

PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ ET APPLICATION DES LOIS

ÉTUDES DE CAS ET PROPOSITIONS DE LIGNES DIRECTRICES
PERMETTANT D'AMÉLIORER L'INTERACTION ENTRE
LES ORGANISMES CHARGÉS DE L'APPLICATION DES LOIS
ET LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ AFIN DE PROTÉGER
ET DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS
LES SITUATIONS D'URGENCE AUTRES QUE LES CONFLITS ARMÉS.



Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) tient à remercier tous les participants qui ont contribué à ce rapport en fournissant des informations, ainsi que le groupe d'experts qui a passé le document en revue et dont les précieux commentaires ont permis d'améliorer la version finale.

PROTECTION DES SOINS DE SANTÉ ET APPLICATION DES LOIS

**ÉTUDES DE CAS ET PROPOSITIONS DE LIGNES DIRECTRICES
PERMETTANT D'AMÉLIORER L'INTERACTION ENTRE
LES ORGANISMES CHARGÉS DE L'APPLICATION DES LOIS
ET LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ AFIN DE PROTÉGER
ET DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS
LES SITUATIONS D'URGENCE AUTRES QUE LES CONFLITS ARMÉS.**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	4
MÉTHODOLOGIE	6
Examen des informations en libre accès.....	6
Entretiens approfondis.....	6
Choix des études de cas.....	6
Examen par un groupe d'experts	6
Limites du rapport.....	6
LES CADRES DIRECTEURS : DROITS DE L'HOMME, CODES DE CONDUITE ET ÉTHIQUE MÉDICALE.....	7
POINTS D'INTERACTION	9
Points de tension.....	10
Collaboration.....	12
ÉTUDES DE CAS.....	16
ÉTUDE DE CAS N° 1 : Accès aux soins de santé pour les manifestants blessés en Afrique du Sud et au Venezuela	16
<i>Afrique du Sud</i>	16
<i>Venezuela</i>	20
<i>Autres exemples</i>	20
ÉTUDE DE CAS N° 2 : Réaffirmer l'obligation de soigner les blessés par balle au Nigéria et au Pakistan	21
<i>Nigéria</i>	21
<i>Pakistan</i>	22
ÉTUDE DE CAS N° 3 : Gérer la présence des forces de l'ordre dans les services d'urgence aux États-Unis et ailleurs.....	24
<i>États-Unis d'Amérique</i>	24
<i>Autres exemples</i>	25
ÉTUDE DE CAS N° 4 : Assurer la livraison de fournitures médicales d'urgence lors de manifestations en Colombie, en Bolivie et ailleurs	26
<i>Colombie</i>	26
<i>Bolivie</i>	27
ÉTUDE DE CAS N° 5 : Victimes/survivant-e-s de violences sexuelles et sexistes et application des lois en Afrique du Sud	28
ÉTUDE DE CAS N° 6 : Assurer un accès plus sûr aux soins de santé au Brésil	29

RECOMMANDATIONS..... 30

1. Premiers intervenants, personnels de santé et forces de l'ordre : devoir de soigner, nécessité d'une coordination et sécurité des secouristes.....	30
<i>Recommandation 1.1 : Coordination</i>	30
<i>Recommandation 1.2 : Zones sûres</i>	30
<i>Recommandation 1.3 : Exercices conjoints</i>	30
<i>Recommandation 1.4 : Obligation légale de porter assistance</i>	31
<i>Recommandation 1.5 : Premiers secours après qu'il a été fait usage de la force</i>	31
<i>Recommandation 1.6 : Planification des interventions d'urgence</i>	31
<i>Commentaire</i>	31
2. Ambulances et forces de l'ordre : liberté de circulation et d'accès	34
<i>Recommandation 2.1 : Liberté de circulation</i>	34
<i>Recommandation 2.2 : Circulation fluide</i>	34
<i>Recommandation 2.3 : Exceptions en cas de couvre-feu, de confinement ou d'autres restrictions de déplacement</i>	34
<i>Recommandation 2.4 : Planification préalable</i>	34
<i>Commentaire</i>	35
3. Structures médicales et forces de l'ordre : confidentialité, dignité et autonomie des patients	36
<i>Recommandation 3.1 : Préserver le droit à la santé</i>	36
<i>Recommandation 3.2 : Lignes directrices pour faciliter l'interaction</i>	36
<i>Recommandation 3.3 : L'autorisation de sortie des patients hors des structures médicales</i>	36
<i>Recommandation 3.4 : Secret médical</i>	36
<i>Recommandation 3.5 : Procédures pour traiter les demandes des forces de l'ordre</i>	37
<i>Recommandation 3.6 : Réglementer les entrées dans les structures médicales</i>	37
<i>Recommandation 3.7 : Signalement des blessures par balle</i>	37
<i>Recommandation 3.8 : Lignes de communication</i>	37
<i>Recommandation 3.9 : Présence des forces de l'ordre dans une structure médicale</i>	37
<i>Commentaire</i>	38
4. Communautés et forces de l'ordre en situation d'urgence de santé publique : nécessité et proportionnalité.....	42
<i>Recommandation 4.1 : Formation à la nouvelle législation</i>	42
<i>Recommandation 4.2 : Équipement de protection</i>	42
<i>Recommandation 4.3 : Lignes directrices sur le rôle des forces de l'ordre dans la lutte contre une pandémie</i>	42
<i>Recommandation 4.4 : Rôle des forces de l'ordre dans la lutte contre l'augmentation des cas de violence sexuelle et sexiste lors d'une pandémie</i>	42
<i>Recommandation 4.5 : Protection des groupes stigmatisés</i>	42
<i>Recommandation 4.6 : Communication</i>	43
<i>Commentaire</i>	43
5. Contrôle des frontières, immigration et accès aux soins de santé	46
<i>Recommandation 5.1 : Statut juridique et accès aux soins de santé</i>	46
<i>Recommandation 5.2 : Franchissement irrégulier des frontières et accès aux soins de santé</i>	46
<i>Recommandation 5.3 : Planification préalable</i>	46
<i>Commentaire</i>	46

CONCLUSION 48

INTRODUCTION

Les organismes chargés de l'application des lois et les prestataires de soins de santé coexistent dans de nombreux contextes dans lesquels le CICR est actif. Dans les situations d'urgence qui ne sont pas liées à un conflit armé, y compris les situations de violence, cette interaction peut intervenir dans différentes circonstances, à la fois dans un climat de tension et de collaboration.

Les deux dernières années ont été fortement marquées par la pandémie de Covid-19 et la montée de l'agitation sociale, due en partie aux effets des mesures prises pour endiguer la propagation du virus et à l'incertitude générée par la pandémie¹. Ces phénomènes sont venus s'ajouter à des situations prolongées de violence collective, de violence urbaine et à d'autres scénarios d'urgence où les besoins des populations en matière de santé augmentent de façon exponentielle, comme lors de catastrophes naturelles, de vagues de déplacements ou en cas de migration. C'est sur ces situations d'urgence qui n'atteignent pas le seuil du conflit armé² que portera le présent document.

Dans chacune de ces circonstances, de multiples droits, responsabilités, devoirs et prérogatives interagissent. Il incombe aux forces de l'ordre d'assurer la sécurité publique, tandis que le rôle des personnels de santé est de fournir des soins conformément à l'éthique médicale. Les patients ont également des devoirs et sont soumis à la loi mais, quels que soient leurs crimes présumés, ils ont un droit inaliénable à la vie et, plus précisément, à la santé.

Dans de nombreux cas, les forces de l'ordre et les personnels de santé peuvent exercer leurs prérogatives sans qu'il y ait incompatibilité en s'attachant en priorité à respecter le droit de chacun à la vie et à la santé. Pour que cela soit possible, il faut une compréhension mutuelle des rôles et responsabilités légitimes des différents pouvoirs étatiques. Il faut également que les forces de l'ordre ne portent pas atteinte aux droits de l'homme, ce qui, bien souvent, créerait des tensions entre les prérogatives des personnels de santé, censés œuvrer dans l'intérêt supérieur de leurs patients, et la mission des forces de l'ordre.

Cela étant, même lorsque les personnels de santé et les forces de l'ordre exercent leurs fonctions dans le respect des normes juridiques et des obligations éthiques, et dans un esprit de compréhension mutuelle, des tensions peuvent subsister.

Un point de tension évident apparaîtra ainsi lorsque les droits individuels sont mis en balance avec un intérêt collectif comme la santé ou la sécurité publique. Dans ce contexte, les personnels de santé peuvent se voir contraints de partager certaines informations sur l'état d'un patient. Des mesures restrictives peuvent en outre devoir être mises en place pour contrôler une urgence de santé publique ou l'accès aux soins de santé peut être momentanément perturbé.

Des tensions peuvent naître également lorsque les forces de l'ordre jouent un rôle accru dans les soins de santé, que ce soit en raison de l'ampleur de la crise et de la nécessité de disposer de leur capacité logistique, des risques spécifiques auxquels sont confrontés les personnels de santé ou des pouvoirs des forces de l'ordre en matière d'application des lois. En endossant ce rôle plus important, les forces de l'ordre peuvent brouiller la distinction nécessaire entre ces deux champs d'activité. Cette confusion entre les soins de santé et l'application des lois peut alors éroder la confiance dans les prestataires de soins de santé et entraver l'accès aux soins pour les patients et la sécurité des personnels et des structures de santé dans certains contextes.

1 I. Ortiz, S. Burke, M. Berrada et H. Cortes, *World Protests: A Study of Key Protest Issues in the 21st Century*, 2022, New York : Palgrave MacMillan, IPD Columbia University, Friedrich-Ebert-Stiftung, <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-88513-7>

2 Prise de position du CICR, « Comment le terme 'conflit armé' est-il défini en droit international humanitaire ? », mars 2008, <https://www.icrc.org/fr/doc/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict-fre.pdf>

Un autre grand domaine de tension peut apparaître lorsque la position politique des personnels de santé impartiaux et leur implication ou affiliation avec des individus ou des groupes auxquels s'intéressent les organismes d'application des lois sont perçues par ceux-ci comme l'abandon par les personnels de santé de la protection dont ils jouissent et la perte de légitimité de leurs actions. Cela va souvent de pair avec la volonté des forces de l'ordre de limiter l'accès aux soins de certains groupes ou individus à titre de sanction ou comme moyen de dissuasion, par exemple en raison de leur position politique ou de leur participation à des manifestations.

Il ne s'agit pas là d'enjeux conceptuels. L'interaction entre les forces de l'ordre et les personnels de santé est inévitable et il est important que cette interaction contribue à promouvoir la compréhension mutuelle et le respect de l'impartialité des personnels de santé, à préserver la confiance de la communauté dans les prestataires de soins de santé et à réduire les tensions par le dialogue. Ces aspects sont essentiels pour garantir la sécurité des soins de santé et faciliter l'accès aux soins.

Se voulant aussi concret que possible, ce rapport identifie certains points de tension et de collaboration courants entre les personnels de santé et les forces de l'ordre, puis examine plusieurs études de cas illustrant comment certains points de friction courants ont pu être surmontés ou gérés. Il s'attache essentiellement à proposer quelques recommandations générales, élaborées en s'appuyant sur les études de cas et les informations en libre accès, qui peuvent servir de base pour une adaptation à des contextes d'urgence particuliers.

Traitant des situations qui n'atteignent pas le seuil de conflit armé, ce rapport se penche, par exemple, sur les situations de violence urbaine, de troubles politiques et de pandémie. Il s'intéresse exclusivement aux responsables de l'application des lois³, c'est-à-dire les fonctionnaires exerçant des pouvoirs de police (cela peut englober les forces de police, les services de renseignement, les forces de sécurité d'un État, etc.).

³ Code de conduite pour les responsables de l'application des lois, commentaire de l'art. 1. Commentaire :

- a) L'expression « responsable de l'application des lois » englobe tous les représentants de la loi, qu'ils soient désignés ou élus, qui exercent des pouvoirs de police et en particulier des pouvoirs d'arrestation ou de détention.
- b) Dans les pays où des pouvoirs de police sont exercés par des autorités militaires, en uniforme ou en civil, ou par des forces de sécurité de l'État, la définition des responsables de l'application des lois s'étend également aux agents de ces services.

MÉTHODOLOGIE

Ce rapport ne se veut pas une étude universitaire mais plutôt un guide pratique. Son élaboration ne s'en est pas moins appuyée sur un certain nombre de méthodologies de recherche qualitative.

EXAMEN DES INFORMATIONS EN LIBRE ACCÈS

Cette phase du processus de collecte d'informations pour ce rapport a consisté à identifier des sources publiques d'informations provenant de revues universitaires et de la littérature « grise », y compris de la presse. Les recherches par mots clés ont été centrées sur les différents modes d'interaction entre les organismes chargés de l'application des lois et les personnels de santé (premiers intervenants/organismes de premiers secours et forces de l'ordre ; ambulances et forces de l'ordre ; structures médicales et forces de l'ordre ; pandémie/Covid-19 et forces de l'ordre, etc.).

ENTRETIENS APPROFONDIS

Cette phase du processus de collecte d'informations a consisté à s'entretenir avec des délégués du CICR sur le terrain, des experts au siège de Genève et des spécialistes extérieurs au CICR. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés avec 28 personnes au total. Parmi elles, 23 étaient des délégués internes du CICR pour les forces armées et de sécurité et des personnes de référence pour la protection des soins de santé au sein de différentes délégations. Les autres entretiens ont été menés avec des spécialistes externes du domaine.

CHOIX DES ÉTUDES DE CAS

Les entretiens approfondis et l'analyse documentaire ont permis d'identifier un certain nombre d'études de cas illustrant des pratiques positives. Les études de cas retenues ont été regroupées par thème et complétées par les informations recueillies lors de l'examen d'autres sources en libre accès.

EXAMEN PAR UN GROUPE D'EXPERTS

Les résultats de la recherche ont été présentés à un groupe d'experts composé de membres du CICR et de spécialistes externes en vue de leur examen et de la formulation de commentaires.

LIMITES DU RAPPORT

Les limites de ce rapport ont trait à la difficulté d'obtenir des informations détaillées sur les études de cas du fait i) du taux de rotation du personnel concerné ; ii) du manque de documentation de certaines des études de cas recensées ; et iii) de la nécessité d'omettre les informations confidentielles ou sensibles. En outre, la littérature contient très peu de documentation sur l'interaction entre les organismes chargés de l'application des lois et les personnels de santé en dehors de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Les expériences tirées de la pandémie de Covid-19 ne sont pas non plus encore totalement documentées.

LES CADRES DIRECTEURS : DROITS DE L'HOMME, CODES DE CONDUITE ET ÉTHIQUE MÉDICALE

Si l'interaction entre les organismes chargés de l'application des lois et les prestataires de soins de santé est inévitable, notamment dans les situations d'urgence, il existe des cadres juridiques, des codes de conduite et des obligations éthiques pour l'encadrer. Il y a « des lois qui régissent la police, des lois qui régissent le personnel médical et des lois qui protègent les patients, même lorsqu'ils sont arrêtés ou incarcérés »⁴.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP, 1966) protège les droits fondamentaux de chacun, quel que soit le contexte : le droit à la vie, le droit de ne pas subir de traitements cruels, inhumains ou dégradants et de ne faire l'objet d'aucune forme de discrimination. Le « droit à la santé » est formulé pour la première fois dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1946), puis consacré par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) de 1966.

Conformément à l'article 12 du PIDESC, les États sont tenus de prendre des mesures pour assurer le droit pour tout être humain de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Selon l'Observation générale n° 14 du Conseil économique et social des Nations Unies, le droit à la santé comprend la fourniture de soins de santé primaires essentiels, l'accès à une alimentation essentielle minimale, à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable, ainsi que la fourniture de médicaments essentiels. Ces obligations fondamentales indérogables exigent des États qu'ils respectent, protègent et mettent en œuvre le droit à la santé. Le droit aux soins médicaux est également énoncé à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, considérée, en tout ou en partie, comme faisant partie intégrante du droit international coutumier⁵.

Selon l'Observation générale n° 6 énoncée par le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, le droit à la vie cité dans le PIDCP exige aussi des États qu'ils adoptent des mesures positives pour protéger la vie, notamment pour assurer la fourniture de soins de santé, en particulier lorsque des vies humaines sont en danger⁶.

Ces obligations faites aux États de garantir le droit à la santé ont des conséquences sur les relations entre les forces de l'ordre et les personnels de santé. Par exemple, arrêter des membres du personnel médical 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 cet acte est conforme à la législation nationale. En outre,

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 similaire. Les États sont aussi tenus de prendre des mesures pour protéger les unités et moyens de transport sanitaires contre les attaques ou les emplois abusifs par une tierce partie⁷.

4 H. Janeway, S. Samra, J. Song, « An Ethical, Legal, and Structural Framework for Law Enforcement in the Emergency Department », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 78, n° 6, 2021, p. 749-751, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064421007964>

5 CICR, L'initiative « Les soins de santé en danger », « Protection des soins de santé – Guide à l'intention des forces armées », novembre 2020, https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2021/03/4504_001_Protection_soins_de_sante_2.pdf

6 *Ibid.*

7 CICR, « Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et dans les situations non couvertes par le droit international humanitaire », 2012, <https://www.icrc.org/fr/document/respecter-et-protoger-les-soins-de-sante-dans-les-conflits-armes-et-dans-les-situations-non>

Si les responsables de l'application des lois sont tenus de faire respecter et de protéger les droits fondamentaux de la population, leurs obligations en matière de promotion et de protection du droit à la santé dans l'exercice de leurs fonctions d'application des lois sont également définies dans le droit non contraignant (« soft law »). Selon les Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois, adoptés par le huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants (tenu à La Havane, Cuba, du 27 août au 7 septembre 1990), les responsables de l'application des lois doivent, chaque fois que le recours légitime à la force et aux armes à feu est inévitable, « veiller à ce que toutes les personnes blessées ou autrement touchées reçoivent une assistance et des soins médicaux aussi rapidement que possible »⁸.

Les prestataires de soins de santé ont également des devoirs qui peuvent faciliter et favoriser une relation moins conflictuelle avec les responsables de l'application des lois. Il convient ici de souligner l'importance de l'impartialité énoncée par l'Association médicale mondiale⁹, ainsi que le caractère inconditionnel des secours et des soins. En outre, le travail des prestataires de soins de santé doit être fondamentalement guidé par l'éthique médicale. Les trois piliers de la déontologie médicale sont le respect de l'autonomie et de la dignité de la personne, le respect du caractère confidentiel des informations et l'obtention d'un consentement libre et éclairé pour toute procédure¹⁰.

Bien que les situations d'urgence puissent créer des circonstances exceptionnelles, le droit à la santé ne peut être restreint que « dans la mesure où cela a pour but d'assurer la protection de l'ensemble de la population »¹¹. Les limitations et les dérogations ne peuvent violer d'autres dispositions du droit international, elles doivent être nécessaires, proportionnées et non discriminatoires, être exprimées publiquement et limitées dans le temps.

