

La violence contre les soins de santé, une réalité encore bien ancrée dans les conflits armés contemporains

Frédéric Casier

*Conseiller juridique en droit international humanitaire
Croix-Rouge de Belgique (Communauté francophone)¹*

Alors qu'ils bénéficient d'une protection prévue par le droit international humanitaire et le droit international des droits humains, les membres du personnel sanitaire font souvent l'objet d'actes de violence dans les situations d'urgence, dont les conflits armés. Or la protection du personnel sanitaire contribue *in fine* à celle des blessés et des malades et garantit à ces derniers un accès sûr aux services de santé.

Il y a cinq ans, le Conseil de sécurité des Nations Unies adoptait la résolution 2286 afin d'encourager les Etats et les parties au conflit à prendre des mesures visant à mettre fin à la violence contre les soins de santé dans les conflits armés. La fin de cette année marquera également le dixième anniversaire du lancement de l'initiative du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur les « Soins de santé en danger ». Si ces deux initiatives ont permis de susciter une attention croissante de la communauté internationale sur cette problématique humanitaire, on constate que les attaques et les actes de mauvais traitement ne se sont pas atténués pour autant au cours des dernières années. La mobilisation de toutes les parties prenantes doit s'intensifier et des mesures concrètes doivent être prises davantage sur le terrain pour protéger les soins de santé et les patients conformément au droit international humanitaire en particulier.

Un problème humanitaire qui touche l'essence même du DIH

Dans son [étude](#) sur les soins de santé dans les situations de conflit armé et les autres situations de violence clôturée en 2011 et menée dans 16 pays, le CICR a mis en évidence que les actes de violence perpétrés à l'encontre des blessés et malades, du personnel sanitaire, des structures médicales et des véhicules sanitaires, constituait l'un des problèmes humanitaires les plus préoccupants et peut-être l'un des moins reconnus aujourd'hui. Les bombardements et les pillages de structures médicales, les enlèvements ou tirs délibérés à l'encontre des membres du personnel sanitaire, les attaques ou actes d'intimidation à l'égard des patients et leur entrave à l'accès aux soins de santé, constituent autant d'exemples de violations du droit international humanitaire (DIH) et du droit international des droits humains qui sont évoqués dans cette étude.

Or, la protection du personnel sanitaire et des blessés et malades constitue l'une des principales préoccupations du DIH depuis son émergence. En effet, rappelons que c'est sur la base d'une des recommandations d'Henry Dunant, principal fondateur du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, que la [Première Convention de Genève](#) pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne est adoptée en 1864. Celle-ci affirme que le personnel sanitaire et ses infrastructures doivent être respectés et protégés au regard de leur neutralité et que les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés, quel que soit le pays auquel ils appartiennent. Cette convention est par la suite revue puis remplacée par [les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels](#) qui ont développé considérablement la protection juridique du personnel sanitaire, militaire et civil, et des blessés et malades dans les conflits armés, internationaux et non internationaux.

¹ La présente note reflète avant tout le point de vue de l'auteur et pas forcément celle de la Croix-Rouge de Belgique.

La protection des soins de santé constitue donc le cœur du DIH et tout acte de violence à leur encontre est par conséquent, une atteinte à l'essence et à la raison d'être de ce droit.

Cependant, les chiffres du [système de surveillance de l'OMS](#) concernant les attaques contre les soins de santé dans différentes situations d'urgence, nous rappellent constamment que leur protection est encore loin d'être acquise aujourd'hui. Depuis seulement le début de l'année 2021, on a dénombré 317 attaques perpétrées à l'encontre du personnel de santé, de ses infrastructures et/ou des patients dans 11 pays ou territoires notamment affectés par des conflits armés, ayant provoqué la mort de 56 personnes et 142 blessés (chiffres relevés le 20 mai 2021).

En dehors du fait qu'ils constituent de nombreuses violations du DIH et du droit international des droits humains, ces actes de violence aux causes diverses, entraînent plusieurs conséquences humanitaires, y compris sur le long terme.

Des actes de violence aux causes diverses...

