



# PROMOUVOIR DES PRATIQUES MILITAIRES QUI FAVORISENT DES SOINS DE SANTÉ PLUS SÛRS

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](mailto:shop@icrc.org) [www.icrc.org](http://www.icrc.org)  
© ICRC, Décembre 2014

Photo de couverture : Crown copyright 2014

**PROMOUVOIR DES PRATIQUES  
MILITAIRES QUI FAVORISENT  
DES SOINS DE SANTÉ PLUS SÛRS**



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. AVANT-PROPOS</b>	<b>7</b>
1.1 Peter Varghese, officier de l'ordre d'Australie Secrétaire, Département des affaires étrangères et du commerce, Gouvernement australien	7
1.2 Helen Durham Directrice du droit international et des politiques humanitaires, Comité international de la Croix-Rouge	8
<b>2. RÉSUMÉ ANALYTIQUE</b>	<b>11</b>
<b>3. DÉFINITIONS</b>	<b>13</b>
<b>4. RECHERCHE DE MESURES PRATIQUES D'ATTÉNUATION DES EFFETS DES OPÉRATIONS AVEC LES FORCES ARMÉES ÉTATIQUES</b>	<b>17</b>
4.1 Point de départ	17
4.2 Consultations bilatérales avec les forces armées étatiques	18
4.3 L'atelier des experts militaires à Sydney, Australie	20
4.4 Sources	21
<b>5. PROBLÉMATIQUES ET MESURES PRATIQUES</b>	<b>23</b>
Question 1 : Évacuations par voie de terre	23
1.1 Problème humanitaire	23
1.2 Conséquences sur le plan humanitaire	23
1.3 Droit applicable	24
1.4 Mesures pratiques	24
Question 2 : Perquisitions menées dans les structures de santé	25
2.1 Problème humanitaire	25
2.2 Conséquences sur le plan humanitaire	25
2.3 Droit applicable	26
2.4 Mesures pratiques	27
Question 3 : Précautions à prendre en cas d'attaque (offensive ou défensive)	27
3.1 Problème humanitaire	27
3.2 Conséquences sur le plan humanitaire	28
3.3 Droit applicable	28
3.4 Mesures pratiques	29
<b>6. RÉFÉRENCES</b>	<b>33</b>
<b>7. ANNEXES</b>	<b>35</b>
Annexe 1 – Compendium de mesures pratiques	35
1.1 Évacuations par voie de terre	36
1.2 Perquisitions menées dans les structures de santé	39
1.3 Précautions à prendre en cas d'attaque (offensive ou défensive)	42
Annexe 2 – Le projet « Les soins de santé en danger »	46
Annexe 3 – Tendances et impacts des actes de violence commis par les forces armées étatiques	48



# 1. AVANT-PROPOS

## 1.1 Peter Varghese, officier de l'ordre d'Australie Secrétaire, Département des affaires étrangères et du commerce, Gouvernement australien

Le projet « Les soins de santé en danger », que dirige le CICR, s'attaque au problème humanitaire grave et permanent que constituent les violences commises à l'encontre du personnel et des structures de santé et des patients durant les conflits armés et autres situations de violence. L'étude du CICR portant sur des données recueillies dans 16 pays entre 2008 et 2010 ont révélé une tendance inquiétante de violence et d'insécurité, allant du refus d'accès aux soins de santé aux arrestations de personnel de santé et aux attaques directes contre les personnels et les structures de santé, en violation du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme.

Depuis 2012, le CICR mène un projet crucial et opportun en consultation avec des professionnels de la santé, les États parties aux Conventions de Genève et d'autres parties prenantes, pour formuler des recommandations pratiques visant à améliorer la fourniture efficace et impartiale de soins de santé durant les conflits armés et autres périodes de crise.

Dans la droite ligne de son soutien de longue date à la mise en œuvre des Conventions de Genève, l'Australie est heureuse d'être un partenaire diplomatique du CICR dans la mise en œuvre du projet « Les soins de santé en danger ». Elle reconnaît l'importance du rôle que joue CICR au niveau mondial dans la fourniture d'une protection humanitaire, en particulier en raison de son accès sans pareil et de sa volonté de prêter assistance aux personnes vulnérables dans les zones les plus dangereuses et les plus reculées du globe. Depuis 2013, le soutien de l'Australie a inclus 1,5 million de dollars australiens à l'appui de la mise en œuvre du projet, en plus d'un financement annuel de base (44 millions de dollars australiens entre 2013 et 2014).

En sa capacité de partenaire diplomatique clé dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger », l'Australie a co-organisé avec le CICR un atelier d'experts sur les pratiques opérationnelles militaires à Sydney, du 9 au 12 décembre 2013. Cet atelier faisait partie d'une série d'activités de recherches et de consultations menées par le CICR avec diverses parties prenantes, sur différents thèmes couverts par le projet. Cet atelier a réuni 27 représentants de forces armées étatiques et d'organisations internationales, qui ont débattu de mesures pratiques visant à garantir que les blessés et les malades, civils ou militaires, puissent accéder sans danger à des soins de santé efficaces et impartiaux durant les conflits armés et autres situations de violence.

L'Australie salue ce rapport, point culminant des consultations mondiales et des activités de recherches sur les pratiques opérationnelles militaires entreprises par le CICR dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger ». Ce rapport constitue une contribution utile à l'amélioration des protections relatives aux soins de santé durant les périodes de conflit armé et autres situations de violence.

## **1.2 Helen Durham** **Directrice du droit international et des politiques humanitaires,** **Comité international de la Croix-Rouge**

Il y a 150 ans, la Convention de Genève originelle a été signée afin d'offrir une protection aux malades et aux blessés et aux services de santé qui les soignaient sur les champs de bataille. Ce bref instrument juridique était le résultat des propositions et du travail d'Henry Dunant, le fondateur du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Cinq ans plus tôt, il avait été témoin des suites de la bataille de Solferino, dans le nord de l'Italie, et avait été horrifié par le grand nombre de victimes militaires, que les ressources limitées des services médicaux et la bonne volonté de la population locale ne suffisaient pas à soigner.

Il y a 100 ans, tandis que les batailles meurtrières de la Première Guerre mondiale faisaient rage, aucune force armée n'était prête à prendre en charge et à soigner les innombrables victimes des conflits de l'ère industrielle. Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge – une autre réalisation née de la vision d'Henry Dunant – devaient jouer un rôle essentiel et sans précédent sur tous les fronts et dans tous les camps, en tant qu'auxiliaires des services médicaux militaires. Des progrès immenses ont été accomplis durant cette période, par exemple en matière de transfusions sanguines et de prévention de la septicémie dans les hôpitaux de campagne.

Aujourd'hui, malgré les progrès considérables accomplis dans les domaines de la médecine et de la connaissance et de l'acceptation du droit international humanitaire, le CICR œuvre toujours à améliorer l'accès aux soins de santé et à rendre leur fourniture plus sûre pour les victimes de conflits armés et autres situations d'urgence. Dans les conflits armés contemporains, les parties au conflit lancent bien trop souvent des attaques directes contre les structures de santé afin de priver leurs ennemis de services médicaux. Bien que l'impact de ces tactiques soit évident pour les malades et les blessés, leurs répercussions pour l'ensemble de la population, qui est ainsi privée de ces services essentiels, sont tout simplement dramatiques et trop souvent négligées en tant que problème humanitaire.

Le CICR collabore depuis plus d'une année avec des membres des forces armées du monde entier pour définir des mesures pratiques qui atténuent l'impact de leurs opérations sur les services de soins de santé, les blessés et les malades, tout en leur permettant d'accomplir leur devoir. Le présent rapport rassemble les mesures formulées à l'issue de ces consultations. Le personnel militaire ayant participé au processus a fait preuve de professionnalisme et d'un esprit constructif, confirmant que l'armée fait partie de la solution et est un acteur clé de la protection des soins de santé.

Par le biais de son réseau de délégués spécialisés auprès des forces armées, le CICR est prêt à apporter son soutien à toutes les forces armées animées du même esprit constructif pour mettre en œuvre l'ensemble des mesures pratiques soumises à leur examen. L'institution a toujours pour priorité première de prêter assistance à toutes les victimes de conflits armés et autres situations d'urgence, sans distinction ou discrimination.





## 2. RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Dans de nombreuses régions du monde, les violences continuent de perturber ou de paralyser les services de soins de santé au moment où ils sont le plus nécessaire : pendant les conflits armés et autres situations d'urgence. En résultat, un nombre incalculable de civils ou de combattants blessés ou malades meurent de blessures auxquelles ils auraient survécu en temps normal, tandis que d'innombrables autres personnes souffrent inutilement de problèmes de santé facilement soignables. Et pourtant, malgré leur impact dévastateur, ces violences constituent un problème humanitaire souvent négligé.

Préoccupé par le manque de respect pour la protection dont jouissent les prestataires de soins de santé et leurs bénéficiaires en droit international humanitaire (DIH) et dans d'autres branches applicables du droit, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a lancé un projet à plusieurs facettes, « Les soins de santé en danger », en août 2011. Plusieurs réunions dirigées par le CICR, conduites en partenariat avec différents États et organisations, ont donc étudié les différents aspects de la fourniture de services de santé en période de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence. Pour ce faire, étant donné la nature holistique des questions en jeu, des parties prenantes clés ont été mobilisées pour trouver des solutions pratiques dans leur propre domaine de compétence. Au vu du rôle essentiel que jouent les forces armées étatiques et de l'impact potentiel des opérations militaires sur l'accès sûr aux soins de santé ou leur fourniture sans danger, le CICR a engagé un vaste processus de consultation avec le personnel militaire dans le monde entier. Il a mené des consultations bilatérales confidentielles avec du personnel militaire dans 29 pays, ainsi qu'avec deux organisations multilatérales de nature militaire ou de défense. De plus, il a co-organisé à Sydney, avec le Gouvernement australien, un atelier qui a réuni 27 officiers de haut rang de 20 pays.

Les consultations étaient centrées sur la recherche de mesures pratiques visant à atténuer les effets des opérations militaires dans trois domaines ou cas spécifiques, en raison de leur impact majeur sur l'accès aux soins de santé et leur fourniture sans danger :

- les retards causés et les interdictions de passage imposées aux transports médicaux, qui nuisent à l'évacuation des blessés et des malades par voie de terre, en particulier lors des passages aux points de contrôle;
- l'impact négatif des perquisitions militaires dans les hôpitaux et autres structures de santé;
- les dommages causés au personnel et aux structures de santé, aux véhicules médicaux ou à leurs patients, en raison de l'installation d'objectifs militaires à l'intérieur ou à proximité des structures de santé, ou lors d'attaques lancées contre des objectifs militaires ennemis situés à l'intérieur ou à proximité de structures de santé.

Dans l'ensemble, les consultations tendaient à montrer que les forces armées étaient aptes et disposées à définir des mesures pratiques qui pourraient être incorporées dans les ordres, les règles d'engagement, les instructions permanentes ou d'autres documents pertinents et dans la formation, afin de trouver des solutions aux problèmes définis. Ainsi, à l'issue du processus de consultation des forces armées, le CICR a produit le présent rapport, qui rassemble la totalité des mesures pratiques couvrant des aspects liés à la planification et à la conduite des opérations militaires. L'objectif est que, en adoptant et en mettant en œuvre ces mesures pratiques à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, les forces armées étatiques et leurs autorités respectives évitent que leurs opérations ne produisent des effets négatifs sur la sécurité de l'accès aux soins de santé et de leur fourniture, ou limitent ces effets au minimum.



## 3. DÉFINITIONS<sup>1</sup>

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'applique 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 désignés 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 structures <sup>a</sup>.

**Le personnel de santé** inclut :

- les personnes ayant une formation professionnelle en soins de santé, par exemple les médecins, le personnel infirmier, le personnel paramédical, les physiothérapeutes ou 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 de 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 <sup>b</sup>.

**Les transports médicaux** incluent 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 l'autorité d'une autorité compétente d'une partie à un conflit, par exemple 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 ex. pour des vaccinations locales ou pour travailler dans des dispensaires mobiles).

<sup>a</sup> CICR, *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011.

<sup>b</sup> 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.

<sup>1</sup> Même si une définition présentée ci-dessus est plus large que la définition d'un traité spécifique, cela ne signifie pas qu'elle élargit cette définition en droit. De plus, rien dans ce document n'élargit des définitions ou obligations issues du DIH ou de toute autre branche du droit.

Une **ambulance**, aux fins de cette publication, est un moyen de transport disponible sur place qui transporte, de façon aussi sûre et confortable que possible, les personnes blessées ou grièvement malades vers un endroit où elles peuvent recevoir les soins médicaux et/ou chirurgicaux d'urgence dont elles ont besoin ; c'est aussi l'endroit où l'état de santé de ces patients est stabilisé. Le transport peut se faire, soit du lieu d'une situation d'urgence vers une structure de santé, soit entre deux structures de santé.

Le DIH définit « transport sanitaire », « moyen de transport sanitaire », « véhicule sanitaire », « navire et embarcation sanitaire » et « aéronef sanitaire » à l'article 8, paragraphes f à j, du Protocole I du 8 juin 1977 additionnel aux Conventions de Genève (Protocole additionnel I).

Le DIH traite également du « transport » ou des « moyens de transport » en relation avec :

- l'utilisation de l'emblème ;
- les objectifs médicaux énumérés à l'article 8, paragraphe e, du Protocole additionnel I ;
- la protection s'appliquant aux véhicules sanitaires et aux unités sanitaires mobiles conformément aux articles 12 et 21 du Protocole additionnel I ;
- les activités du personnel médical en relation avec les blessés et les malades et la protection des transports médicaux et des emblèmes distinctifs en vertu des règles 25, 29-30 et 109 du DIH coutumier équivalent au DIH découlant des traités <sup>c</sup>.

<sup>c</sup> Jean-Marie HENCKAERTS, Louise DOSWALD-BECK, *Droit international humanitaire coutumier, volume I : Règles*, Bruylant, 2006 ; et Jean-Marie HENCKAERTS, Louise DOSWALD-BECK (dir.), *Customary International Humanitarian Law, Volume II : Practice*, Cambridge University Press, 2005. Voir aussi la base de données sur le DIH coutumier, en anglais : <http://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home> (page consultée le 15 octobre 2014).





## 4. RECHERCHE DE MESURES PRATIQUES D'ATTÉNUATION DES EFFETS DES OPÉRATIONS AVEC LES FORCES ARMÉES ÉTATIQUES

### 4.1 Point de départ

Le projet multiple du CICR, « Les soins de santé en danger », a été lancé en août 2011 sur fond de préoccupations humanitaires croissantes au sujet du manque de respect pour la protection dont jouissent les prestataires de soins de santé et leurs bénéficiaires en vertu du DIH et d'autres branches applicables du droit.

Une grande partie de l'élan dont a bénéficié ce projet de quatre ans provenait d'une étude du CICR sur les types de violence qui nuisent à la fourniture de soins de santé, menée dans 16 pays entre juillet 2008 et décembre 2010<sup>2</sup>.

Les résultats de l'étude révèlent une image effrayante de la nature généralisée et diverse des violences contre les patients et la fourniture de services de soins de santé. Cependant, elle n'a pas pu capturer l'ensemble du problème, en particulier dans les zones inaccessibles aux organisations humanitaires et aux médias.

