

La santé dans les conflits armés : une approche sous l'angle des droits de l'homme

Katherine H. A. Footer et Leonard S. Rubenstein

Katherine H.A. Footer est attachée de recherche. Leonard S. Rubenstein est directeur du programme pour les droits de l'homme, la santé et les conflits au *Center for Human Rights and Public Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, et membre du corps enseignant du *Berman Institute of Bioethics* à l'université Johns Hopkins.

Résumé

Dans les situations de conflit armé, de troubles civils et de répression, il devient extrêmement difficile, lorsque sont commises des attaques contre le personnel soignant, les établissements de soins, les moyens de transport sanitaires et les patients ou des atteintes aux services de santé, de dispenser des soins au moment où ils sont le plus nécessaires. Le droit international humanitaire (DIH) prévoit une protection efficace des services de santé en temps de conflit armé, mais il n'est pas exempt de lacunes. Par ailleurs, il ne couvre pas les situations qui ne constituent pas un conflit armé. Le présent article souligne l'importance d'aborder ces problèmes sous l'angle des droits de l'homme, en se fondant sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et sur les droits civils et politiques. Les auteurs considèrent, en particulier, l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (relative à l'article 12 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels) comme un cadre normatif permettant de développer encore les obligations des États de respecter le droit à la santé, de le protéger et d'en garantir le plein exercice dans toutes les situations de conflit.

Mots clés : droits de l'homme ; droit à la santé ; conflit ; violence ; personnel soignant ; hôpital ; déontologie.



Lors de conflits armés ou de troubles civils, de manifestations politiques ou d'émeutes et de leur répression, les établissements de soins sont souvent la cible d'attaques ou d'actes visant à empêcher d'y accéder ou à entraver leur fonctionnement, et d'actes de pillage. Le personnel soignant peut être arrêté ou intimidé pour avoir prodigué impartialement des soins à des personnes pour qui ces soins sont vitaux.

Parmi les personnes qui dispensent des soins dans les régions du monde en conflit, où les attaques sont devenues monnaie courante, nombreux sont ceux qui commencent à considérer la violence comme un risque inhérent à leur métier. Un agent du service de santé de la République démocratique du Congo présentait la situation de son service en ces termes : « Qu'y pouvons-nous ? Il n'y a aucun moyen de nous protéger, il n'y a rien à faire pour que cela cesse, alors nous nous plaignons les uns aux autres et nous entraînons de notre mieux¹ ».

Le droit international humanitaire (DIH) constitue un cadre permettant d'assurer la protection et le respect du personnel médical, des établissements de soins et des ambulances, ainsi que des blessés et des malades lors des conflits armés internationaux et non internationaux. Depuis la Convention de Genève initiale de 1864, établie voilà 150 ans, la protection conférée par ces instruments a été étendue et affinée, par exemple par l'interdiction de faire obstacle aux pratiques prescrites par la déontologie médicale. Pourtant, le cadre juridique de protection constitué par le DIH ne couvre pas l'ensemble des problèmes liés aux agressions ou aux atteintes contre les services de santé. Dans certaines situations d'instabilité politique ou de violence, des attaques sont perpétrées contre des équipes et des structures médicales, des véhicules sanitaires et des patients sans que l'on puisse leur opposer le DIH puisqu'il ne s'agit pas d'un conflit armé. Durant les manifestations politiques qui se sont produites en 2011 au Royaume de Bahreïn, par exemple, les forces de l'ordre ont réagi en bloquant le principal hôpital de la capitale et en arrêtant, torturant et condamnant les médecins et les infirmiers au motif qu'ils s'étaient servis de leur rôle médical pour se livrer à des actes hostiles à l'État². En Syrie, tant que le seuil d'un conflit armé non international n'a pas été atteint³, les agressions perpétrées par les forces gouvernementales sur les malades, le corps médical et les établissements médicaux ont créé un climat de peur qui a dissuadé les patients de se rendre à l'hôpital et a conduit à la mise en place d'un réseau clandestin de dispensaires de fortune qui n'étaient pas à même d'assurer le degré de sophistication des services médicaux exigé par la situation⁴. Dans certaines

1 Merlin, *A Grave New World*, 2010, p. 6, disponible sur : www.who.int/workforcealliance/news/agrave_newworld_report.pdf (consulté en octobre 2014).

