Maintenir un minimum d'humanité face à la violence contre le personnel de santé

Droit international humanitaire (DIH)

Caroline Brandao

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/revdh/2511>

DOI : 10.4000/revdh.2511

ISSN : 2264-119X

Éditeur

Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux

Référence électronique

Caroline Brandao, « Maintenir un minimum d'humanité face à la violence contre le personnel de santé », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 22 août 2016, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/2511> ; DOI : 10.4000/revdh.2511

Ce document a été généré automatiquement le 2 mai 2019.

Tous droits réservés

Maintenir un minimum d'humanité face à la violence contre le personnel de santé

Droit international humanitaire (DIH)

Caroline Brandao

- 1 La résolution 2286 est une initiative de cinq membres élus du Conseil de sécurité reflétant une certaine diversité géographique¹ et parrainée par plus de quatre-vingt Etats. Elle est exposée en présence de M. Peter Maurer, Président du Comité International de la Croix-Rouge (CICR) et de Mme Joanne Liu, Présidente Internationale de Médecins Sans Frontières (MSF). La résolution est d'ailleurs très inspirée de l'étude du Comité International de la Croix-Rouge sur la question de la protection des soins de santé dans les conflits armés². La résolution offre l'opportunité de rappeler et d'améliorer la protection juridique des patients et du personnel médical en veillant à renforcer la protection juridique de la déontologie médicale en vertu des règles du droit international humanitaire applicable et en réprimant les violations.
- 2 Ce n'est pas la première fois que les Nations Unies expriment leurs préoccupations face à des soins de santé en danger. On constate une forte et constante augmentation des enlèvements en 2012 et durant le premier semestre 2013 du personnel de santé qui est délibérément pris pour cible. Il subit régulièrement des pertes lorsqu'il intervient dans des contextes d'urgence humanitaire, en particulier durant et après les conflits armés³. Le Conseil de sécurité reprend d'ailleurs en préambule les onze résolutions adoptées en ce sens depuis 2003.
- 3 La résolution met en évidence qu'il est nécessaire de faire face aux graves conséquences humanitaires de la violence exercée contre les blessés et les malades, les services et les personnels de santé, les structures médicales ainsi que les transports sanitaires. En revanche, la résolution ne donne pas lieu à de nouvelles obligations au regard du droit international, elle nous rappelle trois obligations principales : L'obligation de soigner les blessés sans distinction de nationalité, la neutralité ainsi que l'inviolabilité du personnel,

des établissements sanitaires et enfin l'adoption des signes distinctifs pour protéger ce personnel.

- 4 Rappelons que ces obligations sont nées d'une indignation face au sort des blessés de guerre livrés à eux-mêmes sur le champ de bataille. L'adoption de la première Convention de Genève du 22 août 1864⁴ pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne est le résultat de cette prise de conscience du besoin de continuer d'assurer un minimum d'humanité même en temps de guerre. La résolution reprend donc les principes mentionnés qui sont les plus importants de la première Convention de Genève et qui furent maintenus dans les textes des Conventions ultérieures de 1949. La résolution cherche à maintenir ce minimum d'humanité face aux destructions par des bombardements des hôpitaux, des centres de soins en Syrie, au Yémen et en Afghanistan, causant plusieurs dizaines de morts, dont des médecins et des personnels de soins, mais aussi de nombreux malades. Ces attaques ne sont malheureusement pas des cas isolés.
- 5 Assistons-nous à une recrudescence des violences, liées à un respect moindre du droit international humanitaire ? La résolution 2286 permettra-t-elle de mieux protéger le personnel médical, les hôpitaux et les ambulances ?
- 6 Nous verrons que cette violence est à la fois la conséquence de la nature des conflits armés contemporains et une aggravation actuelle d'un phénomène ancien. Enfin, nous démontrerons que la résolution réaffirme qu'il existe des limites à l'inhumanité et qu'il s'agit d'un véritable défi de faire respecter le droit international humanitaire. En effet, la résolution réaffirme l'existence des règles les plus anciennes de ce corpus juridique⁵ (1°) tout en déplorant qu'il s'agit avant tout d'un problème de respect de ces règles (2°).

1°/- La déontologie médicale et les règles du droit international humanitaire en matière de protection du personnel médical

- 7 La violence exercée dans les conflits armés démontre qu'il faut redoubler d'effort pour renforcer le respect des lois protégeant les soins de santé et les patients. En premier lieu, il est essentiel de rappeler les origines de la protection de la mission médicale en temps de guerre (A) pour comprendre les droits et les devoirs conférés par le droit international aux soins de santé et les responsabilités correspondantes des personnels de santé de défendre la déontologie (B).

A - Aux origines de la protection de la mission médicale en temps de guerre aux soins de santé en danger aujourd'hui

- 8 Pour comprendre la protection du personnel médical, il faut se pencher sur l'histoire des services de secours aux blessés en temps de guerre (1). La protection des services de secours est liée à la manière dont se déroulent les conflits armés. Nous verrons que l'aspect nouveau dans les conflits de ces dernières années est que des personnes ont été délibérément tuées, bien qu'elles étaient clairement identifiées et connues en tant que membres du personnel médical (2).

