n'y sont plus en fonction, les autorités d'occupation procéderont s'il y a lieu, à la reconnaissance prévue à l'article 18. Dans des circonstances analogues, les autorités d'occupation devront également procéder à la reconnaissance du personnel des hôpitaux et des véhicules de transport en vertu des dispositions des articles 20 et 21. En adoptant les mesures de santé et d'hygiène, ainsi qu'en les mettant en vigueur, la Puissance occupante tiendra compte des exigences morales et éthiques de la population du territoire occupé. »

Si le DIH et le DIDH autorisent tous deux les États à s'acquitter de leurs obligations dans la mesure des moyens dont ils disposent, un manque de ressources ne peut à lui seul justifier l'inaction. Lorsque les ressources sont extrêmement limitées, les États devraient adopter des programmes peu coûteux ciblant les membres les plus défavorisés et marginalisés de la société⁷.

Pour que l'accès aux soins de santé soit protégé, les États doivent diffuser le contenu des obligations qu'imposent le DIH et le DIDH aussi largement que possible sur leur territoire. Cette information doit être fournie en particulier aux forces armées et aux responsables de la protection civile et de l'application des lois. Elle doit aussi être diffusée auprès du personnel de santé et dans l'ensemble de la population⁸. La diffusion peut nécessiter la traduction des textes juridiques. Les États doivent aussi veiller à ce que des conseillers juridiques soient disponibles pour aider les commandants militaires et les responsables de l'application des lois à appliquer et à enseigner le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme⁹.

-
- 7 CDESC, Observation générale n° 3 : La nature des obligations des États parties, 14 décembre 1990, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en, par. 10 ; CDESC, Appréciation de l'obligation d'agir "au maximum de ses ressources disponibles" dans le contexte d'un protocole facultatif au Pacte, 21 septembre 2007, http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.2007.1_fr.pdf, par. 10.
- 8 Pour un complément d'information sur la diffusion, voir la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée « L'obligation de diffusion du droit international humanitaire », <https://www.icrc.org/fr/document/lobligation-de-diffusion-du-droit-international-humanitaire#>
- 9 Pour un complément d'information sur les conseillers juridiques dans les forces armées, voir la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée « Conseillers juridiques dans les forces armées », <https://www.icrc.org/fr/document/conseillers-juridiques-dans-les-forces-armees#>

3.1.2 Règles spécifiques¹⁰

A) Protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux

LE CADRE JURIDIQUE¹¹

Protection des blessés et des malades

Droit international humanitaire

Art. 3 commun, CG I, II, III et IV

Art. 6, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 19 et 46, CG I

Art. 6, 7, 9, 10, 12, 18, 21, 28, 30 et 47, CG II

Art. 30, CG III

Art. 16 et 91, CG IV

Art. 10, 11 et 44.8, PA I

Art. 7 et 8, PA II

Règles 109-111, Étude sur le DIH coutumier

Droit international des droits de l'homme

Art. 25, Déclaration universelle des droits de l'homme, 10 décembre 1948

Art. 2, CEDH

Art. 6.1, PIDCP

Art. 12, PIDESC

Art. 4, CADH

Art. 4, CADHP

Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois

CDESC, Observation générale n° 3

CDESC, Observation générale n° 14

CDESC, Appréciation de l'obligation d'agir « au maximum de ses ressources disponibles » dans le contexte d'un protocole facultatif au Pacte, UN Doc E/C.12/2007/1, 21 septembre 2007

Il convient de mentionner en outre que les règles et principes internationaux d'éthique médicale¹² applicables au personnel de santé dans l'exercice de ses fonctions contiennent aussi des règles visant à protéger les blessés et malades.

¹⁰ Cette section est basée sur un document établi par le CICR pour la XXXI^e Conférence internationale, intitulé « Les soins de santé en danger. Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et autres situations de violence » http://www.rcrcconference.org/docs_upl/fr/311C_Respecter_et_protYoger__FR.pdf

¹¹ Pour un complément d'information sur les règles concernant les sanctions pénales en cas de violations graves des Conventions de Genève et de leurs Protocoles additionnels commises à l'encontre de blessés et malades, de personnel et de structures de santé et de véhicules sanitaires, voir la section 3.1.3.

¹² Le terme « éthique médicale » désigne une partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale. Voir Association médicale mondiale, *Manuel d'éthique médicale*, 2^e édition, 2009, p. 9. http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_fr.pdf

Protection du personnel de santé

Droit international humanitaire

Art. 24- 27, 28-30 et 32, CG I

Art. 36 et 37, CG II

Art. 20, CG IV

Art. 15 et 16, PA I

Art. 9 et 10, PA II

Règles 25 et 26, Étude sur le DIH coutumier

Droit international des droits de l'homme

PIDCP

CEDH

ACHR

ACHPR

Protection des structures de santé et des transports médicaux

Droit international humanitaire

Art. 19-23 et 33-37, CG I

Art. 21-35 et 38-40, CG II

Art. 18,19, 21, 22 et 57, CG IV

Art. 12-14 et 21-31, PA I

Art. 11, PA II

Règles 28 et 29, Étude sur le DIH coutumier

Droit international des droits de l'homme

CDESC, Observation générale n° 14

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

En vertu du DIH, toutes les parties à un conflit armé ont l'obligation fondamentale de fournir aux blessés et malades des soins médicaux dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs. Ces soins doivent être dispensés sans aucune distinction de caractère défavorable, à quelque partie que soit associée la personne blessée ou malade, et indépendamment de sa race, de sa religion, de ses opinions politiques ou tout autre critère analogue¹³. Il ne peut être fait de distinction que fondée sur des critères purement médicaux¹⁴. La précision « dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs » signifie que cette obligation n'est pas absolue, mais exige des parties qu'elles prennent toutes les mesures possibles en fonction de leurs ressources et de la possibilité matérielle d'appliquer ces mesures pendant un conflit armé¹⁵. En revanche, nul ne peut être laissé délibérément sans secours médical¹⁶.

En vertu du DIDH, les États ont l'obligation de garantir le droit indérogeable à la vie en s'abstenant de refuser ou retarder délibérément la fourniture de soins de santé aux personnes relevant de leur

¹³ Selon le *Commentaire des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949*, l'expression « sans aucune distinction de caractère défavorable » figurant dans les quatre Conventions de Genève et dans le préambule du Protocole additionnel I signifie que les seules distinctions interdites sont celles qui visent à nuire à certaines personnes ou catégories de personnes.

¹⁴ Art. 3.2) commun, CG I-IV; art. 12, CG I; art. 12, CG II; art. 10.2, PA I; art. 7.2, PA II; règle 110, J.M. Henckaerts et L. Doswald-Beck, *Droit international humanitaire coutumier. Volume I: Règles*, Bruylant/CICR, 2006 (Étude sur le DIH coutumier).

¹⁵ *Commentaire* relatif à l'article 10, PA I, par. 446 et 451.

¹⁶ Art. 12, al. 2, CG I et CG II.

juridiction dans des circonstances où la vie de ces dernières est en danger¹⁷. 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 (Principes de base sur le recours à la force), instrument de droit non contraignant adopté en 1990 par le huitième Congrès des Nations Unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants, précisent : « Lorsque l'usage légitime de la force ou des armes à feu est inévitable, les responsables de l'application des lois : (...) [v]eilleront à ce qu'une assistance et des secours médicaux soient fournis aussi rapidement que possible à toute personne blessée ou autrement affectée¹⁸. »

Par ailleurs, en vertu du droit à la santé, qui est consacré par une série d'instruments des droits de l'homme et renforcé par les constitutions nationales, les États ont obligation d'assurer, au moins, la fourniture, sans discrimination aucune, des soins de santé essentiels, notamment des services de prévention, de traitement et de réadaptation¹⁹. C'est là une obligation indérogable mais qui n'est pas absolue, sa mise en œuvre dépendant des ressources disponibles²⁰. Les États sont néanmoins tenus d'utiliser les ressources disponibles et, lorsque celles-ci sont insuffisantes, de s'employer activement à demander la coopération et l'assistance de la communauté internationale²¹. Toute autre limitation du droit à la santé doit être conforme à la loi, y compris au DIDH, compatible avec la nature de ce droit, imposée dans l'intérêt de buts légitimes, et strictement destinée à favoriser le bien-être économique et social général. De plus, de telles limitations doivent être provisoires et sujettes à un examen régulier²².

– Toutes les mesures possibles doivent être prises pour rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades, sans aucune discrimination.

En vertu du DIH, chaque fois que les circonstances le permettent, et notamment après un engagement, chaque partie au conflit doit prendre sans tarder toutes les mesures possibles pour rechercher, recueillir et évacuer les blessés, les malades et les naufragés, sans distinction de caractère défavorable²³.

Au titre du droit à la santé prescrit par le DIDH, les États ont l'obligation indérogable de garantir le droit d'avoir « accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune²⁴ », sous réserve de la disponibilité des ressources nécessaires²⁵. Si les « équipements, produits et services sanitaires » doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, les États ont l'obligation spéciale de prendre toutes les mesures possibles – y compris rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades – pour donner accès aux soins de santé aux personnes qui sont incapables, pour des raisons échappant à leur contrôle, d'exercer ce droit avec les moyens dont elles disposent²⁶. L'accès aux soins de santé étant souvent impossible pour les blessés et les malades, en raison de leur état physique et/ou de la situation de violence qui prévaut, il faut, pour s'acquitter de cette obligation, s'employer activement à rechercher, recueillir et évacuer ces blessés et malades.

– Les blessés et les malades, ainsi que le personnel de santé, ne doivent pas être attaqués, privés arbitrairement de la vie ou soumis à de mauvais traitements. L'usage de la force contre du personnel de santé n'est justifié qu'en des circonstances exceptionnelles. Les structures médicales

¹⁷ Cela a été reconnu par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Chypre c. Turquie*, Requête n° 25781/94, Arrêt, 10 mai 2001, par. 219-221. De façon plus générale, voir aussi le Comité des droits de l'homme des Nations Unies (HRC), Observation générale n° 6 : Droit à la vie, 30 avril 1982, http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/INT_CCPR_GEC_6630_F.doc, par. 5 ;

M. Nowak, *U.N. Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary*, 2nd ed., Kehl-Strasbourg-Arlington : N. P. Engel, 2005 (en anglais. Ci-après Commentaire de Nowak sur le PIDCP), p. 123-124.

¹⁸ Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois, A/CONF.144/28/Rev.1, huitième Congrès des Nations Unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants, 1990, <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/UseOfForceAndFirearms.aspx>

De plus, l'article 6 du Code de conduite pour les responsables de l'application des lois dispose : « Les responsables de l'application des lois doivent veiller à ce que la santé des personnes dont ils ont la garde soit pleinement protégée et, en particulier, prendre immédiatement des mesures pour que des soins médicaux leur soient dispensés chaque fois que cela s'impose. » Code de conduite pour les responsables de l'application des lois, Résolution de l'AGNU 34/169, 17 décembre 1979, <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/LawEnforcementOfficials.aspx>

¹⁹ CDESC, Observation générale n° 3, par. 10 ; CDESC, Observation générale n° 14, par. 43.

²⁰ Art. 2.1), PIDESC, 19 décembre 1966.

²¹ CDESC, Observation générale n° 3, par. 10 ; CDESC, Appréciation de l'obligation d'agir "au maximum de ses ressources disponibles" dans le contexte d'un protocole facultatif au Pacte, par. 10.

²² Art. 4, PIDESC ; Observation générale n° 14, par. 28-29.

²³ Art. 15, al. 1), CG I ; art. 18, CG II ; art. 8, PA II ; règle 109, Étude sur le DIH coutumier.

²⁴ CDESC, Observation générale n° 14, par. 43.

²⁵ Art. 25, Déclaration universelle des droits de l'homme, 10 décembre 1948 ; art. 12, PIDESC.

²⁶ CDESC, Observation générale n° 14, par. 12, 37 et 43.

et véhicules sanitaires ne peuvent pas non plus être attaqués, et doivent être épargnés dans toute la mesure du possible.

Le DIH contient l'obligation fondamentale de respecter et protéger les blessés et les malades en toutes circonstances. Cela signifie en particulier qu'il ne faut pas les attaquer, leur infliger de mauvais traitements ou leur nuire de quelque manière que ce soit, ni les tuer. Cela signifie aussi qu'il faut les épargner, prendre des mesures actives pour leur porter assistance et veiller à ce qu'ils soient respectés par les tiers²⁷.

La protection spécifique que le DIH confère au personnel de santé ainsi qu'aux unités et moyens de transport sanitaires découle de l'obligation fondamentale de respecter et protéger les malades et blessés²⁸. Le personnel de santé et les unités et moyens de transport sanitaires – militaires ou civils – accomplissant leurs tâches strictement humanitaires ne peuvent pas non plus être l'objet d'attaques ni être mis à mal d'une quelconque manière, et doivent être épargnés au cours des hostilités²⁹. Ainsi, dans la conduite des hostilités, sont interdites non seulement – en raison de l'obligation de respect et de protection – les attaques délibérément dirigées contre du personnel de santé et des unités et moyens de transport sanitaires et les attaques sans discrimination qui leur portent atteinte, mais également les attaques dont on peut attendre qu'elles leur causent incidemment des dommages qui seraient excessifs par rapport à l'avantage militaire direct et concret attendu³⁰.

Les parties au conflit sont aussi tenues de faire tout ce qui est pratiquement possible pour vérifier que les attaques ne sont pas dirigées contre des personnes civiles, des biens civils et des biens ayant droit à une protection spéciale (comme c'est le cas du personnel de santé et des unités et moyens de transport sanitaires), mais seulement contre des objectifs militaires³¹. Lorsqu'elles visent des objectifs militaires, elles doivent aussi prendre toutes les précautions pratiquement possibles, quant aux moyens et méthodes d'attaque, en vue d'éviter, ou en tout cas de réduire au minimum, les dommages qui pourraient être causés incidemment à du personnel de santé et à des unités et moyens de transport sanitaires³².

Cette obligation implique les précautions suivantes : choisir les moyens et méthodes d'attaque qui infligent incidemment le moins de dommages aux blessés et malades ainsi qu'au personnel de santé ; annuler une attaque lorsqu'il apparaît que l'on peut attendre qu'elle cause incidemment des pertes ou des dommages excessifs³³ et que son objectif n'est pas militaire ou qu'il bénéficie d'une protection spéciale ; et, dans le cas d'attaques pouvant affecter la population civile, donner un avertissement en temps utile et par des moyens efficaces. L'obligation d'épargner le personnel de santé et les unités et moyens de transport sanitaires dans la conduite des hostilités, qui est inhérente à l'obligation de respecter et de protéger ces personnes et biens, ainsi que les blessés et les malades, oblige aussi la partie qui se défend à prendre des mesures de précaution. Chaque fois que cela s'avère possible, les parties au conflit doivent veiller à ce que les unités sanitaires soient situées de telle façon que des attaques contre des objectifs militaires ne les mettent pas en danger³⁴. Chaque partie doit aussi, dans la mesure de ce qui est pratiquement possible, limiter les effets des attaques en éloignant du voisinage des objectifs militaires les blessés et malades, ainsi que le personnel de santé et les unités et moyens de transport sanitaires³⁵.

Le personnel et les unités et moyens de transport sanitaires peuvent perdre la protection spécifique à laquelle ils ont droit lorsqu'ils commettent ou servent à commettre, en dehors de leurs fonctions

²⁷ Art. 12, CG I ; art. 12, CG II ; art. 16, CG IV ; art. 10, PA I ; art. 7, PA II ; *Commentaire* relatif à l'article 10, PA I, par. 446. Par définition, au regard du DIH, les blessés et malades s'abstiennent de tout acte d'hostilité. Voir l'article 8.a), PA I.

²⁸ *Commentaire* relatif à l'article 12, CG I, p. 147.

²⁹ *Commentaire* relatif à l'article 18, CG IV, p. 158-159 ; *Commentaire* relatif à l'article 10, PA I, p. 148 ; *Commentaire* relatif à l'article 11, PA II, p. 1455 et 1456.

³⁰ D'autres personnes qui ne sont pas exclusivement affectées à des activités médicales par une partie au conflit bénéficieraient aussi, s'il s'agit de personnes civiles, d'une protection générale contre les attaques directes ou sans discrimination et contre les attaques dont on peut attendre qu'elles causent incidemment à la population civile des dommages qui seraient excessifs par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu. Art. 51, PA I ; règles 1, 11 et 14, Étude sur le DIH coutumier.

³¹ Art. 19, CG I ; art. 22 et 38, CG II ; art. 18 et 22, CG IV ; art. 51, PA I ; règle 1, Étude sur le DIH coutumier.

³² Art. 57.2.a)iii), PA I ; règle 17, Étude sur le DIH coutumier.

³³ Art. 57.2.a) et 57.2.b), PA I ; règles 16 et 19, Étude sur le DIH coutumier.

³⁴ Voir l'article 19.2), CG I ; art. 18.5), CG IV ; art. 12.4, PA I ; Étude sur le DIH coutumier, p. 129.

³⁵ Voir l'article 58.a), PA I ; règle 24, Étude sur le DIH coutumier.

humanitaires, des actes nuisibles à l'ennemi³⁶. De tels actes peuvent être par exemple : abriter des combattants valides, servir de dépôt d'armes ou de munitions, servir de poste d'observation militaire ou servir de bouclier contre une action militaire³⁷, transporter des troupes en bonne santé, des armes ou des munitions, collecter ou transmettre des renseignements d'ordre militaire³⁸. En revanche, certains autres actes n'entraînent pas la perte de la protection spécifique : par exemple, le fait que le personnel sanitaire porte ou utilise des armes légères individuelles pour sa propre défense ou celle des blessés et malades dont il a la charge ; le fait qu'il soit escorté par du personnel militaire, ni la présence de ce dernier ; le fait qu'il soit en possession d'armes portatives et de munitions retirées à ses patients et pas encore remises au service compétent³⁹.

En vertu du DIDH, les États ont l'obligation de ne priver arbitrairement de la vie aucune personne relevant de leur juridiction – y compris les blessés et malades et le personnel de santé⁴⁰. L'emploi de la force contre du personnel de santé par des forces de sécurité ou de police ou des forces armées de l'État engagées dans des opérations de maintien de l'ordre ne se justifie que lorsqu'il est absolument nécessaire pour défendre une personne contre une menace imminente pour sa vie ou son intégrité physique⁴¹. En général, ni les blessés et malades ni le personnel de santé ne représenteraient une menace qui nécessiterait l'emploi de la force. Si, toutefois, le recours à la force s'impose, les responsables de l'application des lois engagés dans une opération de maintien de l'ordre 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 les responsables de l'application des lois concernés ou pour d'autres personnes⁴².

Essentiellement, l'obligation de respecter les blessés et malades ainsi que le personnel de santé, qui signifie qu'ils ne doivent pas subir de dommages ni de mauvais traitements, interdit le viol et toute autre forme de violence sexuelle contre eux. Plus précisément, le viol et les autres formes de violence sexuelle sont interdits par le DIDH en tout temps⁴³ et par le DIH dans les conflits armés, tant internationaux que non internationaux⁴⁴. Le viol et les autres formes de violence sexuelle peuvent également constituer une violation de l'obligation incombant aux États, au titre du DIDH, de ne pas soumettre les personnes relevant de leur juridiction à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

– L'accès aux structures de santé et aux transports médicaux ne doit pas être arbitrairement refusé ou limité.

En DIH, l'obligation de respecter le personnel et les unités et moyens de transport sanitaire s'acquittant de leurs fonctions exclusivement médicales signifie aussi que l'exercice de ces fonctions ne doit pas être indûment entravé. Ceci implique l'obligation de ne pas empêcher arbitrairement le passage du personnel et des fournitures sanitaires⁴⁵. Comme toutes les autres obligations concernant le personnel et les unités et moyens de transport sanitaire, celle-ci découle des obligations fondamentales de respecter, protéger, recueillir et soigner les blessés et les malades⁴⁶. Par exemple, étant donné que l'obligation d'assurer des soins appropriés aux blessés et malades implique de les remettre à une unité médicale ou de permettre qu'ils soient transportés jusqu'à un endroit où ils pourront recevoir les soins que nécessite leur état⁴⁷, toute mesure arbitraire empêchant leur accès aux soins de santé viole cette obligation.

³⁶ Règles 25, 28 et 29, Étude sur le DIH coutumier ; art. 19.1), 24-26 et 35, CG I ; art. 23 et 36, CG II ; art. 18, 20 et 21, CG IV ; art. 12.1, 15 et 21, PA I ; art. 9 et 11.1, PA II.

³⁷ *Commentaire* relatif à l'article 21, CG I, par. 200-201 ; *Commentaire* relatif à la règle 28, Étude sur le DIH coutumier, p. 131.

³⁸ *Commentaire* relatif à la règle 29, Étude sur le DIH coutumier, p. 138.

³⁹ Art. 22, CG I ; art. 13, PA I ; *Commentaire* relatif aux règles 25 et 29, Étude sur le DIH coutumier, p. 115-116 et 138-139.

⁴⁰ Art. 6.1), PIDCP ; art. 2, CEDH, 4 novembre 1950 ; art. 4, CADH, 22 novembre 1969 ; art. 4, CADHP, 27 juin 1981.

⁴¹ Art. 2.2, CEDH ; HRC, *Guerrero c. Colombie*, communication n° R.11/45, UN Doc. Supp. No. 40 (A/37/40), 31 mars 1992, par. 13.2 et 13.3 ; Cour interaméricaine des droits de l'homme, affaire *Las Palmeras*, Arrêt, 26 novembre 2002, Sér. C., No. 96 (2002) ; *Commentaire* de Nowak sur le PIDCP, p. 128 ; Principes 9 et 10, Principes de base sur le recours à la force, UN Doc. A/CONF.144/28/Rev. 1 (1990).

⁴² Principes 9 et 10, Principes de base sur le recours à la force.

⁴³ Art. 7, PIDCP ; art. 5, CADH ; art. 3, CEDH ; art. 24, Convention relative aux droits de l'enfant ; Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Voir aussi *supra* note 5.

⁴⁴ Art. 3 commun aux Conventions de Genève ; art. 27, CG IV ; art. 75, PA I ; art. 77.1, PA I ; art. 4.2, PA II ; règle 93, Étude sur le DIH coutumier.

⁴⁵ *Commentaire* relatif à l'article 12, PA I, p. 168, par. 517.

⁴⁶ *Commentaire* relatif à l'article 12, CG I, p. 147.

⁴⁷ *Commentaire* relatif à l'article 12, CG I, p. 150 ; *Commentaire* relatif à l'article 8, PA II, p. 1437, par. 4655.

Au regard du DIDH, l'obligation indérogable de respecter le droit d'accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune exige des États qu'ils s'abstiennent de refuser ou de limiter arbitrairement cet accès aux blessés et malades, par exemple à titre de mesure punitive contre des opposants politiques⁴⁸. Imposer des restrictions au traitement de personnes considérées comme des opposants au gouvernement constitue une limitation arbitraire, car l'État concerné aurait du mal à démontrer que de telles restrictions sont compatibles avec le caractère essentiel du droit d'accès aux soins de santé⁴⁹. Un État ne peut invoquer des raisons de sécurité nationale pour imposer des restrictions que si celles-ci favorisent le bien-être économique et social de la population⁵⁰. Ce ne serait pas le cas si une partie de la population était privée de soins de santé dont elle aurait un besoin urgent.

– Les blessés et les malades, ainsi que le personnel et les structures de santé et les transports médicaux doivent être protégés contre l'intervention de tiers. Le personnel et les structures de santé et les transports médicaux doivent également être aidés dans l'exercice de leurs fonctions.

En vertu du DIH, les parties à un conflit ont l'obligation de protéger les blessés et malades ainsi que le personnel et les unités et transports sanitaires. Ceci signifie également qu'elles doivent les faire respecter par les tiers, et prendre des mesures pour porter assistance au personnel et aux unités et transports sanitaires dans l'accomplissement de leurs tâches. Ceci implique, par exemple, d'éloigner les blessés et malades des lieux de combats pour les mettre à l'abri, ou de faire en sorte d'assurer le ravitaillement en fournitures médicales ou autre matériel indispensable en mettant à disposition les véhicules nécessaires⁵¹. Les blessés et malades doivent en particulier être protégés contre les mauvais traitements et le pillage de leurs effets personnels⁵².

Au regard du DIDH, l'obligation incombant aux États de garantir aux individus le droit d'accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune signifie aussi que les États doivent prendre des mesures concrètes pour leur permettre de jouir de leur droit à la santé⁵³. Elle exige aussi des États qu'ils prennent des mesures appropriées pour empêcher des tiers de faire obstacle au traitement médical dispensé aux blessés et aux malades⁵⁴.

B) Les emblèmes distinctifs

LE CADRE JURIDIQUE

DIH

Art. 36, 38-44, 53 et 54, CG I

Art. 39, 41 et 43-45, CG II

Art. 18 et 20-22, CG IV

Art. 8, 18, 23, 38 et 85, PA I

Annexe 1, PA I

Art. 12, PA II

PA III

Règles 30, 59 et 60, Étude sur le DIH coutumier

Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales (Règlement sur l'usage de l'emblème)

⁴⁸ CDESC, Observation générale n° 14, par. 34, 43, 47 et 50.

⁴⁹ *Ibid.*, par. 28.

⁵⁰ Art. 4, PIDESC; Alston, P. et Quinn, G., «The Nature and Scope of States Parties' Obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights», *Human Rights Quarterly*, vol. 9, n° 2, mai 1987, p. 202.

⁵¹ *Commentaire* relatif aux articles 19, 24 et 35, CG I, p. 217, 243 et 311; *Commentaire* relatif aux articles 12 et 21, PA I, p. 168 et 252; *Commentaire* relatif aux articles 9 et 11, PA II, p. 1443 et 1455.

⁵² Art. 15, CG I; art. 18, CG II; art. 16, CG IV; art. 8, PA II; règle 111, Étude sur le DIH coutumier.

⁵³ CDESC, Observation générale n° 14, par. 37; Principe 5.c), Principes de base sur le recours à la force.

⁵⁴ Voir CDESC, Observation générale n° 14, par. 33 et 37.

La croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge sont les symboles reconnus par le droit international humanitaire pour signaler la protection spécifique conférée à certaines catégories de personnel ainsi que d'unités et de transports sanitaires (usage protecteur), ainsi que pour indiquer que certaines personnes ou certains biens sont liés au Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (usage indicatif). Leur emploi est régi par les Conventions de Genève de 1949, leurs Protocoles additionnels I et II de 1977 et le Protocole additionnel III de 2005, ainsi que par la législation nationale pertinente de chaque État. Ces dispositions définissent quels sont les individus et services autorisés à utiliser les emblèmes, ainsi que les fins auxquelles ils peuvent être utilisés. L'usage des emblèmes est réglementé en tout temps, aussi bien en temps de paix qu'en période de conflit armé. Tout usage des emblèmes non prescrit par le DIH est considéré comme abusif.

– Les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge ne doivent être utilisés que pour permettre d'identifier le personnel et les unités et moyens de transport sanitaires protégés qui sont autorisés à les arborer dans les conflits armés, ou pour indiquer que certaines personnes ou certains biens sont liés au Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

De manière générale, l'utilisation des emblèmes peut être autorisée pour signaler la protection spécifique conférée par le DIH aux services sanitaires des forces armées et, en temps de guerre, aux hôpitaux civils. Les emblèmes sont également utilisés par les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Sociétés nationales), leur Fédération internationale et le Comité international de la Croix-Rouge⁵⁵. Les principales règles régissant leur usage prévoient qu'ils peuvent être utilisés seulement a) pour des activités médicales, b) avec le consentement des autorités concernées, et c) sous le contrôle de ces autorités.

La responsabilité d'autoriser l'usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge incombe à l'État, qui doit réglementer leur utilisation selon des modalités conformes aux dispositions des Conventions de Genève et de leurs Protocoles additionnels. Afin de garantir un contrôle efficace de l'usage des emblèmes, les États doivent prendre des mesures internes établissant : a) l'identification et la définition de l'emblème/des emblèmes reconnu-s et protégé-s ; b) l'autorité nationale ayant compétence pour réglementer l'usage des emblèmes ; c) les entités autorisées à utiliser les emblèmes ; et d) les utilisations pour lesquelles l'autorisation est accordée.

L'usage protecteur des emblèmes constitue le signe visible de la protection conférée par le DIH à certaines catégories de personnes dans les conflits armés, tandis que l'usage indicatif vise à indiquer que des personnes ou des biens sont liés au Mouvement⁵⁶. Lorsqu'il est utilisé à titre protecteur, l'emblème doit être identifiable d'aussi loin que possible, et peut être d'aussi grandes dimensions que nécessaire pour pouvoir être reconnu⁵⁷. Lorsqu'il est utilisé à titre indicatif, en revanche, l'emblème doit être de relativement petites dimensions et ne peut pas être apposé sur des brassards ou des toitures⁵⁸. Il convient de souligner que l'emblème en tant que tel ne confère pas de protection ; c'est le DIH applicable qui confère une protection aux blessés et malades ainsi qu'au personnel et aux unités et moyens de transport sanitaires.

⁵⁵ Les utilisateurs autorisés des emblèmes protecteurs sont : les services sanitaires des forces armées et des groupes armés suffisamment organisés ; le personnel, les unités et les moyens de transport sanitaires des Sociétés nationales qui ont été dûment reconnues et autorisées par leur gouvernement à prêter leur concours aux 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 en tant que tels par les autorités de l'État et sont autorisés à arborer l'emblème ; en territoire occupé et dans les zones d'opérations militaires, les personnes chargées du fonctionnement et de l'administration de ces hôpitaux civils (ainsi que les personnes chargées de rechercher, recueillir et transporter les blessés et malades, les infirmes et les femmes en couches, et de leur prodiguer des soins) ; le personnel de santé 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 par les autorités compétentes et autorisées par celles-ci à arborer l'emblème ; d'autres sociétés de secours volontaire reconnues et autorisées, soumises aux mêmes conditions que les Sociétés nationales. Le CICR et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge peuvent utiliser l'emblème titre protecteur dans les conflits armés sans autres restrictions. Voir art. 39-44, CG I ; art. 22-23, 26-28, 34-37, 39, 41-44, CG II ; art. 18, par. 1 et 4, PA I ; art. 12, PA II ; art. 2, PA III.

⁵⁶ Art. 44, CG I ; art. 1^{er}, Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales (Règlement sur l'usage de l'emblème), révisé en 1991, <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzhbm.htm>. Sont autorisés à utiliser l'emblème à titre indicatif : les Sociétés nationales et, à titre exceptionnel, les ambulances et les postes de secours gérés par des tiers, lorsqu'ils ont exclusivement pour tâche de donner des soins gratuits à des blessés ou à des malades, à condition que l'emblème soit utilisé conformément à la législation nationale et avec l'autorisation expresse de la Société nationale. Voir l'article 44, al. 2 et 4, CG I. Le CICR et la Fédération internationale peuvent utiliser l'emblème titre protecteur sans restriction. Voir l'article 44, al. 3, CG I.

⁵⁷ Art. 39-44, CG I ; art. 18, PA I ; art. 6, Règlement sur l'usage de l'emblème.

⁵⁸ Art. 44, al. 2, CG I ; art. 4 et 16, Règlement sur l'usage de l'emblème.

La distinction entre les usages protecteur et indicatif est nécessaire pour éviter toute confusion quant aux utilisateurs autorisés de l'emblème à titre protecteur dans les conflits armés⁵⁹. Aux termes de l'article 4 du Règlement sur l'usage de l'emblème, les Sociétés nationales qui continuent d'exercer leurs activités de temps de paix pendant un conflit armé doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour que l'emblème arboré à titre indicatif ne soit pas perçu comme conférant le droit à protection prévu par le droit international humanitaire. Les Sociétés nationales doivent en particulier s'efforcer d'utiliser un emblème de dimensions relativement petites en temps de paix déjà. Le commentaire de ce Règlement indique clairement qu'il s'agit là d'une recommandation en précisant qu'« [o]n 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 identifiés⁶⁰ ». À cet égard, l'*Étude sur les problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels liés à l'usage des emblèmes* finalisée par le CICR en 2009 recommande que les secouristes (et les installations de premiers secours) des Sociétés nationales arborent un emblème indicatif de grandes dimensions dans les situations de troubles intérieurs ou de tensions internes si une telle utilisation a) peut améliorer l'assistance médicale qu'ils portent aux victimes des actes de violence, et b) est autorisée, ou tout au moins n'est pas interdite, par le cadre normatif national⁶¹. Il convient de relever que le CICR et la Fédération internationale peuvent tous deux utiliser l'emblème, y compris à titre protecteur, en tout temps et sans plus de restrictions.

Étant donné les conditions strictes réglementant l'usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge, et le fait que ceux-ci ne peuvent être utilisés que de façon marginale dans des situations qui ne constituent pas un conflit armé, les activités de soins de santé peuvent aussi être identifiées par d'autres moyens que les emblèmes distinctifs.

– Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour prévenir et réprimer les usages abusifs des emblèmes.

Les États doivent non seulement réglementer l'usage des emblèmes, mais prendre toutes les mesures nécessaires pour en prévenir et réprimer tout emploi abusif⁶², notamment les imitations⁶³, l'utilisation indue⁶⁴ et l'utilisation perfide⁶⁵. Ceci leur impose d'adopter une législation interdisant et punissant l'utilisation non autorisée des emblèmes en tout temps. Cette législation doit s'appliquer à tous les types d'usage personnel et commercial, et interdire les imitations ou les dessins susceptibles d'être confondus avec la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge. L'utilisation perfide de l'emblème pendant un conflit armé – pour cacher ou abriter des combattants ou de l'équipement militaire, par exemple, constitue un crime de guerre lorsqu'elle cause la mort ou des blessures graves, et doit être réprimée comme tel.

La prévention et la répression des abus de l'emblème ne passent pas seulement par l'adoption de mesures pénales ou réglementaires. Un État doit aussi informer le public et toutes les parties concernées, notamment la communauté des soins de santé, sur l'usage correct des emblèmes. Il est d'une importance fondamentale que les mesures visant à prévenir les usages abusifs des emblèmes s'appliquent aussi aux membres des forces armées. Cependant, ceci peut être mis en place dans le cadre des procédures de l'État régissant la discipline militaire.

⁵⁹ Art. 44 al. 2, CGI.

⁶⁰ *Commentaire* relatif à l'article 4, Règlement sur l'usage de l'emblème.

⁶¹ CICR, en consultation avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, *Étude sur les problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels liés à l'usage des emblèmes*, CD/09/7.3.1, octobre 2009, document soumis au Conseil des Délégués, Nairobi, Kenya, 23-25 novembre 2009, https://www.icrc.org/fre/assets/files/other/30-09-09_strategy-for-the-mvt_7-3_emblem_french.pdf, p. 86-87.

⁶² Art. 54, CGI I; art. 12, PA II; art. 6, PA III.

⁶³ L'utilisation d'un signe qui, par sa forme et/ou sa couleur, peut être confondu avec l'emblème.

⁶⁴ Ceci désigne : l'utilisation de l'emblème par des personnes en principe autorisées à le faire, mais qui l'emploient d'une manière non conforme aux dispositions du DIH régissant son usage ; ou son utilisation par des entités ou personnes non autorisées (entreprises commerciales, pharmaciens, médecins privés, organisations non gouvernementales, simples particuliers, etc.), ou encore à des fins incompatibles avec les Principes fondamentaux du Mouvement. Voir l'article 38, PA I.

⁶⁵ Usage abusif de l'emblème pendant un conflit armé consistant à faire appel à la bonne foi d'un adversaire pour lui faire croire que l'on est protégé, dans le but de le capturer, de le blesser ou de le tuer. Voir l'article 37, PA I. Blesser ou tuer un adversaire en recourant à la perfidie constitue un crime de guerre tant dans les conflits armés internationaux que non internationaux. Voir l'article 8.2.b)xi) et 8.2.e)ix) du Statut de Rome de la Cour pénale internationale, A/CONF.183/9, 17 juillet 1998 (Statut de Rome). Voir aussi l'article 85.3.f), PA I.

L'adoption de mesures nationales visant à faire respecter les emblèmes est indispensable si l'on veut préserver l'impartialité associée à la fourniture des soins de santé. L'apport de soins et de protection à ceux qui reçoivent l'aide s'en trouve renforcé. Le fait qu'un État ne prenne pas les mesures appropriées pour prévenir et réprimer les usages abusifs des emblèmes risque d'amoindrir le respect et la confiance dont jouissent ceux-ci et d'éroder leur valeur protectrice, ainsi que de mettre en péril la vie de ceux qui les utilisent légitimement. En outre, en ne réprimant pas les abus commis en temps de paix, on risque d'entraîner une augmentation des abus en temps de conflit armé.

C) Éthique des soins de santé et confidentialité

LE CADRE JURIDIQUE

Art. 16, PA I

Art. 10, PA II

Règle 26, Étude sur le DIH coutumier

Règles de l'Association médicale mondiale (AMM) en temps de conflit armé⁶⁶

– Le personnel de santé doit pouvoir accomplir ses tâches exclusivement médicales sans entraves. Il ne doit pas être harcelé en raison de l'assistance qu'il porte aux blessés et malades, ni poursuivi pour avoir accompli des actes compatibles avec l'éthique médicale⁶⁷.

En vertu du DIH, l'obligation de respecter le personnel de santé accomplissant leurs tâches exclusivement médicales entraîne aussi l'obligation pour les parties au conflit de ne pas les empêcher arbitrairement de soigner les blessés et les malades⁶⁸. Les parties au conflit ne doivent pas inquiéter ou punir le personnel médical pour avoir exercé des activités compatibles avec l'éthique médicale, ni contraindre ce personnel à accomplir des actes contraires à l'éthique médicale ou à s'abstenir d'accomplir des actes exigés par cette éthique⁶⁹.

Ces règles interdisent des pratiques telles que la prise de contrôle d'hôpitaux par des forces ou groupes armés suivie de harcèlement, d'intimidation ou d'arrestations de membres du personnel de santé.

De telles pratiques sont également interdites au titre du DIDH, qui impose lui aussi l'obligation indérogeable de respecter le droit des blessés et malades d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune. Cette obligation exige des États qu'ils s'abstiennent d'entraver, directement ou indirectement, l'exercice de ce droit⁷⁰.

De plus, en vertu des Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence⁷¹, les parties à un conflit armé ne doivent pas poursuivre les professionnels de la santé pour s'être acquittés de l'une quelconque de leurs obligations au regard de l'éthique médicale. De même, la résolution 37/194 de l'Assemblée générale des Nations Unies, 1982, prévoit que cette règle s'applique quelle que soit la personne qui bénéficie des activités médicales en cause.

⁶⁶ Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence.