Les actes de violence contre le personnel de santé et ses infrastructures, sont commis majoritairement par les forces armées ou de sécurité des Etats et par des groupes armés non étatiques. Ils sont perpétrés pour différents motifs : priver l'ennemi de l'assistance médicale nécessaire pour ses propres troupes ; attaquer pour des raisons politiques, religieuses ou ethniques ; piller les structures sanitaires pour obtenir des médicaments ou des équipements médicaux ; détruire des bâtiments sanitaires suspectés d'être utilisés à des fins militaires (ex : le stockage d'armes ou l'installation de postes de tir). Des attaques perpétrées contre un objectif militaire, comme des bombardements ou des tirs d'obus, peuvent également provoquer des dommages incidents contre les structures médicales, en particulier dans des zones densément peuplées.

Cependant, certains actes sont aussi attribués à des organisations criminelles ou à des individus. Dans ce dernier cas, il s'agit principalement d'actes d'obstruction à la circulation de véhicules sanitaires durant des manifestations ou de mécontentements exprimés ouvertement par les familles des patients quant au traitement médical administré, aux conditions ou aux résultats du traitement médical, ou au retard dans la dispense des soins (*voir notamment le [rapport du CICR publié en 2015](#) Health Care in Danger: Violent Incidents Affecting the Delivery of Health Care, January 2012 to December 2014*). Depuis le début de la pandémie de COVID-19, des incidents de ce type se sont particulièrement multipliés. De février à décembre 2020, le CICR a reçu 848 rapports relatifs à des cas de violence liés à la pandémie contre les soins de santé dans 42 pays. Il s'agit d'actes d'intimidation ou de harcèlement, de stigmatisation ou d'attaques perpétrés à l'encontre des personnels de santé, des patients et des structures médicales. Les membres du personnel sanitaire sont ainsi accusés de propager le virus, d'installer des centres de quarantaine ou de traitement qui ne sont pas acceptés par les communautés ou par les patients contaminés, de ne pas avoir pu sauver des vies de personnes contaminées ou d'imposer des restrictions sanitaires obligeant les familles à renoncer aux rituels funéraires en l'honneur de leurs proches décédés (*voir le [communiqué de presse du CICR du 18 août 2020](#) et son rapport [Comme si la guerre ne suffisait pas](#), publié en anglais en mars 2021, p. 38*).

...Mais aussi aux coûts multiples

De tels actes, comme les attaques, contre le personnel de santé et ses infrastructures suscitent naturellement de nombreuses conséquences directes qui sont dommageables. Les membres du personnel sanitaire (ex : médecins, infirmiers, personnel paramédical et pharmaciens) et les patients sont tués ou blessés. Les structures sanitaires (ex : hôpitaux, dispensaires, postes de premiers secours, dépôts de matériel médical et centres de transfusion sanguine) sont endommagées, mises hors service ou détruites. Il en est de même

des véhicules sanitaires (ex : ambulances, bateaux ou aéronefs sanitaires) qui ne peuvent plus transporter les blessés et les malades vers les structures sanitaires.

Au-delà de ces impacts directs, ces actes de violence commis lors des situations d'urgence, telles que les conflits armés, ont aussi pour conséquence principale de perturber sur le long terme la fourniture des soins de santé au moment où les besoins sont justement les plus importants au regard des nombreux blessés. Il s'ensuit plusieurs effets indirects (CICR, [Les soins de santé en danger – Exposé d'une urgence](#), 2011, pp. 6 et s.).

Les infrastructures médicales endommagées ou détruites ne peuvent plus fournir les soins de santé nécessaires. En outre, les combats qui se déroulent à proximité des hôpitaux affectent leur approvisionnement en eau et en électricité et ils entravent l'accès des blessés et des malades, des personnels de santé et des véhicules sanitaires qui transportent des médicaments et du matériel médical de première nécessité vers ces établissements. Les conditions de sécurité particulièrement précaires incitent les membres du personnel sanitaire à évacuer et entraînent dès lors une pénurie de main-d'œuvre dans les structures médicales. La violence fragilise les infrastructures médicales qui ne peuvent répondre efficacement aux besoins résultant d'autres situations de crise, telles qu'une épidémie ou une pandémie ([communiqué de presse du CICR 30 mars 2020 sur la gestion de la pandémie de COVID-19 dans les pays en guerre](#)) et elle freine considérablement la mise en œuvre d'importants programmes de santé préventive comme les campagnes de vaccination.

