

# LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ

## ÉTAT DES LIEUX DE LA LÉGISLATION

### INTRODUCTION

Pour réussir à faire reculer la violence exercée contre les soins de santé et en atténuer les effets, il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur une législation et des réglementations nationales adéquates. Le présent document est conçu comme un outil pratique destiné à aider les acteurs concernés à évaluer :

- si le cadre normatif de leur pays répond aux obligations internationales ainsi qu'à certaines des principales recommandations opérationnelles en matière de protection de la fourniture des soins de santé ;
- quelles sont les mesures préventives ou correctives appropriées à apporter, lorsque des lacunes sont identifiées.

Ce document présente une liste de questions (sous la forme d'une liste de contrôle ou d'une étude de compatibilité) couvrant certaines des difficultés majeures liées à la protection des soins de santé lors de conflits armés et d'autres situations d'urgence<sup>1</sup>. (Dans certains cas, les solutions peuvent aussi s'appliquer en temps de paix.) L'objectif est d'aider les spécialistes à avoir un aperçu global de leur cadre normatif national, afin de pouvoir rapidement identifier et combler les lacunes ou incohérences dont celui-ci peut souffrir au regard des obligations internationales ou des recommandations opérationnelles et politiques existantes.

Les différences, voire les incompatibilités qui peuvent exister entre les systèmes juridiques à travers le monde exigent de procéder à une analyse au cas par cas des cadres normatifs nationaux et de trouver des solutions adaptées aux problèmes rencontrés. En effet, ce qui peut fonctionner dans un pays pourrait se révéler inapproprié dans un autre. Il revient donc aux spécialistes d'utiliser cette liste de contrôle en fonction de leurs besoins, pour ensuite décider s'il est opportun de proposer des mesures préventives ou correctives et, le cas échéant, déterminer la façon dont il convient de procéder.

---

<sup>1</sup> Aux fins du présent document, l'expression « autres situations d'urgence » recouvre des situations qui n'atteignent pas l'intensité d'un conflit armé mais au cours desquelles les conditions de sécurité peuvent être altérées (en raison des mesures mises en place ou des incidents qui ont lieu) au point de nuire gravement à l'efficacité et à l'impartialité des soins de santé, entraînant par exemple le décès de personnes qui auraient pu être prises en charge, une aggravation de leurs blessures ou de leur maladie, ou encore une perturbation des programmes de santé préventive. Ces mesures ou incidents peuvent prendre diverses formes : violences à l'encontre de personnes nécessitant des soins ; violences à l'encontre des personnels de santé, ainsi que des structures ou des moyens de transport sanitaires ; intrusions de membres de forces armées ou de forces de sécurité dans des structures médicales, avec pour but ou pour conséquence d'interrompre la fourniture des services de santé ; le fait de refuser ou de retarder de manière arbitraire le passage de véhicules sanitaires aux postes de contrôle. Parfois le climat d'insécurité régnant dans une zone sinistrée suffit à lui seul à entraver la fourniture des soins de santé. Dans pareilles circonstances, et selon le degré d'urgence des besoins humanitaires, il arrive que l'on fasse appel aux personnels de santé, parmi lesquels des collaborateurs ou des volontaires du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, pour prévenir et alléger les souffrances humaines. Voir notre publication « Les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence » : <https://shop.icrc.org/health-care-in-danger-the-responsibilities-of-health-care-personnel-working-in-armed-conflicts-and-other-emergencies-pdf-fr>, p. 12.

Afin de combattre le fléau de la violence contre les services de santé lors de conflits armés et d'autres situations d'urgence, il est nécessaire de puiser dans des approches multidisciplinaires et adaptées pour apporter des solutions créatives. Même si cette liste de contrôle a été conçue pour être aussi commode et complète que possible, sa nature même fait qu'elle doit être lue et utilisée à la lumière d'autres publications de la série « Les soins de santé en danger »<sup>2</sup>, ainsi que de tout autre document pertinent pouvant contribuer à l'élaboration d'une approche multidisciplinaire efficace du problème traité. Les spécialistes pourront aussi trouver utile de la compléter par des questions supplémentaires lorsque les difficultés concrètes auxquelles ils sont confrontés dans leur pays exigent une évaluation de domaines ou d'aspects du droit autres que ceux abordés ici. En conséquence, cette liste de contrôle n'est pas un document exhaustif destiné à être utilisé seul, mais un outil pratique qui peut être complété lorsque cela est possible et nécessaire.

## MÉTHODOLOGIE

La liste de contrôle commence par une rapide présentation des outils et des documents existants qui traitent de la législation applicable à la protection des soins de santé, suivie d'un tour d'horizon des principales difficultés rencontrées dans ce domaine. Dans un troisième temps, elle pose des questions préliminaires qui permettent de mieux comprendre l'importance accordée à la protection des soins de santé dans le système juridique national au sens large, c'est-à-dire la constitution et d'autres lois en vigueur dans le pays concerné.

Les sections ultérieures soulèvent des questions de fond sur le système de soins de santé. En s'appuyant sur des exemples de lois du monde entier, elles entendent montrer quel type de législation pourrait être le plus adapté. Selon le sujet examiné, les questions peuvent être ouvertes ou fermées mais, dans tous les cas, elles visent à susciter une véritable réflexion sur la façon dont est traité l'aspect concerné dans le cadre juridique national, au lieu d'appeler une réponse d'une seule ligne ou de type « oui/non ». Répondre à ces questions exige donc non seulement d'établir si le pays dispose de lois et de réglementations pertinentes mais, plus important encore, d'étudier leur champ d'application et de vérifier si elles confèrent une protection adéquate contre les obstacles à la fourniture de soins de santé dans les situations d'urgence. L'étape suivante consiste logiquement à s'interroger sur le degré de gravité du problème rencontré et, le cas échéant, sur la façon d'y remédier.

La liste de contrôle ne peut être utilisée que dans le cadre d'un processus plus général, qui implique nécessairement une réflexion sur le meilleur moyen de combler les lacunes juridiques. L'idée est de dresser un aperçu complet de la protection accordée aux soins de santé dans un État donné et de fournir quelques exemples d'améliorations possibles de la législation.

## L'ATELIER DE BRUXELLES DE 2014 ET SON GUIDE

La liste de contrôle ci-après a été élaborée en s'appuyant sur d'importantes recommandations déjà formulées dans le passé pour aider les pays à renforcer leur cadre juridique et réglementaire national. Pour cette raison, elle doit être utilisée conjointement avec les deux publications ci-après :

- le [rapport](#) de l'atelier d'experts qui s'est tenu à Bruxelles, en 2014, sur le thème des cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé. Ce rapport identifie les mesures concrètes et les procédures, notamment législatives et réglementaires, qui peuvent être instaurées par les États au niveau national afin de mettre en œuvre le cadre juridique international existant pour la protection des soins de santé dans les conflits armés et d'autres situations d'urgence ;

---

<sup>2</sup> Voir notre centre de ressources : <https://healthcareindanger.org/fr/resource-centre-4/>.

- le [Guide pour la mise en œuvre des règles protégeant la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence](#), établi par les Services consultatifs en droit international humanitaire (DIH) du Comité international de la Croix-Rouge (CICR). S'inspirant des recommandations formulées à l'issue de l'atelier de Bruxelles, ce document, qui fait partie du [Manuel sur la mise en œuvre nationale du droit international humanitaire](#) des Services consultatifs du CICR, a été conçu comme un outil pratique et pédagogique destiné à aider les autorités étatiques à établir des cadres juridiques nationaux efficaces.

Ces deux publications présentent non seulement de façon détaillée les règles du DIH et du droit international des droits de l'homme qui forment le cadre juridique international applicable à la protection des soins de santé (voir en particulier l'annexe 1 au Guide, non reprise dans la liste de contrôle ci-après), mais elles fournissent également d'importantes informations de fond sur les principales conséquences humanitaires pouvant découler de l'absence de cadre normatif national efficace et complet dans ce domaine.

Enfin, nous conseillons aux utilisateurs de la liste de contrôle de consulter le document « *Protéger les soins de santé – Recommandations clés* »<sup>3</sup> et d'examiner la façon dont le cadre normatif national de l'État concerné traite ces points essentiels.

## LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS LIÉES À LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ DANS LES CONFLITS ARMÉS ET LES AUTRES SITUATIONS D'URGENCE

Les principaux obstacles entravant la fourniture adéquate des soins de santé dans les conflits armés ou les autres situations d'urgence sont, notamment :

- une protection insuffisante des professionnels de la santé, des patients (blessés et malades), ainsi que des structures et des moyens de transport sanitaires contre les attaques directes, d'autres formes d'agression ou encore les violences interpersonnelles ;
- un manque de respect envers les principes essentiels de l'éthique médicale (par exemple, le secret médical, l'impartialité des soins de santé), qui place bien souvent les professionnels de la santé dans des positions intenable.