⁶⁷ Le terme « éthique médicale » désigne une partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale. Voir Association médicale mondiale, *Manuel d'éthique médicale*, 2^e édition, 2009, p. 9. http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_fr.pdf

⁶⁸ *Commentaire* relatif aux articles 19, 24 et 35, CG I, p. 217, 243 et 311 ; *Commentaire* relatif aux art. 12 et 21, PA I, p. 168 et 252 ; *Commentaire* relatif à l'art. 11, PA II, p. 1455.

⁶⁹ Art. 18, al. 3, CG I ; art. 16.1 et 16.2, PA I ; art. 10.1 et 10.2, PA II.

⁷⁰ CDESC, Observation générale n° 14, par. 33 et 43.

⁷¹ Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence.

– **Les informations concernant les patients obtenues par des membres du personnel de santé dans l'exercice de leurs fonctions sont confidentielles et ne doivent pas être dévoilées à des tiers sans le consentement du patient, sauf en certaines circonstances précises.**

Le personnel de santé a des obligations éthiques à respecter, telles que l'obligation de soigner les patients sans aucune discrimination et d'agir dans l'intérêt supérieur des patients lorsqu'il leur dispense des soins de santé. La protection de la confidentialité des renseignements obtenus dans le cadre du traitement des patients est l'un des principes les plus importants de l'éthique médicale.

En vertu des Protocoles I et II additionnels aux Conventions de Genève, les personnes exerçant une activité médicale ne peuvent pas – sauf si la loi les y oblige, comme pour la notification obligatoire des maladies transmissibles – être contraintes de donner à quiconque, appartenant à la même partie qu'elles ou à une partie adverse, des renseignements sur les blessés et les malades qu'elles soignent ou ont soignés si de tels renseignements peuvent porter préjudice à ceux-ci ou à leur famille⁷².

Au regard du DIDH, le droit de ne pas être l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans leur vie privée protège les personnes relevant de la juridiction d'un État contre toute divulgation indue de renseignements médicaux ou d'autres informations privées à des personnes extérieures à la relation entre professionnels de la santé et patients⁷³. Une telle divulgation ne peut avoir lieu que si elle est expressément prévue par la législation nationale, et la protection contre toute immixtion « arbitraire » ajoute la garantie que même une immixtion prévue par la loi doit être conforme aux buts et aux objectifs du DIDH et raisonnable eu égard aux circonstances particulières de l'espèce⁷⁴.

3.1.3. Sanctions

LE CADRE JURIDIQUE

Art. 49-54, CG I

Art. 50-53, CG II

Art. 146-149, CG IV

Art. 85, PA I

Règles 156, 157 et 158, Étude sur le DIH coutumier

Art. 8.2.b)vii), ix) et xxiv), et 8.2.e)ii) et iv), Statut de Rome

En adhérant aux traités de DIH, les États s'engagent à en faire respecter les dispositions et à prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir et réprimer les violations de ce corpus de droit. Ces mesures peuvent comprendre des sanctions pénales ainsi que des règlements militaires et des ordonnances administratives.

– **Répression des crimes de guerre**⁷⁵

Les États ont en outre des obligations concernant les violations les plus graves des Conventions de Genève et du Protocole additionnel I, qualifiées d'« infractions graves ». Le DIH exige expressément des États qu'ils prennent des mesures législatives visant à traiter en criminels et punir les responsables d'infractions graves, et qu'ils recherchent les personnes prévenues d'avoir commis de tels crimes, les défèrent à leurs propres tribunaux ou les extradent vers un autre État pour jugement⁷⁶. Par ces dispositions, le DIH confère à tous les États compétence universelle à l'égard des infractions graves. Il impose

⁷² Art. 16, PA I et art. 10, PA II.

⁷³ Art. 17, PIDCP ; CDH / CCPR, Observation générale n° 16 : Droit au respect de la vie privée [, de la famille, du domicile et de la correspondance, et à la protection de l'honneur et de la réputation], 4 août 1988, par. 10 [http://ccprcentre.org/doc/ICCPR/General%20Comments/HRI.GEN.1.Rev.9\(Vol.I\)_\(GC16\)_fr.pdf](http://ccprcentre.org/doc/ICCPR/General%20Comments/HRI.GEN.1.Rev.9(Vol.I)_(GC16)_fr.pdf)

⁷⁴ CDH/CCPR, Observation générale n° 16, par. 3 et 4.

⁷⁵ Pour plus de détails sur la répression des crimes de guerre, veuillez consulter la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée « La répression pénale : punir les crimes de guerre », <https://www.icrc.org/fre/assets/files/2014/penal-repression-icrc-fre.pdf>

⁷⁶ Art. 49 et 50, CG I ; art. 50 et 51, CG II ; art. 129 et 130, CG III ; art. 146 et 147, CG IV.

à tous les États – et ne se contente pas de leur permettre – de poursuivre les auteurs d’infractions graves, indépendamment de leur nationalité, de la nationalité des victimes ou du lieu où le crime a été commis.

Au regard du DIH coutumier, ni l’amnistie ni les dispositions légales relatives à la prescription ne peuvent exempter les responsables de crimes de guerre de poursuites en justice⁷⁷. Il est important de noter que le DIH prévoit à la fois la responsabilité pénale individuelle et la responsabilité du supérieur à l’égard des crimes de guerre⁷⁸. Cela signifie que les commandants et autres supérieurs hiérarchiques sont responsables des crimes de guerre commis sur leurs ordres. Ils sont également pénalement responsables s’ils n’ont pas pris toutes les mesures nécessaires et raisonnables qui étaient en leur pouvoir pour empêcher ou punir l’exécution de crimes de guerre alors qu’ils « savaient, ou avaient des raisons de savoir, que [leurs] subordonnés s’apprêtaient à commettre ou commettaient ces crimes⁷⁹ ».

En vertu du Statut de Rome, les attaques contre des hôpitaux ou des lieux où des blessés et des malades sont rassemblés, ainsi que les attaques contre le personnel et les unités et moyens de transport sanitaires peuvent constituer des crimes de guerre tant dans les conflits armés internationaux que non internationaux⁸⁰. En outre, s’ils sont commis dans le contexte d’un conflit armé, le viol et certaines autres formes de violence sexuelle constituent des crimes de guerre et doivent être réprimés en conséquence⁸¹. Le viol et d’autres formes de violence sexuelle peuvent aussi constituer d’autres crimes internationaux⁸².

– Œuvrer à l’efficacité des sanctions

Afin de réprimer les crimes de guerre et autres violations visant à nuire à la fourniture des soins de santé, les États doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour que les règles et sanctions applicables soient incorporées dans leur système juridique national, ainsi que dans le cadre institutionnel pour ceux qui jouent un rôle dans la mise en œuvre du DIH. On ne saurait trop insister, à cet égard, sur l’importance de la mise en œuvre, de la diffusion, de l’éducation et de la formation.

Les sanctions pour violations des règles de DIH – qu’il s’agisse de sanctions pénales, disciplinaires ou administratives – doivent en toutes circonstances s’accompagner de mesures visant à améliorer l’adhésion aux règles et leur respect. Il faut donc y intégrer des mesures ayant pour but d’éviter que les violations ne se reproduisent. Les sanctions doivent être pragmatiques et réalistes, présenter un caractère de certitude et être appliquées sans distinction. Enfin, elles doivent intervenir le plus rapidement possible après la commission de la violation⁸³.

L’efficacité de la répression des violations du DIH dépend aussi de la capacité et de l’expérience des autorités nationales, en particulier de celles qui sont chargées de l’application des lois et des autorités judiciaires. Par conséquent, lors de l’incorporation de dispositions du DIH dans le système juridique national, l’un des meilleurs moyens de traiter la question de la répression consiste à veiller à la clarté et à la cohérence des dispositions pertinentes ainsi qu’à la formation des juges et des procureurs.

⁷⁷ Règles 159 et 160, Étude sur le DIH coutumier.

⁷⁸ Règle 151, Étude sur le DIH coutumier, p. 731-732, « Les formes de la responsabilité pénale individuelle ».

⁷⁹ Règles 152 et 153, Étude sur le DIH coutumier. Voir aussi l’article 86.2, PA I.

⁸⁰ Voir, dans le Statut de Rome, dans le contexte des conflits armés internationaux, l’article 8.2.b)ix) : « Le fait de diriger intentionnellement des attaques contre des bâtiments consacrés à la religion, à l’enseignement, à l’art, à la science ou à l’action caritative, des monuments historiques, des hôpitaux et des lieux où des malades ou des blessés sont rassemblés, à condition qu’ils ne soient pas des objectifs militaires » ; et l’article 8.2.b)xxiv) : « Le fait de diriger intentionnellement des attaques contre les bâtiments, le matériel, les unités et les moyens de transport sanitaires, et le personnel utilisant, conformément au droit international, les signes distinctifs prévus par les Conventions de Genève ». Dans le contexte des conflits armés non internationaux, l’article 8.2.e)ii) : « Le fait de diriger intentionnellement des attaques contre les bâtiments, le matériel, les unités et les moyens de transport sanitaires, et le personnel utilisant, conformément au droit international, les signes distinctifs des Conventions de Genève » ; et l’article 8.2.e)iv) : « Le fait de diriger intentionnellement des attaques contre des bâtiments consacrés à la religion, à l’enseignement, à l’art, à la science ou à l’action caritative, des monuments historiques, des hôpitaux et des lieux où des malades et des blessés sont rassemblés, pour autant que ces bâtiments ne soient pas des objectifs militaires ».

⁸¹ Voir l’article 8.2.b) xxii) et e)vi), Statut de Rome.

⁸² Le Statut de Rome inclut le viol et d’autres formes de violence sexuelle – lorsqu’ils sont « commis dans le cadre d’une attaque généralisée ou systématique lancée contre toute population civile et en connaissance de cette attaque » – dans sa liste des crimes contre l’humanité (voir l’article 7.1)g), Statut de Rome). Le viol et d’autres formes de violence sexuelle peuvent aussi constituer des actes de torture lorsqu’ils sont infligés intentionnellement, par exemple, par un agent de l’État afin d’obtenir des aveux de la victime ou d’une tierce personne (voir par ex. Tribunal pénal international pour l’ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Delalic et al.* (« Celebici »), Jugement, 16 novembre 1998). Les violences sexuelles peuvent même constituer un acte de génocide lorsque, par exemple, il s’agit d’une mesure imposée pour prévenir les naissances au sein d’un groupe, par mutilation sexuelle ou stérilisation forcée, etc. (voir par ex. Tribunal pénal international pour le Rwanda, *Le Procureur c. Akayesu*, Jugement, 2 septembre 1998).

⁸³ Voir A.-M. La Rosa, « La sanction dans un meilleur respect du droit humanitaire : son efficacité scrutée », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, n° 870, juin 2008.

– Les violations du droit à la santé

Au regard du DIDH, les États sont tenus de prendre des mesures en vue de la réalisation progressive et pleine et entière du droit à la santé pour toutes les personnes relevant de leur juridiction, et ce sans discrimination aucune et dans toute la mesure des ressources disponibles. Ils sont, par définition, responsables de tout manquement à cette obligation.

Dans son Observation générale n° 14, le CDESC distingue entre les *manquements par la voie de la commission d'actes* – qui englobent « l'abrogation ou la suspension officielle de la législation qui est nécessaire pour continuer d'exercer le droit à la santé ou l'adoption de lois ou de politiques manifestement incompatibles avec des obligations juridiques préexistantes de caractère interne ou international ayant trait au droit à la santé » – et les *atteintes par omission*, dont « le fait de ne pas assurer l'application des lois pertinentes ». Le CDESC établit en outre une distinction entre les *manquements à l'obligation de respecter*, les *manquements à l'obligation de protéger* et les *manquements à l'obligation de mettre en œuvre*⁸⁴.

Dans le cadre du DIDH, toute personne ou tout groupe victime d'une atteinte au droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale⁸⁵. Au niveau international, il convient de mentionner le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé⁸⁶, le mécanisme de plainte individuelle créé en vertu du Protocole facultatif au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁸⁷ et des organes régionaux, comme la Commission interaméricaine des droits de l'homme, qui jouent un rôle important dans la protection du droit à la santé.

3.2. LES CADRES JURIDIQUES NATIONAUX – RÉSULTATS DE LA RECHERCHE PRÉLIMINAIRE

Entre 2012 et 2013, les Services consultatifs en droit international humanitaire du CICR ont effectué une recherche documentaire sur les cadres normatifs existant au niveau national pour protéger la fourniture des soins de santé. Un questionnaire détaillé a été envoyé aux conseillers juridiques régionaux des Services consultatifs, qui ont recueilli les informations pertinentes dans 39 pays situés dans toutes les régions du monde⁸⁸. Les résultats de ces efforts – les principales conclusions et l'analyse des cadres normatifs nationaux dans ces 39 pays – sont présentés dans cette section du rapport.

Le choix des pays a été déterminé par le souci de représenter la diversité des traditions juridiques, des caractéristiques régionales et des modèles de soins de santé (États unitaires ou États fédéraux, soins de santé privés ou publics, etc.) ainsi que les conséquences qui en découlent pour la fourniture de ces soins. Se fondant sur les données issues de ce questionnaire, les Services consultatifs ont élaboré six études de pays, qui sont présentées en annexe 1 de ce rapport.

3.2.1. Introduction

Tous les États faisant l'objet de l'analyse se sont dotés de cadres normatifs visant à réglementer les systèmes de soins de santé sur leur territoire. Le cadre juridique varie, tant par le fond que par la forme, d'un pays à l'autre. Certains cadres sont plus détaillés que d'autres. La plupart des États considèrent le droit à la santé comme un droit constitutionnel⁸⁹ et ont adopté une législation relative à l'accès aux soins de santé, une réglementation pour le système de santé et des lois concernant des situations spécifiques, telles que catastrophes naturelles et autres situations d'urgence. Dans la plupart des cas, cependant, les cadres normatifs ne définissent pas leur champ d'application: ils ne font pas

⁸⁴ Observation générale n° 14, par. 47-52.

⁸⁵ *Ibid.*, par. 59.

⁸⁶ Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

⁸⁷ Au 1^{er} septembre 2014, 15 États étaient parties à ce protocole facultatif (qui est entré en vigueur en 2008).

⁸⁸ Afghanistan, Afrique du Sud, Argentine, Australie, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Burundi, Cameroun, Chili, Chine, Colombie, Comores, Côte d'Ivoire, Croatie, Égypte, Espagne, Fédération de Russie, Hongrie, Inde, Kazakhstan, Kenya, Malaisie, Mali, Mexique, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Pérou, Philippines, Pologne, République de Corée, République démocratique du Congo, Sénégal, Serbie et Thaïlande.

⁸⁹ Quelques exemples: Argentine, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Chili, Colombie, Côte d'Ivoire, Croatie, Égypte, Fédération de Russie, Mexique, Népal, Niger, Pakistan, Sénégal et Serbie.

expressément référence aux situations de conflit armé et autres situations d'urgence et restent donc relativement généraux.

À l'heure actuelle, seuls quelques États se sont dotés de cadres juridiques visant spécifiquement les situations de conflit armé et autres situations d'urgence⁹⁰. Dans la plupart des contextes, la protection de la fourniture des soins de santé⁹¹ est régie par la législation nationale réglementant l'usage des emblèmes distinctifs – et ne couvre ainsi qu'un aspect de la question –, ou par la législation pénale, ou, encore, fait l'objet d'autres mesures juridiques ou de manuels militaires. Lorsqu'il n'existe pas de cadre juridique spécifique applicable aux conflits armés et autres situations d'urgence, les États ont permis aux autorités de prendre les mesures nécessaires pour faire face aux situations d'urgence⁹².

3.2.2. La protection des soins de santé dans la législation et la pratique nationales

Protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux

– Protection des blessés et des malades

Divers cadres juridiques au niveau national protègent les blessés et les malades. Les constitutions incluent le droit à la santé, il existe des dispositions spécifiques relatives aux soins de santé, et tant le droit administratif que le droit pénal criminalisent les violations.

Les systèmes de soins de santé et les conditions d'accès varient d'un pays à l'autre. Certains États se sont dotés de cadres spécifiques garantissant l'accès des blessés et malades au système de santé sans conditions. Ce genre d'accès est accordé parce que les blessés et malades concernés sont jugés ou déclarés victimes d'une certaine situation (conflit armé ou autre situation d'urgence).

La **Colombie**⁹³ est un cas intéressant car ce pays a dû faire face à la fois à un conflit armé – qui dure maintenant depuis plus de 60 ans – et à d'autres situations d'urgence. Son système de soins de santé a été adapté à ces deux types de situations. Un système complet a été mis en place pour fournir des services de santé aux victimes du conflit armé – qui, comme cela est précisé dans la loi de 2011 sur les réparations à accorder aux victimes et la restitution des terres, ont le droit de recevoir gratuitement des soins de santé. La loi contient une liste des services de santé auxquels ont droit ces victimes. L'accent est mis en particulier sur l'accès à l'avortement pour les victimes de violence sexuelle lorsque ces cas sont couverts par la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, ainsi que sur le soutien accordé aux droits sexuels et génésiques des femmes.

Au **Pérou**, le plan de réparation pour les victimes des violences qui ont eu lieu entre 1980 et 2000 comprend un programme de santé qui accorde à ces victimes l'accès gratuit aux soins de santé. En outre, le ministère de la Santé a pris en 2012 un arrêté contenant des lignes directrices pour la fourniture d'un soutien psychosocial aux familles des personnes disparues.

⁹⁰ La **Colombie** est l'exemple le plus remarquable d'État ayant mis en place des cadres normatifs spécifiquement pour la protection de la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence. En décembre 2012, le ministère de la Santé a pris un arrêté, la résolution 4481, adoptant le Manuel de la mission médicale (voir, en anglais, <http://www.icrc.org/eng/assets/files/2013/colombia-report-2012-icrc-eng.pdf> ou, en espagnol: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Manual%20de%20Misi%C3%B3n%20M%C3%A9dica.pdf>).

En outre, une loi de 2011 sur les réparations à accorder aux victimes et la restitution des terres comprend diverses dispositions relatives à l'accès aux soins de santé, dans le cadre des réparations dues aux victimes de conflits armés.

Il vaut la peine de mentionner aussi l'exemple de l'**Afghanistan**, où la loi relative à la gestion des catastrophes porte sur deux types de catastrophes – naturelles et d'origine humaine. Comme leur nom l'indique, les premières ont des causes naturelles, et les secondes résultent de l'action humaine (incendies, accidents d'avion, explosions, conflits, cybermenaces, etc.).

La loi belge reconnaît deux types de situations d'urgence: i) les situations d'urgence collective et ii) les manifestations.

⁹¹ Aux fins du présent atelier, l'expression « mission médicale » recouvre: 1) les structures de santé et les transports médicaux (par ex. hôpitaux, dispensaires, postes de premiers secours et ambulances); 2) le personnel de santé (par ex. personnel travaillant dans des établissements médicaux ou des ambulances, ou médecins indépendants); 3) le personnel Croix-Rouge et Croissant-Rouge chargé de dispenser des soins de santé, y compris les volontaires; 4) les ONG actives dans le domaine de la santé; et 5) le personnel, les unités et les transports sanitaires militaires.

⁹² Par exemple au **Bélarus**, où l'article 63 de la loi sur les soins de santé stipule que dans les situations d'urgence, les équipes de secours, le personnel du ministère de l'Intérieur et d'autres responsables doivent prendre les mesures nécessaires pour porter assistance aux personnes ayant besoin de soins de santé d'urgence.

⁹³ Voir l'étude de pays relative à la **Colombie**, à l'annexe 1.

Les modalités d'accès aux services de santé peuvent varier en période de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence. En Belgique, par exemple, la législation nationale dispose qu'en situation d'urgence, aucune formalité n'est exigée pour avoir accès aux services de santé.

– Protection du personnel de santé

Personnel et activités de soins de santé

Dans presque tous les cas, les cadres normatifs nationaux donnent une définition de « personnel de santé »⁹⁴. Ce personnel est défini dans les cadres juridiques nationaux régissant les systèmes de santé publics, en particulier dans les dispositions relatives aux différentes catégories de professionnels de santé (par exemple médecins, personnel infirmier, dentistes). On peut également trouver des définitions de « personnel de santé » dans les lois protégeant les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge⁹⁵.

La diversité des cadres normatifs nationaux atteste les nombreuses définitions que peut avoir l'expression « personnel de santé » dans des contextes de conflit armé ou d'autres situations d'urgence⁹⁶. Les activités exercées par ce personnel figurent aussi à divers égards dans la législation nationale – notamment en ce qui concerne le diagnostic, les soins préventifs et soins spéciaux, les soins et l'assistance d'urgence, et le transport et le traitement des blessés et des malades⁹⁷.

Des mesures exceptionnelles ont été prises dans certains contextes pour la fourniture de soins de santé en situation d'urgence. En **Belgique**, par exemple, des personnes qui ne sont pas légalement qualifiées pour pratiquer la médecine peuvent le faire dans des circonstances exceptionnelles: elles ont le droit d'accomplir certaines tâches médicales après une catastrophe ou pendant une guerre⁹⁸.

⁹⁴ Une résolution du ministère de la Santé de la **Colombie** adopte la définition générale suivante de « personnel sanitaire »: « professionnels des soins de santé et d'autres disciplines exerçant des fonctions sanitaires, dans le contexte d'un conflit armé ou d'autres situations d'urgence ».

En **Fédération de Russie**, la loi fédérale 323-FZ, à l'article 2 (cl. 13), donne la définition suivante de « membre du personnel médical »: « une personne qui possède une formation médicale ou autre, travaille dans un établissement médical, et dont les fonctions professionnelles comprennent des activités médicales, ou une personne qui est un entrepreneur indépendant et exerce directement des activités médicales ». En cas de catastrophe, le même personnel jouera le rôle de sauveteurs.

⁹⁵ Au **Biélorus**, par exemple, la loi relative à l'emblème définit à l'article 2 le « personnel de santé » en ces termes: « personnes chargées, à titre permanent ou temporaire, de rechercher, ramasser, transporter, diagnostiquer ou traiter les blessés et malades ainsi que les naufragés, y compris d'apporter les premiers secours, de prendre des mesures préventives contre les maladies, et de fournir un appui aux formations sanitaires dans les domaines économique, matériel et technique ». [Traduction CICR]. Voir: <http://law.by/main.aspx?guid=3871&p0=H10000382e>

⁹⁶ La législation nationale contient de nombreuses définitions de « personnel médical », tout comme les règlements régissant les activités médicales et les services de santé. Des définitions de cette expression dans un contexte de conflit armé figurent dans un certain nombre de manuels militaires. Voir, par exemple, le manuel **australien** relatif au droit des conflits armés (LOAC Manual, 2006); le Manuel de l'instructeur du **Cameroun** (2006); le Manuel de DIH du **Pérou** (2004); le Manuel révisé d'éducation civique de **l'Afrique du Sud** (2004) ou le Manuel du droit des conflits armés de **l'Espagne** (Manual DICA, 2007). Ces définitions tiennent compte de la définition du terme selon le DIH.

⁹⁷ En **Côte d'Ivoire**, l'expression « activités médicales » recouvre les soins préventifs, curatifs et spéciaux. Au **Burundi**, elle comprend le diagnostic, les soins préventifs et spéciaux, la formation du nouveau personnel, la planification et la supervision. La loi du **Biélorus** relative à l'emblème précise que le personnel de santé peut rechercher, ramasser, transporter, diagnostiquer ou traiter les blessés et malades ainsi que les naufragés, apporter les premiers secours, prendre des mesures préventives contre les maladies, et fournir un appui logistique aux opérations des unités sanitaires. Aux termes du règlement du Service **russe** de gestion des catastrophes, les activités du personnel médical comprennent: apport d'une aide médicale pendant les situations d'urgence, soins et assistance d'urgence, prise de mesures pour une action efficace en situation d'urgence, prévision des situations d'urgence et formation des sauveteurs.

Les forces armées **belges** ont une composante médicale qui apporte le soutien suivant: i) soigner les blessés, les malades et les naufragés, civils et militaires, y compris l'évacuation; ii) distribuer des fournitures médicales; iii) éduquer la population locale aux principes généraux de médecine préventive et d'hygiène et la sensibiliser aux risques sanitaires environnementaux; iv) conseiller les autorités locales dans des domaines médicaux tels que celui de la prévention et, si nécessaire, leur apporter le soutien nécessaire; et v) participer à l'enlèvement et au transport des corps.

Les États incluent aussi les activités menées par le personnel de santé dans leur législation relative aux catastrophes et autres situations d'urgence. Par exemple, la réglementation régissant le Service **panrusse** de médecine de catastrophe contient la liste d'activités médicales suivante: i) apport d'une aide médicale pendant les situations d'urgence; ii) soins et assistance d'urgence; iii) prise de mesures pour une action efficace en situation d'urgence; iv) amélioration des capacités du Service; v) développement des compétences et mesures de protection et de contrôle de la population en situation d'urgence (y compris médicale); (vi) prévision des situations d'urgence; (vii) formation des sauveteurs et (viii) autres tâches.

Le Manuel de la mission médicale en **Colombie** (voir, en anglais: <http://www.icrc.org/eng/assets/files/2013/colombia-report-2012-icrc-eng.pdf> ou, en espagnol: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Manual%20de%20Misi%C3%B3n%20M%C3%A9dica.pdf>) définit comme suit les « activités médicales »: rechercher, recueillir et transporter les blessés et les malades, et leur dispenser les services nécessaires de premiers secours, de diagnostic médical et de réadaptation physique; administration des unités et transports médicaux; mesures de prévention des maladies, y compris programmes de vaccination; contrôle des sources d'approvisionnement en eau; programme de lutte contre les zoonoses; soins extra-muros; et, de manière générale, tout service humanitaire lié aux soins de santé.

⁹⁸ Voir l'étude de pays consacrée à la **Belgique**, à l'annexe 1.

Un élément important de la définition des activités de soins de santé est l'inclusion de la médecine traditionnelle⁹⁹, nombre de patients préférant pouvoir bénéficier de ce type de traitement. Différents États ont donc adopté des cadres juridiques qui réglementent spécifiquement les pratiques médicales traditionnelles¹⁰⁰.

Respecter et protéger le personnel de santé

Si l'on veut que la fourniture des soins de santé et l'accès à ces soins se déroulent sans risque, il est indispensable, notamment, de veiller à ce que le personnel et les structures de santé soient respectés et protégés. Dans la plupart des contextes analysés, les ministères de la Santé et les autorités sanitaires aux différents niveaux supervisent la gestion du personnel de santé civil, alors que les ministères de la Défense sont responsables du personnel sanitaire des forces armées.

Outre le contrôle exercé sur le personnel de santé, il est essentiel de prendre des mesures visant à faire respecter et à protéger ce personnel afin d'éviter qu'il ne subisse des attaques, de quelque nature qu'elles soient, ou qu'il ne soit empêché par la violence d'accomplir ses tâches. Ceci est particulièrement important dans les situations où des menaces sont formulées contre des membres du personnel de santé et leurs familles. Une solution possible consiste à créer des outils et des mécanismes spécifiques visant à garantir leur sécurité – par exemple, des lignes téléphoniques d'urgence que le personnel de santé pourrait utiliser pour demander aux autorités une évacuation ou une protection.

En **Afghanistan**, certaines mesures préventives ont été adoptées pour protéger la fourniture des soins de santé ainsi que les blessés et malades. La Loi relative à la police exige de cette dernière qu'elle protège les structures de santé et transports médicaux tant publics que privés. Les hôpitaux privés ont légalement le droit de prendre les mesures de sécurité nécessaires pour garantir la sécurité des patients et du personnel médical. Il convient de noter qu'il n'existe pas actuellement en Afghanistan de mécanismes permettant de surveiller la mise en œuvre de ces obligations juridiques.

En **Chine**, des mesures spécifiques ont été mises en place pour protéger le personnel de la Croix-Rouge. Quiconque, usant de violence ou de menaces, empêche ce personnel d'accomplir son travail pendant une opération de secours lors d'une catastrophe ou une autre intervention en situation d'urgence est passible de la même sanction pénale que les personnes qui font obstruction au travail des fonctionnaires.

– Protection des structures de santé et des transports médicaux

Dans presque tous les cas, la législation nationale donne des définitions des structures de santé et transports médicaux, soit dans les lois qui organisent et réglementent le système de soins de santé, soit dans les lois qui protègent l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge¹⁰¹.

Les services de santé peuvent être fournis par des entreprises privées ou faire partie du système de santé public¹⁰².

99 L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la médecine traditionnelle comme « la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales ». Voir le site de l'OMS : http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/

100 Pour un complément d'information, voir la publication de l'OMS en anglais *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine: A Worldwide Review*, WHO, 2001, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>.

101 Par exemple, la loi du Nigéria relative à l'emblème, dans son article 2, définit les « unités médicales » comme étant « les institutions médicales et autres unités civiles ou militaires, fixes ou mobiles, chargées à titre permanent ou temporaire de rechercher, recueillir, transporter, diagnostiquer ou traiter et soigner les blessés, malades et naufragés, y compris de dispenser les premiers secours et d'exercer des activités de prévention des maladies ». Elle définit les « transports médicaux » comme « tout moyen de transport, militaire ou civil, affecté exclusivement au transfert rapide de personnes en situation d'urgence vers des établissements médicaux. Il peut s'agir d'ambulances aériennes, d'hélicoptères, d'ambulances routières, de navires-hôpitaux ou d'avions sanitaires. Ces véhicules, navires et aéronefs doivent être exclusivement affectés au transport de malades, de personnel médical, ou de fournitures et d'équipement médicaux ».

102 Voir l'étude de pays relative à la **Colombie**, à l'annexe 1.

Les emblèmes distinctifs

La quasi-totalité des pays étudiés se sont dotés d'une législation nationale protégeant l'emblème, comme le prévoit l'article 54 de la I^{re} Convention de Genève¹⁰³. Les États qui n'ont pas adopté de loi spécifique de protection ont incorporé des dispositions à cet effet dans leur code pénal¹⁰⁴ ou des lignes directrices appropriées dans leurs manuels militaires¹⁰⁵. Certains États, toutefois, n'ont encore élaboré aucune législation sur cette question¹⁰⁶.

Si la plupart des pays se sont dotés d'une législation protégeant l'emblème, il reste à la mettre efficacement en œuvre, ainsi qu'à prendre au niveau national des mesures supplémentaires¹⁰⁷ qui établissent une réglementation détaillée de l'usage de l'emblème.

C'est le gouvernement qui autorise et de contrôle cet usage. Dans certains contextes, le ministère de la Défense supervise l'utilisation de l'emblème par les services sanitaires des forces armées, tandis que les autorités civiles ou militaires, par exemple le ministère de la Santé, peuvent faire de même en ce qui concerne les hôpitaux et biens civils¹⁰⁸. La compétence d'autoriser l'utilisation de l'emblème à titre protecteur par des hôpitaux civils et pour des biens civils peut aussi être déléguée aux Sociétés nationales¹⁰⁹.

Les activités de soins de santé protégées peuvent aussi être identifiées par d'autres moyens que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge¹¹⁰. C'est le cas en **Colombie**, pays qui a créé et adopté son propre moyen d'identification pour les activités de soins de santé (appelées « missions médicales »). Du fait que l'usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge est soumis à des conditions très strictes et que ces emblèmes ne peuvent être utilisés à titre protecteur qu'en temps de conflit armé, l'emploi d'autres signes distinctifs peut renforcer la protection des activités de soins de santé dans des situations d'urgence qui n'atteignent pas le seuil du conflit armé et de prévenir le risque d'abus de l'emblème tel que défini par le DIH.

Éthique médicale et confidentialité

Pendant un conflit armé ou d'autres situations d'urgence, la protection des données personnelles des patients et la divulgation de ces informations sont deux des questions les plus cruciales qui se posent en matière d'éthique médicale et de confidentialité. Certains États ont adopté une politique de confidentialité totale quant aux renseignements figurant dans les dossiers médicaux et à la déclaration de certaines blessures. Toutefois, il n'existe pas de règle de droit international interdisant aux États de se doter d'une législation qui impose de fournir ces renseignements – par exemple pour gérer les risques de maladies épidémiques –, et plusieurs États l'ont fait¹¹¹.

¹⁰³ L'article 54, CGI, dispose que « [I]es Hautes Parties contractantes, dont la législation ne serait pas dès à présent suffisante, prendront les mesures nécessaires pour empêcher et réprimer en tout temps les abus visés à l'article 53 ».

¹⁰⁴ Voir, par exemple, Côte d'Ivoire, Ouganda et Sénégal.

¹⁰⁵ Voir, en anglais, la section « Military Manuals » dans la pratique relative à la règle 30, Étude sur le DIH coutumier, https://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule30.

¹⁰⁶ Voir, par exemple Afrique du Sud, Burundi, Côte d'Ivoire, Fédération de Russie, Népal et Pérou. Au **Népal**, l'emblème est protégé par un arrêté du ministère de la Santé qui figure dans le manuel des forces armées relatif au droit des conflits armés. Il n'existe pas, dans ce pays, de cadre juridique protégeant spécifiquement l'emblème. En **Fédération de Russie**, bien que, selon la Constitution, les traités internationaux fassent partie du système juridique national, aucune loi spécifique protégeant l'emblème n'a été adoptée et aucun organisme gouvernemental n'a été désigné pour surveiller si l'emblème est utilisé correctement.

¹⁰⁷ Voir l'étude de pays relative au **Mexique**, à l'annexe 1.

¹⁰⁸ En **Chine**, par exemple, les gouvernements aux différents niveaux, avec le concours de la Société nationale, supervisent l'usage des emblèmes et prennent des mesures en cas d'usage abusif. L'usage protecteur de l'emblème de la croix rouge est autorisé et surveillé par le Conseil des affaires de l'État et la Commission militaire centrale, et son usage indicatif est autorisé et surveillé par la Croix-Rouge chinoise. En **Inde**, l'article 12 de la loi relative aux Conventions de Genève – conformément aux Conventions de Genève – interdit l'utilisation de la croix rouge et des autres emblèmes sans l'approbation du Gouvernement central. L'Inde n'ayant pas ratifié le Protocole additionnel III, il n'est pas prévu de protection juridique spécifique de l'emblème du cristal rouge dans la législation nationale. En outre, les Règles de la Croix-Rouge de l'Inde pour les sections d'État/ de territoire de l'Union/ de district, établies en vertu de l'article 5 de la loi de 1920 relative à la Croix-Rouge indienne, contiennent certaines dispositions ayant trait à l'emblème et à l'obligation incombant aux membres de veiller à son utilisation correcte.

¹⁰⁹ Pour un complément d'information sur le rôle que peuvent jouer les Sociétés nationales s'agissant d'autoriser l'usage de l'emblème à des fins de protection, veuillez consulter la publication du CICR *Étude sur les emblèmes. Problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels*, 2011, p. 65-70. Cette publication peut être consultée en ligne à l'adresse: <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4057.pdf>

¹¹⁰ Voir « Le cadre juridique », à la section 3.

¹¹¹ Règle 26, Étude sur le DIH coutumier. Voir, par exemple, le décret 212 des Philippines, par. 276.

La plupart des États ont une législation nationale relative à l'éthique médicale et à la confidentialité, mais ne faisant pas référence spécifiquement aux conflits armés et autres situations d'urgence. En **Espagne**, toutefois, le Code pénal et le Code pénal militaire contiennent des règles qui font effectivement mention de l'éthique médicale en période de conflit armé¹¹². En **Hongrie**, à l'inverse, les services sanitaires des forces armées ne sont soumis à aucune règle spécifique concernant l'éthique médicale et la confidentialité. Selon le ministère de la Défense, la réglementation régissant les services de santé civils leur est également applicable.

En **Belgique**, le Code de déontologie médicale (article 55) prévoit que les médecins sont tenus au secret professionnel dans quelque circonstance que ce soit. L'article 458 du Code pénal belge condamne toute violation du secret professionnel à moins que les praticiens ne soient appelés à témoigner en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire, ou obligés par la loi de faire connaître des informations confidentielles dont ils sont dépositaires. Selon la législation **afghane**, il a été prévu des exceptions au secret médical afin de préserver l'ordre public et la sécurité, de permettre d'éviter la commission d'un crime ou d'arrêter les auteurs de crimes, et de prévenir la propagation de maladies transmissibles qui toucheraient un grand nombre de personnes. En **Russie**, le secret médical est régi par la loi fédérale n° 323-FZ (art. 13). Il existe aussi une liste exhaustive de situations dans lesquelles des renseignements médicaux confidentiels peuvent être dévoilés à des tiers. Cette liste ne précise pas si la confidentialité s'applique dans les contextes de conflit armé ou autres situations d'urgence, mais elle mentionne certaines situations constituant des situations d'urgence : i) risques d'épidémie ou d'intoxication de masse ; et ii) enquêtes sur des accidents de travail.

Les cas récents de poursuites engagées contre du personnel de santé pour avoir dispensé des soins à des membres de groupes armés non étatiques semblent en contradiction avec certains des principes les plus fondamentaux de l'éthique médicale. Dans certains cas, qui ont fait l'objet de décisions de justice au niveau national, les tribunaux nationaux ont jugé du personnel de santé coupable d'actes de terrorisme ou de rébellion, ou d'appui au terrorisme en dispensant des soins de santé à des membres de groupes armés non étatiques. L'affaire *De La Cruz-Flores c. Pérou*, en particulier, a fait l'objet d'une décision de la Cour interaméricaine des droits de l'homme¹¹³.

Sanctions

Les États peuvent envisager divers moyens législatifs d'incorporer dans leur cadre juridique des sanctions pour violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé, et de s'acquitter ainsi de leur obligation de réprimer et prévenir de telles violations¹¹⁴. Les sanctions peuvent être pénales, disciplinaires ou administratives, et peuvent être combinées en fonction de la gravité de la violation commise.

Au **Kenya**, la loi relative aux Conventions de Genève prévoit la répression des infractions graves aux Conventions. En outre, l'article 8 de la loi relative aux crimes internationaux donne à la Haute Cour compétence pour les crimes de guerre commis au Kenya ou ailleurs si l'auteur du crime ou la victime est un ressortissant kenyan, ou si l'auteur du crime se trouve dans le pays. Quant à la loi kenyane relative aux forces armées, elle prévoit aussi des mesures disciplinaires pour quelques-unes des infractions qui y sont précisées. Ces mesures sont notamment le renvoi des forces armées, des réprimandes, des

¹¹² Le Code pénal militaire et le Code pénal contiennent des règles relatives à l'éthique médicale qui sont applicables pendant un conflit armé. L'article 76 du Code pénal militaire interdit l'expérimentation médicale injustifiée. L'article 609 y ajoute l'interdiction de tout acte médical qui ne soit pas indiqué par l'état de santé du patient ou ne soit pas conforme aux règles médicales généralement reconnues. Enfin, l'article 612.3) rend obligatoire de fournir une assistance médicale appropriée, ainsi que d'informer les patients de leur état. Ces interdictions et obligations constituent un moyen basique mais efficace de faire en sorte que l'éthique médicale soit respectée dans les conflits armés.

