

Le personnel sanitaire des sociétés de secours volontaires prêtant leur concours aux services de santé des forces armées en conflit armé

Julie Latour, Référente pour la diffusion du droit international humanitaire, Croix-Rouge de Belgique – Communauté francophone¹

Intervention lors de la journée d'étude du Centre d'Etude de Droit Militaire et Droit de la Guerre, 14 mars 2024

Introduction

Avant l'avènement du DIH moderne, aucune convention liant les belligérants ne protégeait les services sanitaires des armées. Pour cette raison, les hôpitaux de campagne étaient bien souvent situés très en arrière du champ de bataille. De cette manière, ils étaient protégés du feu de l'ennemi. Cela signifiait toutefois pour les blessés des déplacements interminables. Par ailleurs, les services sanitaires étaient souvent débordés face à l'ampleur des besoins. A titre d'exemple, après la bataille de Solferino (1859), il fallut 6 jours à l'Intendance franco-sarde pour réaliser l'évacuation des blessés.

Cette incapacité des services sanitaires des forces armées à remplir totalement leurs tâches, Henry Dunant en fut directement témoin lors de bataille de Solferino du 24 juin 1859. Celle-ci a vu s'affronter l'armée française de Napoléon III à l'armée autrichienne de François-Joseph et fut particulièrement sanglante, faisant plus de 6.000 morts et 40.000 blessés au sein des forces armées en présence. Des dizaines de milliers de soldats furent livrés à eux-mêmes sans bénéficier des soins nécessaires, les services de santé des armées étant totalement submergés. À son retour de Solferino, Henry Dunant exposa dans son ouvrage *Un Souvenir de Solferino* publié en 1862 deux recommandations : i) la création de comités nationaux chargés de porter secours, dans le cadre d'un conflit, aux soldats blessés et malades et qui devraient ainsi fournir une assistance à la population civile affectée et, le cas échéant, apporter leur soutien aux services de santé de l'armée² ; ii) l'adoption d'un accord international reconnaissant la protection des services de santé et des blessés³.

En 1863, à l'initiative de ce qui allait devenir le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), une conférence diplomatique fut convoquée du 26 au 29 octobre et adopta 10 résolutions visant à mettre en place ces comités nationaux de secours dans chaque pays. Dans les vœux⁴ attachés aux résolutions, la Conférence recommanda aux gouvernements d'accorder leur protection aux comités de secours et aux formations et établissements sanitaires.

L'année suivante, une conférence diplomatique convoquée par la Suisse adopta la Première Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne (1864). Si cette Convention consacrait la protection du personnel sanitaire et religieux des forces armées (article 2), elle ne contenait aucune disposition similaire en ce qui concerne le personnel sanitaire des comités nationaux de secours (Sociétés nationales) dont la création avait été suggérée par Henry Dunant. Cette omission était délibérée : en 1864, les États n'étaient pas encore prêts à conférer une fonction officielle, par le biais d'un traité, à ces nouvelles Sociétés⁵.

Dans les décennies qui suivirent l'adoption de la Première Convention de 1864, ces Sociétés nationales nouvellement établies (dès 1863) surent démontrer, par leur pratique, leur plus-value pour les forces armées. C'est ainsi que lors de la révision de la Première Convention de 1864 en 1906, le rôle de ces

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

² H. DUNANT, *Un Souvenir de Solferino*, Genève, 1862, réédité par le CICR en 1990, p. 113 et p. 123.

³ *Ibid.*, p. 124.

⁴ Les 10 résolutions et les trois vœux de la Conférence internationale de Genève du 26 au 29 août 1863 sont disponibles sur le site Internet du [CICR](#).

⁵ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2049.

Sociétés nationales de secours comme auxiliaires des services sanitaires des forces armées fut formellement reconnu et le bénéfice de la Convention de Genève fut étendu au personnel sanitaire de ces Sociétés de secours, à savoir : le personnel sanitaire des sociétés de secours appartenant à un pays belligérant et qui prêtent leur concours aux services de santé de l'armée de leur propre Etat (article 10 de la Convention de Genève de 1906 pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne) et le personnel sanitaire des sociétés de secours reconnues et autorisées par un pays neutre pour prêter leur concours aux services sanitaire d'une Partie au conflit (articles 10 et 11 de la Convention de Genève de 1906).

La présente note se concentrera sur les éléments suivants : la notion de personnel sanitaire (I.) ; la protection spécifique accordée à ce personnel sanitaire (II.) ; la perte de cette protection et la signification des termes « actes nuisibles à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » (III.) ; la pratique et les raisons pouvant expliquer qu'une telle pratique se fait rare depuis la fin de la Seconde guerre mondiale (IV.).

I. Notion de personnel sanitaire

L'article 8 du Protocole additionnel I de 1977 aux Conventions de Genève définit le terme de « personnel sanitaire ». Celui-ci s'entend des personnes exclusivement affectées par une partie au conflit soit aux fins sanitaires énumérées à l'alinéa e de l'article 8 du Protocole additionnel I, soit à l'administration d'unités sanitaires, soit encore au fonctionnement ou à l'administration de moyens de transport sanitaire.

Cette définition du personnel sanitaire prévue dans l'article 8 du Protocole additionnel I - applicable aux conflits armés internationaux - est également transposable dans les conflits armés non internationaux. En effet, le Commentaire du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) relatif à l'article 9 du Protocole additionnel II de 1977 aux Conventions de Genève consacrant la protection du personnel sanitaire rappelle qu'au regard des travaux préparatoires du Protocole additionnel II, il convient, pour ce qui concerne la notion de « personnel sanitaire » dans les conflits armés non internationaux, de se référer à la définition prévue à l'article 8, c) du Protocole additionnel I⁶.

L'article 8 du Protocole additionnel I précise que l'expression « personnel sanitaire » couvre plusieurs catégories de personnes :

- article 8, c) i) PA I : le personnel sanitaire, militaire ou civil, d'une partie au conflit. L'expression « personnel sanitaire militaire » désigne le personnel sanitaire membre des forces armées. L'expression « personnel sanitaire civil » désigne le personnel sanitaire qui n'appartient pas aux forces armées, mais qui a été affecté exclusivement à des fonctions sanitaires par une partie au conflit. La présente note ne s'attardera pas sur cette première catégorie de personnes mais se concentrera plutôt sur les deux catégories de personnes listées respectivement aux sous-alinéas ii) et iii) de l'article 8, alinéa c) du Protocole additionnel I.
- article 8, c) ii) PA I : le personnel sanitaire des Sociétés nationales de la Croix-Rouge (Croissant-Rouge, Lion-et-Soleil-Rouge) et autres sociétés nationales de secours volontaires dûment reconnues et autorisées par une partie au conflit. Il s'agit ici du personnel déjà couvert par l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949.
- article 8, c) iii) PA I : le personnel sanitaire ne relevant pas d'une Partie au conflit mais mis à la disposition de celle-ci à des fins humanitaires. Il s'agit ici non seulement du personnel visé par

⁶ CICR, Commentaire de l'article 9 du Protocole additionnel II de 1977, Genève, 1987, §§ 4661-4664. Voir aussi Commentaire de la règle 25 de l'Etude du CICR sur le droit international humanitaire coutumier, p. 112.

l'article 27 de la Première Convention de Genève de 1949, à savoir le personnel mis à disposition d'une Partie au conflit par une société de secours reconnue d'un pays neutre, mais également de deux catégories de personnes nouvelles introduites par l'article 9 § 2 du Protocole additionnel I.

a) Le personnel sanitaire des Sociétés nationales de la Croix-Rouge (Croissant-Rouge, Lion-et-Soleil-Rouge) et des autres sociétés de secours volontaires dûment reconnues et autorisées par une Partie au conflit

Le personnel sanitaire des Sociétés nationales de la Croix-Rouge (Croissant-Rouge, Lion-et-Soleil-Rouge) et des autres sociétés de secours volontaires dûment reconnues et autorisées par une Partie au conflit sont assimilées au personnel sanitaire des forces armées. Ce principe d'assimilation, posé par l'article 26 de la Première Convention de Genève, signifie que le statut du personnel sanitaire de ces sociétés de secours volontaires est assimilé – et donc identique – à celui des membres des services sanitaires des forces armées⁷. En conséquence, bien qu'elles ne soient pas membres des forces armées, ces personnes bénéficient de la protection accordée au personnel sanitaire des forces armées.

