

XIX

**GUIDE POUR LA MISE
EN ŒUVRE DES RÈGLES
PROTÉGEANT LA
FOURNITURE DES SOINS
DE SANTÉ DANS LES
CONFLITS ARMÉS ET AUTRES
SITUATIONS D'URGENCE**

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	3
2. LE CADRE JURIDIQUE INTERNATIONAL POUR LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ.....	4
3. LES MESURES NATIONALES DE MISE EN ŒUVRE	5
3.1. Protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux.....	5
3.1.1. Mesures juridiques et réglementaires.....	5
3.1.2. Mesures concernant la diffusion et la formation	8
3.1.3. Mesures concernant la coordination et la capacité institutionnelle.....	8
3.2. Règles relatives à l'éthique des soins de santé et à la confidentialité médicale.....	9
3.2.1. Mesures juridiques et réglementaires.....	9
3.2.2. Mesures concernant la diffusion et la formation	11
3.2.3. Mesures concernant la coordination et la capacité institutionnelle.....	12
3.3. Usage des emblèmes distinctifs protégés par le droit international humanitaire ainsi que d'autres signes servant à identifier les fournisseurs de soins de santé	12
3.3.1. Mesures juridiques et réglementaires.....	12
3.3.2. Mesures concernant la diffusion et la formation	15
3.4. Sanctions: sanctionner les violations commises contre les personnels et structures de santé et les transports médicaux.16	
3.4.1. Mesures juridiques et réglementaires.....	16
3.4.2. Mesures concernant la diffusion et la formation	20
3.4.3. Mesures concernant la coordination et la capacité institutionnelle.....	20
ANNEXE 1 Le cadre juridique international.....	22
ANNEXE 2 Recommandations de l'atelier relatif aux Cadres juridiques nationaux pour la protection des soins de santé (Bruxelles, 29-31 janvier 2014)	27
ANNEXE 3 Liste de contrôle: mesures concernant la mise en œuvre nationale des règles internationales protégeant la fourniture des soins de santé.....	32
ANNEXE 4 Tableau des traités et des sigles correspondants.....	33
BIBLIOGRAPHIE	34

1. INTRODUCTION

Dans le cadre du processus de consultation d'experts du projet « Les soins de santé en danger »¹, un atelier consacré aux Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé et organisé conjointement par le Comité international de la Croix-Rouge, la Commission interministérielle belge de droit humanitaire et la Croix-Rouge de Belgique s'est tenu à Bruxelles du 29 au 31 janvier 2014. Destiné à des fonctionnaires, des membres de commissions nationales de mise en œuvre du droit international humanitaire ou d'organes similaires et des parlementaires, il avait pour objectif de déterminer quelles mesures concrètes et procédures, notamment législatives et réglementaires, les États pourraient prendre au niveau national afin de mettre en œuvre le cadre international existant pour la protection des soins de santé et l'accès aux soins, dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Les discussions de l'atelier avaient pour base une recherche documentaire sur les cadres normatifs nationaux effectuée par les Services consultatifs en droit international humanitaire du CICR (Services consultatifs) – y compris plusieurs études de pays.

Le présent document s'appuie sur les recommandations qui se sont dégagées de l'atelier de Bruxelles et les résultats des études de pays susmentionnées. Il se veut un outil pratique conçu pour aider les États, en tenant compte de leurs spécificités nationales, à se doter d'un dispositif national efficace de cadres juridiques et de mesures de mise en œuvre, assortis de sanctions appropriées, afin de s'acquitter de l'obligation qui leur incombe au niveau international de protéger la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence.

1 Le respect et la protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux sont au cœur du développement du droit international humanitaire depuis l'adoption de la toute première Convention de Genève, en 1864. En novembre 2011, la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge demandait au CICR d'entreprendre des consultations associant des experts des États, du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres acteurs spécialisés dans le domaine des soins de santé. Le but visé était – et demeure – de rendre plus sûre la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Le projet « Les soins de santé en danger » a rassemblé des Sociétés nationales et diverses parties prenantes extérieures telles que décideurs politiques, personnel du secteur public de la santé, personnel militaire, institutions humanitaires et représentants des milieux universitaires afin qu'ils déterminent quelles mesures et recommandations concrètes les autorités et/ou le personnel de santé pourraient mettre en œuvre pour mieux protéger et faire respecter la fourniture des soins de santé.

2. LE CADRE JURIDIQUE INTERNATIONAL POUR LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ

Le droit international humanitaire (DIH) établit des règles visant à protéger l'accès aux soins de santé en temps de conflit armé international ou non international. Ces règles lient les États et les groupes armés non étatiques. Dans les situations qui n'atteignent pas l'intensité d'un conflit armé, seul le droit international des droits de l'homme (DIDH) s'applique. Le DIDH s'applique en tout temps, mais les États peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, déroger à certaines de ses dispositions. Bien que moins spécifique que le DIH, le DIDH contient plusieurs règles qui protègent l'accès aux soins de santé. La protection conférée par le DIH et le DIDH s'articule autour de quatre axes principaux: 1) la protection des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux; 2) l'éthique médicale et la confidentialité; 3) l'usage des emblèmes distinctifs (croix rouge, croissant rouge, cristal rouge); et 4) les sanctions. Chacun de ces domaines a été lui-même divisé en trois thèmes, pour faciliter la compréhension des diverses obligations et recommandations énoncées dans le document: mesures juridiques et réglementaires, mesures concernant la diffusion et la formation, et mesures concernant la coordination et la capacité institutionnelle.

Pour un complément d'information sur ce sujet, voir l'annexe 1: « Le cadre juridique international » ainsi que la fiche technique des Services consultatifs du CICR intitulée *Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et dans les situations non couvertes par le droit international humanitaire* (<https://www.icrc.org/fr/document/respecter-et-protéger-les-soins-de-sante-dans-les-conflits-armes-et-dans-les-situations-non>).

3. LES MESURES NATIONALES DE MISE EN ŒUVRE

Les mesures décrites dans cette partie du document ne se veulent pas une présentation exhaustive des obligations internationales et des suggestions à formuler pour leur mise en œuvre. Il s'agit plutôt d'un condensé de ce qui a été exposé et débattu dans le cadre de l'atelier de Bruxelles.

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

3.1.1. Mesures juridiques et réglementaires

Recommandation : *les États devraient faire en sorte de mieux comprendre la nature des violences commises contre les soins de santé sur leur propre territoire, notamment tous les types d'actions portant atteinte à la fourniture des soins, afin de prendre des mesures adéquates.*

Si l'on veut faire en sorte d'apporter des solutions appropriées aux problèmes auxquels doit faire face la fourniture des soins de santé, il faut bien comprendre la situation, ce qui suppose des mesures telles que :

- Créer un système national de collecte de données sur les cas de violence contre des personnels et structures de santé et des transports médicaux, ainsi que contre des patients, notamment sur tous les types d'atteintes à la fourniture des soins de santé ; ce système devrait être établi en temps de paix à titre de mesure préventive et selon les modalités suivantes :
 - 1) s'appuyer sur des critères clairement définis (les données devant être classées dans des catégories contextuelles) ;
 - 2) être géré par des autorités de l'État ;
 - 3) être indépendant et transparent (afin de garantir la fiabilité des données collectées) ;
 - 4) servir uniquement à des fins d'analyse ;
 - 5) faire en sorte de protéger l'accès aux données collectées et leur utilisation.
- Préconiser que ce système soit complété par un système international de consolidation et de comparaison des données, ce qui permettrait d'avoir une compréhension globale de la nature de la violence contre les soins de santé à travers le monde, et encouragerait les États à coopérer pour établir des stratégies mondiales coordonnées aux fins de la protection des personnels et structures de santé et des transports médicaux.

Recommandation : *les États doivent prendre des mesures appropriées pour mettre en œuvre leurs obligations internationales en matière de protection des soins de santé dans leur cadre législatif national. Ils devraient procéder à cette mise en œuvre d'une façon qui tienne compte de leurs spécificités nationales et garantisse une protection efficace de la fourniture des soins et un accès effectif à ces soins en toutes circonstances.*

En ce qui concerne cet objectif, il convient de tenir compte d'un certain nombre de considérations, notamment :

- lorsqu'ils établissent leur cadre juridique national pour la protection des soins de santé, les États devraient examiner les avantages et les inconvénients aussi bien d'une législation spécifique applicable aux conflits armés et autres situations d'urgence non régies par le DIH que d'une législation générale applicable en toutes circonstances ;
- lorsqu'ils établissent leur cadre juridique national pour la protection des soins de santé, les États devraient examiner les avantages et les inconvénients aussi bien d'une législation spécifique relative à la protection des soins de santé que de l'incorporation de dispositions à cet effet dans

- une législation plus générale déjà existante (code pénal, règlements relatifs aux services de santé, lois relatives à l'atténuation des effets des catastrophes, etc.);
- lorsqu'ils mettent en œuvre le cadre juridique international relatif à la protection des soins de santé, les États doivent tenir compte des spécificités de chaque système juridique national (par exemple système de tradition romano-germanique ou système de *common law*, système moniste ou dualiste) et de la répartition des responsabilités et des tâches au sein du secteur de la santé.

En ce qui concerne la protection **des blessés et des malades**, il est nécessaire de prendre les mesures suivantes pour respecter les normes pertinentes du DIH et du DIDH :

- 1) inclure le droit à la santé dans la constitution nationale;
- 2) établir l'obligation pour chacun de porter secours ou assistance aux personnes ayant besoin de soins médicaux urgents;
- 3) prévoir des sanctions, dans le droit administratif et le droit pénal, en cas de violation des règles internationales protégeant les soins de santé (voir *infra*, la section 3.4 relative aux sanctions);
- 4) prendre toutes les mesures pertinentes pour que les blessés et les malades puissent avoir accès en temps utile au système de santé dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence, sans aucune distinction de caractère défavorable fondée sur le sexe, la race, la nationalité, la religion, les opinions politiques ou tout autre critère;
- 5) veiller spécialement à répondre aux besoins des personnes ayant des vulnérabilités spécifiques, en particulier les victimes de viol et d'autres formes de violence sexuelle.

Il est important que les victimes de viol et d'autres formes de violence sexuelle aient accès à des soins médicaux, psychosociaux et psychologiques. Ces services doivent pouvoir être fournis sans entraves et dans le respect du principe de confidentialité médicale.

« Le viol et les autres formes de violence sexuelle » constituent une urgence médicale, qui peut avoir des conséquences graves pour la santé physique et psychologique des victimes. Il est essentiel que celles-ci aient librement accès à des soins de santé de qualité dans un délai maximum de 72 heures pour réduire, par exemple, le risque d'infections. Il est en outre important que les procédures judiciaires préservent l'anonymat des victimes et la confidentialité, en respectant les normes juridiques, sociales et culturelles.

Recommandation : *prendre des mesures législatives et pratiques spécifiques pour répondre adéquatement aux besoins des victimes de viol et d'autres formes de violence sexuelle dans les conflits armés et autres situations d'urgence.*

En ce qui concerne les besoins spécifiques des victimes de violence sexuelle, les mesures pratiques suivantes peuvent être prises pour y répondre adéquatement :

- sensibiliser le personnel de santé aux besoins spécifiques des victimes de violence sexuelle, ainsi qu'à leurs vulnérabilités particulières;
- intégrer la problématique de la violence sexuelle dans l'éducation et les programmes de formation du personnel de santé, selon une approche pluridisciplinaire comprenant une formation psychologique et psychosociale;
- faire en sorte que les établissements de santé disposent au minimum d'un-e professionnel-le de la santé dûment formé-e à la prise en charge des victimes de violence sexuelle qui ont besoin d'une assistance immédiate.

S'agissant de la protection du **personnel de santé**², les mesures à prévoir dans les cadres normatifs nationaux sont notamment les suivantes :

- donner, dans le cadre juridique national, une définition générale du « personnel de santé » et de ses activités, y compris la médecine traditionnelle;

² La notion de *personnel de santé* au sens du présent guide ainsi que dans l'ensemble du projet « Les soins de santé en danger » englobe toutes les personnes dispensant des soins aux blessés et aux malades, l'objectif étant de traiter de manière globale le problème d'une violence qui porte atteinte à des activités déployées exclusivement pour le bien des blessés et des malades. Cette notion inclut, mais en les dépassant, les différentes catégories de *personnel sanitaire* protégées en vertu du DIH et ayant le droit d'utiliser les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge.

