



Notre monde. À vous d'agir.

XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
Genève, 28 novembre – 1^{er} décembre 2011 – Pour l'humanité



FR

31IC/11/5.3.1
Original : anglais
Pour décision

XXXI^e CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA CROIX-ROUGE ET DU CROISSANT-ROUGE

Genève, Suisse
28 novembre – 1^{er} décembre 2011

Les soins de santé en danger

Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et autres situations de violence

Document de référence

Document établi par

Le Comité international de la Croix-Rouge

Genève, octobre 2011

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

Les soins de santé en danger Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et autres situations de violence¹

1. Introduction

La violence dirigée contre les patients, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires est l'un des problèmes humanitaires majeurs auxquels le monde fait face aujourd'hui. Pourtant, elle passe souvent inaperçue. Ce problème revêt une importance cruciale pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (le « Mouvement »), en tant que fondateur et gardien du droit international humanitaire, qui protège les patients et les services de soins de santé, et en tant qu'acteur de premier plan dans le domaine médical durant les conflits armés et autres situations de violence. Chaque année, des milliers de collaborateurs et de volontaires chargés de fournir des soins de santé sont directement touchés par cette violence. En outre, les blessés et les malades se heurtent à des obstacles lorsqu'ils tentent d'accéder à des soins de santé dans les conflits armés et autres situations de violence dans le monde entier.

Reconnaissant l'importance du problème et le rôle unique que le Mouvement peut jouer pour y faire face, le Conseil des Délégués a, lors de sa dernière session tenue à Nairobi en novembre 2009, appelé le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (la « Fédération internationale ») à intensifier leurs efforts pour assurer l'accès aux services de soins de santé et leur protection dans les conflits armés et autres situations de violence. Il a été notamment demandé au CICR de continuer de recueillir des informations sur les incidents entravant et menaçant l'accès aux soins de santé, et de présenter un rapport et des recommandations à la XXXI^e Conférence internationale de 2011.

Pour donner suite à cette demande, le CICR a réalisé, dans 16 pays, une étude sur ce problème et les mesures qu'il prend pour y remédier. Le présent rapport donne un aperçu des principales conclusions de l'étude, présente les recommandations du CICR sur les moyens de faire face à ce problème, et souligne la nécessité d'un engagement accru de la part du Mouvement, des gouvernements, de la communauté médicale, des forces armées des États et des groupes armés non étatiques pour préserver les soins de santé. Ce rapport vient compléter d'autres travaux consacrés à ce problème, notamment le document de

¹ Le CICR opère principalement dans des situations de conflit armé, souvent en coopération avec les Sociétés nationales. Le CICR et les Sociétés nationales interviennent également pour répondre aux besoins découlant d'« autres situations de violence » qui, sans atteindre le niveau d'un conflit armé, peuvent avoir de graves conséquences humanitaires. Dans ces situations, les États reconnaissent que le CICR « peut prendre toute initiative humanitaire qui rentre dans son rôle d'institution et d'intermédiaire spécifiquement neutres et indépendants », conformément à l'article 5 des Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (adoptés par la XXV^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à Genève en octobre 1986 et amendés par la XXVI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en décembre 1995). Dans ces situations, le CICR mène toujours son action au vu et au su de l'État concerné et avec son plein consentement.

référence soumis au Conseil des Délégués de novembre 2009², qui présente de façon détaillée les règles de droit protégeant les soins de santé, la publication du CICR intitulée *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*³, qui rend compte de l'ampleur du problème, et le rapport intégral sur l'étude menée par le CICR sur la violence contre les soins de santé dans 16 pays⁴.

2. La violence contre les soins de santé : conclusions de l'étude du CICR

L'étude du CICR sur la violence contre les soins de santé a été lancée en 2008 dans 16 pays où l'institution mène des opérations. Des informations sur les incidents violents recensés ont été recueillies durant plus de 30 mois auprès de différentes sources, notamment des organisations médicales, les collaborateurs de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et les médias. L'objectif de l'étude était de mieux comprendre les menaces dirigées contre les soins de santé, ainsi que la vulnérabilité des structures médicales et des personnels de santé, afin d'orienter l'action menée par le CICR pour prévenir ces incidents et y faire face, le cas échéant.

Fin 2010, le CICR avait recueilli des données sur 655 incidents violents, notamment :

- ⇒ des actes de violence contre des structures médicales telles que dispensaires, hôpitaux, dépôts de matériel médical et pharmacies, et autres actes entravant leur bon fonctionnement (bombardements, tirs d'artillerie et à l'arme légère, effractions, destruction de matériel et d'équipements, pillages, etc.) ;
- ⇒ des actes de violence dirigés contre des personnels de santé, et consistant notamment à tuer, enlever, harceler, menacer, intimider ou dévaliser des agents de santé, ou à les arrêter et les détenir pour avoir prodigué des soins médicaux ;
- ⇒ des actes de violence dirigés contre des patients ou d'autres personnes qui tentaient d'avoir accès à des soins médicaux, et consistant notamment à tuer, blesser, harceler ou intimider ces personnes, ou à bloquer ou entraver l'accès rapide aux soins de santé (discrimination, interruption des soins médicaux ou refus pur et simple de fournir une assistance médicale) ;
- ⇒ des actes de violence contre les véhicules sanitaires tels que les ambulances et les véhicules privés transportant des blessés et des malades, et autres actes entravant le transport de matériel et d'équipements médicaux.

Principales conclusions

Au cours des 655 incidents recensés, 1 834 personnes ont été tuées ou blessées, parmi lesquelles 20 % étaient des patients. Les engins explosifs ont fait en moyenne, par incident, un plus grand nombre de morts et de blessés que tout autre type d'arme.

Au total, 70 % des incidents ont été le fait de forces armées régulières ou de groupes armés. Dans 33 % des cas (216 / 655), les actes de violence ont été commis par les forces armées

² « Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et autres situations de violence », CD/09/13.1, octobre 2009, document de référence soumis au Conseil des Délégués de Nairobi, Kenya, 23-25 novembre 2009.

³ *Les soins de santé en danger : exposé d'une urgence*, CICR, Genève, août 2011, disponible sur <http://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-4072.pdf>.