Afin que ce principe d'assimilation puisse opérer, la société de secours concernée de même que son personnel sanitaire doivent rencontrer différentes conditions.

Les conditions relatives aux sociétés de secours :

1. Tout d'abord, il doit s'agir de sociétés **nationales**, c'est-à-dire de sociétés ayant leur siège sur le territoire de la Partie au conflit concernée⁸. Il peut s'agir de la Société nationale Croix-Rouge ou Croissant-Rouge⁹ de la Partie au conflit mais également d'autres Sociétés de secours volontaires. Si, comme nous le verrons plus loin dans cette note, pour ce qui concerne les « autres Sociétés de secours volontaires », les exemples historiques concernent surtout les associations nationales faisant partie de l'Ordre souverain militaire de Malte et de l'Ordre de Saint-Jean de Jérusalem, il est admis que cette expression puisse s'appliquer à des organisations non gouvernementales¹⁰.

2. Cette société doit être « **dûment reconnue** » et « **dûment autorisée** » par son propre gouvernement. Ces conditions sont cumulatives.

La « reconnaissance » signifie qu'il est nécessaire pour l'État de décider qu'une société donnée peut ou sera appelée à servir comme auxiliaire des services sanitaires des forces armées¹¹. Les modalités pratiques de cette reconnaissance sont laissées à la discrétion du droit interne des Hautes parties contractantes. En pratique, le rôle des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge comme auxiliaires des services sanitaires des forces armées est généralement prévu dans le texte

⁷ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2083.

⁸ CICR, Commentaire de l'article 8 du Protocole additionnel I de 1977, Genève, 1987, § 358.

⁹ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2057 : « *Bien que l'article 26 ne fasse référence qu'aux « Sociétés nationales de la Croix-Rouge », ceci ne peut pas être interprété comme excluant du champ d'application de cette disposition d'autres Sociétés nationales, telles des Sociétés nationales du Croissant-Rouge : compte tenu de son objet, à savoir permettre à chaque Haute Partie contractante de doter les services sanitaires de ses forces armées de personnel supplémentaire, toutes les Sociétés nationales des Hautes Parties contractantes peuvent être qualifiées de sociétés de secours aux fins de l'article 26* ».

¹⁰ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2059.

¹¹ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2062. Pour une interprétation légèrement différente, voir : CICR, Commentaire de l'article 8 du Protocole additionnel I, Genève, 1987, § 358 : « *ces sociétés doivent être 'reconnues' par la Partie au conflit concernée, ce qui signifie au moins, dans le cas le plus courant où cette Partie est un Etat, que la société est régulièrement constituée selon la législation nationale. Cela exclut donc les sociétés clandestines* ».

officiel interne de reconnaissance qui institue la Société nationale dans l'ordre juridique interne. Il est important de mentionner que le terme « reconnaissance » dont il est question ici est à distinguer de la reconnaissance, par le CICR, d'une Société nationale comme membre du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, conformément à l'article 4 des Statuts du Mouvement¹². Ainsi, un Etat pourrait très bien reconnaître une société de secours pour servir comme auxiliaire des services sanitaires des forces armées même si celle-ci n'a pas été reconnue par le CICR. Un Etat pourrait aussi reconnaître plusieurs sociétés de secours comme investies d'une telle tâche, en plus de sa Société nationale Croix-Rouge Croissant-Rouge.

En plus de la « reconnaissance », la société doit être « dûment autorisée » par son propre gouvernement, c'est-à-dire qu'elle doit être formellement autorisée à exercer la mission de service public consistant à soigner les blessés et les malades des forces armées.

L'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949 opère une distinction entre la reconnaissance et l'autorisation qui constituent deux étapes séparées. En pratique, la même décision peut faire office de reconnaissance et d'autorisation. Si la décision d' « autoriser » une société à servir comme auxiliaire des services sanitaires des forces armées doit être considérée comme signifiant que cette société a (implicitement) également été « reconnue » pour ce faire, l'inverse n'est pas nécessairement vrai¹³.

Alors que l'article 26 de la Première Convention de Genève dispose que ces Sociétés nationales doivent être autorisées et reconnues « par leur gouvernement », l'article 8, c), ii) du Protocole additionnel I requiert quant à lui la reconnaissance et l'autorisation d' « une Partie au conflit ». Notons que la définition qui avait été mise au point pour le Protocole additionnel II tenait compte des aspects particuliers du conflit armé non international à deux égards :

- d'une part, elle faisait référence au « *personnel sanitaire des organisations de la Croix-Rouge (Croissant-Rouge, Lion-et-Soleil-Rouge) reconnues et autorisées par une Partie au conflit* », le terme « organisations » visant à couvrir non seulement l'assistance assurée du côté gouvernemental, mais aussi les groupes ou sections de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge du côté adverse qui existent déjà, et même les organisations improvisées qui apparaissent au cours du conflit ;

- d'autre part, elle faisait référence au « *personnel sanitaire d'autres sociétés de secours reconnues et autorisées par une Partie au conflit et situées sur le territoire de la Haute Partie contractante sur le territoire de laquelle se déroule un conflit armé* ». L'idée était ici d'inclure dans la définition du personnel sanitaire le personnel de sociétés locales autres que les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'exclure tout groupe privé étranger qui s'installerait en se prévalant de la qualité de société de secours et qui ne serait pas reconnu par les insurgés.

En l'absence de définition de l'expression « personnel sanitaire » dans le Protocole additionnel II, c'est cette interprétation tenant compte des particularités des conflits armés non internationaux qu'il convient de retenir dans de tels contextes. Pareille conclusion peut en outre s'appuyer, pour ce qui

¹² Précisons que parmi les 10 conditions devant être remplies par une Société nationale pour laquelle celle-ci soit reconnue par le CICR comme membre du Mouvement figure la suivante : « Être dûment reconnue par le gouvernement légal de son pays sur la base des Conventions de Genève et de la législation nationale comme société de secours volontaire, auxiliaire des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire ». Ainsi, la reconnaissance gouvernementale constitue une condition nécessaire mais non suffisante de la reconnaissance d'une Société nationale par le CICR. Précisons par ailleurs, pour ce qui concerne cette 3^{ème} condition posée par l'article 4 des Statuts du Mouvement, que la référence aux Conventions de Genève est volontairement imprécise : elle ne mentionne pas spécifiquement l'une des Conventions de Genève, et ce afin de ne pas exclure de la reconnaissance par le CICR les Sociétés nationales d'Etats sans armée. Par conséquent, pour ce qui concerne la reconnaissance étatique telle qu'elle est exigée par l'article 4.3 des Statuts du Mouvement, si la reconnaissance sur la base des Conventions de Genève est indispensable, il convient de préciser que cette reconnaissance ne doit pas forcément se baser sur l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949. Voir C. LANORD, *Le statut juridique des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*, Genève, 1999, p. 32 et pp. 215-217.

¹³ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 2061-2066.

concerne spécifiquement les Sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge, sur l'article 18 du Protocole additionnel II qui utilise les termes « organisations de la Croix-Rouge »¹⁴.

Précisons enfin que la « notification » aux autres Parties contractantes, soit dès le temps de paix, soit à l'ouverture ou au cours des hostilités (article 26, alinéa 2 de la Première Convention de Genève), est uniquement destinée à informer les autres États du ou des noms(s) de la/des société reconnue(s) et autorisée(s) et ne confère pas, en soi, la protection même si d'un point de vue pratique, il est souhaitable qu'une telle notification ait lieu¹⁵.

Les conditions relatives au personnel des sociétés de secours :

En plus des trois conditions susmentionnées devant être satisfaites par les Sociétés nationales de secours, deux conditions supplémentaires doivent être rencontrées par le personnel de ces sociétés de secours, à savoir : (1.) l'affectation à une ou plusieurs tâche(s) sanitaire(s) ; (2.) la soumission aux lois et règlements militaires.