Cette étude a notamment révélé que :

- les attaques contre les structures de santé durant les conflits armés et autres situations d'urgence entrent dans quatre catégories principales :
  - la prise pour cible délibérée pour obtenir un avantage militaire;
  - la prise pour cible délibérée pour des raisons politiques, religieuses ou ethniques;
  - les bombardements ou tirs d'obus involontaires ou « dommages collatéraux »;
  - le pillage de médicaments et d'équipements médicaux;
- ces attaques nuisent à la fourniture de soins de santé en :
  - empêchant les patients, le personnel médical et les fournisseurs d'accéder aux structures de santé;
  - perturbant l'approvisionnement en eau et en énergie;
  - causant le déplacement de civils, notamment de personnel de santé, vers des zones plus sûres où les structures de santé sont parfois insuffisantes ou inadéquates;
  - entravant la mise en œuvre de programmes importants de santé préventive tels que les campagnes de vaccination.

L'étude est arrivée à la conclusion que les conséquences, pour les blessés et les malades et pour les services de soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence, étaient graves et considérables. Elle a mis en lumière un besoin urgent de garantir la sécurité des blessés et des malades et de la fourniture de services de soins de santé dans ces situations.

<sup>2</sup> Comité international de la Croix-Rouge, *Health Care in Danger : A sixteen-country study*, CICR, Genève, août 2011, disponible sur : <http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/report-hcid-16-country-study-2011-08-10.pdf> (page consultée le 15 octobre 2014).

La nature grave et la fréquence de ces violations et de ces incidents ont poussé la XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, en novembre 2011<sup>3</sup>, à demander au CICR d'entreprendre des consultations avec des parties prenantes clés, en vue de formuler des recommandations pratiques visant à rendre plus sûrs l'accès aux soins de santé et leur fourniture, et de rendre compte des progrès accomplis à la XXXII<sup>e</sup> Conférence internationale, en 2015.

Suite aux tendances définies par cette étude couvrant 16 pays, des équipes de terrain présentes dans 23 pays où le CICR est opérationnel ont été chargées de recueillir de façon systématique des informations sur les incidents qui nuisent à l'accès aux services de soins de santé. Ces informations ont ensuite été centralisées chaque mois. Sur la base de ce processus, le CICR a publié un deuxième rapport, en mai 2013, qui analysait les données relatives à 921 incidents violents ayant touché les soins de santé, recueillies entre janvier et décembre 2012<sup>4</sup> et un troisième rapport, en avril 2014, analysant des données sur 1 809 incidents, recueillies entre janvier 2012 et décembre 2013<sup>5</sup>. Une synthèse des données recueillies entre janvier 2012 et décembre 2013 sur les forces armées étatiques est présentée à la fin du présent rapport, à l'annexe 3.

## 4.2 Consultations bilatérales avec les forces armées étatiques

Sur la base de son expérience opérationnelle et des études susmentionnées, le CICR a défini trois domaines pertinents pour les opérations et la pratique des forces armées étatiques, qui peuvent avoir un impact majeur sur la sécurité d'accès aux soins de santé, à savoir :

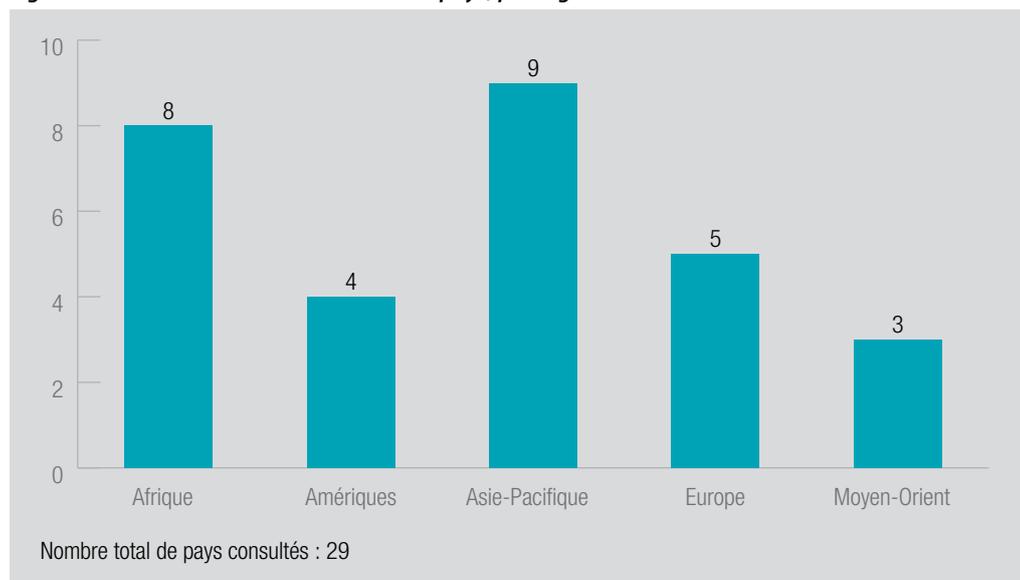
1. les retards causés et les interdictions de passage imposées aux évacuations de blessés ou de malades par voie de terre (y compris aux postes de contrôle);
2. les perquisitions dans les structures de santé, qui perturbent la fourniture de soins de santé;
3. les dommages causés au personnel et aux structures de santé et aux transports médicaux, par l'installation d'objectifs militaires à l'intérieur ou à proximité de structures de santé, ou lors d'attaques contre des objectifs militaires ennemis situés à l'intérieur ou à proximité de structures de santé.

En vue de l'atelier à Sydney, le CICR a conduit 31 consultations bilatérales confidentielles avec des représentants des forces armées étatiques de 29 pays, ainsi qu'avec deux organisations multilatérales de nature militaire ou de défense. Comme les consultations ont été menées sous réserve d'anonymat, les noms des pays participants ne sont pas révélés. Cependant, on a pris soin de garantir une représentation géographique équitable des forces armées étatiques ayant une expérience récente du combat.

3 Comité international de la Croix-Rouge, *XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale : résolution 5 - Les soins de santé en danger*, disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm> (page consultée le 15 octobre 2014).

4 Comité international de la Croix-Rouge, *Health Care in danger : Violent incidents affecting health care, January to December 2012*, CICR, Genève, mai 2013, disponible sur : [https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002\\_violent-incident-report\\_en\\_final.pdf](https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incident-report_en_final.pdf) (page consultée le 17 octobre 2014).

5 Comité international de la Croix-Rouge, *Health Care in danger : Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2013*, CICR, Genève, avril 2014, disponible sur : <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4196.pdf> (page consultée le 17 octobre 2014).

**Figure 1 : Consultations conduites avec les pays, par région**

Le but des consultations était de recenser les mesures opérationnelles pratiques existantes visant à garantir la protection des patients, des personnels et des structures de santé, et des transports médicaux contre les conséquences des opérations militaires dans les conflits armés et autres situations d'urgence.

Plus concrètement, l'objectif était d'analyser les trois problématiques décrites ci-dessus sous cinq angles, en visant à déterminer :

- si la doctrine actuelle (au sens le plus large du terme) fournit des directives théoriques sur la façon de répondre aux problèmes définis ;
- si les instructions permanentes (*standard operating procedures*), les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents prévoient des mesures pratiques pour répondre aux problèmes définis ;
- si, dans la pratique opérationnelle, des mesures spécifiques sont prévues pour répondre aux problèmes définis au-delà des orientations théoriques fournies par la doctrine ou des mesures pratiques ordonnées directement par la hiérarchie ;
- si la formation militaire fournit des connaissances théoriques sur la façon de répondre aux problèmes définis et/ou si la formation fournit une expérience pratique dans le même but ;
- s'il existe des mécanismes permettant de signaler et de sanctionner les comportements inappropriés.

Dans l'ensemble, les consultations tendaient à démontrer qu'il était possible de définir des mesures pratiques qui pourraient être incorporées à la doctrine, aux ordres et à la formation, afin de résoudre les trois problèmes jugés particulièrement pertinents pour les forces militaires étatiques. Cependant, il serait simpliste de conclure que les forces armées ignorent généralement ces problèmes. Bien que les discussions aient été constructives et productives, elles ont néanmoins mis en lumière la difficulté qu'ont les membres des forces armées à échanger librement des informations sur des questions de doctrine et des ordres militaires qui sont généralement classés secrets. Les résultats des discussions dépendaient aussi largement de l'expérience personnelle des officiers interrogés.

Il ressortait clairement des consultations bilatérales que les forces armées étatiques avaient des solutions pratiques aux problèmes qui touchent aux blessés et aux malades, aux structures et au personnel de santé, et aux transports médicaux durant les conflits armés et autres situations d'urgence et que le CICR a définis lors de ses recherches sur le sujet.

### 4.3 L'atelier des experts militaires à Sydney, Australie

Le but général de cet atelier était de définir et de débattre de la mise en œuvre de mesures pratiques pour rendre l'accès et la fourniture de soins de santé impartiaux plus sûrs, tout en permettant la conduite des opérations militaires. Pour ce faire, les participants ont pris en considération les résultats des consultations bilatérales, ainsi que les enseignements tirés du processus.

Lors de l'atelier, les participants avaient pour tâche de définir et de formuler des mesures pratiques visant à faciliter la fourniture de services de soins de santé plutôt que d'examiner comment répondre aux infractions potentielles après qu'elles se sont produites. En conséquence, les participants se sont inspirés de leur propre expérience d'experts opérationnels, médicaux ou juridiques récemment déployés dans des zones de conflit pour étudier et formuler ces mesures concrètes.

Les participants n'avaient pas pour but d'évaluer si les incidents recensés dans le cadre de la recherche et des conclusions du CICR constituaient des violations du DIH. Ils n'ont pas non plus étudié ou évalué l'efficacité du droit international ou national pour y répondre<sup>6</sup>. De plus, les participants n'ont pas tenté de déterminer si le droit en vigueur accordait une protection suffisante aux prestataires et aux structures de soins de santé ou si ce droit était utilisé efficacement pour sanctionner les auteurs présumés d'infractions.

Par ailleurs, les participants à l'atelier n'ont pas cherché à analyser ou à valider les conclusions de la recherche du CICR relative aux effets de la violence sur les blessés et les malades, les structures et le personnel de santé et les transports médicaux. Ils ont reconnu que la formulation, la diffusion et, si possible, l'adoption de meilleures mesures pratiques qui facilitent l'accès aux soins de santé et leur fourniture en période de conflit armé et d'autres situations d'urgence contribueraient à garantir de meilleurs résultats pour les militaires, les malades et les blessés, et les prestataires de soins de santé. De plus, les participants à l'atelier n'ont pas cherché à désigner des coupables (par ex. les acteurs non étatiques ou les États qui ne respectent pas le droit, pour des attaques contre les prestataires de soins de santé).

Par conséquent, les participants à l'atelier ont limité leurs discussions aux trois problèmes que le CICR a qualifiés de préoccupations majeures, et qui formaient la base des consultations mondiales conduites précédemment avec des représentants des forces armées de 29 pays : les évacuations par voie de terre, les préquisitions dans les structures de santé et les précautions à prendre en cas d'attaque.

L'atelier a inclus deux séances plénières et trois groupes de travail. Un document de travail décrivant les problèmes soulevés dans les discussions mondiales avec les forces armées étatiques évoquées précédemment a servi de base aux discussions dans les trois groupes de travail. Chaque question a été abordée par un groupe de travail sous l'angle de la planification, de la conduite ou de la coordination, ce qui a permis d'analyser ces problèmes sous différents angles, qui se recoupaient et se complétaient mutuellement.

Dans l'ensemble, les participants comme les organisateurs ont jugé que l'atelier à Sydney était un succès. Le mélange dynamique d'experts présents et leur préparation préalable ont contribué à des discussions animées et constructives. Deux points généraux méritent d'être relevés : premièrement, s'appuyant sur leurs récentes expériences opérationnelles, les participants ont fait preuve d'un réel intérêt et d'une réelle volonté de proposer des solutions concrètes aux problèmes que le CICR avait qualifiés de préoccupations majeures. Deuxièmement, non seulement la pertinence du DIH (et d'autres régimes juridiques applicables) a été réaffirmée, mais une tendance et une volonté générales d'aller au-delà des exigences de ces règles juridiques lorsque les circonstances s'y prêtent ont aussi été observées.

Un point intéressant est que, tout en reconnaissant pleinement que les circonstances varient considérablement en fonction du contexte opérationnel (par ex. en termes de commandement, de menace et de sécurité), les participants ont considéré que les mesures pratiques proposées au sujet des

<sup>6</sup> Les cadres normatifs nationaux ont fait l'objet de consultations distinctes dans un autre atelier consacré aux soins de santé en danger, à Bruxelles en janvier 2014.

contrôles des déplacements par voie de terre et des perquisitions dans les structures médicales pourraient être appliquées à n'importe quelle opération militaire, indépendamment de la désignation juridique de la situation, c'est-à-dire qu'elle atteigne ou non le degré d'intensité d'un conflit armé. Les participants estimaient que ce n'était pas seulement la classification du conflit lui-même mais plutôt les spécificités et modalités de chaque activité (par ex. l'environnement physique et de risque du poste de contrôle, ou la nature des perquisitions) qui détermineraient si des mesures pratiques étaient adaptées aux circonstances, ou plus spécifiquement, si ces mesures pouvaient ou non être mises en œuvre.

Durant la dernière journée de l'atelier, les participants ont étudié les mesures qui ont été définies durant les consultations bilatérales confidentielles et qui étaient mises en évidence dans le document de travail. Ces éléments ont été validés par les participants et représentent un résultat intermédiaire dans l'ensemble du processus. Un second groupe de travail s'est concentré sur la forme que devraient prendre les résultats du processus afin d'accroître son effet. Ils ont recommandé que trois produits soient élaborés à l'issue du processus, soit :

- une lettre d'introduction à adresser au chef d'état-major ou au ministre compétent, résumant les problématiques et la nécessité d'agir;
- un rapport décrivant plus en détail les problématiques et le processus;
- une annexe énumérant les mesures pratiques de façon claire pour faciliter leur mise en œuvre par les commandants.

#### 4.4 Sources

Ce rapport constitue le point culminant du processus de consultation. Le CICR a donc élaboré un ensemble de mesures pratiques qui sera soumis à l'examen des forces armées étatiques afin d'atténuer l'effet des opérations militaires sur l'accès aux soins de santé et leur fourniture sans danger. Ces mesures pratiques sont fondées sur :

- l'étude menée dans 16 pays;
- d'autres rapports publiés par le CICR sur les questions relatives aux soins de santé;
- les consultations bilatérales confidentielles avec les représentants des forces armées étatiques;
- le document de travail de l'atelier de Sydney tel que validé lors de la dernière journée de l'atelier;
- le procès-verbal et les exposés des groupes de travail présentés lors de l'atelier de Sydney;
- le rapport intermédiaire des coprésidents sur l'atelier de Sydney;
- les recommandations de l'atelier de Sydney sur les documents à élaborer;
- la connaissance et l'expérience directes qu'a le CICR des problèmes liés aux soins de santé sur le terrain.

Durant la formulation des mesures pratiques, sur la base de l'expérience acquise sur le terrain et en harmonie avec les autres mesures proposées, deux éléments qui n'avaient pas été mentionnés durant les consultations bilatérales et l'atelier ont été ajoutés. Pour le premier centre d'intérêt, *les évacuations par voie de terre*, une mesure visant à régir les exceptions relatives aux évacuations médicales en cas de couvre-feu a été ajoutée. Deuxièmement, il a été estimé que de nombreuses mesures de coordination définies pour le premier centre d'intérêt, *les évacuations par voie de terre*, et pour le deuxième, *les perquisitions dans les structures de santé*, seraient aussi utiles pour le troisième centre d'intérêt, *les précautions à prendre en cas d'attaque*.