2 Physicians for Human Rights, *Do No Harm: A Call for Bahrain to End Systematic Attacks on Doctors and Patients*, avril 2011, disponible sur : https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/bahrain-do-no-harm-2011.pdf (consulté en octobre 2014), et Human Rights Watch, *Targets of Retribution Attacks against Medics, Injured Protestors, and Health Facilities*, juillet 2011, disponible sur : <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/bahrain0711webwcover.pdf> (consulté en octobre 2014).

3 Voir, entre autres, Comité international de la Croix-Rouge (CICR) « Syrie : le CICR et le Croissant-Rouge arabe syrien poursuivent leurs activités d'assistance alors que les combats s'intensifient », Point sur les activités, 17 juillet 2012, disponible sur : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/update/2012/syria-update-2012-07-17.htm> ; voir également Geneva Academy, « Syria », dans Rulac Project, disponible sur : www.geneva-academy.ch/RULAC/applicable_international_law.php?id_state=211 (consulté en octobre 2014).

4 Physicians for Human Rights, *Syria : Attacks on Doctors, Patients and Hospitals*, décembre 2011, p. 8.

régions instables du Nigéria, des agents de vaccination ont été victimes d'agressions et d'assassinats, ce qui a sérieusement compromis les campagnes de vaccination⁵.

Même dans les conflits armés, le DIH ne permet pas de garantir pleinement la mise à la disposition de la population civile de services sanitaires accessibles. En Irak, par exemple, l'enlèvement et le meurtre de médecins commis pendant le conflit armé⁶ étaient clairement des violations du DIH et faisaient même partie des hostilités. Ces actes ont aussi poussé de nombreux professionnels de santé à quitter le pays entre 2004 et 2007, entraînant une dégradation des effectifs et de l'accès aux services de santé. Le devoir de l'État de protéger le personnel soignant et d'assurer une couverture sanitaire adéquate pour répondre aux besoins de la population n'a peut-être pas été pleinement couvert par le DIH.

Au Sri Lanka, pendant les dernières phases de la guerre, les allégations selon lesquelles l'armée sri lankaise aurait procédé à des bombardements de grande échelle au-dessus de zones civiles, faisant de très nombreux morts, et ciblé systématiquement les hôpitaux de la ligne de front, ont été jugées « crédibles » par le Groupe d'experts du Secrétaire général des Nations Unies chargé d'étudier la question de la responsabilité au Sri Lanka. Si la véracité de ces allégations est démontrée, celles-ci constitueraient de graves violations du DIH⁷. Mais comment le droit international traite-t-il l'incapacité de l'État d'assurer à la population tamoule une couverture sanitaire suffisante avant les cessez-le-feu ? Un inventaire de l'infrastructure sanitaire réalisé après le cessez-le-feu de 2002 a révélé que, sur un total de 400 établissements de soins, 55 avaient été détruits et 49 étaient hors d'état de fonctionner. Les établissements restants connaissaient de graves pénuries de médicaments essentiels et des pannes des systèmes d'information médicale et de suivi des patients⁸. Par ailleurs, alors que le nombre de médecins pour 100 000 habitants était en pleine expansion dans l'ensemble du pays pendant les années du conflit, il a fortement diminué dans la province Nord, compromettant l'accès aux services de santé, pourtant tellement nécessaires⁹. Sauf en cas d'occupation¹⁰, le DIH ne fait aucune mention de l'obligation d'assurer la continuité des services de santé.