¹¹³ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *De La Cruz-Flores c. Pérou. Fond, réparations et dépens*. Arrêt du 18 novembre 2004, par. 109. La Cour a jugé que l'État avait enfreint le principe de légalité en tenant compte, comme éléments entraînant la responsabilité pénale, l'appartenance à une organisation terroriste et le manquement à l'obligation de dénoncer ; en appliquant un article qui ne fournissait pas de définition de ces actes ; en ne précisant pas lequel ou lesquels des actes énoncés à l'article 4 du décret-loi n° 25.475 la demanderesse avait commis pour être déclarée coupable du délit ; en ayant criminalisé un acte médical, qui est non seulement un acte essentiellement licite mais aussi un acte qu'un médecin est obligé d'accomplir ; et en ayant imposé aux médecins l'obligation de dénoncer d'éventuels comportements délictueux de leurs patients, sur la base d'informations obtenues dans l'exercice de leur profession.

¹¹⁴ Pour un complément d'information sur les moyens nationaux de répression des crimes internationaux, voir la publication du CICR *Prévenir et réprimer les crimes internationaux : vers une approche « intégrée » fondée sur la pratique nationale*, rapport de la troisième réunion universelle des Commissions nationales de mise en œuvre du droit international humanitaire, juin 2013.

amendes et des peines de prison¹¹⁵. Des mesures disciplinaires en cas de violations du DIH sont aussi prévues dans les manuels militaires du Bélarus et de la Russie.

En **Serbie**, le Code pénal couvre les crimes de guerre commis contre la population civile et les blessés et malades, les traitements cruels infligés aux blessés et malades ainsi qu'aux prisonniers de guerre, et l'usage abusif des emblèmes internationalement reconnus. En ce qui concerne les sanctions administratives, les structures de santé peuvent recevoir des amendes pour i) avoir violé les règles relatives à la protection des données et ii) lors d'épidémies et autres catastrophes, ne pas avoir soumis des données exactes sur la situation aux organes compétents de l'État. La loi prévoit aussi des amendes pour les responsables des structures de santé. En outre, la loi relative à l'usage et à la protection de l'emblème et du nom de la Croix-Rouge impose des amendes pour utilisation non autorisée de l'emblème de la croix rouge.

De même, au **Sénégal**, l'usage abusif de l'emblème de la croix rouge et des autres emblèmes distinctifs est érigé en infraction; en vertu de la loi relative à l'utilisation et à la protection de l'emblème de la croix rouge et du croissant rouge, un contrevenant peut être condamné à une amende et/ou à une peine de prison de cinq ans au maximum. La durée de la sentence est doublée si la violation est commise pendant un conflit armé. Un certain nombre de mesures provisoires sont envisagées dans le cadre normatif sénégalais, y compris la saisie des biens arborant l'emblème distinctif, la personne responsable de la violation devant assumer les frais encourus.

¹¹⁵ Pour plus de détails, voir l'étude de pays relative au **Kenya**, à l'annexe 1.



4. L'ATELIER DE BRUXELLES : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1. OBSERVATIONS GÉNÉRALES

Cette section du rapport présente un résumé des discussions qui ont eu lieu dans les groupes de travail et pendant les séances plénières qui ont suivi chaque séance en groupe de travail. Elle reflète dans la mesure du possible les divers points de vue exprimés par les participants. Les recommandations formulées dans cette section sont donc le fruit de discussions et d'échanges approfondis entre tous les participants sur les bonnes pratiques et les difficultés de leurs pays respectifs en matière de protection des soins de santé dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence.

Les participants étaient répartis en quatre groupes de travail, en fonction de leurs préférences linguistiques : un groupe francophone, un groupe hispanophone et deux groupes anglophones. Quatre séances thématiques de groupes de travail ont été tenues, correspondant aux quatre thèmes principaux préalablement définis par le CICR. Tous les participants avaient reçu, à titre de préparation à l'atelier, un document d'information générale qui résumait les règles découlant du cadre juridique international protégeant la fourniture des soins de santé, de même que les résultats de la recherche documentaire sur les cadres normatifs nationaux effectuée par les Services consultatifs¹¹⁶. Afin de faciliter les débats des groupes de travail et de les orienter sur les questions les plus importantes liées à chaque thème, les Services consultatifs avaient aussi établi un autre document présentant, pour chaque groupe de travail, une liste de questions précises à discuter.

Tous les pays n'en étant pas au même point dans la mise en œuvre, par incorporation dans leur législation nationale, du cadre juridique international concernant la protection des soins de santé et l'accès aux soins, il est important que les autorités de chaque État déterminent lesquelles de ces recommandations sont pertinentes dans leur contexte et choisissent les moyens de mise en œuvre appropriés. Déterminer quelles recommandations sont utiles dans un contexte donné exige aussi des États qu'ils comprennent bien la nature et les causes de la violence exercée contre les soins de santé sur leur territoire.

Par ailleurs, le fait qu'un État se soit doté d'un cadre juridique complet pour la protection des soins de santé ne signifie pas nécessairement qu'il ait totalement rempli ses obligations internationales. De fait, des États qui en sont à un point déjà bien avancé en matière de mise en œuvre nationale peuvent encore avoir des difficultés à faire respecter la loi et à assurer une protection efficace de la fourniture des soins de santé et de l'accès à ces soins sur leur territoire. Ces pays devront peut-être axer leurs efforts, par exemple, sur la diffusion des règles, la formation à dispenser aux parties concernées et aux auteurs potentiels d'actes de violence contre les soins de santé, et le renforcement de l'efficacité de leurs systèmes de justice pénale et de sanctions.

¹¹⁶ Pour un complément d'information sur la recherche préliminaire, voir la section 3.2.

Globalement, les recommandations issues des discussions concernaient trois principaux types de mesures, à savoir :

- des mesures législatives pour la mise en œuvre du cadre juridique international existant ;
- des mesures relatives à la diffusion, à l'éducation et à la formation ;
- des mesures relatives à la coordination entre les parties concernées.

4.2. DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.2.1. Première séance thématique : Comment rendre plus efficace la protection juridique des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux.

Discussion

Souvent, les conflits armés et autres situations de violence rendent la fourniture des soins et l'accès aux services de santé plus difficiles ou plus dangereux. En se fondant sur le principe que le personnel et les structures de santé ainsi que les transports médicaux doivent être protégés contre toute forme de violence et que les blessés et malades doivent avoir accès à des services de santé impartiaux¹¹⁷ en toutes circonstances, les participants ont discuté de plusieurs types de mesures nationales qui pourraient être envisagés pour mieux protéger la fourniture des soins de santé et pour garantir un accès effectif et plus sûr aux soins de santé dans les situations de conflit armé et autres situations de violence – circonstances où cet accès est souvent le plus nécessaire.

Au cours de cette première séance thématique des groupes de travail, certains participants ont émis des réserves concernant l'utilisation de l'expression « autres situations d'urgence » figurant dans la résolution 5 adoptée à la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Ils ont fait valoir que cette expression n'est pas clairement définie en droit international, et ont demandé que sa portée soit définie par l'État concerné, conformément au cadre juridique applicable. Ces participants étaient donc d'avis que le projet « Les soins de santé en danger » devrait se concentrer sur le renforcement de la protection des soins de santé dans les situations de conflit armé. D'autres participants, en revanche, considéraient que le projet devrait aussi englober la protection des soins de santé dans les situations d'urgence n'atteignant pas le seuil du conflit armé.

Les questions suivantes étaient posées aux participants :

- Devrait-il y avoir un cadre juridique spécifique pour la protection de la fourniture des soins de santé en temps de conflit armé et autres urgences, ou une quelconque législation spécifique pour les situations d'urgence, ou le cadre normatif existant est-il aussi applicable à ces situations ?
- Est-ce que le contrôle et la surveillance du personnel de santé ainsi que des installations et des transports médicaux comprennent des mesures pour leur protection ainsi que des mécanismes de suivi des menaces ou des attaques contre eux ?
 - Le cas échéant, quels sont les critères d'enregistrement des incidents, basés sur une analyse contextuelle de la nature des incidents violents ?
 - Qui devrait gérer ces mécanismes de surveillance (les autorités nationales ou d'autres parties prenantes) ?
- Quels autres éléments sont nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre des mesures de sécurité au niveau national afin de garantir un accès effectif et sûr des blessés et malades au système de soins de santé ?
- Quelles mesures additionnelles devraient être mises en place pour répondre aux besoins en matière de soins de santé des victimes de violence sexuelle dans les conflits armés et autres situations d'urgence ?
- D'autres types de traitement médical (par exemple médecine traditionnelle) sont-ils inclus dans la notion de mission médicale ?

¹¹⁷ L'impartialité est l'un des sept Principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Il interdit toute distinction fondée sur la nationalité, la race, la religion, la condition sociale et l'appartenance politique. Le Mouvement s'applique à soulager la souffrance des individus en se fondant uniquement sur leurs besoins, et à subvenir par priorité aux détresses les plus urgentes.

Recommandations

RECOMMANDATION 1 : LES ÉTATS DOIVENT PRENDRE DES MESURES APPROPRIÉES POUR METTRE EN ŒUVRE LEURS OBLIGATIONS INTERNATIONALES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ DANS LEUR CADRE LÉGISLATIF NATIONAL, D'UNE FAÇON QUI TIENNE COMPTE DE LEURS SPÉCIFICITÉS NATIONALES ET GARANTISSE UNE PROTECTION EFFICACE ET UN ACCÈS EFFECTIF À CES SOINS EN TOUTES CIRCONSTANCES.

Lorsqu'ils établissent leur cadre juridique national pour la protection des soins de santé, les États devraient examiner les avantages et les inconvénients aussi bien d'une législation spécifique applicable aux conflits armés et autres situations d'urgence que d'une législation générale applicable en toutes circonstances.

Les participants ont été invités à réfléchir aux avantages et inconvénients de l'établissement d'un cadre juridique spécifique applicable aux situations de conflit armé et autres situations d'urgence¹¹⁸ coexistant avec une autre législation applicable en temps de paix, par rapport à l'établissement d'un cadre juridique général applicable en toutes circonstances. Si les opinions différaient largement parmi les groupes, la plupart des participants estimaient qu'un cadre juridique spécifique présentait l'avantage d'offrir des dispositions claires exigeant moins d'interprétation et mieux adaptées aux situations de conflit armé et autres situations d'urgence. Ce système risquait toutefois davantage d'être inefficace dans la pratique parce que les États devaient décider si une situation constituait un conflit armé ou une autre situation d'urgence, ce qui était généralement tributaire de considérations politiques. En fait, un État pourrait ne pas souhaiter qualifier une situation existant sur son territoire de conflit armé, ou, dans une moindre mesure, de situation d'urgence¹¹⁹. À l'inverse, la plupart des participants ont fait valoir qu'un cadre juridique général ne faisant mention d'aucune situation particulière et, par conséquent, applicable en toutes circonstances, offrait l'avantage d'éviter le problème de la classification des situations par les autorités de l'État.

Certains participants contestaient l'utilité de mettre en place une législation applicable aux autres situations d'urgence, en se fondant notamment sur le fait que l'expression n'était pas suffisamment définie en droit international. D'autres participants, au contraire, estimaient qu'une protection renforcée des soins de santé s'imposait dans les pays confrontés à diverses formes de violence et de troubles internes n'atteignant pas le seuil du conflit armé.

De l'avis général, si un État choisissait d'adopter un cadre national spécifique applicable aux conflits armés et autres situations d'urgence, que ce soit sous la forme d'un seul texte législatif applicable aux deux situations ou de lois distinctes, il lui incomberait de définir précisément dans sa législation nationale l'expression « autres situations d'urgence » et d'en circonscrire la portée. Il a également été relevé qu'une législation spécifique devrait être dûment diffusée, de sorte que toutes les parties concernées en connaissent l'existence, et qu'elle devrait prévoir une formation spécifique pour le personnel de santé.

La mise en œuvre du cadre juridique international relatif à la protection des soins de santé doit tenir compte des spécificités de chaque système juridique national (par exemple système de tradition romano-germanique ou système de common law) et de la répartition des compétences juridictionnelles (par exemple États centralisés ou fédéraux).

Les participants ont rejeté l'idée d'une solution universelle en ce qui concernait la question de la spécificité du cadre juridique applicable à la protection des soins de santé, et ont souligné qu'il était important de tenir compte des caractéristiques de chaque État en matière de système juridique et de compétences juridictionnelles. Dans les États fédéraux, par exemple, la distribution des pouvoirs législatifs entre l'autorité centrale et les entités fédérées peut compromettre la capacité des autorités à légiférer sur des questions relatives à la protection des soins de santé, ou ayant trait aux situations de

¹¹⁸ Cette solution comprend, outre la législation générale applicable en temps de paix, une législation spécifique applicable dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence, ou une législation spécifique applicable aux conflits armés et des règles distinctes applicables aux autres situations d'urgence.

¹¹⁹ Une situation de conflit armé entraîne notamment la mise en œuvre des obligations énoncées dans les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels (par ex. concernant la protection de la population civile ou des prisonniers de guerre).

conflit armé ou autres situations d'urgence. Qu'il soit général ou spécifique, il ressort des débats que le cadre normatif national pour la protection de la fourniture des soins de santé doit mettre en œuvre les obligations internationales et être complet et cohérent.

Et, surtout, il doit être conçu de façon à assurer la protection la plus efficace à la fourniture des soins de santé ainsi qu'à l'accès à ces soins.

RECOMMANDATION 2 : LES ÉTATS DEVRAIENT FAIRE EN SORTE DE MIEUX COMPRENDRE LA NATURE DES VIOLENCES COMMISES CONTRE LES SOINS DE SANTÉ SUR LEUR PROPRE TERRITOIRE, NOTAMMENT TOUS LES TYPES D' ACTIONS PORTANT ATTEINTE À LA FOURNITURE DES SOINS, AFIN DE PRENDRE DES MESURES ADÉQUATES.

Établir un système national de collecte de données sur les cas de violence contre le personnel de santé, les établissements de soins et les transports médicaux ainsi que contre les patients, y compris tous les types d'atteintes à la fourniture des soins de santé.

Les participants ont souligné le manque général d'informations sur la nature de la violence exercée contre les soins de santé dans leurs pays respectifs, notamment sur ses causes, ses auteurs et ses conséquences. La création d'un système national de collecte de données sur toutes les formes de violence contre les soins de santé (y compris des pressions indues sur le personnel de santé pour qu'il viole ses obligations éthiques, par exemple le respect du secret médical) a donc été jugée essentielle si l'on voulait mieux comprendre la situation prévalant dans un contexte donné, et permettre aux États de mettre en place une stratégie de suivi appropriée et des mesures pratiques de protection. Les points particuliers discutés à cet égard concernaient ce qui devrait être déclaré dans le cadre de la collecte de données, qui devrait rédiger le rapport et quelle autorité ou entité nationale devrait être chargée de collecter les informations et de gérer le système, et enfin comment et dans quel but les données devraient être recueillies, utilisées et protégées.

Dans l'ensemble, les participants étaient d'avis que ce système devrait être établi par les États en temps de paix, à titre de mesure préventive, et remplir certains critères. Un système national de collecte de données devrait notamment :

1. **s'appuyer sur des critères clairement définis**, en classant les données dans des catégories contextuelles (par exemple, la législation portant création de ce système devrait définir précisément quel type d'information doit être collecté et comment les données doivent être organisées) ;
2. **être géré par des autorités de l'État** (par exemple les ministères de la Santé et de l'Intérieur et, lorsque ce poste existe, un ombudsman¹²⁰) et prévoir la participation de toutes les parties concernées par le système de santé (associations médicales, etc.), la coordination entre toutes les parties prenantes étant essentielle ;
3. **être indépendant et transparent**, afin de garantir la fiabilité des données collectées ;
4. **servir uniquement à des fins d'analyse** (ne doit pas être utilisé dans des poursuites pénales) ;
5. **faire en sorte de protéger l'accès** aux données collectées et **leur utilisation**.

Si l'on veut qu'elles servent effectivement à comprendre la nature de la violence contre les soins de santé et contribuent à la mise en place de mesures concrètes pour en venir à bout, les données recueillies devraient être soigneusement organisées et analysées selon des critères prédéfinis. Il a été jugé indispensable que la création d'un tel système national de collecte de données s'accompagne d'une stratégie de suivi, et que les mesures concrètes de protection opérationnelle prises par les États soient adaptées à chaque contexte particulier.

Il a été généralement admis, en outre, que ce système devrait être créé et géré par des autorités de l'État, et certains participants estimaient que les ministères de la Santé et de l'Intérieur avaient un rôle crucial à jouer en la matière. Il a été jugé important que toutes les parties concernées par la fourniture

¹²⁰ Dans le contexte de ces discussions, le terme « ombudsman » désignait un fonctionnaire indépendant et objectif ayant pour fonction d'entendre et d'examiner les plaintes émanant de particuliers sur d'autres fonctionnaires ou sur les pouvoirs publics.

des soins de santé soient associées à la collecte d'informations, au mécanisme d'analyse et à la supervision du système, la coordination entre toutes les parties prenantes étant considérée comme indispensable à l'efficacité du système.

Les participants ont estimé que ce système devrait avoir un but et une fonction clairement définis, de sorte qu'il ne puisse servir qu'à des fins d'analyse et que l'accès aux données collectées et leur utilisation soient adéquatement protégés et réglementés, par exemple en garantissant la confidentialité des informations recueillies. Si certains participants ont suggéré que cette information pourrait être utilisée dans des procédures criminelles, la plupart pensaient que la confidentialité des données personnelles collectées encouragerait la coopération entre les parties prenantes et permettrait de recueillir des informations reflétant mieux la réalité. Des mesures appropriées devraient être prises pour garantir l'indépendance et la transparence du système.

Les systèmes nationaux de collecte de données pourraient être complétés par un système international de consolidation et de comparaison des données, ce qui permettrait d'avoir une compréhension globale de la nature de la violence contre les soins de santé à travers le monde et encouragerait les États à coopérer pour établir des stratégies mondiales coordonnées aux fins de la protection des personnels et structures de santé et des transports médicaux.

Il a également été suggéré que le suivi national soit complété par un système international qui permettrait de consolider et de comparer les données afin de parvenir à une compréhension globale de la nature de la violence contre les soins de santé dans le monde, et encouragerait ainsi les États à coopérer pour mettre en place des stratégies mondiales et des actions coordonnées pour la protection du personnel de santé, des établissements de soins et des transports médicaux¹²¹.

RECOMMANDATION 3 : LES MESURES DE PRÉVENTION ET DE SÉCURITÉ VISANT À PROTÉGER LA FOURNITURE DES SOINS DE SANTÉ ET À GARANTIR UN ACCÈS PLUS SÛR À CES SOINS DEVRAIENT INCLURE DES COMPOSANTES D'ÉDUCATION, DE FORMATION ET DE DIFFUSION DE LA LÉGISLATION EXISTANTE.

Les États devraient prendre des mesures appropriées pour instruire les forces armées et de sécurité, les fonctionnaires, le personnel de santé et le grand public sur la législation nationale protégeant la fourniture des soins de santé et l'accès à ces soins (y compris le droit à la santé).

De nombreux participants ont souligné que, dans de nombreux contextes, l'un des principaux obstacles à une protection efficace de la fourniture des soins de santé n'était pas l'absence de législation nationale mais plutôt le fait que, souvent, les personnes chargées de suivre et d'appliquer les règles protégeant la fourniture des soins de santé et l'accès à ces soins n'avaient pas connaissance – ou pas pleinement conscience – de l'étendue de leurs obligations ou des circonstances dans lesquelles elles s'appliquaient. Il a été recommandé, de façon générale, que les États prennent des mesures appropriées pour la mise en place d'une formation spécifique qui explique ces règles aux membres des forces armées et de sécurité (militaires et police) et, le cas échéant, aux groupes armés non étatiques¹²², ainsi qu'aux fonctionnaires des organismes nationaux concernés, tels que les ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice.

Les États devraient faire largement savoir et comprendre qu'il est important de respecter le personnel de santé, les établissements de soins et les transports médicaux.

Les participants ont souligné qu'il était important de sensibiliser les forces armées et de sécurité, les acteurs non étatiques et le grand public aux graves conséquences de la violence contre le personnel de santé, les établissements de soins et les transports médicaux – notamment des pressions qui peuvent

¹²¹ Dans ce contexte, il a été fait mention de l'exemple de l'OMS, qui avait été chargée par les États, à la soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé, en 2012, d'élaborer une méthode mondiale de collecte de données sur la violence dirigée contre la fourniture des soins de santé.

¹²² Le terme « groupes armés non étatiques » inclut les milices, les agents de sécurité privés ainsi que les mouvements rebelles et mouvements de guérilla, donc les groupes qui ne font pas partie de l'appareil d'application des lois d'un État, ni de son appareil militaire ou de sécurité.

s'exercer indûment sur le personnel de santé pour qu'il soigne en priorité, sans se baser sur des critères médicaux, des membres de l'armée ou de la police ou de leurs familles, ainsi que d'autres types de menaces contre la vie et la sécurité du personnel de santé. Un tel manque de respect pour le personnel de santé peut se produire en toutes circonstances, y compris en temps de paix, mais risque davantage d'avoir des conséquences désastreuses sur la situation humanitaire dans les zones de conflit où le personnel de santé qui subit de telles menaces est obligé de fuir ses lieux de travail, laissant ainsi la population locale sans soins alors que, souvent, elle en a plus besoin que jamais.

La législation nationale devrait prévoir une obligation de porter secours ou assistance aux personnes ayant besoin de soins médicaux urgents qui soit applicable sous peine de sanctions pénales en toutes circonstances, y compris les conflits armés et autres situations d'urgence.

De nombreux participants ont estimé qu'une obligation imposant à tous de porter secours ou assistance aux personnes ayant besoin de soins médicaux urgents pourrait contribuer à améliorer l'accès des blessés et des malades aux services de santé en temps de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence. Cette obligation existe déjà dans un grand nombre de pays. En **Colombie**, par exemple, elle découle d'un «devoir de solidarité sociale» inscrit dans la Constitution¹²³, et toute infraction peut être punie d'emprisonnement en vertu du Code pénal¹²⁴. En **Belgique**, le fait de s'abstenir de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave est puni, en vertu du Code pénal belge (art. 422bis), d'une peine de prison de huit jours à un an et/ou d'une amende de 50 à 500 euros¹²⁵.

RECOMMANDATION 4 : LES ÉTATS DEVRAIENT PRENDRE DES MESURES APPROPRIÉES POUR RENFORCER LA COORDINATION ENTRE LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES DE LA FOURNITURE DE SERVICES DE SANTÉ D'URGENCE, AFIN QUE L'ACTION D'URGENCE SOIT MIEUX ORGANISÉE ET PLUS EFFICACE.

La législation nationale devrait définir clairement les rôles et responsabilités respectifs des différentes parties prenantes actives dans la fourniture des soins de santé d'urgence.

La discussion consacrée aux rôles et responsabilités des différentes parties prenantes fournissant des services de santé dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence a mis en évidence la nécessité de renforcer la coordination entre ces parties prenantes afin de dispenser des soins de santé mieux organisés et plus efficaces aux populations touchées par les conflits armés et autres situations d'urgence. Il a été relevé notamment que les rôles respectifs des prestataires de soins dans la fourniture des soins de santé d'urgence n'étaient pas toujours précisément définis dans la législation nationale. Il a donc été jugé très important que les États désignent, à l'avance et au moyen de lois ou de règlements, les personnes autorisées à fournir des soins d'urgence dans les situations de conflit armé ou autres situations d'urgence, ainsi que les actes qu'elles sont autorisées à accomplir. La législation nationale devrait aussi décrire précisément les circonstances dans lesquelles ces dispositions prennent effet¹²⁶.

La définition des responsabilités respectives des différentes parties prenantes des soins d'urgence peut se faire de diverses façons, en fonction, entre autres, des spécificités du système juridique de chaque État. Au **Pérou**, par exemple, la loi relative à l'action en cas de catastrophe¹²⁷ définit les rôles des différentes parties prenantes agissant dans les situations d'urgence et établit des mécanismes d'intervention conjointe, lesquels coexistent avec les règlements internes des associations de professionnels de la santé et des hôpitaux, tous conçus de façon à renforcer l'organisation de l'assistance médicale en situation d'urgence¹²⁸.

¹²³ Art. 95 de la Constitution colombienne: «[...] Les devoirs suivants incombent à chaque personne et citoyen: [...] 2. Agir conformément au principe de solidarité sociale, en répondant par des actions humanitaires à des situations qui mettent en danger la vie ou la santé humaine; [...]»

¹²⁴ Art. 131 du Code pénal (loi 599 de 2000): «Non-assistance à personne en danger. Quiconque omet, sans motif légitime, de porter assistance à une personne dont la vie ou la santé se trouve en grave danger sera passible d'une peine de prison [...]» Art. 152 de la même loi: «Manquement à l'obligation de prendre des mesures de secours et d'assistance humanitaire. Quiconque, lors et au cours d'un conflit armé, alors qu'il y est obligé, omet de prendre des mesures de secours et d'assistance humanitaire en faveur des personnes protégées, sera passible d'une peine de prison [...]»

¹²⁵ Voir l'étude de pays relative à la Belgique, à l'annexe 1.

¹²⁶ Voir la recommandation 1, p. 39. Si ces dispositions s'appliquent aux «autres situations d'urgence», l'expression «autres situations d'urgence» doit être dûment définie afin d'éviter toute ambiguïté dans son interprétation.

¹²⁷ «Ley de Respuesta a los Desastres».

¹²⁸ Pour un complément d'information, voir l'étude de pays relative au **Pérou**, à l'annexe 1.

En **Belgique**, un arrêté royal¹²⁹ prévoit que, en cas de carence ou d'insuffisance des soins de santé dans une province, la commission médicale fait appel, de sa propre initiative ou à la demande du gouverneur de province, à la collaboration de certaines organisations ou certains praticiens en vue d'instituer ou de compléter l'organisation locale des services médicaux. De plus, pendant une guerre ou autre catastrophe, des personnes qui ne sont pas légalement qualifiées pour « exercer l'art de guérir » mais qui ont reçu une formation spéciale à cette fin peuvent accomplir certains actes médicaux, en particulier lorsque ces soins doivent être dispensés d'urgence et qu'il y a pénurie de praticiens légalement qualifiés. Ces dispositions sont complétées par un accord signé en 2012 entre le Service public fédéral (SPF) de Santé publique et la Croix-Rouge de Belgique, aux termes duquel cette dernière est responsable de la mise sur pied de services d'intervention d'urgence et de la fourniture des soins médicaux d'urgence¹³⁰. Chaque année, en outre, le SPF Santé publique alloue à la Croix-Rouge de Belgique un subside pour services contribuant à la fourniture d'une aide médicale urgente et à l'organisation d'une assistance psychologique dans les situations d'urgence collective et autres situations à risque.

Les États devraient prendre des mesures appropriées pour que les différentes parties prenantes de la fourniture des soins de santé d'urgence connaissent les rôles et responsabilités les unes des autres, le but visé étant qu'elles comprennent bien l'ensemble de l'organisation de l'intervention d'urgence.

Un autre problème évoqué a été le fait que les fournisseurs de soins de santé ne savent pas toujours quels sont les rôles et responsabilités des autres parties prenantes de l'aide médicale d'urgence, ce qui risque de causer confusion et retards dans la fourniture des soins de santé lors de conflits armés et d'autres situations d'urgence. Si la législation peut parfois être fragmentée en un certain nombre de lois et de règlements, il est essentiel que les autorités prennent des mesures appropriées pour permettre aux fournisseurs de soins de santé de cerner dans sa globalité l'organisation de l'intervention d'urgence. Il est possible, notamment, de dispenser une formation spéciale à toutes les parties prenantes qui joueront vraisemblablement un rôle dans l'intervention d'urgence, y compris des exercices de simulation et/ou la rédaction de manuels et de lignes directrices pour les guider dans leur travail.

Chaque État devrait avoir un plan de coordination faisant intervenir toutes les parties prenantes, afin d'organiser l'action d'urgence et la fourniture de services de santé en temps de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence.

Outre la nécessité de définir clairement les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes de la fourniture des soins de santé d'urgence, les participants ont évoqué la nécessité pour chaque pays d'avoir un plan de coordination de l'intervention d'urgence en situation de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence – plan qui peut comprendre diverses mesures pratiques visant à garantir la fourniture de services de santé efficaces aux personnes qui en ont besoin.

De nombreux pays se sont déjà dotés d'un tel plan. Au **Sénégal**, un plan pour l'organisation des services de secours, appelé « plan ORSEC¹³¹ » peut être déclenché par les autorités lorsque certaines conditions sont réunies¹³². Ce plan précise quelles sont les différentes institutions de l'État participant à l'intervention d'urgence et prévoit la création d'un mécanisme de coordination ainsi que d'une cellule de crise chargée de suivre la fourniture des soins de santé en pareilles circonstances. Il est coordonné par le ministère de l'Intérieur. La loi sénégalaise prévoit aussi la réquisition de services de l'État en situation de danger.

De même, à **Sri Lanka**, le Conseil national de gestion des catastrophes a été créé par la loi relative à la gestion des catastrophes, qui porte à la fois sur les catastrophes « naturelles » et sur les catastrophes « d'origine humaine » telles que les conflits armés. Ce conseil a compétence pour désigner les parties prenantes (y compris tout ministère ou autre organisme gouvernemental) chargés de mettre en œuvre soit le Plan national de gestion des catastrophes, soit le Plan national d'opération d'urgence, selon le cas¹³³.

¹²⁹ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

¹³⁰ Cet accord prévoit que la Croix-Rouge de Belgique est chargée de mettre sur pied et déployer des équipes mobiles rapides pour aider à organiser et à dispenser une assistance médicale, sanitaire et psychologique en cas de catastrophe (services, logistique et personnel médicaux et sanitaires).

¹³¹ Littéralement « Organisation de la réponse de sécurité civile » (ORSEC).

¹³² Le plan ORSEC (Plan national d'organisation des secours) sénégalais a été adopté par décret n° 99-172 du 4 mars 1999.

¹³³ Art. 21.(1) de la loi n° 13 de Sri Lanka relative à la gestion des catastrophes (2005).

En **Argentine**, le Système fédéral d'urgences¹³⁴ définit une action nationale complétant les interventions des gouvernements provinciaux et municipaux quand leurs capacités sont dépassées¹³⁵. Le commandant en chef des forces armées est chargé de coordonner les opérations lorsque le ministère de la Défense ou un autre organisme de l'État autorise le recours aux forces armées, y compris à leurs services médicaux.

La législation du pays devrait toujours préciser clairement quelle autorité nationale est chargée de coordonner la fourniture des services de santé d'urgence, que l'intervention d'urgence soit mise en place suivant un plan de coordination préétabli ou en application de prérogatives spécifiques permettant aux autorités de l'État de prendre des mesures spéciales pour garantir la fourniture des soins de santé dans les situations d'urgence.

RECOMMANDATION 5 : PRENDRE DES MESURES LÉGISLATIVES ET PRATIQUES SPÉCIFIQUES POUR RÉPONDRE ADÉQUATEMENT AUX BESOINS DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE DANS LES CONFLITS ARMÉS ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCE.

Compte tenu du fait que les victimes de violence sexuelle, et de viol en particulier, ont besoin de soins de santé d'urgence complets dans un délai maximum de 72 heures, afin de prévenir les maladies et de traiter les lésions, il est important que les États prennent des mesures spécifiques pour répondre adéquatement aux besoins particuliers de ces victimes.

Le personnel de santé devrait recevoir une formation spécifique qui lui permette d'aider les victimes de violence sexuelle, selon une approche pluridisciplinaire associant formation sociale et psychologique et formation en communication.

Étant donné les besoins particuliers des victimes de violence sexuelle, et notamment les soins médicaux immédiats qu'elles doivent recevoir, les participants ont souligné à quel point il était important de former le personnel de santé à fournir à ces victimes des soins médicaux et une assistance appropriés. Cette formation spécifique devrait comprendre, entre autres, les mesures que doit prendre le personnel de santé pour prévenir la propagation de maladies transmissibles et préserver les preuves des actes de violence sexuelle afin que celles-ci puissent être utilisées dans des poursuites pénales. Cependant, ledit personnel ne doit jamais utiliser ces preuves sans le consentement des victimes¹³⁶. De l'avis général, la formation spécifique à dispenser au personnel de santé en matière d'assistance aux victimes de violence sexuelle devrait être multidisciplinaire et associer des connaissances sociales, psychologiques et en communication. Elle devrait aussi comprendre des conseils sur la façon de se comporter avec les familles des victimes et de communiquer avec les autorités judiciaires dans des cas précis.

Dans une optique plus large, des informations sur les services auxquels peuvent avoir recours les victimes de violence sexuelle devraient être diffusées auprès du grand public.

Le personnel des établissements de santé devrait comprendre au minimum une personne dûment formée à la prise en charge des victimes de violence sexuelle qui ont besoin d'une assistance immédiate.

Il n'est pas toujours possible d'avoir accès à des experts médico-légaux, alors même que les victimes de violence sexuelle ont besoin de soins immédiats. Les établissements de santé devraient donc faire en sorte de disposer en permanence d'un-e professionnel-le de santé dûment formé-e aux soins médicaux à apporter à ces victimes.

La législation nationale devrait comprendre des dispositions concernant les conséquences particulières des violences sexuelles pour les femmes, telles que la grossesse.

¹³⁴ « Sistema Federal de Emergencias » (SIFEM).

¹³⁵ Argentine, décret national n° 1250/99.

¹³⁶ Pour un complément d'information sur le secret médical, voir la section 4.2.3.

Il faut également tenir compte du fait que les violences sexuelles ont des conséquences spécifiques pour les femmes, car celles-ci peuvent se retrouver enceintes. La question de l'avortement devrait par conséquent être examinée et prise en compte plus précisément.

Outre les soins médicaux immédiats et autres services de santé qui devraient être fournis aux victimes, il convient d'adopter une législation appropriée pour sanctionner les auteurs des violences (pour un complément d'information sur les sanctions, voir la section 4.2.4).

RECOMMANDATION 6 : INCLURE, LE CAS ÉCHÉANT, LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU NOMBRE DES ACTIVITÉS DE SOINS DE SANTÉ PROTÉGÉES, ET PRENDRE DES MESURES POUR FACILITER L'ACCÈS DE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION À CE TYPE DE MÉDECINE.

Dans certains pays, tels que le Chili et le Népal, la médecine traditionnelle fait déjà partie des activités de soins de santé protégées.

Le **Népal**, par exemple, a mis en place un cadre normatif national relatif à la médecine ayurvédique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, « la politique du gouvernement, qui repose sur des plans quinquennaux, a été d'établir un système de services de santé intégrés dans lesquels sont pratiquées tant la médecine allopathique que la médecine ayurvédique. Les centres de soins ayurvédiques sont considérés comme faisant partie des services de santé de base, et il existe une section chargée de la médecine ayurvédique au sein de la Direction générale des services de santé. Les programmes de santé figurant dans le cinquième plan quinquennal prévoient quatre hôpitaux ayurvédiques, un dans chacune des quatre régions de développement. L'*Ayurvedic Governmental Pharmaceutical Unit* (service gouvernemental chargé de la pharmacie ayurvédique) œuvre à la fourniture de médicaments peu coûteux¹³⁷ ».

4.2.2. Deuxième séance thématique : Comment améliorer le cadre juridique visant à un usage correct des emblèmes distinctifs, dont l'utilisation est régie par le droit international, ainsi que d'autres signes servant à identifier des activités de soins de santé.

Discussion

Les emblèmes distinctifs établis par les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels – en tant que manifestation visible de la protection particulière conférée à des personnes et des biens dûment autorisés¹³⁸ fournissant assistance et soins médicaux aux personnes touchées par un conflit armé, et en tant que moyen d'identifier des personnes et des biens ayant un lien avec le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge – sont devenus un symbole de l'apport d'une assistance et de soins humanitaires impartiaux à ceux qui souffrent. Dans le cadre de cet atelier, l'utilisation des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge à titre protecteur et à titre indicatif par le personnel et les structures de santé ainsi que les transports médicaux a donc été traitée comme un aspect fondamental de la protection de la fourniture des soins de santé et de l'accès à ces soins dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence. Si de nombreux États ont réglementé l'usage des emblèmes distinctifs en se dotant de la législation nationale pertinente, conforme aux obligations qui leur incombent en vertu des Conventions de Genève et de leurs Protocoles additionnels, les participants ont souligné la nécessité, dans certains contextes, de mettre ces dispositions en œuvre plus efficacement en adoptant d'autres règlements nationaux appropriés. Ces règlements devraient porter sur les questions suivantes : identification et définition des emblèmes distinctifs ; désignation de l'autorité nationale compétente pour réglementer l'usage des emblèmes distinctifs ; désignation des entités autorisées à utiliser les emblèmes, et identification des utilisations pour lesquelles une permission est demandée¹³⁹.

¹³⁷ Pour un complément d'information, voir, en anglais, OMS, *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review* (Statut juridique de la médecine traditionnelle et des médecines alternatives et complémentaires), 2001, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>. [Extrait traduit par nos soins]

¹³⁸ Pour un complément d'information sur les utilisateurs autorisés de l'emblème, voir la section 3.1.2 - B.

¹³⁹ Pour un complément d'information, voir la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée « La protection des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge ».

Les participants ont également exprimé leur préoccupation face à ce qu'ils considéraient comme une érosion du respect des emblèmes distinctifs dans des conflits récents. Certains ont souligné que, dans la guerre moderne, des groupes armés prennent pour cible le personnel de santé, les établissements de soins et les transports médicaux non seulement par erreur ou par méfiance, mais dans le but précis d'attaquer et de détruire tout ce qui fournit des soins de santé à l'ennemi et à la population civile – faisant fi de façon flagrante de l'impartialité associée à l'assistance et aux soins médicaux. L'adoption de mesures appropriées pour renforcer le prestige et la signification des emblèmes a donc été qualifiée de priorité par la plupart des participants.

Il est en outre ressorti clairement des discussions que l'utilisation d'autres emblèmes (c'est-à-dire autres que ceux qui sont protégés en vertu des Conventions de Genève et de leurs Protocoles additionnels) pour permettre d'identifier des activités de soins de santé dans certains pays ne saurait être ignorée. La réflexion menée sur des mesures appropriées visant à renforcer la protection des personnels et structures de santé et des transports médicaux ne pouvait, par conséquent, se limiter aux seuls emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge. L'étoile de vie, par exemple, est connue dans le monde entier comme étant un symbole de services médicaux d'urgence, tandis que la croix blanche sur fond vert est un symbole largement utilisé pour les premiers secours. Certains pays ont aussi créé leur propre emblème pour identifier des activités de soins de santé sur leur territoire, comme l'emblème colombien de la mission médicale¹⁴⁰. Des participants ont fait valoir que dans certains contextes, tels que celui de la Colombie, la création et l'adoption d'un signe autre que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge pouvait renforcer la protection des activités de soins de santé et le respect des emblèmes protégés en vertu des Conventions de Genève et de leurs Protocoles additionnels en réduisant leur usage abusif ou non autorisé.