1. Le personnel des sociétés de secours intervenant en appui aux services sanitaires des forces armées ne pourra être qualifié de personnel sanitaire que si celui-ci a été **affecté** par une Partie au conflit à une ou plusieurs activités limitativement énumérées¹⁶, à savoir :

- la recherche, l'évacuation, le transport, le diagnostic ou le traitement - y compris les premiers secours - des blessés, des malades et des naufragés, ainsi que la prévention des maladies¹⁷
- la protection n'est pas seulement accordée à celles et ceux qui sont en contact direct avec les blessés et les malades. Elle bénéficie également à celles et ceux qui sont (exclusivement) affectés à l'administration d'unités sanitaires¹⁸ (exemples : soutien aux unités sanitaires dans l'acquisition de matériel médical ; fonctions administratives ; personnes en charge de la cuisine ou de l'entretien d'unités sanitaires).
- l'affectation au fonctionnement ou à l'administration de moyens de transport sanitaire¹⁹. Ce serait le cas de personnes qui collaborent au pilotage des moyens de transport sanitaire (ex : copilotes d'un aéronef sanitaire), qui participent à leur entretien (ex : mécaniciens) ou qui planifient l'usage des moyens de transport sanitaire²⁰.

L'affectation par une Partie au conflit à des tâches sanitaires constitue une condition indispensable, et ce pour deux raisons. Il s'agit d'une part d'octroyer le statut de personnel sanitaire aux seules personnes qui sont amenées à exercer spécifiquement des fonctions utiles à la protection des blessés et des malades. D'autre part, il est indispensable que la Partie belligérante garde le pouvoir d'octroyer la protection réservée au personnel sanitaire à qui de droit afin de contrôler les personnes habilitées à faire usage des emblèmes protecteurs de la croix rouge, du croissant rouge et plus récemment du cristal rouge qui manifestent la visibilité de cette protection vis-à-vis de la partie adverse.

Notons que concernant les modalités pratiques de cette affectation (qui prend la décision, sous quelle forme, etc.), il est renvoyé au droit national²¹.

¹⁴ CICR, Commentaire de l'article 9 du Protocole additionnel II de 1977, Genève, 1987, §§ 4666-4667.

¹⁵ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2072.

¹⁶ Ces activités sont limitativement énumérées à l'article 24 de la Première Convention de Genève. L'article 8, c) du Protocole additionnel I reprend ces activités et y ajoute également l'affectation au fonctionnement ou à l'administration de moyens de transport sanitaire.

¹⁷ Article 24 de la Première Convention de Genève de 1949 ; article 8, e) du Protocole additionnel I de 1977.

¹⁸ Article 24 de la Première Convention de Genève de 1949 ; article 8, c) du Protocole additionnel I de 1977.

¹⁹ Article 8, c) du Protocole additionnel I de 1977.

²⁰ CICR, Commentaire de l'article 8, c), du Protocole additionnel I de 1977, Genève, 1987, § 352.

²¹ CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 1973.

Les autres personnes qui n'ont pas été affectées à de telles tâches par une partie au conflit – ce serait le cas de médecins ou d'infirmiers ordinaires ou bien encore du personnel médical d'une ONG – ne bénéficient pas du statut de personnel sanitaire prévu par le DIH. Ne bénéficieront pas non plus de ce statut les membres du personnel des sociétés de secours qui, même lorsqu'ils travaillent au bénéfice des membres des forces armées, ne participent à aucune des activités susmentionnées²².

Le caractère exclusif de l'affectation :

L'affectation du personnel à ces tâches doit être **exclusive**, cela signifie qu'une fois qu'elle a été affectée à l'une ou plusieurs de ces tâches, une personne ne peut exercer que l'une ou l'autre de ces fonctions qui lui ont été assignées. Par exemple, une personne peut être affectée à la fois au traitement des blessés et malades et à la prévention des maladies. À l'inverse, l'affectation ne serait pas exclusive si cette personne est affectée à la fois au traitement des blessés et malades et à l'entretien des véhicules de combat par exemple. Une telle affectation non exclusive pourrait même, selon les circonstances, s'apparenter à un « acte nuisible à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » susceptible d'entraîner une perte de la protection. Nous y reviendrons plus loin.

Si le caractère exclusif de l'affectation est expressément mentionné à l'article 24 de la Première Convention de Genève (pour le personnel sanitaire des forces armées), l'article 26 de la Première Convention de Genève ne reprend pas les termes « exclusivement affecté » mais renvoie aux « mêmes fonctions » que celles énumérées à l'article 24, ce qui peut poser la question de savoir si le caractère exclusif de l'affectation vaut également pour le personnel visé à l'article 26²³. L'article 8, c) du Protocole additionnel I utilise quant à lui les termes « exclusivement affectées » pour tout le personnel sanitaire, ce qui couvre notamment le personnel des sociétés de secours prêtant leur concours aux services sanitaires des forces armées.

Le caractère permanent ou temporaire de l'affectation :

Bien que les articles 24 et 26 de la Première Convention de Genève ne le précisent pas, ceux-ci étaient traditionnellement compris comme exigeant également un caractère **permanent** de l'affectation, et ce en comparaison avec la logique de l'article 25 de la Première Convention de Genève^{24 25} : ce dernier article porte sur une catégorie spéciale de militaires qui sont affectés à l'accomplissement de tâches sanitaires pour une durée limitée, et qui, le reste du temps, exercent leurs fonctions de combattants. Ayant reçu une instruction particulière d'infirmiers ou de brancardiers auxiliaires, ces membres des forces armées peuvent être employés par leurs officiers à rechercher ou à traiter des blessés. Le reste du temps, le commandement les affectera à tout autre service de l'armée. Ce personnel sanitaire temporaire ne bénéficie de la protection que lorsque les activités médicales sont effectivement en cours. À la différence du régime de protection fondé sur l'article 25 de la Première Convention de Genève pour le personnel sanitaire temporaire des forces armées, les régimes de protection prévus

²² CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2073, note de bas de page 48 : « On peut citer par exemple, un membre du personnel de la Société nationale affecté à l'échange de messages Croix-Rouge, autrement dit des messages qui sont envoyés, via la Société Nationale, par ou aux membres de la famille dans le pays d'origine, par exemple dans le but d'informer rapidement les membres des forces armées, ou leurs familles, d'une urgence ou de tout autre événement important. Un autre exemple serait un membre du personnel de la Société nationale impliqué dans la formation des services sanitaires des forces armées ».

²³ C. LANORD, *Le statut juridique des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*, Genève, 1999, p. 81.

²⁴ CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 1980 ; CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2074.

²⁵ On peut par ailleurs citer l'article 9, al. 2 de la Convention de Genève sur les blessés et les malades de 1929 qui utilisait quant à lui explicitement l'expression « personnel sanitaire permanent ».

par les articles 24 et 26 de la même Convention sont fondés sur le statut et non sur le comportement ²⁶ : une personne n'a pas besoin d'accomplir effectivement les activités sanitaires en question pour être protégée à partir du moment où elle y a été affectée par une Partie au conflit.

En vertu de l'article 8, c) du Protocole additionnel I, le personnel sanitaire s'entend :

« des personnes exclusivement affectées par une Partie au conflit soit aux fins sanitaires énumérées à l'alinéa e, soit à l'administration d'unités sanitaires, soit encore au fonctionnement ou à l'administration de moyens de transport sanitaire. Ces affectations peuvent être permanentes ou temporaires ».

Le Protocole additionnel I opère ainsi un rapprochement entre le personnel sanitaire permanent et le personnel sanitaire temporaire en ce qu'il élargit à tout le personnel sanitaire, et plus seulement au personnel sanitaire temporaire des forces armées, la possibilité d'être utilisé à titre temporaire. Malgré ce rapprochement, une différence entre le personnel permanent et le personnel temporaire surgit à la lecture de l'alinéa k de l'article 8 du Protocole additionnel I qui emploie le terme « affecter » pour faire référence au personnel permanent tandis qu'il emploie le terme « utiliser » pour faire référence au personnel temporaire :

*« sont « permanents » le personnel sanitaire, les unités sanitaires et les moyens de transport sanitaire **affectés exclusivement** à des fins sanitaires pour une durée indéterminée. Sont « temporaires » le personnel sanitaire, les unités sanitaires et les moyens de transport sanitaire **utilisés exclusivement** à des fins sanitaires pour des périodes limitées, pendant toute la durée de ces périodes ».*

Il ressort des travaux préparatoires du Protocole additionnel I que cette divergence de terminologie était intentionnelle afin de marquer la période durant laquelle la protection est octroyée, tel que cela est expliqué par le Comité de rédaction de la Commission II qui avait indiqué :

« On a pris des mots différents pour bien préciser que la protection des unités ou du personnel permanents commence au moment de l'ordre, de l'affectation ou d'un acte similaire créant l'unité ou assignant une tâche sanitaire au personnel. La protection des unités ou du personnel temporaires ne commence que lorsque ces unités ou ce personnel ont en fait cessé d'accomplir une tâche autre que sanitaire » ²⁷.