- 5 McNeil, Donald G. Jr, « Gunmen kill Nigerian polio vaccine workers in echo of Pakistan attacks » dans *The New York Times*, 8 février 2013, disponible sur : http://www.nytimes.com/2013/02/09/world/africa/in-Nigeria-polio-vaccine-workers-are-killed-by-gunmen.html?_r=0 (consulté en octobre 2014).
- 6 Burnham, Gilbert M., Lafta, Riyadh et Doocy, Shannon, « Doctors leaving 12 tertiary hospitals in Iraq, 2004–2007 », dans *Social Science & Medicine*, Vol. 69, 2009, pp. 172–177.
- 7 Secrétaire général des Nations Unies, *Report of the Secretary General's Panel of Experts on Accountability in Sri Lanka*, 31 mars 2011, pp. ii-iii, disponible sur www.un.org/News/dh/infocus/Sri_Lanka/POE_Report_Full.pdf
- 8 Majan Vije et Dr Suppiah Ratneswaren, *Enduring War and Health Inequity in Sri Lanka*, Tamil Information Centre, 2009, p. 22 ; disponible sur www.tamilinfo.org/healthreport.pdf (consulté en octobre 2014).
- 9 Mari Nagai, Sandirasegaram Abraham, Miyoko Okamoto, Etsuko Kita et Atsuko Aoyama, « Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka », dans *Health Policy*, vol. 84, 2007, pp. 84-93.
- 10 Voir l'article 56 de la Convention (IV) de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, Genève, 12 août 1949 (CG IV). L'article 56 prévoit que « la Puissance occupante a le devoir d'assurer et de maintenir, avec le concours des autorités nationales et locales, les établissements et les services médicaux et hospitaliers, ainsi que la santé et l'hygiène publiques dans le territoire occupé, notamment en adoptant et en appliquant les mesures prophylactiques et préventives nécessaires pour combattre la propagation des maladies contagieuses et des épidémies ».

Durant les conflits armés, la fourniture de services de santé est aussi fréquemment compromise par les couvre-feu, les barrages routiers et la fermeture des postes de contrôle qui empêchent les patients d'atteindre les établissements de soins, et, sur le plan social, par la peur des patients de devoir se rendre dans des zones où règne l'insécurité. Quant aux populations marginalisées et vulnérables, même si elles ne se voient pas refuser ouvertement des soins médicaux, elles y ont souvent un accès moindre, et l'exclusion sociale aggrave encore leur état de santé. Ces actes et omissions ne sont pas tous couverts par le DIH.

Les programmes de santé publique comme les stratégies pour combattre et éradiquer les maladies infectieuses et les campagnes de vaccination sont souvent perturbés lors des conflits. Au Népal, la diminution des diagnostics et des demandes de traitement de la tuberculose dans les populations touchées par le conflit était liée à la fermeture des centres de soins et au couvre-feu imposé dans les zones des combats ; l'accès aux services limité de ce fait a entraîné une augmentation de la prévalence de la tuberculose¹¹. Ces programmes de lutte contre les maladies, s'ils ne sont pas directement la cible d'attaques ou de menaces et ne relèvent pas du devoir de la puissance occupante de maintenir la santé publique dans le territoire occupé¹², échappent ainsi au DIH.

Le droit relatif aux droits de l'homme (DIDH) s'applique dans toutes ces circonstances. Son application aux actes entravant les services de santé dans les situations de conflit armé ou de violence n'a cependant pas été suffisamment étudiée. Quelle est, par exemple, la protection conférée au personnel soignant, aux établissements de soins et aux ambulances dans les situations de violences civiles ou de répression par la force publique, en l'absence d'un conflit armé ? Dans les conflits armés, les États ont-ils des obligations d'assurer la disponibilité et l'accessibilité de services de santé au-delà de ce que leur confère le DIH ? Pour que les services de santé soient véritablement respectés dans les situations de violence, il faut donner des réponses à ces questions, qui n'ont cependant guère eu d'écho – probablement parce que l'autre grande source de protection, le DIDH, est loin d'être aussi explicite en la matière que le DIH. Toutefois, bien interprété, le DIDH non seulement impose aux États de respecter et de protéger généralement les services de santé dans les situations de violences civiles, mais offre aussi des protections qui s'ajoutent à celles prévues par le DIH lors des conflits. Nous verrons dans cet article comment le DIDH aborde la question de la violence et des menaces exercées contre le personnel et les services de santé et leurs bénéficiaires, ainsi que d'autres formes de privation d'accès aux services de santé dans les situations de conflit armé ou de troubles civils n'atteignant pas le degré d'un conflit armé.

11 S.K. Tiwari et al., « Prevalence of TB and service utilization in conflict affected areas of Nepal » dans *Journal of Nepal Health Research Council*, vol. 3 n° 1, 2005, pp. 45-57.