Les questions suivantes étaient posées aux participants :

- Comment l'usage de l'emblème est-il autorisé et réglementé ?
- Quels types de mécanismes devraient être développés au niveau national pour contrôler et surveiller l'usage de l'emblème ?
- Est-il nécessaire d'adopter d'autres moyens d'identification – par exemple des emblèmes additionnels ?
- La Colombie a créé et mis en place, par des dispositions de sa législation nationale, son propre emblème pour la mission médicale (à utiliser dans les situations de conflit armé ainsi que dans les autres situations d'urgence). Est-ce que, de la même façon, d'autres moyens d'identification ont été établis par la législation nationale d'autres pays ? Cette pratique devrait-elle être développée plus généralement ? Le cas échéant, comment la confusion avec l'emblème de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge peut-elle être évitée ?

Recommandations

RECOMMANDATION 7 : FAIRE EN SORTE DE RENDRE PLUS EFFICACES, AU NIVEAU NATIONAL, LA MISE EN ŒUVRE ET LA DIFFUSION DE LA LÉGISLATION RÉGLEMENTANT L'USAGE À TITRE INDICATIF ET À TITRE PROTECTEUR DES EMBLÈMES DE LA CROIX ROUGE, DU CROISSANT ROUGE ET DU CRISTAL ROUGE.

Lors de la mise en œuvre des dispositions de droit international protégeant l'usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge au niveau national, les États devraient adopter une législation spécifique afin de renforcer le prestige et la signification des emblèmes.

Les participants ont dit avoir conscience d'un manque de respect pour les emblèmes distinctifs dans certains contextes, et parfois d'une totale indifférence envers les activités de soins de santé identifiées par les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge dans des situations de conflit armé. Ils jugeaient donc nécessaire de réaffirmer le prestige et la signification des emblèmes distinctifs en tant que signe visible de la protection conférée par le DIH à certains membres du personnel de santé et établissements et transports médicaux fournissant des soins de santé impartiaux aux blessés et malades. De nombreux participants étaient d'avis qu'une législation spécifique sur l'usage des emblèmes présentait, par

¹⁴⁰ Pour plus d'information sur l'emblème colombien de la mission médicale, voir l'encadré de la page 51.

rapport à une législation générale (incorporation de dispositions spécifiques sur l'usage des emblèmes dans une loi à caractère plus général), l'avantage de pouvoir servir à réaffirmer l'importance de l'emblème et à faire mieux connaître cette question. Là encore, il convient de tenir compte des particularités du système juridique de chaque pays¹⁴¹. Il convient de noter que l'adoption d'une législation visant à prévenir et réprimer tout emploi abusif des emblèmes est une obligation prévue par les Conventions de Genève¹⁴².

La législation nationale devrait, en temps de paix déjà, préciser quelles entités sont autorisées à utiliser les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge, et désigner l'autorité nationale compétente pour réglementer cet usage.

Afin de réduire les emplois abusifs et non autorisés des emblèmes observés dans certains contextes, les participants ont reconnu la nécessité de préciser avec plus de clarté les utilisateurs autorisés de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge, surtout en ce qui concerne l'usage à des fins de protection en temps de conflit armé¹⁴³. Si l'utilisation des emblèmes par les services sanitaires des forces armées doit être réglementée par l'autorité militaire compétente¹⁴⁴, en général le ministère de la Défense, il est possible de faire preuve de plus de souplesse pour déterminer quelle autorité peut autoriser leur utilisation par les hôpitaux civils¹⁴⁵ ainsi que par les structures et transports médicaux¹⁴⁶.

La législation du pays doit donc désigner l'autorité nationale compétente pour autoriser et contrôler l'emploi des emblèmes par le personnel de santé et les structures de santé et transports médicaux civils. Ce rôle pourrait être assumé par le ministère de la Santé, ou même par la Société nationale dans les pays où la loi lui en donne le pouvoir.

La législation nationale devrait également préciser quelles entités sont autorisées à utiliser les emblèmes à titre indicatif¹⁴⁷, comme peuvent le faire les Sociétés nationales.

Les États devraient prendre des mesures préventives appropriées pour faire mieux connaître l'usage correct des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge dans l'ensemble de la population, et faire en sorte que les forces armées soient dûment formées afin de prévenir les abus.

Les participants ont souligné qu'il est important de faire mieux connaître au grand public la signification de l'emblème de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge, et essentiel de respecter le personnel de santé, les structures de santé et les transports médicaux, ainsi que les blessés et malades dont ils ont la charge. Ils ont fait valoir que ceci devrait être fait en temps de paix, en tant que mesure préventive. Les forces armées étatiques et, le cas échéant, les groupes armés non étatiques devraient recevoir une formation spécifique portant sur l'usage correct des emblèmes dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence.

Cette recommandation concerne la mise en œuvre de l'obligation incombant aux États de diffuser le plus largement possible dans leurs pays respectifs les règles de DIH, notamment celles qui protègent les emblèmes, et ce en temps de paix comme en période de conflit armé, de telle manière que ces règles soient connues des forces armées et de la population civile¹⁴⁸.

¹⁴¹ Pour un exemple de loi spécifique et de dispositions types sur l'usage et la protection des emblèmes distinctifs, voir l'article du CICR «Loi type concernant l'utilisation et la protection de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge», 31 août 1996, *Revue internationale de la Croix-Rouge*, n° 820. Le texte de cette loi type peut être consulté en ligne à l'adresse <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzg8v.htm>

¹⁴² Art. 54, CG I.

¹⁴³ «Quand il est utilisé à titre protecteur, l'emblème est la manifestation visible de la protection spéciale conférée par le DIH (principalement les CG et leurs PA) à certaines catégories de personnes, d'unités et de moyens de transport (en particulier le personnel, les établissements et les moyens de transport sanitaires). En de telles circonstances, afin d'assurer le maximum de visibilité, l'emblème doit être de grandes dimensions par rapport à la personne ou au bien arborant ledit emblème, et rien ne doit être ajouté sur l'emblème ou sur le fond blanc. Quand il est utilisé dans certains endroits (par exemple peint sur une toiture) ou sur certains supports (par exemple sur un brassard), l'emblème est toujours considéré comme ayant une fonction protectrice.» (extrait de la publication du CICR *Étude sur l'usage des emblèmes. Problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels*, 2011, p. 27-28).

¹⁴⁴ Art. 39, CG I, et son commentaire, p 343.

¹⁴⁵ Art. 18, par. 3, CG IV.

¹⁴⁶ Art. 18.4, PA I.

¹⁴⁷ «Quand il est utilisé à titre indicatif, l'emblème montre qu'une personne ou un bien a un lien avec le Mouvement. Dans ce cas, l'emblème doit être de dimensions relativement petites par rapport à la personne ou au bien arborant l'emblème» (extrait de la publication du CICR *Étude sur l'usage des emblèmes, op. cit.*, p. 28).

¹⁴⁸ Art. 47, CG I; art. 48, CG II; art. 127, CG III; art. 144, CG IV; art. 83, PA I; art. 19, PA II; art. 7, PA III; règles 142 et 143, *Étude sur le DIH coutumier*. Pour plus d'information sur la diffusion, voir la section 4.

Les Sociétés nationales peuvent jouer un rôle important s'agissant de prêter leur concours aux pouvoirs publics de leurs pays respectifs pour la diffusion des règles relatives aux emblèmes. C'est le cas dans de nombreux pays, tels que la **Belgique**, où les statuts la Croix-Rouge de Belgique imposent à celle-ci l'obligation de propager les principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et du DIH¹⁴⁹, et en **Serbie**, où la loi relative à la Croix-Rouge impose à la Société nationale l'obligation de veiller au respect du DIH et d'œuvrer à la prévention des abus de l'emblème et à l'éducation de la population sur des sujets liés au DIH¹⁵⁰.

Le rôle d'auxiliaire des Sociétés nationales dans le domaine humanitaire

Les Sociétés nationales ont un rôle important à jouer s'agissant de garantir que les soins de santé seront dispensés et accessibles en toute sécurité dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence. Ce rôle a été réaffirmé par la résolution 5 de la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, laquelle «... appelle les Sociétés nationales, le CICR et la Fédération internationale à continuer de soutenir les structures et les personnels de santé locaux dans le monde entier, de renforcer leurs capacités, et de mener des programmes de formation et d'instruction à l'intention des personnels et des volontaires chargés de fournir des soins, en élaborant des outils appropriés sur les droits et les obligations de ces personnels, et sur la protection et la fourniture en toute sécurité des soins de santé¹⁵¹».

Plus précisément, les Sociétés nationales peuvent jouer un rôle important de diffusion des règles relatives à l'usage des emblèmes et de formation dans ce domaine. Les Statuts du Mouvement international prévoient que les Sociétés nationales «diffusent et aident leur gouvernement à diffuser le droit international humanitaire» et, plus spécifiquement, «collaborent aussi avec leur gouvernement pour faire respecter le droit international humanitaire et assurer la protection des emblèmes distinctifs reconnus par les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels à ces Conventions¹⁵²».

Les Sociétés nationales sont les auxiliaires des pouvoirs publics de leur pays dans le domaine humanitaire¹⁵³. Conformément à ce rôle et afin de remplir leur mandat, elles ont signé au niveau national divers accords qui leur permettent d'organiser la fourniture des soins de santé dans leur pays¹⁵⁴.

RECOMMANDATION 8 : RENFORCER LES MESURES DE CONTRÔLE DE L'USAGE DES EMBLÈMES DE LA CROIX ROUGE, DU CROISSANT ROUGE OU DU CRISTAL ROUGE, AINSI QUE LES MÉCANISMES DE RÉPRESSION DES ABUS DE CES EMBLÈMES.

Les mesures de répression des utilisations non autorisées ou abusives de l'emblème devraient inclure non seulement des sanctions pénales, mais aussi des mesures administratives et disciplinaires. Les abus de l'emblème tels qu'imitation ou usage incorrect doivent être sévèrement punis. L'emploi perfide des emblèmes constitue un crime de guerre et doit être réprimé en tant que tel.

Étant donné ses conséquences graves sur le plan humanitaire, les participants ont fait valoir que l'emploi abusif et non autorisé de l'emblème n'était pas suffisamment sanctionné dans la plupart des États, et que les mécanismes de répression devraient comprendre des sanctions pénales aussi bien que des mesures disciplinaires et administratives applicables en toutes circonstances¹⁵⁵. Il a été estimé en particulier que des mesures disciplinaires dissuasives, parallèlement aux sanctions pénales, devraient être imposées aux membres des forces armées utilisant les emblèmes distinctifs à des fins autres que celles

¹⁴⁹ Statuts de la Croix-Rouge de Belgique, amendés le 13 octobre 2003, art. 4.

¹⁵⁰ Loi relative à la Croix-Rouge de Serbie (2005), art. 2.

¹⁵¹ XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2011 – Résolution 5, Les soins de santé en danger. Respecter et protéger les soins de santé, 31IC/11/R5, par. 8.

¹⁵² Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge adoptés par la XXV^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 1986 et amendés en 1995 et 2006, section II, art. 3.2.3.

¹⁵³ Le fait d'être les auxiliaires des pouvoirs publics de leur État va plus loin que le rôle d'auxiliaires établi à l'article 26, CG I.

¹⁵⁴ Par exemple, la Croix-Rouge de Belgique a signé en 2012 avec le Service public fédéral de Santé publique un accord visant à ce qu'elle mette sur pied et développe les moyens nécessaires pour apporter une assistance médicale d'urgence. Pour un complément d'information, voir l'étude de pays relative à la Belgique, à l'annexe 1.

¹⁵⁵ Pour un complément d'information sur les sanctions, voir la section 4.2.4.

qu'autorisent les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels – tel le fait d'utiliser des véhicules des services sanitaires ou des établissements médicaux arborant l'emblème pour transporter ou cacher des armes ou des soldats. En **Belgique**, par exemple, l'abus des emblèmes distinctifs est passible d'une peine d'emprisonnement et/ou d'une amende, la sanction étant plus sévère lorsque l'abus en période de conflit armé¹⁵⁶. En **Serbie**, l'abus de l'emblème distinctif est punissable d'une peine d'emprisonnement d'un maximum de trois ans, ou de six mois à cinq ans lorsqu'il est commis dans une situation de conflit armé¹⁵⁷.

Une surveillance nationale devrait être mise en place pour détecter et réprimer les abus de l'emblème.

Les participants ont souligné la nécessité de détecter les abus et de créer des mécanismes de surveillance permettant de contrôler l'usage des emblèmes, ou de renforcer ces mécanismes s'ils existent. Cette responsabilité pourrait être assumée par les autorités militaires pour l'usage protecteur de l'emblème, comme c'est le cas en **Belgique**. Le ministère de la Santé pourrait également jouer un rôle important de suivi de l'utilisation des emblèmes par les hôpitaux et autres établissements de santé et transports médicaux civils, ainsi que par le personnel de santé.

Les États devraient prendre des mesures appropriées pour encourager la dénonciation des abus de l'emblème aux autorités nationales compétentes et rendre ces cas publics.

La dénonciation des abus de l'emblème a été jugée cruciale si l'on voulait protéger la valeur protectrice des emblèmes et les faire respecter par les auteurs potentiels d'actes de violence contre les soins de santé. Certains participants ont donc insisté sur l'importance de publier les résultats des dénonciations de violations de la législation ou de la réglementation concernant les emblèmes distinctifs, afin d'ajouter à l'effet dissuasif de ces dénonciations.

RECOMMANDATION 9 : EXAMINER PLUS AVANT L'UTILISATION DE SIGNES AUTRES QUE LES EMBLÈMES DE LA CROIX ROUGE, DU CROISSANT ROUGE OU DU CRISTAL ROUGE POUR IDENTIFIER DES ACTIVITÉS DE SOINS DE SANTÉ, EN TENANT COMPTE DE CHAQUE CONTEXTE SPÉCIFIQUE ET EN DÉTERMINANT SI L'UTILISATION DE CES AUTRES SIGNES RENFORCERAIT LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ.

Compte tenu de la nécessité d'éviter une prolifération des emblèmes, la création et/ou l'utilisation de signes autres que la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge pour identifier des activités de soins de santé devrait répondre au besoin de renforcer la protection de la fourniture des soins de santé dans un contexte donné.

Si la fourniture des soins de santé aux blessés et malades et leur accès aux services de santé doivent être respectés et protégés des attaques et autres actes de violence en toutes circonstances, le personnel et les structures de santé ainsi que les transports médicaux subissent en réalité des incidents violents également dans des situations n'atteignant pas le seuil d'un conflit armé. Comme, dans la plupart des cas, les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge ne peuvent être utilisés à

¹⁵⁶ La loi belge du 4 juillet 1956 relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge (amendée par la loi du 22 novembre 2013) prévoit ce qui suit :

« Art. 1 – Sans préjudice d'autres dispositions pénales, quiconque, en violation des conventions internationales qui en règlent l'emploi, fait usage de l'une des dénominations « **croix rouge** », « **croix de Genève** », « **croissant rouge** », « **lion et soleil rouges** », « **emblème du troisième Protocole** » ou « **cristal rouge** » ou d'un des signes ou emblèmes correspondant à ces dénominations, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois ans et d'une amende de 26 à 3 000 francs ou d'une de ces peines seulement. Est puni des mêmes peines celui qui fait usage d'une dénomination, d'un signe ou d'un emblème susceptible de créer la confusion avec ces dénominations, signes ou emblèmes.

Art. 2 – Si elles sont commises en temps de guerre, les infractions prévues à l'article 1er seront punies d'un emprisonnement de quinze jours à cinq ans et d'une amende de 50 à 5 000 francs ou d'une de ces peines seulement. »

¹⁵⁷ Code pénal de la République de Serbie (tel qu'amendé en 2012), art. 385.

titre protecteur qu'en temps de conflit armé¹⁵⁸, les participants ont compris que la discussion relative aux signes utilisés pour identifier des activités de soins de santé protégées devait être élargie de façon à englober les signes – existants ou non encore créés – autres que ceux que protègent les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels. Il a donc été admis que la discussion ne portait pas sur la création de nouveaux emblèmes pour remplacer les emblèmes existants ou s'y ajouter, mais visait à évaluer comment l'utilisation d'emblèmes autres que la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge pour identifier des activités de soins de santé protégées en toutes circonstances, y compris dans des situations n'atteignant pas le seuil d'un conflit armé, contribuerait à renforcer la protection des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence.

Bien que la possibilité d'utiliser des signes autres que la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge ait été envisagée surtout dans l'idée d'identifier les activités de soins de santé protégées dans des situations n'atteignant pas le seuil d'un conflit armé, il a été souligné que les États pourraient autoriser leur utilisation dans les conflits armés lorsqu'il apparaîtrait que cela renforcerait la protection des personnels et structures de santé et des transports médicaux (par exemple dans des situations où les belligérants percevraient une confusion entre le personnel de santé civil et militaire, ou lorsque l'on constaterait de plus en plus de cas d'abus des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge par les belligérants). Dans tous les cas, toutefois, les participants ont précisé qu'il ne faudrait pas que l'utilisation d'autres signes que ceux qui sont protégés en vertu du DIH porte atteinte au prestige et à la signification des emblèmes distinctifs.

La plupart des participants, bien que ne souhaitant pas, de manière générale, la création de nouveaux signes pour identifier les activités de soins de santé, ont reconnu que l'utilisation d'autres signes que la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge pouvait contribuer à prévenir l'usage abusif ou non autorisé des emblèmes en situation de conflit armé ou autres situations d'urgence dans certains contextes, par exemple dans des conflits asymétriques. Les participants sont toutefois parvenus à la conclusion que l'utilisation ou la création de signes additionnels devrait répondre à un besoin réel du contexte précis, et être censée contribuer au renforcement de la protection des soins de santé – comme dans le cas de la **Colombie**, qui a créé un emblème supplémentaire pour la mission médicale¹⁵⁹.

Si des signes autres que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge sont utilisés pour identifier les activités de soins de santé, ils doivent être établis et réglementés par l'État. Afin d'éviter toute confusion, il conviendrait qu'ils se distinguent clairement des emblèmes distinctifs dont l'usage est réglementé par le droit international.

Les participants ont souligné que pour être efficaces et éviter toute confusion, les signes distinctifs ne devraient pas être trop nombreux dans un même pays, et que la prolifération de nouveaux signes devrait être évitée dans toute la mesure du possible. Ils ont clairement estimé que la compétence de créer et d'autoriser des signes autres que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge devrait appartenir aux autorités de l'État, et que la création et l'emploi par les fournisseurs de soins de santé, sur leur territoire, de signes autres que ceux que protège le DIH devraient être réglementés par la législation nationale. Celle-ci devrait clairement indiquer et définir le signe choisi, les entités autorisées à l'utiliser, les usages pour lesquels il est autorisé et l'autorité nationale compétente pour réglementer son utilisation. En **Colombie**, par exemple, l'utilisation de l'emblème de la mission médicale est soumise à autorisation du ministère de la Santé et de la Protection sociale.

L'adoption d'un emblème additionnel pour identifier les activités de soins de santé doit s'accompagner d'une large diffusion et d'un travail d'éducation visant à faire connaître le but et l'usage de cet emblème.

¹⁵⁸ Si les services sanitaires des forces armées et les Sociétés nationales dont l'affectation à des tâches médicales dans un conflit armé a déjà été décidée peuvent utiliser l'emblème protecteur également dans des situations qui n'atteignent pas le seuil d'un conflit armé lorsqu'elles le font avec le consentement des autorités nationales compétentes, le CICR et la Fédération internationale peuvent utiliser l'emblème à titre protecteur en tout temps sans plus de restrictions (pour plus d'information, voir la section 3.1.2-B). À cet égard, l'étude de 2009 du CICR intitulée *Étude 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 arborent un emblème indicatif de grandes dimensions dans les situations de troubles intérieurs ou de tensions internes si une telle utilisation a) peut améliorer l'assistance médicale qu'ils portent aux victimes des actes de violence, et b) est autorisée, ou tout au moins n'est pas interdite, par le cadre normatif national. Il convient de relever que le CICR et la Fédération internationale peuvent tous deux utiliser l'emblème, y compris à titre protecteur, en tout temps et sans plus de restrictions.

¹⁵⁹ Pour un complément d'information sur l'emblème colombien de la mission médicale, voir l'encadré page 51.

Compte tenu des observations qui précèdent, les participants ont estimé que lorsque les autorités d'un État décident d'adopter des signes autres que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge pour identifier les activités de soins de santé, elles doivent aussi avoir établi un plan concret pour diffuser et faire bien connaître à toutes les parties concernées et à l'ensemble de la population le but et les conditions d'emploi du signe additionnel, en marquant clairement les différences entre ce dernier et les emblèmes conférant une protection spécifique en vertu du DIH. Il a également été précisé qu'il faudrait veiller particulièrement au respect du principe d'impartialité par les utilisateurs de signes distinctifs additionnels, par exemple en adoptant des lignes directrices relatives à leurs rôles et responsabilités.

La possibilité d'utiliser certaines nouvelles technologies pour identifier les fournisseurs de soins de santé (par exemple GPS, codes-barres, etc.), ainsi que d'autres moyens d'identifier les structures de santé et transports médicaux (par exemple couleurs réfléchissantes) devrait être étudiée.

Certains participants ont suggéré que – notamment lorsque la création de signes additionnels pour identifier les activités de soins de santé protégées est envisagée – les États réfléchissent également à d'autres moyens de renforcer le respect des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge. L'utilisation éventuelle de nouvelles technologies telles que le GPS et les codes-barres pour localiser et identifier les fournisseurs de soins de santé, ainsi que d'autres moyens d'identification des structures de santé et des transports médicaux (comme les couleurs réfléchissantes) a été mentionnée.

L'emblème colombien de la mission médicale, une réponse à des circonstances particulières



Le signe colombien de protection de la mission médicale a été créé en 2002, en partie à cause des nombreux actes violents commis contre des activités de soins de santé dans des circonstances particulières, et en réponse à la prolifération des emblèmes utilisés dans le contexte de troubles internes qui n'atteignaient pas le seuil du conflit armé au sens du DIH. L'emblème a pour but d'assurer le respect et la protection de la mission médicale dans les conflits armés et autres situations d'urgence¹⁶⁰. Il vise à renforcer la garantie que des soins de santé seront dispensés aux plus vulnérables dans les situations de conflit armé, de catastrophe naturelle ou autres situations d'urgence. Il vise également à garantir, protéger et faciliter la fourniture de soins de santé par du personnel de santé civil et des établissements de soins civils, publics ou privés, ainsi que par les transports médicaux de manière générale¹⁶¹.

¹⁶⁰ Voir l'étude de pays relative à la Colombie, à l'annexe 1

¹⁶¹ Colombie, ministère de la Santé, résolutions 1020/2002 et 441/2012. Pour plus de détails, voir l'étude de pays relative à la Colombie, à l'annexe 1.

Quelques symboles très connus



Le signe de Médecins sans frontières



L'étoile de vie, connue à travers le monde comme un symbole des services médicaux d'urgence



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

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

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



CICR

Le logo du Comité international de la Croix-Rouge



Un symbole souvent utilisé pour les premiers secours



L'*Asociación Nacional de Protección Civil* est un des principaux prestataires de services pré-hospitaliers au Mexique et dans d'autres pays d'Amérique latine, ainsi que dans d'autres régions du monde. Elle joue aussi un rôle important en matière d'intervention en cas de catastrophe. Au Mexique, elle a pour mandat de coordonner toutes les activités relevant de la réponse aux catastrophes.

4.2.3. Troisième séance thématique : Comment protéger juridiquement l'éthique médicale et la confidentialité dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence.

Discussion

L'éthique médicale a été abordée comme un élément essentiel de la protection des soins de santé et de l'accès à ces soins. Les discussions en groupes de travail ont porté sur les principes d'éthique médicale, les obligations éthiques du personnel de santé, les droits des patients, la protection du secret médical, ainsi que sur d'autres questions délicates telles que la divulgation d'informations personnelles et médicales sur un patient et la résolution des dilemmes éthiques. Des participants ont également fait part à leurs homologues de la réglementation de leurs pays respectifs en matière de protection du secret médical et d'exceptions à cette règle, et ont fait part de leur point de vue sur des exceptions spécifiques inscrites dans la législation nationale concernant la divulgation d'informations dans un conflit armé ou d'autres situations d'urgence.

Les participants ont estimé que les devoirs éthiques du personnel de santé – tels que l'obligation de traiter les blessés et malades avec humanité, de leur dispenser des soins de manière impartiale (c'est-à-dire sans discrimination) et de s'abstenir de prendre part à un quelconque acte d'hostilité ou constituant un risque pour la vie ou l'intégrité physique d'autres personnes¹⁶² – demeuraient les mêmes en temps de paix et en période de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence¹⁶³. Ils ont aussi souligné l'importance pour le personnel de santé de pouvoir accomplir sa tâche sans ingérence d'aucune sorte et se concentrer uniquement sur son devoir de fournir des soins aux personnes qui en ont besoin. Ils se sont en outre dits préoccupés par le fait que dans certains pays – comme, récemment, en **Colombie** – des médecins ont été poursuivis pour le seul fait d'avoir dispensé des soins à des membres de groupes armés non étatiques ou à des opposants politiques; ils ont fait valoir, à cet égard, que de telles règles risquent non seulement de dissuader le personnel de santé de fournir des soins à la population en temps de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence, mais aussi de dissuader les blessés et les malades d'accéder aux établissements et services de santé¹⁶⁴.

La protection du secret médical, c'est-à-dire du caractère confidentiel des informations médicales et données personnelles d'un patient obtenues par des membres du personnel de santé dans l'exercice de leurs fonctions, a été un thème majeur de la discussion. Examiné non seulement en tant que privilège et devoir éthique du personnel de santé mais aussi en tant que droit du patient, le secret médical a été reconnu comme un principe universel et fondamental de l'éthique médicale et une règle générale de la fourniture de services de santé. Les participants ont souligné qu'il fallait qu'il soit adéquatement protégé par la législation nationale, et que les exceptions autorisant la divulgation aux autorités d'informations médicales et personnelles sur les patients, le cas échéant, devaient rester exceptionnelles et strictement limitées aux cas définis dans la loi, car le risque était grand que les exceptions au secret médical restreignent l'accès des blessés et malades aux services de santé. Les participants se sont dits particulièrement préoccupés par les effets, dans certains pays, d'une législation nationale exigeant du personnel de santé qu'il signale aux autorités certains types d'incidents, tels que les blessures par balle. Ils craignaient que cette règle ne dissuade les blessés et malades d'aller dans les établissements de santé recevoir les soins que nécessiterait leur état, par crainte de poursuites pénales.

¹⁶² Ces devoirs sont énoncés dans les Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence, ainsi que dans la publication de 2012 du CICR intitulée *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*.

¹⁶³ Toutefois, des participants ont relevé certaines différences concernant les obligations éthiques dans les situations d'urgence: au **Brésil**, par exemple, la loi permet à un médecin de refuser des soins de santé à un patient lorsque sa conscience lui interdit de le faire, sauf dans une situation d'urgence.

¹⁶⁴ Des observations similaires ont été formulées par le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible dans son rapport à l'Assemblée générale des Nations Unies, 68^e session, 9 août 2013, p. 8: « Les États peuvent promulguer des lois faisant obligation aux travailleurs sanitaires de signaler les personnes susceptibles d'avoir commis un crime. Toutefois, certains États ont adopté des lois et politiques restreignant ou criminalisant la fourniture de soins médicaux aux opposants à l'État, comme les manifestants politiques et les groupes armés non étatiques. Les lois criminalisant l'aide aux terroristes ou à d'autres opposants à l'État peuvent également avoir une application inappropriée à la fourniture de soins médicaux. C'est ainsi que des docteurs et autres travailleurs sanitaires ont été arrêtés, inculpés et condamnés dans l'exercice de leurs professions exigeant de leur part d'observer l'impartialité médicale. Ces lois peuvent dissuader les travailleurs sanitaires de fournir des services dans des situations de conflit par crainte de poursuites et ont ainsi un effet paralysant sur les prestataires de soins de santé. »

Pour aider le personnel médical à résoudre les dilemmes éthiques, en particulier dans des circonstances stressantes telles qu'un conflit armé ou d'autres situations d'urgence, les participants ont vivement recommandé que ce personnel reçoive une formation spécifique en éthique médicale.

En résumé, les discussions ont abouti à trois recommandations importantes concernant la législation nationale relative aux devoirs éthiques, la protection du secret médical et les exceptions à cette règle, et la formation spécifique à dispenser pour aider le personnel médical à résoudre les dilemmes éthiques.

Les questions suivantes étaient posées aux participants :

- Comment les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes impliquées dans l'intervention d'urgence sont-ils définis dans la législation nationale ?
- La plupart des pays ne définissant pas la portée de la législation applicable, les principes régissant la protection du secret médical en temps de paix seraient-ils également applicables en temps de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence ?
- La législation nationale sur l'éthique médicale et le secret médical comprend-elle ou devrait-elle comprendre des exceptions spécifiques pour la divulgation d'informations médicales dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence ?
- Comment le personnel de santé devrait-il établir un équilibre entre ses obligations éthiques et professionnelles en matière de confidentialité et ses obligations légales de divulgation de certains types d'informations dont il pourrait avoir eu connaissance dans l'exercice de sa mission exclusivement médicale au cours de conflits armés et dans d'autres situations d'urgence ?

L'Association médicale mondiale et la promotion des principes universels d'éthique médicale

L'Association médicale mondiale, ou AMM, est une organisation internationale de médecins qui a pour membres 106 associations médicales nationales. Fondée en 1947 et ayant son siège à Ferney-Voltaire, en France, elle a pour objectif d'assurer l'indépendance des médecins et les plus hautes normes possibles en matière d'éthique et de soins en tous temps. Pour réaliser cet objectif, l'AMM a adopté plusieurs déclarations, résolutions et prises de position formulant des recommandations éthiques à l'intention des médecins, des associations médicales nationales et des gouvernements. Ces textes traitent d'une multitude de questions, notamment le professionnalisme médical, les droits du patient, les soins aux blessés et aux malades en temps de conflit armé, la recherche sur les sujets humains, et la santé publique. L'AMM fait en outre office pour ses membres de centre d'échange d'informations sur l'éthique, et coopère avec des instituts universitaires et des organisations internationales s'occupant de questions d'éthique, ainsi qu'avec des experts en éthique médicale.

- La **Déclaration de Genève** (1948, révisée en 2006), comme le **Code international d'éthique médicale** (1949, révisé en 2006), consacre l'obligation pour le médecin d'agir dans l'intérêt supérieur de la santé du patient et de dispenser les soins de santé de manière totalement indépendante, impartiale et non discriminatoire, ainsi que de respecter le droit du patient à la confidentialité.
- La **Déclaration de Lisbonne** (1985) sur les droits du patient consacre expressément le droit au secret médical.
- Le **Manuel d'éthique médicale** (2005) explique les principaux aspects de l'éthique médicale et donne des conseils aux médecins pour les appliquer dans leurs relations avec les patients, la société et leurs collègues.
- Les **Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence** (1956) constituent un code de conduite relatif aux obligations que les médecins doivent respecter dans ces situations.

Le 26 juin 2013, l'AMM et le **CICR** ont signé un **protocole d'accord** par lequel les deux organisations s'engagent à unir leurs forces pour combattre, à l'échelon mondial, la violence perpétrée contre les patients et le personnel de santé¹⁶⁵.

Recommandations

RECOMMANDATION 10: VEILLER À LA CLARTÉ ET À LA COHÉRENCE DE LA LÉGISLATION NATIONALE CONCERNANT LES OBLIGATIONS ÉTHIQUES INCOMBANT AU PERSONNEL DE SANTÉ.

Les droits et responsabilités du personnel de santé devraient être clairement définis dans la législation nationale, par exemple dans une loi réglementant l'accès aux professions des soins de santé ou dans les codes de déontologie adoptés par les associations professionnelles.

Dans la plupart des pays, le personnel de santé exerce son activité sous la surveillance et le contrôle d'associations professionnelles, lesquelles sont généralement chargées par la loi de réglementer son accès à la profession et ses pratiques professionnelles, y compris de le sanctionner en cas de faute. Ainsi, les obligations éthiques applicables à ce personnel sont, le plus souvent, énoncées dans des lois spécifiques portant création de ces associations ou dans des codes d'éthique adoptés par lesdites associations et définissant les rôles et responsabilités des professionnels. Les participants ont fait valoir qu'une définition claire des droits et responsabilités du personnel de santé par ses associations professionnelles, y compris de ses obligations éthiques, était une mesure essentielle à prendre pour assurer une protection efficace de l'éthique médicale et de la confidentialité.

¹⁶⁵ Des codes de déontologie existent également pour d'autres professionnels de la santé, notamment le personnel infirmier, les pharmaciens, etc.

À cette fin, ils ont jugé utile que soient réaffirmés – au niveau international – les principes d'éthique médicale universellement reconnus, qui devraient être similaires dans toutes les réglementations nationales et applicables en toutes circonstances.

L'incorporation dans la législation nationale d'une définition des droits et responsabilités du personnel de santé peut se faire de différentes façons. La **Colombie**, par exemple, s'est dotée d'un manuel spécifique réglementant sa mission médicale.

Colombie – Le Manuel de la mission médicale¹⁶⁶

En 2012, le **ministère de la Santé et de la Protection sociale a adopté le *Manual de misión médica*** par sa résolution 4481 – résultat des efforts conjugués de la délégation du CICR à Bogotá, notamment de son département Santé, de la Croix-Rouge colombienne, du ministère de l'Intérieur, de la Justice et du Droit et d'autres organismes gouvernementaux. **Le Manuel, qui vise à renforcer le respect et la protection de la mission médicale, s'applique aussi bien aux situations de conflit armé qu'aux « autres situations de violence »**. Il établit ou formule, notamment :

- les droits et responsabilités du personnel de santé ;
- les actes qui constituent des violations portant atteinte à la mission médicale ;
- la création et l'usage de l'emblème de la mission médicale ;
- les recommandations pour la sécurité du personnel médical ;
- des formulaires pour les demandes d'autorisation d'utilisation de l'emblème, les demandes de carte d'identité et le signalement de violations ou d'incidents touchant la mission médicale.

Le Manuel inclut aussi les règles de l'AMM en temps de conflit armé.

Les États devraient veiller à la cohérence et à la compatibilité des autres lois nationales s'appliquant au personnel de santé – y compris du droit pénal – avec les obligations éthiques de ce personnel, et protéger de manière appropriée l'indépendance et l'impartialité des soins de santé.

C'est une chose d'adopter une législation protégeant l'éthique médicale, mais c'en est une autre de faire en sorte qu'elle soit effectivement appliquée dans la pratique. À cette fin, les États devraient garantir la cohérence et la compatibilité des autres dispositions de la législation nationale traitant des droits et responsabilités du personnel de santé. En particulier, ils ne doivent pas ériger en crime la fourniture de soins de santé à certaines personnes, tels que les membres de la partie adverse dans un conflit, les membres de groupes armés non étatiques ou les migrants irréguliers, car ce serait contraire à l'obligation et au devoir éthique qu'a le personnel de santé de dispenser ses soins aux blessés et aux malades de manière impartiale, sans aucune distinction de caractère défavorable. Une telle criminalisation constitue aussi une violation de l'obligation qu'a le personnel de santé de dispenser des soins médicaux aux blessés et aux malades de manière non discriminatoire au sens du DIH et du DIDH.

Les participants ont souligné que, en tant que principes universels d'éthique médicale, l'indépendance et l'impartialité des soins médicaux devraient être adéquatement protégées par la législation nationale. Les États devraient prendre les mesures appropriées pour que le personnel de santé puisse exercer sa profession sans subir indûment la pression de devoir soigner en priorité (sans se fonder sur des critères médicaux) certaines personnes, ou craindre de s'exposer à des poursuites pénales pour avoir dispensé des soins impartiaux à certaines autres personnes en agissant conformément à leurs obligations éthiques.

¹⁶⁶ *Manual de Misión Médica*, ministère colombien de la Santé et de la Protection sociale, février 2013.

Les **Règles de l'AMM en temps de conflit armé**¹⁶⁷ ont été adoptées par la 10^e Assemblée médicale mondiale en 1956. Révisées pour la dernière fois en 2012, elles énoncent des directives générales ainsi qu'un code de conduite que les médecins doivent observer quelles que soient les circonstances. Le code de conduite réaffirme que l'éthique médicale est identique en temps de conflit armé et en temps de paix, et dispose que les médecins doivent, **en toutes circonstances**:

- s'abstenir de prendre part à un quelconque acte d'hostilité;
- dispenser des soins effectifs et impartiaux aux blessés et aux malades (sans faire référence à un quelconque motif de discrimination, notamment lié au fait d'être « l'ennemi »);
- encourager les autorités à reconnaître les obligations qui leur incombent au regard du droit international humanitaire et d'autres corpus pertinents de droit international quant à la protection du personnel et des infrastructures sanitaires dans les situations de conflit armé et autres situations de violence;
- connaître leur obligation légale de signaler aux autorités toute apparition de maladie ou de traumatisme notable.

RECOMMANDATION 11 : RÉAFFIRMER LA NÉCESSITÉ DE PROTÉGER LE SECRET MÉDICAL EN TANT QUE PRINCIPE FONDAMENTAL D'ÉTHIQUE MÉDICALE EN TOUTES CIRCONSTANCES (EN TEMPS DE PAIX COMME DANS LES SITUATIONS DE CONFLIT ARMÉ ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCE); LES EXCEPTIONS AU SECRET MÉDICAL DOIVENT ÊTRE LIMITÉES ET STRICTEMENT CIRCONSCRITES DANS LA LÉGISLATION NATIONALE.

Le secret médical doit être considéré comme un droit du patient et non pas simplement comme un privilège et une obligation éthique du personnel médical.

La protection du secret médical étant dans l'intérêt à la fois des blessés et malades et du personnel de santé, les participants ont estimé qu'elle devait être traitée dans la législation nationale non seulement comme un privilège et comme une obligation éthique du personnel de santé, mais aussi comme un droit du patient. Le secret médical devrait donc également être défini et protégé dans la législation nationale relative aux droits des patients. Par souci de cohérence dans le cadre juridique national et pour renforcer la protection, il a en outre été suggéré que, lorsque c'était possible, les droits des patients et la protection du personnel de santé soient associés dans la même loi.

La réglementation **belge** relative aux droits du patient¹⁶⁸ est un exemple d'incorporation de l'éthique médicale dans la législation relative à d'autres droits du patient, tels que le consentement du patient, la protection de sa vie privée et son droit à l'information ainsi qu'à l'accès à son dossier médical.

Les exceptions au secret médical peuvent varier d'un État à l'autre et être adaptées au contexte, mais elles devraient en tout cas être limitées et strictement définies dans la législation nationale pour toutes les circonstances.