Ainsi, le personnel sanitaire permanent sera protégé dès son affectation, même s'il n'est pas utilisé comme tel. Concernant le personnel sanitaire temporaire, celui-ci sera protégé dès qu'il sera utilisé à des fins sanitaires, tout en notant que cela ne signifie pas pour autant que le personnel sanitaire temporaire n'a pas à recevoir une affectation, l'article 8, c) du Protocole additionnel I indiquant expressément que le personnel sanitaire « s'entend des personnes exclusivement affectées par une partie au conflit ... ». L'affectation est donc bien une condition essentielle pour ce qui concerne le personnel sanitaire, qu'il soit permanent ou temporaire. Par ailleurs, notons que l'article 8, k) du Protocole additionnel I laisse la question ouverte de savoir si le personnel temporaire qui serait affecté mais non encore utilisé serait protégé. A la lumière de l'article 8, c) du Protocole additionnel I, il semble que l'on puisse conclure que ce personnel ayant été affecté devra être protégé, et ce même s'il n'est pas utilisé²⁸. En résumé, pour ce qui concerne le début de la protection, celle-ci commencera dès l'affectation, tant pour le personnel sanitaire permanent que pour le personnel sanitaire temporaire.

²⁶ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2074.

²⁷ Actes XIII, pp. 345-346, CDDH/II/379.

²⁸ C. LANORD, *Le statut juridique des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*, Genève, 1999, p. 82.

Concernant à présent le moment où la protection cesse, est-il correct d'affirmer que la protection en tant que personnel sanitaire temporaire cesse dès que celui-ci n'accomplit plus une tâche sanitaire ? Non, selon le CICR, qui estime dans son Commentaire de l'article 8 du Protocole additionnel I que cela reviendrait à « *rendre la protection trop aléatoire* ». Selon le CICR, le critère pertinent pour savoir quand la protection en tant que personnel sanitaire temporaire cesse est plutôt celui de la nouvelle affectation ou utilisation : dès que le personnel concerné est utilisé ou affecté à d'autres fins, il perd le droit à la protection²⁹.

Si l'on tente une synthèse, on peut affirmer que le Protocole additionnel I fait œuvre novatrice par rapport à la Première Convention de Genève de 1949 à trois égards :

- premièrement, **il élargit à tout le personnel sanitaire** la possibilité d'être utilisé à titre temporaire, en ce compris - pour ce qui nous intéresse dans le cadre de la présente note - le personnel sanitaire des sociétés de secours volontaires, parmi lesquelles les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, là où la Première Convention de Genève (article 25) ne prévoyait cette possibilité que pour le personnel sanitaire temporaire des forces armées ;
- deuxièmement, **il réduit la différence** entre la protection accordée au personnel permanent et celle accordée au personnel temporaire étant donné que cette dernière vaut pendant tout le temps de la durée de l'affectation, contrairement à ce que prévoit l'article 25 de la Première Convention de Genève pour le personnel sanitaire temporaire des forces armées qui n'était protégé que pendant le temps où l'activité sanitaire était en cours. En ce qui concerne le début de la protection, le Protocole additionnel I prévoit que celle-ci commence dès le début de l'affectation - tant pour le personnel permanent que pour le personnel temporaire. La différence qui subsiste dans le Protocole additionnel I entre le personnel permanent et le personnel temporaire est la suivante : alors que la protection du personnel permanent vaut en tout temps³⁰, celle du personnel temporaire cesse si celui-ci est utilisé ou affecté à d'autres fins que des fins sanitaires ;
- troisièmement, le Protocole additionnel I précise de manière stricte l'obligation du personnel sanitaire d'être affecté **exclusivement** à des tâches sanitaires³¹, soit pour une durée indéterminée en ce qui concerne le personnel sanitaire permanent, soit pendant la durée de son affectation en ce qui concerne le personnel sanitaire temporaire.

Pour ce qui concerne à présent la signification à donner au terme « permanent », l'article 8 alinéa k) du Protocole additionnel I fait référence à « une durée indéterminée ». Ainsi, si un soldat est incorporé dans les troupes sanitaires avec l'idée de fonctionner en tant que tel à chaque fois qu'il est appelé sous les drapeaux, son affectation sera considérée comme permanente³². Quant à la question de savoir ce qu'il convient d'entendre par « temporaire », celle-ci n'est pas aisée car elle renvoie à la question de savoir si l'affectation temporaire peut continuer à être considérée comme exclusive lorsqu'elle est de courte durée. Aucune limite de temps n'est fixée dans le Protocole additionnel I. Cependant, dans toute la mesure du possible, le personnel sanitaire ne devrait pas changer d'affectation au cours d'une opération. Si la stabilité de l'affectation constitue sans aucun doute un facteur de sécurité pour le personnel sanitaire, de même qu'un changement fréquent d'affectation constituerait un facteur de risque, il n'empêche que le rôle d'appoint du personnel sanitaire temporaire, parfois pendant une très courte période, demeure essentiel. Ainsi, c'est un équilibre qu'il convient de rechercher entre une

²⁹ CICR, Commentaire de l'article 8, c) du Protocole additionnel I de 1977, Genève, 1987, § 395.

³⁰ Voir aussi Commentaire de la règle 25 de l'Étude du CICR sur le droit international humanitaire coutumier, p. 112.

³¹ Article 8, c) du Protocole additionnel I de 1977.

³² CICR, Commentaire de l'article 8, c), du Protocole additionnel I de 1977, Genève, 1987, § 394.

certaine souplesse propre à assurer le maximum d'assistance aux blessés et une certaine rigueur, en ce qui concerne le caractère exclusif de l'affectation, indispensable à la survie de ce système de protection fondé sur la confiance³³.

2. Le personnel sanitaire des sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge et des autres sociétés de secours **sera soumis aux lois et règlements militaires**. Cette soumission s'applique au personnel, mais pas à la société de secours volontaire en tant que telle. Elle signifie *a minima* que les membres du personnel sanitaire travaillant sous l'autorité des services sanitaires des forces armées doit obéir aux ordres licites donnés par les autorités auxquelles ils sont assujettis. L'obligation pour ce personnel d'être soumis aux lois et règlements militaires ne signifie pas non plus nécessairement que ses membres doivent porter un uniforme militaire³⁴.

b) Le personnel sanitaire des sociétés de secours volontaires reconnues d'un pays neutre prêtant leur concours aux services sanitaires d'une Partie au conflit

La deuxième catégorie de personnel sanitaire pertinente dans le cadre de la présente note est celle du personnel sanitaire des sociétés de secours volontaires reconnues d'un pays neutre prêtant leur concours aux services sanitaires d'une Partie au conflit. Ce personnel est visé par l'article 27 de la Première Convention de Genève de même que par l'article 9, § 2, b) du Protocole additionnel I³⁵.

Il faut préciser ici que l'article 27 de la Première Convention doit être lu en miroir de l'article 26 de la même Convention puisqu'il en constitue une variante. L'article 26 expose les conditions dans lesquelles les Sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge ainsi que d'autres sociétés de secours volontaire peuvent être auxiliaires des services sanitaires de forces armées **de leur propre État** lorsque cet État est partie à un conflit armé international. Quant à l'article 27, il pose les conditions dans lesquelles une société reconnue d'un pays neutre peut prêter son concours aux services sanitaires des forces armées **d'un autre État** lorsque que cet État est partie à un conflit armé international³⁶.

Notons que l'article 9 § 2 du Protocole additionnel I élargit le champ d'application de l'article 27 de la Première Convention de Genève (et de l'article 32) à deux catégories de personnes supplémentaires, à savoir le personnel mis à la disposition d'une partie au conflit à des fins humanitaires par un Etat neutre ou non Partie au conflit (article 9, § 2, a) PA I) et par une organisation internationale impartiale de caractère humanitaire (article 9, § 2, c) PA I).

Pour ce personnel, quelques différences sont à noter avec le régime de protection du personnel sanitaire des sociétés de secours volontaires tel que prévu à l'article 26 de la Première Convention de Genève et à l'article 8, c) ii) du Protocole additionnel I. Ces différences ne seront pas abordées dans la présente note.