12 CG IV, art. 56.

Application du DIH et du DIDH

Aperçu du DIH et du DIDH

Le DIH et le DIDH sont l'un et l'autre issus de traités internationaux et du droit international coutumier. Les instruments à la source du DIH sont les accords conclus entre les États sur la conduite de la guerre et la protection des personnes, et ils s'appliquent aux parties à un conflit armé. Les principes essentiels du DIH sont la distinction entre objectifs civils et objectifs militaires, la proportionnalité dans l'usage de la force et les précautions dans l'attaque. Le DIDH établit les droits et les obligations qui s'appliquent dans les relations entre un État et les personnes relevant de sa compétence. Bien que le DIH et le DIDH aient des buts différents et aient évolué différemment, ils ont le même objectif de protéger et de préserver la vie, le bien-être et la dignité humaine de la personne¹³.

En temps de conflit armé international, les I^e, II^e et IV^e Conventions de Genève de 1949 et le Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés (Protocole additionnel I) constituent le cadre garantissant le respect et la protection des malades, des blessés, des naufragés, du personnel sanitaire et des unités et moyens de transport sanitaires militaires et civils. En ce qui concerne les conflits armés non internationaux, les modalités de protection, définies à l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève et dans le Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes de conflits armés non internationaux (Protocole additionnel II), sont moins détaillées. En raison d'une incertitude apparente quant au champ de la protection conférée dans les deux types de conflit armé, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a apporté de précieux éclaircissements dans son étude sur le droit international coutumier qui précise que les règles du droit international coutumier concernant le respect et la protection de la santé s'appliquent dans les conflits armés internationaux et non internationaux¹⁴.

Comme nous le verrons plus en détail, il est notamment prévu que les parties à un conflit doivent respecter et protéger le personnel médical et les unités et moyens de transport sanitaires, c'est-à-dire s'abstenir de toute attaque à leur rencontre ou ingérence dans leurs activités et leur ménager un accès partout où leurs services sont essentiels. Dans l'administration des soins, les parties ne peuvent faire de distinctions fondées sur des considérations autres que médicales et elles ne peuvent ni punir une personne pour avoir effectué des tâches médicales conformes à la déontologie médicale, ni contraindre une personne à commettre des actes contraires à celle-ci¹⁵.

13 Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *La protection juridique internationale des droits de l'homme dans les conflits armés*, New York et Genève, 2011, p. 7.

14 Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck (sous la direction de), *Le droit international humanitaire coutumier, vol. I : Règles*, CICR/Cambridge University Press, Cambridge, 2005 (« Étude du CICR sur le droit coutumier »).

15 Voir : article 12 de la Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, 12 août 1949 (« CG I ») ; article 12 de la Convention (II) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer, 12 août

À la différence du DIH, qui contient des règles spécifiquement conçues pour le respect et la protection des services de santé dans les conflits armés, les instruments du DIDH sont formulés en termes assez généraux. Les droits civils et politiques constituent le fondement de la protection contre la violence, la discrimination et le déni des droits civiques et des droits de la défense commis ou tolérés par l'État. Le droit de la personne à la vie, à la liberté, à la sécurité et le droit de n'être pas soumise à la torture ou à des peines ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants, qui ont une pertinence toute particulière pour les attaques contre les services de santé, sont inscrits dans les principaux instruments internationaux et régionaux sur les droits de l'homme, ainsi que dans plusieurs traités sur des sujets spécifiques¹⁶, qui affirment par ailleurs le droit à l'égalité et la non-discrimination. Ce droit conventionnel est étayé par un corpus de plus en plus vaste de règles du droit international coutumier : de nombreux droits proclamés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme sont, en effet, largement considérés en faire partie.

Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, énoncé à l'article 12 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), est le cadre principal à partir duquel peuvent être formulées les obligations des États concernant la disponibilité de services de santé, leur accessibilité et leur qualité. D'autres sources d'interprétation, en particulier l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, éclairent la portée et l'application de ce droit et ont un rôle déterminant pour le respect et la protection des services de santé, du personnel soignant et des malades, tant lors des conflits armés que dans d'autres circonstances de violence civile ou de répression par la force publique.