Pour restreindre le droit à la santé pour des raisons de sécurité ou de maintien de l'ordre public, un État devrait justifier que « ces restrictions sont prévues par la loi, y compris les normes internationales relatives aux droits de l'homme, compatibles avec la nature des droits protégés par le Pacte, dans l'intérêt des buts légitimes poursuivis, et strictement nécessaires pour promouvoir le bien-être général dans une société démocratique »¹².

8 Principe 5 (c), Principes de base des Nations Unies sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-use-force-and-firearms-law-enforcement>

9 Association médicale mondiale (AMM), « Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence ». Adoptées par la 10^e Assemblée médicale mondiale à la Havane (Cuba), en octobre 1956, et modifiées par la 11^e Assemblée médicale mondiale à Istanbul (Turquie), en octobre 1957, révisées par la 35^e Assemblée médicale mondiale à Venise (Italie), en octobre 1983, la 55^e Assemblée générale de l'AMM à Tokyo (Japon), en octobre 2004, révisées par la 173^e Session du Conseil de l'AMM à Divonne-les-Bains (France), en mai 2006, et révisées par la 63^e Assemblée générale de l'AMM à Bangkok (Thaïlande), en octobre 2012. <https://www.wma.net/fr/policies-post/regles-de-lamm-en-temps-de-conflit-arme-et-dans-dautres-situations-de-violence/>

10 CICR, « Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence », août 2012, <https://www.icrc.org/fr/publication/4104-les-soins-de-sante-en-danger-les-responsabilites-des-personnels-de-sante-loeuvre>

11 *Ibid.*

12 Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC), Observation générale n° 14 : le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), adoptée à la vingt-deuxième session du CDESC, le 11 août 2000, https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/Comite_DESC_Observation_Generale_14_2000_FR.pdf. En outre, l'art. 4 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels stipule que : « Les États parties au présent Pacte reconnaissent que, dans la jouissance des droits assurés par l'État conformément au présent Pacte, l'État ne peut soumettre ces droits qu'aux limitations établies par la loi, dans la seule mesure compatible avec la nature de ces droits et exclusivement en vue de favoriser le bien-être général dans une société démocratique. »

POINTS D'INTERACTION

Grâce aux entretiens avec des informateurs clés et à la collecte des données en libre accès, on a pu identifier un certain nombre de circonstances dans lesquelles les personnels de santé, les patients et les responsables de l'application des lois interagissent. Ces interactions sont plus fréquentes lorsqu'un crime est présumé avoir été ou a été commis, dans les situations de violence ou les contextes d'urgence qui accroissent le rôle des forces de l'ordre. Les principaux points d'interaction identifiés peuvent être résumés comme suit :

LE PREMIER POINT D'INTERACTION PEUT ÊTRE ENTRE LES PATIENTS, LES PREMIERS INTERVENANTS ET LES FORCES DE L'ORDRE. Dans les situations d'urgence, l'interaction se produit souvent lors de manifestations et de troubles ou lors d'événements faisant un grand nombre de victimes. Par exemple, une action de protestation peut entraîner des blessures directes dues à la confrontation entre les manifestants et les forces de l'ordre, nécessitant l'administration de soins préhospitaliers et l'intervention des premiers secours sur le terrain ou le transfert des blessés vers les hôpitaux.

LE DEUXIÈME POINT D'INTERACTION PEUT ÊTRE ENTRE LES PATIENTS EN TRANSIT, LES AMBULANCES ET LES FORCES DE L'ORDRE. Ces interactions peuvent se produire lorsqu'une personne nécessitant des soins médicaux est transportée ou lors d'une urgence de santé publique ou d'une opération de sécurité, lorsque les forces de l'ordre appliquent des restrictions de déplacement dans le cadre de mesures de santé ou de sécurité publique. Par exemple, lorsque des routes sont fermées, les personnels de santé (y compris les ambulanciers) doivent dialoguer à la fois avec les manifestants et les forces de l'ordre pour respecter le principe d'impartialité et permettre le transfert des blessés et des malades. Les deux parties qualifient souvent les premiers intervenants de collaborateurs de l'autre camp.

LE TROISIÈME POINT D'INTERACTION PEUT ÊTRE ENTRE LES PATIENTS, LES PERSONNELS DE SANTÉ AU SEIN D'UNE STRUCTURE MÉDICALE ET LES FORCES DE L'ORDRE. Ce troisième point d'interaction peut lui-même être divisé en trois catégories : les structures médicales mobiles (dispensaires mobiles), les salles ou services des urgences où sont admis les patients présentant un traumatisme dans une structure de soins spécialisés et, enfin, les autres services des structures médicales tels que les morgues. L'interaction se produit par exemple lorsque la police amène un prévenu qui doit être soigné, lorsque les forces de l'ordre cherchent à obtenir des informations, lorsqu'il est procédé à une perquisition ou à une arrestation dans une structure médicale ou lorsque les personnels de santé sont tenus de communiquer certains renseignements de santé.

LE QUATRIÈME POINT D'INTERACTION PEUT ÊTRE ENTRE LES COMMUNAUTÉS EN GÉNÉRAL ET LES FORCES DE L'ORDRE DANS LE CONTEXTE D'UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE, lorsque les forces de l'ordre sont chargées de faire respecter certaines mesures de santé publique. Par exemple, les forces de l'ordre peuvent imposer le respect de certaines mesures sanitaires dans le cadre de la mise en œuvre de la riposte du gouvernement face à une urgence de santé publique.

À chacun de ces points d'interaction, les personnels de santé peuvent être amenés à soigner des **personnes potentiellement recherchées par les forces de l'ordre**, comme les sans-papiers ou les personnes en conflit avec la loi. Dans de nombreuses situations d'urgence, ces personnes – et d'autres groupes de personnes recherchés par les forces de l'ordre – peuvent être plus vulnérables en raison de facteurs socio-économiques, ou du fait de leur statut juridique, de leurs opinions politiques ou d'autres considérations.

La vulnérabilité des patients contraste avec les pouvoirs conférés aux organismes chargés de l'application des lois. À chaque point d'interaction, ceux-ci peuvent jouer jusqu'à trois rôles différents. Ils peuvent réguler la fourniture des soins de santé et l'accès à ces soins pour les patients, ils peuvent interagir avec les personnels de santé lorsqu'un patient est pris en charge et ils peuvent sécuriser la fourniture des soins de santé.

POINTS DE TENSION

Un certain nombre de points de tension peuvent apparaître entre les organismes d'application des lois et les prestataires de soins de santé lors des différentes interactions. Ces points de tension surviennent dans chacune des fonctions génériques de maintien de l'ordre, comme l'usage de la force, l'arrestation et la détention, ainsi que dans d'autres fonctions de police déployées lors d'une urgence de santé publique, comme l'application de mesures de confinement ou la surveillance des frontières, ou dans les cas où des mesures exceptionnelles comme la maîtrise des foules ou le contrôle des déplacements s'avèrent nécessaires. Pour les personnels de santé, ces frictions surviennent dans l'exercice de leurs fonctions de premiers intervenants, durant le transport des patients et la prestation des soins dans les structures médicales. Les communautés, quant à elles, ressentent ces tensions lorsqu'elles tentent d'accéder aux soins de santé durant une situation d'urgence.

Sur la base des expériences de terrain du CICR et des informations en libre accès, nous avons retenu quelques exemples de tensions pouvant survenir lors des différentes interactions entre les personnels de santé et les forces de l'ordre, qui ont des conséquences sur la protection des personnels de santé et des structures médicales et sur l'accès aux soins de santé¹³.

PATIENTS, PREMIERS INTERVENANTS ET FORCES DE L'ORDRE

- Les forces de l'ordre ne font pas la différence entre les personnels de santé impartiaux et les manifestants lorsque les personnels de santé expriment clairement leurs opinions politiques ou soutiennent les manifestants.
- Les forces de l'ordre ne fournissent pas d'assistance médicale aux personnes blessées lors d'opérations de maintien de l'ordre.
- Les forces de l'ordre harcèlent les premiers intervenants, les personnels de santé ou les ambulances ou font usage de la force contre eux afin de dissuader les personnels de santé de porter assistance à certains groupes ou individus ou de les punir pour l'avoir fait.

PATIENTS EN TRANSIT, AMBULANCES ET FORCES DE L'ORDRE

- Les forces de l'ordre entravent les déplacements des personnels de santé, des premiers intervenants ou des ambulances dans les situations d'urgence.
- Les forces de l'ordre utilisent des équipements médicaux, des uniformes, des établissements ou des ambulances pour leurs opérations (par exemple, pour les transferts de personnel ou de munitions).

PATIENTS, PERSONNELS DE SANTÉ AU SEIN D'UNE STRUCTURE MÉDICALE ET FORCES DE L'ORDRE

- Les forces de l'ordre utilisent les structures médicales comme des points relais pour leurs opérations de maintien de l'ordre (ce qui pourrait conduire à lancer ces opérations dans la communauté depuis ces structures).
- Au mépris du travail humanitaire des personnels de santé, des civils profitent du statut protégé des structures médicales pour s'y réfugier pendant différentes situations de violence, alors qu'ils ne sont ni malades ni blessés.
- Les forces de l'ordre interrogent ou détiennent un patient en cours de traitement ou utilisent les structures médicales pour identifier et détenir des opposants politiques, des manifestants et autres avant qu'ils aient fini de recevoir le traitement médical dont ils ont besoin.
- Les forces de l'ordre menacent, contraignent ou obligent systématiquement ou sans raison légitime les personnels de santé à leur remettre les dossiers confidentiels des patients ou à dénoncer certains individus, sapant ainsi la confiance de la communauté dans les prestataires de soins de santé.
- Les opérations des forces de l'ordre se déroulent à l'intérieur ou autour des structures médicales et entravent l'accès aux soins des communautés vivant à proximité.

¹³ Les contextes particuliers d'où sont tirés les exemples ci-dessous sont présentés sous forme anonymisée. Ces exemples reposent sur des sources en libre accès et sur les renseignements obtenus lors des entretiens avec des informateurs clés.

- La surveillance généralisée à laquelle se livrent les forces de l'ordre compromet la confidentialité des patients.
- Les forces de l'ordre appliquent des mesures qui portent arbitrairement atteinte à l'autonomie des patients (comme le fait de menotter inutilement des patients à leur lit).
- Les patients blessés par balle ou lors d'opérations de maintien de l'ordre sont détenus/interrogés avant de recevoir des soins médicaux ou sont soumis à de longues procédures de contrôle avant de pouvoir accéder aux soins.
- Les forces de l'ordre emploient des agents de lutte antiémeute à proximité de structures médicales.
- Des patients sont transférés hors des structures médicales vers des lieux de détention contre avis médical ou avant la fin de leur traitement.

COMMUNAUTÉS EN GÉNÉRAL ET FORCES DE L'ORDRE DANS LE CONTEXTE D'UNE SITUATION D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

- Il y a un manque de communication efficace avec la population lorsque les forces de l'ordre font appliquer les mesures de santé publique dans le cadre d'une urgence sanitaire.
- Le rôle accru des forces de l'ordre dans la riposte des États face aux crises sanitaires peut saper la confiance de la communauté dans la fourniture des soins de santé (utilisation de moyens coercitifs pour faire appliquer des mesures de santé publique telles que le confinement).
- Les restrictions générales de déplacement imposées par les forces de l'ordre lors d'un confinement en cas de pandémie ou d'épidémie empêchent les patients d'accéder aux soins de santé.
- Les forces de l'ordre appliquent arbitrairement des mesures de confinement aux personnels de santé pendant une pandémie.
- L'application des mesures de confinement pousse les forces de l'ordre à commettre des violences à l'encontre des personnels de santé (détention ou agression physique de personnels de santé accusés d'avoir enfreint les règles du confinement, par exemple).

PERSONNES RECHERCHÉES PAR LES ORGANISMES D'APPLICATION DES LOIS, PERSONNELS DE SANTÉ ET FORCES DE L'ORDRE

- Des politiques criminalisent la fourniture de soins de santé à certaines personnes, notamment au nom de la lutte contre le « terrorisme ».
- Les forces de l'ordre procèdent à des contrôles de sécurité et arrêtent des blessés avant qu'ils aient reçu un traitement ou ralentissent ou retardent leur accès aux soins de santé.
- Les forces de l'ordre empêchent les déplacements et restreignent l'accès à l'assistance et aux soins de santé afin de dissuader les migrants, y compris les réfugiés, d'entrer dans une région ou un pays donné.
- Les forces de l'ordre utilisent les structures médicales pour identifier les migrants jugés irréguliers par les autorités et procéder à des arrestations.
- La législation nationale est utilisée pour sanctionner les personnels de santé sous de fallacieux prétextes (par exemple, pour avoir diffusé de fausses informations ou avoir travaillé sans y avoir été dûment autorisés).
- Il est fait un large recours aux mesures de contrôle des frontières lors d'une urgence de santé publique en vue de restreindre les déplacements des réfugiés et des demandeurs d'asile.
- Des sanctions administratives, y compris des baisses de salaire, des suspensions, des licenciements, voire des révocations de licences professionnelles, sont appliquées pour réprimer les personnels de santé soupçonnés d'être affiliés ou d'avoir apporté leur soutien à des opposants au gouvernement ou à des groupes interdits.
- Les forces de l'ordre obligent les personnels de santé à accomplir des actes pouvant être perçus comme préjudiciables aux patients (cautionner l'isolement cellulaire ou superviser des interrogatoires « musclés » s'apparentant à un acte de torture ou autre mauvais traitement).
- Les activités menées dans le domaine de la santé servent de couverture aux activités de sécurité, comme la collecte de renseignements.

Ces expériences négatives sont dues à des problèmes d'ordre technique et politique. Les problèmes techniques peuvent être résolus, par exemple, par une meilleure compréhension des obligations des organismes d'application des lois, une meilleure coordination et d'autres mesures pratiques qui peuvent être mises en œuvre par les forces de l'ordre et par les personnels de santé. Quant aux problèmes politiques, ils supposent que les organismes d'application des lois procèdent à une évaluation coûts-avantages avant de restreindre consciemment l'accès à la santé de certains groupes, d'utiliser des moyens de dissuasion ou de limiter l'aide apportée par les prestataires de santé à ces groupes, y compris en commettant des actes de violence ciblés à l'encontre des personnels de santé et des structures médicales. Cela peut se produire dans des situations où, par exemple, les forces de l'ordre considèrent qu'il est dans leur intérêt d'empêcher les manifestants ou les opposants politiques d'accéder aux soins de santé afin de les dissuader de se livrer à des activités pouvant constituer une menace pour la sécurité. Ces décisions politiques sont souvent justifiées au nom de la sûreté et de la sécurité publiques. Cependant, le recours abusif à cette exception suscite la défiance de la population et des personnels de santé à l'égard des organismes d'application des lois.

La méconnaissance des obligations des organismes d'application des lois ou de leur mise en œuvre est un problème technique qui nécessite d'importantes solutions techniques. La non-reconnaissance de l'applicabilité du droit à la santé aux personnes désignées comme « criminelles » ou la conviction que le non-respect des droits individuels de certaines personnes a plus d'avantages que le respect de ces droits est une décision politique requérant une mobilisation et un dialogue politiques afin de promouvoir le respect des obligations légales des organismes d'application des lois. Enfin, l'idée selon laquelle la suppression des droits d'un patient est dans l'intérêt de la population dans son ensemble est une justification légitime qui peut résulter d'une erreur de jugement ou avoir été influencée par les deux facteurs précédents, requérant une intervention à la fois technique et politique. Les expériences négatives en termes d'interaction entre les forces de l'ordre et les prestataires de soins de santé ne sont qu'un aspect de la question. On recense également des expériences positives qui démontrent combien il est important que les communautés aient confiance dans les forces de l'ordre et les prestataires de soins de santé.

COLLABORATION

Les expériences positives qui ont été recensées en matière d'interaction entre les personnels de santé et les forces de l'ordre sont les suivantes :

PATIENTS, PREMIERS INTERVENANTS ET FORCES DE L'ORDRE

- Les personnels de santé et les forces de l'ordre se coordonnent efficacement pendant les manifestations politiques afin de garantir la capacité des premiers intervenants à circuler et de faciliter l'accès des patients aux soins de santé en toute sécurité.
- Les forces de l'ordre prévoient et adoptent des protocoles pour la prise en charge des blessés lors de situations violentes.
- Les forces de l'ordre dispensent les premiers secours, mènent les opérations de recherches et de sauvetage, assurent le transport des patients ou la fourniture des services de santé immédiatement après une catastrophe naturelle.

PATIENTS EN TRANSIT, AMBULANCES ET FORCES DE L'ORDRE

- Les forces de l'ordre escortent les ambulances ou le matériel médical essentiel lors de situations de violence ou d'insécurité.
- Les forces de l'ordre s'assurent de l'existence de voies d'évacuation sûres pour les blessés avant de lancer une opération de maintien de l'ordre.

PATIENTS, PERSONNELS DE SANTÉ AU SEIN D'UNE STRUCTURE MÉDICALE ET FORCES DE L'ORDRE

- La législation nationale renforce la confidentialité des informations relatives aux patients ou renforce le droit de certains patients à recevoir un traitement.
- Les forces de l'ordre protègent les personnels de santé des familles ou des communautés de patients hostiles.

- Les forces de l'ordre mettent en place des périmètres de sécurité, à distance des hôpitaux, pour renforcer leur protection tout en préservant leur neutralité et en limitant la confusion entre les organismes d'application des lois et les structures médicales dans les endroits où celles-ci sont particulièrement exposées.
- Les forces de l'ordre facilitent l'accès des personnels de santé aux structures médicales lors de troubles politiques.
- La législation nationale punit des formes particulières de violence contre les personnels de santé ou les structures médicales.
- Les personnels de santé, la police et les experts médico-légaux ont établi une collaboration efficace pour la prise en charge des dépouilles mortelles aux fins de leur identification.
- Les forces de l'ordre empêchent les groupes criminels de mener des attaques à l'intérieur des structures médicales.
- Les forces de l'ordre respectent la politique d'interdiction des armes à feu dans les structures médicales afin de préserver la neutralité des soins de santé.

COMMUNAUTÉS EN GÉNÉRAL ET FORCES DE L'ORDRE DANS LE CONTEXTE D'UNE SITUATION D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

- Les forces de l'ordre sécurisent les bâtiments qui doivent être désinfectés pendant une épidémie ou une pandémie.
- Les forces de l'ordre fournissent un soutien logistique pour la distribution de vaccins lors d'une urgence de santé publique.
- Des postes de commandement conjoints entre différents acteurs au plus haut niveau de l'État sont mis en place lors d'une urgence de santé publique afin de garantir une collaboration harmonieuse.
- Les forces de l'ordre protègent les communautés vulnérables exposées à la violence en raison de la stigmatisation lors d'une pandémie.
- Les forces de l'ordre sensibilisent les communautés aux mesures de santé publique lors d'une pandémie.
- Les forces de l'ordre luttent contre la désinformation et la mésinformation en ligne lors d'une pandémie.
- Les forces de l'ordre appliquent de manière constructive les mesures de santé publique lors d'une pandémie (par exemple, en diffusant des informations sur l'importance du port du masque et de la distanciation sociale dans les communautés).