Le **Népal** a mis en place un cadre normatif national relatif à la médecine ayurvédique³. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, « la politique du gouvernement, qui repose sur des plans quinquennaux, a été d'établir un système de services de santé intégrés dans lesquels sont pratiquées tant la médecine allopathique que la médecine ayurvédique. Les centres de soins ayurvédiques sont considérés comme faisant partie des services de santé de base, et il existe une section chargée de la médecine ayurvédique au sein de la Direction générale des services de santé. Les programmes de santé figurant dans le cinquième plan quinquennal prévoient quatre hôpitaux ayurvédiques, un dans chacune des quatre régions de développement. L'Ayurvedic Governmental Pharmaceutical Unit (service gouvernemental chargé de la pharmacie ayurvédique) œuvre à la fourniture de médicaments peu coûteux». (Pour un complément d'information, voir, en anglais: Organisation mondiale de la Santé, *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*, 2001, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>)

- munir le personnel de santé de cartes d'identité et de brassards, conformément aux obligations imposées aux Hautes Parties contractantes aux Conventions de Genève de 1949;
- prévoir des mesures exceptionnelles pour la fourniture des soins de santé dans les situations d'urgence;
- créer des outils et mécanismes spécifiques visant à garantir la sécurité du personnel de santé (par exemple des lignes téléphoniques d'urgence que ce personnel pourrait utiliser pour demander aux autorités une évacuation ou une protection); il pourrait notamment y avoir un suivi concret des informations ou des incidents enregistrés par les mécanismes nationaux;
- criminaliser, en prévoyant des sanctions adéquates, toute attaque ou tout acte de violence contre du personnel de santé (voir *infra*, la section 3.4 relative aux sanctions).

S'agissant de la protection des **structures de santé** et des **transports médicaux**, une des mesures législatives essentielles qui devraient être prises au niveau national consisterait à définir les notions de « structures de santé » et « transports médicaux », que ce soit dans les lois organisant et réglementant le système de santé ou dans les lois protégeant l'usage de l'emblème de la croix rouge/du croissant rouge/du cristal rouge.

Au **Bélarus**, l'article 2 de la loi relative à l'emblème⁴ définit les « unités médicales » comme étant « les institutions médicales et autres unités civiles ou militaires, fixes ou mobiles, chargées à titre permanent ou temporaire de rechercher, recueillir, transporter, diagnostiquer ou traiter les blessés, malades et naufragés, y compris de dispenser les premiers secours et d'exercer des activités de prévention des maladies ». Elle définit par ailleurs les « moyens de transport sanitaire » comme « les véhicules de transport aérien, terrestre, maritime ou fluvial, qu'ils soient militaires ou civils, utilisés à titre permanent ou temporaire, uniquement pour le transport des blessés et malades, des naufragés, du personnel de santé et des biens médicaux, ainsi qu'à d'autres fins médicales, et placés sous le contrôle d'une partie à un conflit armé ».

En **Belgique**, en vertu de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 réglementant l'exercice des professions des soins de santé, des personnes qui ne sont pas légalement qualifiées pour pratiquer la médecine peuvent accomplir certains actes médicaux dans des circonstances exceptionnelles – après une catastrophe ou pendant une guerre.

3 Loi relative au Conseil de la médecine ayurvédique, loi n° 21 de 2045 (1988). *International Digest of Health Legislation*, 1992, 43:24.

4 Loi de la République du Bélarus, 12 mai 2000, n° 382-Z, telle que modifiée en 2011, « sur l'usage et la protection des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge, ainsi que des dénominations "la Croix-Rouge", "le Croissant-Rouge" et "le Cristal-Rouge" ».

3.1.2. Mesures concernant la diffusion et la formation

Recommandation : *les mesures de prévention et de sécurité visant à protéger la fourniture des soins de santé et à garantir un accès plus sûr à ces soins devraient inclure des composantes d'éducation, de formation et de diffusion de la législation et de la réglementation existantes.*

Les mesures à prendre à cet égard seraient, entre autres, les suivantes :

- instruire les forces armées et de sécurité, les fonctionnaires, le personnel de santé et le grand public sur le droit international et la législation nationale protégeant la fourniture des soins de santé et l'accès à ces soins, ainsi que sur le droit à la santé (voir plus bas pour un complément d'information);
- faire un travail de sensibilisation au fait qu'il est important de respecter le personnel de santé, les établissements de soins et les transports médicaux, par exemple en intégrant cette question dans l'instruction des forces armées et de sécurité et dans les règlements qui leur sont applicables.

3.1.3. Mesures concernant la coordination et la capacité institutionnelle

Recommandation : *les États devraient prendre des mesures appropriées pour renforcer la coordination entre les différentes parties prenantes de la fourniture de services de santé d'urgence, afin que l'action d'urgence soit mieux organisée et plus efficace.*

Au nombre des mesures qui pourraient être prises figurent notamment les suivantes :

- réglementer les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes de la fourniture des soins de santé d'urgence ;
- prendre des mesures appropriées pour que les différentes parties prenantes de la fourniture des soins de santé d'urgence connaissent les rôles et responsabilités les unes des autres, le but visé étant qu'elles comprennent bien l'ensemble de l'organisation de l'intervention d'urgence ;
- établir un plan de coordination, idéalement prévu dans la législation nationale et faisant intervenir toutes les parties prenantes, afin d'organiser l'action d'urgence et la fourniture de services de santé en temps de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence.

Au **Sénégal**, un plan pour l'organisation des services de secours, appelé « plan ORSEC », peut être déclenché par les autorités lorsque certaines conditions sont réunies. Ce plan précise quelles sont les différentes institutions de l'État participant à l'intervention d'urgence et prévoit la création d'un mécanisme de coordination ainsi que d'une cellule de crise chargée de suivre la fourniture des soins de santé en pareilles circonstances. Il est coordonné par le ministère de l'Intérieur. La loi sénégalaise prévoit aussi la réquisition de services de l'État en situation de danger⁵.

À **Sri Lanka**, le Conseil national de gestion des catastrophes a été créé par la loi relative à la gestion des catastrophes, qui porte à la fois sur les catastrophes « naturelles » et sur les catastrophes « d'origine humaine » telles que les conflits armés. Ce conseil a compétence pour désigner les parties prenantes (notamment ministères ou autres organismes gouvernementaux) chargés de mettre en œuvre soit le Plan national de gestion des catastrophes, soit le Plan national d'opération d'urgence, selon les cas.

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

Au **Pérou**, la loi relative à l'action en cas de catastrophe définit les rôles des différentes parties prenantes agissant dans les situations d'urgence et établit des mécanismes d'intervention conjointe, lesquels coexistent avec les règlements internes des associations de professionnels de la santé et des hôpitaux, de façon à renforcer l'organisation de l'assistance médicale en situation d'urgence.

En **Belgique**, l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé prévoit qu'en cas de carence ou d'insuffisance des soins de santé dans une province, la commission médicale fait appel, de sa propre initiative ou à la demande du gouverneur de province, à la collaboration de certaines organisations ou certains praticiens en vue d'instituer ou de compléter l'organisation locale des services médicaux.

3.2. Règles relatives à l'éthique des soins de santé et à la confidentialité médicale

Sur cette question, les autorités des États et les associations nationales de personnel de santé sont invitées à consulter les lignes directrices de l'Association médicale mondiale (AMM)⁶, ainsi que la publication de référence du projet « Les soins de santé en danger » du CICR sur les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans les conflits armés et autres situations d'urgence⁷.

3.2.1. Mesures juridiques et réglementaires

Recommandation : *les États doivent protéger le secret médical en tant que principe fondamental d'éthique médicale en toutes circonstances (en temps de paix comme dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence); les exceptions au secret médical doivent être limitées et strictement circonscrites dans la législation nationale.*

En **Belgique**, la loi relative aux droits du patient (22 août 2002) est un exemple d'incorporation de l'éthique médicale dans la législation relative à d'autres droits du patient, tels que son consentement, la protection de sa vie privée et son droit à l'information ainsi qu'à l'accès à son dossier médical.

Certaines des mesures qui peuvent être prises pour atteindre cet objectif sont énumérées ci-après.

- Traiter le secret médical comme un droit du patient et non pas simplement comme un privilège et une obligation éthique du personnel médical.
- Limiter – et définir et circonscrire strictement dans la législation nationale – les exceptions au secret médical. Dans la pratique, cela signifie notamment :
 - 1) définir le secret médical comme un principe fondamental à respecter en tout temps et en toutes circonstances;
 - 2) recenser toutes les circonstances dans lesquelles les exceptions prévues s'appliqueraient;

5 Décret n° 2005-1271 du 29 décembre 2005. Voir aussi l'article 8 de la loi n° 2005-22 du 5 août 2005.

6 Code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale (AMM) (<http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c8>), Manuel d'éthique médicale de l'AMM (<http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/index.html#manual>) et Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence (<http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/a20/index.html>).

7 **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** est une publication du CICR visant à aider le personnel de santé à adapter ses méthodes de travail aux exigences des conflits armés et autres situations d'urgence. S'il ne s'agit pas de donner des réponses précises ou définitives aux divers dilemmes éthiques qui peuvent se poser à ce personnel en pareilles circonstances, cette publication devrait néanmoins lui fournir des orientations et l'inciter à réfléchir à des questions touchant ses obligations éthiques. Elle peut être téléchargée ou commandée à l'adresse: <https://www.icrc.org/fr/resources/documents/publication/p4104.htm>

En **Belgique**, le Code de déontologie médicale (article 55) prévoit que les médecins sont tenus au secret professionnel dans quelque circonstance que ce soit. L'article 458 du Code pénal belge condamne toute violation du secret professionnel à moins que les praticiens ne soient appelés à témoigner en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire, ou obligés par la loi de faire connaître des informations confidentielles dont ils sont dépositaires.

En **Russie**, le secret médical est régi par la loi fédérale n° 323-FZ (art. 13). Il existe aussi une liste exhaustive de situations dans lesquelles des renseignements médicaux confidentiels peuvent être dévoilés à des tiers. Cette liste ne précise pas si la confidentialité s'applique dans les contextes de conflit armé ou autres situations d'urgence, mais elle mentionne certaines situations constituant des situations d'urgence: i) risques d'épidémie ou d'intoxication de masse; et ii) enquêtes sur des accidents de travail.

- 3) utiliser des formulations précises afin de limiter les risques d'application arbitraire;
- 4) circonscrire précisément dans la législation nationale la notion de « danger international pour la santé publique » (par exemple une épidémie de choléra) afin d'éviter une interprétation trop large par les autorités nationales de l'obligation qui leur incombe de divulguer certaines informations sanitaires;
- 5) conférer aux organismes de réglementation et aux autorités judiciaires la compétence d'évaluer l'équilibre entre les droits du patient et du personnel sanitaire, d'une part, et l'intérêt de la santé et de la sécurité publiques, d'autre part, sur la base de principes directeurs généraux définis dans la législation nationale et en utilisant des formulations aussi précises que possible;
- 6) prévoir l'obligation pour le personnel de santé de dénoncer aux autorités les signes visibles de violence contre des mineurs ou des personnes incapables de donner leur consentement éclairé que ce personnel constaterait dans l'exercice sa profession (cela constituerait une exception au secret médical).

En **Colombie**, les blessures par balle sont signalées aux autorités de telle façon à ne pas révéler l'origine des blessures.

- Permettre au personnel de santé, lorsqu'il est légalement tenu de dévoiler certaines informations protégées par le secret médical sur des patients, de prendre toutes les précautions nécessaires pour protéger les autres renseignements personnels et données de santé de ces patients et ne communiquer que les informations strictement requises.
- Incorporer dans la législation et les codes de déontologie nationaux une disposition prévoyant que la divulgation – accidentelle ou intentionnelle – par du personnel de santé de renseignements personnels et de données de santé sur un patient sans le consentement de celui-ci, et en l'absence de toute obligation légale de divulgation, constitue une violation d'une obligation professionnelle au regard du code de déontologie et fera l'objet de mesures administratives ou disciplinaires par l'association professionnelle concernée.

En **Belgique**, le Code pénal prévoit que la violation du secret médical (désigné par l'expression « secret professionnel ») est punissable d'une peine de huit jours à six mois de prison et d'une amende de 100 à 500 euros⁸.

Au **Nigéria**, la divulgation d'informations médicales confidentielles constitue aussi une infraction pénale en vertu du Code pénal et est punissable de deux mois à un an de prison et d'une amende de 10 000 à 200 000 nairas⁹.

8 L'article 458 du Code pénal belge condamne toute violation du secret professionnel à moins que les praticiens ne soient appelés à témoigner en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire, ou obligés par la loi de faire connaître des informations confidentielles dont ils sont dépositaires.