Les problèmes de protection spécifiquement liés à la violence contre les soins de santé dépendent dans une large mesure du contexte. Certains d'entre eux sont propres aux conflits armés, comme le manque de respect des belligérants pour les principes fondamentaux régissant la conduite des hostilités. D'autres peuvent également se poser dans diverses situations d'urgence, par exemple lorsque les forces de l'ordre répondent par des méthodes brutales ou inappropriées à des difficultés sécuritaires rencontrées lors de violences urbaines ou de troubles politiques, ou encore dans le cadre des mesures de contrôle de pandémies ou d'épidémies. D'autres types de problèmes de protection peuvent découler de lacunes systémiques qui se ressentent aussi bien lors de conflits armés ou d'autres situations d'urgence qu'en temps de paix. Cela est notamment le cas lorsque les professionnels de la santé sont insuffisamment protégés contre les agressions commises pour diverses raisons par des patients excédés, leur famille ou leurs amis ou, dans certains cas, par leur communauté dans son ensemble – agressions qui, sans être spectaculaires, n'en demeurent pas moins quotidiennes et,

---

3 Voir notre centre de ressources : <https://healthcareindanger.org/fr/resource-centre-4/>.

à terme, destructrices<sup>4</sup>. Ce type de violence s'est manifesté de façon flagrante dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ébola et contre la pandémie de Covid-19. On la retrouve aussi à la suite de certains conflits, lorsque les systèmes de santé affaiblis ne sont pas en mesure de satisfaire les besoins médicaux accrus de la population.

Du point de vue législatif et réglementaire, résoudre ces problèmes exigera presque toujours d'étudier, partiellement ou complètement, un large spectre de domaines liés à la protection. Chacun de ces aspects peut à son tour comporter une multitude de facettes, qui impliquent les besoins suivants :

- une sensibilisation et des formations adéquates ;
- des sanctions appropriées (pénales et disciplinaires) en cas de violations du droit ;
- des dispositions juridiques claires pour encadrer les rôles, les droits et les devoirs des personnes concernées, ainsi que les restrictions qui leur sont applicables (par exemple, forces armées et de sécurité, population civile, autorités ministérielles de l'État, professionnels de la santé, Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, sociétés de secours et organisations non gouvernementales) ;
- des dispositions juridiques claires pour encadrer et protéger l'usage des emblèmes ;
- l'intégration de prescriptions légales pertinentes dans les directives opérationnelles des professionnels (civils et militaires), les instructions permanentes et les politiques ;
- des mécanismes efficaces de collecte de données et d'intervention d'urgence, destinés à garantir une coordination adéquate des parties concernées.

Afin de fournir aux utilisateurs un outil aussi complet que possible qui les aide à déterminer de quelle manière le cadre normatif national traite les problèmes en question, la liste de contrôle aborde des domaines du droit qui s'appliquent plus particulièrement aux enjeux humanitaires concrets auxquels sont confrontés les spécialistes. Ces domaines sont examinés en détail dans le rapport sur l'atelier d'experts de Bruxelles ainsi que dans d'autres publications clés de la série « Les soins de santé en danger ». Chaque rubrique ci-dessous fournit des exemples de problèmes humanitaires découlant de lacunes du cadre normatif dans le domaine considéré.

---

<sup>4</sup> Dans les conflits armés, les civils ont l'interdiction d'exercer des actes de violence contre les blessés et les malades ; à cet égard, voir l'art. 18, par. 2 de la Première Convention de Genève et l'art. 17 du Protocole additionnel I. Le commentaire de 1987 relatif à l'art. 18, par. 1 du Protocole additionnel II rappelle également cette interdiction (même s'il n'existe aucune règle explicite à cet effet concernant les conflits armés non internationaux). Voir : <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/dih.nsf/Comment.xsp?action=openDocument&documentId=90C7F8D63BC9B031C12563BD002E0310>.

# QUESTIONS PRÉLIMINAIRES POUR COMPRENDRE LE CADRE JURIDIQUE ET CONSTITUTIONNEL NATIONAL RELATIF À LA PROTECTION DES SERVICES DE SANTÉ

La section ci-dessous vise, pour commencer, à aider les utilisateurs à mieux comprendre la place accordée à la protection des soins de santé dans le cadre constitutionnel et juridique général du pays concerné.

Il n'est pas indispensable de répondre à ces questions préliminaires pour utiliser le reste de la liste de contrôle. En outre, les réponses données n'entraîneront généralement pas de mesures correctives.

Toutefois, elles pourront aider à promouvoir d'autres mesures liées aux sections A à F ci-après, ou fournir un fondement juridique à des propositions de modifications législatives à mesure que l'on progresse dans la liste de contrôle.

1. Le droit à la santé est-il intégré dans la constitution nationale ou considéré comme un droit humain fondamental en temps de paix comme en temps de guerre? Implique-t-il un droit inconditionnel d'accès aux soins de santé, sans distinction de caractère défavorable fondée sur le sexe, la race, la nationalité, la religion, les opinions politiques ou tout autre critère?
2. L'État dispose-t-il d'une législation spécifique portant sur l'attitude qui doit être adoptée à cet égard par le gouvernement ou ses institutions lors de conflits armés ou d'autres situations d'urgence?
3. La législation nationale prévoit-elle des dispositions spécifiques concernant le respect et la protection des blessés et des malades, du personnel de santé, ainsi que des structures et des moyens de transport sanitaires pendant les conflits armés?
  - a. La législation nationale prévoit-elle des dispositions spécifiques concernant la fourniture des soins de santé et la protection des patients et du personnel de santé, ainsi que des structures et des moyens de transport sanitaires dans les autres situations d'urgence?
  - b. Si tel est le cas, qu'entend-on par « autres situations d'urgence » (autrement dit, quel est le champ d'application exact de cette législation)?
  - c. Si ces dispositions existent, en quoi diffèrent-elles de la protection générale dont jouissent en tout temps les patients et le personnel de santé, ainsi que les structures et les moyens de transport sanitaires?
4. La protection des services de santé est-elle régie par des lois visant spécifiquement les soins de santé ou moyennant des dispositions y afférentes intégrées dans le cadre plus général de la législation existante (code pénal, réglementations relatives aux services de santé, législation sur l'atténuation des effets des catastrophes, etc.)?
5. La protection des soins de santé est-elle intégrée dans les politiques de l'État relatives aux opérations militaires et à l'application des lois (par exemple, manuel militaire ou directives opérationnelles sur l'application des lois)? De quelle manière ces réglementations traitent-elles la protection des soins de santé?

6. Quels sont les textes législatifs réglementant l'exercice des activités médicales et la fourniture des services de santé dans l'État en temps de paix et lors des conflits armés?
7. Quelles instances supervisent les activités de soins de santé au sein de l'État?<sup>5</sup> Par exemple, les activités de soins de santé (telles que les services médicaux, infirmiers, orthopédiques, pharmaceutiques ou ambulanciers) sont-elles organisées sous la supervision d'associations professionnelles nationales ou d'une instance similaire?

Si tel est le cas, la législation nationale définit-elle clairement le rôle et les responsabilités de ces associations professionnelles, notamment pour ce qui est du respect de l'éthique professionnelle et de leur contribution à la protection de leurs membres contre les actes de violence?

8. La législation ou la réglementation en vigueur dans le pays:
  - a. définit-elle clairement les catégories suivantes : personnels de soins de santé ; activités médicales ; unités/infrastructures/structures et moyens de transport sanitaires?
  - b. définit-elle clairement le rôle et les responsabilités de chaque catégorie de professionnels de la santé, en temps de paix comme lors de conflits armés et d'autres situations d'urgence?
  - c. fournit-elle un cadre clair permettant d'affecter des personnes ou des biens à des tâches ou à des fins exclusivement médicales lors d'un conflit armé?
  - d. autorise-t-elle et reconnaît-elle que des personnes ou des biens soient affectés à des tâches ou à des fins exclusivement médicales lors d'un conflit armé?<sup>6</sup>
9. Le droit national prévoit-il une obligation générale de porter secours ou assistance aux personnes qui nécessitent des soins médicaux urgents?
10. Si tel est le cas, cette obligation s'applique-t-elle également aux forces armées et aux organes d'application des lois, et le non-respect de cette obligation (non-assistance à une personne en détresse médicale) entraîne-t-il des sanctions pénales, indépendamment des circonstances?

---

5 Les États adoptent des approches très diverses pour réglementer les activités de soins de santé au travers des instances de supervision. Certains États se dotent d'un conseil ou d'un syndicat national pour traiter les questions relatives à la réglementation des services, à l'inscription à l'ordre professionnel, ainsi qu'au droit du travail, souvent en concertation avec une association professionnelle nationale chargée des aspects plus techniques. Dans d'autres États, une seule association professionnelle s'occupe de l'ensemble de ces questions et travaille pour cela en lien étroit avec une instance placée directement sous la tutelle du ministère de la Santé.

6 Le fait d'affecter des personnes et des biens à des tâches et à des fins exclusivement médicales offre l'avantage, en temps de guerre, de garantir que le pays est en mesure de répondre aux besoins sanitaires de sa population. La reconnaissance consiste en une confirmation, par les autorités des parties au conflit, du fait qu'un individu ou un bien déterminé est destiné à occuper une fonction purement médicale dans un conflit armé (et, par extension, qu'il n'est pas censé occuper une autre fonction, notamment militaire). À l'inverse, l'autorisation consiste à octroyer à l'individu ou au bien concerné les habilitations, les avantages ou les droits indissociables de sa fonction médicale, notamment pour ce qui est de l'utilisation des emblèmes protecteurs.