II. Protection

Tel que déjà mentionné, le personnel sanitaire des Sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge et des autres sociétés de secours volontaires dûment reconnues et autorisées par une Partie au conflit sont assimilées au personnel sanitaire des forces armées. Ce principe d'assimilation vaut également pour le personnel sanitaire mis à la disposition d'une Partie au conflit par une société de secours

³³ CICR, Commentaire de l'article 8, c), du Protocole additionnel I de 1977, Genève, 1987, §§ 395-396 ; C. LANORD, *Le statut juridique des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*, Genève, 1999, p. 82.

³⁴ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 2078-2080.

³⁵ Notons que l'article 8, c), iii) du Protocole additionnel I renvoie à l'article 9, § 2 du Protocole additionnel I qui envisage quant à lui trois catégories distinctes de personnes.

³⁶ CICR, Commentaire de l'article 27 de la Première Convention de Genève de 1949, 2016, § 2102.

reconnue et autorisée par un pays neutre³⁷. Pour rappel, cette assimilation signifie que ce personnel est placé sur le même plan que le personnel sanitaire des forces armées. Ainsi, bien qu'elles ne soient pas membres des forces armées, ces personnes bénéficient de la protection accordée au personnel sanitaire des forces armées. Pratiquement, cette assimilation a une triple conséquence.

Premièrement, ces personnes doivent être « respectées et protégées en toutes circonstances »³⁸. Cette protection doit avant tout être considérée comme subsidiaire car elle contribue surtout à assurer la protection des blessés et des malades qui est principalement visée par le droit international humanitaire³⁹.

L'obligation de « respecter » implique une série d'obligations négatives, c'est-à-dire une obligation de s'abstenir de se livrer à certains types d'actes ou de menacer de se livrer à de tels actes. Au minimum, l'obligation de respecter signifie l'obligation de ne pas attaquer les membres du personnel sanitaire, ne pas les tuer s'ils tombent en leur pouvoir, les maltraiter, ne pas leur nuire de quelque manière que ce soit, les insulter, les kidnapper, les menacer, les intimider, les agresser physiquement ou les soumettre à des arrestations arbitraires. L'obligation de respecter les membres du personnel sanitaire implique aussi le devoir de ne pas perturber arbitrairement leur travail afin que les blessés et malades puissent recevoir les soins nécessaires. Enfin, l'obligation de respecter implique de se conformer au cadre juridique relatif à la protection de la déontologie médicale à laquelle le personnel sanitaire obéit dans ses activités⁴⁰. Plus particulièrement, les Parties belligérantes 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 dispositions prévues par les conventions de droit international humanitaire, 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 renseignements⁴¹.

L'obligation de « protéger » implique une série d'obligations positives, c'est-à-dire l'obligation de prendre certaines mesures en faveur de ces personnes. Cette obligation implique au minimum de prendre des mesures pour veiller à ce que les membres du personnel sanitaire puissent accomplir leurs tâches et pour éviter toute entrave à l'accomplissement de leurs tâches. Selon les circonstances, l'obligation de « protéger » peut également engendrer une obligation de « faire respecter » par des tiers. Ce serait par exemple le fait de prendre des mesures concrètes pour empêcher que le personnel sanitaire ne fasse l'objet d'attaques ou de menaces par des pillards

³⁷ CICR, Commentaire de l'article 27 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2134.

³⁸ L'obligation de respecter et protéger le personnel sanitaire est également inscrite à l'article 9 § 1 du Protocole additionnel II. Elle est par ailleurs considérée comme coutumière (en CAI et en CANI) : voir règle 25 de l'Etude de droit coutumier du CICR.

³⁹ CICR, Commentaire de l'article 8 du Protocole additionnel I de 1977, Genève, 1987, § 347.

⁴⁰ Article 18, al. 3 de la Première Convention de Genève de 1949 ; article 16 du Protocole additionnel I de 1977 ; article 10 du Protocole additionnel II de 1977.

⁴¹ CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 1952, p. 243 qui renvoie au Commentaire du CICR de l'article 19 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 1952, p. 217 ; CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 1984-1989 ; CICR, Commentaire de l'article 12 du Protocole additionnel I de 1977, Genève, 1987, §§ 516-520 ; CICR, Commentaire de l'article 9 du Protocole additionnel II de 1977, Genève, 1987, §§ 4673-4674.

ou des rôdeurs. L'objectif principal de l'obligation de protéger est de s'assurer que le personnel sanitaire puisse accéder à ceux qui en ont besoin, à savoir les blessés et les malades⁴².

Deuxièmement, lorsqu'ils tombent au pouvoir de la partie adverse, les membres du personnel sanitaire doivent être rendus à la partie au conflit à laquelle elles appartiennent⁴³. Elles ne pourront être retenues que dans la mesure où l'état sanitaire, les besoins spirituels et le nombre de prisonniers de guerre l'exigeront⁴⁴. Dans ce cas, elles ne seront pas considérées comme prisonniers de guerre mais bénéficieront au moins de tous les avantages et de la protection de la Troisième Convention de Genève de 1949, ainsi que de toutes les facilités nécessaires pour leur permettre d'apporter leurs soins médicaux aux prisonniers de guerre⁴⁵.

Enfin, les membres du personnel sanitaire auront le droit d'arborer l'emblème en tant que signe protecteur.

III. Perte de la protection

Si le droit international humanitaire conventionnel dispose que le personnel sanitaire doit être « respecté et protégé », il ne prévoit toutefois pas les circonstances dans lesquelles cette protection spécifique serait perdue.

Il est généralement admis⁴⁶ que les règles conventionnelles relatives à la perte de la protection spécifique dont jouissent normalement les unités et moyens de transport sanitaires⁴⁷ devraient s'appliquer par analogie au personnel sanitaire. Autrement dit, le personnel sanitaire ne perdrait sa protection que s'il commet un « acte nuisible à l'ennemi » et si cet acte est commis « en dehors de leurs devoirs humanitaires ». Notons que l'Etude de droit coutumier élaborée par le CICR reprend explicitement à sa règle 25 le critère de l'« acte nuisible à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » lorsqu'il traite de la perte de la protection du personnel sanitaire.

Se pose dès lors la question de savoir ce que recouvre un « acte nuisible à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires ». Le DIH ne propose pas de définition de cette notion, ce qui a pour effet d'engendrer certaines incertitudes.

Certaines dispositions⁴⁸ fournissent toutefois, à propos des unités et moyens de transport sanitaires, une liste non exhaustive de faits qui ne peuvent pas être considérés comme entraînant une perte de protection. Ainsi, par exemple, conformément à ce que prévoit l'article 13, § 2 du Protocole additionnel I de 1977, ne seront pas considérés comme actes nuisibles à l'ennemi :

- le fait que le personnel de l'unité est doté d'armes légères individuelles pour sa propre défense ou pour celle des blessés et des malades dont il a la charge ;

⁴² CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 1991-1992 ; CICR, Commentaire de l'article 9 du Protocole additionnel II, Genève, 1987, § 4676.

⁴³ Articles 30, al. 1 et 31 de la Première Convention de Genève de 1949.

⁴⁴ Article 28, al 1 de la Première Convention de Genève de 1949.

⁴⁵ Articles 28 et 30 al. 2 de la Première Convention de Genève de 1949 ; article 33 CG de la Troisième Convention de Genève de 1949.

⁴⁶ CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 1995-1997.

⁴⁷ Article 21 de la Première Convention de Genève de 1949 ; article 34 de la Deuxième Convention de Genève de 1949 ; article 19 de la Quatrième Convention de Genève de 1949 ; article 13 du Protocole additionnel I de 1977 ; article 11 § 2 du Protocole additionnel II de 1977.

⁴⁸ Article 22 de la Première Convention de Genève de 1949 ; article 35 de la Deuxième Convention de Genève de 1949 ; article 13 § 2 du Protocole additionnel de 1977.

- le fait que l'unité est gardée par un piquet, des sentinelles ou une escorte ;
- le fait que se trouvent dans l'unité des armes portatives et des munitions retirées aux blessés et aux malades et n'ayant pas encore été versées au service compétent ;
- le fait que des membres des forces armées ou autres combattants se trouvent dans ces unités pour des raisons médicales.

Notons qu'il ne s'agit là que d'exemples d'actes ne constituant pas des « actes nuisibles à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » et qu'il ne s'agit aucunement d'une liste exhaustive.

Les notions d' « acte nuisible à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » et de « participation directe aux hostilités »

En l'absence de définition conventionnelle, une question se pose quant au fait de savoir si la notion d' « acte nuisible à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » correspond à la notion de « participation directe aux hostilités » ou si elle est distincte de celle-ci. Sur cette question, il existe essentiellement deux écoles.