9 Art. 221 du Code pénal nigérian de 2003 (tel que modifié en 2008).

Recommandation : veiller à la clarté et à la cohérence de la législation nationale concernant les obligations éthiques incombant au personnel de santé.

Il s'agit notamment de :

- veiller à la cohérence et à la compatibilité des autres lois nationales s'appliquant au personnel de santé – y compris du droit pénal – avec les obligations éthiques de ce personnel, et protéger de manière appropriée l'indépendance et l'impartialité des soins de santé ;
- définir clairement les droits et responsabilités du personnel de santé dans la législation nationale, par exemple dans les lois réglementant l'accès aux professions des soins de santé ou dans les codes de déontologie adoptés par les associations professionnelles.

Le ministère **colombien** de la Santé et de la Protection sociale a adopté, par résolution¹⁰, le *Manual de misión médica* (Manuel de la mission médicale), qui vise à renforcer le respect et la protection de la mission médicale et s'applique aussi bien aux situations de conflit armé qu'aux « autres situations de violence ». Il établit ou formule, notamment :

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

Le Manuel inclut aussi les règles de l'**Association médicale mondiale** en temps de conflit armé¹¹.

3.2.2. Mesures concernant la diffusion et la formation

Recommandation : les États doivent faire en sorte que le personnel de santé soit dûment formé à mettre en œuvre et respecter ses obligations éthiques, notamment pour résoudre les dilemmes auxquels il est confronté lorsqu'il est légalement tenu de divulguer des données personnelles et des informations médicales sur des patients.

Plusieurs mesures peuvent être prises au niveau national pour atteindre cet objectif :

- dispenser aux responsables de l'application des lois (police, procureurs) une formation appropriée concernant les obligations éthiques du personnel de santé et l'importance de respecter le secret médical ;
- incorporer des conseils à l'intention du personnel de santé dans des publications telles que guides pratiques et manuels ;
- dispenser au personnel de santé une formation spéciale lui permettant de résoudre les dilemmes auxquels il doit faire face lorsque l'obligation légale de divulguer des informations concernant des patients entre en conflit avec ses obligations éthiques, aussi bien en temps de paix qu'en temps de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence. Cette formation spéciale devrait répondre à certains objectifs et critères spécifiques, tels que :
 - 1) apporter au personnel de santé une connaissance théorique solide de ses obligations éthiques ;
 - 2) fournir à ce personnel des conseils pratiques pour la mise en œuvre de ces obligations dans des situations réelles, par exemple au moyen d'exercices de simulation ;
 - 3) faire partie de la formation professionnelle du personnel de santé.

¹⁰ Résolution 4481 de 2012.

¹¹ Les **Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence** ont été adoptées par la 10^e Assemblée médicale mondiale en 1956. Révisées pour la dernière fois en 2012, elles énoncent des directives générales ainsi qu'un code de conduite que les médecins doivent observer quelles que soient les circonstances. Elles peuvent être consultées à l'adresse : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/a20/>

En **Colombie**, ces mesures ont été prises au moyen de la publication du *Manuel de la mission médicale*. En **Côte d'Ivoire**, elles ont revêtu la forme d'un livre blanc relatif aux droits et devoirs des médecins face à des actes de violence en temps de crise et de conflit armé¹².

3.2.3. Mesures concernant la coordination et la capacité institutionnelle

La coordination a trait à l'interaction du personnel de santé avec les médias, avec la police et d'autres responsables de l'application des lois ou avec les forces armées étatiques, surtout dans des contextes de stress tels que les conflits armés ou autres situations d'urgence, où la confidentialité médicale peut se trouver en péril. En pareille situation, les mesures suivantes peuvent être prises pour gérer les relations du personnel de santé avec les médias et les agents de l'État concernés :

- adoption par les associations de professionnels de la santé de règlements ou de lignes directrices spécifiques sur cette question. Des lignes directrices pour les interactions du personnel de santé avec les médias devraient aussi être incorporées dans les plans de coordination préventifs pour l'organisation des interventions en situation d'urgence ;
- désignation d'un membre du personnel de santé dans chaque équipe en tant qu'interlocuteur unique pour toutes les relations avec les médias, en interdisant aux autres membres de ce personnel d'avoir des interactions avec ceux-ci ;
- adoption, par les autorités nationales ou les associations de professionnels des médias, de mesures spécifiques visant à faire mieux connaître aux médias les obligations éthiques du personnel de santé ;
- prise de dispositions érigeant en obligation éthique des médias le respect du devoir incombant au personnel médical de préserver le secret médical, et incorporation de clauses à cet effet dans le code de déontologie des associations de médias ;
- facilitation ou établissement de plateformes régulières de dialogue entre les professionnels de la santé et la police, d'autres responsables de l'application des lois et les forces armées étatiques, afin de leur permettre de discuter des dilemmes qui peuvent se poser lorsqu'il y a conflit entre obligations légales et éthiques.

3.3. Usage des emblèmes distinctifs protégés par le droit international humanitaire ainsi que d'autres signes servant à identifier les fournisseurs de soins de santé

3.3.1. Mesures juridiques et réglementaires

a) Les emblèmes distinctifs¹³

Recommandation : les États doivent faire en sorte que les dispositions juridiques et règles internationales régissant l'usage à titre indicatif et à titre protecteur des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge soient mises en œuvre et diffusées au niveau national.

Il convient de prendre les mesures suivantes pour respecter cette obligation :

- adopter une législation spécifique relative à l'usage des emblèmes de la croix rouge/du croissant rouge/du cristal rouge afin de réglementer clairement qui et dans quelles circonstances peut les utiliser, et de renforcer leur valeur en tant que signe visible de la protection conférée par le DIH aux blessés et malades ainsi qu'aux personnels et structures de santé et aux transports médicaux¹⁴ ;
- préciser, dans la législation nationale, quelles sont les entités autorisées à utiliser ces emblèmes et désigner l'autorité nationale compétente pour en autoriser et superviser l'usage. S'agissant

¹² Livre blanc, *Droits et devoirs des médecins face à des actes de violence en période de crise et de conflits armés*, 2013.

¹³ L'expression « emblèmes distinctifs » est utilisée ici pour désigner les emblèmes (croix rouge/croissant rouge/cristal rouge) protégés par les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels du 8 juin 1977 et du 8 décembre 2005.

¹⁴ La réglementation de l'usage de l'emblème peut se faire soit par adoption d'une législation spécifique, soit par intégration de dispositions à cet effet dans les lois générales incorporant les Conventions de Genève.

de l'utilisation des emblèmes par les services sanitaires des forces armées, cette autorité doit être une autorité militaire compétente (par exemple le ministère de la Défense) (article 39 de la I^{re} Convention de Genève). En ce qui concerne les personnels et structures de santé et les transports médicaux civils, une plus grande latitude est laissée aux États quant à la désignation de l'entité nationale compétente pour autoriser l'usage des emblèmes (par exemple, le ministère de la Santé) (article 18, paragraphe 3, de la IV^e Convention de Genève; article 18.4 du Protocole I du 8 juin 1977 additionnel aux Conventions de Genève).

Lors de l'application de ces mesures, il est important de prendre en compte également les signaux distinctifs utilisés par les unités ou moyens de transport sanitaires (signaux lumineux, radio et identification par moyens électroniques)¹⁵.

Enfin, il est essentiel que les mesures visant à prévenir les usages abusifs s'appliquent à tous, y compris aux membres des forces armées. Ceci peut être établi au moyen de la réglementation de l'État relative à la discipline militaire et aux procédures disciplinaires.

Pour des indications plus détaillées, voir la Loi type concernant l'utilisation et la protection de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge (<https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzg8v.htm>) et le chapitre 4 de la publication du CICR intitulée *La mise en œuvre nationale du droit international humanitaire. Un manuel* (<https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/dvd-40.pdf>).

Recommandation : renforcer les mesures de contrôle de l'usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge, ainsi que les mécanismes de répression des abus de ces emblèmes.

Cet objectif peut être réalisé au moyen de mesures telles que celles qui sont exposées ci-après.

- Mettre en place une surveillance nationale pour détecter et réprimer les abus de l'emblème. La législation nationale doit désigner l'autorité de l'État compétente pour contrôler l'utilisation de l'emblème et sanctionner les abus. Ce contrôle de l'usage de l'emblème peut être exercé par les autorités militaires, ou par le ministère de la Santé lorsqu'il s'agit de l'utilisation de l'emblème par les hôpitaux et autres établissements de santé et transports médicaux civils, ainsi que par le personnel de santé civil.
- Encourager la dénonciation des abus de l'emblème aux autorités nationales compétentes et prendre les mesures appropriées pour rendre publics les résultats des dénonciations de violations des lois ou règlements relatifs aux emblèmes distinctifs.

Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge peuvent jouer un rôle important s'agissant d'aider les autorités de leurs pays respectifs à surveiller l'usage des emblèmes distinctifs.

En Suisse, la Croix-Rouge suisse a incorporé dans son règlement les conditions d'utilisation de l'emblème établies par la loi fédérale concernant la protection de l'emblème et du nom de la Croix-Rouge. Elle est donc, en temps de paix, l'organisation autorisée à utiliser le signe de la croix rouge conformément à la législation suisse¹⁶. Lorsqu'elle a connaissance d'un cas d'emploi abusif par imitation (utilisation d'un signe qui, de par sa couleur et/ou de sa forme, peut être confondu avec un des emblèmes distinctifs) ou par usurpation (utilisation de l'emblème par des personnes ou entités non autorisées), la Croix-Rouge suisse demande à l'utilisateur de mettre fin à cet emploi abusif. Si elle se heurte à un refus, elle pousse plus avant la négociation. Si cela échoue aussi, elle entame une procédure judiciaire¹⁷.

15 Voir le chapitre III de l'annexe I (« Règlement relatif à l'identification ») du Protocole I du 8 juin 1977 additionnel aux Conventions de Genève.

16 Voir l'article 3.3 des Statuts de la Croix-Rouge suisse, et les articles 4 et 6 de la loi fédérale concernant la protection de l'emblème et du nom de la Croix-Rouge (1954).

17 Pour un exemple de ces procédures judiciaires, voir Tribunal fédéral suisse, cause T0/2, 4A_41/2014 du 20 mai 2014.

Au **Salvador**, en cas d'abus de l'emblème, la Croix-Rouge d'El Salvador ou toute personne morale ou physique peut entamer une procédure judiciaire contre les responsables de l'emploi abusif, interdit par la loi relative à la protection de l'emblème et du nom de la Croix-Rouge (2000)¹⁸. Le Centre national d'enregistrement (*Centro Nacional de Registros*) n'autorise l'enregistrement d'aucun dessin, logo ou texte contraire à la loi¹⁹.

- Imposer des sanctions pénales, ainsi que des mesures administratives et disciplinaires, pour réprimer l'utilisation non autorisée ou abusive de l'emblème ou de désignations imitant celui-ci. L'usage perfide de l'emblème constitue un crime de guerre et doit être réprimé en tant que tel (voir *infra*, la section 3.4 relative aux sanctions).

En **Belgique**, une loi spécifique²⁰ prévoit que l'usage abusif des emblèmes distinctifs est punissable d'une peine de prison et/ou du paiement d'une amende, la sanction étant plus sévère lorsque l'abus est commis en temps de conflit armé.

En **Serbie**, aux termes du Code pénal²¹, l'usage abusif l'emblème distinctif est punissable d'une peine d'emprisonnement d'un maximum de trois ans, ou d'une peine de six mois à cinq ans s'il est commis dans une situation de conflit.

La **Colombie** s'est, par des résolutions de son ministère de la Santé et de la Protection sociale²², dotée d'un moyen spécifique d'identification des activités de soins de santé (désignées dans les résolutions par l'expression « mission médicale »). L'utilisation de ce moyen d'identification est supervisée par le ministère de la Santé et de la Protection sociale ainsi que par les secrétariats de la Santé aux niveaux des départements et des districts et au niveau local.



b) L'utilisation de signes autres que la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge pour identifier les personnels et structures de santé et les transports médicaux

Étant donné les conditions strictes régissant l'usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge et le fait que ces emblèmes ne peuvent être utilisés qu'exceptionnellement dans des situations qui ne sont pas qualifiées de conflit armé, les activités de soins de santé peuvent aussi être identifiées par d'autres moyens que les emblèmes établis par les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels.