# QUESTIONS DE FOND

Les questions suivantes permettent d'évaluer la compatibilité de la législation et des diverses réglementations, politiques et pratiques nationales, et de mettre en évidence les dispositions qui pourraient nécessiter des changements.

## A. LOIS ET RÉGLEMENTATIONS POUVANT NÉCESSITER DES CHANGEMENTS POUR GARANTIR LA PROTECTION DES PROFESSIONNELS ET DES STRUCTURES DE SANTÉ (Y COMPRIS LES RÈGLES RELATIVES À L'ÉTHIQUE DES SOINS DE SANTÉ ET AU SECRET MÉDICAL)

Lors de conflits armés ou d'autres situations d'urgence, les professionnels de la santé, depuis les secouristes jusqu'aux équipes médicales en poste dans les hôpitaux, sont exposés non seulement à des actes de violence physique mais aussi à de fortes contraintes quant à la façon dont ils doivent accomplir les tâches qui sont au cœur de leur métier.

1. Dans ces contextes, les professionnels de la santé se trouvent bien souvent partagés entre, d'une part, leurs obligations juridiques et réglementaires et, d'autre part, leurs obligations éthiques. Cette problématique, qui n'est pas nouvelle, provient essentiellement d'un décalage entre les préoccupations sécuritaires (ou de santé publique) de l'État et la nécessité, pour les professionnels de la santé, d'obéir aux obligations fondamentales inhérentes à leur fonction, quelles que soient les circonstances extérieures.
2. Les agents de santé qui opèrent dans des environnements sensibles et dangereux sont exposés à des actes de violence interpersonnelle. Il convient donc d'établir un cadre qui leur permette de planifier, de préparer et d'accomplir leurs tâches en toute sécurité.
3. Bien qu'elle ne trouve pas toujours son origine dans les conflits armés ou d'autres situations d'urgence, cette violence qui s'exerce de manière insidieuse contre les professionnels de la santé à l'intérieur des structures médicales, et qui est parfois exacerbée par la facilité avec laquelle des armes peuvent y être illégalement introduites, est un sujet de préoccupation majeur dans presque tous les pays.
4. Les professionnels de la santé doivent en tout temps, et plus particulièrement dans les conflits armés et d'autres situations d'urgence, bénéficier d'assurances professionnelles individuelles et collectives couvrant les risques auxquels ils sont exposés.

Une législation et une réglementation nationales appropriées sont indispensables pour résoudre ces problèmes.

Documents de référence :

1. [Rapport de l'atelier d'experts de Bruxelles](#)
2. [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](#)

### **Exemples de problèmes d'ordre humanitaire liés à des violations de l'éthique médicale**

- Des forces armées ou de sécurité qui contraignent des professionnels de la santé à faire passer leurs propres soldats avant d'autres catégories de patients ou qui les empêchent de prodiguer des soins à des combattants ennemis blessés.
- Des forces armées ou de sécurité qui contraignent des professionnels de la santé à accomplir des actes pouvant être perçus comme nuisibles aux patients (approuver un placement en isolement cellulaire, superviser des interrogatoires « durs », etc.).

- Une législation nationale qui oblige les professionnels de la santé à signaler certaines catégories de blessés ou de malades avant d'être autorisés à les prendre en charge.
- Une législation nationale qui oblige les professionnels de la santé à rompre le secret médical en leur imposant de transmettre des informations à caractère personnel sur les patients ou les dossiers médicaux de ces derniers.
- Une législation nationale qui pénalise le simple fait de fournir une assistance et des traitements médicaux à certaines catégories de personnes considérées comme des ennemis de l'État, en particulier celles qui sont soupçonnées de prendre part à des actes en lien avec le terrorisme.
- Des personnels de santé qui, en raison de leurs propres préjugés ou de leurs allégeances politiques, pratiquent une discrimination contre certains patients perçus comme méritant moins d'être soignés.

### **Exemples de types de violences interpersonnelles ou d'intimidations nuisant aux soins de santé**

- Actes de violence physique et verbale commis contre des professionnels de la santé par des patients, leurs amis ou leurs proches excédés d'avoir eu à attendre ou de recevoir un diagnostic autre que celui espéré, ou par une famille laissant libre cours à sa colère après le décès d'un être cher à l'hôpital, etc.
- Actes de violence perpétrés contre des professionnels de la santé, des patients et des structures sanitaires par des communautés spécifiques ou par la population en général, souvent dans une réaction de défiance, de rejet ou de crainte au cours d'un conflit armé ou d'autres situations d'urgence<sup>7</sup>.
- D'autres formes de comportements individuels ou collectifs qui nuisent au fonctionnement des services de santé (par exemple, le refus de se soumettre à des procédures imposées par des contraintes de santé publique, le fait d'exiger d'être pris en charge en priorité).
- La criminalité de droit commun, des tensions politiques ou la violence généralisée entravant l'accès aux services de santé au sein de la communauté ou des établissements sanitaires mêmes.

### **Questions**

#### **I. Protection de l'éthique médicale**

1. Quelles sont les lois et/ou réglementations nationales régissant et protégeant les obligations éthiques applicables aux professionnels de la santé?

Les associations nationales de professionnels de la santé ont-elles adopté des codes de déontologie?

2. Les règles nationales applicables aux obligations éthiques sont-elles conformes aux normes internationales en la matière (par exemple, [le Code international d'éthique médicale de l'AMM](#), [les Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence](#))?
3. La formation professionnelle des personnels de santé et des intervenants dans les situations d'urgence inclut-elle des séances d'information sur les lois et les réglementations qui leur sont applicables (concernant leurs droits et leurs devoirs) lors de conflits armés ou d'autres situations d'urgence?
4. La législation nationale applicable aux professionnels de la santé est-elle compatible avec les obligations éthiques suivantes?
  - a. Toujours dans l'intérêt supérieur du patient.
  - b. Prodiguier des soins médicaux en toute impartialité.
  - c. Respecter le secret médical.

---

<sup>7</sup> Par exemple, dans le contexte de flambées épidémiques (telles que la pandémie de Covid-19 et l'épidémie d'Ébola) ou du déploiement de campagnes de vaccination (à l'instar de ce qui a été observé dans le cas de la poliomyélite).

5. La législation nationale garantit-elle la primauté des soins médicaux sur les activités militaires et les mesures de maintien de l'ordre? En d'autres termes, garantit-elle aux patients le droit de recevoir des soins médicaux avant d'être arrêtés pour une infraction pénale et conformément aux systèmes de triage, indépendamment de la force armée à laquelle ils appartiennent?

*Nigéria, [Projet de loi sur le traitement et les soins dus aux blessés par balle](#) (Compulsory Treatment and Care for Victims of Gunshots Bill, 2017)*

La section 1 établit le droit de toute personne blessée par balle d'être soignée et la section 4 stipule que les forces de police ne sont pas autorisées à transférer une personne blessée par balle hors de l'hôpital à des fins d'enquête tant que le médecin chef dudit hôpital n'a pas déclaré que le patient est « apte et ne présente plus un besoin vital d'assistance médicale ».

6. La législation nationale garantit-elle le droit des personnels de santé d'accomplir leurs tâches médicales et de ne pas être contraints de commettre des actes contraires aux principes de l'éthique médicale?

*Éthiopie, [Code pénal, Proclamation n° 414/2004](#) (2005), article 271, par. 1, al. c*

« Est passible des sanctions prévues à l'article 270 quiconque [...] planifie, ordonne ou applique des mesures visant à contraindre des personnes exerçant des activités [...] médicales d'accomplir des actes ou des tâches incompatibles avec les règles et la déontologie de leur profession, ou avec d'autres règles qui protègent les blessés, les malades ou la population civile, ou [visant à] empêcher lesdites personnes d'agir conformément à ces règles et cette déontologie. »

7. La législation ou le code de déontologie médicale en vigueur dans le pays limitent-ils ou interdisent-ils l'introduction d'armes dans les structures sanitaires?
8. La législation régissant les droits et les devoirs des personnels de santé garantit-elle l'impartialité médicale et l'indépendance totale des professionnels de la santé en ce qui concerne leur capacité à évaluer l'intérêt supérieur du patient dans chaque cas et à prendre des décisions en conséquence?

*France, [Code de la défense](#) (2004, tel qu'amendé en 2008), article D4122-8*

S'agissant de l'« impartialité médicale » dans les conflits armés, le Code de la défense stipule que les combattants doivent recueillir, protéger et soigner « les blessés, les malades et les naufragés sans aucune discrimination fondée sur la race, le sexe, la religion, la nationalité, l'idéologie ou l'ethnie ».

*Pérou, [Décret relatif à l'emploi de la force par les forces armées](#) (2010), article 8, par. 2, al. 1*

Le décret énonce que les personnes mises hors de combat par maladie ou blessure seront, en toutes circonstances, traitées sans aucune distinction de caractère défavorable fondée sur la race, la couleur, la religion ou la croyance, le sexe, la naissance, le statut socio-économique ou tout autre critère analogue.

9. La législation nationale interdit-elle ou limite-t-elle la fourniture de soins de santé à certaines catégories de personnes (migrants légaux ou illégaux, individus considérés comme des terroristes, délinquants en fuite, membres de groupes armés organisés ou d'autres groupes illégaux, réfugiés, demandeurs d'asile, etc.)? À l'inverse, la loi prévoit-elle, dans les situations d'urgence, que certaines catégories de personnes reçoivent en priorité des soins médicaux (par exemple, les membres des forces armées et de sécurité)?