⁴ *Health Care in Danger: A sixteen-country study*, CICR, Genève, juillet 2011 (en anglais seulement), disponible sur <http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf>.

d'un État, et dans 36,9 % (242 / 655) des cas, par des groupes armés non étatiques. Les autres incidents étaient liés à des vols ou imputables à des proches des victimes ou à des inconnus.

L'étude a montré que la plupart des dommages causés aux **hôpitaux et autres structures médicales** étaient dus à :

- ⇒ l'utilisation par les forces armées d'un État, pendant les hostilités actives, d'engins qui ont explosé dans ces structures ou à proximité ;
- ⇒ l'irruption d'acteurs étatiques armés (forces armées et de police) dans ces structures pour arrêter ou interroger des patients ;
- ⇒ l'irruption de groupes armés dans ces structures pour intimider les personnels de santé, voler du matériel, occuper les locaux ou s'emparer de véhicules à des fins médicales ou tactiques.

Des membres du personnel médical ont été tués ou blessés dans 9 % des incidents recensés. Dans bien d'autres cas, ils ont été victimes d'intimidation, de harcèlement et d'autres formes de violence, notamment :

- ⇒ l'utilisation d'engins explosifs par les forces armées d'un État pendant les hostilités actives ;
- ⇒ des enlèvements, sur le lieu de travail, par des groupes armés non étatiques ;
- ⇒ le meurtre d'expatriés par des groupes armés non étatiques ;
- ⇒ des arrestations (un plus grand pourcentage de personnels de santé que de blessés et malades ont été arrêtés ou forcés à quitter des structures médicales) ;
- ⇒ des menaces et intimidations en lien avec leur travail.

Les principales formes de violence touchant les **véhicules sanitaires** étaient :

- ⇒ des attaques par des groupes armés étatiques ou non étatiques alors que les véhicules transportaient des patients et/ou du personnel ;
- ⇒ l'utilisation d'engins explosifs improvisés ;
- ⇒ des tracasseries ou des retards imposés aux postes de contrôle par les forces armées ou de police d'un État.

Aperçu d'un problème de grande ampleur

L'étude donne une idée générale des différents types de violence qui perturbent le bon fonctionnement des services de soins de santé dans différents contextes à travers le monde. Les cas recensés ne représentent toutefois que la partie visible de l'iceberg : le nombre d'incidents signalés est en effet bien inférieur à la réalité, en particulier dans les régions auxquelles les organisations humanitaires et les médias ne peuvent pas accéder, comme c'est le cas pour beaucoup de régions du Pakistan et d'Afghanistan. En outre, les statistiques ne montrent pas les effets multiplicateurs indirects qu'ont les attaques contre les structures médicales, lorsqu'elles interrompent les services et forcent les hôpitaux à fermer et les personnels de santé à désertir leur poste. En décembre 1996, six collaborateurs expatriés du CICR ont été tués dans l'attaque contre son hôpital de campagne de Novye Atagi, provoquant le retrait du CICR de l'hôpital et privant des milliers de patients de soins vitaux. En Somalie, un attentat suicide à la bombe visant des ministres du gouvernement, lors d'une cérémonie de remise de diplômes qui se déroulait dans la capitale, Mogadiscio, en décembre 2009 a tué des dizaines de personnes, dont certains des médecins fraîchement diplômés. Cette tragédie a privé ce pays déchiré par la guerre de compétences dont il avait cruellement besoin. On ne saura jamais avec exactitude combien de dizaines de milliers de personnes ces médecins auraient pu soigner au cours de leur vie.

L'effet perturbateur de l'insécurité sur les programmes de soins de santé préventifs, comme les campagnes de vaccination, a aussi souvent des conséquences à long terme. La lutte pour éradiquer la poliomyélite, par exemple, a essuyé des revers dans des pays comme l'Afghanistan et le Pakistan, où la sécurité des équipes de vaccination est difficile à assurer⁵. Les conflits sont aussi fréquemment à l'origine de déplacements de personnes vers des régions souvent hors de portée des systèmes de santé en place, et ce, au moment même où elles sont les plus vulnérables aux maladies. Une étude réalisée en République démocratique du Congo indique que, dans ce pays, 40 000 personnes meurent chaque mois des suites de maladies qui seraient facilement soignables, n'était l'insécurité découlant du conflit armé⁶.

Si l'étude du CICR analyse des incidents qui se sont produits avant le 1^{er} janvier 2011, les événements qui ont eu lieu depuis lors montrent bien que le problème est toujours aussi aigu. Les violents combats dont a été le théâtre la capitale ivoirienne, Abidjan, en mars 2011 ont empêché les ambulances d'évacuer les blessés et les hôpitaux d'être réapprovisionnés en médicaments et en matériel médical de première nécessité. À Mogadiscio, un mois plus tard, 12 obus se sont abattus sur l'hôpital Medina. Par chance, seul l'un de ces engins a explosé, blessant un garde et semant la panique parmi les patients et les membres du personnel de l'établissement. Le mois suivant, en Libye, trois ambulances du Croissant-Rouge libyen ont fait l'objet d'attaques dans des incidents, différents qui ont coûté la vie à un membre du personnel infirmier et blessé un patient et trois volontaires.

Le phénomène de la violence contre les soins de santé est une préoccupation humanitaire majeure. Il doit être reconnu et mieux compris, si l'on veut que des mesures de prévention et de protection soient prises afin de préserver les patients, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires.

3. Les efforts déployés par le CICR pour préserver les soins de santé

Toujours plus attentif à la question de la violence contre les services de soins de santé, le CICR a renforcé les activités qu'il menait déjà dans le domaine médical en vue de faciliter l'accès à ces services. Il a aussi lancé de nouvelles initiatives visant à susciter une prise de conscience accrue du problème et à trouver des moyens d'y faire face.

1. Améliorer l'accès aux soins de santé

Le CICR a continué de faciliter l'accès aux soins de santé pour les blessés et les malades dans les conflits armés et autres situations de violence en apportant son soutien aux structures médicales. En 2010, il a soutenu 294 hôpitaux et 270 centres de santé, et a offert une formation à la chirurgie de guerre à plus d'un millier de professionnels de la santé et une formation aux premiers secours à des volontaires dans 88 pays.