Les rapports entre DIH et DIDH

Complémentarité

Il est parfaitement judicieux de s'intéresser au droit relatif aux droits de l'homme puisque la question de savoir s'il s'applique dans les situations de conflit armé est maintenant tranchée et que son application en même temps que le DIH est bien acceptée¹⁷. Il n'est pas de meilleure preuve de la complémentarité de ces deux ensembles de règles que de voir le DIDH figurer dans l'Étude du CICR sur le droit coutumier, où son rôle est défini comme étant de « de soutenir, de renforcer et d'éclairer des principes analogues relevant du droit international humanitaire »¹⁸. Comme l'a souligné Cordula Droegel, le rapport entre ces deux corpus juridiques

1949 (« CG II ») ; articles 18, 20 et 21 de la IV^e Convention de Genève (« CG IV ») ; articles 12 (par. 1), 15 et 21 du Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux, 8 juin 1977 (« PA II ») ; Droit international coutumier, Règles 25, 28 et 29.

16 Voir Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ; Convention relative aux droits de l'enfant ; et Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

17 Voir, entre autres, Cour internationale de justice (CIJ), *Conséquences juridiques de l'édification d'un mur sur le territoire palestinien occupé*, Avis consultatif, Recueil 2004, paragraphe 106.

18 Étude du CICR sur le droit coutumier, vol. 1, p. xlv.

est souvent « décrit comme une relation entre droit général et droit spécialisé dans laquelle le droit humanitaire est *lex specialis* »¹⁹. Cela n'empêche pas une approche de complémentarité mais fournit, à l'occasion, une « méthode de résolution des conflits »²⁰ pour les cas où les deux normes ne sont pas conciliables.

À qui le DIH et le DIDH confèrent-ils des droits et des obligations ?

Le non-respect des services de santé prenant la forme d'attaques à leur rencontre ou d'ingérence dans leur fonctionnement, que ce soit en temps de conflit armé ou dans d'autres contextes de violence, sont autant le fait d'entités publiques que d'acteurs non étatiques²¹. Le DIH vise principalement à protéger les civils et les personnes qui ne participent pas aux combats comme les prisonniers de guerre, les malades ou les blessés, ainsi que les biens civils qui incluent les hôpitaux et autres structures médicales. C'est en premier lieu, mais pas seulement, aux parties à un conflit armé que le DIH confère des obligations. Ces obligations s'imposent à tous ceux qui participent aux hostilités et aux personnes auxquelles une partie au conflit a délégué des responsabilités, par exemple en ce qui concerne le traitement des personnes protégées. Les parties non étatiques à un conflit armé non international sont liées par l'article 3 commun, les dispositions du Protocole additionnel II, et par le DIHC²². L'Étude du CICR sur le droit coutumier présente un vaste ensemble de règles de droit coutumier applicables aux conflits armés non internationaux. Bien qu'une controverse subsiste sur la question de savoir si les obligations créées par des usages étatiques s'imposent à des acteurs non étatiques, on s'accorde à reconnaître qu'un certain nombre de règles relatives à la conduite des hostilités, comme la proportionnalité et la distinction, s'applique aux acteurs non étatiques indépendamment de savoir s'ils se sont ou non engagés à respecter les Conventions de Genève ou leurs Protocoles additionnels²³.

Dans le DIDH, les droits sont attachés à l'individu. C'est principalement à l'État, notamment aux autorités judiciaires, à la police, et au ministère de la santé pour ce qui concerne la santé, qu'incombent des obligations de respect des droits de l'homme. Toutefois, les menaces croissantes qui émanent d'acteurs non étatiques

19 Cordula Droege, « The interplay between international humanitarian law and international human rights law in situations of armed conflict », dans *Israel Law Review*, vol. 40, n° 2, décembre 2007, p. 340 (traduction CICR).

20 Noëlle Quéniwet, « The history of the relationship between international humanitarian law and human rights », sous la direction de Roberta Arnold et Noëlle Quéniwet, *International Humanitarian Law and Human Rights Law: Towards a New Merger in International Law*, Martinus Nijhoff, Dordrecht, 2008, p. 7.

21 CICR, *A Sixteen-Country Study: Health Care in Danger*, juillet 2011 www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf.