# 5. PROBLÉMATIQUES ET MESURES PRATIQUES

## QUESTION 1 : ÉVACUATIONS PAR VOIE DE TERRE

### 1.1 Problème humanitaire

Pour la réussite de leurs opérations et pour atteindre leurs objectifs humanitaires, les forces armées ou de sécurité exercent souvent un contrôle sur les déplacements par voie terrestre dans leur zone de responsabilité. Le maintien du contrôle sur un territoire durant un conflit armé ou d'autres situations d'urgence peut entraîner diverses difficultés liées à la sécurité pour la partie ou l'acteur qui exerce cette autorité. Le personnel militaire qui tient les barrages routiers ou les postes de contrôle peut se sentir, et souvent être, extrêmement vulnérable dans l'exercice de ces tâches, car il est particulièrement exposé. Des défis liés à la sécurité se présentent aussi à chaque fois qu'il y a un risque que les parties aux conflits armés utilisent de façon abusive les transports médicaux à des fins non médicales (notamment militaires). Lorsqu'il procède à des contrôles de sécurité, le personnel militaire doit s'abstenir de retarder ou de bloquer arbitrairement l'évacuation rapide des blessés et des malades, y compris ceux du camp ennemi.

### 1.2 Conséquences sur le plan humanitaire

Selon l'étude du CICR portant sur 16 pays et les données recueillies par 22 délégations depuis janvier 2012, les actes visant à retarder ou à bloquer le passage des ambulances et autres véhicules transportant des malades ou des blessés ou allant leur prêter assistance, ou transportant du matériel médical, aux postes de contrôle, constituent une des principales formes d'interférence et/ou de violence touchant les véhicules médicaux. Il est admis que le fonctionnement des postes de contrôle peut être une mesure de sécurité nécessaire, et qu'en soi, un poste de contrôle est généralement légal et légitime.

Sous l'angle des soins de santé, des problèmes peuvent se présenter aux barrages ou aux postes de contrôle en raison de différents facteurs, notamment :

- l'absence d'ordres, ou des ordres inadéquats ou imprécis au sujet du comportement adéquat du personnel des postes de contrôle;
- l'expérience limitée du personnel responsable des postes de contrôle;
- le manque de coordination ou de communication aux différents niveaux, c'est-à-dire en interne<sup>7</sup>, et avec les services ambulanciers, c'est-à-dire avec l'extérieur<sup>8</sup>;
- des processus décisionnels lents<sup>9</sup>;
- les représailles en cas d'attaques contre des véhicules médicaux;
- le refus de dispenser des services médicaux à l'autre camp, ce qui est illégal;
- les couvre-feux ou les interdictions de mouvement;
- l'utilisation abusive des transports médicaux à des fins non médicales (notamment militaires).

<sup>7</sup> Parfois, des coupures ou des problèmes de communication entre la hiérarchie et les troupes sur le terrain menacent directement la fourniture de soins de santé et entravent les efforts visant à évacuer les malades et les blessés.

<sup>8</sup> Par exemple, après avoir été autorisés à pénétrer dans certaines zones pour apporter une assistance humanitaire vitale et évacuer les blessés et les malades, certains convois ont essuyé des tirs des membres des forces militaires qui surveillaient le passage. Des chauffeurs de taxi transportant des blessés en l'absence de service ambulanciers ont aussi été retenus, tandis que les blessés étaient laissés sans surveillance.

<sup>9</sup> Lenteur de l'autorisation d'examiner les blessés et les malades dans les zones bouclées par l'armée (si elle est accordée).

On sait qu'en résultat des personnes blessées ont été longtemps privées de soins adéquats, et que certaines sont décédées en attendant une ambulance ou alors qu'elles étaient en route pour l'hôpital. Des femmes enceintes ont accouché aux postes de contrôle sans aide médicale adéquate. Du matériel médical n'est pas arrivé là où il était nécessaire. Des retards et des abus du personnel militaire aux postes de contrôles peuvent avoir des répercussions sensibles. Par exemple, ils peuvent engendrer une peur qui dissuade les civils de tenter d'atteindre des structures de santé situées de l'autre côté du poste de contrôle. Les agents de santé, les patients et leur famille, et la communauté dans son ensemble sont tous touchés par des actes et des omissions qui entravent la recherche et l'évacuation des malades et des blessés.

### 1.3 Droit applicable

En DIH, le passage du personnel et du matériel sanitaires ne peut pas être empêché de façon arbitraire<sup>10</sup>. Cette obligation découle des obligations fondamentales de respecter, protéger, recueillir et soigner les blessés et les malades<sup>11</sup>, qui incluent de les remettre à une unité médicale ou de permettre le transport vers une structure où ils peuvent recevoir les soins adéquats et l'obligation de respecter le personnel et les transports médicaux<sup>12</sup>. Les mesures arbitraires qui bloquent l'accès des blessés ou des malades aux structures de santé sont contraires à cette obligation. L'établissement et la gestion d'un poste de contrôle ne constituent pas nécessairement en soi une mesure arbitraire. En droit international des droits de l'homme, l'obligation de respecter le droit d'accès aux structures de santé requiert des États qu'ils s'abstiennent de refuser ou de restreindre arbitrairement le passage des blessés et des malades, par exemple en tant que mesure punitive contre des opposants politiques<sup>13</sup>. Cependant, des véhicules portant des signes bien visibles, notamment des ambulances, sont parfois utilisés par les forces armées étatiques et les groupes armés non étatiques à des fins non humanitaires, notamment pour introduire clandestinement des combattants et des armes ou lancer des attaques. En droit international humanitaire, cette conduite équivaut à l'utilisation abusive d'un des emblèmes distinctifs et, si elle vise spécifiquement à tromper l'adversaire pour tuer, blesser ou capturer, elle constitue un acte de perfidie.

### 1.4 Mesures pratiques

Pour pouvoir exercer un contrôle sur un territoire, il peut être nécessaire de mettre en place des postes de contrôle, qui, par définition, causent des retards pour tous les véhicules qui y passent, y compris ceux qui évacuent les blessés ou les malades. Ces évacuations peuvent être formelles (c'est-à-dire autorisées par l'État ou d'autres autorités compétentes et identifiables en tant que telles) ou informelles (c'est-à-dire tout véhicule transportant des blessés ou des malades dans une situation d'urgence). Il faut trouver un équilibre entre les exigences liées à la sécurité et la nécessité que les patients puissent accéder à des structures de santé aussi rapidement que possible. Pour atteindre cet équilibre, les forces armées peuvent envisager d'adopter et de mettre en œuvre les mesures pratiques suivantes à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent (par ex. degré de contrôle et d'accès au territoire, capacité de coordonner ses activités avec le personnel médical aux alentours).

- I. Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel afin de réduire les retards causés aux évacuations médicales aux postes de contrôle.  
Il faut réaliser une cartographie des prestataires de soins de santé, des ONG pertinentes et d'autres acteurs organisant l'évacuation des blessés et des malades avant toute opération, et régulièrement pendant toute la durée de cette opération, afin d'adapter au contexte spécifique les mesures visant à réduire les retards et les conséquences qui en résultent sur le plan humanitaire.
- II. Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes assurant l'évacuation des blessés et des malades, visant à réduire les retards causés aux évacuations médicales aux postes de contrôle.

<sup>10</sup> Yves SANDOZ, Christophe SWINARSKI et Bruno ZIMMERMANN (dir.), *Commentaire des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949*, CICR, Genève, et Martinus Nijhoff, Dordrecht, 1987 : commentaire relatif à l'article 12 du Protocole additionnel I, p. 168, par. 517.

<sup>11</sup> Jean S. PICTET (dir.), *Les Conventions de Genève du 12 août 1949 : commentaire, Volume I : La Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne*, CICR, Genève, 1952 : commentaire relatif à l'article 12.

<sup>12</sup> *Id.* : commentaire relatif à l'article 12 de la Première Convention de Genève; Yves SANDOZ, Christophe SWINARSKI et Bruno ZIMMERMANN (dir.), op. cit. : commentaire relatif à l'article 8 du Protocole additionnel II, p. 1437, par. 4655.

<sup>13</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) : le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international)*, 11 août 2000, E/C.12/2000/4, par. 34, 43, 47 et 50.

Il faut assurer une coordination avec les prestataires de soins de santé, les ONG pertinentes et d'autres acteurs assurant des évacuations médicales à l'intérieur et hors de la zone de responsabilité, avant toute opération, puis pendant toute la durée de cette opération. Les chefs communautaires locaux et autres autorités compétentes doivent être associés à cette coordination, car les blessés et les malades ne sont pas nécessairement évacués par des moyens de transport ou des personnels sanitaires formels.

- III. Mesures garantissant le passage prioritaire aux postes de contrôle, afin de réduire les retards causés aux évacuations médicales.

Des mesures visant à réglementer les points de contrôle doivent être définies à l'avance et incluses dans la formation avant les opérations, puis mises en œuvre en permanence sur le théâtre des opérations, afin de limiter les conséquences potentielles de ces actions sur le plan humanitaire.

- IV. Mesures spécifiques visant à réduire l'impact sur les évacuations médicales, à chaque fois que le passage à un poste de contrôle est refusé pour des raisons de nécessité militaire impérieuse.

Le refus de laisser passer une évacuation médicale est une mesure extrême, qui peut avoir un impact grave sur la vie ou la santé des blessés ou des malades. Cette décision ne devrait donc être prise qu'en cas de nécessité militaire impérieuse et rester exceptionnelle. Des mesures devraient être adoptées avant l'opération et appliquées tout au long de l'opération afin de réduire l'impact négatif de cette décision.

## QUESTION 2 : PERQUISITIONS MENÉES DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

### 2.1 Problème humanitaire

Dans la conduite de leurs opérations, les unités militaires peuvent devoir fouiller des structures de santé. Ces perquisitions peuvent être jugées nécessaires pour de nombreuses raisons, notamment lorsque des renseignements suggèrent que la structure est peut-être utilisée de façon non conforme au DIH ou pour interroger les personnes qui se trouvent à l'intérieur et interpeler celles qui représentent un danger pour la sécurité. Lorsque des soldats ou des combattants ennemis blessés ou malades désirent être soignés ou rendent visite à des patients des structures de santé, les perquisitions dans ces structures peuvent être considérées comme une nécessité militaire. Ces opérations ne sont cependant pas sans problèmes pour la protection des structures de santé et de leur personnel. Ces défis comprennent :

- la perturbation des services normaux en raison de la présence de personnel armé;
- le risque que, en raison de la présence militaire (même temporaire), l'autre camp juge que la structure de santé n'est plus uniquement affectée à des fins médicales, voire la considère comme un objectif militaire;
- les dilemmes éthiques auxquels fait face le personnel de santé pressé de fournir des informations sur des patients dont il s'occupe.

Même si la décision de rechercher des combattants ou des soldats ennemis dans l'enceinte d'un établissement de santé peut être totalement justifiée et légale, il reste un problème, à savoir la façon dont ces opérations sont conduites. Selon l'étude du CICR portant sur 16 pays, publiée en 2011, et les données recueillies par 22 délégations du CICR depuis janvier 2012, une des formes de violence les plus courantes touchant les soins de santé est l'intrusion d'hommes armés dans des structures de santé, menée par des entités étatiques, notamment l'armée.

### 2.2 Conséquences sur le plan humanitaire

Selon l'étude menée en 2011 dans 16 pays, le principal objectif de ces intrusions armées était d'arrêter ou d'interroger les blessés et les malades. Cependant, dans le cadre des perquisitions, des soldats ont aussi bloqué l'accès aux hôpitaux pendant des heures, empêchant les médecins d'accéder à certaines parties de l'hôpital, et emporté du matériel médical pour l'utiliser dans leurs propres structures de santé.

L'expérience du CICR sur le terrain a aussi montré que, lorsque ces perquisitions n'aboutissent pas, il arrive que les soldats rassemblent le personnel et lui ordonnent de signaler la présence de « combattants ennemis » venant se faire soigner. Lorsque le personnel a refusé de fournir certaines informations, invoquant la déontologie médicale, les soldats ont menacé les membres du personnel, leurs proches

ou d'autres personnes, notamment les patients. Certains ont été enlevés ou maltraités, et d'autres ont été tués. Les soldats ont aussi emmené des patients, alors que certains étaient encore sous traitement vital, malgré les protestations de chirurgiens expliquant que leur état de santé ne le permettait pas. Des patients ont été emmenés vers des hôpitaux militaires où des soins minimums étaient dispensés.

Les perquisitions menées par les soldats dans les structures de santé peuvent avoir des conséquences graves, directes et diverses pour la fourniture de soins de santé. Lorsque des soldats ont contribué aux abus décrits ci-dessus, les services ont été interrompus pour des périodes plus ou moins longues. Les blessés et les malades ont été privés de soins pendant des heures pendant que les opérations étaient conduites, compromettant leurs chances de rétablissement et de survie. Par la suite, certains patients n'ont pas pu recevoir de traitement en raison des vols ou des destructions causées lorsque l'armée est entrée de force, ou en raison de l'arrestation ou de l'enlèvement des personnels de santé.

Même si les perquisitions n'incluent pas de menaces ou de violences physiques effectives, elles ont des répercussions qui entravent la fourniture de soins de santé. La simple présence de soldats dans les hôpitaux et aux alentours durant un conflit armé pose de sérieux problèmes à la fourniture de soins de santé et à l'image de ces structures auprès de l'autre camp et des civils; des structures de santé ont ainsi été prises pour cibles. Craignant d'être arrêtées, interrogées ou harcelées, certaines personnes ont peur d'emmener les blessés et les malades dans les structures de santé ou de venir elles-mêmes se faire soigner. Les membres de groupes armés peuvent piller les structures de santé et enlever le personnel de santé afin que leurs propres blessés et malades puissent être soignés dans la clandestinité. De plus, le personnel de santé harcelé ou menacé d'une quelconque autre façon peut quitter son poste ou refuser de soigner des patients pour protester contre les violences militaires, privant ainsi d'autant plus les malades et les blessés d'assistance médicale.

### 2.3 Droit applicable

Mis à part que les structures et le personnel de santé sont protégés contre les attaques, les actions qui entravent leur fonctionnement peuvent aussi être en infraction avec le DIH. Cependant, cette branche du droit n'interdit pas spécifiquement les perquisitions dans les structures de santé et ne décrit pas non plus comment les mener<sup>14</sup>.

Un hôpital n'est pas une zone qui ne relève pas de la compétence des autorités et ne protège pas contre les arrestations ou la détention, mais bien que les intrusions armées ne soient pas illégales, elles devraient être strictement réglementées. Les forces armées et les groupes armés ne doivent pas faire courir de risques inutiles aux patients et au personnel par leur simple présence. Le personnel de santé peut devoir fournir des informations sur les activités, les liens, les positions ou la simple existence des blessés et des malades, ainsi que sur l'identité des patients atteints de maladies infectieuses sur la base du droit national. Bien que le refus de répondre à ces questions puisse entraîner une arrestation légale, il est interdit de harceler ou de punir une personne, y compris des agents de santé, pour avoir accompli des activités compatibles avec la déontologie médicale.