Tout en reconnaissant le caractère universel du secret médical en tant que principe fondamental d'éthique médicale, les participants ont en général été d'avis que certaines exceptions étaient inévitables, comme le fait d'exiger du personnel de santé qu'il communique certaines informations sanitaires aux autorités. Des dérogations peuvent être prévues, par exemple, pour des raisons de sécurité ou de santé publique, mais elles doivent être limitées et strictement définies et circonscrites dans la législation nationale¹⁶⁹. Les participants ont estimé que si les exceptions sont différentes selon les contextes, le principe directeur est de parvenir à un équilibre approprié entre les droits de l'individu et les impératifs de la santé et de la sécurité publiques. La législation nationale devrait définir les exceptions en termes précis et clairement décrire les circonstances dans lesquelles elles s'appliquent, en évitant les formula-

¹⁶⁷ Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence.

¹⁶⁸ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (Belgique).

¹⁶⁹ Il convient de noter que le DIH prévoit que les personnes exerçant une activité médicale ne doivent pas, sauf si la loi l'exige, être contraintes de donner des renseignements concernant les blessés et les malades qu'elles soignent ou ont soignés. Voir les articles 16, PA I et 10, PA II.

tions vagues et générales qui pourraient ouvrir la porte à une interprétation large par des juges ou des membres de l'exécutif statuant sur des demandes d'ordonnance de divulgation, et mener à des abus. De plus, si les instruments internationaux sont clairs quant à l'obligation de signaler les flambées de maladies transmissibles ou l'apparition de traumatismes susceptibles de présenter un danger « international » pour la santé publique (par exemple une épidémie de choléra), il a été recommandé que la notion de danger international pour la santé publique soit circonscrite dans la législation nationale afin d'éviter une interprétation trop large de l'obligation incombant aux autorités de divulguer certaines informations sanitaires.

Étant donné la diversité des cas qui peuvent se produire et afin d'éviter d'avoir à définir toutes les exceptions au secret médical dans la législation nationale, certains participants ont en outre suggéré que les organismes de réglementation se voient accorder la compétence d'évaluer l'équilibre entre les droits de l'individu et l'intérêt de la santé et de la sécurité publiques sur la base de principes directeurs généraux – qui devraient, eux, être définis dans la législation nationale en évitant les formulations générales. Pour résumer, en matière d'exceptions, il ne faut pas laisser une marge d'appréciation susceptible de présenter le risque de vider de l'essentiel de sa signification le principe de la confidentialité médicale.

Les participants ont généralement été d'avis que les exceptions au secret médical devraient inclure la dénonciation aux autorités de signes visibles de violence contre des mineurs ou des personnes incapables de donner leur consentement éclairé, que le personnel médical constaterait sur des patients dans l'exercice sa profession. Cela devrait être pour le personnel de santé une obligation et pas seulement un choix. Cependant, avant de procéder à une dénonciation, les praticiens devraient prendre en considération l'intérêt du patient – par exemple les risques de représailles contre la victime par la communauté ou la famille, qui peuvent être plus importants dans certains contextes – et faire preuve du discernement et de la discrétion nécessaires.

En revanche, quand un ou une patient-e victime de violences est une personne adulte et en mesure de donner son consentement éclairé, le personnel de santé doit s'en tenir à son obligation de respect du secret médical et se limiter à indiquer à la personne à quels services demander de l'aide lorsqu'il existe de tels services (par exemple des organisations fournissant un soutien psychosocial ou des conseils juridiques aux victimes de violences, ou des refuges pour femmes battues).

La plupart des participants estimaient que le secret médical devait être protégé en toutes circonstances, et qu'il ne devrait pas y avoir d'exceptions spécifiques applicables dans un conflit armé ou une autre situation d'urgence. De nombreux cadres normatifs nationaux, tels ceux de la **Belgique**, du **Mexique**, de **Cuba**, de la **Colombie** et du **Venezuela**, ne font pas de distinction entre temps de paix et situations de conflit armé ou autres situations d'urgence. L'**Espagne**, par contre, s'est dotée d'une loi réglementant spécifiquement la confidentialité médicale en temps de conflit armé.

De plus, au niveau international, les Règles de l'AMM en temps de conflit armé¹⁷⁰ disposent que les médecins devraient, dans toute la mesure du possible, dénoncer les actes de torture ou les traitements cruels, inhumains ou dégradants portés à leur connaissance, si possible avec le consentement du sujet, ou sans son consentement exprès lorsqu'il apparaît qu'il n'est pas en mesure de s'exprimer librement.

Lorsqu'il est légalement tenu de dévoiler certaines informations protégées par le secret médical sur des patients, le personnel de santé devrait prendre toutes les précautions possibles pour protéger les autres renseignements personnels et données de santé de ces patients et ne communiquer que les informations strictement nécessaires.

Lorsqu'il est légalement tenu de dévoiler des données confidentielles sur un patient, par exemple en vertu d'une ordonnance judiciaire, le personnel de santé ne devrait pas perdre de vue son obligation de confidentialité envers le patient et ne devrait dévoiler que les informations strictement requises. En

¹⁷⁰ Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence.

tout état de cause, le témoignage de membres du personnel de santé devant un tribunal devrait se limiter à leur domaine de compétence, c'est-à-dire à décrire les lésions observées sur le patient.

Le personnel de santé devrait s'acquitter des autres obligations légales de divulgation d'informations médicales, comme le signalement obligatoire de certaines maladies pour raisons de santé publique ou le signalement de certains types de blessures (comme les blessures par balle) de telle façon que la confidentialité des données personnelles et données de santé du patient soit préservée dans toute la mesure du possible. Par exemple, l'obligation de signaler certaines maladies afin de prévenir une pandémie ne devrait pas obliger le personnel de santé à révéler le nom du patient. En **Colombie**, les blessures par balle sont signalées aux autorités de telle façon à ne pas révéler l'origine des blessures.

La divulgation par du personnel de santé de données personnelles et de renseignements médicaux sur des patients sans le consentement de ceux-ci, lorsqu'il n'y a pas obligation légale de le faire, devrait constituer une violation d'obligation professionnelle selon le code de déontologie, et être punissable de mesures administratives ou disciplinaires.

Les participants ont estimé que tout professionnel de santé qui dévoile accidentellement ou intentionnellement à des tiers des renseignements sur un patient sans le consentement de ce dernier et sans être légalement tenu de le faire devrait être sanctionné par son association professionnelle. Certaines réglementations nationales vont encore plus loin. Le Code pénal **belge**, par exemple, prévoit que la violation du secret médical (désigné par l'expression « secret professionnel ») est punissable d'une peine de huit jours à six mois de prison et d'une amende de 100 à 500 euros¹⁷¹. La divulgation d'informations médicales confidentielles constitue aussi une infraction pénale en vertu de l'article 221 du Code pénal **nigérien** et est punissable de deux mois à un an de prison et d'une amende de 10 000 à 200 000 nairas¹⁷².

RECOMMANDATION 12 : VEILLER À CE QUE LE PERSONNEL DE SANTÉ SOIT DÛMENT FORMÉ À METTRE EN ŒUVRE ET RESPECTER SES OBLIGATIONS ÉTHIQUES, NOTAMMENT POUR RÉSOUDRE LES DILEMMES AUXQUELS IL EST CONFRONTÉ LORSQU'IL EST LÉGALEMENT TENU DE DIVULGUER DES DONNÉES PERSONNELLES ET DES INFORMATIONS MÉDICALES SUR DES PATIENTS.

Le personnel de santé devrait recevoir une formation spéciale lui permettant de résoudre les dilemmes auxquels il doit faire face lorsque l'obligation légale de divulguer des informations concernant des patients entre en conflit avec ses obligations éthiques, aussi bien en temps de paix qu'en temps de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence, par exemple dans le cadre d'exercices de simulation.

Le personnel de santé est parfois soumis à des pressions extérieures visant à lui faire révéler des informations sur des patients, y compris à des pressions découlant d'obligations légales dans son pays qui sont incompatibles avec son obligation éthique de secret médical. Ce genre de dilemme peut se produire en tout temps, mais dans des situations de stress telles qu'un conflit armé ou d'autres situations d'urgence, les membres du personnel de santé risquent davantage d'être débordés et de ne pas avoir le temps de réfléchir à la conduite à adopter pour respecter la déontologie. Afin d'aider le personnel de santé à réagir à ces pressions de telle façon à garantir la protection des informations relatives aux patients, les participants ont vivement recommandé qu'il reçoive une formation approfondie qui lui apporte non seulement une connaissance solide de ses obligations éthiques, mais aussi des conseils pratiques sur l'application de ces principes à des cas réels, et qui fasse partie de la formation professionnelle.

Les autorités nationales compétentes et les associations nationales de personnel de santé sont par ailleurs encouragées à donner des conseils et orientations à leurs membres en publiant, par exemple, des directives pratiques ou des manuels, comme cela a été fait en **Colombie** avec le Manuel de la mission médicale¹⁷³ et en **Côte d'Ivoire** avec le « livre blanc » intitulé *Droits et devoirs des médecins face à des actes*

¹⁷¹ L'article 458 du Code pénal interdit toute violation du secret médical sauf dans le cas où le praticien est appelé à rendre témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire, et celui où la loi l'oblige à faire connaître les informations qui lui ont été confiées.

¹⁷² Art. 221 Du Code pénal du Nigéria de 2003 (tel que modifié en 2008).

¹⁷³ Pour un complément d'information sur le manuel colombien de la mission médicale, voir l'encadré page 56.

*de violence en période de crise et de conflits armés*¹⁷⁴. Elles peuvent, à cet effet, consulter des ouvrages tels que le document de référence du projet « Les soins de santé en danger » traitant des responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence¹⁷⁵, une publication du CICR visant à aider ces personnels à adapter leurs méthodes de travail aux exigences des conflits armés et autres situations d'urgence. Il a également été suggéré qu'une formation par exercices de simulation soit dispensée au personnel de santé afin de l'aider à améliorer ses interventions dans ces situations particulières.

Les responsables de l'application des lois (police, procureurs) devraient recevoir une formation appropriée concernant les obligations éthiques du personnel de santé.

En complément de la formation du personnel de santé, les participants ont fait valoir que les responsables de l'application des lois, tels que la police et les procureurs, devraient recevoir une information appropriée sur les obligations éthiques du personnel de santé et l'importance du secret médical, qui doit être respecté en toutes circonstances. Ils ont vivement recommandé que le personnel de santé entretienne à titre préventif un dialogue avec les responsables de l'application des lois sur les problèmes que posent les conflits armés et autres situations d'urgence en matière de déontologie des soins de santé, notamment concernant son obligation de préserver la confidentialité des informations qu'il a obtenues sur ses patients dans l'exercice de sa profession. Pour avoir un effet positif sur l'interaction entre le personnel de santé et les responsables de l'application des lois dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence, ce dialogue devrait avoir lieu en temps de paix.

Des mesures appropriées devraient être prises en ce qui concerne la gestion des relations du personnel de santé avec les médias, en particulier dans les situations d'urgence, afin de mieux protéger le secret médical. En outre, les médias devraient être rendus attentifs aux obligations éthiques du personnel de santé, et le respect du secret médical devrait être inscrit dans leur code de déontologie.

Les relations avec les médias, surtout dans des contextes de stress tels que les conflits armés ou autres situations d'urgence, ont été évoquées par de nombreux participants comme présentant des risques pour la confidentialité médicale. Ces participants ont suggéré que les associations professionnelles adoptent à cet égard des règlements ou directives spécifiques qui guident la conduite du personnel médical en pareille situation. Une mesure pratique a été suggérée : désigner un membre du personnel de santé dans chaque équipe en tant qu'interlocuteur unique pour toutes les relations avec les médias, en interdisant à tous les autres membres de ce personnel d'avoir des interactions avec la presse. Par ailleurs, les autorités nationales ou les associations de professionnels des médias (notamment de journalistes) devraient prendre des mesures spécifiques visant à faire mieux connaître aux médias les obligations éthiques du personnel de santé ; le respect du devoir incombant au personnel médical de préserver le secret médical devrait en outre être inscrit en tant qu'obligation éthique dans le code de déontologie des associations de médias. Il conviendrait enfin d'inclure des lignes directrices pour les relations du personnel de santé avec les médias dans les plans de coordination préventifs pour l'organisation des interventions en situation d'urgence.

¹⁷⁴ Pour un complément d'information sur le livre blanc publié en Côte d'Ivoire sous le titre *Droits devoirs des médecins face à des actes de violence en période de crise et de conflits armés*, voir l'encadré page 61.

¹⁷⁵ Pour un complément d'information sur la publication de référence du projet « Les soins de santé en danger » du CICR traitant des responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence, voir l'encadré page 61.

Les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence est une publication du CICR visant à aider le personnel de santé à adapter ses méthodes de travail aux exigences des conflits armés et autres situations d'urgence¹⁷⁶. S'il ne s'agit pas de donner des réponses précises ou définitives aux divers dilemmes éthiques qui peuvent se poser à ce personnel en pareilles circonstances, cette publication devrait néanmoins lui fournir des orientations et l'inciter à réfléchir à des questions touchant ses obligations éthiques.

Cet ouvrage donne des conseils pratiques sur plusieurs sujets, dont :

les droits et responsabilités du personnel de santé dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence, et les sources de ces responsabilités découlant du droit international humanitaire, du droit des droits de l'homme et de la déontologie médicale ;

- les normes de soins appropriées ;
- la collecte de données et les violations du DIH dont le personnel de santé est témoin ;
- la gestion des dossiers médicaux et la divulgation d'informations médicales ;
- les relations avec les médias.

Il peut être téléchargé ou commandé à l'adresse :

<https://www.icrc.org/fre/resources/documents/publication/p4104.htm>

Côte d'Ivoire – Un livre blanc intitulé *Droits et devoirs des médecins face à des actes de violence en période de crise et de conflits armés*¹⁷⁷

En 2013, l'Ordre national des médecins de Côte d'Ivoire (association médicale de la Côte d'Ivoire) a adopté un « livre blanc » résumant les rôles et responsabilités du personnel de santé face à des actes de violence commis dans des situations de crise ou de conflit armé. Cette publication est le fruit d'une étude effectuée conjointement par le CICR et l'Ordre national des médecins. La première partie traite des actes de violence qui se produisent dans le cadre de l'exercice de la profession médicale en temps de paix, la seconde partie des actes de violence commis en période de crise ou de conflit armé. Ce livre blanc fait fond sur le rôle incombant à la communauté des soins de santé elle-même s'agissant de créer un environnement propice au respect de l'éthique médicale et d'améliorer la sécurité de la fourniture des soins de santé. Il devrait contribuer à préparer et à former le personnel de santé à agir de façon appropriée dans les situations d'insécurité, compte tenu du fait que ce personnel doit respecter les principes de déontologie médicale en toutes circonstances.

L'ouvrage inclut la Prise de Position de l'AMM sur la violence dans le secteur de la santé de la part des patients et des personnes proches, les Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence ainsi que le Code international d'éthique médicale de l'AMM. **Il contient aussi** des témoignages de médecins qui ont été victimes d'actes de violence dans l'exercice de leur profession, en temps de paix ou de conflit armé.

¹⁷⁶ 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*, août 2012.

¹⁷⁷ *Droits et devoirs des médecins face à des actes de violence en période de crise et de conflits armés*, Ordre national des médecins de Côte d'Ivoire, première édition, 2014.

4.2.4. Quatrième séance thématique: Comment réprimer et sanctionner efficacement les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé.

Discussion

Lors de toute réflexion sur l'élaboration de cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé, il ne faut pas sous-estimer un élément important: le fait que les États doivent prendre des mesures appropriées pour réprimer les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé et pour en sanctionner les auteurs. Les principaux sujets examinés à cet égard pendant l'atelier ont été notamment la nature des sanctions, la portée et les modalités de leur application, leur spécificité et les types de conduite qui devraient être sanctionnés. La discussion a aussi abordé les mesures à prendre pour renforcer l'efficacité des sanctions et faire en sorte qu'elles jouent leur rôle préventif. Les sanctions ont donc été analysées non seulement sous l'angle de leur fonction dissuasive de punition et de responsabilisation des auteurs de violations, mais aussi sous l'angle de leur fonction préventive visant à éviter la répétition des actes de violence contre la fourniture des soins de santé. Différents moyens d'améliorer le respect des règles protégeant la fourniture des soins de santé ont été étudiés.

En examinant divers moyens de sanctionner les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé, les participants ont soigneusement soupesé les avantages et inconvénients des différents types de sanctions prévus dans leurs législations nationales respectives (pénales, administratives et disciplinaires). De manière générale, ils ont insisté sur l'importance de punir plus sévèrement certaines catégories d'auteurs de violations, en imposant des sanctions disciplinaires aux membres des forces armées, aux fonctionnaires et au personnel de santé reconnus coupables de violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé. Ils ont également estimé que le fait de diriger délibérément une attaque contre la fourniture de soins de santé devait être puni sévèrement et considéré comme un facteur aggravant dans la détermination de la sanction à infliger.

Le débat a aussi mis en évidence la nécessité que la législation nationale aille plus loin que les Conventions de Genève, quant aux situations couvertes et aux actes criminalisés. Comme cela a été mentionné dans la section précédente, les États parties aux Conventions de Genève et à leurs Protocoles additionnels doivent prévenir et réprimer les actes contrevenant à ces instruments. Ils ont également d'autres obligations concernant certaines violations graves du DIH commises dans les conflits armés internationaux, qualifiées d'« infractions graves », qu'ils doivent ériger en crimes dans leur législation nationale et dont ils doivent rechercher et juger les auteurs. Du fait qu'une proportion importante des actes de violence commis contre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés modernes ne constituent pas nécessairement des crimes de guerre, et que ces actes de violence peuvent aussi se produire dans des situations qui n'atteignent pas le seuil du conflit armé, les participants ont estimé que l'incorporation des crimes de guerre et d'autres crimes internationaux dans la législation nationale ne suffisait pas si l'on voulait réprimer efficacement les crimes commis contre la fourniture des soins de santé. Ils ont donc conclu que tous les types d'atteintes à la fourniture des soins de santé devaient être réprimés et sanctionnés par la législation nationale, quelles que soient les circonstances dans lesquelles ils étaient commis.

Déficiences du système judiciaire et non-respect des garanties judiciaires ont été identifiées comme des obstacles à l'efficacité des sanctions dans certains contextes, et les participants ont souligné que les États devaient trouver des moyens appropriés, en fonction des ressources disponibles, pour appliquer la législation nationale protégeant la fourniture des soins de santé et prévenir la récurrence d'actes de violence contre ces soins.

Les questions suivantes étaient posées aux participants:

- Quels types de sanctions devraient être envisagés dans la législation nationale pour réprimer les violations du droit commises à l'endroit du personnel de santé et des infrastructures et transports médicaux?
- Quelle portée devraient avoir ces sanctions pour contribuer efficacement à protéger la fourniture des soins de santé en temps de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence?
- Quels sont les avantages et les inconvénients des différents types de sanctions possibles?

Recommandations

RECOMMANDATION 13 : LES DIFFÉRENTS TYPES DE SANCTIONS (PÉNALES, ADMINISTRATIVES, DISCIPLINAIRES) PRÉVUS DANS LA LÉGISLATION NATIONALE POUR PUNIR LES VIOLATIONS DES RÈGLES PROTÉGÉANT LA FOURNITURE DES SOINS DE SANTÉ DEVRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS DE FAÇON GRADUELLE ET POUVOIR ÊTRE COMBINÉS EN FONCTION DE LA GRAVITÉ DE LA VIOLATION COMMISE.

Outre les sanctions pénales, les auteurs de violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé devraient être passibles de sanctions administratives et disciplinaires en fonction de leurs titres ou fonctions, et les sanctions devraient pouvoir être combinées.

L'examen des types de sanctions qui devraient être envisagés dans la législation nationale pour réprimer les violations commises contre la fourniture des soins de santé a révélé qu'il était important d'adopter, parallèlement ou à titre de complément aux sanctions pénales, des sanctions administratives et disciplinaires applicables à certaines catégories d'auteurs de violations, selon leurs fonctions ou leur position. Les participants ont fait valoir, par exemple, que des fonctionnaires, des membres du personnel de santé ou des membres des forces armées qui – dans l'exercice de leurs fonctions – commettent des violations contre du personnel de santé, des structures de santé et des transports médicaux, ou contre les blessés et malades, devraient faire l'objet de mesures disciplinaires spécifiques. Ils pourraient, par exemple, se voir infliger une amende, être suspendus de leurs fonctions ou rétrogradés, ou encore, pour des violations plus graves, être radiés de leurs associations professionnelles ou de l'armée.

Les participants ont déclaré que ces sanctions, dans les cas où elles peuvent s'appliquer, s'avèrent souvent avoir un effet dissuasif plus fort que les sanctions pénales sur les auteurs de violations, surtout en raison de leur effet et de leurs conséquences immédiats. De plus, la perspective d'être jugés par une communauté de pairs ajoute à l'efficacité des sanctions disciplinaires pour les membres des forces armées ou d'associations professionnelles. À l'inverse, il faut parfois des années pour que les sanctions pénales prennent effet en raison de procédures et garanties judiciaires strictes et parfois complexes et d'une charge de la preuve plus lourde. Les participants ont ajouté que dans certains pays où le système judiciaire est corrompu ou inefficace, les sanctions pénales peuvent avoir moins d'effet dissuasif.

En même temps, il ne faut pas sous-estimer l'importance des sanctions pénales en tant que base de la répression et pour garantir que les auteurs de violations seront tenus pénalement responsables. Les participants ont fait valoir que bien qu'elles durent plus longtemps, les procédures pénales dans les tribunaux civils sont plus ouvertes et transparentes que les procédures militaires et présentent l'avantage de permettre l'extradition, le cas échéant. En outre, le caractère public de ces procès et le fait qu'ils soient parfois médiatisés renforcent l'effet dissuasif des sanctions pénales sur l'ensemble de la population.

La ou les sanctions applicables pour une violation donnée dépendront donc du statut de l'auteur de la violation, et les participants ont souligné que des sanctions pénales, administratives et disciplinaires doivent pouvoir être combinées. À titre d'exemple, en **Belgique** l'abus de l'emblème est punissable de sanctions pénales en vertu de la loi du 4 juillet 1956 relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge mais, lorsqu'il est commis par les forces armées, il fait également l'objet de mesures disciplinaires, car il pourrait être considéré comme une violation d'une obligation incombant au personnel militaire au regard de dispositions législatives ou réglementaires applicables aux forces armées¹⁷⁸.

Les sanctions pénales, administratives et disciplinaires prévues dans la législation nationale devraient être graduelles, de telle façon que la peine soit proportionnée à la gravité de la violation commise, en tenant compte des circonstances aggravantes ou atténuantes. Le fait de diriger délibérément des attaques contre la fourniture des soins de santé devrait être considéré comme un facteur aggravant.

¹⁷⁸ Loi du 14 janvier 1975 portant le règlement de discipline des forces armées.

Les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé peuvent revêtir plusieurs formes, dont certaines, évidemment, peuvent avoir des conséquences plus graves que d'autres. Pour garantir une sanction adéquate des auteurs de violations, les participants ont exprimé clairement l'avis que les sanctions, qu'elles soient de nature pénale, administrative ou disciplinaire, devaient être appliquées de façon graduelle, en fonction de la gravité du délit commis. Cette gravité peut se mesurer, notamment, aux conséquences du délit ou aux circonstances dans lesquelles il a été commis. Il a également été précisé que la législation nationale devrait permettre aux juges d'apprécier aussi bien les circonstances atténuantes qu'aggravantes afin de déterminer le niveau de sanction approprié. Les participants ont donc fait valoir que les attaques dirigées délibérément contre la fourniture de soins de santé devraient être réprimées plus sévèrement que les attaques résultant, par exemple, du fait de ne pas avoir pris toutes les précautions possibles pour éviter de causer des dommages au personnel et aux structures de santé ainsi qu'aux transports médicaux. À cette fin, on peut soit créer un crime spécifique dans la législation nationale, soit, lorsqu'un individu est poursuivi en vertu du droit pénal général (par exemple, de dispositions générales du Code pénal), considérer le caractère intentionnel de la violation commise contre la fourniture de soins de santé comme un facteur aggravant.

Tout acte de violence contre la fourniture de soins de santé qui constitue une infraction grave aux Conventions de Genève doit être réprimé comme telle en application du régime pertinent. Lorsque ce régime n'existe pas encore, il doit être établi dans la législation nationale et couvrir aussi bien la responsabilité individuelle que la responsabilité du supérieur hiérarchique.

Les États ont des obligations spécifiques en matière de répression des infractions graves aux Conventions de Genève. Les États parties à ces conventions et au Protocole additionnel I sont tenus de rechercher et de poursuivre les personnes accusées d'avoir commis des infractions graves ou ordonné leur commission, ou d'extrader ces personnes pour jugement dans un autre État. Ils doivent donc, entre autres mesures, se doter d'une législation nationale interdisant et punissant les infractions graves¹⁷⁹, soit en adoptant une loi distincte, soit en amendant des lois existantes¹⁸⁰. Il est également ressorti des discussions qu'il était important de sanctionner tant la responsabilité directe que la responsabilité du supérieur pour omission¹⁸¹.

RECOMMANDATION 14 : LA LÉGISLATION NATIONALE DEVRAIT ALLER PLUS LOIN QUE LES CONVENTIONS DE GENÈVE EN MATIÈRE DE RÉPRESSION PÉNALE, QUANT AUX SITUATIONS COUVERTES ET AUX ACTES CRIMINALISÉS.

La législation nationale devrait sanctionner tous les types d'atteintes à la fourniture des soins de santé dans les conflits armés, y compris les menaces contre le personnel de santé et d'autres actes faisant indûment obstacle à la prestation de services de santé.

Les participants ont insisté sur le fait que les menaces contre du personnel de santé et autres types d'actes faisant obstacle à la fourniture de soins de santé devraient être pris au sérieux autant que les attaques, et que la législation nationale devrait par conséquent les criminaliser et prévoir les sanctions applicables. Comme cela a été mentionné plus haut, les États sont expressément tenus d'adopter la législation nécessaire pour établir des sanctions pénales efficaces à l'intention des personnes ayant commis ou donné l'ordre de commettre des « infractions graves », lesquelles sont définies en termes précis et correspondent aux violations les plus graves des Conventions de Genève. Cependant, étant donné que les menaces contre les soins de santé, en particulier, semblent représenter une part importante de la violence commise contre les activités de soins de santé¹⁸² et que leurs conséquences pour

¹⁷⁹ Pour un complément d'information sur la répression des infractions graves, voir la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée « La répression pénale : punir les crimes de guerre ».

¹⁸⁰ Pour un complément d'information sur les différentes méthodes d'incorporation des crimes de guerre et autres crimes internationaux dans la législation nationale, voir la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée « Méthodes d'incorporation de la sanction dans la législation pénale » ainsi que, accessoirement, le rapport des Services consultatifs intitulé « Prévenir et réprimer les crimes internationaux : vers une approche intégrée » fondée sur la pratique nationale. Rapport de la troisième réunion universelle des Commissions nationales de mise en œuvre du droit international humanitaire, volume I, CICR, juin 2013, section 5 : « Incorporation du DIH (aspects répressifs) dans la législation nationale », p. 29-40.

¹⁸¹ Voir les règles 151-153, Étude sur le DIH coutumier. Pour plus d'information, voir la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée « La responsabilité du supérieur et la responsabilité par omission ».

¹⁸² Voir, en anglais, le rapport du CICR intitulé *Health care in danger. Violent incidents affecting the delivery of health care – January 2012 to December 2013*, 2014, p. 5.

la fourniture de soins peuvent être aussi graves que celles des attaques causant des dommages corporels et matériels dans un conflit armé, les participants ont jugé essentiel que ces menaces soient punies au même titre que d'autres types d'atteintes à la fourniture des soins de santé si l'on voulait réprimer efficacement la violence contre les soins de santé. Il a donc été jugé nécessaire que la législation nationale couvre les attaques et les autres types d'atteintes à la fourniture des soins de santé qui ne sont pas traités dans les Conventions de Genève.

La législation nationale devrait aussi sanctionner tous les types d'atteintes à la fourniture des soins de santé dans des situations qui n'atteignent pas le seuil du conflit armé.

Si les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels s'appliquent strictement aux situations de conflit armé, il ne suffit pas qu'ils soient mis en œuvre dans la législation nationale pour que nombre des actes de violence commis contre la fourniture des soins de santé dans divers contextes puissent être réprimés. Les participants ont donc été nombreux à estimer que la législation nationale devait aller plus loin et s'appliquer non seulement aux situations de conflit armé mais aussi à d'autres situations d'urgence¹⁸³.

Avant d'adopter une législation spécifique pour criminaliser certaines violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé, les États devraient déterminer si ces violations sont déjà couvertes par leur législation pénale générale. Il convient à cet égard de veiller particulièrement à préserver la cohérence du cadre normatif ainsi que la prévisibilité des sanctions.

Le débat sur le champ d'application de la législation nationale et les situations couvertes a mené à une discussion sur la spécificité des sanctions en matière de répression de la violence contre la fourniture des soins de santé. En d'autres termes, les participants se sont demandé si la législation devrait prévoir des sanctions spécifiques pour certains actes de violence contre la fourniture de soins de santé, ou si la législation pénale générale devrait s'appliquer à ces actes, le caractère intentionnel des attaques étant alors considéré comme un facteur aggravant. S'ils ne sont pas parvenus à une conclusion commune sur ce point, notamment en raison de la diversité des systèmes juridiques de leurs pays, les participants ont convenu de l'importance d'un élément : préserver la cohérence du cadre juridique national et éviter de disperser la législation nationale dans des cadres normatifs trop nombreux. Certains participants ont suggéré que la priorité devrait être donnée à des mesures visant à améliorer la mise en œuvre du cadre juridique national existant et des mécanismes de sanctions plutôt qu'à l'adoption d'une législation spécifique. D'autres ont jugé souhaitable l'adoption de sanctions spécifiques pour réprimer la commission de crimes contre la fourniture de soins de santé, pour autant que la portée de ces sanctions soit assez large pour couvrir des incidents factuels très divers. La discussion a révélé que de nombreux pays, tels le **Brésil**, le **Chili** et le **Pérou**, n'ont pas de législation spécifique pour sanctionner la violence contre les soins de santé, qui relève de la législation pénale générale.

RECOMMANDATION 15 : LES ÉTATS DEVRAIENT PRENDRE DES MESURES APPROPRIÉES POUR QUE LES SANCTIONS SOIENT EFFECTIVEMENT APPLIQUÉES ET JOUENT LEUR RÔLE PRÉVENTIF.

Faire mieux connaître à l'ensemble de la population, et notamment aux auteurs potentiels d'infractions, les sanctions applicables aux violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé.

Il était admis que, outre le fait de punir des comportements illicites, les sanctions devraient avoir un effet dissuasif et viser à prévenir les violations. Par conséquent, l'une des principales mesures suggérées par les participants pour améliorer le respect des règles protégeant la fourniture des soins de santé a été de veiller à ce que l'ensemble de la population, et notamment les auteurs potentiels de violations, ait connaissance des sanctions applicables aux violations de ces règles. Des informations sur les différents types de sanctions et leurs modalités d'application devraient être communiquées à tous ceux qui jouent un rôle dans l'application des règles ou sont directement concernés par elle, à savoir les forces armées

¹⁸³ Comme mentionné à la section 4.2.1., l'expression « autres situations d'urgence » doit être définie par chaque État dans sa législation nationale.

et forces de sécurité de l'État, le personnel de santé, les fonctionnaires et, le cas échéant et lorsque c'est réalisable, les groupes armés non étatiques. La connaissance des sanctions devrait être incluse dans la formation militaire ou professionnelle, ainsi que dans les manuels militaires ou les lignes directrices élaborés respectivement à l'intention des membres des forces armées, du personnel de santé ou des fonctionnaires, lorsque ces manuels ou lignes directrices existent. Il a été jugé important, en outre de rendre publiques les sanctions et les condamnations afin d'informer l'ensemble de la population des conséquences de la commission d'actes illicites contre la fourniture des soins de santé.

Renforcer le cadre institutionnel en place pour superviser le respect des normes, par exemple en permettant aux autorités administratives ou à des organismes de surveillance spécialisés de dénoncer les actes illicites aux autorités compétentes pour enquêter ou imposer des sanctions.

Les participants ont insisté sur le fait que les États devraient prendre des mesures appropriées pour contrôler le respect des règles protégeant la fourniture des soins de santé, par exemple l'usage correct de l'emblème et des autres signes servant à identifier les personnels et structures de santé et transports médicaux protégés, ainsi que l'utilisation faite des transports médicaux et établissements de soins. L'une des mesures suggérées était de doter les autorités administratives ou des organismes de surveillance spécialisés de pouvoirs d'investigation et de la capacité de dénoncer les actes illicites aux autorités de l'État compétentes pour mener une enquête ou infliger des sanctions, ce qui contribuerait à ce que les violations soient dénoncées aux instances appropriées et à ce que leurs auteurs soient dûment sanctionnés. Ces organismes devraient avoir le pouvoir de recevoir des informations de l'extérieur sur des comportements illicites contre la fourniture des soins de santé et de dénoncer les violations présumées aux autorités de compétences de l'État. Il faudrait toutefois veiller soigneusement à éviter les chevauchements de compétences avec d'autres organismes nationaux déjà chargés de surveiller le respect des règles par certaines catégories de personnes selon leurs titres et fonctions – tels que les associations professionnelles – ainsi qu'avec des organismes compétents pour enquêter sur des infractions pénales ou administratives¹⁸⁴.

Il a en outre été jugé important d'encourager la dénonciation des violations des règles protégeant la fourniture de soins de santé en rendant la procédure de plainte sûre et accessible pour les victimes.

Veiller à l'intégrité et à l'indépendance du système judiciaire, au respect des garanties judiciaires dans les procédures pénales (par exemple procès équitable, droit à la défense, présomption d'innocence), et à la transparence des autorités administratives ayant compétence pour sanctionner les auteurs de violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé.

Les participants ont fait valoir que l'efficacité des sanctions pénales dépendait aussi de leur application – laquelle est elle-même intrinsèquement liée à la conformité du système judiciaire avec les principes juridiques et garanties judiciaires essentiels de la justice pénale. Les États ont des obligations précises quant aux garanties juridiques minimales applicables aux personnes accusées de violations graves de l'une quelconque des quatre Conventions de Genève ou du Protocole additionnel I¹⁸⁵. À cet égard, priver des personnes protégées d'un procès équitable et régulier constitue une infraction grave au regard des III^e et IV^e Conventions de Genève¹⁸⁶. En ce qui concerne les violations commises dans le cadre d'un conflit armé non international, l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève interdit les exécutions effectuées en violation des « garanties judiciaires reconnues comme indispensables » et, plus précisément, « les condamnations prononcées et les exécutions effectuées sans un jugement préalable, rendu par un tribunal régulièrement constitué »¹⁸⁷. Nombre de ces garanties, notamment des garanties de procédure, figurent déjà dans la législation nationale des États parties aux Conventions de Genève, que ce soit dans leurs codes de procédure pénale, dans leurs règles d'administration de la preuve ou dans leur Constitution, et correspondent pour l'essentiel à celles que prévoient les instruments des droits de

¹⁸⁴ Veuillez vous reporter à la section 3.1.2 - C.

¹⁸⁵ Art. 49, CG I; art. 50, CG II; art. 129, CG III; art. 146, CG IV. En outre, l'article 75 du PA I contient une liste des garanties dont bénéficient les personnes couvertes par ces traités ainsi que les personnes accusées de crimes de guerre.

¹⁸⁶ Art. 130, CG III; art. 147, CG IV.

¹⁸⁷ De plus, le PA II dispose, s'agissant des infractions commises en relation avec un conflit armé non international, qu'aucune condamnation ne sera prononcée ni aucune peine exécutée sans un jugement préalable rendu par un tribunal offrant les garanties essentielles d'indépendance et d'impartialité. En outre, il énonce les garanties de procédure qui doivent être respectées (art. 6).

l'homme¹⁸⁸. Il était clair pour les participants que le droit de toute personne accusée à être jugée par un tribunal indépendant et impartial sans retard excessif, le droit à la défense et la présomption d'innocence étaient des garanties judiciaires minimales qui devraient être respectées en tout temps au cours des procédures pénales. Il était également entendu que les autorités administratives ayant pouvoir de sanction devaient aussi respecter les garanties de procédure minimales, notamment un traitement juste et équitable.

Les États devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir, en fonction des ressources dont ils disposent, pour améliorer leur capacité d'appliquer effectivement les sanctions prévues par la loi.

De l'avis des participants, la principale difficulté que la plupart des États doivent surmonter dans la mise en œuvre de leurs obligations juridiques internationales tient moins à l'incorporation de ces obligations dans leur cadre normatif national qu'à l'application effective des règles et aux mesures à prendre pour qu'elles soient respectées. En d'autres termes, lorsqu'ils doivent améliorer l'efficacité de la protection des soins de santé sur leur territoire, le principal problème des États aux prises avec un conflit armé ou d'autres situations d'urgence – et en particulier des États en développement disposant de moins de ressources et ayant de nombreuses autres priorités – est une application adéquate des sanctions existantes. Le manque de moyens et l'absence de volonté politique sont apparus comme des obstacles fréquents à une application effective des règles dans de nombreux contextes. Cela étant, conformément à leurs obligations au regard du droit international, les États devraient faire tout leur possible pour avoir la capacité d'appliquer les sanctions prévues par la loi. En ce qui concerne la mise en œuvre du DIH, il a été recommandé qu'ils adoptent une approche pragmatique et réaliste consistant à chercher des moyens de prévenir la commission de crimes en tenant compte des ressources dont ils disposent¹⁸⁹.

¹⁸⁸ Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 9-11) et Pacte international relatif aux droits civils et politiques (art. 14).

¹⁸⁹ Pour un complément d'information, voir la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée « Éléments pour rendre les sanctions plus efficaces », 2008.



5. CONCLUSIONS

L'atelier de Bruxelles reposait sur un certain nombre de *constatations* et d'*hypothèses* auxquelles les participants souscrivaient de manière générale. Ces constatations et hypothèses méritent d'être récapitulées dans les conclusions du présent rapport.