22 Dans l'affaire *Nicaragua c. États-Unis d'Amérique*, arrêt du 27 juin 1986, Recueil 1986, paragraphe 219, la CIJ a confirmé que l'article 3 commun s'appliquait directement au groupe armé non étatique combattant contre le gouvernement. En ce qui concerne le Protocole additionnel II, il convient de noter que le seuil d'application est plus élevé que dans le cas de l'article 3 commun ; pour plus de précisions, voir Yves Sandoz, Christopher Swinarski et Bruno Zimmermann (directeurs de publication), *Commentaires des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949*, CICR, Genève/Martinus Nijhoff, Dordrecht, 1987.

23 Annyssa Bellal, Gilles Giacca et Stuart Casey-Maslen, « International law and armed non-state actors in Afghanistan » dans *International Review of the Red Cross*, vol. 93 n° 881, mars 2011, p. 62.

après les agressions commises sur des agents de vaccination par des milices au Pakistan et au Nigéria notamment²⁴, ont suscité un regain d'attention en ce qui concerne les obligations en matière de droits de l'homme incombant à ces groupes dans les situations de conflit. Plutôt que de considérer qu'étendre les droits de l'homme aux groupes armés confère à ces groupes une légitimité dangereuse ou un statut quasi-gouvernemental, on s'accorde de plus en plus largement à penser que les groupes armés peuvent être tenus de respecter au moins des critères ou des principes des droits de l'homme, sinon des règles juridiques spécifiques. Ce tournant se reflète dans l'évolution de la pratique du Conseil de sécurité des Nations Unies et dans le texte des rapports de certains Rapporteurs spéciaux qui font apparaître de plus en plus de cas dans lesquels les groupes armés sont tenus de respecter les obligations imposées par le DIH et par le DIDH²⁵. Les organismes de surveillance des droits de l'homme s'intéressent aussi, dans leurs rapports, à la conduite des groupes d'opposition armés²⁶. Un autre exemple pertinent de l'application des principes des droits de l'homme aux acteurs non étatiques est le mécanisme mis en place par le Conseil de sécurité des Nations Unies pour surveiller et rendre compte des « six graves violations » commises contre des enfants par les États et groupes non étatiques parties à un conflit armé, incluant les « attaques contre les écoles et les hôpitaux »²⁷. Ces six catégories ont des fondements à la fois dans le DIH et dans le DIDH. Pour les acteurs armés non étatiques, une violation a les mêmes conséquences que pour un État et entraîne l'inscription à l'Annexe du Rapport du Secrétaire général sur les enfants et les conflits armés, éventuellement suivie de sanctions²⁸.

24 Voir, entre autres, « Pakistan suspends polio-vaccination program after deadly attack » sur *Radio Free Europe*, 28 mai 2013, disponible sur : www.rferl.org/content/polio-pakistan-killing-vaccination/24999412.html et « Nigerian polio vaccination centers attacked », sur *Radio Free Europe*, 8 février 2013, disponible sur : www.rferl.org/content/Nigerian-polio-vaccination-centers-attacked/24896626.html (consulté en octobre 2014).

25 Dans son rapport, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires indique, dans le contexte d'une mission à Sri Lanka : « En tant qu'acteur non étatique, le groupe des Tigres de libération de l'Eelam tamoul n'est pas soumis aux obligations du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, mais il reste soumis aux exigences de la communauté internationale, exprimées en premier lieu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, voulant que tout organe de la société respecte et défende les droits de l'homme ». Le Rapporteur indique par ailleurs : « On a cependant de plus en plus le sentiment que les attentes de la communauté internationale en matière de droits de l'homme contribuent à protéger la population, sans qu'elles aient toutefois d'incidences sur la légitimité des acteurs auxquels elles s'adressent. Le Conseil de sécurité des Nations Unies a longtemps appelé divers groupes auxquels les États membres ne reconnaissent pas la capacité d'assumer formellement des obligations internationales à respecter les droits de l'homme ». Document de l'ONU E/CN.4/2006/53/Add. 5 du 27 mars 2006, paragraphes 25 et 27 (traduction CICR).

26 *Human Rights Watch* a rendu compte, dans ses rapports, d'abus des droits de l'homme commis par des groupes d'opposition armés ; voir *Human Rights Watch, No Exit: Human Rights Abuses inside the MKO Camps*, mai 2005, disponible sur www.unhcr.org/refworld/docid/45d085002.html (consulté en octobre 2014).