Il est en outre interdit d'obliger une personne accomplissant des tâches médicales à fournir à quiconque appartenant à une partie adverse ou à son propre camp, sauf si la loi de ce dernier l'exige, des informations sur les blessés et les malades qui sont, ou ont été, sous sa responsabilité, si elle juge que ces informations pourraient nuire aux patients concernés ou à leur famille<sup>15</sup>. Le but de ces règles est d'éviter toute crainte ou appréhension de la part du personnel de santé qui accomplit ses tâches

<sup>14</sup> Bien que les manuels militaires de plusieurs États indiquent que les porteurs d'armes ne peuvent absolument pas pénétrer dans des unités de santé, cette pratique n'est pas suffisamment répandue pour établir clairement que la présence de soldats armés à l'intérieur d'un hôpital constitue en soi une violation du droit international humanitaire.

<sup>15</sup> Article 18, paragraphe 3, de la Première Convention de Genève; article 16, paragraphe 1, du Protocole additionnel I; article 10, paragraphe 1, du Protocole additionnel II; Jean-Marie HENCKAERTS et Louise DOSWALD-BECK, *Droit international humanitaire coutumier*, Volume I : Règles, Bruylant, 2006 : règle 26, p. 117-119. Voir aussi : Yves SANDOZ, Christophe SWINARSKI et Bruno ZIMMERMANN (dir.), *op. cit.* : commentaire relatif à l'article 16 du Protocole additionnel I, p. 206, par. 682. Voir aussi le document de référence du 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*, décembre 2012, chapitre 11 « La collecte de données et les violations du droit international dont vous êtes témoin », p. 93-98, disponible sur : <https://icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4104.pdf> (page consultée le 16 octobre 2014).

conformément à la déontologie médicale, notamment pour le bénéfice d'ennemis blessés ou malades dans un conflit. Dans d'autres situations d'urgence, des règles semblables s'appliquent<sup>16</sup>.

## 2.4 Mesures pratiques

En cas de nécessité militaire, il peut être nécessaire de mener des perquisitions dans les structures de santé, d'interroger et de fouiller des personnes (patients, visiteurs et personnel de santé) voire, dans certaines circonstances, de procéder à des interpellations ou à des arrestations. Ces opérations peuvent nuire au fonctionnement normal des structures de santé et devraient donc être des mesures exceptionnelles prises uniquement après que des efforts concertés ont été déployés pour trouver un équilibre entre l'avantage militaire attendu de ces actions et leur impact sur le plan humanitaire.

Pour réduire les effets négatifs des perquisitions dans les structures de santé, les forces armées peuvent envisager d'adopter et de mettre en œuvre les recommandations suivantes, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent (par ex. degré de contrôle et d'accès au territoire, capacité de coordonner les activités avec le personnel médical aux alentours) :

- I. Mesures spécifiques visant à garantir la nature exceptionnelle des perquisitions dans les structures de santé et des évacuations de personnes d'une telle structure, afin de réduire au minimum leur impact sur les patients et le personnel de santé.

Il faudrait peser l'équilibre nécessaire entre l'avantage militaire attendu d'une perquisition dans une structure de santé ou l'évacuation d'un patient, et les conséquences d'une telle action sur le plan humanitaire. Des mesures devraient garantir la nature exceptionnelle de ces décisions.

- II. Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel afin de réduire l'impact des perquisitions menées dans les structures de santé sur les patients et le personnel de santé.

L'environnement opérationnel doit être évalué avant toute opération, et régulièrement pendant toute la durée de cette opération, afin d'adapter au contexte spécifique les mesures visant à réglementer le comportement du personnel militaire durant les perquisitions dans les structures de santé et l'impact sur les patients et le personnel de santé.

- III. Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes administrant des soins de santé aux blessés et aux malades, visant à réduire au minimum l'impact d'une perquisition dans une structure de santé.

Il faut établir, avant les opérations, une coordination avec les prestataires de soins de santé, les ONG pertinentes et autres acteurs de l'assistance en matière de soins de santé qui travaillent à l'intérieur et à l'extérieur de la zone de responsabilité, puis l'entretenir pendant toute la durée de l'opération, car une relation préalable peut faciliter les perquisitions et réduire au minimum les malentendus.

- IV. Mesures visant à réglementer le comportement du personnel militaire pendant qu'il réalise des perquisitions dans une structure de santé spécifique.

Des mesures visant à réglementer les perquisitions dans une structure de santé spécifique doivent être définies à l'avance et incluses dans la formation avant les opérations, puis mises en œuvre en permanence sur le théâtre des opérations, afin de limiter les conséquences potentielles de ces actions sur le plan humanitaire.

## QUESTION 3 : PRÉCAUTIONS À PRENDRE EN CAS D'ATTAQUE (OFFENSIVE OU DÉFENSIVE)

### 3.1 Problème humanitaire

Lors de leurs opérations, les forces militaires doivent être particulièrement attentives à ne pas mettre en danger ou causer des dommages au personnel et aux structures de santé et aux transports médicaux,

<sup>16</sup> Le harcèlement, les contraintes et les arrestations de personnels de santé accomplissant ces tâches seraient aussi interdits par le droit international des droits de l'homme, car ils constitueraient des restrictions illégales du droit des blessés à accéder sans discrimination aux services de santé. Des restrictions ne seraient autorisées que si elles desservent le bien-être économique et social de la population de l'État. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 4; Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, par. 28. De plus, le droit de ne pas être soumis à des ingérences arbitraires ou illégales dans leur intimité protège les personnes relevant de la juridiction d'un État contre la divulgation indue de données médicales ou d'autres données privées à des personnes extérieures à la relation médecin-patient. Cependant, il est possible de déroger à cette garantie en cas d'urgence publique. Voir : Comité des droits de l'homme des Nations Unies, Observation générale n° 16 : Article 17 (*Droit au respect de la vie privée*), 8 avril 1988, par. 10.

en installant des objectifs militaires à l'intérieur ou à proximité des structures de santé, ou lorsqu'elles attaquent des objectifs militaires ennemis situés à l'intérieur ou à proximité des structures de santé.

Un des types de violence les plus graves, parmi ceux recensés par l'étude du CICR portant sur 16 pays et les données recueillies par 22 délégations depuis janvier 2012, était l'utilisation d'armes explosives par les forces armées durant des hostilités actives, qui, intentionnellement ou non, frappent des structures de santé ou des transports médicaux, tuant et blessant des personnes, privant des patients de services de santé<sup>17</sup>. Les attaques contre les structures de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence relèvent de deux catégories générales.

La première d'entre elles est l'attaque délibérée de ces structures. Il peut s'agir d'obtenir un avantage militaire en privant les opposants et ceux qui semblent les soutenir d'une assistance médicale en cas de blessure; un autre but peut aussi être de terroriser la population locale en prenant pour cible une structure protégée.

Le second type d'attaque n'est pas intentionnel. Ce sont des tirs d'obus ou des bombardements dirigés contre une cible militaire, qui causent des dommages accidentels. Cela se produit le plus souvent lorsque des opérations militaires sont menées dans des zones densément peuplées et lorsque les activités et les installations militaires sont délibérément placées à proximité des structures médicales afin d'éviter ou de réduire les attaques contre ces objectifs militaires. Ceux qui tirent doivent prendre toutes les précautions possibles pour distinguer les objectifs légitimes et les objectifs illégitimes, et pour limiter le plus possible les dommages causés à la population civile, aux biens de caractère civil et à l'environnement. D'autre part, dans la mesure du possible, les objectifs militaires ne doivent pas être situés de façon à mettre en danger la population civile, les biens de caractère civil ou l'environnement. Les récents conflits armés ont tous inclus de graves dommages aux structures de santé qui auraient été causés par erreur ou en résultat d'une évaluation légale et légitime des objectifs, ce qui était peut-être le cas. Plus elles sont proches d'installations militaires, plus les structures de santé sont exposées à des risques.

### 3.2 Conséquences sur le plan humanitaire

Les conséquences de l'utilisation d'armes explosives contre le personnel et les structures de santé et les transports médicaux sont très simples : elles provoquent la destruction des moyens nécessaires pour s'occuper des blessés et des malades et mènent souvent à leur mort et, parfois même à la mort de ceux qui ont pour mission exclusive de s'occuper des patients. Dans de nombreux cas, même si le nombre de victimes était faible, les infrastructures se sont effondrées en raison de la coupure de l'approvisionnement en eau et en électricité. Les structures de santé ont été contraintes de fermer et les blessés et les malades ont été privés de soins, ce qui a accru la gravité des conséquences de l'attaque.

### 3.3 Droit applicable

Les structures de santé doivent être respectées et protégées en tout temps et ne peuvent pas être prises pour cibles. Les blessés, les malades et le personnel de santé ne peuvent pas être attaqués, arbitrairement tués ou maltraités. La protection à laquelle ont droit, en vertu du DIH, le personnel, les structures et les transports médicaux affectés exclusivement à des activités sanitaires par une autorité compétente d'une partie au conflit, qu'ils soient militaires, civils ou appartiennent à des sociétés de secours volontaire reconnues, ne cesse pas, à moins qu'ils ne commettent ou ne servent à commettre des actes ne relevant pas de leur fonction humanitaire, nuisibles à l'ennemi<sup>18</sup>. Cependant, même dans ce cas, un avertissement doit être donné, fixant un délai s'il y a lieu. De plus, même lorsqu'une attaque contre des personnels de

<sup>17</sup> 22,6% (148/655) des incidents recensés incluaient l'utilisation d'un type quelconque d'arme explosive.

<sup>18</sup> Les « actes nuisibles à l'ennemi » incluent l'utilisation des structures de santé pour abriter des combattants en bonne santé, pour entreposer des armes ou des munitions (à l'exception du stockage temporaire des armes et munitions enlevées aux blessés et aux malades et qui n'ont pas encore été remises à l'autorité compétente), pour s'en servir comme poste d'observation militaire ou comme bouclier pour des actions militaires ou le transport de soldats en bonne santé, d'armes ou de munitions, et pour recueillir ou transmettre des renseignements militaires, ou la participation directe de personnels de santé aux hostilités, en violation du principe de stricte neutralité et hors du cadre de leur fonction humanitaire, par exemple lorsqu'ils utilisent des armes lors de combats contre des ennemis pour résister à la capture. Jean-Marie HENCKAERTS et Louise DOSWALD-BECK, *Droit international humanitaire coutumier, volume I : Règles*, Bruylant, 2006 : règles 25, 28 et 29; articles 19, par. 1, 24-26 et 35 de la Première Convention de Genève; articles 23 et 36 de la Deuxième Convention de Genève; articles 18, 20 et 21 de la Quatrième Convention de Genève; articles 12, par. 1, 15 et 21 du Protocole additionnel I; articles 9 et 11, par. 1, du Protocole additionnel II; Jean-Marie HENCKAERTS et Louise DOSWALD-BECK, *op. cit.* : commentaire relatif à la règle 25, p. 116, et règle 29, 138-139.

santé et des équipements médicaux ayant perdu leur protection est justifiée, les règles relatives à la distinction, à la proportionnalité et aux précautions doivent être respectées pour le bénéfice de tout blessé ou malade qui pourrait encore être présent dans une structure de santé ou un transport médical.

D'un autre côté, l'usage de la force létale contre du personnel de santé et du matériel médical, autres que ceux spécifiquement affectés à des activités médicales par une autorité compétente d'une partie au conflit, est régi par les règles générales relatives à la conduite des hostilités qui protègent les civils et les biens de caractère civil. Cela signifie qu'une attaque contre ce personnel de santé n'est justifiée que tant qu'il participe directement aux hostilités; les attaques contre les biens affectés aux soins de santé ne sont justifiées que lorsqu'ils ont été transformés en objectif militaire. Généralement, en DIH, à chaque fois que l'usage de la force est requis dans un conflit armé pour remplir une mission, toutes les précautions possibles doivent être prises pour confirmer, en particulier, qu'il s'agit d'objectifs militaires légitimes; les moyens et les méthodes utilisés doivent aussi être choisis de façon à ne pas infliger des dommages excessifs au personnel de santé, aux transports médicaux, aux structures de santé ou aux malades et aux blessés.

Dans les situations qui n'atteignent pas le degré d'intensité d'un conflit armé, lorsque les forces militaires conduisent des opérations de maintien de l'ordre, elles ne peuvent recourir à l'usage de la force que si tous les autres moyens d'atteindre un objectif légitime ont échoué et quand l'usage de la force peut être justifié au vu de l'importance de cet objectif. Elles sont pressées de faire preuve de retenue lorsqu'elles ont recours à la force et aux armes à feu, et d'agir de façon proportionnelle à la gravité de l'infraction et à l'objectif légitime à atteindre<sup>19</sup>. Elles ne doivent utiliser que la force nécessaire pour atteindre un objectif légitime.

En général, les blessés, les malades et les agents de santé sont peu susceptibles de présenter une menace imminente qui justifie le recours à la force létale. Même si c'est le cas, les agents des forces de l'ordre doivent clairement indiquer leur intention d'utiliser des armes à feu, et laisser suffisamment de temps pour que l'avertissement soit utile, à moins qu'ils ne fassent ainsi courir un risque grave à l'officier de police concerné ou à des tierces parties<sup>20</sup>.

### 3.4 Mesures pratiques

L'avantage militaire attendu de l'attaque d'objectifs militaires situés à proximité de structures de santé ou de structures qui ont perdu leur protection doit être soigneusement pesé par rapport aux conséquences humanitaires susceptibles de découler des dommages ou des destructions causés accidentellement à ces structures.

Afin de réduire l'impact direct et indirect sur la fourniture de services médicaux causé par une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection, les forces armées peuvent envisager d'adopter ou de mettre en œuvre les recommandations suivantes, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent (par ex. degré de contrôle et d'accès au territoire, capacité de coordonner les activités avec le personnel médical dans les environs) :

- I. Mesures spécifiques visant à garantir le caractère exceptionnel d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection.

Au vu des répercussions (par ex. perturbation des services d'approvisionnement en eau et en électricité) sur la fourniture des soins de santé que cause une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection, ces attaques doivent être strictement réglementées. Des mesures devraient garantir la nature exceptionnelle de ces attaques.

<sup>19</sup> Principes 4 et 5 des Principes de base des Nations Unies sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois.

<sup>20</sup> Principes 9 et 10 des Principes de base des Nations Unies sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois.

- II. Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel en cas d'attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection.

L'environnement opérationnel doit être évalué avant toute opération, et régulièrement pendant toute la durée de cette opération, afin d'adapter au contexte spécifique les mesures visant à guider la planification et la conduite d'une attaque, de façon à limiter les conséquences de ces actions sur le plan humanitaire.

- III. Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes qui administrent des soins de santé aux blessés et aux malades, visant à réduire l'impact des attaques contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection.

Il faut établir une coordination avec les prestataires de soins de santé, les ONG pertinentes et d'autres acteurs dispensant des soins de santé à l'intérieur et à l'extérieur de la zone de responsabilité avant les opérations, et l'entretenir pendant toute la durée de l'opération car elle peut faciliter le processus de prise de décision concernant les attaques.

- IV.a Mesures spécifiques visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé.

Des mesures visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé doivent être adoptées avant l'opération, puis mises en œuvre pendant toute la durée de cette opération, afin de limiter l'impact potentiel d'une attaque directe ou indirecte sur le plan humanitaire.