Des actes de violence commis au mépris des règles du droit international

Les actes de violence contre le personnel sanitaire et ses patients ne peuvent être banalisés non seulement en raison de leurs conséquences humanitaires mais aussi au regard des règles du DIH qui les protègent spécifiquement en cas de conflit armé.

Tous les membres du personnel sanitaire, militaire et civil, les infrastructures de santé et leurs véhicules bénéficient en effet, d'un respect et d'une protection particuliers en toutes circonstances, conformément aux [Conventions de Genève et à leurs Protocoles additionnels](#) ainsi qu'au [DIH coutumier](#) (en particulier les règles 25-26 et 28-30 de l'*Etude du CICR de 2005* ; consulter la [fiche](#) du CICR pour plus de détails sur le cadre juridique).

Ils ne peuvent pas faire l'objet d'actes de violence comme des attaques ou des actes qui porteraient atteinte à la vie, à l'intégrité physique ou à la dignité. Ils perdent cependant leur protection s'ils commettent, en dehors de leurs fonctions humanitaires, des « actes nuisibles à l'ennemi ». De tels actes ont pour but de nuire à l'adversaire en intervenant directement ou indirectement dans les opérations militaires, comme le fait d'abriter des combattants valides ou d'entreposer des armes dans des structures médicales ([Commentaire de l'article 21 de la Première Convention de Genève de 1949, §§ 1839 et s.](#)).

Par ailleurs, les Parties au conflit doivent prendre toutes les mesures qui s'imposent pour assister les membres du personnel sanitaire dans l'accomplissement de leurs missions à l'abri de toute attaque ou menace. En aucune circonstance, les structures médicales ne doivent être utilisées pour abriter des objectifs militaires face aux attaques et elles doivent être situées de telle façon que des attaques contre des objectifs militaires ne les mettent en danger (*Protocole additionnel I de 1977, articles 12 et 15 et Protocole additionnel II de 1977, article 9*).

Des dispositions particulières visent en outre, à protéger la déontologie médicale. Ainsi, les parties au conflit ne peuvent inquiéter ni punir toute personne, y compris les membres du personnel sanitaire, pour avoir exercé une activité de caractère médical conforme à la déontologie médicale, quels qu'en soient les circonstances ou les bénéficiaires. De plus, les personnes exerçant une activité à caractère médical ne peuvent être contraintes d'accomplir des actes contraires à la déontologie médicale et aux règles du DIH, ou de s'abstenir

d'accomplir des actes exigés par ces règles. Enfin, elles ne peuvent être contraintes de donner à quiconque, sauf dans les cas prévus par la loi, des renseignements concernant les blessés et malades qu'elles ont soignés, ni être sanctionnées pour avoir refusé ou s'être abstenues de transmettre de tels renseignements (*Protocole additionnel I de 1977, [article 16](#) ; Protocole additionnel II de 1977, [article 10](#) ; Etude sur le DIH coutumier, [règle 26](#)*).

Cette protection spécifique du personnel sanitaire et de ses biens est indispensable car elle conditionne la protection et l'assistance qui reviennent aux blessés et aux malades en vertu du DIH : être respectés et protégés contre toute attaque et tout mauvais traitement ; être recueillis et évacués ; et recevoir dans toute la mesure du possible et dans les plus brefs délais, les soins médicaux que leur état exige, sans aucune distinction de caractère défavorable (*consulter la [fiche](#) du CICR pour plus de détails sur le cadre juridique*).

Le droit international des droits humains complète cette protection du personnel sanitaire et des blessés et malades en promouvant le droit à la vie de ces personnes, l'interdiction de tout traitement cruel, inhumain et dégradant à leur encontre, le droit à la liberté et la sécurité des membres du personnel sanitaire contre toute arrestation et toute détention arbitraires (*[Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966, articles 6-9](#)*) et le droit à la santé des blessés et malades (*[Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, article 12](#)*).