*Afghanistan, [Loi sur la santé publique](#) (2009), article 18*

Cet article garantit la fourniture de soins médicaux d'urgence par les structures sanitaires les plus proches aux « personnes dont l'état de santé requiert une assistance médicale d'urgence, sans aucune discrimination et en tenant compte du degré de priorité devant être accordé aux patients ».

Somalie, [Code pénal militaire](#) (1963), article 374

L'article ci-dessus prévoit une peine de prison militaire pour tout « soldat affecté au service sanitaire qui, pendant ou après les combats, ne prête pas assistance aux soldats ou à d'autres personnes accompagnant régulièrement les forces armées belligérantes qui sont malades, blessés ou naufragés, y compris à ceux appartenant au camp adverse ».

Royaume Uni, [Manuel de droit des conflits armés \(Law of Armed Conflict Manual\)](#) (2004), paragraphe 7.3.2

Il est interdit « de faire primer la prise en charge des blessés du Royaume-Uni et de ses alliés sur celle du personnel ennemi blessé. La seule distinction qu'il est permis d'opérer dans la prise en charge des blessés ou des malades est celle dictée par les besoins médicaux réels ».

10. Quels sont les recours juridiques ou professionnels ouverts aux professionnels de la santé ayant été pressés ou contraints de violer des obligations éthiques fondamentales? Le système de signalement ou de dépôt de plainte applicable est-il effectif?

Royaume-Uni, [Guide à l'usage des employeurs du National Health Service \(NHS\) concernant les violences commises contre les personnels \(NHS Employers guidance on violence against staff\)](#) et [Règlementation relative à la gestion de la santé et de la sécurité au travail \(Management of Health and Safety at Work Regulations\)](#) (1999)

Le guide fait état d'une possibilité de recours juridique, au titre de laquelle des agents de santé « malmenés, menacés ou agressés dans des situations liées au travail » sont en droit de poursuivre leur employeur pour obtenir réparation. La réglementation, quant à elle, énonce que l'employeur est tenu de mettre en œuvre des mesures de prévention et de protection afin de prémunir ses employés contre des dangers graves et imminents.

11. La législation nationale garantit-elle le secret médical? Quelles sont les exceptions à ce principe prévues dans le droit national? Quelles sont les circonstances dans lesquelles un professionnel de la santé peut/doit communiquer aux autorités de l'État des informations relatives au patient?

Philippines, [Ordonnance n° 212 portant modification du décret présidentiel n° 169 sur le signalement des blessés par les médecins praticiens](#) (1987)

Cette ordonnance modifie un décret présidentiel qui obligeait les professionnels de la santé, sous peine de sanctions pénales et administratives, à signaler aux autorités militaires la prise en charge de patients souffrant de blessures physiques graves et moins graves telles que définies dans le Code pénal. L'ordonnance maintient l'obligation pour les professionnels de signaler de telles prises en charge mais en précisant que lesdits signalements doivent être adressés aux autorités gouvernementales compétentes en matière de santé civile.

12. Dans les cas où des dérogations au secret médical sont prévues :
- ces dérogations sont-elles conformes à l'éthique médicale (autrement dit, inspirées par l'intérêt supérieur du patient, par exemple, lorsqu'un patient nécessitant des soins médicaux n'est pas en mesure de donner son consentement éclairé) ou fondées sur d'autres motifs impérieux, comme les urgences de santé publique ou lorsque la divulgation d'informations personnelles a pour but d'éviter la commission de crimes graves?
  - ces dérogations sont-elles rigoureusement définies et limitées par le droit?
  - les notions y afférentes (par exemple, « danger international pour la santé publique », « ordre public », « sécurité de l'État » ou « situations d'urgence ») sont-elles clairement définies?
  - le droit définit-il clairement l'objectif de la divulgation d'informations à caractère personnel aux autorités de l'État?
  - le droit est-il formulé en termes suffisamment clairs pour que des professionnels de la santé non juristes puissent facilement faire la distinction entre l'obligation et l'autorisation de transmettre des informations à caractère personnel aux autorités de l'État?

13. Le droit définit-il clairement le type d'informations devant être communiquées aux autorités de l'État et ces informations sont-elles limitées au strict nécessaire vis-à-vis de l'objectif de la dérogation au secret médical et des circonstances qui en sont à l'origine?
14. Lorsque des informations personnelles sur des patients doivent être transmises à la demande ou sur l'ordre d'autorités de l'État (membres de forces armées, responsables de l'application des lois, services de renseignement, autorités judiciaires ou ministérielles, par exemple), le droit apporte-il aux professionnels de la santé des garanties de procédure et des recours suffisants pour leur assurer que ladite demande ou ledit ordre n'est pas arbitraire et est conforme à la loi?
15. Les dérogations au secret médical qui s'appliquent lors de conflits armés ou d'autres situations d'urgence diffèrent-elles de celles prévues en temps de paix?
16. Les professionnels de la santé qui divulguent des informations personnelles sur des patients sans leur consentement, en dehors des dérogations prévues par la loi, sont-ils passibles de sanctions pénales et disciplinaires?<sup>8</sup>
17. Existe-t-il des sanctions disciplinaires et pénales effectives permettant de punir des personnes ayant contraint des professionnels de la santé à accomplir des actes manifestement contraires à leurs obligations éthiques et au droit des individus à la santé (par exemple, en forçant des agents de santé à effectuer des actes qui portent ou pourraient porter préjudice au patient, en les empêchant de prodiguer des soins ou, au contraire, en les contraignant à donner la priorité à certaines catégories de personnes, ou en les obligeant illégalement à rompre le secret médical)?

*Éthiopie, Code pénal, proclamation n°414/2004 (2005), article 271, par. 1, al. c*

« Crimes de guerre commis contre des blessés, des malades ou des naufragés, ou contre des services médicaux. Est passible [d'une peine de 5 à 25 ans d'emprisonnement ou, dans les cas les plus graves, de l'emprisonnement à vie ou de la peine capitale] quiconque, dans les circonstances exposées ci-avant [c'est-à-dire en temps de guerre, de conflit armé ou d'occupation, et en violation des règles du droit international public ainsi que des conventions internationales à portée humanitaire], planifie, ordonne ou applique des mesures visant à contraindre des personnes exerçant des activités [...] médicales d'accomplir des actes ou des tâches incompatibles avec les règles et la déontologie de leur profession [...] ou avec d'autres règles qui protègent les blessés, les malades ou la population civile, ou [visant à] empêcher lesdites personnes d'agir conformément à ces règles et cette déontologie. »

18. À l'inverse, les violations graves de l'éthique médicale commises intentionnellement par des professionnels de la santé sont-elles passibles de sanctions administratives, disciplinaires et/ou pénales?

*Indonésie, Loi n°29 de 2004 relative aux pratiques médicales, article 69*

Un médecin ayant violé l'éthique médicale s'expose à des mesures disciplinaires sous la forme d'un avertissement écrit, d'une révocation de son droit d'exercer la médecine et/ou d'une participation obligatoire à une formation médicale supplémentaire.

*Mexique, Loi générale sur la santé (1984), article 469*

Tout professionnel de la santé qui refuse sans motif valable de porter assistance à une personne en situation d'urgence, mettant la vie de cette dernière en danger, sera puni d'une peine d'emprisonnement allant de six mois à cinq ans.

<sup>8</sup> Pour consulter des exemples portant sur 21 pays, voir l'ouvrage intitulé *Legal Opinion on the Obligation of Healthcare Professionals to Report Gunshot Wounds*, de l'Institut suisse de droit comparé, qui couvre l'Afrique du Sud, l'Australie, la Chine, la Colombie, l'Égypte, El Salvador, l'Espagne, la France, le Liban, le Mexique, le Népal, le Niger, le Nigéria, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, le Royaume-Uni, la Russie, le Soudan du Sud, la Tunisie et l'Ukraine: <https://www.isdc.ch/media/1834/17-120-final-nov19.pdf> (en anglais uniquement).

## II. Protection contre les violences interpersonnelles qui nuisent aux soins de santé

1. L'exposition à la violence est-elle prise en compte dans la gestion du système de santé, et le cadre réglementaire exige-t-il des mécanismes qui visent à prévenir les incidents et la perturbation des programmes dus aux conditions de sécurité?<sup>9</sup>
2. Quelle est l'autorité gouvernementale (nationale, régionale ou locale) chargée de réglementer l'emploi de mesures de sécurité actives et passives dans les structures sanitaires, afin de protéger les personnels de santé et leurs patients contre la commission d'actes de violence à l'intérieur de ces structures? La réglementation applicable prévoit-elle de faire porter aux autorités gouvernementales le coût de ces mesures de sécurité lorsqu'elles concernent des structures sanitaires situées dans des zones sensibles et dangereuses? Ces dispositions tiennent-elles compte de l'équilibre devant être assuré entre, d'une part, la sécurité de la structure et du personnel et, d'autre part, la facilité d'accès pour les usagers?
3. La réglementation nationale/régionale/locale applicable à la sécurité des infrastructures de santé opère-t-elle une distinction entre structures publiques et privées?
4. Existe-t-il une politique nationale destinée à lutter contre les violences interpersonnelles commises contre les professionnels de la santé (en dehors des conflits ou d'autres situations d'urgence)? Si oui, quels sont les dispositifs de réglementation et de supervision en place pour assurer la mise en œuvre de cette politique?
5. Existe-t-il une loi, une réglementation ou une pratique qui limite ou interdit l'introduction d'armes dans les structures sanitaires par les membres de la communauté, des forces armées ou des forces de l'ordre?
6. En vertu du droit national, tous les professionnels de la santé, ainsi que les volontaires, les premiers intervenants et les employés de services ambulanciers et préhospitaliers bénéficient-ils d'une assurance santé en cas de blessure, de maladie (mentale ou physique) ou d'incapacité induite par leur travail?
7. Le droit opère-t-il une distinction entre les services de santé d'urgence et les autres services d'urgence de l'État (tels que la police)?