⁵ Voir par exemple le Plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Genève, disponible sur : <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/StrategyAndWork/StrategicPlan.aspx>. Voir aussi Michael Toole et al., *Report on the Independent Evaluation of the Major Barriers to Interrupting Poliovirus Transmission in Afghanistan*, OMS, Genève, octobre 2009.

⁶ B. Coghlan, R. Brennan, P. Ngoy, D. Dofara, B. Otto, M. Clements, T. Stewart, « La mortalité en République démocratique du Congo : résultats d'une enquête nationale réalisée d'avril à juillet 2004 », International Rescue Committee, 2004, disponible sur : http://www.rescue.org/sites/default/files/migrated/resources/Enquete_de_mortalite-Version_Francaise.pdf

2. Améliorer la collecte de données sur le terrain et renforcer les activités visant à protéger les soins de santé

Le CICR a revu sa pratique sur le terrain face à la violence contre les services de soins de santé et a reconnu le besoin d'accroître ses activités de prévention et de protection dans 34 des 70 délégations que compte l'institution partout dans le monde. Un certain nombre de meilleures pratiques pour prévenir cette violence, recenser les incidents et y faire face ont été communiquées aux délégations du CICR, de même que des enseignements tirés de pratiques inédites, comme le service spécial de taxis mis en place dans les provinces du sud de l'Afghanistan⁷.

Le CICR a également négocié avec les parties au conflit dans différents contextes l'accès en toute sécurité pour des organisations spécialisées dans les soins de santé. La sécurité de nombreuses structures médicales a aussi été renforcée, en construisant des murs de sacs de sable, en appliquant sur les fenêtres des films de protection contre les explosions, et en communiquant les coordonnées GPS de ces structures aux parties au conflit. Le CICR soutient en outre les efforts des Sociétés nationales pour améliorer la sécurité de leurs collaborateurs et de leurs volontaires, en particulier ceux qui s'emploient à porter assistance aux victimes des conflits armés et d'autres situations de violence.

3. Faire mieux connaître les règles qui protègent les soins de santé

Le CICR a entrepris des démarches auprès d'acteurs étatiques et non étatiques responsables de violations des règles qui protègent les patients ainsi que les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires. Il a aussi fait part publiquement de ses préoccupations concernant des incidents survenus dans différents contextes et rappelé aux combattants leurs obligations au regard du droit. Il a également publié des communiqués de presse à propos d'incidents qui se sont produits en Afghanistan, en Colombie, en Géorgie, en Irak, en Israël et dans les territoires palestiniens occupés, au Liban, en Libye, au Népal, en Somalie, à Sri Lanka, au Soudan, au Tchad et au Yémen. En Afghanistan et au Népal, l'institution a également eu recours à des émissions radiophoniques pour faire connaître les droits et les obligations en vigueur dans le domaine des soins de santé.

4. Appel à une action internationale

En août 2011, le CICR a lancé une campagne de grande envergure intitulée « Les soins de santé en danger », qui durera quatre ans. À travers cette campagne, le CICR vise à faire appel à son réseau de délégations, au Mouvement, aux États parties aux Conventions de Genève, à la communauté des soins de santé et à d'autres acteurs encore, afin qu'ils proposent des recommandations pratiques pour venir à bout de la violence contre les patients, les structures médicales et les personnels de santé. Le CICR soumet par ailleurs à la Conférence une résolution (ci-incluse) affirmant la volonté des États et des Sociétés nationales de préserver les soins de santé.

4. Recommandations

Pour entreprendre d'améliorer la situation sur le terrain, le CICR recommande les actions suivantes :

⁷ Le CICR gère un service de taxis qu'il a mis en place pour transporter les blessés à partir de postes de premiers secours vers les hôpitaux de six régions de l'Afghanistan où les mauvaises conditions de sécurité empêchent les véhicules du CICR et du Croissant-Rouge afghan de se déplacer.

1. Créer une communauté d'intérêt

Le CICR s'efforce d'obtenir un soutien au sein du Mouvement, mais aussi de la part des professionnels de la santé, des organisations médicales humanitaires, des forces armées et des gouvernements du monde entier. Dans le cadre d'une action concertée pour influencer l'opinion publique internationale, faire en sorte que ce problème soit reconnu comme un défi humanitaire majeur, plaider en faveur de solutions appropriées et renforcer le respect du droit, cette communauté d'intérêt devrait s'attacher à promouvoir une culture de la responsabilité parmi tous les acteurs soucieux de protéger les soins de santé.

2. Collecter des informations de façon régulière et systématique

Afin de mieux comprendre les incidents violents portant atteinte aux soins de santé et de pouvoir prendre des mesures plus efficaces pour y faire face, des informations sur ces incidents devraient être plus systématiquement collectées et échangées.

3. Consolider et améliorer les pratiques sur le terrain

Le CICR a pris de nombreuses initiatives pour améliorer l'accès aux soins de santé et leur protection dans différents contextes où il mène des opérations. Les expériences et meilleures pratiques dans ce domaine devraient être partagées plus largement au sein du Mouvement et de la communauté des soins de santé dans son ensemble, afin de promouvoir des initiatives plus efficaces dans ce domaine.

4. Garantir la protection des structures médicales contre les dommages matériels

Dans les pays touchés par des conflits armés ou d'autres formes de violence, les hôpitaux et autres structures médicales devraient recevoir un soutien pour assurer la protection de leurs locaux contre les dommages matériels et instaurer des procédures pour signaler leur positionnement et les mouvements de leurs véhicules.

5. Obtenir un accès plus sûr pour les collaborateurs et les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Le CICR encouragera les collaborateurs et les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à intensifier leurs activités en faveur des blessés et des malades dans les conflits armés et autres situations de violence, en particulier en collectant des données sur les menaces auxquelles sont exposés les patients, les collaborateurs et volontaires chargés de fournir des soins de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires, et en prenant des mesures pour y faire face.