Des initiatives mises en place pour assurer un respect effectif du droit international

Face aux nombreuses exactions commises à l'encontre des membres du personnel sanitaire et de leurs patients et afin d'encourager un meilleur respect du droit international, plusieurs actions ont été développées depuis près d'une dizaine d'années. Deux initiatives complémentaires méritent leur attention : l'initiative du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur « Les soins de santé en danger » et l'adoption de la résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité des Nations Unies.

A la suite de l'adoption de la [résolution 5](#) adoptée à la 31^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2011, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a lancé l'initiative « [Les soins de santé en danger](#) » pour susciter une prise de conscience accrue de la violence contre les patients, les personnels de santé et les infrastructures médicales, et pour renforcer leur protection et rendre plus sûrs l'accès aux soins de santé et la fourniture des soins dans les conflits armés et les autres situations d'urgence. La Croix-Rouge de Belgique soutient activement cette initiative au niveau international et en Belgique.

A l'initiative du CICR, un cycle de consultations a été organisé entre 2012 et 2014, avec des experts représentant des Etats (dont les forces armées), des organisations professionnelles du secteur de la santé et des organisations de la société civile. Etant donné leur rôle prépondérant dans les conflits armés contemporains, des membres de plus d'une trentaine de groupes armés ont également été associés au processus de consultation.

A l'issue de ces échanges, plusieurs recommandations ont été élaborées afin d'assurer un accès sûr aux soins de santé et une meilleure protection du personnel sanitaire et de ses biens autour des thématiques suivantes : le renforcement du cadre juridique national (*consulter le [rapport](#) de l'atelier organisé en 2014 à Bruxelles par le CICR, la Commission interministérielle de droit humanitaire de Belgique et la Croix-Rouge de Belgique*) ; la promotion des droits et des responsabilités des personnels de santé ; le renforcement des capacités opérationnelles des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; le renforcement de la préparation des structures de santé aux conflits armés et autres situations d'urgence ; l'amélioration des pratiques opérationnelles des services ambulanciers et préhospitaliers ; l'élaboration des pratiques militaires qui facilitent l'accès aux soins de santé et rendent leur

fourniture plus sûre ; l'élaboration de pratiques pour les groupes armés visant à protéger les services de santé (y compris un modèle de déclaration unilatérale les engageant au respect et à la protection des blessés et des malades et à l'accès aux soins de santé) ; et l'association des chefs religieux et communautaires à la protection des services de santé (*voir la synthèse dans le rapport du CICR, [Protéger les soins de santé – Recommandations clés](#), 2016*).

Depuis lors, le Mouvement continue à collaborer avec les acteurs spécialisés en vue d'élaborer d'autres recommandations pratiques dans le cadre de réunions internationales et régionales.

Parallèlement à cette initiative, le Conseil de sécurité des Nations Unies a adopté le 3 mai 2016 la résolution [2286](#) portant sur la protection des blessés et des malades, du personnel médical et des agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical et de leurs biens (leurs moyens de transport et leur matériel, ainsi que les hôpitaux et les autres installations médicales) dans les situations de conflit armé.

A travers l'adoption de cette résolution, le Conseil de sécurité envoie un signal fort concernant les actes de violence commis contre les soins de santé. Il condamne fermement les actes de violence et les menaces à l'encontre des personnels de santé et de leurs patients et constate les répercussions durables que ces attaques ont sur la population civile et les systèmes de santé des pays concernés. Il exige de toutes les parties à un conflit armé qu'elles respectent pleinement les obligations que leur impose le droit international, dont le DIH, afin de garantir le respect et la protection de l'ensemble du personnel médical et de faciliter son accès sans entrave et en toute sécurité aux populations dans le besoin. Il demande aux Etats et à toutes les parties à un conflit armé de mettre en place des mesures efficaces pour prévenir et réprimer les actes de violence et les menaces dirigés contre le personnel médical en temps de conflit armé. Il souligne également le rôle important de l'éducation et de la formation en DIH pour prévenir et faire cesser les actes de violence contre les membres du personnel sanitaire et leurs patients.