1) L'histoire des services de secours aux blessés en temps de guerre

- 9 La protection des blessés et du personnel médical fait partie de l'héritage commun des cultures et des religions du monde, par exemple : en Inde les lois ancestrales de Manou exigent que le vainqueur épargne les blessés, au Burkina-Faso, la coutume interdit de tuer les personnes ne participant pas aux combats et oblige à soigner les blessés des deux camps⁶, l'éthique médicale quant à elle, puise ses sources dans la civilisation grecque classique avec le Serment d'Hippocrate.
- 10 L'entreprise humanitaire moderne et le droit international humanitaire (DIH) sont nés d'une indignation face au sort des blessés de guerre livrés à eux-mêmes sur le champ de bataille : C'est en 1859, qu'Henry Dunant, homme d'affaires genevois est arrivé en Italie au soir de la bataille de Solferino. Il y découvre l'horreur de la guerre, 6000 morts, près de 40 000 blessés souffrant et manquant de soins⁷. Les services de santé des armées françaises sont insuffisants pour faire face au nombre important de blessés. Ils ne peuvent transporter les blessés dans les hôpitaux installés loin des champs de bataille. Les officiers de santé ne relèvent les blessés qu'après les combats⁸. Henry Dunant va spontanément offrir son aide aux blessés. Profondément marqué par le spectacle auquel il assista, il écrit un livre intitulé « Un Souvenir de Solferino »⁹. Il contient principalement trois propositions concernant l'amélioration des services de santé de l'armée, qui donneront lieu à deux conférences, en 1863¹⁰ et 1864¹¹ où seront adoptés les textes fondateurs de la Croix-Rouge et du droit international humanitaire.
- 11 Tout d'abord, il évoque la possibilité de constituer, en temps de paix, des sociétés de secours composées de volontaires dont le but serait de donner des soins aux blessés en temps de guerre. Puis, il propose de mettre par écrit les principes qui serviraient de base aux sociétés nationales de secours. Enfin, il mentionne l'idée de l'adoption d'un signe international protégeant les membres du personnel sanitaire.
- 12 Gustave Moynier, juriste genevois, va être particulièrement attentif aux idées de Dunant¹². Le 8 août 1864, Gustave Moynier présentera auprès de seize Etats un projet de traité qui va garantir une protection du personnel médical. Dans son premier article il souligne que : « *Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés* ». Du 26 au 29 octobre 1863 se déroulera la Conférence où ont été adoptées les dix résolutions qui constituent le fondement des Sociétés de secours aux militaires blessés, formant la « Charte fondamentale de la Croix-Rouge ». Plusieurs idées y sont développées : la création dans chaque pays d'un comité de secours qui aura pour but de seconder les services sanitaires des armées, les comités pourront envoyer des infirmiers sur les champs de batailles avec l'autorisation des autorités militaires qui relèveront les blessés sans distinction de parti¹³, les infirmiers porteront un brassard blanc à Croix-Rouge comme signe distinctif¹⁴.
- 13 L'essence de la première Convention de Genève de 1864 permettra de faire accepter la neutralisation des blessés et des malades, ainsi que du personnel médical militaire qui devait jouir d'un respect particulier pour pouvoir accomplir sa mission. Les Conventions de Genève de 1949 ainsi que leurs Protocoles additionnels de 1977 vont confirmer et développer cette immunité en l'étendant au personnel sanitaire et aux unités et moyens de transport sanitaires, militaires et civils. Leur protection est rendue visible à travers l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge qui renforce la protection

juridique. Afin de tenir compte de l'évolution des conflits armés, le Protocole additionnel I a en outre offert aux États la possibilité d'identifier les unités et moyens de transport sanitaires par des signaux distinctifs, tels des signaux lumineux, des signaux radio ou encore des moyens électroniques.

- 14 Malgré l'existence de ces premières mesures, les premiers jours de la guerre franco-allemande de 1870 à 1871, entraînèrent la rupture des relations diplomatiques et des relations postales entre les pays belligérants des sociétés nationales de la Croix-Rouge. La Croix-Rouge française et les sociétés allemandes demandèrent au Comité de Genève d'assurer la transmission de leurs communications.
- 15 Dans l'histoire du personnel médical et plus particulièrement du service de santé des armées, on constate que le personnel disposait de repères clairs, avec d'un côté, les forces armées régulières, soumises au contrôle du pouvoir politique en place et de l'autre côté, une chaîne de commandement structurée. La création de « direction du service de santé » au sein de l'état-major permet de mieux répondre aux impératifs sanitaires qui sont désormais pris en considération dès la planification des opérations à partir du XX^{ème} siècle¹⁵. Le personnel médical pouvait établir les contacts nécessaires à la réalisation de ses actions à tous les niveaux de la hiérarchie politique et militaire. Aujourd'hui, nous allons voir que l'environnement dans lequel le personnel médical est appelé à intervenir est radicalement différent en raison de la nature même des conflits armés.