6. Inciter les États à prendre des mesures effectives de mise en œuvre du droit

Le CICR encouragera les États à intensifier leurs efforts pour adopter les mesures de mise en œuvre nationale qui s'imposent afin d'assurer la protection des patients, des personnels de santé, des structures médicales et des véhicules sanitaires dans les conflits armés et autres situations de violence. Tous les États qui n'ont pas encore adopté de législation nationale en la matière seront encouragés à le faire. Ils seront notamment incités à promulguer et à faire appliquer une loi qui limite l'usage des emblèmes de la croix rouge et du croissant rouge, et à développer ou adapter leur législation pénale de manière à pouvoir réprimer les violations des règles de droit qui confèrent une protection.

7. Dialoguer avec les forces armées nationales

Le CICR encouragera toutes les forces armées nationales qui ne l'ont pas encore fait à intégrer dans leurs procédures opérationnelles ordinaires des dispositions relatives à la protection des soins de santé. Ces procédures doivent notamment traiter de questions pratiques telles que la manière de gérer les postes de contrôle pour faciliter le passage des véhicules sanitaires et l'accès aux structures médicales.

8. Dialoguer avec les groupes armés non étatiques

Le CICR entreprendra systématiquement des démarches auprès des groupes armés qui ne relèvent pas du contrôle des États pour les encourager à engager un dialogue sur les lois et les pratiques relatives à la protection des soins de santé.

9. Mobiliser les institutions spécialisées dans les soins de santé et les ministères de la Santé

Le CICR renforcera son dialogue avec les ministères de la Santé et les institutions actives dans le domaine de la santé en vue de promouvoir la solidarité dans ce domaine et de mieux rendre compte des violences perpétrées contre les agents de santé, les structures médicales et les patients, ainsi que d'améliorer les mesures prises pour y faire face.

10. Susciter l'intérêt des milieux universitaires

Le CICR encouragera les établissements d'enseignement et les centres de recherche, à intégrer dans les programmes de formation en santé publique des modules sur les répercussions de la violence contre les patients, les agents de santé et les structures médicales, et sur les différents moyens d'y faire face.

Annexe 1 : aperçu des dispositions du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme qui protègent les patients, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires dans les conflits armés et autres situations de violence.

ANNEXE 1

Aperçu des dispositions du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme qui protègent les patients, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires dans les conflits armés et autres situations de violence

Le droit international humanitaire contient des règles détaillées qui visent à assurer le respect et la protection des blessés et des malades, des personnels de santé, des structures médicales et des véhicules sanitaires dans les conflits armés. Ces règles sont contraignantes pour les forces armées des États et pour les groupes armés non étatiques⁸.

Toutefois, dans les situations de violence autres que les conflits armés (« autres situations de violence »)⁹, seul le droit international des droits de l'homme s'applique, et non le droit international humanitaire¹⁰. Le droit international des droits de l'homme est moins précis que le droit international humanitaire dans la mesure où il ne prévoit pas de protection spécifique pour les personnels de santé et les structures médicales. Les règles spécifiques en la matière sont souvent établies à partir de dispositions plus générales du droit international des droits de l'homme.

Néanmoins, certaines règles fondamentales s'appliquent indépendamment de la classification de la situation. Cette annexe a pour objet de présenter les règles fondamentales régissant la protection des personnels de santé et des structures médicales, tant dans les conflits armés que dans les autres situations de violence, sans prétendre traiter du sujet de manière exhaustive.

Les règles présentées devraient être comprises à la lumière du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme en vigueur. Chacune sera suivie d'un court commentaire qui expliquera la base juridique sur laquelle elle s'appuie et fournira des indications sur la manière de l'interpréter. Lorsque le droit international humanitaire s'applique, son champ d'application s'étend à toutes les parties aux conflits armés. En revanche, dans les autres situations de violence, lorsque seul le droit international des droits de l'homme s'applique, les règles sont exclusivement applicables aux États. Cette restriction est due au fait que, si le droit international des droits de l'homme lie effectivement les États, on ne peut pas conclure, dans l'état actuel des choses, qu'il lie également les groupes armés non étatiques, comme les mouvements d'opposition¹¹.

Toutes les mesures possibles doivent être prises pour fournir des soins de santé aux blessés et aux malades sans discrimination.

Au titre du droit international humanitaire, toutes les parties à un conflit armé ont l'obligation fondamentale de fournir aux blessés et aux malades des soins de santé et une attention

⁸ Ces règles ont été décrites dans le document de référence intitulé « Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et autres situations de violence », CD/09/13.1, octobre 2009, soumis au Conseil des Délégués de Nairobi, Kenya, 23-25 novembre 2009.

⁹ Une définition des « autres situations de violence » dépasse le cadre du présent rapport. Voir la référence aux « situations de tensions internes, de troubles intérieurs, comme les émeutes, les actes isolés et sporadiques de violence et autres actes analogues », à l'art. 1.2 du PA II, où il est spécifié que ces situations ne sont pas considérées comme des conflits armés.

¹⁰ Le droit international des droits de l'homme s'applique en sus du droit national.

¹¹ Cependant, en vertu du droit pénal international et du droit interne, les membres des groupes armés non étatiques sont tenus de respecter les blessés et les malades, ainsi que les personnels et les structures de santé, et, lorsque la vie des personnes est en danger, de prodiguer tous les soins médicaux possibles.

médicale dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs. Ces soins doivent être prodigués sans aucune distinction de caractère défavorable fondée sur des critères autres que médicaux¹². La formulation « dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs » signifie qu'il ne s'agit pas là d'une obligation absolue, mais plutôt que les parties doivent prendre toutes les mesures possibles en fonction des ressources dont elles disposent et de la possibilité d'adopter de telles mesures au cœur des hostilités¹³. Cela étant, personne ne peut être laissé de façon préméditée sans assistance médicale¹⁴.

Au titre du droit international des droits de l'homme, les États ont l'obligation d'assurer le droit inaliénable à la vie, en s'abstenant de différer ou de retarder délibérément la fourniture de soins de santé à des personnes dont la vie est en danger et qui relèvent de leur juridiction¹⁵. En outre, 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 – un instrument de droit indicatif – précisent que chaque fois que le recours légitime à la force et aux armes à feu est inévitable, les membres des forces de l'ordre doivent veiller à ce que toutes les personnes blessées ou autrement touchées reçoivent une assistance et des soins médicaux aussi rapidement que possible¹⁶.