PERSONNES RECHERCHÉES PAR LES ORGANISMES D'APPLICATION DES LOIS, PERSONNELS DE SANTÉ ET FORCES DE L'ORDRE

- Les forces de l'ordre collaborent avec les personnels de santé pour recueillir des preuves en vue de poursuites pénales dans le cas, par exemple, de violences sexuelles et sexistes. Les démarches se font dans le respect de la dignité, du bien-être et de l'autonomie des personnes victimes/survivantes.
- Les forces de l'ordre veillent à ce que les victimes de coups de feu reçoivent un traitement médical d'urgence avant toute procédure judiciaire.
- Les procédures d'enquête et d'application des lois respectent la confidentialité des patients.
- Les forces de l'ordre demandent la collaboration des personnels de santé en s'adressant au représentant légal des institutions de santé et non directement aux personnels de santé sur le terrain.
- Les forces de l'ordre respectent les principes de neutralité, d'impartialité et d'humanité, ainsi que le secret professionnel auquel sont tenus les personnels de santé.

Nombre de ces expériences positives se produisent dans des contextes où la communauté a confiance dans le rôle des organismes d'application des lois et des prestataires de soins de santé et où il règne une confiance mutuelle entre les personnels de santé et les forces de l'ordre. La confiance ne se construit pas en temps de crise. Elle se construit en temps de paix et est maintenue dans les situations de crise en veillant à ce que certaines mesures aient été mises en place pour la préserver. Le Covid-19 a ainsi démontré l'importance

d'une relation de confiance entre les forces de l'ordre et les communautés pour gérer les urgences de santé publique. En revanche, d'autres situations d'urgence ont montré que les actions des forces de l'ordre à l'égard des soins de santé pouvaient ébranler cette confiance. Si la confiance des communautés dans les forces de l'ordre et les personnels de santé est une condition préalable essentielle à une collaboration efficace, il est néanmoins nécessaire de mettre en place des mesures pour garantir la protection des soins de santé et l'accès à la santé lorsque cette confiance fait défaut.

Ce rapport présentera des études de cas et des recommandations positives permettant d'approfondir certains points techniques importants. Dans la mesure du possible, il démontrera aussi pourquoi il est dans l'intérêt des forces de l'ordre et des personnels de santé de préserver l'accès aux soins et la confiance de la population dans la fourniture des soins de santé. La pandémie de Covid-19 a montré que tout gain à court terme réalisé par les forces de l'ordre en ne protégeant pas l'accès aux soins de santé et leur fourniture a des répercussions à long terme lorsqu'il s'agit de faire face à une pandémie de ce genre, dont la gestion requiert la confiance de la communauté.

POINTS D'INTERACTION ENTRE LES PERSONNELS DE SANTÉ, LES FORCES DE L'ORDRE ET LES PATIENTS	EXEMPLES DE TENSIONS	EXEMPLES DE COLLABORATION
 <p>PREMIERS INTERVENANTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les forces de l'ordre ne font pas la différence entre les personnels de santé impartiaux et les manifestants lors de troubles politiques. Les forces de l'ordre empêchent les premiers intervenants de répondre aux besoins pendant une urgence. Les forces de l'ordre ne fournissent pas d'assistance médicale aux personnes blessées lors d'opérations de maintien de l'ordre. 	<ul style="list-style-type: none"> Les personnels de santé et les forces de l'ordre se coordonnent efficacement pendant les manifestations politiques afin de garantir la capacité des premiers intervenants à circuler et de faciliter l'accès des patients aux soins de santé en toute sécurité. Les forces de l'ordre prévoient et adoptent des protocoles pour la prise en charge des blessés lors de situations violentes.
 <p>DÉPLACEMENTS DES PATIENTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les forces de l'ordre entravent les déplacements des personnels de santé, des premiers intervenants ou des ambulances dans les situations d'urgence. Les forces de l'ordre utilisent des équipements médicaux, des uniformes, des établissements ou des ambulances pour leurs opérations (par exemple, pour les transferts de personnel ou de munitions). 	<ul style="list-style-type: none"> Les forces de l'ordre escortent les ambulances ou le matériel médical essentiel lors de situations de violence ou d'insécurité. Les forces de l'ordre s'assurent de l'existence de voies d'évacuation sûres pour les blessés avant de lancer une opération de maintien de l'ordre.
 <p>STRUCTURES MÉDICALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les forces de l'ordre interrogent ou détiennent un patient en cours de traitement ou utilisent les centres de santé pour identifier et détenir des personnes avant qu'elles aient fini de recevoir les soins médicaux dont elles ont besoin. Les forces de l'ordre menacent, contraignent ou obligent systématiquement ou sans raison légitime les personnels de santé à leur remettre les dossiers confidentiels des patients. Les opérations des forces de l'ordre se déroulent à l'intérieur ou autour des structures médicales et entravent l'accès aux soins des communautés vivant à proximité. Des patients sont transférés hors des structures médicales vers des lieux de détention contre avis médical ou avant la fin de leur traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> La législation nationale renforce la confidentialité des informations relatives aux patients ou renforce le droit de certains patients à recevoir un traitement. Les forces de l'ordre protègent les personnels de santé des familles ou des communautés de patients hostiles. Les forces de l'ordre facilitent l'accès des personnels de santé aux structures médicales lors de troubles politiques. Les forces de l'ordre empêchent les groupes criminels de mener des attaques à l'intérieur des structures médicales.
 <p>URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le rôle accru des forces de l'ordre dans la riposte des États face aux crises sanitaires peut saper la confiance de la communauté dans la fourniture des soins de santé (utilisation de moyens coercitifs pour faire appliquer des mesures de santé publique telles que le confinement). Les restrictions générales de déplacement imposées par les forces de l'ordre lors d'un confinement en cas de pandémie ou d'épidémie empêchent les patients d'accéder aux soins de santé. Les forces de l'ordre appliquent arbitrairement des mesures de confinement aux personnels de santé pendant une pandémie. 	<ul style="list-style-type: none"> Des postes de commandement conjoints entre différents acteurs au plus haut niveau de l'État sont mis en place en cas d'épidémie ou de pandémie afin de garantir une collaboration harmonieuse. Les forces de l'ordre protègent les communautés vulnérables exposées à la violence en raison de la stigmatisation lors d'une pandémie. Les forces de l'ordre sensibilisent les communautés aux mesures de santé publique lors d'une pandémie.
 <p>PATIENTS POTENTIELLEMENT RECHERCHÉS PAR LES FORCES DE L'ORDRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Des politiques criminalisent la fourniture de soins de santé à certaines personnes, notamment au nom de la lutte contre le « terrorisme ». Les forces de l'ordre procèdent à des contrôles de sécurité et arrêtent des blessés avant qu'ils aient reçu un traitement ou ralentissent ou retardent leur accès aux soins de santé. Les forces de l'ordre utilisent les structures médicales pour identifier les migrants jugés irréguliers par les autorités et procéder à des arrestations. 	<ul style="list-style-type: none"> Les forces de l'ordre collaborent avec les personnels de santé pour recueillir des preuves en vue de poursuites pénales dans le cas, par exemple, de violences sexuelles et sexistes. Les forces de l'ordre veillent à ce que les victimes de coups de feu reçoivent un traitement médical d'urgence avant toute procédure judiciaire. Les procédures d'enquête et d'application des lois respectent la confidentialité des patients.

ÉTUDE DE CAS N° 1

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES MANIFESTANTS BLESSÉS EN AFRIQUE DU SUD ET AU VENEZUELA

AFRIQUE DU SUD

Fin 2016, les étudiants de divers campus universitaires en Afrique du Sud ont organisé de vastes manifestations sous la bannière #FeesMustFall. Ils demandaient l'abolition des frais d'inscription universitaires. À l'Université de Witwatersrand à Johannesburg, la direction a sollicité l'appui de la police pour gérer la situation.

Le déploiement des forces de police sur le campus universitaire a eu des conséquences directes et indirectes qui ont été répertoriées par l'Institut sud-africain des droits socio-économiques (SERI), dans un document intitulé : « A Double Harm: Police Misuse of Force and Barriers to Necessary Health Care Services – Responses to student protests at the University of the Witwatersrand, September to November 2016 »¹⁴. Le rapport allègue qu'un certain nombre de violations ont été commises eu égard au traitement des manifestants par la police.

Outre ces constats, le rapport évoque le « double préjudice » causé par le manque de préparation des autorités pour soigner les blessures résultant de l'usage policier de la force. Les blessés ont eu des difficultés à accéder aux soins médicaux essentiels. L'intervention des étudiants secouristes volontaires de la faculté de médecine et du personnel du centre médical du campus a permis de remédier en partie à ces lacunes.

La responsabilité de la police de dispenser des soins aux personnes blessées lorsqu'il a été fait usage de la force a été réaffirmée par une Commission d'enquête après la mort de 34 mineurs en grève à Marikana en 2015. La Commission d'enquête avait recommandé que, dans « une opération où il est fort probable qu'il soit fait usage de la force, il convient de prévoir la fourniture de premiers secours adéquats et rapides aux personnes blessées »¹⁵. Ces recommandations n'avaient toutefois pas été mises en œuvre lorsque la police a été amenée à gérer les manifestations #FeesMustFall.

Pour faire face à ces défis, un groupe de parties prenantes, dont la police, la société civile, le CICR, Médecins Sans Frontières et des étudiants médecins volontaires, s'est réuni pour élaborer des « Lignes directrices pour la fourniture de services de soins de santé lors d'une manifestation dans l'enseignement supérieur »¹⁶. La rédaction de ces lignes directrices a nécessité la participation de hauts responsables de la police. Malgré les tensions palpables lors des premières interactions entre les différentes parties prenantes, il a été convenu de privilégier les moyens d'assurer un accès aux soins de santé. En sa qualité d'acteur neutre, le CICR a joué un rôle important de passerelle entre les différentes parties prenantes. Le but déclaré du document est le suivant :

Ce document sert de guide pour toutes les parties, y compris, mais sans s'y limiter, la direction de l'université, les professionnels de la santé employés par l'université, les étudiants secouristes volontaires, les étudiants manifestants, le personnel manifestant, les services de

-
- 14 M. Rayner, L. Baldwin-Ragaven et S. Naidoo, « A Double Harm: Police Misuse of Force and Barriers to Necessary Health Care Services – Responses to student protests at the University of the Witwatersrand, September to November 2016 », SERI.
- 15 Commission d'enquête sur Marikana : « Report on Matters of Public, National and International Concern Arising out the Tragic Incidents at the Lonmin Mine in Marikana, in the North West Province », mars 2015, p. 552, par. F(1).
- 16 Fondation Nelson Mandela, « Guidelines for the Provision of Health Care Services during Higher Education Protest Action », 2017 : <https://www.nelsonmandela.org/uploads/files/NECFGuidelinesStudentProtest.pdf>.

police sud-africains, les services médicaux privés ainsi que la sécurité privée, concernant les rôles, la conduite acceptable et les attentes de chacun, en vue d'assurer la fourniture en toute sécurité des soins de santé, notamment les soins médicaux d'urgence. Ce document doit être lu comme une mise en avant des principes fondamentaux sur lesquels reposerait l'élaboration de plans spécifiques par les établissements d'enseignement supérieur, qui devraient être adaptés au contexte et aux circonstances particulières de chaque établissement.

Les lignes directrices rappellent les divers devoirs et obligations incombant à toutes les parties, notamment : l'obligation pour les personnels de santé de respecter l'éthique médicale ; la neutralité et l'inviolabilité des services de santé ; la responsabilité des organismes d'application des lois de dispenser les premiers secours ; la non-ingérence dans le travail des prestataires de soins de santé ; le devoir éthique des personnels de santé de préserver la confidentialité des patients ; l'obligation faite à l'université d'assurer un accès adéquat aux services médicaux et psychologiques ; le devoir des forces de l'ordre d'assurer la sûreté et la sécurité du public et de faire respecter la loi ; le droit de réunion en tant que droit de l'homme ; les dispositions des mécanismes internationaux en matière de droits de l'homme ; et les codes de conduite régissant le comportement de la police.

Les lignes directrices décrivent ensuite comment faciliter l'accès aux soins de santé, protéger les structures médicales et les moyens de transport sanitaires, améliorer la coordination et la formation et mettre en œuvre les lignes directrices de façon optimale.

EXTRAIT DES LIGNES DIRECTRICES POUR LA FOURNITURE DE SERVICES DE SOINS DE SANTÉ LORS D'UNE MANIFESTATION DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Les lignes directrices ont été formulées lors d'une séance conjointe du parlement et présentées par la police elle-même. L'expérience a montré les avantages des partenariats stratégiques et des efforts coordonnés pour instaurer une compréhension mutuelle entre les organismes d'application des lois et les personnels de santé. Rechercher un terrain d'entente et se concentrer sur les points de convergence a permis à des parties prenantes ayant des perspectives et des horizons divers de convenir de directives pratiques visant à garantir un accès sûr aux soins de santé.

1. FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

- 1.1 Compte tenu des différentes formes de manifestations, toutes les parties devraient, dans la mesure du possible, formuler un plan propre à l'université pour faciliter l'accès aux services de santé. Ce plan devrait fournir des informations détaillées sur la prestation des services de santé, y compris les numéros de contact, les chaînes de commandement, les cartes indiquant l'emplacement des structures médicales et tout autre élément pertinent, afin de garantir le respect du principe de neutralité médicale.
- 1.2 Les soins de santé prodigués par les secouristes volontaires, le personnel universitaire, la population locale, des organisations non gouvernementales ou d'autres tiers ne libèrent pas l'État de ses obligations en matière de fourniture de soins de santé.
- 1.3 Les personnels de santé, aussi longtemps qu'ils agissent légitimement en leur qualité de professionnels de la santé lors d'une manifestation, ne peuvent être attaqués, harcelés, blessés ou sanctionnés par quiconque durant la prestation de services ou ultérieurement, comme une forme de victimisation. Les personnels de santé, se présentant comme tels, n'exerceront pas d'activités en dehors de leur champ de pratique lorsqu'ils interviennent à titre médical, en tant que professionnels ou volontaires.
- 1.4 Les personnels de santé doivent privilégier l'évaluation et la prise en charge sans discrimination, fondées uniquement sur l'état de santé du patient. Les personnels de santé décident, conformément aux normes en matière de triage, au raisonnement clinique et aux principes déontologiques relatifs à la fourniture des soins de santé, quel patient est prioritaire.

- 1.5 Tous les personnels de santé, moyens de transport sanitaires et structures médicales doivent arborer des signes objectivement visibles indiquant que l'objet, la personne ou le lieu désigné est dédié aux soins médicaux. Dès l'adoption du plan visé au point 1.1 ou dès que cela est pratiquement possible, toutes les parties prenantes doivent convenir des signes distinctifs ou des emblèmes à utiliser pour distinguer les services de soins de santé et les personnes fournissant ces services pendant la manifestation.
- 1.6 Face à un suspect qui a besoin de soins, la fourniture de soins médicaux doit l'emporter sur son arrestation ou son évacuation d'une structure médicale. À cette fin, un dialogue entre les forces de l'ordre et les personnels de santé sera engagé avant le transfert du patient sous la garde des forces de l'ordre.

2. PROTECTION DES STRUCTURES MÉDICALES ET DES MOYENS DE TRANSPORT SANITAIRES

- 2.1 Toutes les parties doivent respecter et protéger les structures médicales, les moyens de transport et les équipements sanitaires en tout temps et ceux-ci ne doivent être l'objet ni d'attaques ni de violences.
- 2.2 Conformément à la neutralité des structures médicales et aux fins de protéger les personnels et les patients, les structures médicales ou les postes de premiers secours doivent être des zones exemptes d'armes.
- 2.3 Reconnaissant que les manifestations peuvent potentiellement entraver l'accès aux structures médicales, cet accès doit être assuré en tout temps par toutes les parties prenantes.
- 2.4 Les forces de l'ordre doivent respecter les structures médicales et appliquer le principe de précaution en planifiant soigneusement leurs opérations, afin de ne pas se retrouver dans la stricte nécessité de faire usage de la force à proximité de ces structures, au risque de leur porter atteinte. S'il n'est toutefois pas possible d'éviter le recours à la force, celle-ci doit respecter les principes de nécessité et être strictement proportionnée à la menace posée par un individu ou un groupe d'individus. Ce recours à la force ne justifie pas que l'on porte atteinte aux structures médicales situées à proximité de la menace en question.
- 2.5 Aucune structure médicale ne doit être utilisée à des fins autres que la fourniture de soins de santé. Quant aux informations relatives aux personnes blessées, elles sont confidentielles.
- 2.6 Les véhicules ou les moyens de transports sanitaires doivent être respectés par toutes les parties prenantes et ne doivent faire l'objet d'aucune violence, quelle qu'en soit la source. L'accès des patients aux véhicules sanitaires doit rester libre en tout temps et être pris en compte dans la planification ou la gestion d'une manifestation. Des itinéraires dédiés au transport des blessés doivent être identifiés et coordonnés entre toutes les parties pour garantir que les personnes blessées reçoivent une assistance médicale appropriée.
- 2.7 Les commandants des organismes d'application des lois doivent donner des ordres opérationnels pertinents à tous les représentants des forces de l'ordre déployés afin de traiter en priorité et de manière coordonnée les transports médicaux et les personnes nécessitant des soins médicaux d'urgence.

3. COORDINATION ET FORMATION

- 3.1 Toutes les parties prenantes doivent assurer une formation et une accréditation adéquates de tout le personnel concerné. La formation doit prendre en compte la préparation aux situations d'urgence, l'évaluation et la gestion des risques, la négociation, la gestion du stress, les compétences en matière de communication et le renforcement des capacités.
- 3.2 Dans la mesure du possible, les parties prenantes doivent prévoir également une sensibilisation sociale aux rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes participant à des manifestations, ou à la gestion de ce genre de situations, y compris lorsque les incidents impliquent des actes ou des menaces de violence. Cette formation (sensibilisation) doit mentionner expressément l'obligation faite aux représentants de l'État chargés de l'application des lois de dispenser les premiers secours et de perturber le moins possible les structures médicales.
- 3.3 Les prestataires de premiers secours doivent recevoir une formation adéquate sur leurs droits et responsabilités, en particulier sur leurs obligations éthiques, ainsi qu'une formation spécifique sur la prestation de services de santé lors de manifestations.

4. MISE EN ŒUVRE

- 4.1 Une fois que les lignes directrices ont été acceptées, toutes les parties prenantes doivent établir un plan propre à l'université, comme décrit au point 1.1 ci-dessus, consacrant leur adhésion au principe de neutralité et d'impartialité médicales à travers des politiques et procédures visant à protéger les soins de santé dans le cadre de manifestations.
- 4.2 Le plan visé au point 4.1 doit intégrer la planification d'urgence concernant tous les besoins possibles et anticipés en matière de soins de santé, qui doit aussi être conforme à l'esprit et à l'intention des lignes directrices.
- 4.3 L'élaboration et la mise en œuvre du plan propre à l'université doivent être suffisamment dotées en ressources pour garantir la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé lors de manifestations.
- 4.4 En adoptant les lignes directrices, toutes les parties s'engagent à œuvrer pour la promotion des principes qui y sont énoncés, assurant notamment comme il convient leur diffusion et la formation des responsables pertinents et des parties concernées.
- 4.5 Les principes énumérés dans le présent document s'appliquent à tous les services internalisés et externalisés de l'université et le respect de ces principes devrait être une condition à l'embauche des prestataires de services par la direction de l'université ou toute autre partie prenante.
- 4.6 Un groupe de travail technique devrait être créé pour rendre opérationnels et gérer les plans propres à chaque université et toutes les parties prenantes doivent y être représentées dans chaque institution.
- 4.7 Le groupe de travail technique responsable de la mise en œuvre et de la gouvernance du plan propre à l'université issu de ces lignes directrices doit prévoir la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation appropriés, indépendants et impartiaux.