2) Les soins de santé en danger

- 16 Fournir des soins de santé ne s'est jamais révélé aussi dangereux que ces dernières années¹⁶. Les médias ne mentionnent généralement la violence contre les services de santé que lorsqu'elle frappe certains pays en proie à un conflit. En réalité tous les pays sont concernés, car peu de moyens sont déployés afin de rendre la fourniture des soins plus sûre. On constate trop souvent un accès difficile aux hôpitaux, des attaques directes des centres de santé et du personnel de santé, des ambulances détournées, des tirs d'artillerie et bombardement sur les infrastructures de santé, des patients maltraités voire tués¹⁷.
- 17 La composante identitaire de nombreux conflits armés est un élément caractéristique et un facteur d'augmentation des risques pour le personnel médical. Les conflits armés aujourd'hui visent l'élimination, du ou des groupes rivaux. L'action médicale et humanitaire est perçue comme une entrave aux objectifs ultimes des parties au conflit. Tout ce qui s'oppose à la stratégie d'élimination, de marginalisation ou de déplacement des populations civiles est compris comme une menace contre l'affirmation de son propre droit au pouvoir, voire de son existence. Cela a pour conséquence l'effacement progressif de la distinction entre combattants et non-combattants, de même que l'identification et l'immunité du personnel médical. C'est pourquoi la résolution 2286 réaffirme à juste titre l'existence de ce principe de distinction en droit international humanitaire¹⁸ découlant de l'article 51 du Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I), 8 juin 1977. Enfin, la multiplication des organisations humanitaires qui ne sont pas toujours structurées ne permet plus de faire la distinction entre les rôles des composantes militaires, politiques et humanitaires.
- 18 Dans un rapport du Comité International de la Croix-Rouge (CICR) publié en 2011¹⁹, les attaques dirigées contre les structures médicales ou qui ont lieu en leur sein représentent 40 % de l'ensemble des incidents ayant été confirmés. Le CICR a recensé 2 400 attaques en

trois ans contre des patients, le personnel médical, des installations de santé et des moyens de transport dans 11 pays touchés par un conflit, c'est-à-dire deux attaques par jour, tous les jours, pendant trois ans. Dans de nombreux cas, des hôpitaux et des centres de santé ont été bombardés, ciblés par des tirs ou pillés. Dans certaines situations, les personnels de santé ont été contraints d'enfreindre la déontologie médicale et, par exemple, de ne pas administrer leur traitement médical aux patients de la partie adverse. Dans d'autres cas, ils ont été la cible d'attaques directes, notamment des assassinats, des enlèvements et des menaces.

- 19 L'organisation des « Médecins pour les droits de l'Homme » publie également des informations et statistiques sur les atteintes aux soins de santé. En Syrie, depuis le début du conflit et jusqu'au mois de juillet 2015, 295 attaques ont eu lieu contre les infrastructures ou les missions médicales et 654 personnels médicaux ont été tués, selon l'Organisation mondiale pour la Santé. Au-delà des attaques visant les personnels médicaux et les hôpitaux, la privation de soins, y compris à l'encontre des civils, est utilisée par le régime syrien comme une arme de guerre. Des hôpitaux militaires sont aussi utilisés par le régime de Damas comme centres de détention où la torture est pratiquée de façon systématique, comme en témoignent le dossier César et les rapports de la Commission d'enquête internationale sur la Syrie²⁰.
- 20 Ces attaques démontrent les dangers qui menacent le personnel de santé et les patients, ainsi que les ambulances et les hôpitaux. Les organisations humanitaires et les commissions nationales²¹ rappellent pourtant régulièrement aux parties au conflit qu'elles ont l'obligation de respecter et protéger le personnel de santé, les ambulances et les installations sanitaires, comme nous le prescrit le droit international humanitaire.

B - Des droits et des devoirs pour le personnel médical

- 21 La résolution rappelle le cadre juridique applicable à la protection du personnel médical. Tout d'abord, l'obligation de respecter ce personnel en période de conflit armé international ou interne, conformément au droit international humanitaire conventionnel et coutumier et du droit international des droits de l'homme qui contiennent un ensemble détaillé de règles à cet égard²².
- 22 Dans un conflit armé international, l'article 71 §2 du Protocole I du 8 juin 1977 additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 impose le "respect et la protection" du personnel de secours. Il s'agit d'une obligation qui s'impose en premier lieu aux Etats parties et particulièrement à l'Etat sur le territoire duquel se déroule un tel conflit. De plus, les articles 15 et 16 du Protocole I et 9 et 10 du Protocole II protègent le « personnel sanitaire et religieux » et prévoient une « protection générale de la mission médicale ».
- 23 Dans un conflit armé non international, l'article 3 commun aux Conventions de Genève exige de toutes les parties, y compris des groupes armés non étatiques, le traitement humain des civils, y compris bien évidemment du personnel médical.
- 24 Dans les autres situations et hors application de l'article 3 commun, les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme²³, ainsi que les normes coutumières correspondantes, sont applicables en tout temps et en toutes circonstances. L'étude du CICR sur le droit international coutumier mentionne, à la Règle 31, que « *le personnel de secours humanitaire doit être respecté et protégé* », indépendamment du caractère

international ou non international du conflit²⁴. L'étude rappelle que, selon la pratique collectée, l'expression « *seront respectés et protégés* » couvre outre l'interdiction des attaques, celle du harcèlement, de l'intimidation, de la détention arbitraire, des mauvais traitements, des violences physiques et morales, meurtre, coups, enlèvement, prise d'otages, harcèlement, rapt, arrestation et détention illégales.