En vertu du droit à la santé, les États ont également l'obligation d'assurer la fourniture sans discrimination aucune de soins de santé primaires essentiels à tout le moins, et notamment de soins de santé préventifs, curatifs et de réadaptation¹⁷. S'il s'agit là d'une obligation à laquelle il ne peut être dérogé, elle n'est pas absolue dans la mesure où son respect dépend des ressources dont un État dispose¹⁸. Les États sont toutefois tenus d'utiliser leurs ressources disponibles et – si elles sont insuffisantes – doivent également chercher activement à s'en procurer auprès de la communauté internationale en faisant appel à l'assistance et à la coopération internationales¹⁹. Toute autre limitation du droit à la santé doit être conforme à la loi (y compris aux normes du droit international des droits de l'homme), compatible avec la nature de ce droit, dans l'intérêt des buts légitimes poursuivis, et strictement nécessaire pour assurer le bien-être général de la société. En outre, de telles limitations doivent être provisoires et sujettes à examen²⁰.

¹² Art. 3. 2) commun aux CG I-IV ; art. 12 des CG I et II ; art. 10. 2 du PA I ; art. 7. 2 du PA II ; Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck, *Droit international humanitaire coutumier*, CICR, Bruylant, 2006, règle 110 de l'étude sur le droit coutumier.

¹³ Commentaire de l'art. 10 du PA I, par. 446, 451.

¹⁴ Art. 12 des CG I et II.

¹⁵ Cela a été reconnu par la Cour européenne des Droits de l'Homme, dans *Chypre c. Turquie*, requête n° 25781/94, arrêt du 10 mai 2001, par. 219-221. Voir également, de manière plus générale, Comité des droits de l'homme, observation générale n° 6 : Le droit à la vie, 30 avril 1982, par. 5, disponible sur [http://www.ccprcentre.org/doc/ICCPR/General%20Comments/HRI.GEN.1.Rev.9\(Vol.I\).\(GC6\).fr.pdf](http://www.ccprcentre.org/doc/ICCPR/General%20Comments/HRI.GEN.1.Rev.9(Vol.I).(GC6).fr.pdf) (consulté le 9 mai 2011). Voir aussi M. Nowak, U.N. Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary, 2nd edition, Kehl-Strasbourg-Arlington: N. P. Engel, 2005, pp. 123-124.

¹⁶ En outre l'art. 6 du Code de conduite pour les responsables de l'application des lois prévoit que « [l]es responsables de l'application des lois doivent veiller à ce que la santé des personnes dont ils ont la garde soit pleinement protégée et, en particulier, prendre immédiatement des mesures pour que des soins médicaux leur soient dispensés chaque fois que cela s'impose. »

¹⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), Observation générale no 3 : La nature des obligations des États parties (art. 2, par. 1, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels / PIDESC), cinquième session (1990), par. 10 (doc. HRI/GEN/1/Rev.6, p. 14). Id., Observation générale no 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte), vingt-deuxième session (2000), par. 43 (doc. HRI/GEN/1/Rev.6, p. 88).

¹⁸ Art. 2.1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), 16 décembre 1966, 999 UNTS 171.

¹⁹ CESCR, Observation générale n°3, par. 10 : « Appréciation de l'obligation d'agir "au maximum de ses ressources disponibles" dans le contexte d'un protocole facultatif au Pacte », UN Doc. E/C.12/2007/1, 10 mai 2007, par. 10.

²⁰ Art. 4 du PIDESC ; CESCR, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 28-29, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 août 2000.

Toutes les mesures possibles doivent être prises pour rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades, sans discrimination aucune.

Au titre du droit international humanitaire, chaque fois que les circonstances le permettront, et notamment après un engagement, toutes les parties au conflit armé doivent, sans tarder, prendre toutes les mesures possibles pour rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades sans aucune distinction de caractère défavorable²¹.

Au titre du droit international des droits de l'homme, les États ont l'obligation indérogable de garantir, de manière non discriminatoire²², l'accès aux structures, aux biens et aux services médicaux, en fonction de leurs ressources disponibles²³. Tandis que ces structures, biens et services doivent être physiquement accessibles pour tous les groupes de la population, les États ont l'obligation spéciale de prendre toutes les mesures possibles – celles qui consistent notamment à rechercher, recueillir et évacuer les blessés et les malades – pour permettre aux personnes de jouir de leur droit d'accéder aux soins de santé, lorsqu'elles sont incapables, pour des raisons échappant à leur contrôle, d'exercer ce droit avec les moyens dont elles disposent²⁴. Comme il est souvent impossible pour les blessés et les malades dans des situations de violence autres que des conflits armés d'accéder à des structures médicales, en raison de leur état et/ou de la violence, s'acquitter de cette obligation implique le devoir de s'employer activement à rechercher, à recueillir et à évacuer les blessés et les malades.

Les blessés et les malades et les personnels de santé ne doivent pas être l'objet d'attaques, de privation arbitraire de la vie ni de mauvais traitements. Le recours à la force contre des personnels de santé n'est justifié que dans des circonstances exceptionnelles.

Au titre du droit international humanitaire, l'obligation fondamentale de respecter les blessés et les malades suppose, en particulier, de ne pas les attaquer, les tuer, les maltraiter, ni leur causer d'autres maux, quels qu'ils soient²⁵.

En outre, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires exclusivement affectés à des fonctions humanitaires, qu'ils soient militaires ou civils, ne peuvent pas être attaqués ni se voir infliger d'autres maux, sauf s'ils commettent, en dehors de leurs fonctions humanitaires, des actes nuisibles à l'ennemi²⁶. S'entend notamment par « actes nuisibles à l'ennemi » l'utilisation de structures médicales pour abriter des combattants valides, y entreposer des armes ou des munitions, y installer un poste d'observation militaire, ou couvrir des opérations militaires²⁷ ; ou encore le transport de troupes valides, d'armes ou de munitions, ainsi que la collecte ou la transmission de renseignements militaires²⁸. Cependant, certains actes ne sont pas considérés comme relevant de cette exception, comme par exemple le fait d'équiper les membres du personnel sanitaire d'armes légères individuelles pour leur propre défense ou celle des blessés et des

²¹ Art. 15, par. 1 de la CG I ; art. 18 de la CG II ; art. 8 du PA II ; règle 109 de l'étude sur le droit coutumier.