Par cette résolution, le Conseil de sécurité souligne ainsi que la violence contre les soins de santé est un problème humanitaire grave qui doit être traité au plus haut niveau et faire l'objet d'un suivi régulier.

En adressant une [lettre ouverte](#) aux Etats membres des Nations Unies, plusieurs associations médicales, le CICR, la FICR et plusieurs Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (dont la Croix-Rouge de Belgique) ont salué en mai 2016 l'adoption de la résolution 2286 et appelé les Etats à mettre en œuvre les mesures qui y sont mentionnées en vue de mettre fin à la violence contre les soins de santé. Conformément à la résolution, le Secrétaire général des Nations Unies a élaboré en août 2016 des [recommandations](#) afin d'opérationnaliser sa mise en œuvre.

Un écart qui subsiste entre les engagements et leur réalisation

Près de dix ans après le lancement de l'initiative sur « Les soins de santé en danger » et cinq ans après l'adoption de la résolution 2286 du Conseil de sécurité, la situation ne s'est pourtant pas améliorée pour autant. Les exactions contre les personnels de santé et les patients se poursuivent (ex : attaques, meurtres, violences physiques et pillages) et des obstructions au fonctionnement des services de santé ont également été relevées (ex : entrave à des campagnes de vaccination ; refus de passage d'ambulances à des postes de contrôle).

Malgré quelques exemples positifs, le constat du CICR est sans appel : il a recensé au moins 3 780 attaques entre 2016 et 2020, dans 33 pays en moyenne par an, dont les deux tiers en Afrique et au Moyen-Orient ([communiqué de presse du CICR, du 3 mai 2021](#)). L'Afghanistan, la République démocratique du Congo, Israël et les territoires occupés où le conflit connaît depuis quelques jours un regain d'intensité sans précédent ([communiqué du CICR du 16 mai](#)

2021) et la Syrie figurent parmi les pays où le CICR a enregistré le plus grand nombre d'incidents contre les infrastructures médicales.

Même si la pandémie de COVID-19 a suscité de nouveaux schémas de violence et de stigmatisation à l'encontre des membres du personnel sanitaire et de leurs patients, elle ne peut à elle seule expliquer et encore moins, justifier ce constat.

Les deux initiatives précitées ont permis de susciter d'importants efforts de mobilisation au niveau international et au niveau régional, et de nombreux outils opérationnels ont été développés en vue d'assurer une protection effective des soins de santé et des blessés et malades. Il faut cependant constater que, malgré toutes les bonnes volontés, les actions concrètes développées jusqu'à présent restent insuffisantes.

La nécessité de passer à l'acte

L'enjeu actuel consiste donc à encourager une concrétisation plus substantielle des engagements sur le terrain. Tel est notamment le constat effectué par des experts lors d'une [réunion régionale Eurasie sur les soins de santé en danger](#) qui s'est tenue en ligne les 3 et 4 février 2021. Constituant la première réunion de ce genre pour la région Eurasie, cet événement a été organisé conjointement par le CICR et cinq Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge : la Croix-Rouge allemande, la Croix-Rouge de Belgique, la Croix-Rouge italienne, le Croissant-Rouge du Kirghizistan et la Croix-Rouge norvégienne.

S'inscrivant dans le cadre de l'initiative du Mouvement sur « Les soins de santé en danger », la réunion a rassemblé des praticiens de la santé, des chercheurs et académiques, des décideurs politiques et des acteurs travaillant dans le secteur humanitaire afin de partager leurs expériences et renforcer les partenariats au niveau local, national et régional pour prévenir et réduire l'impact de la violence contre les soins de santé. Les intervenants ont pu s'exprimer sur une grande variété de sujets, parmi lesquels : les mesures juridiques et les politiques nationales, l'analyse de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la violence à l'encontre du personnel de santé et les mesures pratiques pour renforcer la sûreté et la sécurité des infrastructures de soins de santé.