*Australie, [Loi relative aux services d'urgence \(Emergencies Act\)](#) (2004)*

Les services ambulanciers, de secours et de lutte contre l'incendie relèvent de l'autorité du commissaire des services d'urgence. Celui-ci est responsable de la direction et de la gestion stratégiques générales des services d'urgence, ainsi que de l'appui opérationnel et administratif apporté à ces services. La loi ne place pas les forces de police dans la catégorie des services d'urgence mais prévoit des scénarios dans lesquels lesdits services sont susceptibles de prêter assistance aux forces de police dans la gestion d'un incident ou d'une urgence.

---

<sup>9</sup> Par exemple, le modèle de [Cadre pour un accès plus sûr](#), ou un cadre similaire, est-il connu et utilisé par la Société nationale (et éventuellement par d'autres intervenants dans les situations d'urgence/professionnels de la santé) lorsqu'elle opère dans des environnements sensibles et dangereux?

## B. DISPOSITIONS VISANT À PROTÉGER ET À ENCADRER L'USAGE DES EMBLÈMES DISTINCTIFS RECONNUS PAR LE DIH, AINSI QUE DES AUTRES SIGNES SERVANT À IDENTIFIER LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Lors de conflits armés et d'autres situations d'urgence, la protection des soins de santé (aussi bien en termes de fourniture que d'accès) repose pour une bonne part sur la valeur protectrice et indicative des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge arborés par les personnels de santé, ainsi que par les structures et les moyens de transport sanitaires. Dans certains cas, d'autres emblèmes peuvent aussi être efficacement employés à cette fin.

Il est communément admis qu'une législation nationale encadrant de façon appropriée l'utilisation de ces emblèmes contribue grandement à garantir leur pouvoir protecteur.

Documents de référence :

1. [Rapport de l'atelier d'experts de Bruxelles](#)
2. [Loi modèle proposée par le CICR concernant l'utilisation et la protection des emblèmes](#)
3. [Étude du CICR sur l'usage des emblèmes](#)

### *Exemples d'usages abusifs des emblèmes protégés*

Il existe différentes formes d'usages abusifs des emblèmes protégés, dont les répercussions peuvent être plus ou moins importantes sur le plan humanitaire :

- les usages abusifs des emblèmes à des fins commerciales ou de collecte de fonds par des acteurs locaux, qui peuvent indirectement ternir le prestige ou affaiblir la signification des emblèmes en tant que manifestations visibles de la protection octroyée aux professionnels de la santé, quand ils ne constituent pas une fraude pure et simple ;
- l'utilisation des emblèmes sur des véhicules militaires non sanitaires pour transporter des troupes ou du matériel ;
- la perfidie, qui constitue la forme la plus extrême d'abus des emblèmes au cours d'un conflit armé.

Seules certaines entités et personnes sont autorisées à faire usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge et ce, dans des conditions bien définies. Il est donc recommandé de concevoir d'autres logos pouvant être utilisés par l'ensemble des entités et professionnels de la santé qui ne sont pas habilités à arborer les emblèmes<sup>10</sup>.

En plus d'établir s'il existe des lois adéquates sur les emblèmes, il convient de déterminer les modalités et processus mis en œuvre pour faire connaître au grand public les règles nationales régissant leur usage et leur protection. À cet égard, il pourra également être pertinent d'examiner comment la Société nationale s'efforce de relever ce défi.

### **Questions**

1. L'État s'est-il doté d'une législation nationale pour réglementer l'usage et la protection des emblèmes en temps de paix comme dans les conflits armés et d'autres situations d'urgence ?

Si tel est le cas, cette législation :

- a. identifie-t-elle clairement les entités habilitées à utiliser les emblèmes ?
- b. définit-elle clairement les usages pour lesquels une autorisation spéciale est requise ?
- c. désigne-t-elle les autorités chargées de réglementer l'usage général et à titre exceptionnel des emblèmes ?
- d. prévoit-elle des sanctions claires en cas d'usage abusif des emblèmes ?

<sup>10</sup> Voir : <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/mision-medica.aspx> (en espagnol uniquement).

Pour des orientations plus précises, veuillez vous référer à la [Loi modèle concernant l'utilisation et la protection des emblèmes](#).

Dans le cas contraire, quelle est la réglementation encadrant l'usage des emblèmes?

Albanie, [Loi n°7865 relative à la protection de l'emblème et de la dénomination de la Croix-Rouge](#) (1994)

- Article 2: L'emblème de la croix rouge est utilisé à des fins indicatives et de protection conformément aux Conventions de Genève, aux Protocoles additionnels et à la présente loi.
- Articles 3-4: La Croix-Rouge albanaise, les organismes internationaux de la Croix-Rouge et leur personnel sont autorisés à utiliser l'emblème en toutes circonstances.
- Article 5: En temps de guerre, l'utilisation des emblèmes est soumise à l'autorisation du Conseil des ministres ou des instances que ceux-ci ont instituées.
- Article 7: L'usage par des personnes physiques et morales des emblèmes et de la dénomination de la Croix-Rouge dans des conditions contraires aux dispositions de la présente loi, et par conséquent aux Conventions de Genève et à leurs Protocoles additionnels, constitue une infraction administrative mineure passible d'une amende de 1000 à 10 000 leks (monnaie locale).

Arménie, [Loi sur l'utilisation et la protection des emblèmes de la croix rouge et du croissant rouge](#) (2002)

- Articles 9-12 et 14-15: L'utilisation des emblèmes est soumise aux dispositions des Conventions de Genève et de leurs Protocoles additionnels I et II. Les emblèmes peuvent être utilisés à des fins indicatives et protectrices, en temps de paix comme en temps de guerre, par le service de santé des forces armées, par le personnel sanitaire civil, ainsi que par la Société de la Croix-Rouge arménienne.
- Article 13: Les emblèmes peuvent être utilisés par du personnel ou des unités humanitaires d'États neutres et d'autres États non parties au conflit avec l'accord du ministère de la Défense et sous le contrôle de la Société de la Croix-Rouge arménienne.
- Article 21: L'usage illicite des emblèmes est puni en vertu de la législation applicable.

2. La législation nationale réglemente-t-elle l'usage d'emblèmes liés à la fourniture de services de santé autres que ceux prévus par le droit international? Si tel est le cas:
  - a. tout comme pour la croix rouge, le croissant rouge et le cristal rouge, la législation applicable précise-t-elle clairement les signes choisis, les entités habilitées à les utiliser, l'usage pour lequel ils sont autorisés, ainsi que l'autorité nationale compétente pour réglementer cet usage?
  - b. leur utilisation est-elle autorisée dans les situations de conflit armé?
  - c. un processus a-t-il été mis en place pour éviter toute confusion avec d'autres emblèmes protégés pendant un conflit armé ou d'autres situations d'urgence?

Brésil, [Loi n°3.960](#) (1961) et [décret n°966](#) (1962)

La loi présente une description et un dessin de l'emblème. Celui-ci est décrit comme un « bâton serpenteur rouge sur fond blanc ». Le décret autorise le personnel, les unités, les structures, ainsi que les véhicules médicaux et paramédicaux, à l'exclusion des membres des forces armées, à arborer l'emblème à des fins de protection.

3. L'État s'est-il doté d'un dispositif permettant de recenser, de traiter et de sanctionner adéquatement l'usage abusif des emblèmes? Quelles sont les autorités étatiques chargées de recevoir les allégations de tels abus? La Société nationale a-t-elle un rôle à jouer en aidant les autorités concernées à enquêter sur ces abus et à en rendre compte?

4. La législation et la réglementation nationales prévoient-elles des mesures disciplinaires dissuasives, notamment des sanctions pénales, susceptibles d'être infligées aux membres des forces armées qui emploieraient les emblèmes distinctifs à des fins autres que celles 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 dissimuler des armes ou des soldats?

Algérie, [Code de justice militaire](#), article 299 (1971)

« Est puni d'un emprisonnement d'un (1) à cinq (5) ans, tout individu militaire ou non qui, en temps de guerre, dans la zone d'opération [...], en violation des lois et coutumes de la guerre, emploie indûment les signes distinctifs et emblèmes définis par les conventions internationales pour assurer le respect des personnes, des biens, ainsi que des lieux protégés par ces conventions. »

Australie, [Droit des conflits armés \(ADFP 37 – Law of Armed Conflict\)](#) (1994), paragraphe 1315(l)

Le fait d'usurper ou d'utiliser abusivement le symbole de la croix rouge aux fins de bénéficier d'une protection à laquelle l'utilisateur n'aurait normalement pas droit relève des « violations graves ou des crimes de guerre graves susceptibles d'entraîner des poursuites pénales ».