L'opinion majoritaire, partagée notamment par le CICR, envisage les deux concepts comme étant distincts. Dans son Commentaire de la Première Convention de Genève mis à jour en 2016⁴⁹, le CICR précise que ces deux concepts « *sont distincts, ont leur propre champ d'application et engendrent des effets différents. Le critère relatif à la "participation directe aux hostilités" s'applique seulement aux civils et ne s'applique pas aux personnes couvertes par l'article 24. Par conséquent, ces notions ne doivent pas être confondues. Au regard des actes visés, le champ d'application de la notion d' "actes nuisibles à l'ennemi" est plus large que celui de la notion de "participation directe aux hostilités". Par conséquent, tout acte qui, s'il est commis par des civils, constitue une "participation directe aux hostilités", constituera un "acte nuisible à l'ennemi en dehors de leurs devoirs humanitaires" s'il est commis par une personne qui a droit au respect et à la protection conformément à l'article 24. Toutefois, l'inverse n'est pas vrai, étant donné que tout "acte nuisible à l'ennemi" ne constituerait pas une "participation directe aux hostilités" s'il est commis par un civil* ». Autrement dit, on peut ici imaginer deux cercles concentriques dont le plus large correspondrait à la notion d' « acte nuisible à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » et dont le plus le étroit correspondrait à la notion de « participation directe aux hostilités », et tout en notant que ces notions ne s'appliqueraient pas au même catégories de personnes.

L'opinion minoritaire considère les notions de « participation directes aux hostilités » et d' « actes nuisibles à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » comme deux concepts équivalents lorsqu'ils sont commis par du personnel sanitaire. Cette opinion est notamment défendue par Marco Sassòli⁵⁰. Le professeur Sassòli rappelle que le concept d' « acte nuisible à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires » est utilisé par les traités de DIH spécifiquement pour les unités et moyens de transport sanitaires. Il reconnaît que cette notion peut être appliquée par analogie au personnel sanitaire mais que cette application doit se faire *mutatis mutandis* : ainsi, s'agissant de personnes, celles-ci ne perdraient leur protection spécifique de personnel sanitaire qu'en cas de participation directe aux hostilités. Ainsi par exemple, pour le professeur Sassòli, le fait qu'un membre du personnel

⁴⁹ CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 2002-2003.

⁵⁰ M. SASSÒLI, « *When do Medical and Religious Personnel Lose what Protection* », 44 (2014) Collegium, Proceedings of the Bruges Colloquium, Vulnerabilities in Armed Conflicts: Selected Issues, 17-18 October 2013 ; voir aussi M. SASSÒLI, [Joint Blog Series: Medical care in armed conflict PART II](#), Humanitarian Law and Policy blog, 2019.

sanitaire conduise un camion rempli de munitions d'un port vers un entrepôt situé loin de la ligne de front ne pourrait être considéré comme un acte nuisible à l'ennemi commis en dehors des devoirs humanitaires et n'aurait ainsi pas pour conséquence de lui faire perdre la protection dont il bénéficie en tant que personnel sanitaire.

Dans tous les cas, un acte nuisible à l'ennemi n'entraînera une perte de la protection que s'il est commis en dehors des devoirs humanitaires. Autrement dit, certains actes peuvent constituer des « actes nuisibles à l'ennemi » sans entraîner une perte de protection dès lors qu'ils sont commis dans le cadre, ou du fait de l'exercice des « devoirs humanitaires ». Ce serait par exemple le cas de certaines activités menées au profit des combattants valides, comme la prévention des maladies. Il en serait de même du travail des membres du personnel sanitaire qui peut troubler temporairement les opérations militaires, par exemple lorsqu'ils exercent leurs fonctions à proximité des opérations militaires ou lorsque l'évacuation des blessés et des malades a lieu sur le/à proximité du champ de bataille ou freine l'avancée de l'ennemi⁵¹. Pour autant qu'ils soient conformes aux « devoirs humanitaires », ces actes n'entraînent pas une perte de la protection, et ce même s'ils sont menés en faveur de combattants et donc malgré que l'acte médical augmente en quelque sorte la capacité militaire d'une partie au conflit.

La signification de la perte de protection en tant que personnel sanitaire

La signification de la perte de protection en tant que personnel sanitaire constitue une autre question qui soulève la controverse, en particulier le fait de savoir si cela implique que le personnel sanitaire peut faire licitement l'objet d'attaques de même que la question de la durée de la perte de la protection.

Concernant tout d'abord le fait de savoir si la perte de la protection en tant que personnel sanitaire implique une perte de la protection contre les attaques, le CICR⁵² considère que la commission par le personnel sanitaire d'un « acte nuisible à l'ennemi en dehors de ses devoirs humanitaires » aura pour effet de faire perdre au personnel sanitaire son droit d'être protégé. Ceci signifie, par exemple, qu'on ne peut plus s'attendre à ce que l'ennemi facilite le travail de ces personnes. Quant à son droit d'être respecté, le CICR considère qu'il faut faire preuve de nuance : ainsi, selon le CICR, la commission d'un « acte nuisible à l'ennemi » ne signifie pas, en soi, que la personne devient automatiquement une cible licite. Quant au critère devant être rencontré pour que le personnel sanitaire devienne une cible licite, même si le CICR est silencieux à ce sujet dans son Commentaire de la Première Convention de Genève, il semble toutefois considérer qu'il s'agit du critère de la participation directe aux hostilités⁵³. Si l'on tente de résumer la position du CICR, l'on peut affirmer que lorsque le personnel sanitaire commet un acte nuisible à l'ennemi en dehors de ses devoirs humanitaires sans que cet acte n'atteigne le seuil d'une participation directe aux hostilités, il perd son droit à la protection mais pas son droit au respect. À la question « est-ce que la perte de la protection en tant que personnel sanitaire implique une perte de la protection contre les attaques », Marco Sassòli répond quant à lui par l'affirmative. Selon le Professeur Sassòli, le « droit au respect » et le « droit à la protection » sont deux concepts identiques. Ainsi, en cas de participation directe aux hostilités, et uniquement dans ce cas, le personnel sanitaire perd sa protection entendue dans son intégralité.

⁵¹ CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2001.

⁵² CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2008.

⁵³ CICR, [Le droit international humanitaire et les défis posés par les conflits armés contemporains](#), Genève, 2015, p. 41 : « en cas d'actes nuisibles à l'ennemi commis par le personnel sanitaire en dehors de ses devoirs humanitaires, ces actes n'exposent pas nécessairement le personnel aux attaques directes ; ce ne serait le cas que si ces actes constituaient également une participation directe aux hostilités ».

Face à ces deux thèses qui s'opposent, une troisième approche est proposée⁵⁴, qui consiste à considérer que la perte de la protection en tant que personnel sanitaire et la perte de la protection contre les attaques doivent être **conceptuellement distinguées**, même si, en pratique, elles peuvent avoir lieu au même moment. S'il commet un acte nuisible à l'ennemi en dehors de ses devoirs humanitaires, le personnel sanitaire perd son droit à être protégé **mais aussi** son droit à être respecté. Ainsi, non seulement plus aucune mesure ne devrait être prise en vue de lui faciliter l'accomplissement de ses tâches (droit d'être protégé) mais il ne pourrait plus non plus se prévaloir d'un droit à accomplir ses tâches sans entrave (droit d'être respecté). Une fois cette protection spécifique en tant que personnel sanitaire perdue, se pose ensuite la question de savoir si le personnel sanitaire est encore protégé contre les attaques et à quel titre :

- en ce qui concerne le personnel sanitaire civil : une fois la protection spéciale perdue, celui-ci pourra prétendre à sa protection en tant que civil en vertu de laquelle il ne peut être attaqué, sauf s'il participe directement aux hostilités et pendant le temps de cette participation.

- en ce qui concerne le personnel sanitaire militaire : une fois la protection spéciale perdue, leur statut est loin d'être clair⁵⁵. Cette question est directement liée à celle de la portée temporelle de la perte de protection spécifique en tant que personnel sanitaire :

- i) soit l'on considère qu'une fois leur protection spéciale en tant que personnel sanitaire perdue, ils deviennent de manière permanente des membres des forces armées « ordinaires » et, par conséquent, des combattants qui constituent des cibles licites en tant que telles. Une telle interprétation se justifierait à la lumière de l'article 43 du Protocole additionnel I en vertu duquel tous les membres des forces armées sont des combattants, à l'exception du personnel sanitaire et religieux. Dans le cas présent, s'ils ne sont plus du personnel sanitaire, ils seraient par conséquent des combattants. Selon cette interprétation, le statut de cette personne lorsqu'elle tombe au pouvoir de l'ennemi serait celui d'un prisonnier de guerre.