- 1) La violence contre les patients, les personnels et structures de santé et les transports médicaux est un problème humanitaire qui a de graves conséquences. S'il est clair que cette violence peut revêtir de nombreuses formes différentes, il reste nécessaire de réunir des données probantes sur l'étendue du phénomène, et ce à tous les niveaux – national, régional et international. Les autorités nationales sont encouragées à contribuer à la base de connaissances sur ce problème en mettant en place, là où il n'en existe pas encore, des mécanismes de collecte d'informations sur les incidents violents commis contre du personnel de santé, des structures de santé et des transports médicaux, afin de permettre l'élaboration de stratégies visant à contrer cette violence.
- 2) Le personnel de santé est à la fois témoin et victime de menaces très graves. Il s'agit là de menaces auxquelles il est obligé de réagir, soit en changeant ses modalités de travail, soit même, parfois, en quittant son travail. Si ces menaces ne touchent pas toujours directement l'intégrité physique de ce personnel, elles peuvent avoir pour effet de priver une population entière de services de santé.
- 3) Attaques directes et incidents violents ne sont pas le seul danger qui menace la fourniture des soins de santé. On a vu apparaître dans le discours de certains dirigeants politiques et militaires une argumentation qui remet en cause le consensus humanitaire essentiel, ancré dans les Conventions de Genève, selon lequel les blessés et les malades doivent recevoir dans les meilleurs délais et de manière impartiale des soins appropriés. L'idée que les soins de santé devraient être dispensés en priorité à certains segments de la population plutôt qu'à d'autres, ou que des personnes qui prennent les armes peuvent légitimement être privées de soins médicaux, est contraire non seulement au DIH, mais aussi à une obligation éthique essentielle de tous les professionnels de la santé.
- 4) Même dans un contexte de violence armée, au milieu d'une guerre ou de troubles violents, il devrait rester possible de faire en sorte que les blessés et les malades reçoivent à temps des soins de santé. Bien entendu, il n'existe pas de solution unique qui permette à elle seule d'améliorer la sécurité de la fourniture de soins.
- 5) Il faut que de multiples acteurs prennent nombreuses mesures différentes pour que l'on parvienne à un changement. Si les autorités, l'armée, la police, les juristes, la communauté internationale et les personnels de santé eux-mêmes prenaient toute une série de mesures concrètes, des milliers de vies dans de nombreux pays du monde pourraient être épargnées.
- 6) La violence, sous toutes ses formes, contre les structures et le personnel de santé est non seulement très contestable sur le plan moral mais *interdite par le droit international*. La responsabilité première de faire en sorte que le droit soit respecté appartient aux États et aux combattants. En outre, les législateurs et les tribunaux nationaux doivent assumer la tâche qui leur incombe respectivement de veiller à ce que la législation nationale reconnaisse la responsabilité pénale de quiconque viole le droit international humanitaire et les dispositions pertinentes du droit international des droits de l'homme, et d'appliquer effectivement cette législation. D'autres organes de l'État, dont les autorités administratives, peuvent jouer un rôle complémentaire utile en imposant des sanctions non pénales pour violations du DIH ou d'autres normes juridiques internationales.
- 7) Les auteurs de violations doivent être *tenus responsables* et, dans les cas les plus graves, devraient encourir une responsabilité pénale individuelle.

- 8) Se fondant sur des activités de terrain et des consultations approfondies d'experts, le CICR est arrivé à la conclusion que, si elles sont mises en œuvre comme il se doit, les règles internationales *existantes* pourraient suffire à garantir la fourniture des soins de santé. Ce qui est absolument nécessaire, c'est de déployer un effort résolu pour appliquer les règles efficacement. Et cet effort exige des cadres normatifs solides au niveau national.

L'atelier de Bruxelles était entièrement axé sur l'élaboration de ces cadres normatifs. Grâce à l'implication très active de tous les participants, qui représentaient une palette très riche de domaines d'expertise différents mais complémentaires, il est parvenu à des résultats importants.

L'atelier n'a pas seulement été l'occasion d'examiner et de clarifier un certain nombre de questions juridiques et pratiques parfois controversées, il a également permis de formuler des recommandations très concrètes qui devraient réellement améliorer la protection du personnel de santé et de la fourniture des soins de santé dans des situations exceptionnelles.

Le CICR est convaincu que ces recommandations pourraient faire la différence. Il invite les autorités nationales et les autres acteurs concernés à les examiner et à réfléchir à la façon de les mettre en œuvre dans leurs domaines de compétence respectifs.

Et, bien entendu, le CICR reste prêt à apporter son concours à tous les acteurs concernés dans cette tâche difficile.



ANNEXES

ANNEXE 1. ÉTUDES DE PAYS

BÉLARUS

1. Le système de santé du Bélarus

Aux termes de l'article 45 de la Constitution de la République du Bélarus, « [e]st garanti aux ressortissants de la République du Bélarus le droit à la santé, y compris au traitement médical gratuit dans les établissements de soins de l'État. L'État veille à ce que des services médicaux soient disponibles et accessibles à tous ses ressortissants » [traduction CICR]. De plus, l'article 3 de la loi de 1993 sur les soins de santé¹⁹⁰ énonce un certain nombre de principes généraux en matière de politique de santé, notamment les suivants concernant l'accès au système de soins :

- accessibilité des soins médicaux et du soutien pharmacologique;
- priorité au développement des soins de santé;
- priorité aux soins de santé à dispenser aux mineurs, aux femmes enceintes, aux personnes handicapées et aux vétérans.

Selon l'article 63 de la loi sur les soins de santé, en situation d'urgence, les secouristes, le personnel du ministère de l'Intérieur et d'autres fonctionnaires prendront les mesures nécessaires pour porter assistance aux personnes qui en ont besoin. Personnes morales et particuliers ont tous l'obligation de prêter leur concours au personnel de santé pour la fourniture de l'aide médicale. Le personnel de santé a le droit d'utiliser tout véhicule de transport disponible dans la zone concernée, quel que soit son propriétaire, afin d'atteindre les personnes dont la vie est en danger ou de transporter ces personnes jusqu'au centre médical le plus proche. Toute personne qui refuse au personnel de santé l'usage d'un véhicule à cette fin engage sa responsabilité.

Des forces de secours d'urgence ont été créées en vertu du décret de 2001 sur le système étatique de prévention des situations d'urgence et de secours d'urgence¹⁹¹. Ces forces sont composées de divisions de soins de santé et divisions médicales chargées de fournir des soins de santé aux personnes touchées par des situations d'urgence. Combinée avec l'article 63 de la loi sur les soins de santé, la création de ces forces signifie que la fourniture de soins de santé à toute la population est garantie.

Le cadre juridique réglementant les modalités d'accès à l'aide et à l'assistance humanitaire, ainsi que d'importation et de distribution de cette aide, et conférant une protection aux blessés et aux malades dans les conflits armés et autres situations d'urgence est constitué essentiellement par les textes suivants :

- Constitution de la République du Bélarus;
- loi de la République du Bélarus n° 2435-XII, du 18 juin 1993, « sur les soins de santé » (loi relative aux soins de santé);
- loi de la République du Bélarus n° 382-Z, du 12 mai 2000, « sur l'usage et la protection des emblèmes de la croix rouge et du croissant rouge » (loi relative à l'emblème);

¹⁹⁰ Loi de la République du Bélarus n° 2435-XII, du 18 juin 1993, « sur les soins de santé ».

¹⁹¹ Décret n° 495 du Conseil des ministres du Bélarus, du 10 avril 2001, « sur le système étatique de prévention des situations d'urgence et de secours d'urgence ».

- loi de la République du Bélarus n° 437-3, du 24 octobre 2000, « sur la Croix-Rouge du Bélarus »¹⁹² (loi relative à la Croix-Rouge du Bélarus);
- décret du Conseil des ministres du Bélarus n° 495, du 10 avril 2001, « sur le système étatique de prévention des situations d'urgence et de secours d'urgence »;
- diverses lois locales (au niveau des districts urbains, des oblasts, etc.).

En vertu de la clause n° 20 du décret n° 495, le ministère de la Santé est responsable, au plus haut niveau, de la surveillance et du contrôle de l'aide d'urgence.

Les lois relatives à l'emblème et à la Croix-Rouge du Bélarus permettent aux organisations humanitaires de dispenser des soins aux blessés et aux malades dans ce pays.

2. Protection du personnel de santé

La loi relative à l'emblème, la loi relative au service de secours d'urgence et au statut des secouristes¹⁹³ et la loi relative aux soins de santé prévoient la protection du personnel de santé dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence.

L'article 2 de la loi relative à l'emblème définit le personnel de santé comme « les personnes chargées, à titre permanent ou temporaire, de rechercher, ramasser, transporter, diagnostiquer ou traiter les blessés et malades ainsi que les naufragés, y compris d'apporter les premiers secours, de prendre des mesures préventives contre les maladies, et de fournir un appui aux formations sanitaires dans les domaines économique, matériel et technique ». Le ministère de la Santé est responsable de l'agrément et du contrôle du personnel de santé.

Le personnel de santé arborant l'emblème de la croix rouge est protégé en vertu des Conventions de Genève et des Protocoles I et II (art. 8 de la loi relative à l'emblème). L'emblème établi par l'article 7 de la loi relative à la Croix-Rouge du Bélarus (une croix rouge au centre d'un cercle blanc entouré de deux lignes rouges, portant l'inscription « Croix-Rouge du Bélarus » en anglais et biélorusse) peut être, entre autres, arboré par le personnel de santé. Cette règle correspond aussi à l'article 11 de la loi relative à l'emblème concernant l'utilisation de la croix rouge par la Société nationale.

Les activités menées par les sociétés de secours, énoncées aux articles 9 à 12 de la loi du Bélarus relative à ces sociétés, sont nombreuses et correspondent dans l'ensemble à la mission humanitaire. Elles consistent, entre autres, à :

- mettre en œuvre le DIH pendant les conflits armés;
- porter assistance aux blessés et malades pendant les conflits armés et situations d'urgence;
- agir en tant que « bureau d'information » pendant les conflits armés;
- recueillir des informations sur les personnes disparues;
- organiser l'importation d'aide humanitaire;
- promouvoir le DIH en temps de paix.

3. Protection des unités médicales et moyens de transport sanitaire

Les lois relatives à l'emblème et à la Croix-Rouge du Bélarus prévoient une protection légale des unités médicales et moyens de transport sanitaire dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence.

L'article 2 de la loi sur l'emblème définit les « moyens de transport sanitaire » comme « les véhicules de transport aérien, terrestre, maritime ou fluvial, qu'ils soient militaires ou civils, utilisés à titre permanent ou temporaire, uniquement pour le transport des blessés et malades, des naufragés, du personnel de santé et des biens médicaux, ainsi qu'à d'autres fins médicales, et placés sous le contrôle d'une partie à un conflit armé ».

¹⁹² La Croix-Rouge du Bélarus est aussi chargée d'organiser l'importation d'aide humanitaire.

¹⁹³ Loi de la République du Bélarus n° 39-3, du 22 juin 2001, « sur le service de secours d'urgence et le statut des secouristes ».

Dans le même article, les « unités médicales » sont définies comme « les institutions médicales et autres unités civiles ou militaires, fixes ou mobiles, chargées à titre permanent ou temporaire de rechercher, recueillir, transporter, diagnostiquer ou traiter les blessés, malades et naufragés, y compris de dispenser les premiers secours et d'exercer des activités de prévention des maladies. »

Les unités médicales et transports sanitaires civils et militaires sont sous la responsabilité, respectivement, des ministères de la Santé et de la Défense.

Comme le personnel de santé, les unités médicales et transports sanitaires arborant l'emblème de la croix rouge bénéficient de la protection conférée par les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels I et II (art. 8 de la loi relative à l'emblème).

Les lois relatives à l'emblème et à la Croix-Rouge du Bélarus ne prévoient pas expressément la perte de protection des personnels et structures de santé ou des transports médicaux dans les situations de conflit armé. Toutefois, comme l'article 18 de la loi relative à l'emblème en interdit tout usage incorrect, on peut en déduire qu'un tel usage abusif pourrait entraîner la perte de la protection que représente l'emblème.

4. Protection des blessés et des malades

Dans les situations d'urgence, le *Republican Special Purpose Detachment* (détachement républicain à affectation spéciale) du ministère des Situations d'urgence (EMERCOM RB) est chargé d'apporter assistance et soins aux blessés et aux malades. Il agit conformément au décret n° 179 du 15 mai 1991 du Conseil des ministres de la République du Bélarus. Cette obligation est également prévue à l'article 63 de la loi relative aux soins de santé.

5. Protection des emblèmes distinctifs

La loi relative à l'emblème prévoit la protection des emblèmes en vertu des Conventions de Genève et de leurs Protocoles additionnels, et ses dispositions essentielles concernant l'usage correct des emblèmes distinctifs correspondent à la loi-type du CICR relative aux emblèmes.

L'article 19 de la loi relative à l'emblème confère à la Croix-Rouge du Bélarus la responsabilité de contrôler l'usage des emblèmes distinctifs, conjointement avec les pouvoirs publics compétents (sans nommer ceux-ci).

6. Éthique médicale et confidentialité

La loi de 1993 relative aux soins de santé traite de l'éthique médicale. Son article 63 donne une liste exhaustive d'exceptions au secret médical, mais ces exceptions ne concernent pas directement les conflits armés. Dans les autres situations d'urgence, les organismes d'application des lois ont le droit de demander la divulgation des données médicales du patient.

7. Répression

La législation du Bélarus prévoit des sanctions pénales, notamment pour les crimes contre la paix et l'humanité et les crimes de guerre, ainsi que pour les violations du DIH coutumier. Les violations des règles du Manuel de service militaire engagent la responsabilité disciplinaire de leurs auteurs, et les militaires sont tenus « de connaître et de suivre les règles internationales régissant la conduite de l'action militaire ».

BELGIQUE

(Original français établi par la Commission interministérielle belge de droit humanitaire.)

1. Le système de santé de la Belgique

La loi belge prévoit que chaque personne a droit à des prestations de soins de qualité. En cas d'urgence aucune formalité n'est requise pour y avoir accès.

En ce qui concerne la fourniture des soins de santé, l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 prévoit que, en cas de carence ou d'insuffisance, la commission médicale fait appel, de sa propre initiative ou à la demande du gouverneur de province, à la collaboration de certaines organisations ou des praticiens intéressés en vue d'instituer ou de compléter l'organisation locale des services de garde. Il existe en outre la possibilité que des personnes qui ne sont pas qualifiées par la législation nationale pour « exercer l'art de guérir » puissent accomplir certains actes médicaux, notamment « lorsque, à défaut d'un nombre suffisant de personnes légalement qualifiées, des faits de guerre ou des calamités rendent urgent l'accomplissement de ces actes¹⁹⁴ ».

L'obligation de protéger le personnel de santé en temps de conflit est définie dans les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels, instruments qui sont d'application directe en Belgique.

2. Protection du personnel de santé

L'arrêté royal n° 78 régit l'exercice des professions des soins de santé en Belgique¹⁹⁵. Le Service public fédéral (SPF) de la Santé publique est responsable du contrôle des professions de santé. Ce service délivre notamment des agréments aux professionnels des soins de santé, lesquels agréments sont des décisions qui confirment que le professionnel des soins de santé en question répond bien aux critères d'obtention du titre professionnel. Les médecins des forces armées sont affiliés à l'Ordre des Médecins et sont sous le contrôle des autorités militaires compétentes.

Concernant l'action de la Croix-Rouge de Belgique, un accord a été conclu entre celle-ci et le SPF Santé publique le 19 décembre 2012. Cet accord porte sur l'organisation et la mise en place de moyens d'intervention rapide pour l'aide médicale urgente. Il est prévu que la mission de la Croix-Rouge de Belgique consiste à fournir, mettre en place et déployer des équipes mobiles rapides afin de soutenir l'organisation et la mise en œuvre de l'assistance médicale, sanitaire et psychosociale en cas de catastrophe (services médico-sanitaires, moyens logistiques, personnel).

Par ailleurs, chaque année, en vertu d'un arrêté royal, la Croix-Rouge de Belgique reçoit du SPF Santé publique un subside pour l'appui aux services qui participent à la mise en œuvre de l'aide médicale urgente¹⁹⁶ et pour l'organisation d'un service d'assistance psychosociale¹⁹⁷ lors de situations d'urgence collective et de manifestations à risque.

¹⁹⁴ L'article 50 de l'arrêté royal n° 78 permet au roi de déterminer les actes médicaux que des personnes non qualifiées légalement, mais qui auront reçu à cette une formation spéciale, pourront accomplir.

¹⁹⁵ À savoir l'exercice de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier, de la profession de sage-femme, de la profession de secouriste-ambulancier et des professions paramédicales.

¹⁹⁶ « Arrêté royal du 17 décembre 2012, octroyant un subside à la Croix-Rouge de Belgique pour l'année 2012 pour l'appui aux services qui participent à la mise en œuvre de l'aide médicale urgente lors des situations d'urgence collective et de manifestations à risque », *Moniteur belge*, 21 janvier 2013.

¹⁹⁷ « Arrêté royal du 17 décembre 2012, octroyant un subside à la Croix-Rouge de Belgique pour l'année 2012 pour l'organisation d'un service d'intervention psychosociale urgente pour des situations d'urgence collective et des manifestations à risque et fixant les conditions d'octroi à ce subside », *Moniteur belge*, 21 janvier 2013.

3. Protection des blessés et des malades

En ce qui concerne le cadre juridique de la protection des blessés et les malades, la Belgique compte avec différents instruments normatifs :

- la loi relative aux droits du patient ;
- les conventions relatives aux droits de l'homme, en particulier la Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales de 1950 ;
- le Code pénal (non-assistance à personne en danger)¹⁹⁸ ;
- les dispositions des Conventions de Genève concernant la protection des blessés et des malades.

Cette protection est appuyée par l'adoption de sanctions pénales et disciplinaires (voir la section 5 ci-dessous).

4. Protection de l'emblème

La loi du 4 juillet 1956 relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge¹⁹⁹ consacre le droit d'utiliser l'emblème en conformité avec les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels, et prévoit des sanctions pénales pour les usages commis, en temps de paix comme en temps de guerre, en violation des conventions internationales régissant l'emploi des dénominations « Croix-Rouge », « Croix de Genève », « Croissant-Rouge » ou « Lion et Soleil rouges » ou d'un des signes ou emblèmes correspondant à ces dénominations. Cette loi ne désigne pas précisément les acteurs compétents pour veiller au respect des règles portant sur l'usage des emblèmes et de leurs dénominations et pour diffuser les règles relatives à leur protection.

Néanmoins, dans la pratique, en temps de paix, la Croix-Rouge de Belgique appuie les autorités dans la prévention et la répression de tout abus d'emblème, en veillant à rappeler les règles prévues par la loi de 1956 ainsi que par les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels en cas d'usage inapproprié des emblèmes (usurpation par des personnes non habilitées à en faire usage, imitation).

Cette pratique est fondée sur les statuts de la Croix-Rouge de Belgique²⁰⁰, en vertu desquels la mission de la Société nationale consiste, en tant qu'auxiliaire des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire, « à propager les principes fondamentaux du Mouvement et du droit international humanitaire²⁰¹ ». Ce mandat découle des statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge²⁰² qui prévoient que les Sociétés nationales « diffusent et aident leur gouvernement à diffuser le droit international humanitaire » et « collaborent aussi avec leur gouvernement pour faire respecter le droit international humanitaire et assurer la protection des emblèmes distinctifs reconnus par les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels à ces Conventions²⁰³ ».

En ce qui concerne l'usage protecteur de l'emblème, les autorités militaires compétentes sont responsables du contrôle et veillent au bon usage de l'emblème. Le service médical des forces armées élabore actuellement une directive sur cet usage protecteur.

¹⁹⁸ « Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à (un an) et d'une amende de cinquante à cinq cents [euros] ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques. » (Art. 422 bis du Code pénal belge).

¹⁹⁹ Loi du 4 juillet 1956, relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge, *Moniteur belge*, 11 juillet 1956.

²⁰⁰ Statuts de la Croix-Rouge de Belgique, révisés le 13 octobre 2003 ; arrêté du gouvernement de la Communauté française portant approbation des statuts de la Croix-Rouge de Belgique, 4 décembre 2003, *Moniteur belge*, 22 avril 2004 ; arrêté du gouvernement flamand portant approbation des statuts modifiés de la Croix-Rouge de Belgique, 2 avril 2004, *Moniteur belge*, 1^{er} juillet 2004 ; arrêté du gouvernement de la Communauté germanophone portant approbation des nouveaux statuts de la Croix-Rouge de Belgique, 4 juin 2004, *Moniteur belge*, 20 août 2004.

²⁰¹ Statuts de la Croix-Rouge de Belgique, révisés le 13 octobre 2003, art. 4.

²⁰² Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, adoptés par la XXV^e Conférence internationale de la Croix-Rouge à Genève en 1986 et amendés en 1995 et 2006.

²⁰³ Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 1986, section II, art. 3.2 al.3.

5. Sanctions

Le Livre 2, Titre Ibis, du Code pénal belge est consacré à la répression des violations graves du droit international humanitaire. Le crime de génocide, les crimes contre l'humanité et les crimes de guerre sont visés respectivement aux articles 136bis à 136quater du Code.

Les dispositions pertinentes sont les suivantes :

- article 136quater, par. 1.15, relatif à la protection des bâtiments, du matériel, des unités et des moyens de transport sanitaires, et du personnel utilisant, conformément au droit international, les signes distinctifs prévus par le droit international humanitaire²⁰⁴ ;
- article 136quater, par. 1.17, relatif à la protection des missions humanitaires et missions de maintien de la paix, conformément à la Charte des Nations Unies²⁰⁵ ;
- article 136quater, par. 1.18, relatif aux actes et omissions qui sont susceptibles de compromettre la santé et l'intégrité physique ou mentale des personnes protégées par le droit international humanitaire²⁰⁶ ;
- article 136quater, par. 1.19, relatif à l'interdiction des mutilations physiques, des expériences médicales ou scientifiques ou des prélèvements de tissus ou d'organes pour des transplantations²⁰⁷ ;
- article 136quater, par. 1.21, relatif à la protection des lieux où des malades et des blessés sont rassemblés²⁰⁸ ;
- article 136quater, par. 1.29°, relatif à l'utilisation des signes protecteurs reconnus par le droit international humanitaire²⁰⁹ ;
- article 136quater, par. 1.35, relatif à l'interdiction de lancer des attaques délibérées contre divers bâtiments, dont les hôpitaux, pour autant que ces bâtiments ne soient pas des objectifs militaires²¹⁰.

De plus, la loi du 4 juillet 1956²¹¹ relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge réprime l'usage abusif, en temps de paix et en cas de conflit armé, des dénominations « Croix-Rouge », « Croix de Genève », « Croissant-Rouge » et « Lion et Soleil rouges » ou de l'un des signes ou emblèmes correspondant à ces dénominations. Dans le cadre de la procédure de ratification par la Belgique du Protocole III aux Conventions de Genève, une procédure législative de modification de la loi précitée de 1956 est en cours afin d'ajouter aux dénominations, signes et emblèmes protégés l'« emblème du troisième Protocole » ou « cristal rouge ».

La loi du 14 janvier 1975 portant le règlement de discipline des forces armées prévoit que la violation de ses dispositions peut aboutir à l'imposition de sanctions disciplinaires. De même, des violations des Conventions de Genève ou de leurs Protocoles additionnels peuvent entraîner des sanctions disciplinaires.

²⁰⁴ Code pénal, art. 136quater, par. 1.15, interdisant : « le fait de lancer des attaques délibérées contre les bâtiments, le matériel, les unités et les moyens de transport sanitaires, et le personnel utilisant, conformément au droit international, les signes distinctifs prévus par le droit international humanitaire ».

²⁰⁵ Code pénal, art. 136quater, par. 1.17, interdisant « le fait de lancer des attaques délibérées contre le personnel, les installations, le matériel, les unités ou les véhicules employés dans le cadre d'une mission humanitaire ou de maintien de la paix conformément à la Charte des Nations unies, pour autant qu'ils aient droit à la protection que le droit international des conflits armés garantit aux civils et aux biens de caractère civil ».

²⁰⁶ Code pénal, art. 136quater, par. 1.18, interdisant « les actes et omissions, non légalement justifiés, qui sont susceptibles de compromettre la santé et l'intégrité physique ou mentale des personnes protégées par le droit international humanitaire, notamment tout acte médical qui ne serait pas justifié par l'état de santé de ces personnes ou ne serait pas conforme aux règles de l'art médical généralement reconnues ».

²⁰⁷ Code pénal, art. 136quater, par. 1.19, interdisant « sauf s'ils sont justifiés dans les conditions prévues au 18°, les actes consistant à pratiquer sur les personnes visées au 18°, même avec leur consentement, des mutilations physiques, des expériences médicales ou scientifiques ou des prélèvements de tissus ou d'organes pour des transplantations, à moins qu'il s'agisse de dons de sang en vue de transfusions ou de dons de peau destinée à des greffes, pour autant que ces dons soient volontaires, consentis et destinés à des fins thérapeutiques ».

²⁰⁸ Code pénal, art. 136quater, par. 1.21, interdisant « le fait de lancer une attaque délibérée contre des lieux ou des malades et des blessés sont rassemblés pour autant que ces lieux ne soient pas des objectifs militaires ».

²⁰⁹ Code pénal, art. 136quater, par. 1.29, interdisant « le fait d'utiliser perfidement le signe distinctif de la croix rouge ou du croissant rouge ou d'autres signes protecteurs reconnus par le droit international humanitaire, à la condition que ce fait entraîne la mort ou des blessures graves ».

²¹⁰ Code pénal, art. 136quater, par. 1.35, interdisant « le fait de lancer des attaques délibérées contre des bâtiments consacrés à la religion, à l'enseignement, à l'art, à la science ou à l'action caritative, des monuments historiques, des hôpitaux, pour autant que ces bâtiments ne soient pas des objectifs militaires ».

²¹¹ Loi du 4 juillet 1956 :

« Art. 1 – Sans préjudice d'autres dispositions pénales, quiconque, en violation des conventions internationales qui en règlent l'emploi, fait usage de l'une des dénominations « Croix-Rouge », « Croix de Genève », « Croissant Rouge » ou « Lion et Soleil rouges » ou d'un des signes ou emblèmes correspondant à ces dénominations, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois ans et d'une amende de 26 à 3 000 francs ou d'une de ces peines seulement.

Est puni des mêmes peines celui qui fait usage d'une dénomination, d'un signe ou d'un emblème susceptible de créer la confusion avec ces dénominations, signes ou emblèmes.

Art. 2 – Si elles sont commises en temps de guerre, les infractions prévues à l'article 1er seront punies d'un emprisonnement de quinze jours à cinq ans et d'une amende de 50 à 5 000 francs ou d'une de ces peines seulement. »

Outre les règles relatives à la protection des civils en temps de conflit armé, en général, plusieurs des infractions reprises dans la liste des crimes de guerre de l'article 136^{quater}²¹² du Code pénal belge concernent la protection du personnel sanitaire et des biens sanitaires.

6. Éthique médicale et confidentialité

Le Code de déontologie médicale impose à tout médecin l'obligation de respecter le secret professionnel quelles que soient les circonstances. L'article 458 du Code pénal condamne toute violation du secret médical sauf si le praticien est appelé à rendre témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire, ou lorsque la loi l'oblige à faire connaître les secrets qui lui ont été confiés²¹³.

Il est toutefois nécessaire de mentionner qu'en Belgique, le législateur a intégré certaines des directives de l'Association médicale mondiale dans les textes des lois nationales, réaffirmant ainsi le caractère primordial de l'accès aux soins en toutes circonstances.

COLOMBIE

La situation de violence en Colombie se caractérise par un conflit armé qui dure depuis plus de 60 ans et d'autres formes de violence touchant, notamment, la sécurité d'accès aux soins de santé et la fourniture de ces soins. Ces 15 dernières années, des cadres normatifs ont été mis en place au niveau national pour faire mieux respecter la mission médicale.

1. Le système de santé de la Colombie

La santé a été érigée en un droit constitutionnel²¹⁴ qui s'articule autour de deux axes essentiels : i) les soins de santé et l'assainissement de l'environnement sont déclarés services publics, et ii) le droit de chacun d'avoir accès à la promotion, à la protection et au rétablissement des services de santé est garanti. Les politiques publiques de l'État visent donc à réaliser une *couverture universelle* afin d'assurer l'accès aux soins de santé en faisant en sorte que toute la population ait accès à un Plan obligatoire de santé (*Plan Obligatorio de Salud* – POS). En outre, il existe une obligation constitutionnelle de solidarité sociale qui consacre le principe de solidarité sociale en disposant que chacun est tenu de « [répondre] par des actions humanitaires à des situations mettant en danger la vie ou la santé de personnes²¹⁵ ».

212 Code pénal, art. 136^{quater}, par. 1 : « Constituent des crimes de droit international et sont réprimés conformément aux dispositions du présent titre, les crimes de guerre visés aux Conventions adoptées à Genève le 12 août 1949 et aux Protocoles I et II additionnels à ces Conventions, adoptés à Genève le 8 juin 1977, par les lois et coutumes applicables aux conflits armés, tels que définis à l'article 2 des Conventions adoptées à Genève le 12 août 1949, à l'article 1er des Protocoles I et II adoptés à Genève le 8 juin 1977 additionnels à ces Conventions, ainsi qu'à l'article 8, § 2, f) du Statut de la Cour pénale internationale, et énumérés ci-après, lorsque ces crimes portent atteinte, par action ou omission, à la protection des personnes et des biens garantie respectivement par ces Conventions, Protocoles, lois et coutumes, sans préjudice des dispositions pénales applicables aux infractions commises par négligence :

1° l'homicide intentionnel ;

2° [...] ».

213 « Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent [euros] à cinq cents [euros]. »

214 Art. 49 de la Constitution colombienne : « Les soins de santé et l'assainissement de l'environnement sont des services publics de l'État. Toutes les personnes ont un accès garanti aux services de promotion, de protection et de rétablissement de la santé. Il incombe à l'État organiser, de gérer et de réglementer la fourniture de services de santé aux habitants ainsi que d'assainissement de l'environnement, selon les principes d'efficacité, d'universalité et de solidarité. Il lui incombe en outre d'établir des politiques pour la prestation de services de santé par des entités privées et d'exercer sa surveillance et son contrôle sur ces services privés. Il est également tenu de définir les compétences de la Nation, des entités territoriales et des individus, et de déterminer leurs responsabilités respectives selon les termes et conditions énoncés dans la loi. Les services de santé sont organisés de manière décentralisée, par niveaux de soins et avec la participation de la communauté. Les modalités régissant l'accès gratuit et obligatoire aux soins de santé de base pour tous sont définies par la loi. Chacun a le devoir de veiller à la préservation de sa santé et de celle de sa communauté. »

215 Art. 95 de la Constitution colombienne : « Être colombien est un honneur pour tous les membres de la communauté nationale. Chacun a le devoir de contribuer à la grandeur de celle-ci et de l'honorer. L'exercice des droits et libertés reconnus dans la présente Constitution implique des responsabilités. Chacun est tenu de respecter la Constitution et les lois. La personne et le citoyen ont les devoirs suivants : 1. Respecter les droits d'autrui et ne pas abuser des siens propres ; 2. Agir conformément au principe de solidarité sociale, en répondant par des actions humanitaires à des situations mettant en danger la vie ou la santé de personnes ; 3. Respecter et soutenir les autorités démocratiques légitimement constituées afin de maintenir l'indépendance et l'intégrité nationales ; 4. Défendre et promouvoir les droits de l'homme comme fondement de la coexistence pacifique ; 5. Participer à la vie politique, civique et communautaire du pays ; 6. Tendre à la réalisation et au maintien de la paix ; 7. Coopérer au bon fonctionnement de l'administration de la justice ; 8. Protéger les ressources culturelles et naturelles du pays et veiller à la conservation d'un environnement sain ; 9. Contribuer au financement des dépenses et investissements de l'État conformément à des principes de justice et d'équité. »

Le système de santé colombien a été adapté à l'évolution de la situation au fil des années, en fonction des caractéristiques du conflit armé et d'autres situations de violence. Différentes règles, normes et procédures ont été adoptées au niveau national pour renforcer la protection de la mission médicale.

2. Protection des blessés et des malades ainsi que des structures de santé et des transports médicaux²¹⁶

En Colombie, les victimes du conflit armé et d'autres situations de violence ont droit à des soins de santé dans le cadre de deux systèmes. D'une part, le Fonds de solidarité du système de sécurité sociale, qui permet aux établissements de santé de facturer au Fonds les frais de l'assistance apportée à ces victimes. D'autre part, le système régi par la loi de 2011 sur les réparations à accorder aux victimes et la restitution des terres²¹⁷, dans laquelle figure une liste des services de santé auxquels ont droit les victimes du conflit armé (hospitalisation, médicaments, transport, traitement de l'infection à VIH et des maladies sexuellement transmissibles quand la personne est victime de violences sexuelles, honoraires médicaux, fournitures médicales et chirurgicales, ostéosynthèse, orthèses et prothèses, services de soutien et services d'avortement si l'avortement relève des cas autorisés par la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, et assistance relative aux droits sexuels et reproductifs des femmes victimes)²¹⁸. Il est important de tenir compte du fait que la Cour constitutionnelle a récemment reconnu les déplacés internes victimes de nouveaux groupes armés ont aussi le droit d'être considérées comme des bénéficiaires des soins, de l'assistance et des obligations de réparation intégrale prévus par la loi²¹⁹.

Outre les types de réparation susmentionnés, la protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux a été établie au niveau national au moyen de i) la répression pénale et ii) la mise en place d'autres cadres normatifs.

i) Répression pénale

Le Code pénal comprend une liste de crimes contre les personnes et les biens protégés par le droit international humanitaire. S'agissant de la protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux, il convient de mentionner les crimes suivants :

- meurtre et autres crimes commis contre des personnes protégées²²⁰ ;
- destruction de biens et de structures de santé ;
- obstruction à l'accomplissement de tâches sanitaires et humanitaires ;
- manquement à l'obligation de prendre mesures de secours et d'assistance humanitaire.

De même, le Code pénal érige en crimes la non-assistance à personne en danger et le fait de ne pas prendre de mesures d'assistance et de secours humanitaire dans le contexte d'un conflit armé²²¹.

²¹⁶ Dans le système de santé, les hôpitaux et autres établissements de soins fonctionnent en général en tant qu'entreprises privées à but lucratif ou non lucratif. Il vaut la peine de mentionner qu'aujourd'hui, la tendance du système de santé est à la « privatisation » des établissements de santé. Les hôpitaux publics et autres établissements de soins dépendent des municipalités (généralement établissements du premier niveau) et des départements (établissements des deuxième et troisième niveaux). Ils peuvent fonctionner en tant qu'entreprises d'État ou privées.

²¹⁷ Loi 1448 de 2011 sur les réparations à accorder aux victimes et la restitution des terres.

²¹⁸ Cour constitutionnelle de Colombie, décision C-355 de 2006. Magistrats rapporteurs Jaime Araújo Rentería et Clara Inés Vargas Hernández. Dans cette affaire, la Cour constitutionnelle a décidé d'exclure l'avortement des délits selon le Code pénal dans trois cas : i) lorsque la grossesse représente un danger, certifié par un médecin, pour la vie ou la santé de la femme ; ii) lorsqu'il existe une malformation du fœtus qui rend celui-ci non viable et que ce fait est certifié par un médecin ; et iii) lorsque la grossesse résulte d'une conduite, dûment dénoncée, constitutive de violence sexuelle ou d'un acte sexuel non consenti, abusif, ou est le résultat d'une insémination artificielle ou d'un transfert d'ovule fertilisé non consentis, ou résulte d'un inceste

²¹⁹ Cour constitutionnelle de Colombie, décision 119 de 2013. (Corte Constitucional, Sala especial de Seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004 y sus autos de cumplimiento. Auto 119 de 2013. Magistrat rapporteur Luis Ernesto Vargas Silva).

²²⁰ L'article 135 du Code pénal (loi n° 599 de 2000) précise la liste des personnes qui sont protégées en vertu du DIH. Le personnel médical y est expressément mentionné.

²²¹ Art. 131 du Code pénal (loi n° 599 de 2000) : « Non-assistance à personne en danger : quiconque omet, sans juste cause, de venir en aide à une personne dont la vie ou la santé est gravement en danger est passible d'une peine de prison. »

Art. 152 du Code pénal (loi n° 599 de 2000) : « Omission de mesures d'assistance humanitaire et de secours : quiconque omet, dans le cadre et au cours d'un conflit armé, et alors qu'il a l'obligation de le faire, de prendre des mesures de secours et d'assistance humanitaires en faveur de personnes protégées est passible d'une peine de prison. »

ii) Autres cadres normatifs

Comme indiqué plus haut, ces dernières années d'autres cadres normatifs ont été adoptés au niveau national pour protéger la sûreté d'accès aux soins de santé et de fourniture de ces soins²²². Il convient notamment de mentionner :

- la loi n° 875 de 2004, réglementant l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge ainsi que d'autres emblèmes protégés par les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels ;
- le décret n° 138 de 2005, réglementant plusieurs articles de la loi de 2004 et établissant de nouvelles dispositions concernant l'usage protecteur de l'emblème par le personnel, les unités et les moyens de transport sanitaires des forces armées ainsi que par le personnel médical civil ;
- la résolution 4481 de 2012 du ministère de la Santé, par laquelle a été adopté le nouveau Manuel de la mission médicale (voir ci-dessous).

3. Éthique médicale

La question de l'éthique médicale et de la confidentialité est particulièrement préoccupante en Colombie, s'agissant du conflit armé et de la fourniture de soins de santé à certains porteurs d'armes. Il est arrivé que du personnel de santé soit poursuivi pour avoir soigné des membres de groupes armés²²³.

S'agissant du cadre normatif, le Code d'éthique médicale dispose que « [le] médecin respectera les lois en vigueur dans le pays et les recommandations de l'Association médicale mondiale²²⁴ ». Ceci implique que les règles de l'AMM applicables aux situations de conflit armé et autres situations de violence sont incorporées dans la législation nationale. De plus, le code d'éthique mentionne expressément les conflits armés lorsqu'il dispose que : « [le] médecin ne devra pas favoriser ou accepter – ni participer à – des actes de torture ou d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, quelle que soit l'infraction imputée à la victime, que celle-ci soit accusée ou coupable, et quels que soient ses motifs ou convictions, et ce en toute situation, y compris les situations de conflit armé et de lutte civile²²⁵ ».

4. Conclusion

Bien que l'on ait enregistré une amélioration importante au niveau national en matière d'adoption de cadres normatifs pour la protection des blessés et malades et de la mission médicale, certains problèmes relatifs au manque d'accès de la population civile aux services de santé et aux médicaments demeurent une réalité. Il est donc nécessaire de continuer à travailler à la mise en œuvre et à l'application des cadres normatifs existants.

Le Manuel de la mission médicale, un exemple de bonne pratique

La résolution de 2012 a remplacé la résolution 1020 de 2002 et adopté le Manuel de la mission médicale.

La résolution est le résultat des efforts conjugués de la délégation du CICR à Bogotá, en particulier de son département Santé, de la Croix-Rouge colombienne, du ministre de la Santé et de la Protection sociale et d'autres organismes gouvernementaux.

Le manuel a pour but l'adoption et à la mise en œuvre d'un système visant à ce que la mission médicale soit respectée et protégée en Colombie. Il s'applique aussi bien aux situations de conflit armé qu'aux autres situations de violence.