- IV.b Mesures spécifiques visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre une structure de santé qui a perdu sa protection.

Des mesures visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre une structure de santé qui a perdu sa protection doivent être adoptées avant l'opération, puis mises en œuvre pendant toute la durée de cette opération, afin de limiter l'impact potentiel d'une attaque directe ou indirecte sur le plan humanitaire.





## 6. RÉFÉRENCES

Comité international de la Croix-Rouge, *Health Care in Danger : A sixteen-country study*, CICR, Genève, juillet 2011. Disponible sur : <https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf> (page consultée le 6 octobre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale 2011 : Résolution 5 – Les soins de santé en danger, 28 novembre-1<sup>er</sup> décembre 2011. Disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm> (page consultée le 6 octobre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et dans les situations non couvertes par le droit international humanitaire*, fiche d'information, CICR, Genève, mars 2012. Disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/assets/files/2012/health-care-law-factsheet-icrc-fre.pdf> (page consultée le 6 octobre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *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, décembre 2012. Disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4104.pdf> (page consultée le 6 octobre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *Health Care in Danger : Violent incidents affecting health care, January to December 2012*, CICR, Genève, mai 2013. Disponible sur : [http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002\\_violent-incident-report\\_en\\_final.pdf](http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incident-report_en_final.pdf) (page consultée le 16 octobre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge *Les soins de santé en danger : les services ambulanciers et préhospitaliers dans les situations de risque*, CICR, Genève, novembre 2013. Disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4173.pdf> (page consultée le 16 octobre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *Health Care in Danger : Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2013*, CICR, Genève, avril 2014. Disponible sur : <http://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4196.pdf> (page consultée le 16 octobre 2014).



Lt Orlando Lima Santos / Armée brésilienne

## 7. ANNEXES

### ANNEXE 1 – COMPENDIUM DE MESURES PRATIQUES

Ce compendium, produit par le CICR, constitue le point culminant du processus de consultation mené avec les forces armées étatiques. Il contient un ensemble de mesures pratiques qui ont été soumises à l'examen des forces armées étatiques et qui visent à atténuer l'effet des opérations militaires sur l'accès aux soins de santé et leur fourniture sans danger. Ces mesures peuvent être adoptées ou mises en œuvre lors de la planification et de la conduite des opérations militaires, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent. Le présent document n'élargit en aucun cas des définitions ou des obligations figurant dans le DIH ou une autre branche du droit.

Durant l'élaboration des mesures pratiques, sur la base de l'expérience acquise sur le terrain et en harmonie avec les autres mesures proposées, deux éléments qui n'avaient pas été mentionnés durant les consultations bilatérales et l'atelier ont été ajoutées. Pour le premier centre d'intérêt, *les évacuations par voie de terre*, une mesure visant à régir les exceptions relatives aux évacuations médicales en cas de couvre-feu a été ajoutée. Deuxièmement, il a été estimé que de nombreuses mesures de coordination définies pour le premier centre d'intérêt, *les évacuations par voie de terre*, et pour le deuxième, *les perquisitions dans les structures de santé*, seraient aussi utiles pour le troisième centre d'intérêt, *les précautions à prendre en cas d'attaque*.

Les mesures proposées sont organisées de la façon suivante :

- 1.1 évacuations par voie de terre** : mesures visant à réduire les retards causés ou les interdictions de passage imposées aux transports médicaux, qui nuisent à l'évacuation par voie de terre des malades et des blessés, en particulier lors des passages aux postes de contrôle;
- 1.2 perquisitions menées dans les structures de santé** : mesures visant à atténuer l'impact négatif des perquisitions militaires dans les hôpitaux et autres structures de santé;
- 1.3 précautions à prendre en cas d'attaque (offensive ou défensive)** : mesures visant à atténuer les dommages causés au personnel et aux structures de santé, aux transports médicaux ou à leurs patients par l'installation d'objectifs militaires à l'intérieur ou à proximité de structures de santé, ou lors d'attaques contre des objectifs militaires ennemis situés à l'intérieur ou à proximité de structures de santé.

## 1.1 Évacuations par voie de terre

Pour pouvoir exercer un contrôle sur un territoire, il peut être nécessaire de mettre en place des postes de contrôle, qui, par définition, causent des retards pour tous les véhicules qui y passent, y compris ceux qui évacuent les blessés ou les malades. Ces évacuations peuvent être formelles (c'est-à-dire autorisées par l'État ou d'autres autorités compétentes et identifiables en tant que telles) ou informelles (c'est-à-dire tout véhicule transportant des blessés ou des malades dans une situation d'urgence). Il faut trouver un équilibre entre les exigences liées à la sécurité et la nécessité que les patients puissent accéder à des structures de santé aussi rapidement que possible.

Les effets négatifs des contrôles (arrêt et fouilles) des véhicules d'évacuation médicale devraient être principalement limités par quatre types de mesures différents, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent :

- 1.1.1 Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel;
- 1.1.2 Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes;
- 1.1.3 Mesures garantissant le passage prioritaire aux postes de contrôle;
- 1.1.4 Mesures spécifiques en cas d'interdiction de passer.

### **1.1.1 Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel afin de réduire les retards causés aux évacuations médicales aux postes de contrôle**

Il faut réaliser une cartographie des prestataires de soins de santé, des ONG pertinentes et d'autres acteurs organisant l'évacuation des blessés et des malades avant toute opération, et régulièrement pendant toute la durée de cette opération, afin d'adapter au contexte spécifique les mesures visant à réduire les retards et leurs conséquences sur le plan humanitaire, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent.

- a. Définir et mettre régulièrement à jour la cartographie des emplacements des structures formelles et informelles de soins de santé et évaluer leur importance et leurs capacités en matière de fourniture de services de santé à la fois dans la zone de responsabilité et dans ses environs immédiats (par ex. analyse en fonction des différents types de structures de santé : hôpital, dispensaire, centre de soins de santé primaires, poste de premiers secours, etc.);
- b. Définir et mettre régulièrement à jour les différents types de prestataires de soins de santé (formels et informels) et leurs véhicules entrant et sortant de la zone de responsabilité (par ex. ambulances, véhicules civils ne portant pas de signe distinctif);
- c. Recenser les systèmes d'identification des véhicules officiellement agréés et/ou reconnus (par ex. type de véhicule, signes, suivi électronique) et d'identification personnelle (par ex. badges, uniformes, etc.);
- d. Dresser et régulièrement mettre à jour la liste des plateformes de coordination des services d'urgence et évaluer leur fonctionnement.

### **1.1.2 Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes assurant l'évacuation des blessés et des malades, visant à réduire les retards causés aux évacuations médicales aux postes de contrôle**

Il faut assurer une coordination avec les prestataires de soins de santé, les ONG pertinentes et d'autres acteurs assurant des évacuations médicales à l'intérieur et hors de la zone de responsabilité avant toute opération, et pendant toute la durée de cette opération, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent. Les chefs communautaires locaux et autres autorités compétentes doivent être associés à cette coordination, car les blessés et les malades ne sont pas nécessairement évacués par des moyens de transport ou des personnels sanitaires formels.

- a. Participer à toute plateforme existante de coordination d'urgence. Si ce n'est pas possible, ou s'il n'en existe pas, étudier la possibilité d'en créer une;
- b. Adopter au minimum des mesures et des procédures de coordination avec les prestataires de soins de santé. Si possible, faire de même avec les forces adverses;
- c. Désigner un agent de liaison chargé des mouvements sur le terrain afin d'informer les prestataires de soins de santé des conditions de circulation;

- d. Affecter une certaine fréquence radio ou tout autre moyen de communication aux interactions entre le personnel de santé et les militaires afin de les faciliter;
- e. Convenir des moyens d'identification utilisés par les personnels de santé, de leur présentation à leur arrivée aux postes de contrôle, des signes (par ex. emblèmes et plaques d'immatriculation) ou autres moyens visuels (par ex. lumières bleues, drapeaux, d'autres lumières), et de tout autre moyen d'identification (par ex. sirène) utilisé pour les véhicules sanitaires;
- f. Convenir des interactions ou des comportements appropriés entre le personnel de santé et le personnel militaire;
- g. Établir des procédures claires pour informer les militaires du personnel et des véhicules médicaux (par ex. numéro d'immatriculation, cartes d'identité, dates et itinéraire) participant aux transports prévus;
- h. Établir des procédures claires pour informer les militaires du personnel et des véhicules médicaux participant aux transports d'urgence;
- i. Désigner un membre du personnel chargé de constamment mettre à jour les enseignements tirés des processus de coordination entre les militaires et les prestataires de soins de santé ou des incidents découlant de l'absence de ce type de processus;
- j. Convenir d'un horaire régulier pour les déplacements de routine des véhicules médicaux, en évitant les heures les plus chargées aux postes de contrôle (par ex. pour les patients sous dialyse).

### **1.1.3 Mesures garantissant le passage prioritaire aux postes de contrôle, afin de réduire les retards causés aux évacuations médicales**

Des mesures visant à réglementer les points de contrôle doivent être prédéfinies et incluses dans la formation avant les opérations, puis mises en œuvre de façon cohérente sur le théâtre des opérations, afin de limiter les conséquences potentielles de ces actions sur le plan humanitaire, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent.

- a. Élaborer, avant les opérations ou le déploiement, des instructions permanentes, des ordres opérationnels et/ou d'autres documents pertinents pour les postes de contrôle, adaptés à l'opération et au contexte spécifiques afin de réduire les retards au minimum;
- b. Prévoir une voie rapide si les circonstances s'y prêtent (en termes de sécurité, de topographie, de distance et d'heure ou de charge de travail au poste de contrôle);
- c. Indiquer clairement toute voie rapide, à chaque fois que possible, bien avant le poste de contrôle, afin que les véhicules médicaux n'aient pas à faire la queue;
- d. Lorsqu'il n'est pas possible de définir une voie rapide, indiquer clairement, en fonction des besoins, la possibilité pour les véhicules médicaux de remonter la file d'attente et d'avoir la priorité;
- e. Veiller à ce que les postes de contrôle concernés soient rapidement avertis de l'arrivée imminente de véhicules médicaux formels;
- f. À chaque fois que possible, assurer la communication entre les postes de contrôle afin qu'ils puissent se prévenir mutuellement du passage des véhicules médicaux;
- g. Afin de pouvoir s'inspirer des enseignements tirés, veiller à ce qu'un système de compte rendu soit en place et constamment mis à jour par les chefs des postes de contrôle pour assurer le suivi des incidents impliquant les militaires et les personnels de santé ou leurs véhicules;
- h. Déployer suffisamment de forces ou de ressources pour assurer le fonctionnement efficace des postes de contrôle (par ex. pour donner la priorité aux transports médicaux);
- i. Former le personnel des postes de contrôle afin de limiter au strict minimum la durée des contrôles d'identité du personnel de santé et des véhicules médicaux formels;
- j. Apprendre au personnel des postes de contrôle à donner la priorité aux véhicules médicaux informels ou dont l'arrivée n'a pas été annoncée (par ex. un père transportant un proche blessé dans sa propre voiture);
- k. S'inspirer des caractéristiques de la mission et des enseignements tirés, et former le personnel militaire susceptible d'être déployé aux postes de contrôle, tant avant le déploiement que durant les opérations, pour mettre en œuvre des instructions permanentes, des ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents qui garantissent le passage prioritaire des véhicules médicaux.

#### ***1.1.4 Mesures spécifiques visant à réduire l'impact sur les évacuations médicales, à chaque fois que le passage à un poste de contrôle est refusé pour des raisons de nécessité militaire impérieuse***

Le refus de laisser passer une évacuation médicale est une mesure extrême, qui peut avoir un impact grave sur la vie ou la santé des blessés ou des malades. Cette décision ne devrait donc être prise qu'en cas de nécessité militaire impérieuse et rester exceptionnelle. Des mesures devraient être adoptées avant l'opération et appliquées tout au long de l'opération afin de réduire l'impact négatif de cette décision, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent.

- a. Établir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents, le degré d'autorité et les circonstances exceptionnelles nécessaires pour prendre la décision de refuser le passage à un poste de contrôle;
- b. Veiller à ce que les prestataires de soins de santé formels soient informés des autres itinéraires possibles;
- c. Veiller à ce que les prestataires informels de soins de santé bloqués à des postes de contrôle fermés soient informés des autres itinéraires possibles;
- d. Réglementer les exceptions s'appliquant aux évacuations médicales en cas de couvre-feu;
- e. Désigner un membre du personnel chargé de renvoyer en permanence aux enseignements tirés des processus de coordination entre les militaires et les prestataires de soins de santé ou des incidents liés à l'absence de ce type de coordination, et de les mettre à jour.

## 1.2 Perquisitions menées dans les structures de santé

En cas de nécessité militaire, il peut être nécessaire de mener des perquisitions dans les structures de santé, d'interroger et de fouiller des personnes (patients, visiteurs et personnel de santé), voire, dans certaines circonstances, de procéder à des interpellations ou à des arrestations. Ces opérations peuvent nuire au fonctionnement normal des structures de santé et devraient donc être des mesures exceptionnelles prises uniquement après que des efforts concertés ont été déployés pour trouver un équilibre entre l'avantage militaire attendu de ces actions et leur impact sur le plan humanitaire.

Les effets négatifs des perquisitions menées dans les structures de santé devraient être atténués principalement par quatre types différents de mesures, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent :

- 1.2.1 Mesures spécifiques visant à garantir la nature exceptionnelle des perquisitions menées dans les structures de santé et des évacuations de personnes d'une telle structure ;
- 1.2.2 Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel ;
- 1.2.3 Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes ;
- 1.2.4 Mesures visant à réglementer le comportement du personnel militaire pendant qu'il réalise des perquisitions dans une structure de santé spécifique.

### **1.2.1 Mesures spécifiques visant à garantir la nature exceptionnelle des perquisitions menées dans les structures de santé et des évacuations de personnes d'une telle structure, afin de réduire au minimum leur impact sur les patients et le personnel de santé**

Il faudrait peser l'équilibre nécessaire entre l'avantage militaire attendu d'une perquisition dans une structure de santé ou l'évacuation d'un patient, et les conséquences d'une telle action sur le plan humanitaire. Des mesures devraient garantir la nature exceptionnelle de ces décisions, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent.

- a. Envisager des alternatives aux perquisitions militaires menées dans une structure de santé spécifique (par ex. faire appel à la police civile) ;
- b. Réglementer dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents le degré d'autorité et les circonstances exceptionnelles nécessaires pour prendre la décision de réaliser des perquisitions dans une structure de santé spécifique ;
- c. Définir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents le processus d'autorisation à suivre pour pouvoir réaliser des perquisitions dans une structure de santé spécifique, et la documentation associée requise (par ex. preuve de la nécessité militaire, avantage militaire attendu) ;
- d. Définir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents le degré d'autorité et les circonstances exceptionnelles nécessaires pour évacuer une personne d'une structure de santé (par ex. pour la transférer dans un centre de détention) ;
- e. Adopter les mesures nécessaires en droit militaire (par ex. pénal, disciplinaire) pour garantir que les dirigeants impliqués dans les décisions et dans la conduite des perquisitions dans les structures de santé, n'ordonnent pas de réaliser des perquisitions qui entravent ou bloquent inutilement la fourniture de soins de santé, et prennent toutes les mesures en leur pouvoir pour prévenir et sanctionner les perquisitions conduites ainsi par leurs subordonnés, lorsqu'ils savent ou auraient dû savoir que ce comportement a été adopté ;
- f. Réglementer dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents les mesures de surveillance que doit prendre l'autorité responsable (par ex. communication, investigation en cas d'incident) ;
- g. Réglementer dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents, les comptes rendus requis de l'officier responsable de la perquisition dans une structure de santé spécifique (par ex. moment, informations) ;
- h. Désigner un membre du personnel chargé de s'inspirer en permanence des enseignements tirés des processus de coordination entre les militaires et les prestataires de soins de santé ou des incidents liés à l'absence de coordination, et de les mettre à jour.