- 25 Dans un conflit armé international et non international, l'obligation de respecter et protéger le personnel médical revêt une valeur coutumière²⁵, ce qui implique que les Etats qui n'ont pas ratifié les Protocoles de 1977 et les groupes d'opposition armés, doivent respecter et protéger "le personnel médical".
- 26 Le droit international humanitaire garantit une protection spéciale à la mission médicale. Les personnes blessées et malades ainsi que les installations et véhicules sanitaires et le personnel de santé doivent être épargnés et protégés sans exception et en tout temps.
- 27 La Convention adoptée le 22 août 1864 qui s'intitule : « Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne » prévoit la protection et la neutralité du personnel soignant ainsi que des installations et biens sanitaires. Elle met l'accent sur la nécessité d'apporter des soins aux blessés. Elle fut révisée en 1906 et 1929. La version finale fut adoptée en 1949. Composée de 64 articles, la Convention assure la protection des blessés et des malades, mais aussi du personnel sanitaire et religieux et des unités et moyens de transport sanitaires. En outre, elle reconnaît les emblèmes distinctifs comme le rappelle la résolution 2286 adoptée par le Conseil de Sécurité le 3 mai 2016²⁶
- 28 En raison de sa mission spéciale, le personnel médical bénéficie d'un statut particulier. En temps de conflit armé, le personnel médical appartient à la catégorie du personnel sanitaire, à ce titre, ils bénéficient d'une protection renforcée. L'immunité générale, dont jouit le personnel d'organisations humanitaires, est renforcée par des règles spécifiques du droit international humanitaire : certaines ont trait à la protection conférée par l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge, alors que d'autres concernent la protection du personnel participant aux opérations de secours. Le droit international humanitaire a prévu des dispositions relatives à la protection du personnel sanitaire en temps de conflit armé afin de pouvoir assurer un secours efficace aux blessés. La protection et les soins qui doivent être apportés aux malades et aux blessés constituent effectivement une clé du traitement humain des individus en temps de guerre. Ces droits conférés aux blessés ont pour conséquence d'accorder une immunité au personnel médical.
- 29 Revenons dans un premier temps sur la définition au sens large « du personnel sanitaire », défini par les Conventions de Genève et prenant en compte la notion de « personnel médical » adoptée par la résolution : « *le personnel sanitaire, militaire ou civil, d'une Partie au conflit, y compris celui qui est mentionné dans les I^{ère} et II^{ème} Convention de Genève et celui qui est affecté à des organismes de protection civile ; Le personnel sanitaire des Sociétés nationales de la Croix-Rouge ou du Croissant -Rouge et autres sociétés de secours volontaires dûment reconnues et autorisées par une Partie au conflit y compris le Comité International de la Croix-Rouge ; Le personnel sanitaire mis à la disposition d'une Partie au conflit à des fins humanitaires par un Etat neutre ou un autre Etat non partie à ce conflit ; Par une société de secours reconnue et autorisée de cet Etat ; ou par une organisation internationale impartiale de caractère humanitaire* »²⁷. Le point essentiel réside dans le fait que pour obtenir ce statut protecteur spécifique le personnel sanitaire doit être exclusivement affecté à des fonctions sanitaires c'est-à-dire à la recherche, à l'évacuation, au transport, au diagnostic,

ou au traitement, y compris les premiers secours des blessés, des malades et des naufragés. La résolution prend le soin de rappeler à ce sujet qu'elle inclue dans sa définition du personnel médical, les agents humanitaires ciblés recrutés localement. Ils représentent d'ailleurs la majorité des victimes recensées dans ces professions²⁸. La résolution ne préconise pas pour autant des mesures pour mieux les protéger. En effet, régulièrement ce problème est mentionné par les organisations humanitaires qui rappellent que l'obligation de respecter et de protéger le personnel humanitaire incombe à tous les Etats parties aux Conventions de Genève, conformément à l'article 1er commun à ces Conventions et à leurs protocoles additionnels qui les oblige à « respecter et à faire respecter » leurs dispositions, quelle que soit la nationalité des personnels humanitaires. Or, on constate sur le terrain, une grande vulnérabilité du personnel local qui ne peut recevoir la protection consulaire dont bénéficie le personnel expatrié. Il n'existe pas non plus de dispositif d'accueil temporaire, en procédure d'urgence, des employés locaux faisant l'objet de menaces spécifiques liées à ses activités.