VENEZUELA

Lors des manifestations qui ont eu lieu au Venezuela en 2015, le gouvernement a adopté une résolution définissant le rôle des forces armées en réaction aux manifestations. Il s'agit de la résolution 8610, intitulée « Normes régissant l'action des forces armées nationales bolivariennes dans le maintien de l'ordre public, de la paix sociale et de la coexistence citoyenne lors de réunions et manifestations publiques ».

Bien que sujette à controverse dans certains milieux, en raison du recours aux forces armées pour assurer l'ordre public¹⁷, cette résolution contenait un certain nombre de dispositions positives reprenant les normes relatives au maintien de l'ordre lors de manifestations adoptées par le Conseil général de la police en 2011. La résolution 8610 décrit ce qui est considéré comme un usage progressif et proportionnel de la force, interdit l'utilisation de gaz lacrymogènes dans les zones résidentielles, interdit l'usage de la force contre les manifestants en fuite ou blessés et, plus important encore pour les besoins de cette étude, exige que les officiers s'assurent que les blessés reçoivent une assistance médicale immédiate.

Afin de renforcer la confiance des blessés dans l'accès aux soins, le CICR et la Croix-Rouge vénézuélienne ont mis en place un système prévoyant que les noms des patients ne sont pas enregistrés lorsqu'ils reçoivent l'aide des premiers intervenants ou sont transférés vers des structures médicales :

Durant les manifestations, la Croix-Rouge vénézuélienne avait pu secourir 1005 personnes à fin juillet 2017. Son adhésion au principe d'impartialité a permis à la Société nationale d'administrer les premiers secours à 19 membres des forces armées et de sécurité. En outre, la Croix-Rouge vénézuélienne a transféré 51 patients vers divers centres de soins et a fait don de matériel chirurgical d'urgence à 24 hôpitaux. Elle a également fourni de l'eau potable aux manifestants et aux membres des forces de sécurité¹⁸.

AUTRES EXEMPLES

Lorsque la confiance entre les organismes d'application des lois et les personnels de santé est rompue, une tierce partie peut jouer un rôle important dans la résolution du problème et la coordination de base quand survient une situation d'urgence telle que des troubles politiques ou des manifestations. Par exemple, à Jérusalem, le CICR a été informé des difficultés d'accès auxquelles se heurtaient les ambulances du Croissant-Rouge palestinien lors des manifestations qui avaient lieu dans la ville. Il a pu ainsi avertir un référent préalablement identifié au sein de la police des problèmes rencontrés.

¹⁷ D. Smilde et H. Hernáiz, « Resolution Allowing Venezuela's Armed Forces to Police Protest Creates Alarm », 6 février 2015, Venezuela Politics and Human Rights, <https://www.venezuelablog.org/resolution-allowing-venezuelas-armed-forces-to/>

¹⁸ CICR, « Activities of the ICRC in Venezuela and Venezuelan Red Cross », 5 octobre 2017, <https://www.icrc.org/en/document/activities-icrc-venezuela-and-venezuelan-red-cross>

ÉTUDE DE CAS N° 2

RÉAFFIRMER L'OBLIGATION DE SOIGNER LES BLESSÉS PAR BALLE AU NIGÉRIA ET AU PAKISTAN

NIGÉRIA

Pour faire face au problème croissant de l'usage des armes à feu au Nigéria, le gouvernement a adopté, en 1984, le décret sur les vols qualifiés et les armes à feu (« Armed Robbery and Firearms Decree »), amendé en 1986 pour devenir la loi sur les vols qualifiés et les armes à feu (dispositions spéciales) (« Robbery and Firearms (Special Provisions) Act 1986 »). Cette loi stipulait que « tout individu, hôpital ou dispensaire qui prend en charge, soigne une victime présumée de fusillade ou lui administre un traitement doit immédiatement en référer à la police ». Était par ailleurs criminalisé le fait d'héberger ou de soigner des victimes de blessures par balle sans en référer à la police. Selon la loi, « est passible de sanctions en vertu de la présente loi quiconque loge, abrite ou héberge, en pleine connaissance de cause, une personne qui a commis une infraction au sens de l'article 1(2) de la présente loi ».

L'application de cette loi a souvent conduit les personnels de santé à attendre pour prendre en charge les blessés par balle que le cas ait été signalé à la police et que celle-ci ait donné son autorisation pour soigner le patient, retardant considérablement la fourniture de soins aux victimes de blessures par balle :

Ces contraintes se sont révélées très problématiques, faisant craindre aux personnels de santé des hôpitaux et dispensaires d'être en porte-à-faux avec la loi s'ils dispensaient les soins vitaux requis. De nombreux médecins ont été interrogés voire arrêtés pour avoir fait leur travail en soignant des blessés par balle. Pour ne pas avoir maille à partir avec les forces de l'ordre, des personnels de santé se sont sentis obligés de demander l'autorisation de la police avant de s'occuper des blessés. Parallèlement, le fait de signaler les cas de blessure par balle à la police a parfois exposé des personnels de santé à des représailles de la part des patients concernés et de leurs familles, qui les accusaient de délation¹⁹.

La loi nationale sur la santé de 2014 a pallié en partie la mise en œuvre imprécise des lois précédentes. Cette loi stipulait que « les prestataires de soins de santé, les personnels de santé ou les établissements médicaux ne peuvent sous aucun prétexte refuser de prendre en charge une personne nécessitant des soins médicaux d'urgence ». Cela ne résolvait cependant pas le fait que les personnels de santé doivent attendre l'autorisation de la police avant de soigner les patients blessés par balle.

En 2017, l'Assemblée nationale du Nigéria a adopté la loi sur le traitement et les soins dus aux blessés par balle « Compulsory Treatment and Care for Victims of Gunshots Act »²⁰.

Le projet de loi s'érige explicitement en « loi consacrant l'obligation de prendre en charge et de soigner les blessés par balle ». La loi stipule que « tout hôpital au Nigéria, qu'il soit public ou privé, doit accueillir ou admettre, pour une prise en charge immédiate et appropriée avec ou sans l'autorisation de la police, toute personne présentant une blessure par balle ».

19 CICR Nigéria en collaboration avec l'Association of Public Health Physicians of Nigeria, « Health Care in Danger: Training module for medical students, healthcare workers and teachers », juin 2021, https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/hcid_training_module_2021.pdf

20 Assemblée nationale de la République fédérale du Nigéria, « Compulsory Treatment and Care for Victims of Gunshots Act », 2017, <https://laws.lawnigeria.com/2018/04/20/lfn-compulsory-treatment-and-care-for-victims-of-gunshots-act-2017/>

Elle énonce également expressément le devoir de « toute personne, y compris les membres des forces de sécurité », de porter assistance aux blessés par balle. La loi dispose que les patients doivent être pris en charge « sans obligation de verser un acompte » et qu'ils ne doivent pas faire l'objet d'un « traitement inhumain ou dégradant ni être soumis à la torture par une autre personne ou une quelconque autorité, y compris les forces de police ou de sécurité ».

La loi insiste toutefois sur l'obligation d'informer la police de toute victime de blessure par balle dans un délai de deux heures après la prise en charge. Bien que cela permette l'ouverture immédiate d'une enquête, il est expressément interdit à la police de transférer le patient hors de l'hôpital « sauf si le médecin-chef de l'établissement certifie qu'il est apte à être transféré et n'a plus besoin de soins médicaux vitaux ».

La loi sur le traitement obligatoire a été diffusée par le canal d'une directive de l'inspecteur général et illustre comment utiliser le rôle réglementaire de la police pour améliorer l'accès aux soins de santé.

PAKISTAN

En août 2018, une fillette de 10 ans – Amal Umer – a été tuée par balle lors de tirs croisés entre la police et des criminels présumés à Karachi.

Lors d'une audience de la Cour suprême dans cette affaire – qui s'est prononcée en faveur de la famille –, le président de la Cour suprême du Pakistan a déclaré que les « policiers ne savaient pas sur quoi ils devaient tirer ». Il a ajouté que « des procédures opérationnelles standard, un système de collecte de renseignements et une formation adéquate au maniement des armes devaient être mis en place pour éviter une mise en danger abusive de la vie des gens »²¹.

Après qu'on lui a tiré dessus, Amal a été emmenée par ses parents à l'hôpital, qui a refusé de la soigner et l'a renvoyée vers un autre établissement, sans organiser son transport par ambulance alors que la fillette était blessée à la tête.

De manière générale, il a été noté que les difficultés d'accès aux soins pour les patients blessés par balle résultaient des obligations médico-légales en vigueur :

Il était impossible pour un patient blessé par balle d'être pris en charge dans un hôpital privé malgré la gravité de son état ; en cas d'urgence, au lieu de recevoir des soins médicaux, la personne blessée serait renvoyée vers un hôpital public pour y être soignée. Les hôpitaux privés invoquaient deux raisons pour justifier le refus d'admission des patients et leur renvoi vers un hôpital public. La première était une exigence légale, un médecin-chef agréé pour soigner les patients blessés par balle ne pouvant exercer que dans un hôpital public et ces responsables médicaux étant seuls compétents et autorisés par le gouvernement à délivrer des certificats médico-légaux. De plus, selon la nature de la blessure, les professionnels de la santé dans les hôpitaux publics avaient coutume d'appeler un fonctionnaire de police du fait de l'obligation de signalement ou d'exiger que le patient ou la personne l'accompagnant présente une lettre de la police afin d'éviter d'être poursuivis pour manquement à l'obligation de signalement, qui aurait exigé la transmission d'informations à la police²².

21 H. Bhatti et N. Iqbal, « SC Orders Sindh Govt to Pay Rs1 Million as Compensation for Amal Umer's Death », 11 février 2020, Dawn, <https://www.dawn.com/news/1533809>

22 S. De Dycker *et al.* « Legal Opinion on the Obligation of Healthcare Professionals to Report Gunshot Wounds ». Afrique du Sud, Australie, Chine, Colombie, Égypte, El Salvador, Espagne, France, Liban, Mexique, Népal, Niger, Nigéria, Pakistan, Papouasie Nouvelle-Guinée, Philippines, Royaume-Uni, Russie, Soudan du Sud, Tunisie, Ukraine, 30 juin 2019, Institut suisse de droit comparé, <https://www.isdc.ch/media/1834/17-120-final-nov19.pdf>

À la suite du décès d'Amal, le gouvernement de la province du Sindh a approuvé la loi de 2019 (loi Amal Umer) sur la prise en charge médicale obligatoire des personnes blessées²³ : « Tant la police que les professionnels de la santé sont sous le contrôle administratif du gouvernement provincial de chaque province. Par conséquent, la législation relative à leurs fonctions respectives est généralement adoptée et réglementée au niveau provincial dans le cadre de la législation et des règlements provinciaux²⁴. »

La loi stipule qu'« il est obligatoire d'apporter une aide médicale et de prodiguer des soins sans aucune crainte à toute personne blessée, pour lui sauver la vie et protéger sa santé dans une situation d'urgence et pour tout acte en lien avec cette situation ». La loi énonce la responsabilité de chaque citoyen de « porter assistance à une personne blessée en situation de danger ou d'urgence ». Elle stipule par ailleurs que « lorsqu'une personne blessée est amenée à l'hôpital, elle reçoit un traitement médical sans délai, en priorité, sans remplir de formalités médico-légales et sans qu'un paiement soit exigé avant l'administration des soins médicaux obligatoires ».

La loi souligne que les hôpitaux doivent disposer d'au moins deux ambulances dans leur enceinte. Elle interdit toutefois le transfert de patients à moins que le traitement médical ne puisse pas être administré à l'hôpital.

La loi stipule qu'aucun organisme chargé de l'application des lois n'est autorisé à interrompre le traitement reçu ou à interférer avec celui-ci et que les patients ne peuvent être interrogés pendant que des soins médicaux obligatoires leur sont prodigués²⁵. En outre, il est interdit d'emmener un patient dans un poste de police ou d'entreprendre une quelconque « procédure médico-légale » tant que le traitement médical obligatoire nécessaire « n'a pas été intégralement dispensé ».

La loi prévoit également des mesures de protection pour le personnel hospitalier et ceux qui amènent le patient à l'hôpital : « Les personnes qui amènent un blessé à l'hôpital et/ou le personnel hospitalier qui soigne le blessé ne doivent en aucun cas être harcelés, y compris par un agent de police ou un représentant des forces de l'ordre ».

23 Assemblée provinciale du Sindh. NO.PAS/LEGIS-B-02/2019 – The Sindh Injured Persons Compulsory Medical Treatment (Amal Umer) Act, 19 mars 2019, <http://www.pas.gov.pk/uploads/acts/Sindh%20Act%20No.VIII%20of%202019.pdf>

24 S. De Dycker *et al.*, *op. cit.* (note 22), <https://www.isdc.ch/media/1834/17-120-final-nov19.pdf>

25 « Étant entendu qu'il ne sera pas procédé à cet interrogatoire tant que la personne blessée n'est pas jugée hors de danger par le médecin traitant ou sans l'autorisation de l'hôpital concerné où la personne blessée est soignée. »

ÉTUDE DE CAS N° 3

GÉRER LA PRÉSENCE DES FORCES DE L'ORDRE DANS LES SERVICES D'URGENCE AUX ÉTATS-UNIS ET AILLEURS

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Aux États-Unis, une boîte à outils intitulée « Police in the Emergency Department: A medical provider toolkit for protecting patient privacy »²⁶ a été mise au point par un groupe de médecins, d'avocats, d'assistants sociaux en milieu hospitalier et d'étudiants en droit et en médecine afin d'aider les hôpitaux à élaborer des politiques qui garantissent le respect des droits des patients dans les interactions avec les forces de l'ordre. Sa conception a été soutenue par la Health Justice Alliance de l'Université de Georgetown, un partenariat universitaire médico-juridique. La boîte à outils a pour « objectif limité de fournir des orientations pratiques pouvant être immédiatement mises en œuvre par les personnels de santé dans le cadre des lois existantes et des ressources à disposition ».

La boîte à outils fonde ses recommandations sur l'éthique médicale et fixe des normes élevées pour la divulgation des informations relatives aux patients : « Le respect de l'autonomie du patient est l'un des principes fondamentaux de l'éthique médicale. Ce principe devrait s'étendre aux interactions du patient avec les forces de l'ordre, notamment aux interrogatoires ou à la remise de biens en l'absence d'une ordonnance ou d'un mandat judiciaire valide. »

Mesures proposées par la boîte à outils aux prestataires de soins des services d'urgence pour garantir la protection des droits des patients

Dans les interactions avec les forces de l'ordre, les prestataires de soins des services d'urgence devraient :

- approcher et identifier les agents présents dans les zones où les patients sont soignés ;
- refuser de consentir à ce que la police interroge les patients, à la divulgation des informations, à l'accès, aux fouilles et aux saisies sans le consentement des patients ou une autorisation légale telle qu'un mandat judiciaire, une ordonnance du tribunal ou l'exposition de motifs raisonnables ;
- utiliser des processus formels pour transmettre les mandats, ordonnances du tribunal ou autres demandes concernant l'accès aux patients ou les renseignements médicaux protégés aux parties autorisées (superviseur administratif, service juridique ou service des dossiers médicaux, par exemple).

Source : Working Group on Policing and Patient Rights, « Police in the Emergency Department: A medical provider toolkit for protecting patient privacy », 2021, <https://www.law.georgetown.edu/health-justice-alliance/wp-content/uploads/sites/16/2021/05/Police-in-the-ED-Medical-Provider-Toolkit.pdf>

26 Working Group on Policing and Patient Rights, « Police in the Emergency Department: A medical provider toolkit for protecting patient privacy », 2021, <https://www.law.georgetown.edu/health-justice-alliance/wp-content/uploads/sites/16/2021/05/Police-in-the-ED-Medical-Provider-Toolkit.pdf>

La boîte à outils conseille aux structures médicales d'élaborer des politiques « visant à garantir la protection des droits des patients » :

Sont notamment ciblés : 1) l'accès des visiteurs, 2) le partage d'informations avec la police, 3) la sécurisation, le stockage ou la perquisition des biens des patients, y compris les produits de contrebande et les armes, 4) les demandes de la police pour réaliser des tests ou mettre en œuvre des procédures, 5) les visites familiales en présence des forces de l'ordre, et 6) l'utilisation de menottes, d'entraves médico-légales et de chaînes. Les hôpitaux qui ne disposent pas de politiques dans ces domaines ou dont les politiques ne protègent pas les droits des patients permettent aux forces de l'ordre d'abuser plus facilement de leur pouvoir et rendent plus difficile la protection des patients par le personnel médical dénué de compétences juridiques.

La boîte à outils établit une norme de protection de la confidentialité des patients qu'il sera souvent impossible d'atteindre dans nombre des contextes dans lesquels les personnels de santé et les forces de l'ordre interagissent, principalement en raison de la diversité des législations locales qui, dans certains cas, permettent aux forces de l'ordre de recueillir des informations sur les patients sans ordonnance judiciaire. La boîte à outils propose toutefois une liste utile de pratiques à prendre en compte pour la rédaction de directives régissant l'interaction entre les personnels de santé et les forces de l'ordre au service des urgences.

AUTRES EXEMPLES

Dans un hôpital où le CICR soutient le service des urgences, l'établissement est utilisé par la communauté d'un grand district, ainsi que par les organismes d'application des lois pour procéder à l'examen médical obligatoire des témoins ou des suspects arrêtés. Selon la loi nationale, cet examen doit impérativement être effectué avant toute comparution devant le tribunal. Par conséquent, les forces de l'ordre entraînent dans l'hôpital avec leurs armes, comme le permet la loi locale, afin d'assurer la protection et la sécurité du suspect soumis à un examen médical.

À plusieurs reprises, il a été observé que la pénétration ou la présence des forces de l'ordre dans la salle des urgences entravait temporairement l'organisation du travail ainsi que l'accès d'autres patients aux urgences et à d'autres parties de l'hôpital.

En collaboration avec la direction de l'hôpital, le CICR a estimé qu'il fallait trouver une solution viable pour résoudre ce problème. Il a donc organisé une réunion à laquelle ont participé des représentants des forces de l'ordre ainsi que la direction de l'hôpital.