²² CESCR, Observation générale n° 14, par. 43.

²³ Art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 10 décembre 1948, UN-GA Res 217, annexe ; art. 12 du PIDESC.

²⁴ CESCR, Observation générale n° 14, par. 12, 37, 43.

²⁵ Art. 12 des CG I et II ; art. 16 de la CG IV ; art. 10 du PA I ; art. 7 du PA II ; commentaire de l'art. 10 du PA I, par. 446. Par définition, conformément au droit international humanitaire, les blessés et les malades s'abstiennent de tout acte d'hostilité. Voir art. 8. a) du PA I.

²⁶ Règles 25, 28, 29 de l'étude sur le droit coutumier ; art. 19, par. 1), 24-26, 35 de la CG I ; art. 23, 36 de la CG II ; art. 18, 20, 21 de la CG IV ; art. 12. 1, 15, 21 du PA I ; art. 9, 11. 1 du PA II.

²⁷ Commentaire de l'art. 21 de la CG I, p.222-223 ; commentaire de la règle 28 de l'étude sur le droit coutumier, p. 138.

²⁸ Commentaire de la règle 29 de l'étude sur le droit coutumier, p.138.

malades, ou le fait qu'ils soient escortés par un personnel militaire, ni la présence de ce personnel ; ou encore le fait que le personnel sanitaire soit en possession d'armes légères ou de munitions retirées aux blessés et malades et non encore remises aux autorités compétentes²⁹.

Au titre du droit international des droits de l'homme, les États ont l'obligation de ne soumettre quiconque relève de leur juridiction, y compris les blessés, les malades et les personnels de santé, à la privation arbitraire de la vie³⁰. Le recours à la force par des agents de l'État contre des personnels de santé ne se justifie que s'il est absolument nécessaire pour défendre des tiers d'une menace imminente contre leur vie ou leur intégrité physique³¹. Généralement, ni les blessés et les malades, ni les personnels de santé ne constituent une menace imminente telle qu'elle justifie le recours à la force contre eux. Si cela devait cependant être le cas, les responsables de l'application des lois doivent donner un avertissement clair de leur intention d'utiliser des armes à feu, en laissant un délai suffisant pour que l'avertissement puisse être suivi d'effet, à moins qu'une telle façon de procéder ne présente un danger de mort ou d'accident grave pour l'officier de police concerné ou pour d'autres personnes³².

L'accès aux structures médicales ne doit pas être arbitrairement refusé ou limité.

Au titre du droit international humanitaire, l'obligation de respecter les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires dans l'accomplissement de leurs fonctions de nature exclusivement médicale suppose que le passage des personnels de santé et des secours médicaux ne doit pas être arbitrairement entravé³³. Au même titre que toutes les autres obligations relatives aux personnels de santé et aux structures médicales, cette obligation découle de l'obligation fondamentale de respecter, de protéger et de soigner les blessés et les malades³⁴. Du fait que l'obligation de garantir des soins appropriés aux blessés et aux malades implique, par exemple, de les confier à des structures médicales ou de les transporter vers un endroit où ils pourront recevoir des soins appropriés³⁵, toute mesure entravant leur accès à des structures médicales est contraire à cette obligation. Plus généralement, les parties à un conflit doivent permettre et faciliter le passage rapide et sans encombre des secours humanitaires de caractère impartial et fournis sans aucune distinction de caractère défavorable aux civils qui en ont besoin³⁶. Si la fourniture des envois de secours reste soumise au consentement des parties concernées³⁷, ce consentement ne doit pas être arbitrairement refusé³⁸.

Au titre du droit international des droits de l'homme, l'obligation indérogable de respecter le droit à la santé, qui inclut l'accès aux structures, aux biens et aux services médicaux sans discrimination, exige des États qu'ils s'abstiennent de refuser ou de limiter arbitrairement un

²⁹ Art. 22 de la CG I ; commentaires des règles 25, 29 de l'étude sur le droit coutumier, p. 115-116, 138-139.

³⁰ Art. 6. 1 du PIDESC ; art. 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), 4 novembre 1950, CETS n° 5 ; art. 4 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme, O.A.S. Treaty Series No. 36, 1144 U.N.T.S. 123, entrée en vigueur 18 juillet 1978 ; art. 4 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 27 juin 1981, OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5.

³¹ Art. 2. 2 CEDH ; *CDH, Guerrero c. Colombie*, Communication n° R.11/45, 31 mars 1982, par. 13.2, 13.3, UN Doc. Supp. No. 40(A/37/40), p. 152-163 ; *Inter-American Court of Human Rights (IACtHR), Las Palmeras*, Judgment, 26 November 2002, Ser. C No. 96 (2002) ; *Nowak*, op. cit., p. 128 ; principes 9, 10 des Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois, UN Doc. A/CONF.144/28/Rev.1 (1990).

³² Principes 9, 10 des Principes de base sur le recours à la force, op.cit.

³³ Commentaire de l'art. 12 du PA I, p. 168, par. 517.

³⁴ Commentaire de l'art. 12 de la CG I, p. 147.

³⁵ Commentaire de l'art. 12 de la CG I, p. 150 ; commentaire de l'art. 8 du PA II, p.1437, par. 4655.

³⁶ Règle 55 de l'étude sur le droit coutumier ; art. 70 du PA I ; art. 18. 2 du PA II. Voir également l'art. 23 de la CG IV.

³⁷ Ibid.