- 30 Le personnel médical doit pouvoir recevoir l'aide disponible dans l'exercice de ses fonctions et ne doit pas être astreint à des tâches incompatibles avec sa mission humanitaire. La résolution exige en ce sens « un accès sans entrave et en toute sécurité »²⁹. Cela signifie que les parties au conflit donneront, en effet, toute l'assistance possible au personnel sanitaire civil dans une zone où les services sanitaires civils seraient désorganisés en raison des combats³⁰. La résolution reprend l'article 15 du Protocole Additionnel I aux Conventions de Genève, afin que les parties au conflit s'engagent à faciliter l'exercice de la mission sanitaire et n'entrave pas l'accomplissement des activités du personnel sanitaire. Ils doivent jouir d'une certaine liberté de déplacement pour pouvoir recueillir les malades et les blessés sous réserve des mesures de contrôle et de sécurité que la partie au conflit intéressée jugerait nécessaires pour des raisons d'impérieuses nécessités militaires.
- 31 Sans définir et codifier le contenu complet de l'éthique médicale, la résolution rappelle les dispositions des Conventions de Genève encadrant le travail médical dans des règles minimales constantes. Les obligations et les interdictions qui pèsent sur le praticien du fait du droit international sont réaffirmées : nul ne pourra être puni pour avoir accompli des actes médicaux conformes à la déontologie³¹, qu'elles qu'aient été les circonstances ; Le personnel médical doit apporter des soins sans discrimination ; Il ne sera pas exigé que sa mission s'accomplisse en priorité au profit de qui que ce soit, sauf pour des raisons médicales, aucune discrimination ne pourra être tolérée dans les soins apportés. Pour cette dernière règle, la résolution, rappelle la sensibilisation nécessaire du personnel militaire afin de perturber le moins possible les services de soins de santé, tout en continuant de répondre aux préoccupations légitimes en matière de sécurité³².
- 32 La résolution rappelle également que la protection est étendue aux biens et aux transports sanitaires. L'expression « unité médicale » utilisée par la résolution fait référence aux « unités sanitaires », c'est-à-dire les établissements et les autres formations organisés à des fins sanitaires, à savoir la recherche, l'enlèvement, le transport, le diagnostic et les soins, y compris les premiers secours aux blessés, malades ou naufragés, ainsi que la prévention des maladies (hôpitaux, dispensaires, pharmacies...).
- 33 La résolution n'impose pas aux Etats des mesures précises d'exécution, il n'est pas question d'un rapport écrit, mais d'un exposé sur les mesures de mise en œuvre : "13. Prie également le Secrétaire général de lui communiquer sans tarder des recommandations quant aux mesures à prendre pour prévenir les actes visés au paragraphe qui précède, mieux amener les

auteurs à répondre de leurs actes et améliorer la protection des blessés et des malades, du personnel médical et des agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que des hôpitaux et des autres installations médicales ;"

- 34 Les Conventions de Genève stipulent que le personnel médical et les installations médicales doivent être respectés et protégés en tout temps. Ils ne doivent donc pas faire l'objet d'attaques. Il n'y a aucune place pour la discussion sur ce point. La résolution ne porte sur aucune zone de conflit en particulier. Toutefois, la situation en Syrie, et notamment à Alep, illustre de façon saisissante l'importance de cette question et le non-respect du droit international humanitaire.

2°/- Des difficultés liées à la mise en œuvre et au respect des règles du droit international humanitaire en matière de protection du personnel médical

- 35 Le problème qui se pose dans les conflits armés contemporains ne réside pas dans l'absence de règles internationales mais dans la mise en œuvre du droit international humanitaire. L'examen de la mise en œuvre du droit international humanitaire confirme l'existence de lacunes dans les cadres normatifs, la doctrine et la pratique militaire (A). A cela, il faut ajouter l'absence de volonté politique de faire respecter le droit applicable à la protection du personnel médical (B).

A - Des lacunes persistantes dans les législations nationales

- 36 La résolution « condamne vigoureusement l'impunité » de ceux qui commettent des violations graves du droit international humanitaire à l'encontre du personnel médical et incite les Etats à enquêter et juger les violations. Or, la plupart du temps, les législations nationales ne disposent pas toujours des éléments permettant de sanctionner les violences contre les patients, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires. Les personnes qui attaquent des services de santé ou empêchent la fourniture de soins doivent rarement répondre de leurs actes. Il y a trop peu de mesures spécifiques à cette fin, notamment des sanctions pénales, disciplinaires ou administratives. Il est aussi nécessaire d'harmoniser les législations nationales et encourager les autres États à faire de même, conformément aux obligations qu'impose le droit international et aux principes déontologiques du secteur médical.
- 37 Les règles d'engagement des forces armées, les pratiques et les procédures opérationnelles doivent mieux intégrer les recommandations et mesures visant à protéger la fourniture des soins de santé et faire en sorte que le personnel militaire reçoive une formation adaptée. Une mention spécifique aurait pu être ajoutée concernant les groupes armés qui ne dépendent d'aucun État et qui peuvent être associés au dialogue sur les lois et pratiques relatives à la protection des soins de santé.
- 38 Les actes de violence intentionnellement commis contre le personnel humanitaire peuvent être qualifiés d'infractions graves au droit international humanitaire³³ pour lesquelles tout Etat partie aux Conventions de Genève a l'obligation de rechercher les auteurs présumés, de les déférer devant leurs propres tribunaux et ce, quelle que soit leur nationalité, ou encore de les remettre à un autre Etat aux fins de poursuite et jugement.

En outre, le Statut de la Cour Pénale Internationale qualifie de crime de guerre « le fait de diriger intentionnellement des attaques contre le personnel, les installations, le matériel, les unités ou les véhicules employés dans le cadre d'une mission d'aide humanitaire (...) pour autant qu'ils aient droit à la protection que le droit international des conflits armés garantit aux civils et aux biens de caractère civil » que celles-ci aient lieu dans le cadre d'un conflit armé international (article 8.2.b/iii) ou non international (article 8.2.e/iii). Or dans la pratique, il y a peu de poursuites contre les auteurs de ces attaques, que ce soit par les tribunaux nationaux ou internationaux. La résolution ne mentionne qu'implicitement le rôle des juridictions pénales internationales³⁴.