États-Unis, [Manuel à l'usage des commissions militaires \(The Manual for Military Commissions\)](#) (2007), section 950v(b)(19)

« Toute personne relevant du présent chapitre qui utilise intentionnellement un emblème distinctif reconnu par le droit de la guerre à des fins militaires, d'une manière incompatible avec ledit droit, est passible de la sanction que la commission militaire, établie au titre du présent chapitre, prononcera. [...] Peine maximale. Vingt ans d'emprisonnement. »

5. Plus généralement, l'usurpation des emblèmes protégés, en temps de paix comme en temps de guerre, que ce soit par des civils ou du personnel militaire, est-elle considérée comme une infraction pénale dans l'État?

Bosnie-Herzégovine, [Code pénal](#) (2003), article 184

« Quiconque utilise abusivement ou arbore sans autorisation [...] l'emblème ou des drapeaux de la Croix-Rouge, ou des symboles leur correspondant [...] est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement d'une durée maximale de trois ans. »

Tchad, [Loi n° 053/PR/2014 portant utilisation et protection des emblèmes de la Croix-Rouge, du Croissant-Rouge et de tout autre signe distinctif](#) (2014), article 10

« Est punie d'un emprisonnement de 15 jours à 2 ans et d'une amende de 50 000 à 200 000 francs, ou [de] l'une de ces deux peines seulement :

- toute personne qui, intentionnellement et sans y avoir droit, fait usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge ou de l'appellation « Croix-Rouge » ou « Croissant-Rouge », d'un signal distinctif ou de tout autre signe, dénomination ou signal en constituant une imitation ou pouvant prêter à confusion, quel que soit le but de cet usage ;
- toute personne qui, notamment, fait figurer lesdits emblèmes ou appellations sur des enseignes, affiches, annonces, prospectus ou papiers de commerce, ou les appose sur des marchandises ou des emballages, ou vend ou met en vente ou en circulation des marchandises ainsi marquées ;
- toute personne qui commet ou donne l'ordre de commettre l'infraction dans la gestion d'une personne morale. »

## C. MESURES PÉNALES EFFECTIVES POUR SANCTIONNER LES VIOLATIONS COMMISES CONTRE DES PERSONNELS DE SANTÉ, AINSI QUE DES STRUCTURES ET DES MOYENS DE TRANSPORT SANITAIRES

Pour déterminer si un cadre normatif national est approprié, il convient de faire particulièrement attention à l'absence de mesures pénales et disciplinaires permettant de sanctionner efficacement les violations des règles qui protègent les soins de santé, que ces violations soient commises par des particuliers ou des fonctionnaires (y compris par des membres des forces armées et de sécurité, ainsi que par des responsables de l'application des lois). Cela requiert d'évaluer précisément des points tels que la nature des sanctions, leur champ d'application et les moyens mobilisés à cette fin, leur spécificité et les types de comportements devant être sanctionnés, mais il est également important d'étudier la pertinence des mesures à adopter pour renforcer l'efficacité de ces sanctions et garantir leur effet dissuasif.

Les questions suivantes sont traitées ailleurs et concernent les sanctions pénales requises :

1. L'usurpation des emblèmes protégés, en temps de paix comme en temps de guerre, que ce soit par des civils ou du personnel militaire, est-elle considérée comme une infraction pénale dans l'État et passible de sanctions administratives ?
2. En vertu du droit national, les forces armées et les organes d'application des lois sont-ils tenus de prêter activement assistance aux professionnels de la santé dans l'exercice de leurs fonctions (et, *a fortiori*, de ne pas entraver leur action) lors de situations d'urgence ? Le non-respect de cette obligation est-il passible de sanctions disciplinaires et/ou pénales ?
3. Existe-t-il des sanctions disciplinaires et pénales effectives permettant de punir des personnes ayant contraint des professionnels de la santé à accomplir des actes manifestement contraires à leurs obligations éthiques et au droit des individus à la santé (par exemple, en forçant des agents de santé à effectuer des actes qui portent ou pourraient porter préjudice au patient, en les empêchant de prodiguer des soins ou, au contraire, en les contraignant à donner la priorité à certaines catégories de personnes, ou en les obligeant illégalement à rompre le secret médical) ?

### Questions

1. Selon la législation nationale, toutes les infractions graves au DIH et les autres violations graves de celui-ci (y compris celles survenant lors de conflits armés non internationaux) qui sont commises contre des blessés et des malades protégés, ainsi que contre des personnels de santé, des structures et des moyens de transport sanitaires, sont-elles considérées comme des crimes de guerre ?

Pour des orientations plus détaillées, veuillez vous référer au chapitre 3 du [Manuel sur la mise en œuvre nationale du droit international humanitaire](#) établi par les Services consultatifs du CICR.

Belgique, [Code pénal](#) (1867, tel qu'amendé en 2003), article 136quater

Constitue un crime de guerre, tel que défini dans les Conventions de Genève du 12 août 1949, leurs Protocoles additionnels I et II de 1977, ainsi que dans le Statut de Rome de la Cour pénale internationale de 1998, et est réprimé conformément aux dispositions du présent code, « 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 ».

Roumanie, [Code pénal](#) (2009, tel qu'amendé en 2017), article 442, par. 1, al. a-b

«Toute personne qui, au cours d'un conflit armé de caractère international ou non international: a) lance une attaque contre du personnel, des installations, du matériel, des unités ou des véhicules contribuant à une mission d'aide humanitaire ou à une mission de maintien de la paix en vertu de la Charte des Nations Unies, et bénéficiant de la protection que le droit international humanitaire [octroie] aux civils et aux biens de caractère civil; b) lance une attaque contre du personnel, des bâtiments, des unités médicales ou des moyens de transport sanitaires qui arborent les signes distinctifs prévus par les Conventions de Genève, conformément au droit international humanitaire, est punie de 7 à 15 [ans] de privation de droits.»

Estonie, [Code pénal](#) (2001), paragraphe 102

Sont qualifiés de crimes de guerre les actes tels que «[l]e fait de tuer un membre d'une unité sanitaire arborant les signes distinctifs adéquats ou toute autre personne prodiguant des soins à des blessés ou des malades, le ministre d'un culte, un représentant d'une organisation humanitaire exerçant ses fonctions dans une zone de guerre [ou un] représentant d'une mission de maintien de la paix [ou le fait de commettre des actes visés au paragraphe antérieur] si ces actes: 1) entraînent le décès de la victime; ou 2) amènent la victime à se suicider ou à tenter de se suicider. [Lesdits actes] sont passibles d'une peine allant de 8 à 20 ans de prison, ou d'un emprisonnement à vie».

2. La législation pénale nationale considère-t-elle les actes de perfidie (voir l'article 37 du Protocole additionnel I) comme des crimes de guerre?

Irak, [Loi n° 10 de 2005 – Statut du Haut Tribunal pénal irakien](#) (2005)

En vertu de l'article 13, par. 2, al. L, et par. 4, al. I (s'agissant de la commission du crime dans le contexte d'un conflit armé international ou non international, respectivement) «[l]e fait de tuer ou de blesser par trahison des individus appartenant à la nation ou à l'armée ennemie» constitue une violation grave des lois et des coutumes de la guerre.

République démocratique du Congo, [Loi n° 15/022 portant amendement du Code pénal](#) (2015)

En vertu de l'article 223, par. 2, al. k et par. 5, al. i (s'agissant de la commission du crime dans le contexte d'un conflit armé international ou non international, respectivement) «[a]ux fins de la présente loi, on entend par «crimes de guerre» [...] le fait de tuer ou de blesser par trahison des individus appartenant à la nation ou à l'armée ennemie».

3. Les actes de violence (attaques délibérées ou autres formes d'agressions, de menaces ou d'immixtions graves et délibérées dans la fourniture de soins de santé) perpétrés contre le personnel de santé, ainsi que les structures et moyens de transport sanitaires constituent-ils des crimes particuliers/*sui generis* dans le droit pénal national ou relèvent-ils du droit commun?

Inde, [Ordonnance portant amendement de la Loi sur les maladies épidémiques \[Epidemic Diseases \(Amendment\) Ordinance\]](#) (2020)

Cette ordonnance prévoit une peine de réclusion criminelle de trois mois à cinq ans, ainsi qu'une amende de 50 000 à 200 000 roupies pour tout acte de violence commis contre un agent de santé exerçant ses fonctions au cours d'une épidémie et contre tout bien sanitaire utilisé dans le cadre de l'épidémie. De plus, les auteurs de telles infractions peuvent être interpellés en l'absence d'un mandat d'arrêt et ne peuvent pas être libérés sous caution.