³⁸ Commentaire de la règle 55 de l'étude sur le droit coutumier, p.263.

tel accès aux blessés et aux malades, par exemple en guise de mesure punitive à l'encontre d'opposants politiques³⁹. Des restrictions à l'accès des médecins aux personnes ayant besoin de soins et considérées comme des opposants au gouvernement constituent des limitations arbitraires, car un État qui y a recours pourra difficilement faire valoir qu'elles sont compatibles avec la nature fondamentale du droit d'accès aux soins de santé⁴⁰. En outre, des limitations pour raisons de sécurité nationale ne pourront être invoquées que si elles servent le bien-être économique et social de la population d'un État⁴¹. De telles mesures ne sont pas envisageables là où elles auraient pour effet de priver la population de soins de santé dont elle a besoin de toute urgence.

Les personnels de santé ne doivent pas être gênés dans l'accomplissement de leurs tâches de nature exclusivement médicale, ni être harcelés au seul motif qu'ils portent assistance aux blessés et aux malades.

Au titre du droit international humanitaire, l'obligation de respecter les personnels de santé qui accomplissent leur devoir de nature exclusivement médicale suppose également l'obligation de ne pas perturber arbitrairement leur travail, de manière à ce que les blessés et les malades puissent être soignés⁴². Les parties au conflit n'inquiéteront ni ne puniront les personnels de santé pour avoir exercé une activité de caractère médical conforme à la déontologie. Elles ne les contraindront pas non plus à accomplir des actes contraires à la déontologie, et ne les empêcheront pas d'accomplir des actes exigés par celle-ci⁴³. Ces règles interdisent par exemple que des forces ou des groupes armés ne prennent le contrôle d'un hôpital par la force pour harceler, intimider ou arrêter des professionnels de la santé.

De telles pratiques sont également interdites par le droit international des droits de l'homme, étant donné que l'obligation indérogable de respecter le droit des blessés et des malades à avoir accès, sans discrimination, aux structures, aux biens et aux services médicaux exige des États qu'ils s'abstiennent d'entraver directement ou indirectement l'exercice de ce droit⁴⁴.

Les blessés et les malades, de même que les personnels de santé et les structures médicales, doivent aussi être protégés contre tout acte commis par des tiers qui entraverait les soins de santé.

Au titre du droit international humanitaire, l'obligation qu'ont les parties à un conflit de protéger les blessés et les malades, les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires suppose notamment que lesdites parties sont également tenues de veiller à ce que ces personnes, structures et véhicules soient aussi respectés par les tiers, et qu'elles doivent prendre les mesures nécessaires pour aider les services sanitaires à accomplir leurs fonctions. Ces mesures consistent notamment à évacuer les blessés et les malades des zones de combat et à les mettre à l'abri, ou à assurer la fourniture de secours médicaux en mettant des véhicules à disposition⁴⁵. En particulier, les blessés et les malades

³⁹ CESCR, Observation générale n° 14, par. 34, 43, 47, 50.

⁴⁰ *Ibid.*, par. 28.

⁴¹ Art. 4 du PIDESC ; Alston & G. Quinn, "The nature and scope of States parties' obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", 1987, vol. 9, Human Rights Quarterly, p. 202.

⁴² Commentaires des art. 19, 24, 35 de la CG I, p. 217, 243, 311 ; commentaires des art. 12, 21 du PA I, p. 168, 252 ; commentaire de l'art. 11 du PA II, par. 1456.

⁴³ Art. 18, par. 3 de la CG I ; art. 16. 1 et 2, du PA I ; art. 10. 1 et 2 du PA II.

⁴⁴ CESCR, Observation générale n° 14, par. 33, 43.

⁴⁵ Commentaires des art. 19, 24, 35, de la CG I, p. 217, 243, 311 ; commentaires des art. 12, 21 du PA I, p. 168, 252 ; commentaires des art. 9, 11 du PA II, p. 1443, 1456.

doivent être protégés contre les mauvais traitements et le pillage de leurs biens personnels⁴⁶.

Au titre du droit international des droits de l'homme, l'obligation qu'ont les États de garantir, sans discrimination l'accès aux structures, aux biens et aux services médicaux signifie que les États doivent s'employer activement à ce que les personnes puissent jouir de ce droit⁴⁷. Cela suppose aussi que les États doivent adopter des mesures appropriées pour empêcher que des tiers n'entravent le traitement médical dispensé aux blessés et aux malades⁴⁸.

Les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge ne seront utilisés que pour signaler des structures médicales et des personnels de santé protégés et autorisés à en faire usage lors de conflits armés, ou pour indiquer que des personnes ou des biens ont un lien avec le Mouvement. Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour éviter et réprimer tout usage abusif des emblèmes.

En droit international humanitaire, l'emblème peut être utilisé à titre indicatif et protecteur. Durant un conflit armé, il est la manifestation visible de la protection que le droit international humanitaire confère aux blessés et aux malades, ainsi qu'aux personnels de santé, aux structures médicales et aux véhicules sanitaires⁴⁹. Lorsqu'il est utilisé à titre indicatif, l'emblème vise à indiquer que des personnes ou des biens ont un lien avec le Mouvement⁵⁰. Alors que l'emblème utilisé à titre protecteur doit être identifiable d'aussi loin que possible, et qu'il peut être aussi grand qu'il le faut pour le rendre reconnaissable⁵¹, l'emblème utilisé à titre indicatif doit être comparativement de plus petite taille et ne doit pas être apposé sur un brassard ou une toiture de bâtiment⁵². Ce n'est pas l'emblème à lui seul qui confère une protection ; ce sont les dispositions du droit international humanitaire applicables.

La distinction entre ces deux types d'usage est nécessaire si l'on veut éviter toute confusion lorsqu'il s'agit de savoir qui a le droit d'arborer l'emblème en temps de conflit armé⁵³. Aussi le

⁴⁶ Art. 15 de la CG I ; art. 18 de la CG II ; art. 16 de la CG IV ; art. 8 du PA II ; règle 111 de l'étude du droit coutumier.

⁴⁷ CESCR, Observation générale n° 14, par. 37 ; principe 5 c) des Principes de base sur le recours à la force et l'utilisation des armes à feu par les responsables de l'application des lois.

⁴⁸ CESCR, Observation générale n° 14, par. 33, 37.