Après une visite aux urgences et une table ronde avec les participants, il a été convenu d'utiliser une autre filière pour les visites médicales obligatoires des personnes en garde à vue. Il a notamment été proposé d'utiliser la salle de décontamination des urgences pour la visite médicale obligatoire des suspects amenés par les forces de l'ordre. L'avantage de cette approche est que cette salle a une entrée séparée. Les représentants des forces de l'ordre peuvent fermer la porte et monter la garde devant la pièce, tandis que l'issue principale (entrée/sortie) des urgences reste ouverte et accessible à tous. Le triage peut être effectué normalement et le patient en garde à vue sera examiné par le personnel médical sans que sa présence ou son identité soit révélée à des tiers. Les autres patients auront ainsi accès aux soins de santé, le personnel pourra accomplir son travail et les forces de l'ordre restent en mesure d'assurer la sécurité de leur patient.

Il a également été décidé de construire un portail et une aire de stationnement devant la salle de décontamination pour faciliter l'entrée des forces de l'ordre et des suspects dans la zone sans obstruer l'entrée principale des urgences. Un référent a été désigné à l'hôpital, que les forces de l'ordre peuvent appeler pour annoncer leur arrivée.

ÉTUDE DE CAS N° 4

ASSURER LA LIVRAISON DE FOURNITURES MÉDICALES D'URGENCE LORS DE MANIFESTATIONS EN COLOMBIE, EN BOLIVIE ET AILLEURS

COLOMBIE

En avril 2021, des manifestations ont éclaté en Colombie en réaction à l'annonce par le gouvernement d'un plan prévoyant une augmentation des impôts et des réformes du système de santé. Les plus grands mouvements contestataires ont pris d'assaut les routes principales reliant les villes du sud-ouest et du centre du pays, bloquant toute activité économique terrestre, y compris en direction de l'Équateur. Les épicentres de la contestation étaient situés dans la capitale Bogota et à Cali, entre autres villes. Des violences ont éclaté entre les manifestants, les forces de sécurité et des civils armés. Le blocage des routes a entraîné des ruptures dans l'approvisionnement des structures de santé en équipements médicaux, notamment en oxygène, entravant également la circulation des ambulances.

Pour faire face à l'escalade de la violence et aux difficultés d'accès aux blessés et de transport des fournitures médicales, la Croix-Rouge colombienne a mis en place un projet associant toutes les parties concernées pour assurer le passage en toute sécurité des ambulances et des véhicules transportant du matériel médical. Plusieurs convois d'aide humanitaire ont ainsi été formés dans les zones les plus touchées par les manifestations et les barrages routiers. Un convoi humanitaire est constitué d'une caravane de véhicules transportant du matériel, des équipements ou des personnes en lien avec les soins de santé. Ces caravanes de ravitaillement – qui transportaient des fournitures médicales liées au Covid-19 et de l'oxygène – étaient encadrées par des véhicules de la Croix-Rouge colombienne afin de faciliter leur protection humanitaire durant les transferts de matériel d'un endroit à l'autre et entre les villes.

Pour que les fournitures puissent être acheminées et que les ambulances puissent circuler en toute sécurité, la Croix-Rouge colombienne devait coordonner son action avec toutes les parties concernées (poste de commandement unifié du gouvernement, autorités locales, entreprises de transport de fournitures médicales et manifestants eux-mêmes).

En appui à ces activités, une équipe de volontaires de la Croix-Rouge a mené une action de communication opérationnelle en arpentant pendant 18 jours les routes et les villes les plus touchées du pays²⁷. Le but était d'instaurer un dialogue pour faire mieux connaître l'action de la Croix-Rouge et l'utilisation de l'emblème de la croix rouge, afin de promouvoir le respect des véhicules participant aux interventions de santé, tels que les ambulances et les camions acheminant de l'oxygène et des médicaments lors des manifestations. Étaient associés à cette mission les dirigeants communautaires, les enseignants, les chefs de village, les jeunes, les personnels de santé, les organisations de secours, l'ensemble de la population, la police, l'armée, les médias, les migrants et les communautés autochtones.

Très vite, l'équipe a pu interagir avec la police nationale. Lors des interactions avec les membres de la communauté aux barrages routiers, l'équipe a dispensé les premiers secours et a pu expliquer l'utilisation correcte de l'emblème. Des manifestants ont exprimé leur inquiétude quant à l'usage excessif qui était fait de l'emblème « mission médicale » pour contourner les barrages routiers.

En interagissant avec les manifestants aux barrages routiers, la Croix-Rouge a pu identifier des contacts pouvant être informés des déplacements des convois d'aide.

En mobilisant un large éventail de parties prenantes, l'équipe a pu faire accepter la Croix-Rouge et faciliter le passage des caravanes humanitaires et l'accomplissement de la mission médicale.

²⁷ Communication opérationnelle lors des blocages et émeutes dans le sud du pays.

Suite au recueil des diverses préoccupations concernant l'usage abusif de l'emblème, la Croix-Rouge colombienne a pu formuler des recommandations aux autorités locales pour un meilleur contrôle et une utilisation appropriée de l'emblème.

L'un des enseignements tirés de cette expérience était la nécessité pour la Croix-Rouge colombienne d'expliquer qu'elle ne remet pas les patients aux forces de sécurité. Cela a souligné la nécessité de définir, de protéger et de faire connaître le travail de la Croix-Rouge afin d'instaurer et de maintenir la confiance au sein des communautés. Un autre enseignement était que les situations de violence peuvent avoir de graves répercussions sur les prestataires de soins de santé et générer des tensions avec les organismes d'application des lois. Un dialogue transparent permet d'atténuer ces tensions.

BOLIVIE

En 2020, la Bolivie a connu une vague de manifestations. Les opposants au gouvernement ont bloqué des rues, exigeant la tenue d'élections après des mois d'attente et demandant notamment plus de droits pour les communautés autochtones. À la fin du mois d'août, les ouvriers se sont mis en grève et la crise s'est aggravée. Selon le *New York Times*, les manifestants « ont érigé 70 barrages routiers, bloquant ainsi quelque six millions d'habitants de trois régions montagneuses, dont la plus importante métropole de Bolivie, La Paz »²⁸. Le *New York Times* ajoutait :

Les organisateurs de la manifestation ont déclaré qu'ils autorisaient le personnel médical, les prestataires de soins de santé et le carburant à franchir les barrages. De leur côté, les responsables de la santé publique ont affirmé que les blocages avaient entravé l'approvisionnement en oxygène et autres produits liés au traitement du coronavirus, provoquant des décès. Malgré l'absence de chiffres officiels, les médecins des hôpitaux locaux ont déclaré qu'au moins huit patients étaient morts dans les villes d'Oruro et d'El Alto, à l'extérieur de La Paz, à cause des pénuries d'oxygène enregistrées cette semaine-là²⁹.

L'aide du CICR et de la Croix-Rouge bolivienne a été demandée pour assurer la livraison d'oxygène aux structures médicales qui ne pouvaient plus être approvisionnées par leurs filières habituelles. Il a été décidé d'emblématiser les véhicules livrant l'oxygène et de les faire escorter par la Croix-Rouge bolivienne. Le CICR a mis à profit ses interactions avec les organismes chargés de l'application des lois pour soutenir les activités de la Croix-Rouge bolivienne.

La Croix-Rouge bolivienne a dû démontrer aux manifestants que sa mission était purement humanitaire afin de pouvoir passer les barrages routiers et elle a dû coordonner son action avec les forces de l'ordre boliviennes pour assurer l'acheminement sans entrave du matériel.

La livraison des réserves d'oxygène depuis Santa Cruz a nécessité une coordination poussée entre les différentes antennes de la Croix-Rouge, les différents organes de l'État et organismes chargés de l'application des lois, ainsi qu'avec les manifestants eux-mêmes.

Lors d'une des livraisons organisées par la Croix-Rouge bolivienne, « plus de 28 personnes, dont des volontaires et des membres du personnel, ont accompagné la caravane pendant les six jours qu'a duré le trajet de Santa Cruz à La Paz. La caravane transportait 66 tonnes d'oxygène, destinées à approvisionner les hôpitaux de différentes régions du pays »³⁰.

Les exemples de la Colombie et de la Bolivie ont montré le rôle essentiel que peuvent jouer des acteurs respectés pour leur impartialité dans la coordination entre les forces de l'ordre et les structures médicales pour répondre aux besoins vitaux en matière de soins de santé qui nécessitent la coopération des organismes d'application des lois et d'autres acteurs, comme les manifestants dans les situations d'urgence.

28 M. Trigo et A. Kurmanaev, « Bolivia Under Blockade as Protesters Choke Access to Cities », 7 août 2020, *New York Times*, <https://www.nytimes.com/2020/08/07/world/americas/bolivia-roadblock-blockade.html>

29 *Ibid.*

30 Fédération internationale, « Bolivia: Crossing the country to save lives », 31 août 2020, <https://reliefweb.int/report/bolivia-plurinational-state/bolivia-crossing-country-save-lives>

ÉTUDE DE CAS N° 5

VICTIMES/SURVIVANT·E·S DE VIOLENCES SEXUELLES ET SEXISTES ET APPLICATION DES LOIS EN AFRIQUE DU SUD

Les organismes chargés de l'application des lois ont un rôle particulier à jouer dans les cas de violence qui nécessitent une procédure médico-légale pour engager des poursuites pénales. Les affaires liées à la violence sexuelle et sexiste entrent précisément dans cette catégorie.

Afin d'offrir aux personnes victimes/survivantes un environnement favorable pour recevoir des soins médicaux et signaler les cas de violence sexuelle et sexiste aux forces de l'ordre en Afrique du Sud, les centres Thuthuzela ont été créés pour fournir ces services depuis un « guichet unique ». « Les centres sont tenus par une équipe de gestion interdépartementale de haut niveau composée des départements de la justice, de la santé, de l'éducation, du trésor, des services correctionnels, de la police, du développement social et d'organisations de la société civile désignées. »

L'approche intégrée des centres Thuthuzela en matière de prise en charge des victimes de viols vise à garantir que toutes les personnes – enfants, femmes et hommes – victimes/survivantes de violences sexuelles soient traitées avec respect et dignité et que justice leur soit rendue :

Lorsqu'elle porte plainte, la victime est éloignée de la foule et des environnements intimidants, comme les postes de police, pour être placée dans un cadre plus rassurant pour elle, avant d'être transportée par la police ou une ambulance au centre de soins Thuthuzela à l'hôpital. En chemin, la victime reçoit du réconfort et une aide psychologique de la part d'un ambulancier volontaire ou d'un policier formé. Une fois arrivée au centre de soins Thuthuzela, la victime est conduite dans un espace calme et privé, accueillie par le coordonnateur du site. Un médecin est immédiatement appelé pour procéder à un examen médical. La victime est ensuite informée des démarches à entreprendre. La victime (patient) signe un formulaire de consentement à l'examen médical et aux prélèvements sanguins. Si l'examen médical a lieu dans les 72 heures suivant le viol, un prélèvement d'ADN et une prophylaxie post-exposition (PPE) sont effectués, après quoi la victime se voit offrir la possibilité de prendre un bain ou une douche et d'enfiler des vêtements propres. Ensuite, l'enquêteur de garde au centre prend la déposition de la victime. Avant d'être ramenée à son domicile, la victime reçoit les médicaments dont elle a besoin et un rendez-vous est pris pour le suivi du traitement médical³¹.

Bien que le déploiement du modèle Thuthuzela se soit heurté à des difficultés, là où il a été implanté, il est considéré comme un exemple positif de la coopération nécessaire entre les personnels de santé et les forces de l'ordre pour garantir un accès sûr et dans la dignité aux soins de santé et aux recours juridiques.

31 Brochure du Centre de soins Thuthuzela, août 2009, https://www.npa.gov.za/sites/default/files/resources/public_awareness/TCC_brochure_august_2009.pdf

ÉTUDE DE CAS N° 6

ASSURER UN ACCÈS PLUS SÛR AUX SOINS DE SANTÉ AU BRÉSIL

Les structures médicales sont souvent en danger dans les contextes où la violence est omniprésente. La ville brésilienne de Fortaleza a connu l'une des plus fortes augmentations de la violence liée aux gangs dans le pays. Des gangs de São Paulo, de Rio de Janeiro et de l'Amazonie se disputaient le contrôle de la ville qui possède le grand port le plus proche de l'Europe et de l'Afrique³².

La municipalité de Fortaleza a signé un accord d'appui technique avec le CICR en avril 2018 pour lancer le programme pour un accès plus sûr afin d'aider les services publics à gérer les répercussions de la violence sur les services essentiels. Le Cadre pour un accès plus sûr est un outil conçu pour prévenir, réduire, atténuer et gérer les risques associés à l'exposition d'une communauté à des situations de violence armée.

En vue d'encourager la promotion et l'intégration des normes internationales relatives aux droits de l'homme dans l'application des lois, des accords de coopération technique ont été signés avec le département de la sécurité publique et avec le département municipal de la sécurité des citoyens et la garde municipale de Fortaleza³³.

Afin d'assurer une meilleure protection des structures médicales de la ville, une procédure opérationnelle standard a été élaborée à l'intention des gardes municipaux non armés affectés à des postes de santé. Cette procédure explique aux gardes municipaux comment se comporter lorsqu'ils sont affectés à des postes de santé, et comment faire face aux incidents qui peuvent s'y produire. Toutes les recommandations élaborées dans la procédure visent à professionnaliser les gardes municipaux chargés de la protection des services municipaux, tout en veillant à ce que leur conduite soit respectueuse des droits humains fondamentaux.

Cette expérience a prouvé que les risques auxquels sont exposées les structures médicales peuvent être gérés dans le cadre de l'interaction avec les organismes d'application des lois et les personnels de santé. L'étude de cas démontre l'intérêt d'élaborer des procédures opérationnelles standard précises pour répondre aux questions prioritaires identifiées dans des contextes particuliers, afin de garantir la professionnalisation de l'interaction entre les organismes d'application des lois et les personnels de santé dans la gestion des risques.

32 A. Kaiser, « It's Complete Chaos: Brazilian state overwhelmed by rash of gang violence », 9 janvier 2019, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2019/jan/09/brazil-ceara-violence-fortaleza-gangs-bolsonaro>

33 Dépliant du CICR, « The ICRC in Fortaleza », 25 mars 2021, <https://www.icrc.org/en/document/icrc-fortaleza-leaflet>

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations sont organisées en fonction des différents points d'interaction entre les personnels de santé et les forces de l'ordre. Si de nombreuses recommandations sont tirées des expériences décrites dans les études de cas, certaines proviennent de manière plus générale de la littérature, de sources en libre accès, d'ouvrages universitaires et des entretiens avec les informateurs clés. C'est pourquoi chaque section est assortie d'un commentaire permettant de mieux comprendre chaque recommandation.

1. PREMIERS INTERVENANTS, PERSONNELS DE SANTÉ ET FORCES DE L'ORDRE : DEVOIR DE SOIGNER, NÉCESSITÉ D'UNE COORDINATION ET SÉCURITÉ DES SECOURISTES

RECOMMANDATION 1.1 : COORDINATION

Les forces de l'ordre et les premiers intervenants prodiguant des soins de santé doivent définir au préalable un système d'échange d'informations systématique et un mécanisme de coordination inclusif pour faire face aux émeutes, manifestations ou situations faisant de nombreuses victimes, incluant :

- des protocoles pour assurer l'accès des premiers intervenants aux zones où se déroulent les opérations de maintien de l'ordre ;
- un référent au sein des forces de l'ordre qui peut être contacté par un référent de la défense civile ou d'autres premiers intervenants pour résoudre tout problème éventuel ;
- des accords sur l'identification requise des premiers intervenants afin d'assurer un accès rapide et d'éviter les blocages aux éventuels points de contrôle ou dans les périmètres de sécurité ;
- des procédures visant à déterminer quel type de protection serait approprié dans différentes situations (la protection policière étant parfois la plus sûre) et de quelle manière cette protection peut être demandée si elle s'avère nécessaire ;
- un accord concernant l'obligation pour les premiers intervenants de traiter tous les patients sur la base des seuls besoins médicaux avant toute procédure éventuelle d'arrestation ou de détention par les forces de l'ordre (sauf si le patient représente un risque pour les premiers intervenants) ;
- dans la mesure du possible, un accord prévoyant que les noms des blessés ne seront pas consignés par les premiers intervenants ni communiqués aux forces de l'ordre afin de préserver la confiance dans le fait que les premiers intervenants sont là uniquement pour prêter une assistance médicale et qu'ils ne participent pas aux opérations de maintien de l'ordre.

RECOMMANDATION 1.2 : ZONES SÛRES

Les premiers intervenants et les forces de l'ordre devraient identifier une « zone sûre » près des sites où se déroulent les manifestations ou les troubles politiques, afin que les premiers intervenants disposent d'un espace sûr pour accomplir leur travail en étant suffisamment proches des éventuels blessés.

RECOMMANDATION 1.3 : EXERCICES CONJOINTS

Des exercices conjoints doivent être réalisés entre les forces de l'ordre et les premiers intervenants, en y intégrant les autres acteurs prenant part aux interventions d'urgence, afin de s'assurer que les rôles et responsabilités de chacun sont parfaitement compris. Ces rôles et responsabilités devraient figurer dans la législation nationale afin de conférer une sécurité juridique en amont (pour qu'ils soient non seulement parfaitement compris mais aussi clairement définis).

RECOMMANDATION 1.4 : OBLIGATION LÉGALE DE PORTER ASSISTANCE

Dans de nombreux contextes, il existe une obligation légale pour tous les individus de porter secours ou assistance aux personnes ayant besoin de soins médicaux urgents. Lorsque cette obligation n'est pas prévue par la loi, des accords doivent être conclus entre les premiers intervenants et les forces de l'ordre sur la nécessité de faciliter le travail de tous les premiers intervenants fournissant une assistance médicale impartiale, y compris ceux qui peuvent être considérés comme affiliés à un mouvement de protestation ou à des opposants politiques (aussi longtemps qu'ils accomplissent leur travail de manière impartiale). Les forces de l'ordre ne doivent pas empêcher les prestataires de soins médicaux ou les premiers intervenants impartiaux d'intervenir, même s'ils sont affiliés à des mouvements de protestation.

RECOMMANDATION 1.5 : PREMIERS SECOURS APRÈS QU'IL A ÉTÉ FAIT USAGE DE LA FORCE

Les forces de l'ordre sont tenues de prodiguer les premiers secours aux blessés après un usage légitime de la force ou de faciliter l'intervention d'autres acteurs (en toute sécurité) après une opération. Pour que les forces de l'ordre puissent s'acquitter de cette responsabilité, elles doivent recevoir une formation aux premiers secours et être équipées du matériel médical nécessaire à l'accomplissement de cette tâche. Elles doivent également recevoir une formation sur l'emploi de la force afin d'éviter d'infliger des blessures inutiles au cours de leurs opérations.

RECOMMANDATION 1.6 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS D'URGENCE

Des plans d'urgence doivent être établis par les forces de l'ordre pour faire face aux risques identifiés et aux effets négatifs associés à l'usage de la force. Ces plans doivent évaluer les répercussions potentielles du recours à la force et prévoir les ressources nécessaires pour répondre aux éventuels besoins générés. Il peut être utile de proposer des exercices de simulation au niveau de la gestion stratégique, tactique ou de la coordination, ainsi qu'au niveau de la communauté. Par exemple, la planification des opérations de maintien de l'ordre peut indiquer les scénarios dans lesquels l'emploi de la force s'imposera. Dans ces cas, les forces de l'ordre qui prennent part à ces opérations doivent s'assurer que les premiers intervenants sont prêts à intervenir et que les voies d'évacuation médicale sont prévues et dégagées. Lorsqu'une opération planifiée doit rester confidentielle pour des raisons opérationnelles, les forces de l'ordre préviendront les premiers intervenants dès que possible ou confieront à leurs propres services internes le soin de prodiguer les premiers secours.