Certaines recommandations qui ont été faites au sujet de la mise œuvre nationale des règles pertinentes du DIH et du renforcement de la coopération internationale et régionale pour promouvoir un meilleur respect du DIH par les parties au conflit, méritent leur attention.

Encourager l'adoption de mesures de mise en œuvre et une meilleure coordination entre les parties prenantes

Tout d'abord, il est important que le DIH soit respecté effectivement par toutes les parties au conflit, en particulier ses règles relatives à la protection du personnel de santé et de leurs patients et celles relatives à l'accès aux soins de santé. Le nombre important des actes de violence perpétrés ces dernières années démontre que le DIH doit continuer à jouer ce rôle de régulateur des conflits armés et à éviter tout comportement conduisant à un usage illimité de la violence à l'encontre du personnel de santé et des blessés et malades.

Ensuite, afin que le DIH soit respecté au mieux lors d'un conflit armé, des mesures de mise en œuvre doivent être prises constamment : la diffusion des règles de protection des soins de santé auprès des parties au conflit (Etats et groupes armés non étatiques), mais aussi des droits et obligations auprès des personnels sanitaires civil et militaire, à travers des formations ou des exercices de terrain dès le temps de paix ; l'élaboration d'instructions complètes dans les manuels militaires ou les codes de conduite, qui intègrent les règles relatives à la protection des soins de santé dans la planification et la conduite des opérations militaires afin de minimiser leur impact sur les services de santé, de permettre aux membres du personnel

sanitaire d'accomplir leurs devoirs et de favoriser un accès sûr pour les blessés et malades aux services de santé. La protection spécifique de la mission médicale est encore insuffisamment prise en compte dans les pratiques militaires actuelles (*voir le guide publié par le CICR en mars 2021 sur la [Protection des soins de santé à l'intention des forces armées](#)*). Le développement ou le renforcement du cadre juridique national avec notamment l'appui des [commissions nationales de DIH](#) contribue aussi préventivement à la protection de la mission médicale. Sur ce dernier point, il est important que la délivrance de l'aide médicale auprès de toutes les parties au conflit armé, telle que prévue et réglementée par le DIH, ne soit pas indirectement criminalisée par les mesures législatives relatives à la lutte antiterroriste ou par des mesures visant à mettre en œuvre des régimes de sanction.

Par ailleurs, le respect du DIH ne pourra être effectif que si les violations graves qui sont commises contre le personnel de santé et les patients sont érigées en infractions pénales, et si elles sont poursuivies et sanctionnées en vertu de la législation nationale des Etats. La récolte systématique des données relatives aux différents types d'actes de violence et aux actes constitutifs de crimes de guerre, et la mise en place de mécanismes d'enquête appropriés constituent des mesures fondamentales pour établir les responsabilités et assurer la poursuite de tels crimes devant les juridictions nationales en premier lieu.

Les échanges en vue d'une meilleure coordination entre les acteurs militaires et les acteurs civils, dont les organisations médicales, doivent également être encouragés durant les conflits. Une attention toute particulière doit être portée sur les interactions et les conduites qui seraient appropriées entre les personnels sanitaires civil et militaire afin d'éviter toute perception erronée sur le caractère partial du personnel sanitaire civil. Il est important que ces différents acteurs renforcent mutuellement la compréhension de leurs missions et approches respectives sur le terrain, et des besoins médicaux des victimes des conflits. De tels échanges peuvent également avoir lieu dès le temps de paix, dans le cadre d'exercices organisés par les forces armées qui associeraient les organisations humanitaires et médicales pertinentes afin de mieux anticiper les défis opérationnels qui se posent dans les conflits armés.

Enfin, la coopération internationale ne pourra que renforcer le sentiment que la protection des soins de santé est une préoccupation humanitaire d'intérêt commun. A cet égard, les échanges de bonnes pratiques (ex : doctrines et instructions militaires) entre les forces armées des Etats et les organisations internationales intégrant une composante militaire (ex : OTAN) devraient être encouragés afin d'impulser une dynamique positive visant à un meilleur respect des règles du DIH. Parallèlement, la solidarité entre les organisations internationales et les organisations humanitaires et médicales constituera un élément clé à l'avenir pour continuer à mobiliser les efforts de diplomatie humanitaire en vue de mettre fin à la violence contre les soins de santé.