27 Les autres violations graves sont : le meurtre ou la mutilation d'enfants ; le recrutement ou l'emploi d'enfants soldats ; les violences sexuelles commises contre des enfants ; le refus d'aide humanitaire aux enfants et l'enlèvement d'enfants. Voir, entre autres, Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général pour les enfants et les conflits armés « Les six violations les plus graves », sur <https://childrenandarmedconflict.un.org/fr/problematiques/violations/> (consulté en octobre 2014).

28 Voir les résolutions 1612 et 1998 du Conseil de sécurité des Nations Unies, respectivement du 26 juillet 2005 et du 12 juillet 2011.

Pour mettre en lumière les liens qui existent entre les droits de l'homme et les services de santé dans les situations de conflit, le présent article mettra l'accent sur les obligations des États. Toutefois, le fait que les groupes armés soient de plus en plus souvent reconnus être les auteurs de violations des droits de l'homme marque un tournant important dans le discours et élargit le champ de la protection des droits de l'homme au domaine de la santé, surtout sous l'angle des autres aspects de l'approche fondée sur les droits tels que la surveillance et la responsabilité.

Application concomitante : l'exemple de l'usage de la force

L'usage de la force et ses conséquences sont un exemple du rôle de la *lex specialis*. L'une des idées-maîtresses du DIH est que les combattants ne peuvent être punis pour avoir fait usage de la force contre les combattants ennemis s'ils ont respecté les règles de proportionnalité et de précaution. En outre, les pertes humaines dans la population civile causées incidemment par une attaque armée sont admissibles si les principes de distinction et de proportionnalité ont été observés, c'est-à-dire si les pertes en vies humaines attendues dans la population civile ne sont pas excessives par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu²⁹. L'attaquant doit aussi se conformer à la règle de précaution afin de limiter au maximum les dommages aux civils³⁰. Les morts ou les blessures infligées incidemment au personnel sanitaire ou à ses patients sont soumises aux mêmes règles de proportionnalité et de précaution. Ces règles s'appliquent aussi en ce qui concerne les biens civils, dont font partie les établissements sanitaires³¹.

Les règles du DIDH concernant l'usage de la force pour le maintien de l'ordre ou dans le cadre d'un conflit armé, en revanche, prennent leurs racines dans la protection des individus contre les abus de la force publique. L'État ne peut priver arbitrairement de la vie quiconque relève de son autorité, inclus en cela les blessés, les malades et le personnel soignant³². Lorsqu'ils recourent à la force pour le maintien de l'ordre, les États doivent utiliser le degré minimum nécessaire et restreindre strictement l'emploi de la force létale³³. Cette prescription ne souffre aucune dérogation et s'applique donc en tout temps³⁴. Il existe cependant des circonstances dans lesquelles l'entrée inopportune dans un établissement de soins pour les besoins du maintien

29 Voir P.A. I, art. 51(5)(b) et art. 57(2)(a)(iii), et DIHC, Règle 14.

30 Voir PA I art. 57.

31 Voir P.A. I, art. 48 et art. 51(4) et (5) et DIHC Règles 7, 11 et 15.

32 Voir le droit à la vie consacré par l'article 6(1) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, l'article 4 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme, l'article 4 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, et l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. On notera l'absence du terme « arbitraire » dans cette dernière, qui stipule en revanche un droit général à la vie et donne une liste exhaustive des circonstances dans lesquelles la privation du droit à la vie peut être licite.

33 Pour plus de précisions à ce sujet, voir, en particulier, Louise Doswald-Beck, *Human Rights in Times of Conflict and Terrorism*, Oxford University Press, Oxford, 2012, pp. 163-177.

34 Voir Pacte international relatif aux droits civils et politiques, article 4(2) ; Convention américaine relative aux droits de l'homme, article 27(2) ; Convention européenne des droits de l'homme, article 15(2). Il convient de noter que celle-ci prévoit audit article une dérogation pour « actes licites de guerre » dans les situations équivalant à un conflit armé.

de l'ordre est admissible au regard du DIDH et constitue un exercice raisonnable de l'autorité de l'État si certaines mesures de sauvegarde ont été prises.