COMMENTAIRE

L'interaction entre les forces de l'ordre et les premiers intervenants peut être rendue difficile en l'absence de mécanismes de coordination préétablis contribuant à faciliter l'accès des premiers intervenants aux zones où se déroulent les opérations de maintien de l'ordre. D'autres difficultés peuvent découler d'un manque de sensibilisation ou de compréhension du rôle des premiers intervenants, par exemple en ce qui concerne le caractère impartial de l'assistance. En outre, les forces de l'ordre ne disposent souvent pas de la capacité ou de la formation nécessaire pour dispenser les premiers secours dans le cadre de leurs responsabilités.

Un certain nombre de mesures peuvent être prises pour surmonter ces difficultés. Tout d'abord, il a été jugé utile que la loi impose à tous les individus la responsabilité de porter assistance aux personnes nécessitant des soins médicaux urgents. Il ne s'agit pas nécessairement d'une assistance médicale, mais cela peut consister à assurer la sécurité d'une personne jusqu'à l'arrivée des secours.

<< Le devoir de secours peut être défini comme l'obligation pour une personne de porter assistance à une autre personne qui est en danger. Selon ce concept, un secouriste qui n'a pas porté assistance à une victime

peut être considéré comme pénalement responsable. Cependant, la reconnaissance d'un tel devoir et ses critères d'applicabilité varient beaucoup d'une juridiction à l'autre³⁴. » La législation concernant l'obligation d'agir énonce les responsabilités faites à tous les individus de venir en aide à ceux qui ont besoin de soins d'urgence et le rôle des forces de l'ordre pour faciliter cette assistance. « Il est donc important de s'assurer qu'il existe un cadre adéquat pour que les premiers intervenants ne subissent aucune conséquence juridique ou financière lorsqu'ils choisissent de porter assistance. En plus de la protection juridique des premiers intervenants, certaines législations nationales sont allées plus loin en imposant une obligation de secourir (ou devoir d'agir) et en sanctionnant le fait de ne pas prodiguer les premiers secours à une personne en détresse³⁵. »

Cela étant, dans certaines situations (manifestations politiques ou autres situations de violence), les forces de l'ordre ne font pas la différence entre les personnels de santé et les manifestants ou autres groupes qui s'opposent aux forces de l'ordre. Les forces de l'ordre et les forces militaires peuvent interpréter les engagements politiques des personnels de santé comme annulant la protection dont ils bénéficieraient normalement³⁶. Bien que ce problème soit exacerbé lors de manifestations, il est important de rappeler que l'engagement politique des personnels de santé ne supprime pas leur protection et ne compromet pas la légitimité des soins de santé qu'ils fournissent en toute impartialité.

Il est par ailleurs essentiel de réitérer l'obligation faite aux forces de l'ordre de prodiguer les premiers secours, sans discrimination, aux personnes blessées du fait du recours à la force³⁷. Cette obligation devrait figurer dans leurs procédures opérationnelles standard. Dans le cas de l'Afrique du Sud, un rapport du groupe d'experts sur le maintien de l'ordre et la gestion des foules, établi par le ministre de la police, a recommandé ce qui suit :

Les SAPS [services de police sud-africains] devraient émettre une directive interne établissant le principe selon lequel les membres des SAPS formés aux premiers secours sont tenus de prodiguer les premiers secours « dans les limites de leur formation » dans les situations où ils côtoient des personnes nécessitant des soins médicaux. Une directive spécifique devrait porter sur cette question, qui constitue un principe général reposant sur le devoir de protection et ne peut donc pas être traitée comme il convient dans les directives relatives à la gestion des scènes de crime ou aux personnes arrêtées. La directive devrait tenir compte du fait que les policiers impliqués dans une confrontation violente peuvent ne pas être immédiatement dans le bon état d'esprit pour prodiguer les premiers secours³⁸.

Le groupe a ensuite recommandé que, « lors des opérations de gestion des foules et d'autres opérations de grande envergure ou des opérations où le recours à la force létale est probable, la police devrait prévoir ses propres équipes de premiers secours composées de membres formés des SAPS »³⁹. En outre, « les équipes de premiers secours déployées dans le cadre d'opérations de gestion des foules seront formées et équipées pour faire face aux conséquences potentiellement mortelles de l'emploi d'armes moins létales (comme le risque d'asphyxie par les gaz lacrymogènes, en particulier pour les jeunes enfants), ainsi qu'à d'autres types de blessures susceptibles d'être infligées dans ces situations ».

34 Centre mondial de référence des premiers secours, « La responsabilité des secouristes – Enquête sur les législations relatives à la responsabilité des secouristes dans le monde », décembre 2020.

35 *Ibid.*

36 L. Rubenstein, « Perilous Medicine: The Struggle to Protect Health Care from the Violence of War », 2021, Columbia University Press.

37 CICR, L'initiative « Les soins de santé en danger », « Protection des soins de santé – Guide à l'intention des forces armées », novembre 2020, https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2021/03/4504_001_Protection_soins_de_sante_2.pdf

38 « Panel of Experts Report on Policing and Crowd Management », rapport du groupe d'experts sur le maintien de l'ordre et la gestion des foules, établi par le ministre de la police conformément aux recommandations de la Commission d'enquête sur Marikana, 27 mai 2018, https://www.saps.gov.za/resource_centre/publications/panel_of_experts_2021.pdf

39 *Ibid.*

Ces obligations et responsabilités étant réaffirmées, il apparaît clairement que divers organismes et acteurs peuvent compléter mutuellement leurs efforts pour veiller à ce que les soins de santé puissent être fournis en toute sécurité dans les situations d'urgence. Une planification préalable peut encore améliorer cette collaboration. Diverses mesures peuvent être prises préalablement à une situation nécessitant de coordonner l'action des forces de l'ordre et des premiers intervenants : « préparation de plans, de mécanismes de coordination, d'exercices conjoints, de programmes de formation ou simulation avec les gouvernements, les personnels de santé, les membres de la communauté locale et les autres personnes participant aux interventions d'urgence »⁴⁰. Une planification en amont et une coordination adéquate amélioreront également la redevabilité et faciliteront les analyses après action, le cas échéant.

Les manifestations permettent de dégager un certain nombre de bonnes pratiques et de recommandations, en complément des enseignements à tirer des études de cas de la Colombie, du Venezuela et de l'Afrique du Sud examinées dans ce document. Par exemple, suite aux manifestations qui ont eu lieu dans le cadre du mouvement Black Lives Matter à Orlando, il a été clairement recommandé de « créer une zone sûre tout près du secteur des manifestations, à laquelle le personnel médical pourra accéder en toute sécurité pour soigner toute personne blessée, qu'il agisse à titre officiel ou comme volontaire, et de prévoir un moyen sûr pour transférer les patients du secteur des manifestations vers la zone médicale sûre »⁴¹.

⁴⁰ CICR, « Les services ambulanciers et préhospitaliers dans les situations de risque », novembre 2013, <https://www.icrc.org/fr/doc/assets/files/publications/icrc-001-4173.pdf>

⁴¹ K. Hampton *et al.* 'Now They Seem to Just Want to Hurt Us': Dangerous Use of Crowd-control Weapons against Protestors and Medics in Portland, Oregon », 8 octobre 2020, Physicians for Human Rights, <https://phr.org/our-work/resources/now-they-just-seem-to-want-to-hurt-us-portland-oregon/>

2. AMBULANCES ET FORCES DE L'ORDRE : LIBERTÉ DE CIRCULATION ET D'ACCÈS

RECOMMANDATION 2.1 : LIBERTÉ DE CIRCULATION

Les forces de l'ordre doivent permettre aux patients et à leurs familles d'accéder sans restriction et en temps voulu aux structures médicales pour y être soignés. La circulation des ambulances doit donc être facilitée à tout moment. L'accès aux structures médicales des patients transportés par des moyens privés doit également être facilité par les forces de l'ordre. Des accords préalables doivent être conclus entre les ambulances et les responsables de l'application des lois pour déterminer les conditions dans lesquelles la circulation peut être restreinte dans une zone d'opération des forces de l'ordre ou pendant la mise en œuvre de mesures de santé publique. Ces exceptions doivent être maintenues au strict minimum et ne doivent être mises en œuvre que de manière limitée dans le temps, proportionnée et non discriminatoire.

RECOMMANDATION 2.2 : CIRCULATION FLUIDE

Lorsqu'un point de contrôle est établi par les forces de l'ordre, par exemple lors d'opérations de sécurité ou de la mise en œuvre de mesures de santé publique telles qu'un confinement, une « voie rapide » doit être prévue pour les véhicules d'urgence. Si cela n'est pas possible, tout le personnel présent au poste de contrôle doit être informé que les véhicules d'urgence peuvent remonter la file d'attente au point de contrôle. Dans la mesure du possible, les postes de contrôle doivent être avertis de l'arrivée des ambulances afin de faciliter leur passage rapide aux points de contrôle. Toute fouille des ambulances par les forces de l'ordre doit être effectuée de manière à perturber le moins possible les activités sanitaires légitimes.

RECOMMANDATION 2.3 : EXCEPTIONS EN CAS DE COUVRE-FEU, DE CONFINEMENT OU D'AUTRES RESTRICTIONS DE DÉPLACEMENT

En cas de couvre-feu ou de restrictions de déplacement imposées dans le cadre d'une opération de maintien de l'ordre ou de mesures de santé publique telles qu'un confinement, des exceptions à la liberté de circulation du matériel, des ambulances et du personnel médical (y compris pour se rendre au travail et en revenir) doivent être convenues à l'avance. Cela devrait inclure :

- un accord sur l'identification nécessaire des personnels de santé et des ambulances pour faciliter leur passage aux points de contrôle. Dans l'idéal, cette identification devrait être préexistante, à l'image des organismes médicaux professionnels, plutôt que d'exiger une autorisation supplémentaire au cas par cas ;
- un système de notification signalant les déplacements des véhicules, des patients ou des personnels afin de garantir leur passage en toute sécurité ;
- un référent appartenant aux forces de l'ordre qui peut être contacté par un représentant de la communauté des soins de santé pour résoudre les problèmes de circulation rencontrés par les personnels, les véhicules et le matériel.

RECOMMANDATION 2.4 : PLANIFICATION PRÉALABLE

Les forces de l'ordre doivent identifier les voies d'évacuation des blessés avant une opération. Ces voies doivent être sécurisées et les ambulances doivent pouvoir accéder sans entrave aux zones où les blessés peuvent être récupérés pour être transportés.

COMMENTAIRE

À défaut d'une coordination adéquate, les déplacements des patients, du personnel médical et du matériel dans des situations d'urgence (troubles, violence urbaine ou pandémie) peuvent être compliqués, causant des retards inutiles, préjudiciables aux patients nécessitant des soins d'urgence. « Le manque de coordination est souvent l'une des principales causes des blocages injustifiés qui retardent les ambulances et autres moyens de transport sanitaires aux postes de contrôle⁴². »

Lors des recherches effectuées pour le présent rapport, les participants ont noté les difficultés rencontrées pour assurer la sécurité des déplacements des personnels de santé pendant l'application des mesures de confinement mises en place pour lutter contre le Covid-19. Les forces de l'ordre ne savaient souvent pas comment mettre en œuvre les mesures de confinement et les personnels de santé n'étaient pas toujours bien identifiés. Peu de mécanismes étaient prévus pour garantir la liberté de circulation des personnels de santé.

Il a été rapporté que, durant les manifestations, la mise en œuvre de certaines mesures de sécurité a perturbé de manière disproportionnée la libre circulation des personnels de santé et des ambulances.

Dans les situations d'urgence de santé publique et lors d'opérations de sécurité, certaines difficultés pourraient être surmontées en convenant à l'avance des mesures à prendre pour coordonner les déplacements des ambulances et faciliter leur circulation grâce à une identification suffisante. Des directives définissant clairement les situations dans lesquelles les forces de l'ordre pourraient limiter la circulation des ambulances peuvent également contribuer à réduire les tensions et la confusion en cas d'urgence⁴³. Par exemple, le guide à l'intention des forces armées pour la protection des soins de santé, élaboré par l'initiative « Les soins de santé en danger », recommande clairement d'établir des règles dans les instructions permanentes, les ordres d'opérations et/ou d'autres documents pertinents relatives au « niveau hiérarchique nécessaire, ainsi qu'aux circonstances exceptionnelles devant être réunies, pour pouvoir restreindre la circulation des personnels et des véhicules sanitaires dans une zone d'opérations »⁴⁴.

La plupart des difficultés associées aux déplacements des ambulances peuvent être prévues avant une situation d'urgence et surmontées grâce à une planification préalable et à une coordination adéquate.

⁴² CICR, « La protection des soins de santé. État des lieux de la législation », avril 2021, <https://www.icrc.org/fr/publication/4541-protecting-health-care-violence-legislative-checklist>

⁴³ CICR, L'initiative « Les soins de santé en danger », « Protection des soins de santé – Guide à l'intention des forces armées », novembre 2020, https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2021/03/4504_001_Protection_soins_de_sante_2.pdf

⁴⁴ *Ibid.*

3. STRUCTURES MÉDICALES ET FORCES DE L'ORDRE : CONFIDENTIALITÉ, DIGNITÉ ET AUTONOMIE DES PATIENTS

RECOMMANDATION 3.1 : PRÉSERVER LE DROIT À LA SANTÉ

Les organismes d'application des lois doivent prendre toutes les mesures possibles pour s'assurer que les opérations de maintien de l'ordre ne perturbent pas la fourniture de soins aux patients et n'empêchent pas les personnels de santé de remplir leur mission. Il s'agit notamment d'éviter les opérations de maintien de l'ordre à proximité des structures médicales qui pourraient entraver l'accès de la population aux soins, de s'abstenir de mener des opérations à l'intérieur d'une structure médicale qui perturberaient de manière disproportionnée les soins qui y sont dispensés ou qui mettraient en danger les personnels de santé ou les patients.

RECOMMANDATION 3.2 : LIGNES DIRECTRICES POUR FACILITER L'INTERACTION

Des lignes directrices adaptées au contexte doivent être élaborées pour régir l'interaction entre les forces de l'ordre et les personnels de santé dans les structures médicales, en particulier dans les moments où les prérogatives des forces de l'ordre doivent être mises en balance avec les responsabilités et les obligations des personnels de santé envers leurs patients. Des instructions permanentes peuvent être élaborées pour définir comment certaines opérations de maintien de l'ordre peuvent être menées dans les structures médicales en engendrant le moins de perturbations possibles et en protégeant au mieux les personnels de santé et les patients. Des types particuliers d'activités de maintien de l'ordre doivent être pris en compte dans ces instructions permanentes, notamment :

- les fouilles pratiquées dans les structures médicales ;
- les arrestations effectuées dans les structures médicales ;
- les enquêtes menées pour recueillir des informations auprès des personnels de santé ;
- l'interrogatoire des patients ;
- la restriction de l'autonomie des patients (menottage, par exemple) ;
- les interventions suite aux appels d'urgence lancés par des personnels de santé en danger.

Ces instructions permanentes doivent être adaptées au contexte et tenir compte des normes et du droit international des droits de l'homme, de la législation nationale et de l'éthique médicale. Leur objectif doit être de préserver la qualité des soins dispensés aux patients, de garantir l'accès aux soins de santé, de faire respecter l'éthique médicale, de maintenir la confiance dans les structures médicales et dans la relation entre les personnels de santé et les patients, tout en offrant un cadre pratique pour les activités légitimes de maintien de l'ordre dans les structures médicales.

RECOMMANDATION 3.3 : L'AUTORISATION DE SORTIE DES PATIENTS HORS DES STRUCTURES MÉDICALES

Aucun patient ne doit être autorisé à sortir ou être remis à la garde des forces de l'ordre contre avis médical ou avant la fin du traitement d'urgence.

RECOMMANDATION 3.4 : SECRET MÉDICAL

Le secret médical doit être respecté en tout temps. Les personnels de santé et les forces de l'ordre doivent se mettre clairement d'accord en période de calme relatif sur les attentes de chaque partie concernant les circonstances exceptionnelles dans lesquelles le partage d'informations sur les patients est autorisé. Il est contraire à l'éthique de divulguer des informations confidentielles sans le consentement du patient, sauf en cas de menace réelle ou imminente pour le patient ou d'autres personnes. Les exceptions au secret

médical doivent être clairement définies et facilement compréhensibles, de préférence inscrites dans la législation nationale. Toute exception prédéfinie doit être compatible avec l'éthique médicale. Cela pourrait être le cas lorsque la divulgation est dans l'intérêt supérieur du patient, lors d'une urgence de santé publique, ou lorsque la divulgation d'informations personnelles empêchera qu'un crime grave soit commis. Ces exceptions doivent être conformes à la législation nationale et être suffisamment claires pour que les premiers intervenants et les personnels de santé puissent facilement identifier les cas où le partage d'informations personnelles avec les forces de l'ordre est obligatoire et ceux où il est simplement autorisé.

RECOMMANDATION 3.5 : PROCÉDURES POUR TRAITER LES DEMANDES DES FORCES DE L'ORDRE

Les structures médicales doivent établir une procédure interne pour traiter les demandes des forces de l'ordre. Il s'agit notamment de désigner un référent chargé de recevoir ces demandes. L'indication du référent et les procédures qui seront suivies au sein d'une structure médicale doivent figurer dans les lignes directrices adaptées au contexte. Les personnels de santé devraient avoir le moins possible de décisions à prendre au cas par cas, afin de pouvoir se concentrer sur les soins à prodiguer aux patients. Dans la mesure du possible, ces décisions doivent être déléguées à un responsable désigné au sein de l'administration de la structure médicale.

RECOMMANDATION 3.6 : RÉGLEMENTER LES ENTRÉES DANS LES STRUCTURES MÉDICALES

Les forces de l'ordre devraient limiter leur présence dans les structures médicales aux seules circonstances critiques ou exceptionnelles. La salle des urgences étant un point d'entrée courant dans les structures médicales, celles-ci devraient veiller à réglementer l'accès au service des urgences afin d'éviter une présence excessive des forces de l'ordre qui pourrait nuire par inadvertance au respect de la confidentialité des patients.

RECOMMANDATION 3.7 : SIGNALEMENT DES BLESSURES PAR BALLE

Si le signalement des blessures par balle est une obligation légale, comme c'est le cas dans certains pays, des instructions permanentes doivent être établies pour toutes les structures médicales afin que toutes les parties aient clairement conscience que leur premier devoir est de prodiguer des soins au patient. Il convient en outre de préciser qui est responsable du signalement des blessures par balle, quel degré d'information doit être fourni et dans quel délai. Pour préserver la confiance dans les prestataires de soins de santé et éviter que les personnes ayant besoin de soins craignent de se rendre dans une structure médicale, les informations ne devraient idéalement pas inclure le nom du patient et l'auteur du signalement devrait être un membre de l'administration de l'hôpital plutôt que du personnel soignant. Lorsqu'il est légalement tenu de dévoiler des informations sur le patient qui sont protégées par le secret médical, le personnel de santé devrait prendre toutes les précautions possibles pour protéger les autres renseignements personnels et données de santé du patient en question et ne communiquer que le strict nécessaire.