Il faut alors :

- que les signes autres que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge utilisés pour identifier les activités de soins de santé soient établis et réglementés par l'État et qu'ils se distinguent clairement des emblèmes distinctifs dont l'usage est réglementé par les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels, ce qui implique :
 - 1) de veiller à ce que les autres signes utilisés dans un même pays ne soient pas trop nombreux ;
 - 2) d'adopter une législation et une réglementation qui précisent clairement les autres signes choisis, les entités autorisées à les utiliser, l'usage pour lequel ils sont autorisés et l'autorité nationale compétente pour réglementer cet usage ;
- que la création et/ou l'utilisation de signes autres que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge pour identifier les activités de soins de santé réponde à la nécessité de protéger la fourniture des soins dans un contexte spécifique. Il faut notamment veiller à ce que l'utilisation d'autres signes que ceux qui sont protégés en vertu du DIH ne nuise ni au prestige ni à la signification des emblèmes distinctifs.

18 *Ley de protección del emblema y nombre de la Cruz Roja* (loi protégeant l'emblème et le nom de la Croix-Rouge, 2000, art. 15.

19 *Ibid.*

20 Loi du 4 juillet 1956 relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge.

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

22 Colombie, ministère de la Santé, résolutions 1020/2002 et 441/2012.

3.3.2 Mesures concernant la diffusion et la formation

Quatre mesures concrètes de mise en œuvre peuvent être recommandées :

- prendre des mesures préventives appropriées pour faire mieux connaître l'usage correct des emblèmes de la croix rouge/du croissant rouge/du cristal rouge dans l'ensemble de la population;
- faire en sorte que les forces armées soient dûment formées à l'usage correct et au respect des emblèmes dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence;
- prendre toutes les mesures de diffusion possibles pour faire connaître aux groupes armés non étatiques les obligations relatives à l'utilisation des emblèmes de la croix rouge/du croissant rouge/du cristal rouge;
- établir un plan concret en vue de diffuser largement et de faire bien connaître à toutes les parties concernées et à l'ensemble de la population le but et l'usage des autres signes lorsque ceux-ci seront établis par les autorités nationales. Il faudrait, lors de cette diffusion :
 - 1) veiller à mettre l'accent sur les différences entre les autres signes et les emblèmes en tant qu'expression visible de la protection spécifique conférée par le DIH;
 - 2) prêter particulièrement attention à la nécessité de faire respecter le principe d'impartialité par les utilisateurs des autres signes, et par exemple adopter à cet effet des lignes directrices sur les rôles et responsabilités de ces utilisateurs.

Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge peuvent jouer un rôle important s'agissant d'aider les autorités de leurs pays respectifs à diffuser les règles relatives à l'usage des emblèmes.

En **Belgique**, les statuts de la Croix-Rouge de Belgique font obligation à celle-ci de propager les principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et du DIH.

En **Serbie**, la loi relative à la Croix-Rouge²³ fait obligation à la Croix-Rouge de Serbie de veiller au respect du DIH, de sensibiliser la population à divers aspects de ce corpus de droit et de mener des activités de prévention afin d'améliorer la santé publique.

Lorsqu'ils envisagent les moyens possibles d'identifier les activités de soins de santé protégées, les États doivent réfléchir également à d'autres moyens de renforcer le respect des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge. Par exemple :

- munir le personnel de santé de cartes d'identité et de brassards indiquant son statut;
- utiliser des signaux distinctifs tels que ceux qui sont mentionnés au chapitre III de l'annexe I (« Règlement relatif à l'identification ») du Protocole additionnel I (voir la section 3.3.1 a) ci-dessus);
- utiliser de nouvelles technologies et d'autres moyens d'identification des structures de santé et des transports médicaux, notamment le GPS et les codes-barres pour localiser et identifier les fournisseurs de soins de santé, et les couleurs réfléchissantes pour identifier les établissements de santé et les transports médicaux (pour un complément d'information, voir la fiche technique des Services consultatifs intitulée **Les mesures d'identification personnelle** : <https://www.icrc.org/fr/document/les-mesures-didentification-personnelle>).

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

3.4. Sanctions : sanctionner les violations commises contre les personnels et structures de santé et les transports médicaux

3.4.1. Mesures juridiques et réglementaires

a) Les types de sanctions

Pour se conformer aux règles internationales pertinentes protégeant les soins de santé, les États sont tenus de prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir la commission de violations contre des blessés et malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux, et réprimer et criminaliser les violations qui sont commises. Ils doivent incorporer les sanctions appropriées dans leurs systèmes juridiques nationaux et faire en sorte qu'elles soient connues et dûment appliquées. Ces sanctions peuvent être diverses : pénales, disciplinaires ou administratives. Différents types de sanctions et de mécanismes de sanction peuvent être combinés, en fonction de la gravité de la violation.

- **Les sanctions pénales :** elles constituent la méthode essentielle et incontournable de répression des actes de violence commis contre la fourniture de soins de santé lorsque ces actes constituent **une infraction grave aux Conventions de Genève et à leur Protocole additionnel I²⁴, une autre violation grave du DIH commise dans le contexte d'un conflit armé international ou non international et constituant un crime de guerre, ou un autre crime international.** Les violations les plus graves des règles de DIH et de DIDH protégeant les soins de santé engagent la responsabilité pénale individuelle et doivent être punies en vertu du droit pénal national conformément aux régimes de répression respectifs prévus par le droit international. Les sanctions pénales²⁵ peuvent aussi constituer un moyen efficace de prévenir et de réprimer d'autres atteintes à la fourniture des soins de santé. Leur caractère public et l'attention médiatique dont elles font l'objet renforcent leur effet dissuasif sur l'ensemble de la population. Les sanctions pénales présentent les avantages suivants :
 - 1) elles sont publiques, et sont donc généralement plus transparentes que d'autres sanctions, par exemple dans le cadre de procédures militaires ;
 - 2) elles peuvent s'appliquer à des actes de violence commis en dehors du territoire de l'État concerné, et peuvent entraîner l'extradition ;
 - 3) leur caractère public et le fait qu'elles suscitent l'attention des médias renforcent leur effet dissuasif sur l'ensemble de la population.

Pour que ces sanctions soient efficaces, il faut que leur sévérité corresponde à la gravité du crime.

- **Les sanctions administratives et disciplinaires :** elles devraient être établies parallèlement aux sanctions pénales ou s'y ajouter, et devraient être appliquées à des catégories spécifiques d'auteurs d'infractions selon la fonction, le rôle ou le statut de ceux-ci. Elles peuvent revêtir plusieurs formes, entre autres le paiement d'une amende, le retrait d'une autorisation, la rétrogradation ou la suspension de fonctions de l'auteur de l'infraction ; dans des cas plus graves, les auteurs d'infractions peuvent être radiés de leur association professionnelle ou de la force publique dont ils sont membres. Les sanctions de ce type, en particulier les sanctions disciplinaires, présentent plusieurs avantages :
 - 1) elles font partie du système de référence des auteurs de violations (par exemple discipline militaire, code de déontologie médicale) ;
 - 2) si elles sont dûment appliquées, elles ont un effet et des conséquences immédiats, et, par conséquent, ont aussi un plus grand effet dissuasif sur les coupables que les sanctions pénales ;
 - 3) la perspective d'être jugés par une communauté de pairs ajoute à l'efficacité des sanctions disciplinaires pour les membres des forces armées ou de sécurité ou les membres d'associations professionnelles ;
 - 4) leur caractère public et le fait qu'elles suscitent l'attention des médias renforcent leur effet dissuasif sur l'ensemble de la population.

²⁴ Pour une liste complète des dispositions applicables, voir l'annexe 1, « Le cadre juridique international ».

²⁵ *Ibid.*

Au **Kenya**, la loi relative aux Conventions de Genève²⁶ prévoit la répression des infractions graves aux Conventions. La loi relative aux crimes internationaux fait de même dans son article 6(1)(c), qui traite des crimes de guerre. En outre, l'article 8 de la loi relative aux crimes internationaux attribue compétence à la Haute Cour pour les crimes de guerre, commis au Kenya ou ailleurs, si l'auteur du crime ou la victime est un ressortissant kenyan ou si l'auteur du crime se trouve dans le pays. La loi relative aux forces armées du Kenya²⁷ prévoit des mesures disciplinaires pour quelques-unes des infractions qui y sont visées. Ces mesures peuvent être notamment le renvoi des forces armées, le blâme, des amendes et des peines de prison. Les violations du DIH peuvent également faire l'objet de mesures disciplinaires selon les manuels militaires du **Bélarus** et de la **Russie**.

En **Serbie**, le Code pénal couvre les crimes de guerre commis contre la population civile et les blessés et malades, les traitements cruels infligés aux blessés et malades ainsi qu'aux prisonniers de guerre, et l'usage abusif des emblèmes internationalement reconnus²⁸. En ce qui concerne les sanctions administratives²⁹, les structures de santé peuvent recevoir des amendes pour i) avoir violé les règles relatives à la protection des données et ii) ne pas avoir soumis des données exactes sur la situation aux organes compétents de l'État lors d'épidémies et autres catastrophes. La loi prévoit aussi des amendes pour les responsables des structures de santé³⁰. En outre, la loi relative à l'usage et à la protection de l'emblème et du nom de la Croix-Rouge impose des amendes pour utilisation non autorisée de l'emblème³¹.

Au **Sénégal**, selon la loi relative à l'utilisation et à la protection de l'emblème de la croix rouge et du croissant rouge³², l'auteur d'une violation peut être condamné à une amende et/ou à une peine de prison de cinq ans au maximum. La durée de la peine est doublée si la violation est commise pendant un conflit armé. Un certain nombre de mesures provisionnelles sont envisagées dans le cadre normatif national du Sénégal, y compris la saisie des objets marqués de l'emblème distinctif, ces mesures étant exécutées aux frais de l'auteur de l'infraction³³.

b) Comment incorporer ces types de sanctions dans un cadre juridique existant

Les Services consultatifs en droit international humanitaire du CICR ont élaboré plusieurs outils, dont des fiches techniques, pour aider les États à s'acquitter de leurs obligations internationales en matière de mise en œuvre du DIH dans leur cadre juridique national. Les documents suivants peuvent être consultés pour un complément d'information et des exemples d'incorporation effective dans un cadre juridique national des sanctions pour violations du DIH :

La mise en œuvre nationale du droit international humanitaire. Un manuel, chapitre 3 :

<https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/dvd-40.pdf>

DIH et droit national – Documentation, section comprenant un ensemble de fiches techniques examinant divers aspects de la répression des violations du DIH :

<https://www.icrc.org/fr/document/dih-et-droit-national-documentation>

Prévenir et réprimer les crimes internationaux : vers une approche « intégrée » fondée sur la pratique nationale. Rapport de la troisième réunion universelle des Commissions nationales de mise en œuvre du droit international humanitaire, volume I, chapitre 5 :

<https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4138-1.pdf>

26 Article 3 de la loi relative aux Conventions de Genève.

27 Voir la loi relative aux forces armées du Kenya, 2012, art. 87 (2), 120, 155-156 et 184.

28 Code pénal de la République de Serbie (tel qu'amendé en 2012), art. 372 (2)-373, 381, 385.

29 Art. 256, loi relative aux soins de santé (*Official Gazette of RS*, n°s 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12).

30 Art. 256, *ibid.*

31 Art. 12-13, loi relative à l'usage et à la protection de l'emblème et du nom de la Croix-Rouge.

32 Art. 10 de la loi n° 2005 - 19 du 5 août 2005 relative à l'utilisation et à la protection de l'emblème de la croix rouge et du croissant rouge.

33 Loi n° 2005-19 du 5 août 2005 relative à l'utilisation et à la protection de l'emblème de la croix rouge et du croissant rouge.

L'obligation incombant aux États, en vertu du DIH et du DIDH, d'incorporer dans l'ordre juridique interne des sanctions pour violations des règles internationales protégeant la fourniture des soins de santé peut être remplie de différentes façons, précisées ci-après.