Chine [Loi de la République populaire de Chine sur les médecins praticiens](#) (1998), article 40

« Quiconque fait obstacle à l'exercice légal de la médecine par un médecin, insulte, diffame, [menace] ou moleste un médecin, viole la liberté individuelle [d'un médecin ou] s'imisce dans les activités professionnelles et personnelles normales d'un médecin est puni conformément aux règlements sur les pénalités administratives imposées pour des raisons de sécurité publique; [L]orsque des infractions pénales sont commises, leurs auteurs sont poursuivis conformément à la loi. »

Afrique du Sud, [Loi sur la santé nationale \(National Health Act\)](#) (2003), paragraphe 89

« Toute personne qui [...] entrave ou retarde un professionnel de la santé alors qu'il exerce ses fonctions en vertu de la présente loi se rend coupable d'une infraction [et est] passible, si elle est reconnue coupable, d'une amende ou d'un emprisonnement ne pouvant excéder cinq ans, ou de ces deux peines conjointement. »

4. Le fait que la victime d'une infraction soit un prestataire de soins de santé ou que l'auteur de ladite infraction soit un fonctionnaire (y compris un membre des forces armées ou des forces de sécurité) constitue-t-il une circonstance aggravante aux fins de détermination de la peine en vertu du droit pénal national ordinaire?

Viet Nam, [Code pénal](#) (2015), article 155, par. 2, al. c et dd, article 156, par. 2, al. b et d

Les délits d'injure et de diffamation exposent à une peine de prison plus lourde s'ils sont « commis contre une personne qui [...] prodigue un traitement médical à l'auteur de l'infraction » et si « [l']infraction relève d'un abus de position ou de pouvoir de la part de son auteur ».

Bosnie-Herzégovine [Code pénal](#) (1976), article 348

« Sont considérés comme des circonstances aggravantes des délits visés par les précédents articles du présent chapitre : [...] le fait que l'auteur de l'infraction soit un fonctionnaire ou un officier investi d'une mission de service public [...] et ait abusé de sa fonction, de son autorité ou de la confiance dont il jouissait. »

5. La législation et la réglementation nationales prévoient-elles des mesures disciplinaires dissuasives, notamment des sanctions pénales, susceptibles d'être infligées aux membres des forces armées qui emploieraient les emblèmes distinctifs à des fins autres que celles 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 dissimuler des armes ou des soldats?

Côte d'Ivoire, [Loi n°2019-574](#) du 26 juin 2019 portant Code pénal (nouveau), article 139, par. 2

Le fait d'utiliser indûment les emblèmes distinctifs prévus par les Conventions de Genève et, ce faisant, de causer la perte de vies humaines ou des blessures graves constitue une violation grave des lois et des coutumes applicables aux conflits armés internationaux et est puni de l'emprisonnement à vie.

Australie, [Loi relative au code pénal \(Criminal Code Act\)](#) (1995, tel qu'amendé), article 268.44, par. 1, al. c et par. 1, al. e

Le crime de guerre qui consiste à faire « un usage indu des emblèmes distinctifs prévus par les Conventions de Genève [...] à des fins militaires, en vue de faire appel, avec l'intention de la tromper, à la bonne foi d'un adversaire pour lui faire croire que l'auteur de l'infraction a le droit de recevoir ou que l'ennemi a l'obligation de lui accorder ladite protection; [avec pour conséquence de] causer des pertes en vies humaines ou des blessures graves », est passible d'une peine d'emprisonnement à vie.

États-Unis, [Manuel à l'usage des commissions militaires \(The Manual for Military Commissions\)](#) (2007), Section 950v(b)(19)

Toute personne relevant du présent chapitre qui utilise intentionnellement un emblème distinctif reconnu par le droit de la guerre à des fins militaires, d'une manière incompatible avec ledit droit, est passible de la sanction que la commission militaire, établie au titre du présent chapitre, prononcera. [...] Peine maximale. Vingt ans d'emprisonnement.

## **D. RÔLE DES FORCES ARMÉES, DES FORCES DE SÉCURITÉ ET DES ORGANES CHARGÉS DE L'APPLICATION DES LOIS DANS LA PROTECTION DE LA FOURNITURE DES SOINS DE SANTÉ**

Suivant la façon dont ils exercent leurs fonctions dans une situation donnée, les responsables des forces armées, des forces de sécurité et des organes chargés de l'application des lois peuvent contribuer de manière déterminante à protéger les soins de santé ou, au contraire, entraver ces derniers. Il est essentiel d'incorporer des règles protégeant les soins de santé dans les politiques et les directives opérationnelles auxquelles ils sont soumis.

Documents de référence :

1. [Promouvoir des pratiques militaires qui favorisent des soins de santé plus sûrs](#)
2. [Protection des soins de santé – Guide à l'intention des forces armées](#)

### **Exemples de problèmes d'ordre humanitaire**

- Le non-respect des principes fondamentaux du DIH régissant la conduite des hostilités.
- Le fait de prendre directement pour cibles des structures ou des moyens de transport sanitaires dans le cadre de stratégies militaires délibérées.
- Le fait que les parties au conflit ne prennent pas de mesures de précaution avant ou pendant des hostilités actives (qu'il s'agisse d'opérations offensives ou défensives) en vue de protéger adéquatement des infrastructures de santé contre des dommages collatéraux, entraînant la destruction de ces dernières (par exemple, lorsque des cibles militaires sont situées à trop grande proximité de structures sanitaires ou que la partie attaquante n'a pas correctement cartographié la zone pour recenser l'ensemble des infrastructures protégées avant de lancer une attaque).
- Le non-respect de la protection que le DIH accorde aux prestataires de soins de santé, aux blessés et aux malades (refus de prodiguer des soins à l'adversaire ou aux communautés qui le soutiennent, le fait de prendre directement pour cible des prestataires de soins de santé, des blessés et des malades, de les agresser, de les menacer ou de leur infliger d'autres formes de mauvais traitements).
- Les perturbations occasionnées par des opérations militaires, de sécurité et de maintien de l'ordre menées dans des structures sanitaires ou contre des agents de santé, ou touchant directement de quelque autre façon la fourniture de services de santé pendant un conflit armé ou d'autres situations d'urgence, par exemple :
  - des opérations menées au sein de structures sanitaires en vue de rechercher et d'arrêter des patients et qui, à défaut d'une planification et d'une mise en œuvre adéquates, bloquent l'accès à l'hôpital des heures durant ou empêchent le corps médical de se rendre dans certaines parties de l'établissement ;
  - l'introduction d'armes dans des structures sanitaires ;
  - les retards infligés à des véhicules sanitaires ou les refus de leur accorder le passage aux postes de contrôle, qui entravent gravement l'évacuation des malades et des blessés par voie de terre, ainsi que leur transfert vers des structures sanitaires.
- Le fait que des forces militaires, des forces de sécurité et/ou des organes d'application des lois utilisent délibérément des structures ou des moyens de transport sanitaires de façon abusive (par exemple, pour transporter des troupes, des armes ou du matériel militaire/de maintien de l'ordre, pour abriter des postes de commandement des opérations à l'intérieur de structures sanitaires

ou positionner de toute autre façon des unités ou des armements militaires à l'intérieur ou à proximité de tels établissements), ce qui peut également impliquer, dans certains cas, de mener des activités militaires, telles que la collecte de renseignements, sous couvert d'activités sanitaires.

### Questions

1. La protection des soins de santé est-elle abordée dans le cadre de la formation dispensée aux forces armées (en lien avec leurs obligations au regard du DIH) et aux organes de sécurité/d'application des lois (en lien avec leurs obligations au regard du droit international des droits de l'homme ou de leurs engagements à observer les normes internationales en matière d'application des lois, qui doivent être respectés en tout temps, y compris pendant des situations d'urgence autres que des conflits armés) de l'État considéré?
  - a. Si tel est le cas, à quel niveau cette formation est-elle dispensée et que recouvre-t-elle?
  - b. Inclut-elle une formation sur les règles régissant l'utilisation et la protection des emblèmes?
  - c. Prévoit-elle une sensibilisation aux sanctions pénales et disciplinaires (y compris celles fondées sur la responsabilité du commandement) qui s'appliquent aux violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé?
  - d. Comporte-t-elle des séances de formation ou d'information sur :
    - i. les obligations professionnelles et éthiques que les personnels de santé doivent respecter (prodiguer des soins en toute impartialité, servir l'intérêt supérieur des patients et respecter le secret médical) en toutes circonstances?
    - ii. la façon dont ces obligations peuvent entrer en conflit avec certaines des obligations professionnelles des forces armées et des forces de sécurité (notamment pendant un conflit armé et d'autres situations d'urgence), et la manière dont il convient de résoudre ces conflits, dans le respect du droit?
2. De quelle manière les obligations du DIH relatives à la protection des soins de santé au cours des conflits armés sont-elles intégrées dans la doctrine militaire (s'agissant de la conduite des hostilités et de la protection des personnes)? (Voir ci-dessus.)
3. Des instruments juridiques non contraignants tels que le [Code de conduite pour les responsables de l'application des lois](#) et 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](#), ainsi que d'autres instruments normatifs pertinents, sont-ils intégrés dans la politique relative à l'application des lois?
4. En vertu du droit national, les forces armées et les organes d'application des lois sont-ils tenus de prêter activement assistance aux professionnels de la santé dans l'exercice de leurs fonctions (et, *a fortiori*, de ne pas entraver leur action) lors de situations d'urgence?

Cette obligation est-elle explicitement énoncée dans la doctrine militaire et celle relative à l'application des lois?

Le manquement à cette obligation est-il passible de sanctions disciplinaires et/ou pénales? (Voir ci-dessus.)