RECOMMANDATION 3.8 : LIGNES DE COMMUNICATION

Des lignes de communication directes doivent être définies au préalable entre les structures médicales et avec les forces de l'ordre afin de pouvoir solliciter assistance et protection lorsque des personnels de santé, des patients ou des établissements sont en danger ou pour alerter les forces de l'ordre du comportement perturbateur d'un de leurs représentants.

RECOMMANDATION 3.9 : PRÉSENCE DES FORCES DE L'ORDRE DANS UNE STRUCTURE MÉDICALE

Dans les cas où la présence des forces de l'ordre dans une structure médicale est requise – par exemple pour emmener un patient détenu se faire soigner –, il faut veiller à ce que les personnels de santé soient

en mesure de s'acquitter de leurs tâches en toute sécurité et sans entrave inutile, et à ce que les services de santé soient le moins possible perturbés. Des mesures pratiques telles que l'utilisation d'une entrée séparée (convenue au préalable avec la structure médicale) peuvent contribuer à réduire les perturbations.

COMMENTAIRE

Dans les points d'interaction étudiés ci-dessus entre les forces de l'ordre et les prestataires de soins de santé, de nombreuses difficultés peuvent être surmontées en établissant une coordination et une interaction préalables. De même, dans les structures médicales, le dialogue préalable constitue une étape essentielle pour réduire les éventuels points de friction. Cependant, au sein même de la structure médicale, il y a des moments où les responsabilités et les devoirs des professionnels de la santé peuvent entrer en conflit avec les activités et les responsabilités des organismes chargés de l'application des lois, nécessitant un dialogue et une pesée des intérêts pour garantir le respect des droits du patient.

Les représentants des forces de l'ordre et les personnels de santé ont chacun des rôles et des responsabilités distincts et légitimes. Les forces de l'ordre poursuivent des objectifs de justice pénale tandis que les personnels de santé ont pour mission de prodiguer des soins médicaux⁴⁵. C'est souvent dans la salle des urgences que ces deux mandats peuvent être amenés à interagir l'un avec l'autre.

La présence de responsables de l'application des lois dans une salle des urgences, qui est le point d'entrée de nombreuses structures médicales, peut avoir de multiples raisons, notamment « assurer la sécurité publique, empêcher l'évasion des patients en détention, recueillir des preuves, documenter les blessures et, dans certains cas, effectuer des patrouilles dans les salles d'attente des urgences »⁴⁶. Dans l'exercice de ces fonctions, les forces de l'ordre interagissent avec les personnels de santé dont les objectifs sont avant tout médicaux et dont la seule préoccupation doit être le bien-être de leur patient, conformément à l'éthique médicale. Dès lors, « les interactions entre les représentants des forces de l'ordre et le personnel médical du service des urgences sont compliquées par la nécessité de trouver un équilibre entre les intérêts liés à la santé des personnes et les intérêts de l'État en matière de justice pénale »⁴⁷.

La nécessité de mettre en balance ces deux intérêts exige des discussions préalables entre les forces de l'ordre et les structures médicales afin de définir des procédures pour gérer ce qui pourrait devenir des priorités concurrentes. Cela est particulièrement important dans les situations identifiables en amont comme étant susceptibles de générer des intérêts concurrents, notamment le partage d'informations relatives aux patients, l'arrestation et le transfert de patients pris en charge, le signalement des blessures par balle et la conduite d'opérations spécifiques de maintien de l'ordre, telles que des perquisitions, au sein des structures médicales.

Le droit international des droits de l'homme fournit des indications importantes dans ces contextes. Les orientations formulées dans l'Observation générale n° 14 du CDESC évoquent la notion d'« acceptabilité » (paragraphe 12), ainsi décrite : « Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés. » Le paragraphe 35 indique que l'obligation de protéger le droit à la santé englobe notamment le devoir de « faire en sorte que les praticiens et autres professionnels de la santé possèdent la formation et les aptitudes requises et observent des codes de déontologie appropriés »⁴⁸.

⁴⁵ M. Harada *et al.* « Policed Patients: How the Presence of Law Enforcement in the Emergency Department Impacts Medical Care », 28 juillet 2021, *The Practice of Emergency Medicine/Original Research*, vol. 78, n° 6, p. 738-748, [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(21\)00380-2/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(21)00380-2/fulltext)

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Voir également A. Breitegger, « The Legal Framework Applicable to Insecurity and Violence Affecting the Delivery of Health Care in Armed Conflicts and Other Emergencies », *Revue internationale de la Croix-Rouge* (2013), 95 (889), 83-127, p. 121-122.

L'Observation générale du Comité des droits de l'homme des Nations Unies sur le Pacte crée un cadre important pour évaluer les manquements au devoir de confidentialité. L'Observation générale n° 16 stipule que : « L'État doit prendre des mesures efficaces afin d'assurer que [les] renseignements [concernant la vie privée d'individus] ne tombent pas entre les mains de personnes non autorisées par la loi à les recevoir, les traiter et les exploiter, et ne soient jamais utilisés à des fins incompatibles avec le Pacte⁴⁹. »

C'est dans le cadre du signalement des patients blessés par balle que ce principe est souvent mis à l'épreuve. Selon un avis juridique rédigé pour le CICR sur l'obligation de signaler les blessures par balle à la police :

Seuls quatre pays n'imposent aucune obligation de divulguer les blessures par balle : la France, le Niger, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Soudan du Sud. Il semblerait donc que, dans ces pays, un médecin ne serait en principe tenu de divulguer des informations confidentielles relatives à un patient blessé par balle que si un tribunal l'y oblige. Toutefois, même lorsqu'ils ne sont pas tenus de le faire, on constate dans la pratique que les professionnels de la santé de certains de ces pays signalent quand même les blessures par balle aux autorités gouvernementales⁵⁰.

L'avis poursuit en notant que, « dans la plupart des pays, la présence d'une blessure par balle n'est pas expressément citée comme un motif suffisant pour justifier l'obligation de divulguer des informations confidentielles »⁵¹. Dans certains pays, l'obligation de signaler une blessure par balle est plutôt fondée sur le fait que le personnel de santé soupçonne qu'une infraction pénale a été commise. Dès lors, « ces personnels de santé se retrouvent dans la situation de devoir évaluer la gravité de l'infraction pénale qu'ils soupçonnent sans avoir aucune expérience ou connaissance en matière juridique ou pénale »⁵².

Le résumé du rapport du CICR indique que « l'existence d'une obligation de confidentialité médecin-patient est de nature universelle mais, en dehors de cela, il n'y a guère d'uniformité concernant le devoir de signalement et ses interactions avec le devoir de confidentialité dans les pays visés et aucun pays ne prévoit de procédure spécifique pour résoudre ces conflits »⁵³.

L'absence de procédures pour résoudre ces conflits met une fois de plus en avant la nécessité d'avoir des discussions et de conclure des accords avant l'émergence d'une situation d'urgence entre les forces de l'ordre et les structures médicales. Comme le fait remarquer le CICR, « en matière d'exceptions, il ne faut pas laisser un pouvoir discrétionnaire susceptible d'ôter toute sa substance au principe de la confidentialité médicale »⁵⁴.

Selon Janeway, Samra et Song, « l'incapacité à délimiter clairement les fonctions des forces de l'ordre en matière de sécurité, d'intervention d'urgence et de maintien de l'ordre conduit à divulguer des informations confidentielles concernant les patients qui vont bien au-delà des mandats et autorisations officiels »⁵⁵. Les auteurs de l'étude ajoutent que « les médecins ont la responsabilité individuelle de protéger leurs patients contre les comportements policiers illicites et déplacés. Mais, en fin de compte, c'est

49 Physicians for Human Rights et School of Public Health and Primary Health Care, Université du Cap, faculté des sciences de la santé, « Dual Loyalty & Human Rights In Health Professional Practice; Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms », 2002, <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

50 S. De Dycker *et al.*, *op. cit.* (notes 22 et 24), <https://www.isdc.ch/media/1834/17-120-final-nov19.pdf>

51 *Ibid.*

52 *Ibid.*

53 CICR, « Study provides insight on health staff practices revolving reporting gunshot wounds », 9 décembre 2019, <https://www.icrc.org/en/document/report-gunshot-wounds-study-gives-fresh-insights-obligation-health-staff>

54 CICR, L'initiative « Les soins de santé en danger », « Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé », mai 2015, <https://shop.icrc.org/domestic-normative-frameworks-for-the-protection-of-health-care-pdf-fr.html>

55 H. Janeway, S. Samra, J. Song, « An Ethical, Legal, and Structural Framework for Law Enforcement in the Emergency Department », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 78, n° 6, 2021, p. 749-751, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064421007964>

l'hôpital qui est responsable de protéger la confidentialité, la dignité et l'autonomie des patients »⁵⁶. Selon eux, « les hôpitaux doivent mettre en place des politiques et des protocoles clairs concernant la présence de la police et les demandes de renseignements sur les patients formulées par les forces de l'ordre »⁵⁷. Ils font valoir que « les hôpitaux devraient être les gardiens de la sphère privée. Au lieu de cela, ils ont rendu publics les espaces dédiés aux soins des patients, et les tribunaux se sont rangés aux limites fixées par les hôpitaux »⁵⁸.

Il existe des précédents d'établissement des normes les plus élevées en matière de respect de la confidentialité des patients. En Belgique, le Code de déontologie médicale (article 55) prévoit que les médecins sont tenus au secret professionnel en toutes circonstances. 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 dépositaires⁵⁹.

La nécessité de préserver la confidentialité des patients est un fondement éprouvé de la confiance des patients dans les soins de santé qui leur sont fournis. En 1927 déjà, un éditorial du *Journal of the American Medical Association* (JAMA) notait que l'obligation « de signaler les blessures par balle et autres blessures dues aux armes à feu risque de conduire les personnes ainsi blessées à remettre leur traitement médical à plus tard, voire à renoncer à se faire soigner, afin d'éviter que ces éléments soient rendus publics. [...] Une législation qui tend à produire ce genre de résultats peut difficilement être considérée comme souhaitable »⁶⁰. Une étude de Schwartz a révélé qu'une ligne de démarcation insuffisante entre les personnels de santé et les organismes d'application des lois attisait la méfiance envers les prestataires de soins de santé et l'ensemble des établissements médicaux. Une autre étude (Hacker *et al.*) a montré que la crainte d'une collaboration entre les forces de l'ordre et les prestataires de soins de santé poussait les populations de patients immigrés à moins recourir aux services de santé.

Les recommandations formulées dans ce rapport préconisent l'établissement de procédures favorisant la conduite des activités légitimes d'application des lois tout en préservant la confidentialité des patients et en permettant aux personnels de santé d'agir conformément à leur éthique médicale, garantissant ainsi le maintien de la confiance dans les prestataires de soins. Pour les personnels de santé, il s'agit de veiller à ce que la présence et les demandes de la police soient évaluées et traitées selon des politiques établies et accessibles en toute transparence. Quant aux forces de l'ordre, elles doivent veiller à suivre les normes de procédure les plus élevées en matière de diligence raisonnable lorsqu'elles interagissent avec les patients dans les structures médicales.

La mise en place d'instructions permanentes entre les forces de l'ordre et les structures médicales peut aider à surmonter bon nombre des incertitudes et des points de tension qui peuvent exister au sein d'un établissement de santé. L'élaboration d'une politique d'interaction entre les forces de l'ordre, les patients et les personnels de santé nécessite de prendre en compte une série de considérations éthiques et juridiques, notamment la confidentialité, l'autonomie et la dignité du patient, l'impact de la présence des forces de l'ordre sur les soins fournis, la législation nationale concernant la déclaration obligatoire de certains cas (blessures par balle, etc.) et les chaînes de traçabilité des preuves⁶¹.

56 *Ibid.*

57 *Ibid.*

58 *Ibid.*

59 CICR, L'initiative « Les soins de santé en danger », « Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé », mai 2015, <https://shop.icrc.org/domestic-normative-frameworks-for-the-protection-of-health-care-pdf-fr.html>

60 JAMA, « Compulsory Reporting of Gunshot Wounds », 1927 ; 88:404, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/245134>

61 Morsal Tahouni, Emory Liscord et Hani Mowafi, « Managing Law Enforcement Presence in the Emergency Department: Highlighting the Need for New Policy Recommendations », 2015, *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 49, n° 4, https://www.researchgate.net/publication/279067936_Managing_Law_Enforcement_Presence_in_the_Emergency_Department_Highlighting_the_Need_for_New_Policy_Recommendations

L'élaboration de ces lignes directrices ou instructions permanentes devrait s'inspirer des principes de déontologie médicale ci-après⁶² :

Considérations d'éthique médicale concernant la présence des forces de l'ordre dans les structures médicales

Le principe d'autonomie renvoie au droit du patient de décider des soins médicaux qui lui sont administrés sans être influencé ou contraint par des tiers. Le patient est-il en état d'arrestation ou en garde à vue, ou la police accompagne-t-elle simplement le patient en vue de l'interroger ? Quelles sont les lois locales qui s'appliquent à ces patients ?

La bienveillance fait référence à la responsabilité du médecin d'éviter de « nuire aux patients de manière délibérée, inutile ou évitable ». La présence de la police entrave-t-elle les soins prodigués au patient ou trahit-elle sa confiance ou son droit à la confidentialité ?

Le principe de bienfaisance exige que le médecin ait une influence positive sur la santé du patient. La présence des forces de l'ordre contribue-t-elle au bien des patients d'une manière ou d'une autre ?

En vertu du principe de justice, tous les patients doivent être traités de la même manière, quelle que soit leur situation personnelle ou financière. Le patient est-il traité avec le même respect et reçoit-il les mêmes soins que toute autre personne admise aux urgences s'attendrait à recevoir ?

Source : « To Protect and Serve : The ethical dilemma of allowing police access to trauma patients ».

62 Katherine C. Ott, Douglas Brown, Ira J. Kodner, Kathryn Bernabe et Jennifer Yu, « To Protect and Serve: The ethical dilemma of allowing police access to trauma patients », American College of Surgeons, 4 octobre 2017, <https://bulletin.facs.org/2017/10/to-protect-and-serve-the-ethical-dilemma-of-allowing-police-access-to-trauma-patients/>

4. COMMUNAUTÉS ET FORCES DE L'ORDRE EN SITUATION D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE : NÉCESSITÉ ET PROPORTIONNALITÉ

RECOMMANDATION 4.1 : FORMATION À LA NOUVELLE LÉGISLATION

Les membres des forces de l'ordre doivent être formés comme il convient à toute nouvelle législation adoptée pour faire face à une urgence de santé publique ou à toute autre situation d'urgence. Il est particulièrement important de veiller à ce que l'application des mesures de contrôle de la santé publique ne compromette pas la prestation des soins de santé (comme le ferait, par exemple, une application trop stricte des mesures de confinement en entravant les déplacements des personnels de santé et des patients).

RECOMMANDATION 4.2 : ÉQUIPEMENT DE PROTECTION

Les forces de l'ordre devraient disposer de l'équipement de protection adapté à leur niveau d'exposition lorsqu'elles interviennent pour faire appliquer les lois pendant une pandémie. Cela contribuerait également à ce que leur présence dans les structures médicales ne mette pas davantage en danger les personnels de santé et les patients.

RECOMMANDATION 4.3 : LIGNES DIRECTRICES SUR LE RÔLE DES FORCES DE L'ORDRE DANS LA LUTTE CONTRE UNE PANDÉMIE

Il convient d'établir des lignes directrices et des instructions permanentes claires définissant le rôle des forces de l'ordre dans le déploiement des mesures de santé publique en parallèle avec les personnels de santé. Il faut tenir compte de la nécessité pour les personnels de santé de conserver la confiance des populations qui peuvent se méfier des forces de l'ordre. Cela peut nécessiter un effort accru pour établir une distinction claire entre les personnels de santé et les forces de l'ordre. D'autres facteurs à prendre en compte sont le rôle des forces de l'ordre dans le contrôle des foules, par exemple sur un site de vaccination ou de quarantaine, et leur rôle dans la protection des personnels de santé lorsque ceux-ci sont en danger.

RECOMMANDATION 4.4 : RÔLE DES FORCES DE L'ORDRE DANS LA LUTTE CONTRE L'AUGMENTATION DES CAS DE VIOLENCE SEXUELLE ET SEXISTE LORS D'UNE PANDÉMIE

Les forces de l'ordre doivent mettre en place des mesures pour s'assurer que les personnes exposées à la violence sexuelle et sexiste, ou victimes/survivantes de cette violence, bénéficient de l'assistance accrue dont elles ont besoin de la part des forces de l'ordre durant les pandémies qui les rendent plus vulnérables. Il s'agit notamment de permettre aux victimes/survivant·e·s de violences sexuelles et sexistes de se déplacer durant les couvre-feux ou les confinements, de prévoir des codes ou des mots de sécurité que les personnes en danger peuvent utiliser dans des lieux désignés, comme les pharmacies, pour déclencher l'intervention des forces de l'ordre en vue de faciliter l'accès aux soins de santé ou d'assurer leur sécurité, ainsi que des zones sûres pour héberger les survivant·e·s de violences sexuelles ou sexistes ou les personnes à risque. À noter que le signalement obligatoire des cas de violences sexuelles ou sexistes aux forces de l'ordre par les personnels de santé n'est en aucun cas considéré comme une bonne pratique car il peut réduire l'accès aux soins de santé pour les victimes/survivant·e·s.

RECOMMANDATION 4.5 : PROTECTION DES GROUPES STIGMATISÉS

Les forces de l'ordre doivent identifier les personnes et les groupes potentiellement exposés à un risque de stigmatisation et de violence lors d'une pandémie et veiller à ce que des mécanismes aient été mis en place pour garantir leur sécurité.

RECOMMANDATION 4.6 : COMMUNICATION

Les forces de l'ordre personnifiant le plus souvent l'imposition des mesures de confinement lors d'une pandémie, il est particulièrement important de communiquer régulièrement sur ces mesures, leurs objectifs et les moyens d'obtenir des dérogations, notamment pour faciliter l'accès aux soins en toute sécurité.

COMMENTAIRE

Les forces de l'ordre sont souvent les premières à être mobilisées pour faire appliquer les mesures de santé publique en cas d'urgence de santé publique, telle une pandémie⁶³. Dans la lutte contre la pandémie de Covid-19, le rôle des forces de l'ordre consistait généralement à faire appliquer les directives de santé publique visant à réduire les risques dans certains lieux publics (par exemple, en imposant le port du masque), ainsi qu'à s'occuper plus spécifiquement des mises en quarantaine des personnes ou de la sécurisation des structures médicales et des centres de dépistage⁶⁴. Ce rôle pouvait toutefois varier radicalement d'un contexte à l'autre, en fonction des restrictions mises en place par les différents gouvernements, voire par les différentes régions d'un même pays. « En cas de réaction agressive des autorités, il pouvait être demandé à la police d'appliquer des directives de santé publique telles que le port du masque, la suppression des activités de contact en intérieur ou des activités impliquant d'importants contacts directs, ou encore l'interdiction des manifestations et des grands rassemblements. À l'inverse, si la riposte des autorités en matière de santé publique restait limitée ou timide, il arrivait que la police ne participe pas du tout à la gestion du risque pour la santé publique⁶⁵. » Si les départements de la santé publique sont la plupart du temps chargés de la riposte face à la pandémie, les forces de l'ordre sont censées faire respecter les éléments obligatoires de cette riposte. Comme dans les autres circonstances où les personnels de santé et les forces de l'ordre interagissent, cela nécessite une planification conjointe.