### **1.2.2 Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel afin de réduire l'impact des perquisitions menées dans les structures de santé sur les patients et le personnel de santé**

L'environnement opérationnel doit être évalué avant toute opération, et régulièrement pendant toute la durée de cette opération, afin d'adapter au contexte spécifique les mesures visant à réglementer la conduite du personnel militaire durant les perquisitions dans les structures de santé et l'impact produit sur les patients et le personnel de santé, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent.

- a. Associer le personnel médical militaire, ainsi que des conseillers juridiques et culturels (à chaque fois que possible) à la planification, à la prise de décisions et à la conduite des perquisitions dans les structures de santé;
- b. Éviter dans la mesure du possible les affronts potentiels aux sensibilités religieuses, culturelles et relatives aux questions hommes-femmes dans la planification et la conduite d'une perquisition dans une structure de santé spécifique (par ex. en interrogeant le personnel et les patients ou en passant ou en entrant dans des ailes réservées aux hommes ou aux femmes);
- c. Choisir le moment le plus approprié pour les perquisitions (par ex. opérations de jour ou de nuit);
- d. Associer des responsables des médias et de l'information à la planification et à la conduite des perquisitions dans une structure de santé spécifique pour mieux gérer les aspects liés à la couverture médiatique (par ex. pour atténuer toute incidence négative possible pour la structure de santé et l'armée).

### **1.2.3 Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes administrant des soins de santé aux blessés et aux malades, afin de réduire au minimum l'impact d'une perquisition dans une structure de santé**

Il faut établir, avant les opérations, une coordination avec les prestataires de soins de santé, les ONG pertinentes et autres acteurs de l'assistance en matière de soins de santé qui travaillent à l'intérieur et à l'extérieur de la zone de responsabilité, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, puis l'entretenir pendant toute la durée de l'opération, car une relation préétablie peut faciliter les perquisitions et limiter au minimum les malentendus.

- a. Participer à toute plateforme de coordination d'urgence recensée, afin de pouvoir faciliter et coordonner d'éventuelles perquisitions dans une structure de santé spécifique. Si ce n'est pas possible, ou s'il n'existe pas de plateforme, envisager d'en créer une;
- b. Convenir de mesures et de procédures de coordination avec les prestataires de soins de santé et les autorités compétentes; prédéfinir au moins des procédures générales à suivre en cas de perquisition (par ex. moment, délai approprié);
- c. Définir les exigences en matière de liaison, de notification et/ou de consultation avec les autorités sanitaires et les prestataires de soins de santé;
- d. Prévoir la participation du personnel médical militaire aux interactions avec le personnel médical civil, en vue d'éventuelles perquisitions dans une structure de santé spécifique;
- e. Échanger et rassembler des informations sur l'incidence des maladies infectieuses et d'autres dangers sanitaires potentiels dans les structures de santé situées dans la zone de responsabilité;
- f. Désigner un membre du personnel chargé de mettre constamment à jour les enseignements tirés des processus de coordination entre les militaires et les prestataires de soins de santé ou des incidents liés à l'absence de coordination.

### **1.2.4 Mesures visant à réglementer le comportement du personnel militaire pendant qu'il réalise des perquisitions dans une structure de santé spécifique**

Des mesures visant à réglementer les perquisitions dans une structure de santé spécifique doivent être définies à l'avance et incluses dans la formation avant les opérations, puis mises en œuvre en permanence sur le théâtre des opérations, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, afin de limiter les conséquences potentielles de ces actions sur le plan humanitaire.

- a. Élaborer, avant les opérations ou le déploiement, des instructions permanentes, des ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents pour garantir une perturbation minimale des services médicaux fournis par la structure de santé spécifique où doit se dérouler une perquisition;

- b. Garantir que les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou tout autre document pertinent incluent une liste des directives à suivre durant une perquisition dans une structure de santé spécifique;
- c. Fournir des directives dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou autres documents pertinents sur la nature et la portée des questions appropriées qui peuvent être posées au personnel de santé et aux patients, sur les responsabilités éthiques et juridiques du personnel de santé vis-à-vis des patients et sur l'obligation juridique de permettre aux patients de recevoir un traitement médical sans interférence inutile;
- d. Fournir des orientations dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou tout autre document pertinent pour tout le personnel militaire concerné, sur le respect dû aux patients et à leur intimité (par ex. en termes de considérations médicales, culturelles, religieuses ou liées aux questions hommes-femmes);
- e. Fournir des orientations dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou tout autre document sur les interactions entre le personnel médical militaire, et le personnel de santé et les patients;
- f. Définir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou tout autre document pertinent, les circonstances et les conditions dans lesquelles des personnes peuvent être évacuées des structures de santé (par ex. pour être transférées vers un centre de détention) afin de garantir que les obligations juridiques relatives à la fourniture de soins médicaux soient respectées et que l'avis des médecins soit pris en compte au moment de décider de l'évacuation et de sa mise en œuvre (traitement conforme aux instructions permanentes relatives à la détention);
- g. Fournir des orientations dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou autres documents pertinents sur les circonstances spécifiques dans lesquelles il est permis de recueillir des données biométriques sur les patients durant les perquisitions et sur la façon de le faire;
- h. Fournir des orientations dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou autres documents pertinents sur les procédures relatives à l'équipement personnel (par ex. armes, gilet pare-balles, casques), en fonction des circonstances;
- i. Fournir des orientations dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents, sur les circonstances et les conditions dans lesquelles la force peut être utilisée à l'intérieur de la structure de santé;
- j. Fournir des orientations sur les précautions que les soldats, le personnel de santé et les patients devraient prendre pour se protéger des maladies infectieuses;
- k. Déployer suffisamment de forces ou de ressources pour réaliser les perquisitions et garantir que les unités responsables incluent des femmes et des responsables médicaux, en fonction des circonstances (par ex. culture, questions hommes-femmes);
- l. Avant le déploiement et sur le théâtre des opérations, former le personnel militaire (y compris médical) susceptible de devoir réaliser des perquisitions dans les structures de santé, afin qu'il connaisse les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou autres documents pertinents conçus pour garantir une perturbation minimale durant les perquisitions et qu'il y soit préparé.

### 1.3 Précautions à prendre en cas d'attaque (offensive ou défensive)

À chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, l'avantage militaire attendu d'une attaque dirigée contre des objectifs militaires situés à proximité de structures de santé ou contre des structures de santé qui ont perdu leur protection doit être soigneusement pesé par rapport aux conséquences humanitaires susceptibles de découler des dommages ou des destructions causés accidentellement à ces structures.

À chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, l'impact direct et indirect sur la fourniture de services médicaux causé par une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection, devrait être limité au minimum par l'adoption des mesures suivantes :

- 1.3.1 Mesures spécifiques visant à garantir le caractère exceptionnel d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection;
- 1.3.2 Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel;
- 1.3.3 Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes;
- 1.3.4.a Mesures spécifiques visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé;
- 1.3.4.b Mesures spécifiques visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre une structure de santé qui a perdu sa protection.

#### **1.3.1 Mesures spécifiques visant à garantir le caractère exceptionnel d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection**

Au vu des répercussions (par ex. perturbation des services d'approvisionnement en eau et en électricité) sur la fourniture des soins de santé que cause une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection, ces attaques doivent être strictement réglementées. Des mesures devraient garantir la nature exceptionnelle de ces attaques, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent.

- a. Évaluer l'impact d'une attaque sur la fourniture de soins de santé par rapport à la mission et à l'état final définis par le commandant. En conséquence, n'envisager les frappes cinétiques qu'en dernier ressort; réaliser une évaluation de la menace et étudier les autres options possibles :
  - Contenir la menace, par exemple en bouclant la zone où se trouve la structure de santé en question;
  - Conclure un accord avec l'autre partie pour qu'elle quitte la structure ou se rende;
  - Conclure un accord avec l'autre partie au sujet de l'évacuation du personnel de santé et des patients (pour les petites structures, et pour autant que les patients puissent être transportés);
  - Faire appel à des tierces parties, comme des autorités locales formelles ou informelles (par ex. anciens), pour persuader l'autre partie de quitter les environs immédiats ou de se rendre;
- b. Réglementer dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou autres documents pertinents, le degré d'autorité et les circonstances nécessaires (par ex. degré de nécessité qu'indiquent les faits sur le terrain) pour prendre la décision de frapper un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou une structure de santé qui a perdu sa protection;
- c. Définir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents le processus d'autorisation à suivre pour pouvoir frapper un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou une structure de santé qui a perdu sa protection (par ex. preuve de nécessité militaire, avantage militaire attendu, dommages collatéraux attendus à la structure de santé);
- d. Prendre les dispositions nécessaires pour que les membres du commandement qui décident de lancer une attaque et déterminent le mode d'attaque utilisé contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection (par ex. autorité compétente, officier responsable de l'attaque) soient tenus de rendre des comptes concernant leur rôle dans ces opérations en droit militaire;

- e. Réglementer dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents les mesures de supervision que doit prendre l'autorité compétente (par ex. communication, investigation en cas d'incident);
- f. Réglementer dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents, les comptes rendus requis de l'officier responsable de la frappe contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection (par ex. moment, évaluation des dommages causés par les combats);
- g. Désigner un membre du personnel chargé de s'inspirer en permanence des enseignements tirés des processus de coordination entre les militaires et les prestataires de soins de santé ou des incidents liés à l'absence de ce type de processus, et de les mettre à jour.

### **1.3.2 Mesures visant à améliorer la compréhension de l'environnement opérationnel en cas d'attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection**

À chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, l'environnement opérationnel doit être évalué avant toute opération, et régulièrement pendant toute la durée de cette opération, afin d'adapter au contexte spécifique les mesures visant à guider la planification et la conduite d'une attaque, de façon à limiter les conséquences de ces actions sur le plan humanitaire.

- a. Réaliser et régulièrement mettre à jour la cartographie des emplacements des structures formelles et informelles de santé et évaluer leur importance et leurs capacités en matière de fourniture de services de soins de santé dans la zone de responsabilité et ses environs immédiats (par ex. analyse en fonction de différents types de structures de santé : hôpital, dispensaire, centre de soins de santé primaires, service sanitaire, poste de premiers secours, etc.)
- b. Évaluer la distance entre les structures de santé et les objectifs militaires (les siens et ceux de l'ennemi) ainsi que les dommages directs potentiels sur la base des cartes disponibles;
- c. Évaluer les impacts indirects potentiels des attaques prévues contre des objectifs militaires sur la fourniture de soins de santé, en particulier la perturbation des services essentiels (par ex. électricité, eau, logistique) et l'accès des patients et de leur famille;
- d. Définir et mettre à jour en permanence les zones interdites ou sensibles, en recensant l'emplacement de toutes les structures de santé et des services essentiels dont elles dépendent.

### **1.3.3 Mesures de coordination avec les professionnels de la santé et les autorités compétentes administrant des soins de santé aux blessés et aux malades, visant à réduire l'impact des attaques contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé ou contre une structure de santé qui a perdu sa protection**

Il faut établir, à chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, une coordination avec les prestataires de soins de santé, les ONG pertinentes et d'autres acteurs dispensant des soins de santé à l'intérieur et à l'extérieur de la zone de responsabilité avant les opérations, et l'entretenir tout au long de l'opération car elle peut faciliter le processus de prise de décision concernant les attaques.

- a. Participer à toute plateforme de coordination existante. Si ce n'est pas possible, ou s'il n'en existe pas, envisager d'en créer une;
- b. Nouer des liens avec les autorités sanitaires et les prestataires de soins de santé afin de :
  - pleinement comprendre le rôle que joue une structure spécifique dans le système de soins de santé. Il faudrait savoir exactement quelles infrastructures médicales d'appoint existent s'il y en a;
  - bien comprendre les voies de réapprovisionnement fonctionnelles (par ex. pour les médicaments, l'eau, l'électricité ou les vivres) et leurs systèmes de secours;
  - repérer d'autres voies de réapprovisionnement possibles (par ex. pour les médicaments, l'eau, l'électricité, les vivres);
- c. Informer en permanence les prestataires de santé de ce qui entraînerait ou constituerait une perte de protection.

#### **1.3.4.a Mesures spécifiques visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé**

À chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, des mesures visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé doivent être adoptées avant l'opération, puis mises en œuvre tout au long de l'opération, afin de limiter l'impact potentiel d'une attaque directe ou indirecte sur le plan humanitaire.

- a. Définir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents, les circonstances et les conditions dans lesquelles des attaques peuvent être lancées contre un objectif militaire situé à proximité de structures de santé;
- b. Définir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents le processus d'approbation à suivre pour pouvoir lancer une frappe contre un objectif militaire situé à proximité de structures de santé et les renseignements associés requis (par ex. preuve de la nécessité militaire, avantage militaire attendu, dommages collatéraux estimés sur la structure de santé);
- c. Fournir des orientations sous forme d'instructions permanentes, d'ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents pour toute attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé, adaptées à l'opération et au contexte spécifiques, afin de limiter les conséquences sur le plan humanitaire (par ex. éviter le plus possible de perturber les services);
- d. Définir, dans le processus de planification, un processus de ciblage délibéré et immédiat fondé sur le DIH/droit des conflits armés et incorporant des analyses de terrain, les effets des armes et les moyens de mise en œuvre;
- e. Associer du personnel médical militaire, ainsi que des conseillers juridiques et culturels (à chaque fois que possible et approprié) à la planification, à la prise de décision et à la conduite d'une attaque contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé, en particulier pour évaluer les dommages potentiels causés à la structure de santé;
- f. Réaliser une évaluation de l'impact avant toute action, afin de bien comprendre la portée et les conséquences des dommages ou des destructions qui nuiraient à la capacité d'une structure de santé de trouver d'autres voies de réapprovisionnement;
- g. Étudier et choisir des mesures visant à faire en sorte que le degré de perturbation soit proportionnel à la nécessité militaire et à atténuer les effets – directs et indirects – sur la fourniture de soins de santé (par ex. destruction ou neutralisation de l'objectif, armes, méthodes, moment);
- h. Préparer un plan d'urgence pour répondre à la perturbation estimée des services médicaux, afin de rétablir leur pleine mise en œuvre dès que possible. Prévoir des dispositions pour l'évacuation des patients et du personnel de santé, et pour leur prise en charge appropriée;
- i. Accorder un délai suffisant avant de lancer une frappe (par ex. en communiquant par le biais de tierces parties influentes);
- j. Évaluer continuellement les dommages causés par les combats et faire en sorte que le degré de perturbation soit proportionnel à la nécessité militaire. Interrompre l'attaque si les dommages collatéraux sont supérieurs à l'avantage militaire attendu;
- k. Après une attaque, faciliter ou mettre en œuvre des mesures permettant le rétablissement rapide des services de santé (par ex. soutien médical à la structure de santé);
- l. Faire rapport aux officiers supérieurs de la chaîne de commandement sur l'attaque, son impact sur la fourniture de soins de santé, et les mesures facilitées ou mises en œuvre pour rétablir les services médicaux;
- m. Former le personnel militaire susceptible de lancer des attaques contre un objectif militaire situé à proximité d'une structure de santé, avant le déploiement et sur le théâtre des opérations, afin qu'il connaisse les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou autres documents pertinents visant à garantir une perturbation minimale de la structure de santé et qu'il soit prêt à les mettre en œuvre.