⁴⁹ Sont habilités à utiliser l'emblème à titre protecteur : les services de santé des forces armées et des groupes armés suffisamment organisés ; les unités et les véhicules sanitaires des Sociétés nationales dûment reconnues et autorisées par leurs gouvernements à assister les services sanitaires des forces armées, quand ils sont employés exclusivement aux mêmes fins que ces derniers et sont soumis aux lois et règlements militaires ; les hôpitaux civils (publics ou privés) qui sont reconnus comme tels par les autorités de l'État et sont autorisés à arborer l'emblème ; dans les territoires occupés et les zones où des opérations militaires sont en cours, les personnes affectées au fonctionnement et à l'administration de tels hôpitaux civils (et aussi à la recherche, à l'enlèvement, au transport et au traitement des blessés et des malades civils, des infirmes et des femmes en couches) ; tout le personnel sanitaire civil dans les territoires occupés et dans les zones où des combats se déroulent ou semblent devoir se dérouler ; les unités et moyens de transport sanitaires civils, tels que définis dans le PA I, reconnus et autorisés par l'autorité compétente à arborer l'emblème ; les autres sociétés de secours volontaires reconnues et autorisées, soumises aux mêmes conditions que les Sociétés nationales. Le CICR et la Fédération internationale peuvent faire usage de l'emblème à des fins de protection en temps de conflit armé sans aucune restriction. Voir art. 39-44 de la CG I ; art. 22-23, 26-28, 34-37, 39, 41-44 de la CG II ; art. 18. 1 et 4 du PA I ; art. 12 du PA II ; art. 2 du PA III.

⁵⁰ Art. 44 de la CG I ; art. 1 du Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, dernière révision en novembre 1991. Sont habilités à utiliser l'emblème à titre indicatif : les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; les ambulances et les postes de premiers secours opérés par des tierces parties, quand ils sont exclusivement réservés aux soins gratuits à donner à des blessés ou à des malades, à titre exceptionnel, à condition que l'emblème soit utilisé conformément à la législation nationale et que la Société nationale ait expressément autorisé un tel usage. Voir art. 44, par. 2 et 4 de la CG I. Le CICR et la Fédération internationale peuvent utiliser l'emblème à titre indicatif sans aucune restriction. Voir art. 44, par. 3 de la CG I.

⁵¹ Art. 39-44 de la CG I ; art. 18 du PA I ; art. 6 du Règlement sur l'usage de l'emblème.

⁵² Art. 44, par. 2 de la CG I ; art. 4, 16 du Règlement sur l'usage de l'emblème.

⁵³ Art. 44, par. 2 de la CG I.

Règlement sur l'usage de l'emblème de la croix rouge ou du croissant rouge par les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge stipule-t-il que celles-ci fassent en sorte, même en temps de paix, que les emblèmes utilisés à titre indicatif soient comparativement de plus petite taille⁵⁴.

Le commentaire de ce Règlement précise toutefois qu'il ne s'agit là que de recommandations, et qu'« [on] ne doit cependant pas exclure l'utilisation d'un emblème de grandes dimensions dans certains cas, notamment lors d'événements où il est important que les secouristes soient vite identifiés⁵⁵ ». À ce propos, l'Étude sur les problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels liés à l'usage des emblèmes, réalisée par le CICR en 2009, recommande que les secouristes (et les installations de premiers secours) des Sociétés nationales utilisent un emblème de grandes dimensions à titre indicatif dans les situations de troubles intérieurs ou de tensions internes, a) si une telle utilisation leur permet de mieux venir en aide aux victimes de la violence, et b) si elle est autorisée, ou, tout au moins, si elle n'est pas interdite, par la législation nationale⁵⁶.

Toutes les mesures nécessaires, notamment l'adoption d'une législation nationale, seront prises par les autorités compétentes pour empêcher et réprimer toute utilisation abusive de l'emblème⁵⁷, comme l'imitation⁵⁸, l'usurpation⁵⁹, ou la perfidie⁶⁰.

Droit national

Les Services consultatifs du CICR se sont employés à identifier les différents domaines dans lesquels des mesures devraient être prises à l'échelon national. Ces domaines sont présentés dans une fiche technique qui sera distribuée aux participants de la XXXI^e Conférence. La fiche technique, qui couvre à la fois les conflits armés et autres situations de violence, fait référence aux instruments du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme qui accordent une protection aux blessés et aux malades, ainsi qu'aux personnels de santé. Les mesures définies visent à a) *prévenir* les violations des obligations internationales ; b) à *améliorer le respect* de ces obligations partout où elles s'appliquent ; et c) à *réprimer et sanctionner* les violations.

⁵⁴ Art. 4 du Règlement sur l'usage de l'emblème.

⁵⁵ Commentaire de l'art. 4 du Règlement sur l'usage de l'emblème.

⁵⁶ Étude sur les problèmes opérationnels et commerciaux et autres problèmes non opérationnels liés à l'usage des emblèmes. Document établi par le CICR, en consultation avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et les Sociétés nationales, CD/09/7.3.1, octobre 2009, soumis au Conseil des Délégués de Nairobi, Kenya, 23-25 novembre 2009, p.85-87.

⁵⁷ Art. 54 de la CG I, art. 12 du PA II ; art. 6 du PA III.

⁵⁸ L'utilisation d'un signe qui, par sa forme et/ou sa couleur, risque d'être confondu avec l'emblème.

⁵⁹ S'entend par usurpation l'utilisation de l'emblème par des personnes habituellement autorisées à le faire, mais d'une manière incompatible avec les règles du droit international humanitaire relatives à l'usage de l'emblème; ou l'utilisation de l'emblème par des entités ou des personnes non autorisées à le faire (entreprises commerciales, pharmacies, médecins privés, organisations non gouvernementales, particuliers, etc.), ou à des fins non conformes aux Principes fondamentaux du Mouvement. Voir art. 38 du PA I.

⁶⁰ L'utilisation de l'emblème en temps de conflit armé dans le but de tromper un adversaire pour le tuer, le blesser ou le capturer. Voir art. 37 du PA I. Le fait de tuer ou de blesser un adversaire en recourant à la perfidie constitue un crime de guerre dans les conflits armés internationaux et non internationaux. Voir art. 8. 2.b) xi), 8.2. e) ix) du Statut de Rome de la Cour pénale internationale.