- 39 L'un des messages dissuasifs de la résolution 2286, répétés à deux reprises, consiste à réaffirmer que les actes à l'encontre du personnel médical et des unités peuvent constituer des crimes de guerre et peuvent entraîner de graves sanctions pour leurs auteurs. Or ce message aurait pu être complété par une notion de réciprocité : « *respectez les services de santé de vos ennemis et ils respecteront plus probablement les vôtres* ». Enfin, il aurait été souhaitable que la résolution donne à une organisation internationale la responsabilité de surveiller plus systématiquement les actes de violence contre le personnel médical. Les organisations de protection de la sante, nationales ou internationales, doivent être encouragées en ce sens afin que les problèmes soient mieux résolus. La résolution aurait pu proposer de mandater un organisme pour collecter des informations de façon régulière et systématique sur les incidents et les compiler avec les données recueillies par d'autres institutions.

B - La volonté de faire respecter le droit applicable à la protection du personnel médical

- 40 Au regard de l'actualité et de ses conséquences humanitaires, une série de mesures ont été prises au sein du Mouvement International de la Croix-Rouge pour faire respecter le droit applicable à la protection médicale. Dans sa résolution 8, adoptée à Nairobi en 2009, le Conseil des Délégués a appelé toutes les parties aux conflits armés et tous les acteurs d'autres situations de violence à respecter et à faire respecter le personnel, les installations et des moyens de transport sanitaires et à prendre toutes les mesures pour assurer un accès sûr et rapide aux soins de santé. Le CICR a présenté un rapport sur cette question aux Conférences internationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2011 et dernièrement en 2015³⁵. Des mesures concrètes ont été mises au point lors d'ateliers d'experts de 2012 à 2014, en partenariat avec les Etats, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, les associations professionnelles de sante et des organisations non gouvernementales (ONG).
- 41 Il en ressort clairement que les normes du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme répondent de manière adéquate aux diverses manifestations de violence identifiées dans ce contexte. Il s'agit d'un problème de mise en œuvre du droit applicable à la protection du personnel médical et une volonté des parties aux conflits de le respecter.
- 42 Actuellement aucun pays n'a connu d'attaques de structures et de personnel sanitaire d'une ampleur comparable à celles qui ont lieu aujourd'hui en Syrie, avec pour objectif affirmé de priver délibérément l'opposition de soins médicaux³⁶. Il y a un manque de respect du statut protégé des soins de santé et une volonté manifeste d'en abuser ou de les attaquer. La résolution ne peut pointer du doigt ce phénomène mais le procès-verbal³⁷

de la résolution atteste bien de cette triste réalité : « Aujourd'hui, près de la moitié de toutes les installations médicales en Syrie sont fermées ou ne fonctionnent que partiellement. Des millions de Syriens n'ont pas accès à des soins de santé vitaux³⁸... La Syrie, où les structures de santé sont systématiquement prises pour cible et où les zones assiégées sont cyniquement privées de soins et d'assistance³⁹ ». On comprend bien que la résolution n'aurait pas pu être adoptée à l'unanimité, si la Syrie était visée directement

*

43 **Conseil de sécurité, 3 mai 2016, Résolution 2286(2016) pour le respect de la mission médicale dans les conflits armés**

*

Les Lettres « Actualités Droits-Libertés » (ADL) du CREDOF (pour s'y abonner et se désabonner) sont accessibles sur le site de la Revue des Droits de l'Homme (RevDH) – Contact

NOTES

1. Egypte, Japon, Nouvelle-Zélande, Espagne et Uruguay.
2. CICR, Health-Care in Danger: A Sixteen-Country Study, juillet 2011, disponible à : <http://www.icrc.org/spa/assets/files/reports/report-hcid-16-country-study-2011-08-10.pdf>.
3. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 13 décembre 2013, *Sûreté et sécurité du personnel humanitaire et protection du personnel des Nations Unies*, A/RES/68/101, p.3.
4. Convention de Genève du 22 août 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, 75 U.N.T.S. 31, entrée en vigueur le 21 octobre 1950.
5. Convention de Genève pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, 22 août 1864, arts. 6-8, 10, 11, 13 ; Convention (II) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer, 29 juillet 1899, art. 21 ; Convention (III) pour l'adaptation à la guerre maritime des principes de la Convention de Genève du 22 août 1864, 29 juillet 1899, art. 1-4, 6-8 ; Convention pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne, 6 juillet 1906 ; art. 1, 3, 5-9, 14, 15, 17 ; Convention (IV) concernant les lois et coutumes de la guerre sur terre et son Annexe : Règlement concernant les lois et coutumes de la guerre sur terre. La Haye, 18 octobre 1907, art. 21 ; Convention pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne. Genève, 27 juillet 1929, art. 1, 3, 5-9, 14, 15, 17.