5. Les politiques ou directives opérationnelles militaires et relatives à l'application des lois comportent-elles des consignes spécifiques précisant :
  - a. le niveau hiérarchique nécessaire, ainsi que les circonstances exceptionnelles devant être réunies, pour pouvoir restreindre la circulation des personnels et des véhicules sanitaires dans une zone d'opérations?
  - b. la façon dont il convient de gérer, de réaliser et de faciliter les évacuations sanitaires par voie de terre pendant un conflit armé ou d'autres situations d'urgence?
  - c. la façon dont il convient d'administrer les postes de contrôle ou d'appliquer des couvre-feux, de sorte à garantir la fourniture sûre et sans entrave des soins de santé?
  - d. la façon dont il convient de procéder aux recherches et aux arrestations dans les structures sanitaires, que ce soit pour des patients ou des professionnels de la santé? Par exemple,

- la politique applicable souligne-t-elle expressément le caractère exceptionnel de telles opérations et prévoit-elle des mesures concrètes pour réglementer lesdites opérations exceptionnelles?
- e. s'il est permis d'introduire des armes dans les structures sanitaires et, le cas échéant, quels types d'armes?
  - f. pour les forces armées, la façon dont il convient de planifier et de conduire des opérations militaires contre des cibles situées à proximité d'infrastructures de santé?
6. Les politiques militaires et relatives à l'application des lois prévoient-elles de faire participer les services sanitaires des forces armées et des organes d'application des lois à la planification des opérations dont l'exécution risque de perturber la fourniture des soins de santé?

Pour des indications plus détaillées, veuillez vous référer au chapitre trois du [Manuel sur la mise en œuvre nationale du droit international humanitaire](#) des Services consultatifs du CICR.

## E. COLLECTE DE DONNÉES

Pour saisir l'ampleur du problème et agir en conséquence, les autorités doivent disposer de renseignements appropriés sur la nature et l'étendue des violences commises contre les soins de santé. Ces données permettent en effet une prise de conscience chez les décideurs politiques et aident les autorités à prendre des mesures préventives et correctives. Il est capital de mettre en place un système national transparent et indépendant pour collecter des données sur les cas de violence contre les soins de santé. Ce système doit respecter le secret médical, se démarquer clairement de la collecte de données aux fins de redevabilité et garantir une protection efficace des informations traitées.

Documents de référence : [Table ronde sur la collecte de données à l'échelle nationale \(Madrid, 2019\)](#) (en anglais uniquement)

### **Exemples de problèmes d'ordre humanitaire**

Une législation qui impose aux professionnels de la santé de transmettre des renseignements au mépris du secret médical – ou d'autres obligations éthiques leur incombant – peut saper la capacité de ces derniers à accomplir leur travail (par exemple, si les patients perdent toute confiance dans la profession médicale et assimilent celle-ci à des politiques sécuritaires sans rapport avec des enjeux sanitaires). La réglementation nationale portant sur la collecte de ce type de données doit être conçue pour éviter ces situations.

### **Questions**

1. L'État a-t-il mis en place un mécanisme destiné à collecter et à analyser des données sur les cas de violence à l'encontre des personnels de santé, ainsi que des structures et moyens de transport sanitaires?
2. Sinon, dans le cas d'États fédéraux par exemple, existe-t-il des initiatives allant dans ce sens au niveau infranational (provincial ou local)?
  - a. De quelles réglementations relèvent ces processus?
  - b. La réglementation applicable à la collecte de données destinée à étudier la violence exercée contre les soins de santé:
    - i. définit-elle clairement le rôle et les responsabilités de chaque entité concernée?
    - ii. définit-elle précisément les types d'incidents violents au sujet desquels il convient de recueillir des données (par exemple, si cela inclut les menaces de violences)?
    - iii. définit-elle précisément le type de renseignements devant/pouvant être transmis concernant ces incidents et garantit-elle la possibilité de préserver l'anonymat des

informations fournies? En d'autres termes, cette réglementation respecte-t-elle le principe de secret médical?

- iv. prévoit-elle la coordination des mesures et des stratégies de suivi entre, d'une part, les autorités étatiques responsables du système de collecte et d'analyse des données et, d'autre part, tous les autres acteurs de la santé?
  - v. garantit-elle que ce système sert uniquement à des fins d'analyse et que les données collectées ne seront pas utilisées en vue de poursuites pénales?
  - vi. garantit-elle que les données collectées sont correctement protégées (en termes d'utilisation et d'accès)?
3. L'État s'est-il doté d'un dispositif capable de recenser, de traiter et de sanctionner spécifiquement l'usage abusif des emblèmes (voir ci-dessus)?

## F. MÉCANISME DE COORDINATION

La coordination entre les parties intéressées détermine largement l'efficacité de la réponse donnée aux actes de violence commis contre les soins de santé dans une situation d'urgence déterminée. Il est essentiel d'évaluer la mesure dans laquelle la réglementation nationale garantit la participation des services sanitaires militaires aux processus décisionnels lorsque cela est pertinent, ou l'existence de plateformes permettant aux forces armées ou de sécurité d'échanger efficacement avec les agents de santé civils.

### *Exemples de problèmes d'ordre humanitaire*

- L'absence de coordination et de planification peut inutilement mettre en danger les services de santé, par exemple lorsque ceux-ci sont pris dans des tirs croisés au cours de combats ou en cas de manque de communication au cours de l'intervention mise en place après un incident ayant fait un grand nombre de victimes.
- Lors d'un conflit armé ou d'autres situations d'urgence, le manque de coordination est souvent l'une des principales causes des blocages injustifiés qui retardent les ambulances et autres moyens de transport sanitaires aux postes de contrôle. (Voir la section D.)
- À défaut d'une réelle participation des services sanitaires des armées à la planification des opérations de sécurité devant être menées dans des structures médicales, le risque est que les forces de sécurité cernent mal les limites opérationnelles imposées par l'obligation de respecter l'éthique médicale.

### **Questions**

1. L'État dispose-t-il d'un plan national (ou régional) de coordination des interventions d'urgence au cours d'un conflit armé et d'autres situations de crise? Autrement dit, dispose-t-il d'un plan national d'intervention spécifiquement conçu pour faire face aux situations de ce type (par opposition aux interventions mises en œuvre à la suite de catastrophes naturelles, qui peuvent nécessiter d'autres types d'activités de coordination et mobiliser d'autres acteurs)?
  - a. Le cas échéant, de quelle réglementation relève ce plan?
  - b. Ce plan prévoit-il des mesures spécialement destinées à renforcer la protection des personnels et des structures de santé au cours des conflits armés ou d'autres situations d'urgence (par exemple, la mise en place de lignes de communication directes avec les forces armées et de sécurité afin de leur demander assistance et protection en cas de risque)?
  - c. Des entraînements et des exercices de simulation sont-ils organisés sur le thème des conflits armés ou d'autres situations d'urgence? Sont-ils réalisés avec la participation de professionnels de la santé et de membres des forces armées et de sécurité?

1. Cette loi a pour objet de « définir les activités de planification et de préparation à réaliser en prévision de situations d'urgence, ainsi que les interventions et les activités de relèvement devant être menées lorsque de telles crises surviennent, [et d'] encourager, parmi les nombreuses agences et organisations jouant un rôle dans la prévention et la gestion des crises, la coordination des activités de gestion et de planification pertinentes avec celles déployées par la protection civile pour faire face aux situations d'urgence ». Aux fins de cette loi, les situations d'urgence incluent, entre autres, « une attaque ou un acte de guerre en cours ou imminent ».
  - À l'entrée en vigueur de cette loi, chaque conseil régional et chaque autorité territoriale au sein de la région concernée doit établir un groupe de gestion des situations d'urgence par la protection civile, composé de représentants de diverses institutions publiques, y compris des forces de police et des services de santé. Ce groupe doit « régulièrement prendre toutes les mesures nécessaires pour maintenir et fournir, ou faire en sorte que soient fournis ou mis à disposition de toute autre manière, des effectifs compétents et convenablement formés, y compris des volontaires, ainsi qu'une structure organisationnelle appropriée pour lesdits effectifs, aux fins d'une gestion efficace des situations d'urgence par la protection civile dans la zone relevant de sa compétence, [...] prendre en compte et gérer les répercussions négatives des situations d'urgence dans ladite zone, [et] planifier et conduire des activités de relèvement ».
  - Les services d'urgence, qui comprennent « les forces de police et les services d'incendie et d'intervention d'urgence de Nouvelle-Zélande, ainsi que les prestataires de santé et les services de soutien aux personnes handicapées », sont appelés à coopérer et à assister le groupe dans l'exercice de ses fonctions.
  - Le groupe a, en outre, autorité pour « mener des exercices de formation, des entraînements et des simulations en matière de gestion de situations d'urgence par la protection civile ».



J. A. Serrano Redondo/CICR

## 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.



### Comité international de la Croix-Rouge

19, avenue de la Paix  
1202 Genève, Suisse  
T +41 22 734 60 01  
shop.icrc.org  
© CICR, juillet 2021

 [facebook.com/icrcfrancais](https://facebook.com/icrcfrancais)  
 [twitter.com/cicr\\_fr](https://twitter.com/cicr_fr)  
 [instagram.com/icrc](https://instagram.com/icrc)