#### **1.3.4.b Mesures spécifiques visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre une structure de santé qui a perdu sa protection**

À chaque fois que possible et que les opérations s'y prêtent, des mesures visant à guider la planification et la conduite d'une attaque contre une structure de santé qui a perdu sa protection doivent être

adoptées avant une opération, puis mises en œuvre pendant toute la durée de cette opération, afin de limiter l'impact potentiel d'une attaque directe ou indirecte sur le plan humanitaire.

- a. Définir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents, les circonstances et les conditions dans lesquelles des attaques peuvent être lancées contre une structure de santé qui a perdu sa protection;
- b. Définir dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents, le processus d'approbation à suivre pour pouvoir lancer une frappe contre une structure de santé qui a perdu sa protection et les renseignements associés requis (par ex. preuve de la perte de protection, avantage militaire attendu, dommages estimés à la structure de santé);
- c. Fournir des orientations sous forme d'instructions permanentes, d'ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents pour toute frappe contre une structure de santé qui a perdu sa protection, adaptées à l'opération et au contexte spécifique, afin de limiter les conséquences sur le plan humanitaire (par ex. éviter le plus possible de perturber les services);
- d. Fournir des orientations dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents sur les facteurs entraînant la perte de protection d'une structure de santé, ainsi que sur la vérification de ces facteurs sur le terrain;
- e. Définir, dans le processus de planification, un processus de ciblage délibéré et immédiat fondé sur le DIH/le droit des conflits armés et incorporant des analyses de terrain, les effets des armes et les moyens de mise en œuvre;
- f. Associer le personnel médical militaire, ainsi que des conseillers juridiques et culturels (à chaque fois que possible et approprié) à la planification, à la prise de décision et à la conduite d'une attaque contre une structure de santé qui a perdu sa protection, en particulier pour estimer les dommages potentiels à la structure de santé;
- g. Réaliser une évaluation de l'impact avant toute action, afin de bien comprendre la portée et les conséquences des dommages ou des destructions qui nuiraient à la capacité d'une structure de santé de trouver d'autres voies de réapprovisionnement;
- h. Étudier et choisir des mesures visant à faire en sorte que le degré de perturbation soit proportionnel à la nécessité militaire et à atténuer les effets – directs et indirects – sur la fourniture de soins de santé (par ex. destruction ou neutralisation de l'objectif, armes, méthodes, moment, etc.);
- i. Préparer un plan d'urgence pour répondre à la perturbation prévue des services médicaux, afin de rétablir leur pleine mise en œuvre dès que possible. Prévoir des dispositions pour l'évacuation des patients et du personnel de santé et pour leur prise en charge appropriée;
- j. Accorder un délai suffisant aux personnes se trouvant à l'intérieur de la structure (par ex. personnel, patients, visiteurs, combattants ou soldats) avant de lancer une attaque (par ex. en communiquant par le biais de tierces parties influentes);
- k. Évaluer continuellement les dommages causés par les combats et faire en sorte que le degré de perturbation soit proportionnel à la nécessité militaire. Interrompre l'attaque si les dommages collatéraux sont supérieurs à l'avantage militaire attendu;
- l. Après une attaque, faciliter ou mettre en œuvre des mesures permettant le rétablissement rapide des services de santé (par ex. soutien médical à la structure de santé);
- m. Interrompre l'attaque si les conditions ayant entraîné la perte de la protection ont cessé d'exister (par ex. si les combattants ou les soldats ont quitté la structure);
- n. Faire rapport aux officiers supérieurs de la chaîne de commandement sur l'attaque, son impact sur la fourniture de soins de santé et les mesures réparatrices facilitées ou mises en œuvre;
- o. Former le personnel militaire susceptible de lancer des attaques contre une structure de santé qui a perdu sa protection, avant le déploiement et sur le théâtre des opérations, afin qu'il connaisse les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou autres documents pertinents visant à garantir une perturbation minimale de la structure de santé et qu'il soit prêt à les mettre en œuvre.

## ANNEXE 2 – LE PROJET « LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER »

Le respect et la protection des blessés et des malades, du personnel et des structures de santé et des transports médicaux sont au cœur du développement du droit international humanitaire (DIH) depuis l'adoption de la Convention de Genève originelle en 1864. Pourtant, diverses formes de violence continuent de perturber ou de menacer les soins de santé dans de nombreuses régions du monde.

Les actes – et les menaces – de violence contre le personnel et les structures de santé et les transports médicaux durant les conflits armés et autres situations d'urgence sont largement répandus et touchent des personnes, des familles et des communautés entières. C'est probablement l'un des plus graves problèmes humanitaires auxquels nous devons répondre, étant donné le nombre potentiel de personnes touchées et son impact sur les besoins chroniques et aigus.

En novembre 2011, la XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge<sup>21</sup> a demandé au CICR d'entreprendre des consultations avec des experts des États, du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres acteurs du secteur de la santé. Le but était, et est encore, de rendre plus sûre la fourniture de services de soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence, et de faire rapport à la XXXII<sup>e</sup> Conférence internationale, en 2015 sur les progrès accomplis.

Le projet « Les soins de santé en danger », lancé à l'appui de cet objectif, a attiré l'attention sur les actes parfois violents qui entravent ou bloquent la fourniture de soins de santé. Ces actes vont des attaques directes contre les patients, le personnel médical, les structures de santé et les transports médicaux, au refus d'accès dans les structures de santé, aux entrées avec effraction et au pillage de ces structures. Ils constituent, dans la plupart des cas, des infractions au droit international.

Il est aussi admis que dans certaines situations, les actions des forces armées étatiques peuvent, de façon légale et accidentelle, avoir un impact négatif sur les patients, le personnel et les structures de santé, et les transports médicaux. Si on réagissait à ces situations, avec l'accord de forces armées étatiques coopératives, pour faire connaître l'impact de ces actions et modifier le comportement et les procédures actuelles, cela aurait des avantages considérables à long terme. L'adoption de comportements et de procédures qui protégeraient efficacement les blessés et les malades, le personnel et les structures de santé et les transports médicaux, pourrait aussi inciter d'autres parties à se conformer au droit international applicable et ainsi entraîner une diminution de l'incidence et de la gravité des actes de violence qui entravent ou bloquent la fourniture de soins de santé.

Le projet « Les soins de santé en danger » a rassemblé des Sociétés nationales et diverses parties prenantes externes, tels que décideurs, personnel gouvernemental du secteur de la santé, personnel militaire, organisations humanitaires et représentants des milieux universitaires d'une centaine de pays, dans une série d'ateliers d'experts dirigés par le CICR sur les thèmes suivants :

- Le rôle et la responsabilité des Sociétés nationales dans la fourniture de soins de santé sans danger dans les conflits armés et autres situations d'urgence (deux ateliers) :
  - Oslo, Norvège<sup>22</sup> : co-organisé par la Croix-Rouge de Norvège et le CICR – 3-5 décembre 2012 ;
  - Téhéran, Iran<sup>23</sup> : co-organisé par la Société du Croissant-Rouge de la République islamique d'Iran et le CICR – 2-14 février 2013.

<sup>21</sup> Comité international de la Croix-Rouge, XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale de la Croix-Rouge : résolution 5 – Les soins de santé en danger, 28 novembre-1<sup>er</sup> décembre 2011, disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm> (page consultée le 17 octobre 2014).

<sup>22</sup> Un aperçu de l'atelier d'Oslo est disponible en anglais sur : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-danger-expert-workshop-oslo-2012-12-03.htm> (page consultée le 17 octobre 2014).

<sup>23</sup> Un aperçu de l'atelier de Téhéran est disponible en anglais sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/02-08-tehran-workshop-health-care-in-danger.htm> (page consultée le 17 octobre 2014).

- Les droits et les responsabilités du personnel de santé (deux ateliers) :
  - Londres, Royaume-Uni<sup>24</sup> : co-organisé par la Croix-Rouge britannique, le CICR, la British Medical Association et l'Association médicale mondiale – 23 avril 2012;
  - Le Caire, Égypte<sup>25</sup> : co-organisé par la Société du Croissant-Rouge égyptien et le CICR – 17-18 décembre 2012.
- Les services ambulanciers / préhospitaliers dans les situations de risque (un atelier) :
  - Toluca, Mexique<sup>26</sup> : co-organisé par la Croix-Rouge mexicaine et le CICR – 21-24 mai 2013.
- La sécurité physique des structures de santé (deux ateliers) :
  - Ottawa, Canada<sup>27</sup> : co-organisé par la Croix-Rouge canadienne et le CICR – 25-27 septembre 2013;
  - Pretoria, Afrique du Sud<sup>28</sup> : co-organisé par le Gouvernement sud-africain (ministère des Relations internationales et de la Coopération) et le CICR – 8-11 avril 2014.
- Le rôle de la société civile et des chefs religieux dans la promotion du respect des soins de santé (un atelier) :
  - Dakar, Sénégal : organisé par le CICR – 24-25 avril 2013.
- Promouvoir des pratiques opérationnelles militaires qui garantissent un accès sans danger aux soins de santé et rendent leur fourniture plus sûre (un atelier) :
  - Sydney, Australie<sup>29</sup> : co-organisé par le Gouvernement australien et le CICR – 9-12 décembre 2013.
- Cadre nationaux normatifs pour la protection de la fourniture de soins de santé (un atelier) :
  - Bruxelles, Belgique<sup>30</sup> : co-organisé par le Gouvernement belge, la Commission interministérielle belge de droit humanitaire (CIDH), la Croix-Rouge de Belgique et le CICR – 29-31 janvier 2014.

En parallèle à ces efforts, le CICR a aussi fait connaître la question des violences touchant la fourniture de soins de santé auprès de certains groupes armés non étatiques. En 2013, il a mené des consultations confidentielles bilatérales constructives sur cette question avec 25 groupes armés de huit pays différents. Des consultations à ce sujet avec ces entités et d'autres groupes armés non étatiques devraient être mises en place au cours des prochaines années.

De plus, divers outils de sensibilisation et d'orientation ont été élaborés dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger ». Par exemple, une publication sur les responsabilités du personnel de santé<sup>31</sup> décrit en détail les dilemmes éthiques et les solutions potentielles pour le personnel de santé qui fait face à l'insécurité et à la violence dans l'exercice de ses fonctions professionnelles. Plus récemment, un rapport sur les services ambulanciers et préhospitaliers<sup>32</sup> dans les situations de risque a été publié, définissant des mesures pratiques que les autorités étatiques, l'armée et le personnel de santé peuvent prendre pour réduire les risques auxquels les prestataires de soins de santé font face. Ces mesures incluent le renforcement de la législation nationale, la protection des services ambulanciers, une coordination plus efficace avec les autorités, notamment l'armée, et une formation de préparation pour le personnel et les volontaires des ambulances.

24 Un aperçu de l'atelier de Londres est disponible en anglais sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/feature/2012/health-care-in-danger-feature-2012-04-25.htm> (page consultée le 17 octobre 2014).

25 Un aperçu de l'atelier du Caire est disponible en anglais sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/12-17-egypt-hcid-workshop.htm> (page consultée le 17 octobre 2014).

26 Un aperçu de l'atelier de Mexico est disponible en anglais sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/05-23-mexico-workshop-health-care-in-danger.htm> (page consultée le 18 octobre 2014).

27 Un aperçu de l'atelier d'Ottawa est disponible en anglais sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/09-24-ottawa-workshop-health-care-in-danger.htm> (page consultée le 18 octobre 2014).

28 Un aperçu de l'atelier de Pretoria est disponible en anglais sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2014/hcid-pretoria-workshop.htm> (page consultée le 18 octobre 2014).

29 Un aperçu de l'atelier de Sydney est disponible en anglais sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/12-06-australia-hcid-military-expert-workshop.htm> (page consultée le 18 octobre 2014).

30 Un aperçu de l'atelier de Bruxelles est disponible en anglais sur : <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2014/hcid-brussels-workshop.htm> (page consultée le 18 octobre 2014).

31 Comité international de la Croix-Rouge, *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, décembre 2012, disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4104.pdf> (page consultée le 17 octobre 2014).

32 Comité international de la Croix-Rouge, *Les services ambulanciers et préhospitaliers dans les situations de risque*, CICR, Genève, août 2014, disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4173.pdf> (page consultée le 17 octobre 2014).

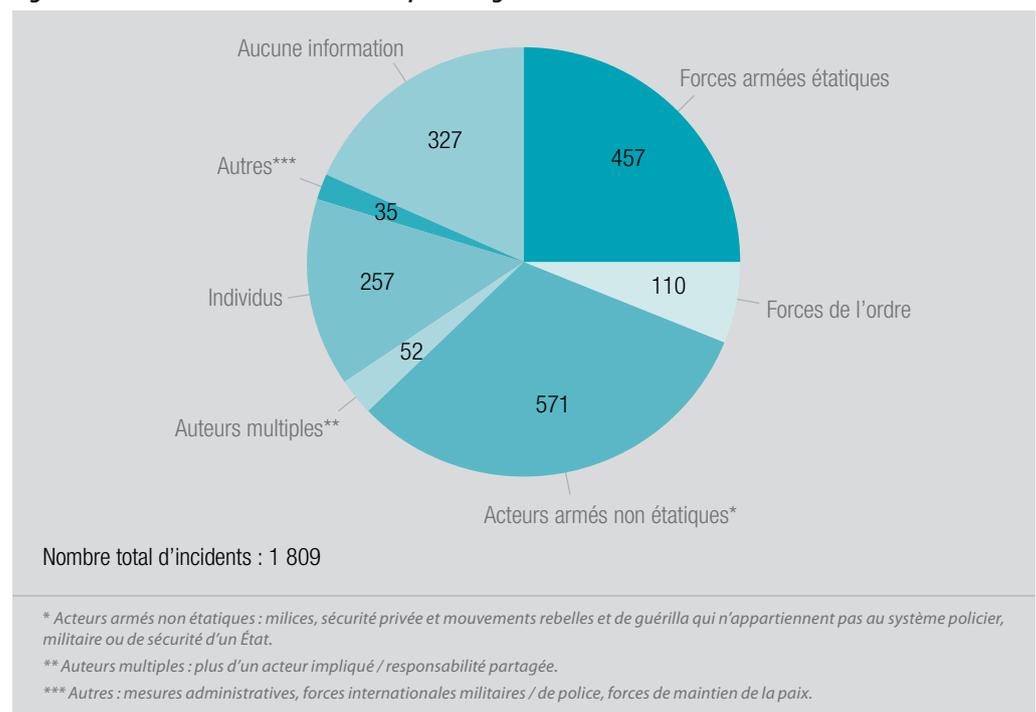
## ANNEXE 3 – TENDANCES ET IMPACTS DES ACTES DE VIOLENCE COMMIS PAR LES FORCES ARMÉES ÉTATIQUES

Malgré la responsabilité des groupes armés non étatiques, comme ce rapport se concentre sur les pratiques opérationnelles militaires qui garantissent un accès sans danger aux soins de santé et rendent leur fourniture plus sûre, les types de violence décrits ci-dessous ne concernent que des violations et des incidents commis par des forces armées étatiques. Comme mentionné ci-dessus, les données, qui ont été recueillies par le CICR entre janvier 2012 et décembre 2013, ont été obtenues auprès de prestataires de soins de santé qui travaillent sur le terrain, notamment le CICR, et auprès de sources fiables comme des médias renommés. Il est important de souligner que les données citées ci-dessous ne sont pas exhaustives et ne visent qu'à décrire des tendances générales des actes de violence qui touchent la fourniture des soins de santé, en fonction des informations transmises.