²²² Outre le cadre normatif mentionné dans cette partie de l'étude, les règles suivantes ont été adoptées afin d'assurer et de garantir la fourniture de soins de santé en cas d'événements terroristes : i) décret n° 1283 de 1996, portant réglementation du fonctionnement du Fonds de solidarité et de garantie du Système général de Sécurité sociale ; ii) décret n° 3990 de 2007, portant établissement des modalités de fonctionnement de l'assurance pour les risques découlant de dommages corporels causés lors d'accidents de la circulation, de catastrophes et d'événements terroristes ; et iii) décret n° 2973 de 2010, portant fixation des critères de la fourniture de services de réadaptation physique et mentale aux victimes de la violence politique .

²²³ Dans ces cas, les tribunaux nationaux ont considéré que le personnel médical qui avait dispensé des soins de santé aux membres de groupes armés encourait la responsabilité d'un crime de rébellion et de sédition pour avoir apporté assistance médicale et soutien à ces personnes.

²²⁴ Code d'éthique médicale, loi n° 23 de 1981. [Traduction CICR]

²²⁵ Code d'éthique médicale, loi n° 23 de 1981. [Traduction CICR]

Différentes questions liées aux soins de santé sont traitées dans le manuel. Plus précisément, celui donne des conseils pratiques concernant les points ci-après.

a. Les droits et responsabilités du personnel médical et des institutions de santé

Il convient de mentionner que le manuel énonce les droits du personnel participant à la mission médicale. Ce personnel a le droit :

- d'être respecté et protégé;
- de ne pas être attaqué;
- d'avoir accès aux soins de santé et de dispenser ces soins;
- d'avoir les moyens nécessaires pour fournir des soins de santé aux patients;
- de ne pas être sanctionné ou poursuivi pour exercer une activité médicale;
- de ne pas être contraint d'agir en violation des principes de l'éthique médicale;
- de respecter le secret professionnel;
- d'être identifié.

b. Violations commises contre la mission médicale

Le manuel mentionne les Conventions de Genève, les Protocoles additionnels I et II et les règles de droit international humanitaire coutumier. À cet égard, il précise qu'une infraction à la mission médicale est « toute conduite qui, par action ou par omission, porte atteinte aux composantes et aux activités de la mission médicale ou aux bénéficiaires directs de celle-ci (patients ou communautés) et qui est liée à des situations d'ordre public, en ne respectant pas un ou plusieurs des devoirs ou droits mentionnés dans la base juridique et dans les cas qui ont été évalués²²⁶ ».

Le manuel traite des violations commises contre la vie et la santé, les infrastructures, les activités médicales et le secret médical. Il comprend en outre une liste des actes considérés comme des actes de perfidie.

c. L'emblème de la mission médicale

Cette partie du manuel donne des conseils spécifiques sur la protection et les caractéristiques de l'emblème de la mission médicale, l'autorisation de l'utiliser, la supervision de son utilisation et l'annulation de cette autorisation. Il convient de mentionner qu'en Colombie, la mission médicale a son propre emblème distinctif :



d. Recommandations pour la sécurité des personnels et structures de santé et des transports médicaux

Cette section du manuel est celle qui a le caractère le plus opérationnel, car elle comprend une série d'obligations pour le personnel médical et stipule également que ces obligations doivent être intégrées au niveau institutionnel pour que leur mise en œuvre soit effective. Le manuel clarifie les notions de menace, de risque et de vulnérabilité²²⁷ afin de permettre les évaluations nécessaires pour identifier les mesures qui devraient être adoptées dans tel ou tel cas.

²²⁶ Manuel de la mission médicale, p. 18. [Traduction CICR]

²²⁷ Les définitions suivantes sont extraites du *Curso de planeamiento hospitalario para la respuesta a desastres* (cours de planification hospitalière pour la réponse aux catastrophes) de l'Organisation panaméricaine de la santé [disponible uniquement en espagnol] :
Menace: facteur externe de risque que représente la survenue potentielle d'un événement nocif d'origine naturelle ou engendré par l'activité humaine, ou la combinaison des deux, pouvant se manifester dans un lieu précis et ayant une intensité et une durée déterminées.

Risque: probabilité que des dommages sociaux, environnementaux et économiques se produisent dans une localité, touchant également ses services de santé, pendant une période déterminée et en fonction des menaces probables et des conditions de vulnérabilité.

Vulnérabilité: facteur interne de risque pour une personne, un bien ou un système exposés à une menace, qui correspond à leur prédisposition intrinsèque à subir des dommages. [Traduction CICR]

Enfin, le manuel contient des instructions pour l'enregistrement des violations du DIH et des incidents²²⁸ visant la mission médicale en Colombie.

KENYA

1. Le système de santé du Kenya

Le droit aux services de santé et au traitement médical d'urgence est inscrit dans la Constitution kenyane²²⁹. Il n'existe actuellement pas de système adéquat pour faciliter l'accès sans risque aux soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence. À l'heure actuelle, tout est géré au niveau de la police²³⁰. Il est néanmoins important d'examiner les mesures qui ont été prises pour éviter ou pour gérer ce qui est arrivé lors des situations de violence des années précédentes – situations qui avaient porté atteinte aux soins de santé.

L'absence d'un système adéquat pour garantir la fourniture des soins de santé dans les situations de conflit armé et autres situations de violence s'est fait ressentir de façon particulièrement évidente pendant la période de violence post-élection de 2007-2008. La fourniture des soins de santé a été très mal coordonnée pendant cette période, et de nombreuses personnes déplacées n'ont eu aucun accès aux services de santé²³¹. Après cette situation de violence, le gouvernement a élaboré deux documents de politique générale: la *Politique nationale de gestion des catastrophes au Kenya* et le *Plan national d'intervention en cas de catastrophe*. Ces documents énoncent les principes d'une action efficace en matière de préparation aux catastrophes et de gestion des catastrophes, et contiennent des lignes directrices sur la façon de coordonner l'intervention lors de différents types de situations d'urgence, y compris la mobilisation de ressources. Ils ont également établi, pour assurer la coordination, l'Agence nationale de gestion des catastrophes (*National Disaster Management Agency, NADIMA*)²³², organisme semi-autonome réunissant des représentants de divers ministères et de groupes et organisations de la société civile, tant au niveau national qu'au niveau des comtés. L'organe responsable des activités d'intervention en cas de catastrophe de NADIMA est le Centre national d'opérations en cas de catastrophe (*National Disaster Operations Centre, NDOC*)²³³, centrale de notification pour les situations d'urgence et les conflits qui fonctionne jour et nuit, sept jours sur sept²³⁴.

Afin de se préparer aux situations de violence, des comités sectoriels ad hoc ont pris l'initiative de procéder à une planification par secteur. Le secteur de la santé, par exemple, a établi un *Plan d'urgence pour les élections générales de mars 2013*.

Quant à la voie à suivre, la politique de santé du Kenya pour 2012-2030 prévoit « d'instaurer, à tous les niveaux du système de santé, des mécanismes de préparation aux situations d'urgence et d'intervention » afin de « garantir une réponse appropriée aux effets sanitaires des catastrophes et autres situations d'urgence²³⁵ ». La mise en place d'un système adéquat pour faciliter l'accès sans risque aux soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence semble donc être à l'ordre du jour du gouvernement.

²²⁸ Le manuel définit ces incidents comme toute action ou omission qui, directement ou indirectement, empêche, retarde ou limite l'accès aux services et n'est pas considérée comme une infraction au DIH ». Manuel de la mission médicale, p. 13.

²²⁹ Constitution du Kenya, 2010, art. 43(1) et (2).

²³⁰ Entretien avec un représentant du ministère de la Santé, Nairobi, 1^{er} mars 2013.

²³¹ Section kenyane de la Commission internationale de juristes et Commission kenyane des droits de l'homme, *Elusive Justice: A Status Report on Victims of 2007-2008 Post-Election Violence in Kenya*, ICJ Kenya et KHRC, 2012, p. 29, Health Rights Advocacy Forum (Forum de défense des droits de la santé), *Report on the Effects of 2007 Post Election Violence on Health Workers and the Preparedness of the Health Care System in Kenya*, rapport d'évaluation, HERAF, 2008, p. 23, <http://www.heraf.or.ke/heraf-reports/page-1.html>

²³² Ministère d'État pour les Programmes spéciaux, *National Policy for Disaster Management in Kenya*, MSSP, mars 2009, p. 37.

²³³ Politique nationale de gestion des catastrophes au Kenya (note 27), p. 39.

²³⁴ Ministère d'État pour les Programmes spéciaux et ministère de l'Administration provinciale et de la Sécurité intérieure, *National Disaster Response Plan*, MSSP et MOPAI, 2009, par. 41.

²³⁵ Ministère des Services médicaux et ministère de la Santé publique et de l'assainissement (aujourd'hui ministère de la Santé), *Kenya Health Policy 2012-2030*, 2012, p. 21, <http://www.healthresearchweb.org/files/KenyaHealthpolicyfinalversion.pdf> [Traduction CICR]

2. Protection des personnels et structures de santé et des transports médicaux

Au Kenya, le personnel médical dépend du ministère de la Santé, qui a la responsabilité globale de l'agrément et du contrôle du personnel de santé, mais a délégué les aspects pratiques de cette responsabilité à divers organes statutaires²³⁶. En outre, chaque hôpital a son propre conseil d'administration, qui est responsable des travailleurs de l'hôpital.

Dans les situations de conflit armé, la protection juridique du personnel de santé est régie par la loi relative aux Conventions de Genève et la loi relative aux crimes internationaux. Dans les autres situations d'urgence, la protection de ce personnel relève de la législation nationale générale²³⁷.

Un réel point faible de la protection juridique du personnel de santé au Kenya est son manque de précision. Les lois relatives respectivement aux Conventions de Genève et aux crimes internationaux prévoient toutes deux que le personnel de santé devrait être protégé, mais ni l'une ni l'autre ne précise quelle autorité ou quel organisme est chargé de faire en sorte que cela se fasse. La protection est encore affaiblie par le fait que le terme « personnel médical » n'est pas défini dans la loi kenyane.

Après des consultations et entretiens avec du personnel médical et des experts au Kenya, trois domaines auxquels des efforts doivent être consacrés ont été recensés : a) l'accès au travail ; b) la sécurité sur le lieu de travail ; et c) le statut spécial du personnel de santé. Une série de mesures qui pourraient être prises pour garantir la protection du personnel de santé ont été mentionnées. Il ressort de la plupart d'entre elles que la principale préoccupation concerne la sécurité du personnel médical.

a. Accès au travail

Il s'agit du trajet à effectuer pour aller travailler dans l'établissement de santé et retourner chez soi²³⁸.

Les mesures suivantes ont été suggérées :

- créer des moyens d'identification (cartes d'identité) pour le personnel de santé ;
- améliorer la protection de la sécurité du personnel de santé par la police en imposant à celle-ci l'obligation d'escorter le personnel de santé lors de situations de violence pour le protéger de toute attaque en route ;
- adopter des mesures prévoyant l'évacuation du personnel de santé dans les situations où sa sécurité ne peut plus être garantie²³⁹.

²³⁶ « Pendant la période de violences post-élection, de nombreux cas de violence liées à l'ethnie et de menaces contre le personnel de santé ont été signalés. La foule violente ne faisait aucune distinction entre le personnel médical et les civils ordinaires lorsqu'elle chassait les gens de chez eux et réduisait leurs maisons en cendres. Ceci a fait de nombreux membres du personnel de santé des déplacés internes, 246 dans la seule province kenyane de la vallée du Rift. En outre, les médecins et le personnel infirmier appartenant à la « mauvaise tribu » ont été attaqués et menacés au travail, tant par des collègues que par des patients. Du fait de ces menaces réelles ou apparentes, un nombre record de demandes de transfert a été effectué au début de 2008. Il est permis de penser que doter, dans la loi, le personnel de santé d'un statut spécial de neutralité puis sensibiliser la population à ce statut contribuerait à empêcher que de tels événements se reproduisent à l'avenir. Bien entendu, il faut aussi que le personnel de santé agisse toujours de façon neutre, mais on imagine que les pouvoirs disciplinaires des divers organismes de réglementation de la profession médicale peuvent être utilisés à cet effet. » Circulaire présidentielle n° 1 de 2008 : Organisation du Gouvernement de la République du Kenya (Bureau du Président, 2008). [Traduction CICR]

²³⁷ La loi relative aux Conventions de Genève incorpore certains éléments des Conventions de Genève dans la législation kenyane. En particulier, l'article 3 de la loi criminalise les infractions graves aux Conventions de Genève définies à l'article 50 de la CG I, à l'article 51 de la CG II, à l'article 130 de la CG III et à l'article 147 de la CG IV. Les actes considérés comme constituant des infractions graves au sens des Conventions incluent l'homicide intentionnel, la torture, les traitements inhumains ou le fait de causer intentionnellement de grandes souffrances ou de porter des atteintes graves à l'intégrité physique ou mentale de personnes protégées. Les personnes protégées en vertu des Conventions de Genève comprennent le personnel médical et le personnel hospitalier. À ce titre, quiconque commet l'un quelconque des actes susmentionnés contre du personnel de santé est coupable d'une infraction visée à l'article 3 de la loi relative aux Conventions de Genève. La loi relative aux crimes internationaux incorpore des parties du Statut de Rome. L'article 6(1)(c) de la loi érige des violations en « crimes de guerre », dont la définition est la même que dans l'article 8.2 du Statut de Rome. Diriger délibérément des attaques contre du personnel menant des activités d'assistance humanitaire ou utiliser les emblèmes distinctifs des Conventions de Genève figurent au nombre des actes qui constituent des crimes de guerre au regard du Statut de Rome. À ce titre, ces actes sont également interdits par la loi kenyane relative aux crimes internationaux. Le Code pénal kenyan criminalise des actes tels que le meurtre, l'homicide involontaire, les voies de fait, les menaces contre la vie et le fait d'infliger des lésions corporelles graves. Ces actes sont interdits de manière générale et en tout temps, y compris dans les situations d'urgence. Le personnel de santé en tant que tel n'est pas mentionné dans le Code pénal comme méritant quelque type de protection spéciale que ce soit.

De nombreuses dispositions du DIH relatives à la protection du personnel de santé figurent dans le manuel de droit des conflits armés à l'intention des forces armées kenyanes intitulé *Law of Armed Conflict*. En outre, le personnel sanitaire des forces armées kenyanes est autorisé à porter des armes légères et de petit calibre pour sa propre protection.

²³⁸ Un obstacle important auquel a dû faire face le système de santé pendant la période de violence post-élection de 2007-2008 a été que le personnel médical ne pouvait pas aller travailler – situation due en partie au manque de transports publics. Si les établissements de soins privés organisaient des moyens de transport pour leur personnel, aucun arrangement de ce type n'était mis en place pour les employés des établissements publics, qui devaient utiliser leurs propres voitures. Même ainsi, se rendre à son travail et en revenir était rendu difficile par les barrages routiers qui se multipliaient sur les routes principales.

²³⁹ Par exemple, on a connu dans la région instable du nord-est du Kenya des cas où le personnel médical travaillant pour des ONG a été évacué par ces organisations mais où le personnel des services publics de santé a été laissé à son propre sort.

b. Sécurité sur le lieu de travail

Ceci fait référence à l'environnement et au lieu de travail du personnel médical. Les mesures suivantes ont été suggérées :

- mettre à disposition des ressources suffisantes ;
- adopter des dispositions juridiques pour la protection du personnel médical sur son lieu de travail ;
- adopter des mesures de sécurité supplémentaires dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence ;
- adopter des procédures permettant de déterminer comment le personnel ambulancier devrait agir dans l'exercice de ses fonctions²⁴⁰ (établissement d'une procédure de soumission de rapports).

c. Statut spécial du personnel de santé

Ce point concerne le statut du personnel de santé au regard de la législation kenyane et ses incidences sur le travail de ce personnel. À cet égard, l'adoption d'un statut juridique spécial renforçant la neutralité du personnel de santé s'impose.

3. Structures de santé et transports médicaux

Dans les situations de conflit armé, la protection juridique des structures de santé et transports médicaux est prévue dans la loi relative aux Conventions de Genève et la loi relative aux crimes internationaux. Dans les autres situations d'urgence, cette protection relève de la législation nationale générale²⁴¹.

La protection des structures de santé et des transports médicaux est affaiblie par l'absence de définition juridique des « structures de santé » et des « transports médicaux » dans les lois relatives aux Conventions de Genève et aux crimes internationaux. Sans ces définitions, on ne sait pas précisément quels bâtiments et véhicules ont droit à une protection en vertu des deux lois. La définition des unités et moyens de transport sanitaires en droit international figure dans le Protocole additionnel I, que le Kenya a ratifié²⁴². L'article 2(6) de la Constitution kenyane prévoit que « [t]out traité ou convention ratifié par le Kenya fait partie de la législation du Kenya. » En substance, cela signifie que la définition des unités et moyens de transport sanitaires figurant dans le Protocole additionnel I fait partie de la loi kenyane. Par souci de clarté et de cohérence, cette définition devrait être incorporée dans la loi relative aux Conventions de Genève et la loi relative aux crimes internationaux.

²⁴⁰ Il est enseigné au personnel ambulancier de demander l'aide de la police lorsqu'il répond à un appel émanant d'un quartier particulièrement dangereux ou lorsque, par exemple, il y a un débordement de foule après un match de football. Cependant, la police n'est pas tenue d'accéder à cette demande. C'est donc un domaine qui mériterait une réforme juridique. En outre, l'obligation légale pour le personnel ambulancier de sauver des vies n'est pas clairement définie. Ainsi, une personne interrogée a déclaré qu'il y a eu des cas où le personnel ambulancier a été emmené au poste de police pour être interrogé à la suite du décès d'une personne qu'il tentait d'aider. Pour rectifier cette situation, la loi devrait établir des procédures précisant comment le personnel ambulancier doit agir dans diverses circonstances.

²⁴¹ L'article 3 de la loi relative aux Conventions de Genève érige en crimes les infractions graves à ces Conventions – notamment destruction à grande échelle de biens protégés en vertu des Conventions. Au nombre des biens ainsi protégés figurent les unités et moyens de transport sanitaires et les hôpitaux. Ainsi, causer la destruction à grande échelle d'unités et moyens de transport sanitaires pendant un conflit armé est une infraction selon l'article 3 de la loi relative aux Conventions de Genève. L'article 6(1)(c) de la loi relative aux crimes internationaux criminalise les violations qualifiées de crimes de guerre à l'article 8.2 du Statut de Rome. L'un de ces crimes de guerre est le fait d'attaquer les unités et moyens de transport sanitaires intervenant lors de catastrophes humanitaires ou utilisant les emblèmes de la croix rouge ou du croissant rouge. Les attaques contre les unités et moyens de transport sanitaires pendant un conflit armé sont donc interdites en vertu de l'article 6(1)(c) de la loi relative aux crimes internationaux. Le Code pénal kenyan, lui, criminalise des actes tels que l'incendie volontaire, les dommages causés délibérément à des biens et le sabotage de biens – lesquels biens peuvent être tant mobiliers qu'immobiliers. La loi relative à la circulation routière interdit de lancer des objets contre des véhicules ou leurs occupants ou d'empêcher par d'autres moyens la circulation d'un véhicule d'une façon susceptible de causer des blessures à des personnes ou des dommages au véhicule. Tant dans le Code pénal que dans la loi relative à la circulation routière, ces actes sont interdits de manière générale et il n'est fait aucune distinction entre les bâtiments et véhicules ordinaires et ceux qui abritent des unités médicales. De nombreuses dispositions du DIH De nombreuses dispositions du DIH relatives à la protection du personnel de santé figurent dans le manuel *Law of Armed Conflict*. En outre, la loi relative aux forces armées du Kenya interdit aux membres de ces forces armées de détruire des biens, publics ou non, dont on peut supposer qu'ils abritent des unités médicales.

²⁴² Voir l'article 8.e)-g), PA I

Une lacune particulière de la protection des transports médicaux est le fait qu'au Kenya il n'existe pas de régime juridique régissant l'utilisation des ambulances. Les transports médicaux ne sont pas réglementés et, par conséquent, ne se voient accorder aucune reconnaissance juridique particulière qui les distingue des autres véhicules. À cet égard, il conviendrait de prendre les mesures suivantes :

- adoption et mise en œuvre d'une loi relative aux ambulances ;
- adoption de mesures de sécurité qui garantiront la protection des structures de santé et transports médicaux par la police et autres institutions gouvernementales²⁴³.

4. Protection des blessés et des malades

Dans les situations de conflit armé, la protection juridique des blessés et des malades est prévue par la loi relative aux Conventions de Genève et la loi relative aux crimes internationaux. Dans les autres situations d'urgence, cette protection relève de la législation nationale générale²⁴⁴. Outre cette protection, il convient de mentionner que la *Politique nationale de gestion des catastrophes* contient un code de conduite où il est déclaré que « le droit de recevoir de l'assistance lors de catastrophes est un principe humanitaire fondamental et tous les citoyens kenyans devraient en jouir²⁴⁵ ».

Au cours des entretiens avec les parties intéressées, il est apparu que le principal problème était l'accès aux soins de santé. L'avis général semblait être que pour améliorer la protection juridique des blessés et des malades dans les situations d'urgence, il fallait faire en sorte que les professionnels de la santé aient accès à eux. Il faudrait pour cela :

- adopter, pour l'ensemble du pays, un système spécial²⁴⁶ visant à faciliter l'accès des blessés et des malades. Ce système pourrait comprendre des règles ou des procédures prévoyant que tous les hôpitaux, tant privés que publics, seraient tenus d'accepter et de traiter toute personne blessée ou malade venue se faire soigner en pareille situation²⁴⁷ ;
- sanctionner les responsables d'actes empêchant les blessés et les malades d'accéder aux soins de santé.

5. Les emblèmes distinctifs

L'usage des emblèmes est protégé en vertu de la loi de 1963 relative au drapeau national, aux emblèmes et aux dénominations. L'annonce légale n° 487 de 1991 incorporait la croix rouge et le croissant rouge dans la partie I, annexe I, de la loi, accordant ainsi aux emblèmes la même protection qu'au drapeau

²⁴³ L'unité Sécurité des bâtiments gouvernementaux de la Police administrative, qui dépend du ministère de l'Administration provinciale et de la Sécurité intérieure, est chargée de protéger les bâtiments et installations gouvernementaux. À l'heure actuelle, cette unité s'occupe principalement de la protection des bâtiments de bureaux gouvernementaux, mais il a été suggéré qu'elle soit expressément chargée de protéger aussi les hôpitaux dans les situations exigeant des mesures de sécurité supplémentaires.

²⁴⁴ L'article 3 de la loi relative aux Conventions de Genève criminalise les infractions graves à ces Conventions. Tuer, torturer, traiter de façon inhumaine ou blesser gravement des personnes protégées en vertu des Conventions sont autant d'actes qui constituent des infractions graves. Les personnes protégées en vertu des Conventions incluent les blessés et les malades. À ce titre, la commission de l'un quelconque des actes susmentionnés contre une personne qui est blessée ou malade est une infraction grave aux Conventions de Genève et un crime au regard de l'article 3 de la loi relative aux Conventions de Genève.

L'article 6(1)(c) de la loi relative aux crimes internationaux incorpore les crimes de guerre définis à l'article 8.2 du Statut de Rome. L'un de ces crimes est le fait d'infliger à des personnes des traitements cruels et inhumains et, bien que ce ne soit pas expressément mentionné, les personnes visées dans l'article comprennent les blessés et malades. De même, le fait d'infliger des traitements cruels et inhumains à des blessés et malades est criminalisé dans la loi relative aux crimes internationaux.

Le Code pénal kenyan criminalise des actes tels que le meurtre, l'homicide involontaire, les lésions corporelles graves, les voies de fait et les menaces contre la vie. Il est interdit de commettre ces actes contre des personnes de manière générale, aussi bien en temps de paix que dans les situations d'urgence. En outre, la Constitution dispose que « chacun a le droit de jouir du meilleur état de santé possible », ce qui comprend un droit général aux services de santé. Elle dispose également que « nul ne doit se voir refuser un traitement médical d'urgence », ce qui apporte une protection supplémentaire aux blessés et malades dans les situations d'urgence. [Traduction CICR]

De nombreuses dispositions du DIH relatives à la protection des blessés et des malades figurent dans le manuel *Law of Armed Conflict*.

Le manuel prévoit aussi la protection physique des blessés et malades puisque le personnel sanitaire militaire qui les soigne est autorisé à porter des armes de petit calibre pour les défendre. Le traitement des blessés et malades par l'armée est aussi réglementé par la loi relative aux forces armées du Kenya, qui interdit expressément aux membres de l'armée de piller les blessés. La loi prévoit en outre des sanctions pour les membres de l'armée kenyane qui, hors du territoire kenyan, commettent « quelque acte illicite que ce soit » envers des civils. Le terme « acte illicite » est défini comme « un acte contraire à la loi, à un règlement, à un ordre légal ou à la coutume » – acte qui, s'il était commis au Kenya, tomberait probablement sous le coup du Code pénal. La loi relative aux forces armées du Kenya comprend aussi le délit de conduite indigne « à caractère cruel, indécent ou contre nature ». [Traduction CICR]

²⁴⁵ Dans ce contexte, une catastrophe est définie comme « un grave bouleversement du fonctionnement d'une communauté ou d'une société causant des pertes humaines, matérielles, économiques ou environnementales importantes, dépassant la capacité de la communauté ou société touchée à faire face avec ses propres ressources ». Cela inclurait évidemment les conflits de tous niveaux ainsi que d'autres situations d'urgence. Toutefois, comme il s'agit d'un document de politique générale, il n'a pas force de loi. [Traduction CICR]

²⁴⁶ Entretien avec un chargé de cours de chirurgie au Moi Teaching and Referral Hospital (hôpital universitaire et de référence), Nairobi, 28 février 2013.

²⁴⁷ Entretien avec un chargé de cours de chirurgie au Moi Teaching and Referral Hospital, Nairobi, 28 février 2013. Actuellement, à part le vague droit aux soins médicaux d'urgence prévu dans la Constitution, les hôpitaux n'ont pas d'obligation légale d'accueillir les blessés et malades. De nombreux hôpitaux privés sont réticents à admettre des cas sociaux et préféreraient les envoyer dans l'établissement public le plus proche – lequel, dans une situation d'urgence, risque fort d'être surchargé.

national du Kenya. Cette protection est détaillée à l'article 3(1) de la loi et consiste en une interdiction de l'utilisation des emblèmes par toute entreprise ou profession et dans tout dessin ou sur tout produit sauf autorisation expresse du ministre.

L'article (1)(c) de la loi relative aux crimes internationaux criminalise les violations qualifiées de crimes de guerre dans le Statut de Rome. L'un de ces crimes est l'usage abusif des « signes distinctifs des Conventions de Genève » en temps de conflit armé²⁴⁸. La croix rouge et le croissant rouge sont tous deux mentionnés dans les Conventions de Genève et sont donc protégés par la loi relative aux crimes internationaux.

La loi relative au drapeau national, aux emblèmes et aux dénominations interdit l'utilisation des emblèmes de la croix rouge et du croissant rouge par toute entreprise ou profession et dans tout dessin ou sur tout produit sauf autorisation expresse du ministre²⁴⁹. Elle ne confère aucune protection à l'emblème du cristal rouge.

Cependant, la protection juridique des emblèmes distinctifs au Kenya n'est pas assez détaillée. Les mesures suivantes devraient être adoptées :

- la législation actuelle devrait préciser que l'usage des emblèmes doit être conforme aux Conventions de Genève ;
- les sanctions pour usage non autorisé des emblèmes devraient être révisées.

6. Répression au niveau national

La législation nationale kenyane prévoit des sanctions pénales, disciplinaires et administratives pour violations relatives à la protection des personnels et structures de santé, des transports médicaux, des blessés et des malades et de l'emblème.

a. Sanctions pénales

La loi relative aux Conventions de Genève prévoit, dans son article 3, la répression des infractions graves aux Conventions de Genève, qu'elles soient commises au Kenya ou ailleurs. Selon cette disposition, quiconque, ressortissant du Kenya ou non, est jugé coupable d'avoir délibérément tué une autre personne protégée en vertu des Conventions de Genève est passible de l'emprisonnement à vie. Toute personne jugée coupable de l'une quelconque des autres infractions graves aux Conventions est passible d'une peine de prison de 14 ans au maximum.

L'article 8 de la loi relative aux crimes internationaux attribue compétence à la Haute Cour pour les crimes de guerre, commis au Kenya ou ailleurs, si l'auteur du crime ou la victime est ressortissant kenyan, ou si l'auteur du crime se trouve dans le pays. Lorsque la base du crime est l'homicide intentionnel, le crime est qualifié de meurtre et son auteur est inculpé en conséquence. Au Kenya, le meurtre est puni de la peine capitale, sauf si la personne condamnée est une femme enceinte²⁵⁰. Lorsque l'homicide intentionnel n'est pas la base du crime, la peine maximale prévue est l'emprisonnement à vie.

Le Code pénal prévoit des sanctions pour les infractions qui y sont visées. La sanction pour meurtre est la peine capitale, sauf si le meurtre a été commis par une femme enceinte. La peine maximale pour homicide et lésions corporelles graves est la prison à vie, et les voies de fait sont punissables d'une peine maximum de cinq ans d'emprisonnement²⁵¹. Pour l'incendie criminel et la destruction de biens, la peine maximale est la prison à vie²⁵².

La loi relative aux forces armées du Kenya énonce les mesures répressives applicables aux infractions qui y sont visées. Ces mesures ne s'appliquent qu'aux membres des forces armées kenyanes ou aux civils qui accompagnent ces forces et ont consenti, par écrit, à être liés par la loi²⁵³. Une cour martiale a

²⁴⁸ Statut de Rome, art. 8.2.b)vii).

²⁴⁹ Loi relative au drapeau, aux emblèmes et aux dénominations, 1963, article 3.

²⁵⁰ Code pénal kenyan, 1930, art. 204 et 211.

²⁵¹ Code pénal kenyan, 1930, art. 205, 234 et 250.

²⁵² Code pénal kenyan, 1930, art. 235, 332 et 339.

²⁵³ Loi relative aux forces armées du Kenya, 2012, art. 4 et 5.

compétence pour toutes les infractions visées dans cette loi²⁵⁴. La plupart des sanctions sont énoncées sous la forme d'un nombre maximal d'années d'emprisonnement, suivi de l'élément de phrase: « ou toute peine plus légère prévue dans la présente loi ». Par exemple, la destruction de biens est punissable d'un maximum de sept ans d'emprisonnement ou de toute peine plus légère, tandis que la conduite indigne à caractère cruel, indécent ou contre nature est punissable d'un maximum de dix ans d'emprisonnement ou de toute peine plus légère²⁵⁵. Le meurtre est sanctionné par la peine capitale, mais la sentence ne peut être exécutée avant que le président ait approuvé la décision de la cour martiale²⁵⁶.

La cour martiale est considérée comme subordonnée aux tribunaux supérieurs du Kenya, à savoir la Haute Cour, la Cour d'appel et la Cour suprême (par ordre croissant de rang)²⁵⁷. Il peut être fait appel du jugement d'une cour martiale auprès de la Haute Cour, puis, le cas échéant, auprès des tribunaux supérieurs²⁵⁸. Le Procureur militaire peut également faire appel d'un acquittement prononcé par une cour martiale auprès de la Haute Cour.

b. Sanctions disciplinaires

La loi relative aux forces armées du Kenya prévoit des mesures disciplinaires pour quelques-unes des infractions qui y sont visées. Dans le cas d'une infraction qui n'est pas punissable d'emprisonnement, l'accusé peut choisir d'être jugé par une cour martiale ou selon une procédure sommaire. Les sanctions disciplinaires qui peuvent être prononcées dans une procédure sommaire sont notamment le renvoi des forces armées, le blâme et l'amende²⁵⁹.

c. Sanctions administratives

Aux termes de l'article 22(1) de la Constitution, chacun a le droit de porter plainte pour violation de ses droits constitutionnels. L'action peut être introduite par la victime, par une personne agissant en son nom, ou par une personne agissant dans l'intérêt public²⁶⁰. En réponse à cette action, la Haute Cour peut prononcer une déclaration de droits, une injonction, une ordonnance conservatoire ou une ordonnance d'indemnisation²⁶¹. Cependant, les droits constitutionnels relatifs aux soins de santé sont extrêmement vagues et ne sont pas assortis de critères précis concernant l'accès aux soins médicaux d'urgence. La Constitution ne définit pas non plus ce que sont exactement les « soins de santé ». Il est donc extrêmement difficile de tenir le gouvernement responsable de manquements attentatoires au droit aux soins de santé, et d'obtenir une décision judiciaire en la matière.

7. Éthique médicale et confidentialité

Quelques-uns des organismes officiels de réglementation des professions de la santé au Kenya ont établi des codes de déontologie pour les professionnels qu'ils contrôlent. Ces codes font référence à l'éthique médicale. Les professionnels de la santé sont légalement tenus de respecter le code de l'organisme de réglementation auprès duquel ils sont enregistrés. En cas de manquement à cette obligation, ils s'exposent à une action disciplinaire qui peut aboutir à la radiation²⁶².

Le *Code of Professional Conduct and Discipline* (code de déontologie et de discipline) s'applique aux médecins, dentistes et agents cliniques²⁶³. Il contient la Déclaration de Genève de l'AMM²⁶⁴ et le Code international d'éthique médicale²⁶⁵. Le *Code of Ethics and Conduct for Nurses in Kenya* (code de déontologie à l'intention du personnel infirmier au Kenya) s'applique à tout le personnel infirmier du Kenya²⁶⁶. Le

²⁵⁴ Loi relative aux forces armées du Kenya, 2012, art. 162.

²⁵⁵ Loi relative aux forces armées du Kenya, 2012, art. 87(2) et 120.

²⁵⁶ Loi relative aux forces armées du Kenya, 2012, art. 184.

²⁵⁷ Constitution du Kenya, 2010, art. 162(1) et 169(1)(c).

²⁵⁸ Loi relative aux forces armées du Kenya, 2012, art. 186.

²⁵⁹ Loi relative aux forces armées du Kenya, 2012, art. 155 et 156.

²⁶⁰ Constitution du Kenya, 2010, art. 22(2).

²⁶¹ Constitution du Kenya, 2010, art. 23(3).

²⁶² Voir la loi relative au personnel infirmier, 1983, art. 18A(1)(f) et la loi relative aux agents cliniques (formation, enregistrement et agrément), 1989, art. 5(1).

²⁶³ Medical Practitioners and Dentists Board (Conseil des médecins et dentistes), *The Code of Professional Conduct and Discipline*, 6^e éd., MPD Board, 2012.

²⁶⁴ Déclaration de Genève de l'AMM, adoptée par la 2^e Assemblée générale de l'AMM, Genève, Suisse, septembre 1948. Disponible à l'adresse: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>

²⁶⁵ Code international d'éthique médicale de l'AMM, adopté par la 3^e Assemblée générale de l'AMM, Londres, Grande-Bretagne, octobre 1949. Disponible à l'adresse: <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c8/>

²⁶⁶ Nursing Council of Kenya (Conseil des soins infirmiers du Kenya), *Code of Ethics and Conduct for Nurses in Kenya* (2^e éd., NCK 2012).

Conseil de la pharmacie et des poisons ne s'est pas doté d'un code de conduite. En revanche, l'Ordre des pharmaciens du Kenya a publié un code de déontologie. Les membres du personnel sanitaire militaire sont tenus de respecter le code de déontologie de l'organisme de réglementation de la profession médicale à laquelle ils appartiennent²⁶⁷.

MEXIQUE

1. Le système de santé du Mexique

La santé est reconnue comme un droit constitutionnel²⁶⁸. Le Système national de santé a pour but de fournir des services de santé²⁶⁹ à l'ensemble de la population. Les services de santé fournis dans les établissements de soins publics sont fondés sur les principes d'universalité, de gratuité d'accès selon la situation sociale et économique²⁷⁰ et de non-discrimination²⁷¹.

Au Mexique, la fourniture des soins de santé relève de la compétence concurrente de l'État fédéral et des États fédérés. Ainsi, l'activité médicale est régie par :

1. La loi relative à la santé;
2. La loi réglementant l'article 5 de la Constitution (loi relative aux professions);
3. La base de coordination entre les autorités chargées de la santé et de l'éducation;
4. Les lois des États relatives à ce domaine.

Le Système national d'information sanitaire est un instrument intéressant, établi par la fédération, qui a pour objet d'établir les critères nécessaires pour obtenir, intégrer, organiser, traiter et analyser l'information relative à la santé (population, couverture, ressources disponibles, atteintes à la santé et évaluation de la performance du Système national de santé)²⁷².

La réglementation nationale mexicaine pour les situations de conflit armé est dispersée et peu abondante²⁷³. Le règlement relatif au personnel, aux unités et aux transports médicaux ne fait référence à aucun régime spécial. Le seul contexte d'urgence qui ait été réglementé au Mexique est la protection civile lors de catastrophes²⁷⁴. La loi relative à la protection civile définit une catastrophe comme étant « le résultat de l'occurrence d'un ou plusieurs agents perturbateurs graves et/ou extrêmes, concaténés ou non, d'origine naturelle ou causés par l'activité humaine [...], qui, lorsqu'elle se produit dans une zone et à un moment déterminés, cause des dégâts qui, par leur ampleur, dépassent la capacité de réponse de la communauté touchée²⁷⁵ ». Les divers agents perturbateurs comprennent deux catégories intéressantes : le *phénomène anthropogénique* et le *phénomène socio-organisationnel*. Le premier est défini comme un agent perturbateur produit par l'activité humaine, et le second comme un agent perturbateur engendré par des erreurs humaines ou des actes prémédités, dans le contexte d'importantes concentrations ou de mouvements massifs de population, tels que : manifestations de mécontentement social, concentrations massives de population, terrorisme, sabotage, vandalisme, accidents aériens, maritimes ou terrestres, et interruption ou détérioration de services essentiels ou d'infrastructures stratégiques²⁷⁶.

Dans une situation d'urgence quelle qu'elle soit, il est obligatoire de donner la priorité à la protection de la vie, de la santé et de la sécurité de la population. Si la survenue d'un agent perturbateur est imminente et représente une menace pour la vie et l'intégrité, le ministère de l'Intérieur peut déclarer l'état d'urgence afin de pouvoir fournir immédiatement l'aide d'urgence nécessaire. L'approbation de la déclaration ne doit pas prendre plus de cinq jours, et la fourniture d'assistance doit commencer le lendemain du jour où l'autorisation a été émise.

²⁶⁷ Code de conduite et d'éthique des forces armées, partie III : Code général de conduite et d'éthique, art. 9(d).

²⁶⁸ Constitution du Mexique (Constitución Política de los Estados Mexicanos), art. 4.

²⁶⁹ Les services de santé sont définis comme « toutes les actions réalisées en faveur d'une personne et de la société en général visant à protéger, promouvoir et rétablir la santé de la personne et de la collectivité. Ces services comprennent les soins de santé, la santé publique et l'assistance sociale. » Ils comprennent également la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les services hospitaliers médicaux et pharmaceutiques.