Les questions soulevées dans le cadre des entretiens menés pour ce rapport portaient globalement sur les thèmes suivants :

- l'impact du Covid-19 sur les forces de l'ordre elles-mêmes et le manque de formation et de mesures adéquates pour faire face aux risques ;
- l'application inappropriée de mesures de santé publique entravant sans le vouloir le travail des personnels de santé ;
- les difficultés pour les forces de l'ordre de rester à jour et de s'adapter à l'évolution rapide des réglementations ;
- l'augmentation des troubles sociaux associés aux mesures de confinement, aux tensions économiques et à la politisation de la riposte face à la pandémie dans de nombreux contextes.

La ligue nationale des villes (National League of Cities) aux États-Unis a élaboré des lignes directrices sur le rôle des forces de l'ordre pendant le Covid-19, qui recommandaient ce qui suit :

Les politiques de l'État et du gouvernement local relatives au Covid-19 doivent être clairement communiquées à tous les représentants de la loi au niveau local. Les responsables locaux de l'application des lois doivent établir clairement comment leurs représentants doivent interagir avec la communauté et faire respecter les règles. Les représentants des forces de l'ordre doivent être prêts à répondre aux questions sur la disponibilité des kits de dépistage, les restrictions de voyage, la quarantaine et l'isolement, ainsi que les mesures de sécurité personnelle (y compris à qui la population doit s'adresser pour obtenir ces renseignements). Le premier rôle des forces de l'ordre doit être de renseigner la population sur les restrictions actuelles et d'encourager les gens à se conformer aux déclarations d'urgence sanitaire de l'État et des collectivités locales⁶⁶.

63 W. G. Jennings, N. M. Perez, « The Immediate Impact of COVID-19 on Law Enforcement in the United States », *Am J Crim Just* 45, 690–701 (2020), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275851/>

64 Jackson et al. « Promising Practices from Law Enforcement's COVID-19 Response », Rand Corporation, 2021, https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RBA108-1.html

65 *Ibid.*

66 Y. Ors, « Role of Law Enforcement During COVID-19 Pandemic », 25 mars 2020, National League of Cities, <https://www.nlc.org/article/2020/03/25/role-of-law-enforcement-during-covid-19-pandemic/>

Ce que la pandémie a démontré, c'est que la confiance de la communauté envers les personnels de santé et les forces de l'ordre est essentielle pour garantir le respect des mesures de santé publique mises en place pour gérer la situation. « Si l'on veut promouvoir le respect volontaire de ces mesures de santé publique, des relations positives entre la police et les communautés et la confiance du public sont indispensables⁶⁷. » Pour préserver la confiance et la légitimité des gouvernements en situation de pandémie, le sous-secrétaire général de l'ONU auprès du Bureau de l'État de droit et des institutions chargées de la sécurité au sein du Département des opérations de paix a fait valoir qu'il était « par conséquent dans l'intérêt des gouvernements de veiller à ce que toute restriction des droits en cas d'urgence soit nécessaire, proportionnelle, légale et limitée dans le temps »⁶⁸.

Dans de nombreux pays, la pandémie a entraîné une augmentation des cas signalés de violences sexistes et de féminicides, comme le montre l'exemple suivant :

On estime que sept féminicides sur dix en Amérique latine sont commis au domicile de la victime, et le confinement lié au coronavirus a enfermé les femmes sous le même toit que leurs agresseurs. Les conséquences ont été immédiates et dramatiques. Plusieurs pays ont enregistré une multiplication des appels aux lignes d'urgence après l'instauration du confinement au domicile. L'Argentine, par exemple, a signalé une hausse de 39% depuis le mois de mars, tandis que la Colombie enregistrerait une explosion des appels de 90%. Au Mexique, les appels d'urgence aux centres d'hébergement ont augmenté de 60%. Dans l'État de São Paulo, les appels à la ligne d'urgence 190 de la police militaire ont connu une hausse de 45%⁶⁹.

Le confinement n'a pas seulement cloîtré les victimes de violence domestique à leur domicile ; il a également limité leur capacité à se déplacer pour chercher de l'aide. Il a été signalé que les forces de l'ordre n'étaient souvent pas conscientes de la nécessité ou de leur devoir de faciliter les déplacements des victimes de violences domestiques amenées à chercher de l'aide en violation des mesures de confinement. Dans certains pays, la loi a expressément autorisé les femmes à quitter leur domicile pour chercher de l'aide.

Un ensemble de lignes directrices, rédigé à l'intention de la police indienne sur le respect des droits de l'homme dans le cadre de l'application du confinement, recommandait ce qui suit :

Prendre des mesures spéciales et formuler des plans pour répondre aux besoins et aux vulnérabilités spécifiques des femmes, des enfants, des personnes malades, âgées, handicapées ou de tout autre groupe qui sera particulièrement gêné par les restrictions en matière de déplacement et d'interaction sociale, notamment :

- a. assurer la livraison des rations alimentaires ou des médicaments à leur domicile ;
- b. escorter toute personne ayant besoin d'aide jusqu'à un hôpital, une banque, un magasin distribuant des rations ou des vivres, ou tout autre service essentiel ;
- c. faciliter la continuité des services médicaux ou de soutien, en particulier pour les personnes malades, âgées et handicapées, ou toute personne ayant besoin d'aide ;
- d. dans la mesure du possible, prendre régulièrement des nouvelles par téléphone de toute personne ayant besoin d'aide⁷⁰.

67 W. G. Jennings, N. M. Perez, *op. cit.* (note 63) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275851/>

68 A. Zouev, « COVID and the Rule of Law: A dangerous Balancing Act », Nations Unies, 2020, <https://www.un.org/en/coronavirus/covid-and-rule-law-dangerous-balancing-act>

69 A. Prusa *et al.*, « Pandemic of Violence: Protecting Women during COVID-19 », 27 mai 2020, New Security Beat, <https://www.newsecuritybeat.org/2020/05/pandemic-violence-protecting-women-covid-19/>

70 Commonwealth Human Rights Initiative, « Respecting Human Rights while Enforcing the Lockdown: Guidelines for Police », mars 2020, <https://www.theiacp.org/sites/default/files/CHRI%20Guidelines%20to%20the%20Police%20Lockdown%2031%20March%202020.pdf>

Les lignes directrices recommandaient par ailleurs à la police de :

Reconnaître les difficultés et les problèmes de sécurité particuliers auxquels sont confrontés les groupes vulnérables, notamment les sans-abri, les travailleurs migrants, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les membres de groupes minoritaires, les femmes et les enfants vivant dans des environnements dangereux, et les communautés susceptibles d'être victimes de crimes haineux. Pour commencer, il faudrait :

- a. concevoir des services ou des stratégies de soutien spécifiques pour toute personne ayant besoin d'aide ;
- b. consulter les organisations de la société civile et les autres parties prenantes concernées pour mettre en place un système d'orientation efficace pour toute personne ayant besoin d'aide ;
- c. garantir à toute personne ayant besoin d'aide la présence et l'intervention de la police⁷¹.

Ces lignes directrices soulignent la nécessité pour les forces de l'ordre de prendre en considération la vulnérabilité accrue et la montée des tensions politiques causées par la pandémie. « Dans ce contexte, il convient d'opter pour une approche douce du maintien de l'ordre privilégiant l'interaction communautaire, l'empathie et la compassion, plutôt que l'approche traditionnelle militarisée généralement adoptée par les services de police⁷². »

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Z. Waseem, « Coronavirus Pandemic Puts Police in the Spotlight in Pakistan: Health crisis reveals challenges and offers an opportunity for police reform », 16 juin 2020, Institut des États-Unis pour la paix (United States Institute of Peace), <https://www.usip.org/publications/2020/06/coronavirus-pandemic-puts-police-spotlight-pakistan>

5. CONTRÔLE DES FRONTIÈRES, IMMIGRATION ET ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

RECOMMANDATION 5.1 : STATUT JURIDIQUE ET ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Tous les migrants qui en ont besoin devraient avoir accès aux soins de santé, quel que soit leur statut, sans crainte d'être arrêtés, placés en détention ou expulsés. Les forces de l'ordre ne doivent pas exiger des personnels de santé qu'ils exercent des activités de maintien de l'ordre liées à la migration et doivent respecter le devoir des personnels de santé de préserver le secret médical, sauf dans des circonstances particulières. Par conséquent, les forces de l'ordre ne doivent pas exiger des personnels de santé qu'ils signalent les patients en fonction de leur statut juridique dans un pays ni qu'ils partagent les informations personnelles recueillies auprès des migrants dans l'exercice de leur mission médicale en vue d'utiliser ces informations à des fins de maintien de l'ordre ou de surveillance.

RECOMMANDATION 5.2 : FRANCHISSEMENT IRRÉGULIER DES FRONTIÈRES ET ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Les forces de l'ordre engagées dans les activités de contrôle des frontières devraient élaborer des protocoles garantissant l'accès aux soins de santé des migrants traversant une frontière de façon irrégulière, ceux-ci pouvant être particulièrement vulnérables à la suite de leur périple ou en raison des conditions régnant au point de passage irrégulier. La privation de l'accès aux soins de santé ne devrait pas être considérée comme une mesure dissuasive pour empêcher le franchissement irrégulier des frontières.

RECOMMANDATION 5.3 : PLANIFICATION PRÉALABLE

Les autorités publiques doivent traiter les migrants avec humanité en toutes circonstances et s'abstenir de faire un usage excessif de la force dans les opérations de gestion des frontières. La force ne doit être utilisée qu'en dernier ressort, lorsque les autres moyens restent sans effet ou ne permettent pas d'escompter le résultat désiré. Conformément aux dispositions du droit international des droits de l'homme, tout usage de la force doit être conforme aux principes et aux exigences de légalité, nécessité, proportionnalité, précaution et responsabilité. En toutes circonstances, il y a lieu d'encourager la médiation et la désescalade. Les forces de l'ordre jouant un rôle dans le contrôle des frontières doivent garantir l'accès aux soins de santé avant de lancer toute opération de maintien de l'ordre pouvant entraîner l'emploi de la force. La question de l'accès indispensable aux soins de santé doit être coordonnée entre les gardes-frontières des différents pays, les premiers intervenants, les ambulances et les hôpitaux susceptibles de recevoir des patients. Si nécessaire, l'accès au « no man's land » doit être coordonné avec les ambulances et les premiers intervenants, et le passage en toute sécurité des patients vers la structure médicale la plus proche doit être assuré avant toute activité de maintien de l'ordre. Les patients ne doivent pas être transportés des structures médicales vers les centres de détention pour immigrés ou les centres de pré-renvoi avant la fin de l'intervention médicale.

COMMENTAIRE

Les forces de l'ordre ont un rôle spécifique à jouer dans le contrôle de l'immigration et des frontières. C'est dans l'exercice de ces fonctions que les forces de l'ordre et les personnels de santé sont amenés à interagir. Les migrants, notamment les réfugiés, sont souvent plus vulnérables en raison de barrières linguistiques, de facteurs socio-économiques et de leur exposition à la violence ou à des environnements hostiles, et peuvent avoir besoin de soins de santé ou chercher à en obtenir à différentes étapes de leur voyage ou dans le pays de destination.

Aux États-Unis, l'organisme qui supervise la patrouille frontalière a déclaré qu'en moyenne ses agents « s'étaient rendus à l'hôpital à 69 reprises par jour dans tout le pays. Durant le premier semestre de

l'année, le gouvernement fédéral a déclaré que les agents de la patrouille frontalière avaient passé environ 153 000 heures à surveiller les personnes détenues dans les hôpitaux, car de plus en plus de familles et d'enfants traversaient la frontière depuis le Mexique. Cela équivaut à environ 20 000 gardes de 8 heures en milieu hospitalier », un chiffre qui démontre clairement l'étendue de l'interaction entre les forces de l'ordre et les personnels de santé dans le contexte de la migration⁷³.

Nombre des recommandations élaborées à l'intention des forces de l'ordre en général dans une structure médicale s'appliqueraient également dans le contexte de la migration, puisque le droit à la santé s'étend aux migrants, quel que soit leur statut juridique.

Certaines considérations spécifiques doivent cependant être prises en compte. La première est la peur d'être arrêtés ou expulsés que peuvent ressentir de nombreux migrants en situation irrégulière en accédant aux établissements de santé publics. Cette peur érige souvent une barrière informelle qui empêche l'accès des migrants aux soins de santé et à d'autres services essentiels. Elle est due au fait que les personnels de santé sont susceptibles de dénoncer les migrants irréguliers aux forces de l'ordre ou aux autorités de l'immigration, à la présence généralisée des forces de l'ordre dans les hôpitaux ou aux opérations actives de contrôle déployées dans certaines structures médicales⁷⁴.

Il existe des approches qui peuvent être adoptées par un État et respectées à la fois par les forces de l'ordre et les personnels de santé afin de garantir que les migrants, y compris les réfugiés et les demandeurs d'asile, aient accès aux soins de santé sans discrimination. La prérogative d'un État de réglementer et de contrôler le phénomène de la migration vers son territoire et à l'intérieur de celui-ci revient aux autorités chargées de l'immigration et de l'application des lois. En revanche, il n'appartient pas aux professionnels de la santé de participer aux activités d'application des lois. Il faut éviter de demander aux personnels de santé, et ceux-ci ne doivent pas accepter, de divulguer des informations personnelles lorsque le non-respect de la confidentialité équivaut à une violation des droits de l'homme et de l'impératif humanitaire de « ne pas nuire » et pourrait entraîner, par exemple, des poursuites contre la personne visée, sa détention ou son expulsion. En ce qui concerne les migrants, y compris les réfugiés, pour autant qu'il n'existe aucune probabilité de préjudice pour un tiers en l'absence de divulgation, « le principe de confidentialité et de mise à disposition des services de santé aux personnes qui en ont besoin doit l'emporter sur l'intérêt de l'État à compter sur l'aide des professionnels de la santé pour faire appliquer les lois sur l'immigration. Les professionnels de la santé doivent donc refuser de signaler [les migrants en situation irrégulière] aux autorités publiques. Il peut être particulièrement difficile pour ceux qui travaillent dans des institutions publiques ou sont rémunérés par l'État de résister aux pressions en ce sens. Des mécanismes institutionnels solides doivent être mis en place pour les soutenir⁷⁵. »

73 A. Licon, « Border Patrol's growing presence at hospitals creates fear », Associated Press, 17 octobre 2017, <https://apnews.com/article/immigration-miami-us-news-ap-top-news-border-patrols-52a38ce1d4b84e289b8073b47674514e>

74 *Ibid.*

75 Physicians for Human Rights et School of Public Health and Primary Health Care, *op. cit.* (note 49), <https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf>

CONCLUSION

Les recommandations énoncées dans ce document couvrent différentes approches qui permettent d'assurer une meilleure interaction entre les personnels de santé et les forces de l'ordre.

Le premier niveau de recommandations présente un caractère opérationnel ou technique. Ces recommandations couvrent les étapes et les mesures concrètes nécessaires pour améliorer la sécurité des personnels de santé et des structures médicales, ainsi que pour faciliter l'accès aux soins. Ces mesures vont de la coordination informelle permettant, par exemple, d'assurer la sécurité du déplacement des patients par les ambulances, à la nécessité plus formelle de conclure des accords – par exemple dans le cadre d'instructions permanentes ou de lignes directrices – qui renforcent la compréhension mutuelle et précisent les modes de fonctionnement entre les personnels de santé et les forces de l'ordre en cas d'urgence. Le point commun à toutes ces recommandations opérationnelles est la nécessité d'améliorer le dialogue avant qu'une situation d'urgence survienne afin de réduire les risques de malentendus et, de manière plus générale, de garantir l'obtention de meilleurs résultats pour les patients.

Le deuxième niveau de recommandations comprend l'élaboration de politiques visant à améliorer le cadre réglementaire régissant les différents points d'interaction entre les personnels de santé et les forces de l'ordre. Ce domaine d'action exige une volonté de veiller à ce que le cadre réglementaire de l'interaction entre les forces de l'ordre et les personnels de santé serve d'abord et avant tout les intérêts des patients. Cela est indispensable pour préserver la confiance dans les soins de santé, un élément dont les pandémies mondiales comme celle du Covid-19 ont démontré qu'il était essentiel à l'efficacité de la riposte et du contrôle.

Des solutions techniques sont nécessaires pour éviter les malentendus inutiles et les interactions conflictuelles qui ne favorisent pas la protection des structures médicales et l'accès aux soins de santé. Force est cependant de constater que de nombreuses interactions conflictuelles entre les personnels de santé et les forces de l'ordre résultent de décisions politiques qui permettent aux forces de l'ordre de faire usage de pouvoirs étendus en invoquant des intérêts sécuritaires. Dans ces situations, les solutions techniques identifiées dans ce rapport ne suffiront pas à protéger les prestataires de soins de santé et les patients. Cela étant, ce document donne des exemples de bonnes pratiques fondées sur des lois, des codes de conduite et de déontologie qui ne devraient pas être détrônées par des intérêts politiques. Toujours est-il que la mise en œuvre de ces recommandations nécessitera souvent à la fois une discussion technique pour améliorer les interactions et éviter tout malentendu inutile et un dialogue politique pour démontrer que la préservation de la confiance dans les soins de santé est dans l'intérêt de tous. Si le Covid-19 a montré une chose aux personnels de santé et aux forces de l'ordre, c'est que la confiance dans les soins de santé est difficile à instaurer, facile à saper et essentielle lorsqu'il s'agit de relever collectivement un défi aussi immense qu'une pandémie mondiale.

Le CICR porte assistance aux personnes touchées par un conflit armé ou d'autres situations de violence partout dans le monde, mettant tout en œuvre pour améliorer leur sort et protéger leur vie et leur dignité, souvent en collaboration avec ses partenaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Il s'efforce en outre de prévenir la souffrance par la promotion et le renforcement du droit et des principes humanitaires universels.

Dans les zones de conflit, les communautés savent qu'elles peuvent compter sur le soutien du CICR : l'institution travaille en étroite coopération avec elles afin de comprendre leurs besoins et d'y répondre par toute une série d'activités d'importance vitale. Son expérience et son savoir-faire lui permettent de réagir de manière rapide, efficace et impartiale.

 facebook.com/icrcfrancais

 twitter.com/cicr_fr

 instagram.com/icrc



CICR

Comité international de la Croix-Rouge

19, avenue de la Paix

1202 Genève, Suisse

T +41 22 734 60 01

shop.icrc.org

© CICR, janvier 2023