Les engagements de la Belgique et de la Croix-Rouge de Belgique

Lors de la 33^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2019, la Belgique et la Croix-Rouge de Belgique ont adopté conjointement deux engagements afin de renforcer la protection des soins de santé au niveau national : un engagement intitulé « [Protecting humanitarian and medical personnel](#) » pris conjointement avec l'UE, les autres Etats membres et leurs Sociétés nationales de la Croix-Rouge et un engagement pris au niveau national « [Strengthening the legal framework and increasing the respect for the protective emblems](#) ».

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces engagements, la Belgique et la Croix-Rouge de Belgique analysent de concert la conformité des dispositions législatives et réglementaires nationales applicables en matière de soins de santé dans les situations de conflit armé et d'autres situations d'urgence, avec les dispositions pertinentes du DIH et du droit international des droits humains autour des questions suivantes : l'organisation de l'assistance médicale et l'accès aux soins de santé en Belgique ; la protection des blessés et des malades ;

l'identification et la protection du personnel sanitaire ; l'identification, la localisation et la protection des infrastructures sanitaires ; l'usage, la protection et le respect effectif des emblèmes (à la lumière de la loi du 4 juillet 1956 relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge) ; l'éthique médicale et la confidentialité ; et les sanctions (notamment au regard des crimes de guerre prévus à [l'article 136quater](#) du Code pénal).

Par ailleurs, les autorités belges et la Société nationale travaillent sur le renforcement des activités de diffusion du DIH auprès du personnel sanitaire et civil. A l'heure actuelle, la Société nationale participe à la formation des officiers de la Composante médicale de la Défense belge où elle aborde les droits et responsabilités du personnel sanitaire et les sensibilise aux défis liés à la mission médicale dans les conflits armés. La thématique des soins de santé en danger est aussi évoquée dans les formations et sessions d'exercice adressées à certains officiers, et des recommandations sont partagées pour minimiser les effets incidents des opérations militaires à l'égard des soins de santé. La Société nationale organise aussi des sessions de formation en DIH auprès du personnel sanitaire civil (médecins, infirmiers et sages-femmes), en collaboration avec l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. L'objectif est d'assurer sur le long terme une offre de formations cohérente et disponible pour tous les acteurs médicaux intéressés en Belgique.

Ces deux processus de réflexion sont menés au sein de la Commission interministérielle de droit humanitaire ([CIDH](#)), un organe consultatif permanent du Gouvernement fédéral en matière d'application, de mise en œuvre et de développement du DIH.

En mettant en œuvre ces engagements avec l'appui de la Société nationale, la Belgique démontre sa détermination à considérer la protection des soins de santé comme une question humanitaire d'intérêt primordial dans les conflits armés contemporains. Grâce aux bonnes pratiques qu'elle aura développées dans ce cadre, elle pourra continuer à influencer positivement les autres Etats, conformément à son rôle pionnier de promotion du respect du DIH.

Sources

- Initiative du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur « Les soins de santé en danger » : <https://healthcareindanger.org/fr/>
- CICR, *Les soins de santé en danger – Exposé d'une urgence*, 2011 : <https://shop.icrc.org/health-care-in-danger-making-the-case-print-fr>
- CICR, *Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé*, 2015 : <https://shop.icrc.org/domestic-normative-frameworks-for-the-protection-of-health-care-pdf-fr>
- CICR, *Protéger les soins de santé – Recommandations clés*, 2016 : <https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2016/10/4266-001-Protéger-les-soins-de-sante-recommandation-cles.pdf>
- Réunion régionale Eurasie sur les soins de santé en danger, 3-4 février 2021 (programme, présentations des intervenants et rapport final) : <https://healthcareindanger.org/eurasia-hcid-meeting-2021/>

20.05.21