²⁷⁰ Loi relative à la santé (*Ley General de Salud*), art. 35.

²⁷¹ Loi relative à la santé (*Ley General de Salud*), art. 77bis 1 et 77bis 36.

²⁷² *Sistema Nacional de Información en Salud*.

²⁷³ Le Mexique n'a pas ratifié le PA II.

²⁷⁴ Loi relative à la protection civile (*Ley General de Protección Civil*).

²⁷⁵ Art. 2-VXI de la loi relative à la protection civile. [Traduction CICR]

²⁷⁶ Voir l'article 2, sections XX et XXVI.

Le Mexique est un des rares exemples d'États dans lesquels la protection de la mission médicale est prescrite dans la législation nationale relative à la protection de l'emblème²⁷⁷.

2. Protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux

Les victimes de situations d'urgence ou d'accidents ont le droit de recevoir des soins immédiatement et d'être transportées jusqu'à l'établissement de santé le plus proche. Les établissements de santé, tant publics que privés, et le Ministère public sont légalement tenus de garantir aux patients accès, soins et transport²⁷⁸.

En ce qui concerne la protection de la mission médicale, la loi relative à la protection de l'emblème donne la définition suivante de cette mission :

« [L]ensemble des personnes, unités, moyens de transport, équipements, matériels et activités, temporaires ou permanents, fixes ou mobiles, destinés exclusivement et nécessaires à l'administration, au fonctionnement et à la fourniture de services médicaux, dans les domaines de la prévention et de la promotion, des soins et de la réadaptation²⁷⁹. »

Cette loi comprend un chapitre sur les mesures de contrôle et les sanctions. Toutefois, elle prévoit seulement des sanctions administratives pour quiconque utilise sans autorisation l'emblème de la croix rouge, les signes distinctifs, la dénomination « Croix-Rouge » ou toute imitation susceptible de prêter à confusion avec l'emblème protégé par la loi. Il est important de souligner qu'elle n'établit pas de protection spécifique pour la mission médicale, puisqu'elle ne prévoit aucune sanction pour les attaques dirigées contre elle.

La loi relative à la protection de l'emblème ne mentionne que l'inviolabilité de la mission médicale pendant un conflit armé. La protection de l'emblème dans les situations d'urgence n'est donc pas précisée.

Le règlement d'application de la loi relative à la santé en matière de fourniture de services de soins de santé définit « l'établissement de soins de santé » comme « toute installation, publique, sociale ou privée, fixe ou mobile, quelle que soit sa dénomination, qui dispense des services médicaux, qu'il s'agisse de soins ambulatoires ou d'hospitalisation des patients, à l'exception des cabinets médicaux²⁸⁰ ».

3. Répression pénale

Les crimes suivants sont visés dans le Code pénal fédéral :

- violation des devoirs d'humanité²⁸¹ ;
- délits contre des fonctionnaires (pour les cas où la mission médicale est liée à une institution publique)²⁸² ;
- disparitions forcées²⁸³ ;
- menaces²⁸⁴ ;
- lésions²⁸⁵ ;
- homicide²⁸⁶ ;

²⁷⁷ Loi relative à l'usage et à la protection de la dénomination et de l'emblème de la Croix-Rouge (*Ley para el Uso y Protección de la Denominación y del Emblema de la Cruz Roja*).

²⁷⁸ Loi relative à la santé (*Ley General de Salud*), art. 56.

²⁷⁹ Loi relative à l'usage et à la protection de la dénomination et de l'emblème de la Croix-Rouge (*Ley para el Uso y Protección de la Denominación y del Emblema de la Cruz Roja*), art. 3-XII. Énoncé original en espagnol : « Misión Médica : Comprende el conjunto de personas, unidades, medios de transporte, equipos, materiales y actividades, transitorios o permanentes, fijos o móviles, de destinación exclusiva y necesarios para la administración, el funcionamiento y la prestación de servicios médico-asistenciales, en las áreas de prevención y promoción, atención y rehabilitación a las personas. » [Traduction CICR]

²⁸⁰ Règlement d'application de la loi relative aux soins de santé en matière de fourniture de services de soins de santé, art. 7-III. Les cabinets médicaux sont eux aussi régis par ce règlement (art. 56 et 58). [Traduction CICR]

²⁸¹ Code pénal fédéral, art. 149.

²⁸² Code pénal fédéral, art. 189.

²⁸³ Code pénal fédéral, art. 215-A à 215-D.

²⁸⁴ Code pénal fédéral, art. 282.

²⁸⁵ Code pénal fédéral, art. 288-301.

²⁸⁶ Code pénal fédéral, art. 302-308 et 310-325.

- abandon de personnes²⁸⁷ ;
- privation illégale de liberté²⁸⁸ ;
- extorsion²⁸⁹ .

De cette liste de crimes, seul le premier (violation des devoirs d'humanité) fait référence à des actes qui peuvent se produire pendant un conflit armé. Il est précisé en effet que « quiconque viole les devoirs d'humanité envers les prisonniers et otages de guerre, envers les blessés ou envers les hôpitaux de campagne est passible pour ce seul fait d'une peine de trois à six ans de prison, sous réserve des dispositions des lois militaires pour les cas spéciaux²⁹⁰ ».

Le Code de justice militaire punit « quiconque, sans qu'une nécessité militaire extrême l'exige, [...] attaque des hôpitaux, des ambulances ou des hospices identifiables par les signes distinctifs établis, ou dont le caractère peut se distinguer de loin [...] ». La sanction est une peine d'emprisonnement de 12 ans²⁹¹.

4. Protection de l'emblème

Le Mexique a une loi relative à l'usage et à la protection de l'emblème de la croix rouge. Cependant, le règlement d'application de cette loi est encore en cours de rédaction.

La loi définit l'emblème conformément à la I^{re} Convention de Genève et établit les deux types d'usage reconnus dans la Convention : l'usage indicatif et l'usage protecteur²⁹². Elle précise aussi qui a le droit d'utiliser l'emblème et comment le rendre bien visible, ainsi que les règles régissant l'autorisation d'utilisation délivrée par le Secrétariat de la Défense nationale.

Le Secrétariat de la Défense nationale est chargé d'autoriser l'utilisation de l'emblème de la croix rouge. Une fois l'autorisation accordée, le personnel sanitaire et religieux des forces armées, la Croix-Rouge mexicaine, les sociétés de secours, les hôpitaux civils et navires hôpitaux, les moyens de transport sanitaire et les zones sanitaires ont le droit d'utiliser cet emblème.

Des sanctions administratives, telles que des amendes, sont prévues pour usage non autorisé de l'emblème et de toute imitation pouvant prêter à confusion.

La loi relative à la santé fait référence à la sensibilisation à l'importance du personnel médical et de ses activités et au respect qui leur est dû, en mettant l'accent sur le respect et la protection de la mission médicale.

5. Éthique médicale et confidentialité : un système de secret absolu

Le Code fédéral de procédure pénale dispose que les personnes telles que les professionnels de santé ou les fonctionnaires qui sont tenus au secret professionnel ne peuvent pas être obligées à témoigner en révélant des informations qu'elles ont reçues, connaissent ou détiennent²⁹³. Plus précisément, les chirurgiens ou médecins spécialistes ne peuvent pas témoigner sur la santé de leurs patients²⁹⁴.

²⁸⁷ Code pénal fédéral, art. 335.

²⁸⁸ Code pénal fédéral, art. 364.

²⁸⁹ Code pénal fédéral, art. 390.

²⁹⁰ Code pénal fédéral, art. 149. Énoncé original en espagnol : « Al que violare los deberes de humanidad en los prisioneros y rehenes de guerra, en los heridos, o en los hospitales de sangre, se le aplicará por ese sólo hecho: prisión de tres a seis años, salvo lo dispuesto, para los casos especiales, en las leyes militares. » [Traduction CICR]

²⁹¹ Code de justice militaire, art. 209. Énoncé original en espagnol : « Se castigará con la pena de doce años de prisión al que, sin exigencia extrema de las operaciones de la guerra, incendie edificios, devaste sementeras, saquee pueblos o caseríos, ataque hospitales, ambulancias o asilos de beneficencia dados a conocer por los signos establecidos, o cuyo carácter pueda distinguirse a lo lejos de cualquier modo, o destruya bibliotecas, museos, archivos, acueductos u obras notables de arte; así como vías de comunicación. » [Traduction CICR]

²⁹² Usage protecteur de l'emblème : il est accordé aux personnes, biens, unités, moyens de transport et matériel sanitaires qui sont affectés à des activités dans le cadre d'un conflit armé.
Usage indicatif de l'emblème : sert à signaler que des personnes ou des biens ont un lien avec une ou plusieurs des composantes du Mouvement international.

²⁹³ Code fédéral de procédure pénale, art. 243bis-IV.

²⁹⁴ Code fédéral de procédure pénale, art. 243bis-V.

Les procureurs et les juges ont l'obligation de rejeter l'admission de toute communication violant le devoir de confidentialité.

Les dossiers médicaux devraient toujours être traités avec discrétion et respect de la confidentialité, conformément aux principes scientifiques et éthiques. Ils ne peuvent être divulgués à des tiers qu'après que des autorités judiciaires, administratives ou sanitaires, ou la Commission nationale d'arbitrage médical ou une commission d'arbitrage d'État ont émis une ordonnance à cet effet.

Les tribunaux fédéraux (en matière civile) ont déterminé que le secret professionnel est lié au droit à la vie privée. Les personnes tenues au secret médical ne peuvent divulguer les informations auxquelles elles ont eu accès dans l'exercice de leur profession. Elles ne sont donc pas obligées de témoigner.

NÉPAL

1. Le système de soins de santé du Népal

L'article 16(2) de la Constitution provisoire de 2007 du Népal garantit en tant que droit fondamental de chaque citoyen le droit aux services de santé de base. Il prévoit en outre que ces services seront fournis gratuitement par l'État – droit qui est complété, directement ou indirectement, par plusieurs lois²⁹⁵. Dépendant du ministère de la Santé et de la Population, le département des Services de santé est chargé de l'administration des services de santé publics, qui comprennent notamment les hôpitaux centraux, régionaux, sous-régionaux et de district, les centres de soins de santé primaires et centres médicaux, les pharmacies, les postes de santé et les dispensaires. Toute personne peut avoir accès à ces institutions sans formalités, et la plupart des établissements dispensent des services de santé gratuitement. Les hôpitaux, maisons de santé et écoles de médecine privés ou gérés par des ONG sont eux aussi accessibles à tous, mais leurs tarifs sont plus élevés.

La loi de 1982 relative aux secours en cas de catastrophe naturelle permet aux organisations humanitaires de fournir des soins aux blessés et malades moyennant autorisation préalable du gouvernement (sauf pour les représentants de la Croix-Rouge du Népal et des Scouts du Népal, qui sont membres de droit du Comité central des secours en cas de catastrophe naturelle). Aux termes de cette loi, les sociétés de secours peuvent être autorisées à déployer des activités telles qu'évacuer des personnes ou des biens et marchandises de zones de catastrophe vers des zones sûres, et à sauver de la destruction des terres, des habitations, des usines, des temples, des sanctuaires, des sites religieux et autres biens et lieux importants, ou à prendre d'autres mesures de sécurité nécessaires pour protéger des vies humaines ainsi que des biens personnels.

L'article 144(6) de la Constitution provisoire prévoit que dans les situations de conflit armé ou autres situations d'urgence, le président peut, sur recommandation du gouvernement népalais (Conseil des ministres), «prendre les décrets nécessaires pour répondre aux besoins». Les décrets ainsi pris seront exécutoires avec force de loi aussi longtemps que l'état d'urgence sera en vigueur.

Le Népal a mis en place un cadre normatif national relatif à la médecine ayurvédique. Selon l'OMS, «la politique du gouvernement, qui repose sur des plans quinquennaux, a été d'établir un système de services de santé intégrés dans lesquels sont pratiquées tant la médecine allopathique que la médecine ayurvédique. Les centres de soins ayurvédiques sont considérés comme faisant partie des services de santé de base, et il existe une section chargée de la médecine ayurvédique au sein de la Direction générale des services de santé. Les programmes de santé figurant dans le cinquième plan quinquennal

²⁹⁵ Chapitre du Code général (*Muluki Ain*), 1964, concernant le traitement médical; loi relative à la lutte antivariolique, 1964; loi relative aux maladies infectieuses, 1964; loi relative au Conseil médical népalais, 1964; loi relative aux médicaments, 1978; loi relative au Conseil de la médecine ayurvédique, 1988; loi relative au Conseil népalais de la recherche sanitaire, 1991; loi relative aux substituts du lait maternel (contrôle de la commercialisation), 1992; loi relative à l'Institut des sciences de la santé B.P. Koirala, 1992; loi relative à l'hôpital oncologique Mémorial B.P. Koirala, 1997; loi relative aux services de santé du Népal, 1997; loi relative au Conseil népalais des professionnels de la santé, 1997; loi relative au Conseil népalais des soins infirmiers, 1997; loi relative à la transplantation d'organes humains (réglementation et interdiction), 1998; loi relative au Centre national de cardiologie Sahid Gangalal, 2001; loi relative au Conseil népalais de la pharmacie, 2000; loi relative à l'Académie nationale des sciences médicales, 2007; loi relative à l'Académie des sciences de la santé de Patan, 2008; enfin, et non moins importants, la loi relative à la sécurité des personnels et institutions de santé, 2010, ainsi que les règlements d'application des lois susmentionnées.

prévoient quatre hôpitaux ayurvédiques, un dans chacune des quatre régions de développement. L'*Ayurvedic Governmental Pharmaceutical Unit* (service gouvernemental chargé de la pharmacie ayurvédique) œuvre à la fourniture de médicaments peu coûteux²⁹⁶ ».

2. Protection du personnel de santé

Les professionnels de la santé, au Népal, sont protégés dans les situations d'urgence par la loi de 2010 relative à la sécurité des personnels et institutions de santé (*Act relating to the security of health workers and health institutions*). Si la législation nationale n'envisage pas expressément une protection spéciale pour le personnel de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence, celui-ci peut la demander en vertu de la loi relative à la sécurité des personnels et institutions de santé. La sécurité d'emploi est, elle, bien protégée par les lois pertinentes concernant les services, par exemple par la loi de 1997 relative aux services de santé du Népal.

Plusieurs lois définissent qui a les qualifications requises en tant que personnel de santé. Par exemple, le Conseil médical et le Conseil des soins infirmiers du Népal prévoient des examens d'aptitude en vertu de la loi de 1964 relative au Conseil médical et de la loi de 1996 relative au Conseil des soins infirmiers, pour les médecins et le personnel infirmier respectivement. De même, la loi de 1988 relative au Conseil de la médecine ayurvédique, la loi de 1997 relative au Conseil népalais des professionnels de la santé et la loi de 2000 relative au Conseil népalais de la pharmacie portent création de ces divers conseils pour la qualification des professionnels et la réglementation des professions concernées. Ces conseils, constitués en vertu de la loi de 1964 relative au Conseil médical népalais, de la loi de 1996 relative au Conseil népalais des soins infirmiers, de la loi de 1988 relative au Conseil de la médecine ayurvédique, de la loi de 1997 relative au Conseil népalais des professionnels de la santé et de la loi de 2000 relative au Conseil népalais de la pharmacie, sont chargés d'autoriser et de contrôler les activités professionnelles de leurs domaines respectifs. Dans le secteur public, le ministère de la Santé et de la Population est responsable de l'agrément et du contrôle du personnel de santé relevant de la loi de 1997 relative aux services de santé du Népal. Les nominations sont faites par le ministère de la Santé et de la Population sur recommandation de la Commission du service public.

Le personnel de santé établit des diagnostics, traite les patients et exerce des activités de prévention des maladies ainsi que toutes autres activités relatives à la santé. Un ou une « professionnel-le de santé » est toute personne qui a obtenu une qualification minimale, un agrément ou une licence et qui est enregistrée auprès du conseil de sa profession et exerce ses activités dans le secteur des soins de santé. Un chapitre du Code général de 1964 concernant le traitement médical énonce des directives générales définissant qui peut effectuer tel ou tel type de traitement médical. Il protège aussi les droits des professionnels de la santé et les rend responsables de toute négligence ou imprudence. L'article 12(3)(f) de la Constitution provisoire protège, en tant que droit fondamental, la liberté des citoyens du Népal de pratiquer la profession et d'exercer l'activité de leur choix. L'article 32 de la Constitution provisoire établit une voie de recours pour les violations de ce droit.

L'article 3 de la loi de 2010 relative à la sécurité des personnels et institutions de santé prévoit de manière générale, sans mentionner expressément les conflits armés ou autres situations de d'urgence, que nul ne devra commettre ou ordonner de commettre l'un quelconque des actes suivants:

- a) harceler, malmener ou soumettre à des traitements dégradants un membre du personnel de santé au sujet de soins médicaux;
- b) détruire ou incendier une structure de santé ou commettre un acte similaire.

L'article 4 de la même loi prévoit que si quelqu'un commet ou tente de commettre contre un membre du personnel ou une structure de santé un acte quelconque contrevenant à l'article 3, le membre du personnel ou l'établissement de santé peut adresser à l'administration locale une demande de mesures de sécurité.

²⁹⁶ OMS, en anglais: *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine: A Worldwide Review*, 2001, p. 148.
[Traduction CICR]

La loi népalaise ne prévoit pas que les professionnels de la santé doivent perdre leur protection pour le seul fait d'accomplir leurs tâches professionnelles dans une situation de conflit armé ou autre situation d'urgence. Cependant, il a été dit que pendant un conflit armé interne, les forces de sécurité gouvernementales avaient averti verbalement l'hôpital local Miteri qu'il ne devrait pas dispenser de soins, à l'avenir, aux membres de ce qui était alors le groupe de rebelles maoïstes, et, selon les médias, des professionnels de santé travaillant dans le service public avaient reçu instruction de ne pas leur fournir de médicaments ni d'autre matériel médical. Il n'y a toutefois pas, au niveau national, de cas où des professionnels de la santé auraient fait l'objet d'une enquête pour avoir dispensé des soins à l'autre partie dans des situations de conflit armé ou d'autres situations d'urgence.

Afin d'améliorer la protection du personnel de santé pendant un conflit armé, la loi devrait reconnaître expressément la neutralité et le caractère humanitaire des professions de la santé et exiger qu'elles soient respectées et protégées en toutes circonstances dans l'exercice de leurs fonctions. Avant que la législation nationale ne soit modifiée, il faudrait sensibiliser la population, à travers les médias, au fait que le personnel de santé est protégé par la loi, et l'informer des bonnes pratiques d'autres pays en la matière.

3. Protection des structures de santé et transports médicaux

Du point de vue de l'administration népalaise, pour pouvoir être qualifié d'« unité médicale », un établissement devrait avoir obtenu l'agrément légal, en ayant une structure, du personnel et de l'équipement médical professionnellement qualifiés et une zone de desserte précise. Ce sont généralement des professionnels chevronnés de la médecine qui sont chargés de l'agrément et du contrôle des unités médicales (structures de santé). Dans les situations d'urgence et de catastrophe naturelle, ils s'acquittent de leurs fonctions sous la direction et le contrôle du ministère de l'Intérieur.

La structure organisationnelle des unités sanitaires de l'armée népalaise, de la force de police armée et de la police du Népal est approuvée par le Conseil des ministres. Dans les situations de catastrophe et autres situations d'urgence, le ministère de la Santé et de la Population peut constituer des unités médicales et déployer du personnel de santé du Service de santé népalais, sous la direction générale du ministère de l'Intérieur. Si nécessaire, l'armée népalaise, la force de police armée et la police du Népal peuvent aussi mettre sur pied une unité médicale ad hoc.

Aucun système particulier n'a été organisé pour les transports médicaux, et il n'existe pas de règles ni de lignes directrices spécifiques les concernant. Ils ne sont pas non plus soumis à une autorisation spécifique. Cependant, l'armée et la police du Népal, le ministère de la Santé et la Croix-Rouge du Népal ont le droit d'assumer ces fonctions dans les situations d'urgence liées à une catastrophe.

En ce qui concerne le respect et la protection des structures de santé et des transports médicaux, bien que les termes ne soient pas définis par la loi, on peut dire que « respecter » les structures de santé et transports médicaux signifie ne pas les empêcher de s'acquitter de leur mandat ou de leurs fonctions, et les « protéger » signifie fournir des moyens de recours effectifs en cas de troubles ou de violations. Il n'existe pas de disposition relative à la perte de protection des structures de santé et des transports médicaux.

4. Protection des blessés et des malades

Le Manuel de l'armée népalaise sur le droit des conflits armés, qui fournit un cadre directif de référence à l'armée, précise que les personnes hors de combat et celles qui ne participent pas directement aux hostilités ont droit au respect de leur vie et de leur intégrité physique et morale. Elles doivent en toutes circonstances être protégées et traitées avec humanité, sans aucune distinction de caractère défavorable. Il est interdit de tuer ou de blesser un ennemi qui se rend ou qui est hors de combat. Les combattants capturés et les civils ont droit au respect de leur vie, de leur dignité, de leurs droits individuels et de leurs convictions, et doivent être protégés contre tout acte de violence et de représailles. Ils ont le droit de correspondre avec leur famille et de recevoir des secours.

Le Manuel établit aussi l'obligation de rechercher, recueillir et évacuer les malades, les blessés et les morts sans aucune distinction ni aucun préjugé. Les blessés et les malades doivent recevoir, dans toute la mesure du possible, les soins médicaux que nécessite leur état, les priorités de traitement ne devant être fondées que sur des critères médicaux. Ils doivent en outre être protégés contre les mauvais traitements ou le pillage de leurs effets personnels. La loi relative aux secours en cas de catastrophe naturelle mentionne la nécessité d'une assistance spéciale pour les blessés et les malades, mais sans préciser le type d'assistance.

Le Manuel de l'armée népalaise sur le droit des conflits armés stipule que les dispositions qu'il contient sont applicables aux membres de l'armée népalaise. Cependant, s'il constitue bel et bien un recueil de droit non contraignant, ce manuel ne fournit que des lignes directrices, et il n'existe aucune législation spécifique qui définisse qui a l'obligation de soigner et de protéger les blessés et les malades dans les conflits armés et autres situations d'urgence. D'une manière générale, le droit des droits de l'homme interdit la torture ainsi que les peines et traitements inhumains et dégradants. La Constitution provisoire protège la dignité humaine, abolit la peine de mort et interdit la torture physique et mentale, et la loi de 1996 relative à l'indemnisation des victimes de torture garantit un dédommagement aux victimes. Cependant, il faut une législation nationale de mise en œuvre des Conventions de Genève pour améliorer la protection juridique des blessés et des malades. À cet égard, la Cour suprême du Népal a récemment ordonné au gouvernement de soumettre des projets de loi au Parlement en vue de cette mise en œuvre.

5. Protection des emblèmes distinctifs

Un décret-loi du ministère de la Santé et de la Population interdit l'usage perfide et l'abus des emblèmes distinctifs reconnus par les Conventions de Genève, et prévoit l'imposition d'amendes et d'autres sanctions disciplinaires. Le Manuel de l'armée népalaise sur le droit des conflits armés peut aussi être utilisé pour les mesures disciplinaires. Cependant il n'a pas encore été adopté de législation contraignante relative à la protection de l'usage des emblèmes distinctifs. La législation nationale ne précise pas qui est responsable du contrôle et de l'usage de ces emblèmes, mais le ministère de la Défense et le ministère de la Santé et de la Population sont tous deux concernés par la protection de l'emblème.

6. Éthique médicale et confidentialité

Aux termes de l'article 7A(1) et (2) de la loi de 1964 relative au Conseil médical, le Conseil médical est chargé d'intenter une action contre les praticiens qui violent l'éthique de leur profession et d'annuler leur enregistrement ou agrément, comme le prescrit la loi. La règle 22 du Règlement du Conseil médical de 1967 énonce un code de déontologie détaillé à l'intention des médecins. Elle prévoit en particulier que ceux-ci ne devront dévoiler à personne les informations confidentielles données par un patient au cours d'un traitement, sauf sur ordre du tribunal.

ANNEXE 2. LISTE DES PARTICIPANTS

Atelier d'experts sur « Les soins de santé en danger » (HCID) : cadres normatifs nationaux, 29-31 janvier 2014

Pays	Nom	Prénom	Poste / fonction	Employeur
Argentine	Sandri Fuentes	Annabella	Conseillère juridique	Ministère de la Défense de l'Argentine
Australie	Quinn	Todd	Conseiller juridique	Ambassade d'Australie aux Pays-Bas
Australie	Skillen	Geoff	Président, Commission DIH	Croix-Rouge australienne
Brésil	Freitas de Oliveira	Eduardo	Deuxième secrétaire	Ministère des Relations extérieures
Canada	MacGregor	Bruce	Adjoint opérations JAG	Forces armées canadiennes
Chili	Ferrada-Walker	Luis Valentin	Conseiller en droit international	Ministère de la Défense nationale du Chili
Colombie	Caicedo Trujillo	Adriana	Conseillère juridique	CICR – Colombie
Côte d'Ivoire	Ako	Yapi Eloi	Sous-directeur de la législation	Ministère de la Justice de la Côte d'Ivoire
Cuba	Casares Benites	Dennis	Premier secrétaire	Ministère des Relations extérieures de la République de Cuba
Rép. dém. du Congo	Balanda	Gérard Mikuin Leliel	Professeur et avocat	Université de Kinshasa et Université protestante au Congo
Égypte	Shokry	Dina	Prof. de médecine légale et toxicologie	Faculté de médecine – Université du Caire
Iran	Hosseini	Amir Hossein	Directeur adjoint	Ministère des Affaires étrangères de l'Iran
Iran	Mohammadi Araghi	Mohammad Shahabeddin	Sous-Secrétaire général	Croissant-Rouge de l'Iran
Kenya	Njau-Kimani	Maryann	Directrice, ministère de la Justice	Bureau du Procureur général et ministère de la Justice
Lesotho	Ketsi	Tseliso	Responsable juridique	Ministère de la Défense du Lesotho
Libéria	Coleman	Peter	Président	Sénat du Libéria
Népal	Sharma	Bhesh Raj	Secrétaire	Ministère de la Loi, de la Justice, de l'Assemblée constituante et des Affaires parlementaires du Népal
Niger	Ibrahim	Amadou Lamine	Directeur de la législation et du contentieux	Ministère de la Santé publique du Niger
Norvège	Aasland	Kjetil	Ministre conseiller	Mission permanente de la Norvège à Genève
Norvège	Harlem	Mads	Directeur des politiques et du droit international	Croix-Rouge de Norvège
Pérou	Percy Rudy	Montes Rueda	Directeur général	Ministère de la Santé

Atelier d'experts sur « Les soins de santé en danger » (HCID) : cadres normatifs nationaux, 29-31 janvier 2014

Pays	Nom	Prénom	Poste / fonction	Employeur
Russie	Kholikov	Ivan	Chef de la section Coopération internationale, Direction principale du service de Santé des armées	Ministère de la Défense de la Fédération de Russie
Sénégal	Ndiaye	Papa Moussé	Directeur de l'Ecole militaire de santé de Dakar	Ministère des Forces armées sénégalaises
Serbie	Caric	Slavoljub	Directeur du département des affaires juridiques internationales	Ministère des Affaires étrangères de la Serbie
Sri Lanka	Ahamed	Riyasa Ahamed	Directeur des affaires juridiques	Ministère de la Santé, membre de la Commission nationale de DIH
Suède	Rudvall	Samuel	Conseiller juridique	Ministère de la Défense de la Suède
Venezuela	Flores Alvarado	Leomagno	Député principal	Assemblée nationale du Venezuela
CIMM	Neirinckx	Pierre	Secrétaire général adjoint	Comité international de médecine militaire
CII	Benton	David	Directeur général	Conseil international des infirmières
SIDMDG	De Coninck	Luc	Assistant de direction	Société internationale de droit militaire et de droit de la guerre
SIDMDG	Van Der Veken	Ludwig	Secrétaire général	Société internationale de droit militaire et de droit de la guerre
JH University	Footer	Katherine	Chercheuse associée	Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University
OMS	Coninx	Rudi	Coordinateur, Politiques, pratique et évaluation	Organisation mondiale de la Santé
OMS	Maes	Sophie	Chargée de programme	Organisation mondiale de la Santé
AMM	Deau	Xavier	Président élu	Association médicale mondiale
AMM	Colegrave-Juge	Marie	Directrice, Affaires européennes et internationales	Association médicale mondiale
Belgique	De Cock	Christian	Chef du Département de droit international	Ministère de la Défense de la Belgique
	Dive	Gérard	Chef de la section Droit international humanitaire	Service public fédéral (SPF) Justice – Belgique
	Genot	Guy	Directeur général, Secrétaire de la CIDH	Ministère des Affaires étrangères de la Belgique
	Gijs	Geert	Chef de service, Gestion de crise	SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
	Goes	Benjamin	Conseiller, membre de la CIDH	SPF Chancellerie du Premier ministre
	Goldman	Alexis	Conseiller juridique, membre de la CIDH	Ministère des Affaires étrangères de la Belgique
	Janssens	Alix	Stagiaire	SPF Affaires étrangères

Atelier d'experts sur « Les soins de santé en danger » (HCID) : cadres normatifs nationaux, 29-31 janvier 2014					
Pays	Nom	Prénom	Poste / fonction	Employeur	
	Masschelein	Liesbet	Attaché, membre de la CIDH	SPF Chancellerie du Premier ministre	
	Reypens	Pascale	Membre de la CIDH	SPF Intérieur	
	Van Oost	Nadine	Assistante	SPF Affaires étrangères	
	Vandermeersch	Damien	Président	Commission interministérielle belge de droit international humanitaire	
Croix-Rouge de Belgique	Joris	Christ'i	Vice-Président national		
	Croufer	Edouard	Vice-Président national		
	Braibant	Thomas	Stagiaire en DIH		
	Casier	Frédéric	Conseiller juridique en DIH		
	De Greve	Laura	Conseillère juridique		
	Hoste	Tuur	Secrétaire général		
Commission européenne	Georgieva	Kristalina	Commissaire	Commission européenne – Direction générale ECHO	
	Lemasson	Antoine	Chef adjoint d'unité	Commission européenne – Direction générale ECHO	
	Lensu	Maria	Fonctionnaire chargée de politiques	Commission européenne – Direction générale ECHO	
	Sharrock	David	Porte-parole de la commissaire Georgieva	Commission européenne – Direction générale ECHO	
CICR	Maurer	Peter	Président		
	Bellon	François	Chef de délégation	CICR Bruxelles	
	Apraxine	Pierre	Chef adjoint de délégation	CICR Bruxelles	
	Bouvier	Antoine	Conseiller juridique	CICR, Services consultatifs en DIH	
	Breitegger	Alexander	Conseiller juridique	CICR, Division juridique	
	Catin	Céline	Assistante du chef de délégation	CICR Bruxelles	
	de Jong	Laura	Assistante juridique	CICR Bruxelles	
	Eshaya-Chauvin	Bruce	Conseiller médical HCID	CICR, direction du Département des opérations	
	Gentile	Pierre	Chef du projet HCID	CICR, direction du Département des opérations	

Atelier d'experts sur « Les soins de santé en danger » (HCID) : cadres normatifs nationaux, 29-31 janvier 2014					
Pays	Nom	Prénom	Poste / fonction	Employeur	
	Girard	Geneviève	Conseillère HCID	CICR, Services consultatifs en DIH	
	Kolanowski	Stéphane	Conseiller juridique senior	CICR Bruxelles	
	Lair	Sophie	Conseillère juridique	CICR Bruxelles	
	Lorge	Anne-Catherine	Stagiaire en communication	CICR Bruxelles	
	Miltcheva	Olga	Responsable marketing, coord. de campagne	CICR, unité Marketing social	
	Pellandini	Cristina	Cheffe d'unité	CICR, Services consultatifs en DIH	
	Sénéchaud	François	Chef de division	CICR, Intégration et promotion du droit	
	Vanden Driessche	Thomas	Responsable communication	CICR Bruxelles	
Interprètes	Bovet	Maria Teresa			
	Butticker	François			
	Gimenez	Maria Reyes			
	Lauwers	Nadine			
	Shahidi Chubin	Nanaz			
	Van Simaey	Paul			

ANNEXE 3. PROGRAMME DE L'ATELIER

Projet « Les soins de santé en danger »
 « Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé »
Atelier d'experts à l'intention des Commissions nationales de droit international humanitaire et des fonctionnaires
 Bruxelles
 29-31 janvier 2014
 Programme

Mercredi 29 janvier	
08:45 – 09:15	Enregistrement des participants
09:15 – 10:45	<p>Séance d'ouverture</p> <p>Déclarations liminaires de M. Didier Reynders, vice-Premier ministre et ministre des Affaires étrangères; M. Peter Maurer, président du CICR; et M^{me} Christ'l Joris, vice-présidente de la Croix-Rouge de Belgique</p> <p>Allocution de M^{me} Kristalina Georgieva, commissaire européenne chargée de la coopération internationale, de l'aide humanitaire et de la réaction aux crises</p> <p>Présentation du projet « Les soins de santé en danger »</p> <p>M. Pierre Gentile, chef du projet, CICR</p> <p>Présentation de l'atelier (objectifs, organisation et méthode)</p> <p>M. Antoine Bouvier, conseiller juridique, CICR</p>
10:45 – 11:15	Pause café
11:15 – 12:15	<p>Présentation des études de pays</p> <p>Belgique: M. Geert Gijs</p> <p>Colombie: M^{me} Adriana Caicedo Trujillo</p> <p>Kenya: M^{me} Maryann Njau-Kimani</p> <p>Népal: M. Bresh Raj Sharma</p>
12:15 – 13:15	Pause repas
13:15 – 13:30	<p>Introduction de la première séance thématique: Comment rendre plus efficace la protection juridique des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux.</p> <p>Remarques liminaires de M. Alexander Breitegger, conseiller juridique, CICR</p> <p>Objectif de la séance thématique:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Donner un aperçu de la protection des blessés et malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux qui est prévue dans la législation nationale, et ouvrir le débat sur les moyens de rendre cette protection plus efficace. <p>Documents de référence:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Document de l'étude préliminaire – Fiche technique des Services consultatifs du CICR: « Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et dans les situations non couvertes par le droit international humanitaire »
13:30 – 15:15	<p>Groupes de travail</p> <p>Objectif de la séance:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les participants seront répartis en quatre groupes. Chaque groupe commencera la discussion sur les moyens de rendre plus efficace la protection des blessés et malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux en répondant aux questions suivantes: (questions à définir dans un document séparé).
15:15 – 15:45	Pause café

15:45 – 16:15	Séance plénière: Présentation des résultats des groupes de travail de la deuxième séance thématique.
16:15 – 16:30	<p>Introduction de la quatrième séance thématique: Comment réprimer et sanctionner efficacement les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé.</p> <p>Remarques liminaires de M^{me} Cristina Pellandini, cheffe des Services consultatifs en droit international humanitaire, CICR</p> <p>Objectif de la séance thématique:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Donner un aperçu de la répression et des sanctions pénales prévues pour violations commises contre les blessés et les malades, le personnel et les structures de santé et les transports médicaux. <p>Documents de référence:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Document de l'étude préliminaire – Fiche technique des Services consultatifs du CICR: « Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et dans les situations non couvertes par le droit international humanitaire »
16:30 – 18:00	<p>Groupes de travail</p> <p>Objectif de la séance:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les participants seront répartis en quatre groupes. Chaque groupe commencera la discussion sur la répression et la sanction des violations commises dans les conflits armés et les autres situations d'urgence en répondant aux questions suivantes: (questions à définir dans un document séparé).
18:45	Dîner/cocktail
Jedi 30 janvier	
09:00 – 10:00	Séance plénière: Présentation des résultats des groupes de travail de la deuxième séance thématique.
10:00 – 10:30	<p>Introduction de la troisième séance thématique: Comment conférer une protection juridique à l'éthique médicale et à la confidentialité dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence.</p> <p>Remarques liminaires du D^r Xavier Deau, président élu, Association médicale mondiale</p> <p>Objectif de la séance thématique:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Donner un aperçu de l'éthique médicale et de la confidentialité pendant les conflits armés et autres situations d'urgence.
10:30 – 11:00	Pause café
11:00 – 12:30	<p>Groupes de travail</p> <p>Objectif de la séance:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les participants seront répartis en quatre groupes. Chaque groupe commencera la discussion sur l'éthique médicale et la confidentialité pendant les conflits armés et autres situations d'urgence en répondant aux questions suivantes: (questions à définir dans un document séparé).
12:30 – 13:30	Pause repas
13:30 – 14:15	Séance plénière: Présentation des résultats des groupes de travail de la troisième séance thématique.
14:15 – 14:30	<p>Introduction de la quatrième séance thématique: Comment réprimer et sanctionner efficacement les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé.</p> <p>Remarques liminaires de M^{me} Cristina Pellandini, cheffe des Services consultatifs en droit international humanitaire, CICR</p> <p>Objectif de la séance thématique:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Donner un aperçu de la répression et des sanctions pénales prévues pour violations commises contre les blessés et les malades, le personnel et les structures de santé et les transports médicaux. <p>Documents de référence:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Document de l'étude préliminaire – Fiche technique des Services consultatifs du CICR: « Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et dans les situations non couvertes par le droit international humanitaire »

14:30 – 16:00**Groupes de travail****Objectif de la séance:**

- Les participants seront répartis en quatre groupes. Chaque groupe commencera la discussion sur la répression et la sanction des violations commises dans les conflits armés et les autres situations d'urgence en répondant aux questions suivantes : (questions à définir dans un document séparé).

16:00 – 16:30**Pause café****16:30 – 17:30****Séance plénière:** Présentation des résultats des groupes de travail de la quatrième séance thématique.**Vendredi 31 janvier****9:00 – 9:45**

Présentation des conclusions et recommandations par les coprésidents.

9:45 – 10:30

Discussion sur ces conclusions et recommandations.

10:30 – 11:00**Pause café****11:00 – 11:45**

Discussion sur le type d' « outil » recommandé par les experts.

11:45 – 12:15

Suivi de l'atelier, par M. Pierre Gentile, chef de projet.

12:15 – 12:45

Observations finales des coprésidents.

Présidence de l'atelier

L'atelier sera coprésidé par :

M. François Sénéchaud, chef de la Division de l'intégration et de la promotion du droit, CICR**M. Benjamin Goes**, conseiller à la Chancellerie du Premier Ministre, et président des groupes de travail « protection des biens culturels » et « communication », Commission interministérielle belge de droit humanitaire

Les groupes de travail seront présidés par :

M. Pierre Gentile pour le groupe francophone**M^{me} Cristina Pellandini** pour le groupe hispanophone**M. Alexander Breitegger** pour le premier groupe anglophone**M. Stéphane Kolanowski**, conseiller juridique, délégation du CICR à Bruxelles, pour le second groupe anglophone

MISSION

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