- **Sanctions pénales pour violations graves du DIH et du DIDH :** lorsque les actes de violence contre les soins de santé constituent une « infraction grave » aux Conventions de Genève et à leurs Protocoles additionnels du 8 juin 1977, ou un crime de guerre commis dans le cadre d'un conflit armé international ou non international, ou un autre crime international, les sanctions pénales peuvent être instituées de différentes façons :
 - 1) par application du droit pénal existant (en particulier, infractions pénales existantes) à la violence contre la fourniture des soins de santé ;
 - 2) par adoption d'une loi pénale distincte, applicable spécifiquement aux crimes internationaux, notamment aux violations graves du DIH et du DIDH ;
 - 3) par incorporation dans la législation pénale nationale d'infractions spécifiques correspondant à certaines violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence (incorporation soit dans des lois pénales spécifiques telles qu'un code des crimes internationaux ou une loi relative aux Conventions de Genève, soit dans des articles pertinents du code pénal ou du code de justice militaire³⁴).
Le contenu de cette législation peut :
 - renvoyer aux traités auxquels l'État est partie, renvoyer au droit international en général (notamment aux normes de DIH et de DIDH) ou contenir une référence générique aux règles du droit international coutumier ;
 - définir des infractions spécifiques et les sanctions correspondantes ;
 - 4) par adoption d'une méthode mixte de la criminalisation qui combine incorporation dans la législation pénale nationale d'une référence générique aux règles de DIH et de DIDH protégeant la fourniture des soins de santé (voir la section 2) et criminalisation spécifique de certaines violations graves ;
 - 5) en permettant aux tribunaux nationaux d'appliquer les règles internationales protégeant la fourniture des soins de santé sans qu'il soit nécessaire que des renvois spécifiques à ces règles figurent dans la législation nationale. Cette méthode suppose l'adoption d'une loi ou d'une disposition de la Constitution qui
 - soit, reconnaisse le droit international conventionnel et/ou coutumier comme une base juridique directe et légitime pour la criminalisation d'atteintes à la fourniture des soins de santé,
 - soit, donne au droit international la primauté sur le droit national.

Quelle que soit la méthode choisie, les sanctions pénales doivent prendre en compte aussi bien la responsabilité individuelle que la responsabilité du supérieur, et être conformes à tous les éléments et prescriptions figurant dans le régime de répression pertinent en vertu du DIH et du DIDH. Pour des conseils plus précis, voir les références indiquées plus haut.

Pour une information plus détaillée sur l'incorporation des sanctions, voir les fiches suivantes des Services consultatifs :

Répression pénale : Punir les crimes de guerre : <https://www.icrc.org/fr/document/repression-penale-punir-les-crimes-de-guerre>

Méthodes d'incorporation de la sanction dans la législation pénale : <https://www.icrc.org/fr/document/methodes-dincorporation-de-la-sanction-dans-la-legislation-penale>

- **Sanctions pénales pour d'autres violations du DIH et du DIDH :** sanctions pénales pour d'autres atteintes à la fourniture des soins de santé.
L'incorporation de crimes spécifiques dans la législation nationale est indispensable aussi si l'on veut criminaliser et sanctionner efficacement les obstacles indus à la fourniture des soins de santé qui ne constituent pas des « infractions graves » au sens des Conventions de Genève et du Protocole

³⁴ Il convient toutefois de noter que, le système de législation pénale et la relation entre droit pénal ordinaire et droit pénal militaire variant d'un État à l'autre, il peut s'avérer difficile de privilégier l'une des deux options mentionnées ci-dessus.

additionnel I, des crimes de guerre ou d'autres crimes internationaux, et ne sont donc pas pris en compte par ces instruments. Les obstacles indus couverts par une législation spécifique peuvent être:

- 1) des actes consistant à entraver intentionnellement ou à refuser la fourniture de soins de santé, par exemple retarder ou refuser le passage d'ambulances à des postes de contrôle;
- 2) des attaques contre les soins de santé résultant du fait que les mesures de précaution suivantes n'ont pas été prises:
 - les parties au conflit doivent veiller à ce que les établissements de santé soient, dans la mesure du possible, situés de telle façon que les attaques contre des objectifs militaires ne mettent pas leur sécurité en danger³⁵;
 - elles doivent aussi, dans toute la mesure du possible, limiter les effets des attaques en éloignant du voisinage des objectifs militaires les blessés et malades ainsi que le personnel et les établissements de santé et les transports médicaux³⁶.

Recommandation : la législation nationale que les Hautes Parties contractantes aux Conventions de Genève sont tenues de mettre en œuvre devrait aller plus loin que le régime de répression prévu dans les Conventions, en ce qui concerne aussi bien les situations couvertes que les actes criminalisés.

• Autres types de sanctions pour atteintes à la fourniture des soins de santé.

Il convient de doter les autorités administratives ou des organismes de surveillance spécialisés de pouvoirs d'investigation et de la capacité de dénoncer les actes illicites aux autorités de l'État compétentes pour mener une enquête ou infliger des sanctions, ce qui contribuera à ce que les violations soient dénoncées aux instances appropriées et à ce que leurs auteurs soient dûment sanctionnés. Ces organismes devraient avoir le pouvoir de recevoir des informations de tiers sur des comportements illicites contre la fourniture des soins de santé et de dénoncer les violations présumées aux autorités compétentes de l'État.

Lorsqu'ils instituent des sanctions, les États devraient aussi prendre en considération les éléments suivants :

- veiller à ce que tous les types de sanctions puissent être combinés, c'est-à-dire que des violations commises contre des personnels et structures de santé et des transports médicaux puissent faire l'objet de deux types de sanctions ou davantage;
- faire en sorte que tous les types de sanctions soient graduels, de telle façon que la peine soit proportionnée à la gravité de la violation commise, en tenant compte des circonstances aggravantes ou atténuantes. Dans la pratique, les mesures suivantes permettront d'atteindre cet objectif:
 - 1) sanctionner les attaques dirigées délibérément contre la fourniture de soins de santé plus sévèrement que les attaques résultant, par exemple, du fait de ne pas avoir pris les précautions nécessaires. À cette fin, on peut soit 1) créer un crime spécifique dans la législation nationale, soit 2) considérer le caractère intentionnel de la violation commise comme un facteur aggravant;
 - 2) dans la législation nationale, permettre aux juges d'apprécier aussi bien les circonstances atténuantes qu'aggravantes afin de déterminer le niveau de sanction approprié à imposer à l'auteur de la violation.

Pour un complément d'information sur les moyens de faire en sorte que les sanctions soient efficaces, voir la fiche technique des Services consultatifs intitulée **Éléments pour rendre les sanctions plus efficaces** (<https://www.icrc.org/fr/document/elements-pour-rendre-les-sanctions-plus-efficaces>) et le numéro de la *Revue internationale de la Croix-Rouge* consacré aux sanctions (2008, vol. 870: <https://www.icrc.org/fre/resources/international-review/review-870-sanctions/index.jsp>).

En Belgique, l'usage abusif de l'emblème est punissable de sanctions pénales en vertu de la loi du 4 juillet 1956 relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge³⁷. Quand l'abus est commis par les forces armées, il fait aussi l'objet de mesures disciplinaires car il pourrait être considéré comme une violation d'une obligation incombant aux militaires selon les lois ou règlements applicables aux forces armées (loi du 14 janvier 1975 portant le règlement de discipline des forces armées).

35 Voir art. 19, par. 2, CG I; art. 18, par. 5, CG IV; art. 12.4, PA I; Étude sur le droit international humanitaire coutumier. Volume 1 : Règles, p. 130.

36 Voir art. 58.a), PA I; règle 24, Étude sur le droit international humanitaire coutumier. Volume 1 : Règles.

37 Art. 1-2.

3.4.2. Mesures concernant la diffusion et la formation

Recommandation: les États devraient prendre des mesures appropriées pour que les sanctions soient effectivement appliquées et jouent leur rôle préventif.

Afin de faire en sorte que les sanctions pour violations commises contre du personnel et des structures de santé ainsi que des transports médicaux soient dûment appliquées et jouent leur rôle préventif, les États peuvent prendre un certain nombre de mesures, en particulier concernant la diffusion de connaissances. Les mesures de diffusion visent à ce que les auteurs potentiels d'infractions soient précisément au courant des types de sanctions applicables et de leurs modalités d'application, ce qui sert à renforcer l'effet dissuasif des sanctions et, par conséquent, contribue à prévenir les violations des règles protégeant les personnels et structures de santé et les transports médicaux. Ces mesures peuvent consister à :

- veiller à ce que l'ensemble de la population, et en particulier les auteurs potentiels d'infractions, aient connaissance des sanctions applicables aux violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé. En effet, il est essentiel de donner des informations aux parties concernées sur l'application de ces règles et sur les différents types de sanctions ainsi que leurs modalités d'application, pour renforcer l'effet dissuasif des sanctions et limiter ainsi les violations contre les personnels et structures de santé et les transports médicaux ;
- organiser des activités de formation avec les personnes qui jouent un rôle dans l'application des règles protégeant la fourniture des soins de santé ou sont directement concernées par elle, à savoir les forces armées et forces de sécurité de l'État, le personnel de santé, les fonctionnaires et, le cas échéant et lorsque c'est réalisable, les groupes armés non étatiques. Cette formation devrait être conçue de façon à créer de véritables réflexes, en particulier chez les porteurs d'armes ;
- incorporer des informations sur les sanctions dans la formation professionnelle ou militaire, ainsi que dans les manuels et guides destinés aux membres des forces armées, aux personnels de santé et aux fonctionnaires ;
- rendre publiques les sanctions et les condamnations afin d'informer l'ensemble de la population.

3.4.3 Mesures concernant la coordination et la capacité institutionnelle

Tout message relatif à l'imposition de sanctions pour violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé doit s'accompagner de mesures visant à améliorer l'adhésion aux règles et leur respect, telles que :

- renforcer le cadre institutionnel en place pour surveiller le respect des règles protégeant les soins de santé. Plusieurs mesures peuvent être envisagées pour encourager la dénonciation des violations et, plus généralement, pour faire respecter ces règles, notamment :
 - 1) doter les autorités administratives ou des organismes de surveillance spécialisés de pouvoirs d'investigation et de dénonciation. Les actes illicites peuvent être dénoncés aux autorités qui ont compétence pour mener une enquête ou infliger des sanctions, c'est-à-dire les autorités administratives ou militaires ;
 - 2) rendre les procédures de plainte sûres et accessible pour les victimes, y compris pour les victimes de viol et d'autres formes de violence sexuelle ;
- et veiller :
 - 1) à l'intégrité et l'indépendance du système judiciaire ;
 - 2) à la transparence des autorités administratives compétentes pour sanctionner les auteurs de violations des règles protégeant les soins de santé ;
 - 3) au respect des garanties judiciaires essentielles dans le cas de procédures pénales.

L'efficacité des sanctions dépend aussi de leur application – qui est elle-même intrinsèquement liée à la conformité des systèmes judiciaire et administratif avec les principaux principes juridiques et garanties judiciaires de la justice pénale – et du respect des autorités administratives compétentes pour les garanties de procédure essentielles.

Les États ont des obligations spécifiques s'agissant des garanties légales minimales applicables aux personnes accusées de violations graves de dispositions de l'une quelconque des quatre Conventions de Genève ou du Protocole additionnel I. Les **garanties judiciaires** sont notamment le droit d'une personne accusée à être jugée par un tribunal indépendant et impartial sans retard excessif, le droit à la défense et la présomption d'innocence. Pour un complément d'information sur les garanties judiciaires, voir la fiche technique des Services consultatifs intitulée **Les garanties et protections judiciaires** (<https://www.icrc.org/fr/document/les-garanties-et-protections-judiciaires>).

Pour un complément d'information sur ces éléments ainsi que sur les moyens de rendre les sanctions plus efficaces, voir la fiche technique des Services consultatifs **Éléments pour rendre les sanctions plus efficaces** (<https://www.icrc.org/fr/document/elements-pour-rendre-les-sanctions-plus-efficaces>), le numéro de la *Revue internationale de la Croix-Rouge* consacré aux sanctions (2008, vol. 870: <https://www.icrc.org/fre/resources/international-review/review-870-sanctions/index.jsp>) ainsi que les autres documents mentionnés au début de la section précédente (3.4.1. b).