- ii) soit l'on considère que le personnel sanitaire militaire qui perd sa protection spécifique devient, de manière permanente, un civil. Ce raisonnement s'appuierait sur l'article 4, alinéa 4 de la Quatrième Convention de Genève en vertu duquel les personnes qui sont au bénéfice des autres Conventions de Genève ne sont pas considérées comme des personnes protégées au sens de la Quatrième Convention de Genève. Le personnel sanitaire militaire n'étant plus au bénéfice de la Première Convention de Genève (parce qu'ils ont perdu leur protection spéciale de personnel sanitaire), ni de la Troisième Convention de Genève (parce qu'ils ne sont pas des combattants), ils deviennent des civils qui sont protégés contre les attaques, sauf s'ils participent directement aux hostilités et pendant le temps de cette participation. Si la personne devait se retrouver aux mains de l'ennemi, son internement pour raison impérieuse de sécurité devrait être décidée au cas par cas.

- iii) soit l'on considère qu'ils demeurent du personnel sanitaire et que dès lors que cesse la commission de cet acte nuisible à l'ennemi, la protection spéciale en tant que personnel sanitaire est recouvrée.

⁵⁴ R. LIIVOJA, [Status of medical personnel: Clear as mud?](#), *Humanitarian Law & Policy Blog*, 2019.

⁵⁵ M. SASSOLI, « *When do Medical and Religious Personnel Lose what Protection* », 44 (2014) *Collegium, Proceedings of the Bruges Colloquium, Vulnerabilities in Armed Conflicts: Selected Issues*, 17-18 October 2013, pp. 55-57.

Sur cette question de la portée temporelle de la perte de la protection spéciale en tant que personnel sanitaire, le CICR⁵⁶ est nuancé. En cas d'acte nuisible à l'ennemi isolé, la perte de protection ne serait que temporaire, c'est-à-dire que la protection en tant que personnel sanitaire sera recouvrée une fois que l'acte a cessé de produire ses effets. En cas d'actes nuisibles répétés, le CICR admet que ce raisonnement serait plus difficile à défendre. Dans tous les cas, lorsqu'un ou plusieurs acte(s) nuisible(s) à l'ennemi est (sont) commis sur instruction du commandant, il ne fait pas de doute pour le CICR que l'affectation à des fonctions sanitaires devient caduque et que ces personnes deviennent par conséquent des combattants.

- en ce qui concerne les deux catégories de personnel sanitaire qui nous occupent dans la présente note, à savoir le personnel sanitaire des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des autres sociétés de secours volontaires dûment reconnues et autorisées par une Partie au conflit de même que le personnel sanitaire des sociétés de secours volontaires reconnues d'un pays neutre prêtant leur concours aux services sanitaires d'une Partie au conflit: mon avis est qu'il convient d'appliquer le même raisonnement que pour le personnel sanitaire civil. En effet, bien que ces personnes soient « assimilées » au personnel sanitaire des forces armées, elles ne sont pas pour autant membres des forces armées et il convient donc de les considérer comme des civils. Par conséquent, elles ne peuvent être l'objet d'attaques, à moins qu'elles participent directement aux hostilités et pendant le temps de cette participation.

IV. La pratique

Nous l'avons vu, le rôle des sociétés de secours volontaires comme auxiliaires des services sanitaires des forces armées est reconnu dès 1906 et demeure consacré dans la Première Convention de Genève de 1949 (articles 26 et 27) et dans le Protocole additionnel I de 1977 (article 8, c) ii) et iii) et article 9 § 2, b). Si des exemples d'une telle pratique se dénombrent par dizaines pendant la première moitié du 20^{ème} siècle, ils sont devenus rares voire inexistantes pour ce qui concerne la période ayant suivi la Seconde Guerre mondiale. Nous reviendrons sur les raisons pouvant expliquer ce constat.

Les sociétés de secours volontaires prêtant leur concours aux services sanitaires des forces armées de leur pays

Lors de la guerre italo-turque (1911) et de la Première Guerre mondiale (1914-1918), un nombre sans précédent de sociétés de secours volontaires (en ce compris des Sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge) ont prêté leur concours aux services sanitaires des forces armées de leur propre pays. Durant la Seconde Guerre mondiale, les Sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge ayant prêté leur concours aux forces armées sont la Société canadienne de la Croix-Rouge, la Société américaine de la Croix-Rouge, la Société australienne de la Croix-Rouge, la Société britannique de la Croix-Rouge et la Société japonaise de la Croix-Rouge⁵⁷. En ce qui concerne les autres sociétés de secours volontaires, les associations nationales faisant partie de l'Ordre souverain militaire de Malte et les associations nationales faisant partie de l'Ordre de Saint-Jean de Jérusalem ont historiquement été les plus importantes et les plus actives⁵⁸.

Bien que l'intervention des sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge et autres sociétés de secours volontaires prêtant leur concours aux services sanitaires des forces armées ait été reprises dans

⁵⁶ CICR, Commentaire de l'article 24 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 2009-2010.

⁵⁷ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 2051-2053.

⁵⁸ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2058.

la Convention de Genève à son article 26, peu d'exemples pratiques sont dénombrés depuis l'adoption des Conventions de Genève de 1949. Au moment de la rédaction des Commentaires révisés du CICR de la Première Convention de Genève, seules quatre Sociétés nationales semblaient disposer de programmes concrets pour assister les services sanitaires de leurs forces armées sur le fondement de l'article 26, ou ont engagé un dialogue avec leurs forces armées nationales et les services sanitaires de celles-ci à cette fin⁵⁹.

Les sociétés de secours volontaires issues de pays neutres prêtant leur concours aux services sanitaires des forces armées

Avant même que la Convention de Genève de 1906 ne consacre formellement le rôle des sociétés de secours volontaires issues de pays neutres comme auxiliaires des services sanitaires des forces armées d'une partie au conflit, l'on retrouve des traces d'une telle pratique lors de la Guerre franco-prussienne de 1870 à 1871, lors du conflit armé ayant opposé la Russie à l'Empire Ottoman entre 1877 et 1878⁶⁰ ou encore lors de la guerre gréco-turque de 1897⁶¹. Après 1906, l'on peut par exemple citer le conflit armé entre l'Italie et l'Éthiopie (1935) lors duquel la Croix-Rouge suédoise envoya des ambulances et un hôpital de campagne aux forces armées éthiopiennes. Lors la Seconde Guerre mondiale, la Société de la Croix-Rouge suisse fournit une assistance médicale aux forces armées allemandes et le « American Voluntary Ambulance Corps » assista les forces armées britanniques et françaises avant que les États-Unis d'Amérique ne deviennent partie à ce conflit.

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, aucune société reconnue d'un pays neutre n'a agi sur le fondement de l'article 27 de la Première Convention de Genève.

Evolution depuis la fin de la Seconde guerre mondiale

Trois éléments peuvent être avancés pour expliquer qu'une telle pratique se fasse rare de nos jours⁶².

Tout d'abord, depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, les services de santé des forces armées se sont considérablement développés et disposent aujourd'hui de personnels, de moyens et d'équipements élaborés, ne nécessitant plus qu'ils soient appuyés dans leurs tâches.

Ensuite, si les Sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge ont su démontrer de leur utilité pour les services sanitaires des forces armées, il est progressivement apparu qu'elles pouvaient offrir de grands services au-delà de leur fonction originelle. Ainsi, depuis le début du 20^{ème} siècle, la palette de leurs activités s'est considérablement diversifiée. Des activités furent déployées en premier lieu au profit des soldats en captivité, puis au profit des civils. De par leur existence permanente, il est apparu que les Sociétés nationales pouvaient jouer un rôle au-delà de l'assistance aux victimes de conflits armés, notamment en situations d'épidémie ou de catastrophe naturelle. À cela s'est également ajouté, pour de nombreuses Sociétés nationales, un rôle d'aide sanitaire et sociale aux groupes vulnérables de la société. Notons que dans de nombreux pays affectés par des conflits armés, les Sociétés nationales jouent encore aujourd'hui un rôle prépondérant dans l'aide directe apportée aux victimes de ces

⁵⁹ Il s'agit de la Croix-Rouge américaine, de la Croix-Rouge italienne, du Magen David Adom en Israël et de la Croix-Rouge suisse.