### 1. Incidents touchant les soins de santé par catégorie d'acteurs

Comme signalé dans le dernier rapport intérimaire, *Health Care in Danger : Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2013*, la répartition des auteurs d'actes de violence est restée relativement la même en 2012 et 2013. Les forces armées et de sécurité étatiques (c'est-à-dire l'armée et la police) et les acteurs armés non étatiques ont une responsabilité partagée, représentant chacun environ 30% du nombre total d'incidents (voir figure 1)<sup>33</sup>.

Figure 1 : Auteurs des actes de violence par catégorie



Un examen plus approfondi des 1 809 incidents recensés entre janvier 2012 et décembre 2013 montre que les forces armées étatiques étaient responsables de 25 % (457) des violations citées nuisant à la fourniture de soins de santé.

Les types de violences incluaient le bombardement et le pillage de structures de santé; les entrées avec effraction et les perquisitions dans les structures de santé; les actes ou les menaces de violence ciblant des patients et des personnels de santé; et le refus de laisser passer des ambulances aux postes de contrôle.

<sup>33</sup> Comité international de la Croix-Rouge, *Health Care in Danger : Violent incidents affecting health care, January to December 2013*, CICR, Genève, avril 2014, p. 6.

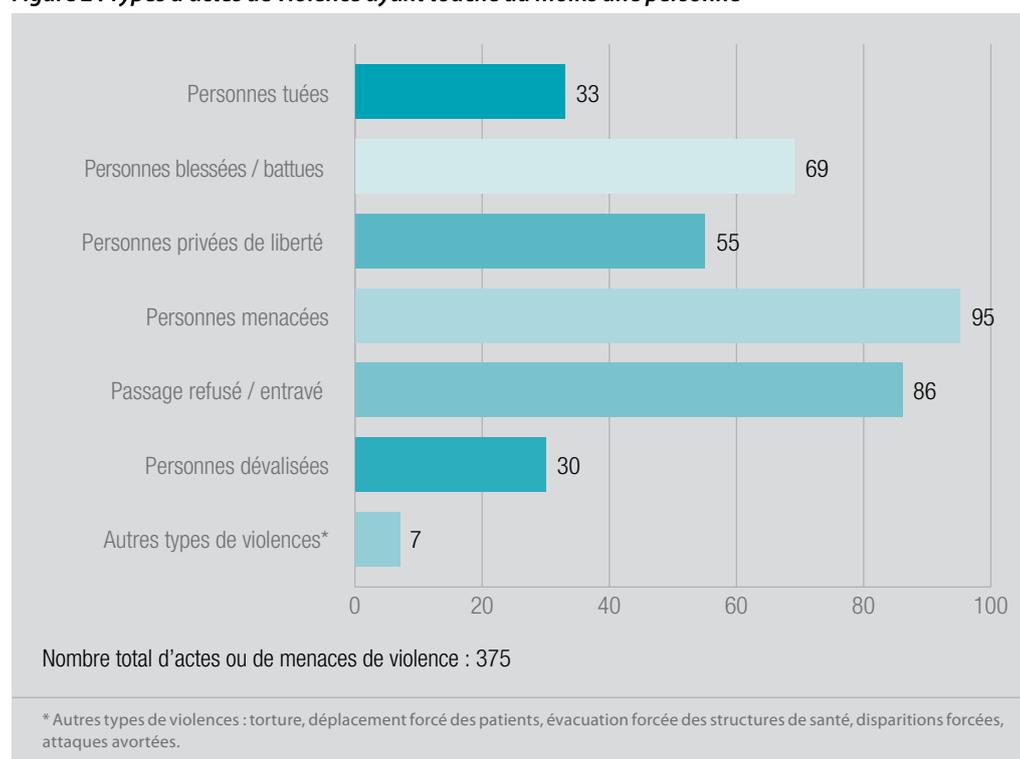
La section suivante présente un aperçu des actes commis ou des menaces proférées par des forces armées étatiques contre des personnels ou des structures de santé et des véhicules médicaux, cités par les sources susmentionnées.

## 2. Actes de violence commis par des forces armées étatiques touchant des personnes

Les 457 incidents perpétrés par des forces armées étatiques ont touché en tout 960 personnes, principalement des patients (585) et des personnels de santé (326), et représentaient 1 033 actes ou menaces de violence.

La section suivante se concentrera plus précisément sur les incidents perpétrés par des forces armées étatiques et touchant spécifiquement le personnel de santé.

**Figure 2 : Types d'actes de violence ayant touché au moins une personne<sup>34</sup>**

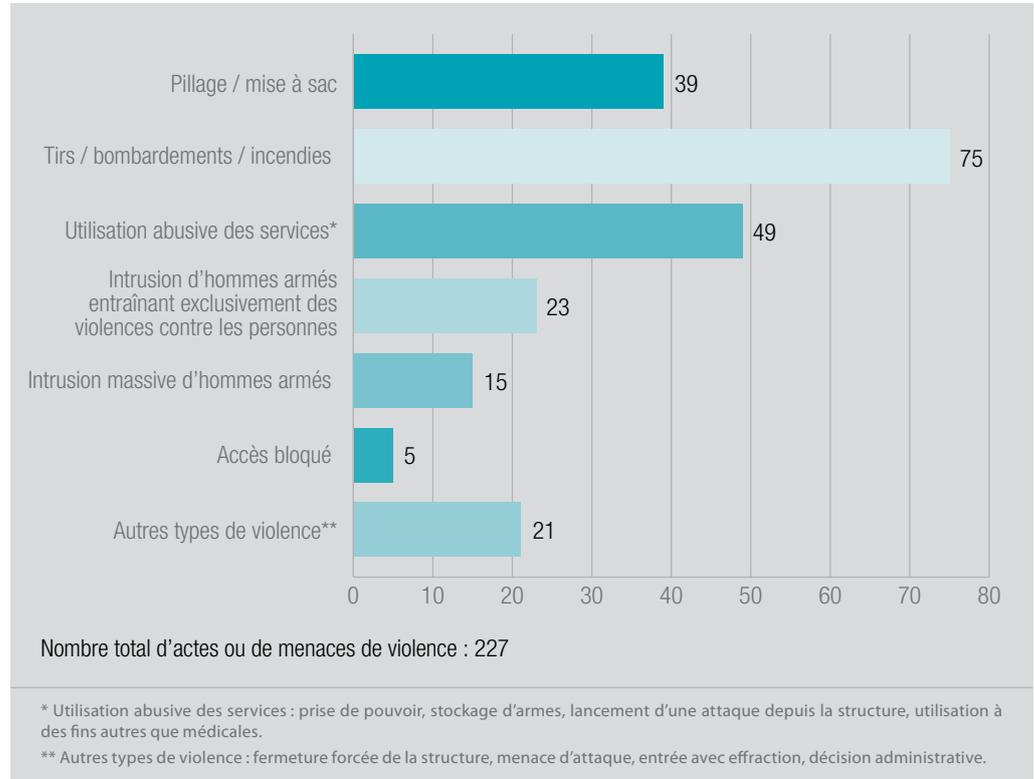


- 326 personnels de santé ont été touchés par 375 actes ou menaces de violence.
- Sur les 326 personnels de santé directement touchés, 25 % ont été menacés et 27 % ont été blessés, battus ou tués.
- Le personnel de santé représentait plus de 50 % des personnes détenues après que des groupes armés ou des forces armées ont arrêté des véhicules de transport médicaux ou fouillé des structures de santé (les autres incluaient des patients, des témoins et des membres du personnel de sécurité).

<sup>34</sup> Un incident peut toucher plusieurs catégories de victimes et inclure plusieurs types de violences. Dans certains cas, des personnes peuvent être touchées de plus d'une façon par le même incident : par exemple, une personne qui est menacée de mort si elle continue de dispenser des soins médicaux dans certaines communautés et dévalisée en même temps.

### 3. Actes de violence commis par les forces armées étatiques touchant les structures de santé

Figure 3 : Types d'actes de violence ayant touché les structures de santé



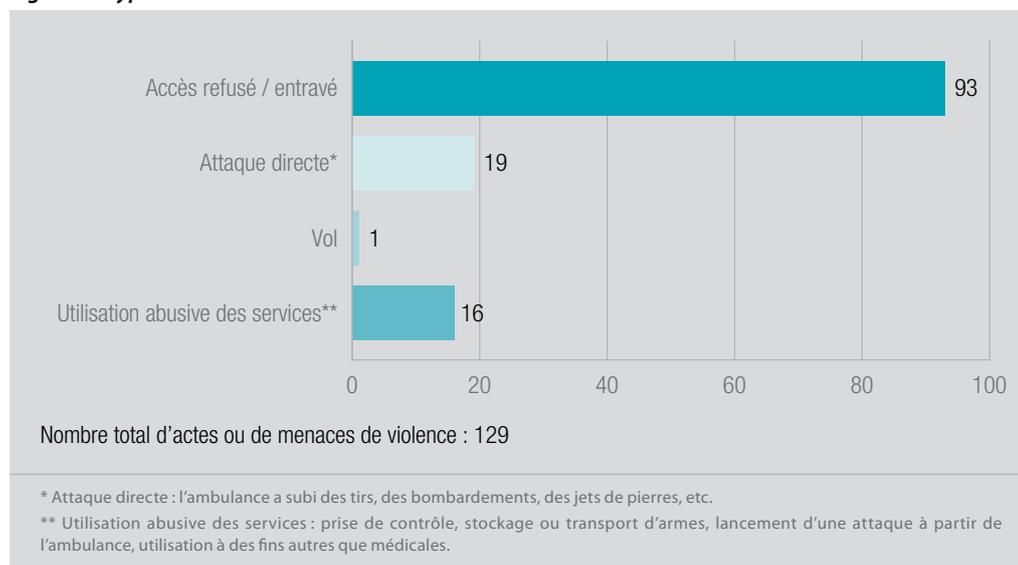
- 212 structures de santé ont été touchées par 227 actes ou menaces de violence de la part des forces armées étatiques durant la période considérée.
- 30% des incidents violents signalés touchant les structures de santé étaient attribués aux forces armées étatiques.
- La plupart des catégories ci-dessus incluent aussi l'entrée avec effraction d'hommes armés qui perturbe le fonctionnement d'une structure de santé, qui représente donc la plupart des incidents touchant les structures de santé.
- Le troisième type d'actes ou de menaces de violence le plus souvent perpétré par les forces armées étatiques à l'encontre des structures de santé est l'utilisation abusive des services (49), ce qui signifie, par exemple, que les forces armées étatiques s'emparent des structures de santé, ou en prennent le contrôle, transformant ces structures en biens servant des objectifs militaires en s'en servant comme poste de commandement, en y installant ou en y stockant des armes lourdes ou en les utilisant pour lancer des attaques.

Concernant les perquisitions (une des trois questions abordées lors de l'atelier à Sydney), durant la période considérée le CICR a recensé 35 incidents perturbateurs impliquant l'entrée d'hommes armés des forces armées et forces de sécurité de l'État : ces perquisitions visaient à arrêter ou à emmener des patients des hôpitaux ou à rechercher un ennemi supposé se cacher à proximité de la structure. Le CICR a en outre comptabilisé 30 cas de patients ayant été arrêtés par les forces armées étatiques dans des structures de santé, contre l'avis de leurs médecins, et privés de traitement<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Comité international de la Croix-Rouge, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2013*, CICR, Genève, avril 2014, p. 12.

#### 4. Actes de violence commis par des forces armées étatiques touchant des ambulances

Figure 4 : Types de violence touchant les ambulances



- Les forces armées étatiques étaient responsables de 44 % des incidents touchant les ambulances durant la période considérée.
- Les deux principaux types de violence touchant les ambulances étaient l'interdiction de passage ou les retards (72%) et les attaques directes (15%).

#### 5. Actes de violence commis par les forces armées étatiques aux postes de contrôle

Sur les 457 incidents perpétrés par des forces armées étatiques durant la période considérée, 112 incidents se sont produits à des postes de contrôle et 179 personnes (personnel de santé, patients, proches des patients, etc.) ont été victimes de violences (par ex. interdiction de passage ou retard (142), arrestation (19), assassinat (3), menaces (23), etc.).

Parmi les 142 personnes dont le passage a été refusé (98) ou entravé (44) à un poste de contrôle par des forces armées étatiques, empêchant ou retardant l'accès à des soins de santé, six sont décédées en résultat direct de cette action.

#### 6. Remarques générales

Les tendances définies en matière d'insécurité et les formes de violence signalées mettent toutes les deux en lumière la vulnérabilité des personnes blessées et malades et du personnel de santé qui les soigne. Des milliers de blessés ou de malades peuvent être privés de soins de santé efficaces lorsque les hôpitaux sont endommagés par des armes explosives ou lorsque des combattants ou des soldats y pénètrent de force, lorsque des ambulances sont détournées et lorsque des personnels de santé sont menacés, enlevés, blessés ou tués.

Les violences directes (actes) ou indirectes (menaces) touchant les blessés et les malades, les structures de santé, le personnel et les transports médicaux dans les conflits armés et autres situations d'urgence, ne font qu'accroître le besoin aigu en assistance médicale d'urgence à un moment où il est extrêmement difficile de l'assurer. Les conséquences de ces violences sont souvent terribles pour les communautés locales quand les structures de santé, notamment les hôpitaux, les dispensaires, les centres de soins de santé primaires ou les postes de premiers secours, doivent fermer. L'insécurité renforce aussi les besoins chroniques quand la fourniture de soins de santé primaires doit cesser, rendant impossibles les campagnes de vaccination, par

exemple<sup>36</sup>. En outre, dans certaines régions de nombreux pays, il est tout simplement trop dangereux pour le personnel de santé de se déplacer ou de travailler. Cela vaut également pour les malades et les blessés ou leurs proches, qui ont trop peur pour se rendre jusqu'aux centres de santé. En raison de ses effets combinés sur les besoins chroniques et aigus, l'insécurité des soins de santé est l'un des problèmes humanitaires les plus pressants et les plus courants dans le monde d'aujourd'hui. Cependant, en tant que problème humanitaire, il n'a généralement pas bénéficié, jusqu'ici, d'une reconnaissance suffisante.

---

<sup>36</sup> L'impact de l'insécurité générale dans un seul pays a été démontré par une étude menée en République démocratique du Congo, où quelque 40 000 décès par mois auraient été causés par des maladies facilement soignables en raison de l'insécurité provoquée par le conflit armé, qui empêche ces personnes de recevoir les soins nécessaires. Dans plusieurs pays, l'éradication de la polio est entravée par l'insécurité, qui empêche des centaines de milliers d'enfants d'être vaccinés.





**MISSION**

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



CICR