6. Pour un résumé des différentes traditions, voir par exemple : Veronique Harouel-Bureloup, « Droit international humanitaire : la coutume », dans *Grotius International*, 7 mars 2013, disponible à : <http://www.grotius.fr/droit-international-humanitaire-lacoutume/>
7. Dr J.-C. Chenu, *Statistique médico-chirurgicale de la Campagne d'Italie en 1859 et 1860*, Librairie militaire de J. Dumaine, Paris, 1869, vol. II, pp. 851-853.
8. Les services de santé des armées franco-sardes, restées maîtresses du champ de bataille, furent totalement débordés et l'incurie de l'intendance mise à nu : l'armée française comptait quatre vétérinaires pour 1000 chevaux, mais un seul médecin pour 1000 hommes.
9. Pierre Boissier, *Histoire du Comité international de la Croix-Rouge, De Solferino à Tsushima*, Plon, Paris, 1963 ; Richard Brooks, *Solferino 1859: The battle for Italy's freedom*, Osprey, Oxford, 2009 ; Raymond Bourgerie, *Magenta et Solferino (1859), Napoléon III et le rêve italien*, Éditions Economica, Paris, 1993.
10. Procès-verbal de la séance du 17 février 1863, dans *Revue internationale de la Croix-Rouge*, N° 360, décembre 1948, pp. 864-867.
11. *Compte rendu de la Conférence internationale pour la Neutralisation du Service de Santé militaire en Campagne, réunie à Genève du 8 au 22 août 1864*. Ce compte rendu existe sous une forme autographe à la bibliothèque du CICR ; il est reproduit dans George F. De Martens, *Nouveau Recueil général de Traités*, Vol. XX, pp. 375-399 ; et dans la *Revue internationale de la Croix-Rouge*, N° 425, mai 1954, pp. 416-423 ; N° 426, juin 1954, pp. 483-498 ; N° 427, juillet 1954, pp. 573-586.
12. François Bugnion, *Gustave Moynier, 1826-1910*, Éditions Slatkine, Genève, 2010.
13. Procès-verbal de la séance du 17 février 1863, dans *Revue internationale de la Croix-Rouge*, N° 360, décembre 1948, pp. 864-867 ; *Procès-verbaux des séances du Comité international de la Croix-Rouge, 17 février 1863 - 28 août 1914*, édités par Jean-François Pitteloud avec la collaboration de Caroline Barnes et de Françoise Dubosson, CICR et Société Henry Dunant, Genève, 1999, pp. 16-19. Ces procès-verbaux ont été publiés par Jean Pictet sous le titre « Documents inédits sur la fondation de la Croix-Rouge, Procès-verbaux du Comité des Cinq », dans *Revue internationale de la Croix-Rouge*, N° 360, décembre 1948, pp. 861-879, et par Jean-François Pitteloud.
14. *Procès-verbaux des séances du Comité international de la Croix-Rouge*, p. 18.
15. MGI Wey (2s), spécialiste des techniques d'organisation et de logistique santé, *Médecine et armées*, décembre 2008, tome 36, n°5.
16. Rapport du Comité International de la Croix-Rouge reposant sur des informations recueillies en 2012 et en 2013 sur 1 809 incidents survenus dans 23 pays, où des actes de violence ont été perpétrés à l'encontre des patients, des personnels de santé, des ambulances ou des structures médicales.

17. Le 4 août 2006, 17 travailleurs humanitaires d'Action contre la Faim étaient assassinés dans les locaux de l'organisation à Muttur, au nord du Sri Lanka. Ils ont été rassemblés, alignés, mis à genoux puis exécutés.

18. « Réaffirmant que le droit international humanitaire impose de faire la distinction entre civils et combattants, interdit les attaques sans discrimination et fait obligation de tout mettre en œuvre pour vérifier que les objectifs à attaquer ne sont ni des personnes civiles, ni des biens de caractère civil et ne bénéficient pas d'une protection spéciale, comme c'est le cas du personnel médical, de leurs moyens de transport et de leur matériel, des hôpitaux et des autres installations médicales, et rappelant l'obligation de prendre toutes les précautions possibles pour éviter ou, en tout état de cause, réduire au minimum les dommages infligés aux civils et aux biens de caractère civil ».

19. CICR, *Health Care in Danger: A sixteen-country study*, Genève, CICR, Juillet 2011.

20. 7ème rapport de la commission d'enquête, février 2014 et voir notamment Rachel Lucas, « Loin des yeux, loin du cœur : La condition des personnes privées de liberté dans le conflit syrien », in *Revue des droits de l'homme*, 7 juillet 2016.

21. Marina Eudes, « Avis sur le respect et la protection des travailleurs humanitaires du 22 mai 2014 », in C. Lazerges (Dir.), *Les grand Avis de la Commission Nationale consultative des Droits de l'Homme*, Dalloz, 2016, pp. 375-381.

22. Les références aux quatre Conventions de Genève et leurs trois Protocoles additionnels sont abrégées comme suit : CG I, II, III et IV; PA I, II et III. Voir CG I, art. 12, 15, 18, 19, 21, 22-27, 35, 36 ; CG II, art. 12, 18, 21-40; CG IV, art. 14-22; CG I-IV, art. 3; PA I, art. 8, 10, 12, 13, 15-17, 21-28 ; PA II, art. 2, 7-11, 18. Les dispositions conventionnelles liées aux soins de santé reflètent largement le droit international coutumier, comme l'indiquent les règles ci-après de l'étude du CICR sur le droit international humanitaire coutumier : Règle 25 – Personnel sanitaire ; règle 26 – Activités de caractère médical ; règle 28 – Unités sanitaires ; règle 29 – Moyens de transport sanitaire ; règle 35 – Les zones sanitaires et de sécurité ; règle 109 – L'obligation de rechercher, de recueillir et d'évacuer les blessés, les malades et les naufragés ; règle 110 – Soins aux blessés, malades et naufragés ; règle 111 – La protection des blessés, des malades et des naufrages contre les mauvais traitements et le pillage.