⁶⁰ Lors de ce conflit, la Société de la Croix-Rouge des Pays-Bas, à la demande de l'Empire Ottoman et avec l'accord de toutes les parties au conflit, administra un hôpital mobile pour l'Empire Ottoman.

⁶¹ CICR, Commentaire de l'article 27 de la Première Convention de Genève, Genève, 2016, § 2110.

⁶² CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 2051-2052 et §§ 2086-2100 ; CICR, Commentaire de l'article 27 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, §§ 2116-2117 et §§ 2146-2147.

conflits, sans passer par une coopération avec les services sanitaires des forces armées⁶³. Si la mission des Sociétés nationales est principalement concentrée sur leur propre territoire, elles peuvent aussi agir occasionnellement sur le plan international. Dans la mesure de leurs moyens, elles portent assistance aux victimes des conflits armés, des catastrophes naturelles et d'autres situations d'urgence se déroulant dans d'autres pays. Elles contribuent, autant qu'elles le peuvent, au développement d'autres Sociétés nationales. Ainsi, aujourd'hui, le mandat des Sociétés nationales est de collaborer avec leurs autorités en tant qu'auxiliaires des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire, selon les besoins propres à la population de chaque pays. Ce rôle d'auxiliaire ne se limite plus aux situations de conflit armé et consiste à appuyer l'ensemble des autorités et plus uniquement les services sanitaires des forces armées.

Un dernier facteur important concerne l'articulation entre le rôle d'une Société nationale Croix-Rouge Croissant-Rouge comme auxiliaire des services sanitaires des forces armées et l'engagement d'une Société nationale à se conformer en tout temps aux sept Principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (principes d'humanité, d'impartialité, d'indépendance, de neutralité, d'unité, de volontariat et d'universalité). Ceux-ci constituent le cadre éthique, opérationnel et institutionnel de l'action du Mouvement⁶⁴. Leur importance normative ne doit pas être sous-estimée : il s'agit de règles de conduite contraignantes que les composantes du Mouvement doivent suivre en tout temps dans la poursuite de leurs missions. Par ailleurs, les Etats ont l'obligation de respecter en tout temps l'adhésion de toutes les composantes du Mouvement aux Principes fondamentaux⁶⁵.

- Concernant tout d'abord le principe d'indépendance, celui-ci énonce qu'en tant qu' « *auxiliaires des pouvoirs publics dans leurs activités humanitaires et soumises aux lois qui régissent leur pays respectif, les Sociétés nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir toujours selon les principes du Mouvement* ». Il peut donc être légitime de se demander si le fait que le personnel sanitaire mis à disposition par la Société nationale Croix-Rouge Croissant-Rouge soit soumis aux lois et règlements militaires⁶⁶ n'est pas problématique. Sur un plan purement théorique, le principe d'indépendance ne semble pas être mis à mal dès lors que la soumission aux lois et règlement militaires s'applique au personnel, et non à la société de secours volontaires en tant que telle⁶⁷. S'il n'y a donc pas d'incompatibilité théorique, c'est sur le plan de

⁶³ Cette mission est clairement inscrite dans les Statuts du Mouvement (article 3 § 2). Elle est expressément reconnue par la Convention de Genève IV (article 63 qui concerne les situations d'occupation) et les Protocoles additionnels I (article 81 §§ 2-3) et II (article 18). Elle est par ailleurs régulièrement réaffirmée lors des réunions statutaires du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (voir par exemple la [Résolution 2 adoptée lors de la XXXe Conférence internationale Genève, 26-30 novembre 2007](#)).

⁶⁴ Les sociétés de secours volontaires autres que les Sociétés nationales du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ne sont pas liées par les principes fondamentaux du Mouvement. Cependant, dès lors que les activités qu'elles déploieront lorsqu'elles agiront en tant qu'auxiliaire des services sanitaires des forces armées sont de nature humanitaire, il est probable qu'en pratique ces sociétés de secours volontaires voudront se conformer aux principes de l'action humanitaire tels qu'ils s'appliquent à ces activités en période de conflit armé.

⁶⁵ Article 2 des Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge adoptés par la XXV^e Conférence internationale de la Croix-Rouge à Genève en 1986 et amendés en 1995 et 2006.

⁶⁶ Notons que cette soumission aux lois et règlements militaires ne vaut que pour le personnel sanitaire des sociétés de secours volontaires visés par l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949 et l'article article 8, c) ii) du Protocole additionnel I de 1977. En ce qui concerne les sociétés de secours volontaires issues de pays neutres prêtant leur concours aux services sanitaires des forces armées, leur personnel doivent être « placés sous le contrôle » de la partie au conflit qui accepte leur concours, ce qui semble être une condition moins stricte et moins formelle que celle de la soumission aux lois et règlements militaires. Voir CICR, Commentaire de l'article 27 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2132.

⁶⁷ Voir par exemple : Résolution 2 adoptée lors de la XXX^e Conférence internationale Genève, 26-30 novembre 2007, § 6 : « *La XXXe Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (« la Conférence ») (...)*

la perception que l'on peut concevoir que cela soit éventuellement problématique. Dans tous les cas, il sera nécessaire que les autorités militaires veillent à ce que les Sociétés nationales puissent en permanence se conformer scrupuleusement à tous les principes fondamentaux et être ainsi perçues.

- Concernant le principe de neutralité en vertu duquel « *afin de garder la confiance de tous, le Mouvement s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux et idéologique* », celui-ci ne peut pas non plus être considéré comme remis en cause : lorsque les Sociétés nationales Croix-Rouge Croissant-Rouge prêtent leur concours à une partie au conflit armé, ce sont des considérations purement humanitaires qui les motivent, à savoir le désir de réduire la souffrance des blessés et des malades. En agissant ainsi, elles ne prennent pas parti en faveur de l'une des parties au conflit. Ceci reste également vrai lorsque la société reconnue fournit son personnel à une seule des parties au conflit, même si l'on peut supposer que d'un point de vue de la perception, cela puisse être davantage problématique.

- Enfin, le fait qu'une Société nationale soit utilisée comme auxiliaire des services sanitaires des forces armées ne remet pas non plus en cause le principe d'impartialité en vertu duquel « *le Mouvement ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale et d'appartenance politique et s'applique seulement à secourir les individus à la mesure de leur souffrance et à subvenir par priorité aux détresses les plus urgentes* », du moment que tous les blessés et malades sont traités, peu importe la partie au conflit à laquelle ils appartiennent. Le respect effectif de ce principe par le personnel sanitaire des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ne devrait d'ailleurs pas poser problème étant donné que les services sanitaires des forces armées qu'elles assistent sont liés par une norme identique conformément à la Première Convention de Genève⁶⁸.

En conclusion, il est important d'insister sur le fait que le bien-fondé des articles 26 et 27 de la Première Convention de Genève n'est pas remis en cause par cette faible pratique : ces dispositions ne sont pas tombées en désuétude et il ne serait pas interdit à ces sociétés de secours volontaires qu'elles agissent, dans le futur, sur le fondement de ces dispositions⁶⁹. Ces dispositions sont la consécration des idées humanitaires qui ont conduit à l'émergence du droit international humanitaire moderne et à la naissance du plus grand réseau humanitaire au monde. Concernant particulièrement l'article 26 de la Première Convention de Genève, celui-ci constitue le socle historique de la relation qu'entretient chaque Société nationale Croix-Rouge Croissant-Rouge avec ses autorités étatiques et est à l'origine du rôle contemporain des Sociétés nationales comme auxiliaires des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire.

reconnaît que lorsqu'ils sont fournis aux services médicaux des forces armées de l'État conformément à l'article 26 de la Ire Convention de Genève de 1949, le personnel et les biens des Sociétés nationales sont soumis aux lois et règlements militaires, mais souligne que les Sociétés nationales doivent respecter les Principes fondamentaux, notamment celui de neutralité, préserver en tout temps leur autonomie et veiller à se distinguer clairement des instances militaires et autres organes gouvernementaux ».

⁶⁸ Article 12, alinéa 2 de la Première Convention de Genève de 1949.

⁶⁹ CICR, Commentaire de l'article 26 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2087 ; CICR, Commentaire de l'article 27 de la Première Convention de Genève de 1949, Genève, 2016, § 2116.