ANNEXE 1

LE CADRE JURIDIQUE INTERNATIONAL

LE CADRE JURIDIQUE INTERNATIONAL		
	Droit international humanitaire	Droit international des droits de l'homme
Protection des blessés et des malades	Art. 3 commun, CG I, II, III et IV Art. 6, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 19 et 46, CG I Art. 6, 7, 9, 10, 12, 18, 21, 28, 30 et 47, CG II Art. 30, CG III Art. 16 et 91, CG IV Art. 10,11 et 44.8, PA I Art. 7 et 8, PA II Règles 109-111, Étude sur le DIH coutumier	Art. 25, Déclaration universelle des droits de l'homme Art. 2, CEDH Art. 6 (1) et 9, PIDCP Art. 12, PIDESC Art. 4, CADH Art. 4, CADHP Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois CDESC, Observations générales n ^{os} 3 et 14 CDESC, Appréciation de l'obligation d'agir « au maximum de ses ressources disponibles » dans le contexte d'un protocole facultatif au pacte ³⁸
Protection du personnel de santé	Art. 24-27, 28-30 et 32, CG I Art. 36 et 37, CG II Art. 20, CG IV Art. 15 et 16, PA I Art. 9 et 10, PA II Règles 25 et 26, Étude sur le DIH coutumier	PIDCP CEDH CADH CADHP
Protection des structures de santé et des transports médicaux	Art. 19-23 et 33-37, CG I Art. 21-35 et 38-40, CG II Art. 18,19, 21, 22 et 57, CG IV Art. 12-14 et 21-31, PA I Art. Art.11, PA II Règles 28 et 29, Étude sur le DIH coutumier	CDESC, Observation générale n ^o 14
	Droit international humanitaire	
Emblèmes distinctifs	Art. 36, 38-44, 53 et 54, CG I Art. 39, 41 et 43-45, CG II Art. 18 et 20-22, CG IV Art. 8, 18, 23, 38 et 85, PA I Annexe 1, PA I Art. 12, PA II PA III Règles 30, 59 et 60, Étude sur le DIH coutumier Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales	
Éthique des soins de santé et confidentialité	Art. 16, PA I Art. 10, PA II Règle 26, Étude sur le DIH coutumier Règles de l'AMM (Association médicale mondiale) en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence	
Sanctions	Art. 49-54, CG I Art. 50-53, CG II Art. 146-149, CG IV Art. 85, PA I Règles 156, 157 et 158, Étude sur le DIH coutumier Art. 8.2.b)vii), ix) et xxiv) et art. 8.2.e)ii) et iv), Statut de Rome	
<p>Il convient également de mentionner que les règles et principes internationaux d'éthique médicale³⁹ régissant la conduite du personnel de santé dans l'exercice de sa profession contiennent aussi des règles visant à protéger les blessés et les malades.</p>		

38 UN Doc. E/C.12/2007/1, 10 mai 2007.

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

Règles relatives à la protection des blessés et des malades

CONFLITS ARMÉS INTERNATIONAUX ET NON INTERNATIONAUX	SITUATIONS NON RÉGIES PAR LE DIH
Ne pas attaquer, nuire ou tuer	
<p>Les droits des blessés et des malades doivent être respectés en toutes circonstances; toute atteinte à la vie et à la personne des blessés et malades est strictement interdite.</p> <p>Les tuer intentionnellement, leur causer délibérément de grandes souffrances ou porter des atteintes graves à leur intégrité physique ou à leur santé constituent des infractions graves aux Conventions de Genève, des crimes de guerre.</p>	<p>En vertu du DIDH – sauf dans des circonstances très particulières, précisées dans les 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 –, les blessés et les malades sont protégés contre toute atteinte à leur vie ou à leur personne.</p> <p>Chaque individu a droit à la sécurité de sa personne, et les États ont l'obligation indérogeable de ne pas priver arbitrairement de la vie une personne relevant de leur juridiction ou de leur contrôle.</p> <p>Le meurtre de blessés et de malades ou tout acte inhumain de caractère analogue causant intentionnellement de grandes souffrances ou des atteintes graves à l'intégrité physique ou à la santé physique ou mentale peut constituer un crime contre l'humanité.</p>
<p>Dans certaines circonstances, le refus de prodiguer des soins peut être assimilé à un traitement cruel ou inhumain ou à une atteinte à la dignité de la personne (notamment en cas de traitement humiliant et dégradant), voire à un acte de torture si les critères nécessaires sont remplis.</p>	
Rechercher et recueillir	
<p>Les parties à un conflit armé doivent prendre sans tarder toutes les mesures possibles pour rechercher et recueillir les blessés et les malades. Lorsque les circonstances le permettent, elles doivent conclure des arrangements pour leur évacuation ou leur échange.</p>	<p>En vertu du droit à la santé, les États ont l'obligation indérogeable de « garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune » (Observation générale n° 4). Des obligations similaires existent en vertu du droit à la vie, notamment dans les circonstances où celle-ci est menacée.</p>
Protéger et soigner	
<p>Toutes les parties à un conflit doivent protéger les blessés et les malades contre le pillage et les mauvais traitements, et veiller à ce qu'ils reçoivent des soins médicaux appropriés, dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs.</p>	<p>Les États ont l'obligation de protéger les blessés et les malades contre toute forme de mauvais traitement; ils doivent aussi protéger leur droit à la santé, notamment en prenant toutes les mesures nécessaires pour « protéger les personnes relevant de leur juridiction contre des atteintes au droit à la santé imputables à des tiers » (Observation générale n° 14).</p>
Traiter sans discrimination	
<p>Les blessés et les malades doivent être traités sans discrimination, et ne faire l'objet d'aucune distinction fondée sur des critères autres que médicaux.</p>	<p>Le droit à la santé doit être exercé sans discrimination aucune. Cette obligation est immédiate et indérogeable.</p> <p>Toute restriction du droit à la santé doit être conforme à la loi, y compris aux normes des droits de l'homme, compatible avec la nature des droits protégés par le PIDESC et imposée à des fins légitimes, exclusivement en vue de favoriser le bien-être général dans une société démocratique (Observation générale n° 14).</p>

Règles relatives à la protection du personnel de santé

CONFLITS ARMÉS INTERNATIONAUX ET NON INTERNATIONAUX	SITUATIONS NON RÉGIES PAR LE DIH
Protéger et respecter	
<p>Le personnel affecté à des tâches médicales doit en tout temps être respecté et protégé, à moins qu'il ne commette, en dehors de ses fonctions humanitaires, des actes nuisibles à l'ennemi. Lorsqu'il porte une arme et l'utilise pour sa propre défense ou celle des blessés et des malades dont il a la charge, il ne perd pas la protection à laquelle il a droit.</p> <p>Les blessés et les malades confiés aux soins du personnel sanitaire restent protégés même si celui-ci vient à perdre sa protection.</p>	<p>Le personnel sanitaire a droit à la protection contre la privation arbitraire de la vie et à la sécurité, tout comme les blessés et malades.</p>
Fournir des soins	
<p>Les parties à un conflit armé ne doivent pas entraver la fourniture de soins en empêchant le passage du personnel sanitaire. Elles doivent faciliter à celui-ci l'accès aux blessés et malades, et lui assurer l'assistance et la protection nécessaires.</p> <p>Le personnel sanitaire ne pourra pas être puni pour avoir prodigué des soins de manière impartiale.</p>	<p>Les États ne doivent pas empêcher le personnel sanitaire de soigner les blessés et malades. L'obligation de respecter le droit à la santé exige qu'ils « s'abstienne[nt] d'en entraver directement ou indirectement l'exercice » (Observation générale n° 14).</p> <p>L'arrestation de membres du personnel sanitaire au motif qu'ils ont prodigué des soins peut constituer une violation du droit à la protection contre l'arrestation et la détention arbitraires, même si elle est effectuée conformément au droit national. Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a déclaré que des dispositions inappropriées et injustes dans la législation nationale peuvent être considérées comme de l'arbitraire.</p>
Éthique médicale	
<p>Les parties à un conflit armé ne doivent pas contraindre les professionnels de la santé à accomplir des actes contraires à la déontologie, ni les empêcher de faire leur devoir. Elles ne doivent pas poursuivre ces professionnels pour des actes accomplis en conformité avec l'éthique médicale.</p> <p>Les professionnels de la santé ont le devoir de protéger la confidentialité des renseignements recueillis dans le cadre des soins aux patients. Aucune personne exerçant des activités médicales ne doit, sauf si la loi l'y oblige, être contrainte de donner à quiconque des renseignements concernant les blessés et malades qu'elle soigne ou qu'elle a soignés, si de tels renseignements peuvent porter préjudice à ceux-ci ou à leur famille.</p>	<p>La résolution 37/194 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les principes d'éthique médicale établit que, dans les autres situations visées ici comme dans les conflits armés, les États ne doivent pas punir les membres du personnel sanitaire pour des actes médicaux conformes à la déontologie, ni les contraindre à accomplir des actes contraires à celle-ci.</p> <p>L'éthique médicale reste la même en temps de conflit armé et en temps de paix.</p>

Règles relatives à la protection des structures de santé et des transports médicaux

CONFLITS ARMÉS INTERNATIONAUX ET NON INTERNATIONAUX	SITUATIONS NON RÉGIES PAR LE DIH
<p style="text-align: center;">Protéger les structures de santé</p>	<p style="text-align: center;">Protéger les structures de santé et les transports médicaux</p>
<p>Les unités sanitaires telles qu'hôpitaux et autres infrastructures organisées à des fins sanitaires doivent être respectées et protégées en toutes circonstances. Elles ne peuvent pas être attaquées, et doivent être accessibles sans restriction. Les parties à un conflit armé sont tenues de prendre des mesures pour les protéger contre les attaques, en veillant notamment à ce qu'elles ne soient pas situées à proximité d'objectifs militaires.</p> <p>Les unités sanitaires perdent la protection à laquelle elles ont droit si elles sont utilisées, en dehors de leur destination humanitaire, pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi. Cette protection ne pourra toutefois cesser qu'après une sommation fixant un délai raisonnable et seulement si cette sommation est demeurée sans effet.</p>	<p>Au titre du droit à la santé, les États ont l'obligation indérogable de garantir l'accès aux infrastructures sanitaires. Ils doivent par conséquent respecter les unités et moyens de transport sanitaires. Ils n'ont pas le droit de les prendre pour cible, ni de les utiliser pour mener des opérations de maintien de l'ordre ou toute autre action analogue. Les États sont aussi tenus de prendre des mesures pour protéger ces unités et moyens de transport contre les attaques ou les emplois abusifs par une tierce partie.</p>
<p style="text-align: center;">Protéger les transports médicaux</p>	
<p>Tout moyen de transport affecté exclusivement au transport de blessés et malades, de personnel sanitaire ou de matériel et d'équipements sanitaires doit être respecté et protégé au même titre que les unités sanitaires. Si un moyen de transport sanitaire tombe aux mains d'une partie adverse, il incombe à celle-ci de veiller à ce que les blessés et malades se trouvant à son bord reçoivent les soins nécessaires.</p>	
<p style="text-align: center;">Interdiction de la perfidie</p>	
<p>Lorsqu'une partie à un conflit armé utilise des unités ou moyens de transport sanitaires afin de tromper la partie adverse, en lui faisant croire qu'ils sont protégés alors qu'elle s'en sert pour des attaques ou d'autres actes nuisibles à l'ennemi, elle commet un acte de perfidie. Si un tel acte a pour effet de tuer ou de blesser des individus appartenant à la partie adverse, il constitue un crime de guerre.</p>	

Règles relatives à l'usage des emblèmes distinctifs

CONFLITS ARMÉS INTERNATIONAUX ET NON INTERNATIONAUX	SITUATIONS NON RÉGIES PAR LE DIH
Usage des emblèmes distinctifs	
<p>Utilisé à titre protecteur, l'emblème – la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge – est le signe visible de la protection accordée par les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels au personnel et aux unités et moyens de transport sanitaires. Dans un conflit armé, cette protection s'étend au personnel et aux unités et moyens de transport sanitaires militaires ; au personnel et aux unités et moyens de transport des Sociétés nationales dûment reconnues par le gouvernement de leur pays et autorisées à assister les services sanitaires des forces armées ; aux unités sanitaires civiles reconnues par l'État et autorisées à arborer l'emblème, et au personnel médical à l'œuvre dans un territoire occupé. Pour assurer la meilleure protection possible, l'emblème à usage protecteur doit être suffisamment grand pour être bien visible. Les unités et moyens de transport sanitaires peuvent aussi utiliser des signaux distinctifs (signaux lumineux, signaux radio, etc.).</p> <p>Lorsqu'il est utilisé à titre indicatif, l'emblème sert à signaler que les personnes ou les biens qui l'arborent ont un lien avec une institution du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Dans ce cas, il sera de relativement petites dimensions.</p>	<p>Selon l'article 44, par. 1 de la I^{re} Convention de Genève, le personnel et les unités et moyens de transport sanitaires militaires peuvent utiliser l'emblème à titre protecteur en temps de paix ainsi que dans des situations de violence autres que les conflits armés. Les unités et moyens de transport sanitaires des Sociétés nationales auxquels des fonctions médicales ont été assignées en cas de conflit armé peuvent aussi utiliser l'emblème à titre protecteur pour autant qu'ils aient été autorisés à le faire par l'autorité compétente. Enfin, dans certains cas, les unités sanitaires civiles peuvent être autorisées à faire usage de l'emblème à titre protecteur. Il faut pour cela que l'État les ait reconnues et qu'il autorise cet usage. Toutefois, ces unités n'utiliseront l'emblème que pour se préparer en vue d'un conflit armé, par exemple en peignant l'emblème sur le toit d'un hôpital.</p> <p>L'emblème peut aussi être utilisé à titre indicatif par des ambulances et des postes de premiers secours lorsqu'ils sont exclusivement chargés de fournir des soins gratuits aux blessés et aux malades. Dans ce cas, l'emploi de l'emblème doit être conforme à la législation nationale et autorisé par la Société nationale.</p>
Usage abusif de l'emblème	
<p>Tout usage de l'emblème autre que ceux que prévoit le DIH est considéré comme abusif. Utiliser l'emblème de façon perfide – par exemple pour protéger ou cacher des combattants – constitue un crime de guerre lorsque cela cause des pertes en vies humaines ou des blessures graves.</p>	

ANNEXE 2

RECOMMANDATIONS DE L'ATELIER RELATIF AUX CADRES JURIDIQUES NATIONAUX POUR LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ (BRUXELLES, 29-31 JANVIER 2014)

Les recommandations⁴⁰, qui sont issues des discussions consacrées aux quatre thèmes de l'atelier, s'articulent autour de trois grands types de mesures :

- des mesures législatives pour la mise en œuvre du cadre juridique international existant ;
- des mesures de diffusion et de formation ;
- des mesures concernant la coordination entre les parties concernées.