23. Parmi lesquels on peut notamment relever le Pacte international des droits civils et politiques et la Convention internationale contre la torture, la Convention Européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales, la Charte Africaine des droits de l'Homme et des Peuples.

24. Henckaerts JM. et Doswald-Beck L., *Droit international humanitaire coutumier, Volume 1 : Règles*, CICR, Bruylant, 2006.

25. Selon la règle 31 de l'étude réalisée par le CICR (*Etude du CICR sur le droit international humanitaire coutumier*, 2005, Cambridge Edition Press et les éditions juridiques Bruylant).

26. « Rappelant que, selon le droit international, les attaques dirigées intentionnellement contre des hôpitaux et des lieux où des malades ou des blessés sont rassemblés, pour autant qu'ils ne soient pas des cibles militaires, ou contre les bâtiments, le matériel, les unités médicales, les moyens de transport et le personnel portant les signes distinctifs prévus par les Conventions de Genève constituent des crimes de guerre ».

27. Article 8 alinéa c du Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I), 8 juin 1977.

28. Paragraphe 11 : « Rappelant qu'en situation de conflit armé, les membres du personnel médical et les agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical qui sont recrutés localement représentent la majorité des victimes recensées dans ces professions ».

29. « 3. Exige également de toutes les parties à un conflit armé qu'elles facilitent l'accès sans entrave et en toute sécurité du personnel médical et des agents humanitaires dont l'activité est

d'ordre exclusivement médical, de leur matériel, de leurs moyens de transport et de leurs fournitures, notamment les articles chirurgicaux, aux populations dans le besoin, conformément au droit international humanitaire; »

30. Article 15 alinéa 2 du Protocole Additionnel I.

31. « ...soulignant qu'ils doivent respecter leur code de déontologie professionnelle et *prenant note* des règles du droit international humanitaire qui stipulent que les personnes qui mènent des activités médicales conformes à la déontologie médicale ne doivent pas être sanctionnées.. ».

32. « 6. *Prie* les États de veiller à ce que leurs forces armées et leurs forces de sécurité s'efforcent d'intégrer des mesures concrètes visant à assurer la protection des blessés et malades et des services médicaux à la planification et à la conduite de leurs opérations, dans la limite des compétences respectives que leur confère la législation nationale, ou qu'elles continuent de le faire, selon le cas; ».

33. L'un des exemples marquants de l'année 2015 est le bombardement de l'hôpital de traumatologie de Médecins Sans Frontière à Kunduz en Afghanistan. Le bâtiment principal de l'hôpital, qui abritait le service des soins intensifs, les salles d'urgences et le service de physiothérapie, a été frappé avec précision plusieurs fois, au cours de chaque raid aérien, alors que les bâtiments tout autour ont été presque totalement épargnés.

34. « *Soulignant que les actions et les poursuites engagées devant les juridictions pénales internationales renforcent la lutte contre l'impunité des auteurs de crimes de guerre et d'autres violations graves du droit international humanitaire ainsi que la répression de ces infractions, et réaffirmant qu'il importe que les États coopèrent avec les juridictions internationales conformément à leurs obligations respectives,* »

35. Résolution 5 de la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, 28 novembre au 1^{er} décembre 2011 disponible à : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm> et Résolution 4 de la XXXII^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, qui s'est tenue à Genève du 8 au 10 décembre 2015, disponible à <http://rcrcconference.org/wp-content/uploads/sites/3/2015/04/32IC-AR-HCiD-FR.pdf>

36. Jonathan Whittall, « My enemy's doctor is my enemy », dans *The Huffington Post*, 10 avril 2013, disponible sur : www.huffingtonpost.co.uk/jonathan-whittall/syria-medicins-sansfrontieres_b_2829593.html

37. Procès-verbal du Conseil de sécurité, 7685 séance du mardi 3 mai 2016, à 10 heures New York - S/PV.7685

38. Procès-verbal du Conseil de sécurité, 7685 séance du mardi 3 mai 2016, à 10 heures New York - S/PV.7685, discours du Secrétaire Général en page 3.

39. Procès-verbal du Conseil de sécurité, 7685 séance du mardi 3 mai 2016, à 10 heures New York - S/PV.7685, discours de Mme Joanne Liu, Présidente internationale de Médecins Sans Frontières en page 9.

RÉSUMÉS

La résolution 2286 adoptée par le Conseil de sécurité le 3 mai 2016 pour le respect de la mission médicale dans les conflits armés est importante pour l'effectivité du droit international humanitaire (DIH). Elle

réaffirme la pertinence de ce droit et incite à prendre des mesures spécifiques pour protéger la fourniture des soins de santé. Les membres du Conseil de sécurité démontrent en adoptant cette résolution, que la violence contre les soins de santé est un problème humanitaire grave qui doit être affronté au plus haut niveau. L'article présentera les conditions de sécurité dans lesquelles les actions du personnel médical se déroulent et se concentrera sur la protection juridique du personnel médical, à travers le droit international humanitaire.

AUTEUR

CAROLINE BRANDAO

Responsable de la diffusion du DIH à la Croix Rouge française