Comment rendre plus efficace la protection juridique des blessés et des malades, des personnels et structures de santé et des transports médicaux

RECOMMANDATION 1 : *les États doivent prendre des mesures appropriées pour mettre en œuvre leurs obligations internationales en matière de protection des soins de santé dans leur cadre législatif national, d'une façon qui tienne compte de leurs spécificités nationales et garantisse une protection efficace et un accès effectif à ces soins en toutes circonstances.*

1. Lorsqu'ils établissent leur cadre juridique national pour la protection des soins de santé, les États devraient examiner les avantages et les inconvénients aussi bien d'une législation spécifique applicable aux conflits armés et autres situations d'urgence que d'une législation générale applicable en toutes circonstances.
2. La mise en œuvre du cadre juridique international relatif à la protection des soins de santé doit tenir compte des spécificités de chaque système juridique national (par exemple système de tradition romano-germanique ou système de *common law*) et de la répartition des compétences juridictionnelles (par exemple États centralisés ou fédéraux).

RECOMMANDATION 2 : *les États devraient faire en sorte de mieux comprendre la nature des violences commises contre les soins de santé sur leur propre territoire, notamment tous les types d'actions portant atteinte à la fourniture des soins, afin de prendre des mesures adéquates.*

1. Établir un **système national de collecte de données** sur les cas de violence contre le personnel de santé, les établissements de soins et les transports médicaux ainsi que contre les patients, y compris tous les types d'atteintes à la fourniture des soins de santé. Un système national de collecte de données devrait notamment :
 - a. **s'appuyer sur des critères clairement définis**, en classant les données dans des catégories contextuelles (par exemple, la législation portant création de ce système devrait définir précisément quel type d'information doit être collecté et comment les données doivent être organisées) ;
 - b. **être géré par des autorités de l'État** (par exemple les ministères de la Santé et de l'Intérieur et, lorsque ce poste existe, un ombudsman⁴¹) et prévoir la participation de toutes les parties concernées par le système de santé (associations médicales, etc.), la coordination entre toutes les parties prenantes étant essentielle ;
 - c. **être indépendant et transparent**, afin de garantir la fiabilité des données collectées ;
 - d. **servir uniquement à des fins d'analyse** (ne doit pas être utilisé dans des poursuites pénales) ;
 - e. **faire en sorte de protéger l'accès** aux données collectées et **leur utilisation**.
2. Les systèmes nationaux de collecte de données pourraient être complétés par un système international de consolidation et de comparaison des données, ce qui permettrait d'avoir une compréhension globale de la nature de la violence contre les soins de santé à travers le monde et encouragerait les États à coopérer pour établir des stratégies mondiales coordonnées aux fins de la protection des personnels et structures de santé et des transports médicaux.

40 Pour plus de détails sur le contexte de ces recommandations, voir la publication *Les soins de santé en danger – Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé. Rapport de l'atelier de Bruxelles, 29-31 janvier 2014*

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

RECOMMANDATION 3 : *les mesures de prévention et de sécurité visant à protéger la fourniture des soins de santé et à garantir un accès plus sûr à ces soins devraient inclure des composantes d'éducation, de formation et de diffusion de la législation existante.*

1. Les États devraient prendre des mesures appropriées pour dispenser aux forces armées et de sécurité, aux fonctionnaires, au personnel de santé et au grand public une formation sur la législation nationale protégeant la fourniture des soins de santé et l'accès à ces soins (y compris le droit à la santé).
2. Les États devraient faire largement savoir et comprendre qu'il est important de respecter le personnel de santé, les établissements de soins et les transports médicaux.
3. La législation nationale devrait prévoir une obligation de porter secours ou assistance aux personnes ayant besoin de soins médicaux urgents qui soit applicable sous peine de sanctions pénales en toutes circonstances, y compris dans les conflits armés et autres situations d'urgence.

RECOMMANDATION 4 : *les États devraient prendre des mesures appropriées pour renforcer la coordination entre les différentes parties prenantes de la fourniture de services de santé d'urgence, afin que l'action d'urgence soit mieux organisée et plus efficace.*

1. La législation nationale devrait définir clairement les rôles et responsabilités respectifs des différentes parties prenantes actives dans la fourniture des soins de santé d'urgence.
2. Les États devraient prendre des mesures appropriées pour que les différentes parties prenantes de la fourniture des soins de santé d'urgence connaissent les rôles et responsabilités les unes des autres, le but visé étant qu'elles comprennent bien l'ensemble de l'organisation de l'intervention d'urgence.
3. Chaque État devrait avoir un plan de coordination faisant intervenir toutes les parties prenantes, afin d'organiser l'action d'urgence et la fourniture de services de santé en temps de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence.

RECOMMANDATION 5 : *prendre des mesures législatives et pratiques spécifiques pour répondre adéquatement aux besoins des victimes de violence sexuelle dans les conflits armés et autres situations d'urgence.*

1. Le personnel de santé devrait recevoir une formation spécifique qui lui permette d'aider les victimes de violence sexuelle, selon une approche pluridisciplinaire associant formation sociale et psychologique et formation en communication.
2. Le personnel des établissements de santé devrait comprendre au minimum une personne dûment formée à la prise en charge des victimes de violence sexuelle qui ont besoin d'une assistance immédiate.
3. La législation nationale devrait comprendre des dispositions concernant les conséquences particulières des violences sexuelles pour les femmes, telles que la grossesse.

RECOMMANDATION 6 : *inclure, le cas échéant, la médecine traditionnelle au nombre des activités de soins de santé protégées, et prendre des mesures pour faciliter l'accès de l'ensemble de la population à ce type de médecine.*

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

RECOMMANDATION 7 : *faire en sorte de rendre plus efficaces, au niveau national, la mise en œuvre et la diffusion de la législation réglementant l'usage à titre indicatif et à titre protecteur des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge.*

1. Lors de la mise en œuvre des dispositions de droit international protégeant l'usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge au niveau national, les États devraient adopter une législation spécifique afin de renforcer le prestige et la signification des emblèmes.
2. La législation nationale devrait, en temps de paix déjà, préciser quelles entités sont autorisées à utiliser les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge, et désigner l'autorité nationale compétente pour réglementer cet usage.

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

RECOMMANDATION 8 : *renforcer les mesures de contrôle de l'usage des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge, ainsi que les mécanismes de répression des abus de ces emblèmes.*

1. Les mesures de répression des utilisations non autorisées ou abusives de l'emblème devraient inclure non seulement des sanctions pénales, mais aussi des mesures administratives et disciplinaires. Les abus de l'emblème tels qu'imitation ou usage incorrect doivent être sévèrement punis. L'emploi perfide des emblèmes constitue un crime de guerre et doit être réprimé en tant que tel.
2. Une surveillance nationale devrait être mise en place pour détecter et réprimer les abus de l'emblème.
3. Les États devraient prendre des mesures appropriées pour encourager la dénonciation des abus de l'emblème aux autorités nationales compétentes et rendre ces cas publics.

RECOMMANDATION 9 : *examiner plus avant l'utilisation de signes autres que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge pour identifier des activités de soins de santé, en tenant compte de chaque contexte spécifique et en déterminant si l'utilisation de ces autres signes renforcerait la protection des soins de santé.*

1. Compte tenu de la nécessité d'éviter une prolifération des emblèmes, la création et/ou l'utilisation de signes autres que la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge pour identifier des activités de soins de santé devrait répondre au besoin de renforcer la protection de la fourniture des soins de santé dans un contexte donné.
2. Si des signes autres que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge sont utilisés pour identifier les activités de soins de santé, ils doivent être établis et réglementés par l'État. Afin d'éviter toute confusion, il conviendrait qu'ils se distinguent clairement des emblèmes distinctifs dont l'usage est réglementé par le droit international.
3. L'adoption d'un emblème additionnel pour identifier les activités de soins de santé doit s'accompagner d'une large diffusion et d'un travail d'éducation visant à faire connaître le but et l'usage de cet emblème.
4. La possibilité d'utiliser certaines nouvelles technologies pour identifier les fournisseurs de soins de santé (par exemple GPS, codes-barres, etc.) ainsi que d'autres moyens d'identifier les structures de santé et transports médicaux (par exemple couleurs réfléchissantes) devrait être étudiée.

Comment protéger juridiquement l'éthique médicale et la confidentialité dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence

RECOMMANDATION 10 : *veiller à la clarté et à la cohérence de la législation nationale concernant les obligations éthiques incombant au personnel de santé.*

1. Les droits et responsabilités du personnel de santé devraient être clairement définis dans la législation nationale, par exemple dans des lois réglementant l'accès aux professions des soins de santé ou dans les codes de déontologie adoptés par les associations professionnelles.
2. Les États devraient veiller à la cohérence et à la compatibilité des autres lois nationales s'appliquant au personnel de santé – y compris du droit pénal – avec les obligations éthiques de ce personnel, et protéger de manière appropriée l'indépendance et l'impartialité des soins de santé.

RECOMMANDATION 11 : *réaffirmer la nécessité de protéger le secret médical en tant que principe fondamental d'éthique médicale en toutes circonstances (en temps de paix comme dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence); les exceptions au secret médical doivent être limitées et strictement circonscrites dans la législation nationale.*

1. Le secret médical doit être considéré comme un droit du patient et non pas simplement comme un privilège et une obligation éthique du personnel médical.
2. Les exceptions au secret médical peuvent varier d'un État à l'autre et être adaptées au contexte, mais elles devraient en tout cas être limitées et strictement définies dans la législation nationale pour toutes les circonstances.
3. Lorsqu'il est légalement tenu de dévoiler certaines informations protégées par le secret médical sur des patients, le personnel de santé devrait prendre toutes les précautions possibles pour protéger les autres renseignements personnels et données de santé de ces patients et ne communiquer que les informations strictement nécessaires.
4. La divulgation par du personnel de santé de données personnelles et de renseignements médicaux sur des patients sans le consentement de ceux-ci, lorsqu'il n'y a pas obligation légale de le faire, devrait constituer une violation d'obligation professionnelle selon le code de déontologie, et être punissable de mesures administratives ou disciplinaires.

RECOMMANDATION 12 : *veiller à ce que le personnel de santé soit dûment formé à mettre en œuvre et respecter ses obligations éthiques, notamment pour résoudre les dilemmes auxquels il est confronté lorsqu'il est légalement tenu de divulguer des données personnelles et des informations médicales sur des patients.*

1. Le personnel de santé devrait recevoir une formation spéciale, par exemple sous forme d'exercices de simulation, lui permettant de résoudre les dilemmes auxquels il doit faire face lorsque l'obligation légale de divulguer des informations concernant des patients entre en conflit avec ses obligations éthiques, aussi bien en temps de paix qu'en temps de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence.
2. Les responsables de l'application des lois (police, procureurs) devraient recevoir une formation appropriée concernant les obligations éthiques du personnel de santé.
3. Des mesures appropriées devraient être prises en ce qui concerne la gestion des relations du personnel de santé avec les médias, en particulier dans les situations d'urgence, afin de mieux protéger le secret médical. En outre, les médias devraient être rendus attentifs aux obligations éthiques du personnel de santé, et le respect du secret médical devrait être inscrit dans leur code de déontologie.

Comment réprimer et sanctionner efficacement les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé

RECOMMANDATION 13 : *les différents types de sanctions (pénales, administratives, disciplinaires) prévus dans la législation nationale pour punir les violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé devraient être appliqués de façon graduelle et pouvoir être combinés en fonction de la gravité de la violation commise.*

1. Outre les sanctions pénales, les auteurs de violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé devraient être passibles de sanctions administratives et disciplinaires en fonction de leurs titres ou fonctions, et les sanctions devraient pouvoir être combinées.
2. Les sanctions pénales, administratives et disciplinaires prévues dans la législation nationale devraient être graduelles, de telle façon que la peine soit proportionnée à la gravité de la violation commise, en tenant compte des circonstances aggravantes ou atténuantes. Le fait de diriger délibérément des attaques contre la fourniture des soins de santé devrait être considéré comme un facteur aggravant.
3. Tout acte de violence contre la fourniture de soins de santé qui constitue une infraction grave aux Conventions de Genève doit être réprimé comme telle en application du régime pertinent. Lorsque ce régime n'existe pas encore, il doit être établi dans la législation nationale et couvrir aussi bien la responsabilité individuelle que la responsabilité du supérieur hiérarchique.

RECOMMANDATION 14 : *la législation nationale devrait aller plus loin que les Conventions de Genève en matière de répression pénale, quant aux situations couvertes et aux actes criminalisés.*

1. La législation nationale devrait sanctionner tous les types d'atteintes à la fourniture des soins de santé dans les conflits armés, y compris les menaces contre le personnel de santé et d'autres actes faisant indûment obstacle à la prestation de services de santé.
2. La législation nationale devrait aussi sanctionner tous les types d'atteintes à la fourniture des soins de santé dans des situations qui n'atteignent pas le seuil du conflit armé.
3. Avant d'adopter une législation spécifique pour criminaliser certaines violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé, les États devraient déterminer si ces violations sont déjà couvertes par leur législation pénale générale. Il convient à cet égard de veiller particulièrement à préserver la cohérence du cadre normatif ainsi que la prévisibilité des sanctions.

RECOMMANDATION 15 : *les États devraient prendre des mesures appropriées pour que les sanctions soient effectivement appliquées et jouent leur rôle préventif.*

1. Faire mieux connaître à l'ensemble de la population, et notamment aux auteurs potentiels d'infractions, les sanctions applicables aux violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé.
2. Renforcer le cadre institutionnel en place pour superviser le respect des normes, par exemple en permettant aux autorités administratives ou à des organismes de surveillance spécialisés de dénoncer les actes illicites aux autorités qui ont compétence pour enquêter ou imposer des sanctions.
3. Veiller à l'intégrité et à l'indépendance du système judiciaire, au respect des garanties judiciaires dans les procédures pénales (par exemple procès équitable, droit à la défense, présomption d'innocence) et à la transparence des autorités administratives ayant compétence pour sanctionner les auteurs de violations des règles protégeant la fourniture des soins de santé.
4. Les États devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir, en fonction des ressources dont ils disposent, pour améliorer leur capacité d'appliquer effectivement les sanctions prévues par la loi.

ANNEXE 3

LISTE DE CONTRÔLE : MESURES CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE NATIONALE DES RÈGLES INTERNATIONALES PROTÉGEANT LA FOURNITURE DES SOINS DE SANTÉ

Cette liste propose plusieurs mesures que les États peuvent prendre pour mettre en œuvre, dans leur cadre juridique national, les règles internationales protégeant la fourniture des soins de santé.

A. Mise en œuvre juridique

(Voir aussi la base de données des Services consultatifs du CICR relative à la mise en œuvre nationale : <https://www.icrc.org/ihl-nat>)

- Dresser une liste des règles internationales à mettre en œuvre au niveau national, notamment des règles applicables dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgence.
- Traduire dans la langue nationale les règles internationales protégeant la fourniture des soins de santé.
- Évaluer le cadre juridique national existant et recenser les lois qui traitent déjà de la protection des soins de santé, les lois qu'il faudra probablement mettre à jour ou modifier, et les lois qui doivent être créées.
- Adopter une législation nationale qui réprime en tant que crime de guerre la violence contre les soins de santé qualifiable d'« infraction grave » aux Conventions de Genève, ainsi qu'une législation qui permette de réprimer tous autres types d'atteinte à la fourniture des soins de santé.
- Adopter une législation relative aux droits et responsabilités du personnel de santé et conforme aux obligations éthiques de ce personnel.
- Établir des priorités pour la mise en œuvre.
- Évaluer les ressources nécessaires et les ressources disponibles pour la mise en œuvre.
- Choisir les moyens et méthodes de mise en œuvre, en tenant compte des spécificités nationales.
- Renforcer le cadre institutionnel national chargé de contrôler le respect des règles protégeant les soins de santé.
- Adopter des mesures visant à prévenir l'abus des emblèmes de la croix rouge et du croissant rouge ainsi que des autres symboles et emblèmes prévus dans les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels.
- Établir un système national de collecte de données qui puisse servir à orienter la prise de mesures de protection spécifiques en cas d'actes de violence ou de menaces de violence contre du personnel de santé.

B. Diffusion

(Voir aussi la fiche technique des Services consultatifs intitulée : *L'obligation de diffusion du droit international humanitaire*)

- Nommer et dûment former des personnes qualifiées dans les domaines juridique, militaire et médical afin qu'elles dispensent elles-mêmes une formation appropriée aux personnes qui jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre des règles protégeant la fourniture des soins de santé et dans l'application des sanctions pertinentes, ou qui sont directement concernées.
- Dispenser une formation aux médias sur les règles protégeant la fourniture des soins de santé et sur les sanctions applicables, et encourager la diffusion de ces règles dans le grand public.
- Inclure des notions sur les règles protégeant la fourniture des soins de santé et les sanctions applicables dans les programmes et manuels universitaires (en particulier des facultés de droit et de médecine) ainsi que dans les programmes de l'enseignement secondaire.
- Inclure des notions sur les règles protégeant la fourniture des soins de santé et les sanctions applicables dans les programmes et les manuels de formation de l'administration et d'instruction militaire.

C. Coordination

- Faire en sorte que les personnels et structures de santé et les transports médicaux soient dûment identifiés, marqués et protégés.
- Établir des plans de coordination préventifs associant toutes les parties prenantes afin d'organiser l'action d'urgence.
- Recenser les nouvelles technologies disponibles pour le marquage permettant d'identifier les personnels et structures de santé et les transports médicaux.
- Créer un mécanisme d'échange régulier de points de vue sur les problèmes de violence contre les fournisseurs de soins de santé dans un contexte spécifique – échange devant se faire entre les différentes parties prenantes, dont divers ministères, les associations nationales de professionnels de la santé, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le CICR et les ONG concernées –, ou charger un mécanisme existant d'assumer cette fonction.

ANNEXE 4

TABLEAU DES TRAITÉS ET DES SIGLES CORRESPONDANTS

Droit international humanitaire	Droit international des droits de l'homme
CG I : Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, 12 août 1949	CADH : Convention américaine relative aux droits de l'homme (1969)
CG II : Convention (II) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer, 12 août 1949	CADHP : Convention (ou Charte) africaine des droits de l'homme et des peuples (1981)
CG III : Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949	CDESC : Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Nations Unies
CG IV : Convention (IV) de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, 12 août 1949	CEDH : Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950)
PA I : Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I), Genève, 8 juin 1977	PIDCP : Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966)
PA II : Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), Genève, 8 juin 1977	PIDESC : Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)
PA III : Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à l'adoption d'un signe distinctif additionnel (Protocole III), Genève, 8 décembre 2005.	

BIBLIOGRAPHIE

GÉNÉRALE

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Nations Unies, Observation générale n° 14: Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, 11 août 2000, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=fr (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *L'obligation de diffusion du droit international humanitaire*, fiche technique, 2003, <https://www.icrc.org/fr/document/lobligation-de-diffusion-du-droit-international-humanitaire> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, loi type intitulée « Model Law: Geneva Conventions (Consolidation) Act » (en anglais seulement), <https://www.icrc.org/en/document/geneva-conventions-consolidation-act-model-law#.VDvzLFOa4wo> (dernière consultation le 25 novembre 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 technique, 2012, <https://www.icrc.org/fr/document/respecter-et-protoger-les-soins-de-sante-dans-les-conflits-armes-et-dans-les-situations-non> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Henckaerts, J.M. et Doswald-Beck, L., *Droit international humanitaire coutumier. Volume I: Règles*, Bruylant/CICR, 2006.

CADRE JURIDIQUE INTERNATIONAL POUR LA PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ

Comité international de la Croix-Rouge, Les soins de santé en danger, 2014, <https://www.icrc.org/fre/what-we-do/safeguarding-health-care/> (dernière consultation le 25 novembre 2014, site Web du projet).

Protocole I du 8 juin 1977 additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949, chapitre III de l'annexe I (« Règlement relatif à l'identification »).

MESURES NATIONALES DE MISE EN ŒUVRE

Comité international de la Croix-Rouge, *La mise en œuvre nationale du droit international humanitaire. Un manuel*, 2013, <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/dvd-40.pdf> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge National Implementation Database, <https://www.icrc.org/ihl-nat> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

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

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*. 2012, <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/publication/p4104.htm> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Organisation mondiale de la Santé, *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*, 2001, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Règles relatives à l'éthique des soins de santé et à la confidentialité médicale

Association médicale mondiale, Code international d'éthique médicale, <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c8/> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Association médicale mondiale, *Manuel d'éthique médicale*, 2^e édition, 2009, http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/pdf/intro_fr.pdf, p. 9 (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Association médicale mondiale, *Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence*, <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/a20/> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Usage des emblèmes distinctifs protégés par le droit international humanitaire, ainsi que d'autres signes servant à identifier les fournisseurs de soins de santé

Comité international de la Croix-Rouge, *Les mesures d'identification personnelle*, fiche technique, 2014, <https://www.icrc.org/fr/document/les-mesures-didentification-personnelle> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *Loi type concernant l'utilisation et la protection des emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge*, 2008, <https://www.icrc.org/fre/assets/files/other/model-law-emblem-0708-fre-.pdf> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *Étude sur l'usage des emblèmes. Problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels*, 2011, <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/publication/p4057.htm> (dernière consultation le 8 décembre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *La mise en œuvre nationale du droit international humanitaire*. Un manuel, chapitre 3, 2013, <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/dvd-40.pdf> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Sanctions : sanctionner les violations commises contre les personnels et structures de santé et les transports médicaux

Comité international de la Croix-Rouge, *DIH et droit national – Documentation*, section comprenant un ensemble de fiches techniques examinant divers aspects de la répression des violations du DIH: <https://www.icrc.org/fr/document/dih-et-droit-national-documentation> (dernière consultation le 25 novembre 2014):

- Répression pénale : les obligations : <https://www.icrc.org/fr/document/repression-penale-obligations>
- Répression pénale : punir les crimes de guerre : <https://www.icrc.org/fr/document/repression-penale-punir-les-crimes-de-guerre>
- Méthodes d'incorporation de la sanction dans la législation pénale : <https://www.icrc.org/fr/document/methodes-dincorporation-de-la-sanction-dans-la-legislation-penale>
- Principes généraux du droit pénal international : <https://www.icrc.org/fr/document/principes-generaux-du-droit-penal-international-fiche-technique>
- La compétence universelle en matière de crimes de guerre : <https://www.icrc.org/fr/document/la-competence-universelle-en-matiere-de-crimes-de-guerre-fiche-technique>
- La responsabilité du supérieur et la responsabilité par omission : <https://www.icrc.org/fr/document/la-responsabilite-du-superieur-et-la-responsabilite-par-omission>
- Procédure pénale : <https://www.icrc.org/fr/document/procedure-penale>
- Les garanties et protections judiciaires : <https://www.icrc.org/fr/document/les-garanties-et-protections-judiciaires>
- Coopération en matière d'extradition et entraide judiciaire en matière pénale : <https://www.icrc.org/fr/document/cooperation-en-matiere-dextradition-et-entraide-judiciaire-en-matiere-penale>
- Justice pénale internationale : les institutions : <https://www.icrc.org/fr/document/justice-penale-internationale-les-institutions>
- Éléments pour rendre les sanctions plus efficaces : <https://www.icrc.org/fr/document/elements-pour-rendre-les-sanctions-plus-efficaces>

Comité international de la Croix-Rouge, *Prévenir et réprimer les crimes internationaux : vers une approche « intégrée » fondée sur la pratique nationale. Rapport de la troisième réunion universelle des Commissions nationales de mise en œuvre du droit international humanitaire*, volume I, chapitre 5, CICR, juin 2013, <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4138-1.pdf> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

Comité international de la Croix-Rouge, *Revue internationale de la Croix-Rouge*, « Sanctions », 2008, n° 870, <https://www.icrc.org/fre/resources/international-review/review-870-sanctions/index.jsp> (dernière consultation le 25 novembre 2014).