Surveillance et responsabilité

Les mécanismes de responsabilité et de contrôle de l'application des règles sont plus avancés dans le cadre du DIDH que dans celui du DIH pour ce qui est de l'examen formel du respect des droits, du droit de recours individuel et du droit à réparation, ainsi qu'en ce qui concerne l'obligation d'enquêter³⁵. Le respect des obligations du DIH passe principalement par leur incorporation dans le dispositif législatif et militaire national, la formation et la négociation, mais les violations graves peuvent, bien entendu, être poursuivies comme crimes de guerre. Comme on l'a vu haut, le Conseil de sécurité des Nations Unies a également créé des mécanismes de surveillance, d'information et de responsabilisation concernant les six violations graves commises contre les enfants dans les conflits armés, ce qui devrait, avec le temps, permettre un meilleur respect du droit international.

Les mécanismes de responsabilité du DIDH sont assurés par des institutions relevant des Nations Unies et des organismes régionaux qui sont en relation avec les États et la société civile, reçoivent des rapports sur le respect des obligations des États parties et d'autres acteurs, procèdent à des enquêtes sur le terrain, publient des conclusions et des recommandations et condamnent les violations. Ces mécanismes seront étudiés plus en détail dans la suite de l'article.

La protection de la santé dans le DIH

Dans les conflits armés internationaux et non internationaux, les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels, de même que le droit international coutumier, prévoient que le personnel, les installations et les moyens de transport sanitaires, les blessés et les malades ne peuvent être l'objet d'attaques ou d'actes visant à leur nuire et qu'il ne peut y avoir d'ingérence dans la délivrance des soins médicaux sans nécessité³⁶.

Le personnel sanitaire

Le personnel sanitaire civil ou militaire exerçant exclusivement à titre humanitaire doit être respecté et protégé contre toute attaque ou atteinte à moins qu'il ne commette, en dehors de ses fonctions humanitaires, des actes nuisibles à l'ennemi³⁷. L'expression

35 C. Droege, *op. cit.* note 19, p. 340.

36 Voir CG I art. 19, 18, 24-26 ; CG II art. 36 ; CG IV art. 18 et 20 ; PA I art. 12 et 15 ; article 3 commun aux CG 1949 ; PA II art. 9(1) ; et Règles 25, 28 et 29 du DIHC.

37 Voir CG I art. 21 ; PA I art. 13 ; PA II art. 11. Ne sont pas considérés comme « nuisibles à l'ennemi » les actes du personnel tels que le port d'armes individuelles légères pour sa propre défense ou celle des blessés et des malades ; la présence de personnel ou d'une escorte militaire ; et la possession d'armes de petit calibre et de munitions retirées aux blessés et aux malades et non encore remises au service compétent. Voir les commentaires sur les règles 25 et 29 de l'Étude du CICR sur le droit coutumier.

« personnel sanitaire » a un sens relativement étroit dans les Conventions de Genève et les Protocoles additionnels, et désigne les individus affectés exclusivement, à titre temporaire ou permanent, à des tâches médicales par une partie à un conflit, ainsi que le personnel sanitaire des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de certaines autres organisations humanitaires³⁸.

Toutefois, les autres personnes exécutant des tâches médicales sont généralement protégées contre les attaques et les ingérences. Les deux Protocoles additionnels étendent la protection à tous les professionnels de la santé qui respectent leur code de déontologie, par exemple le devoir de soigner en toute impartialité, même s'ils n'entrent pas dans la définition du « personnel sanitaire »³⁹. Ces personnes ne peuvent être punies d'avoir agi conformément à la déontologie médicale, ni être contraintes de s'abstenir d'accomplir des actes exigés par la déontologie ou obligées d'accomplir des actes qui lui sont contraires. Cette protection est essentielle ; il existe de nombreux exemples de par le monde, en Tchétchénie, au Kosovo, en Birmanie ou en Syrie, où le personnel sanitaire a été menacé, arrêté, poursuivi, voire tué pour avoir accompli son devoir et soigné des patients impartialement, sans considération de leur allégeance ou de leur obéissance politique. La seule limitation concerne le secret médical, puisque la divulgation d'informations concernant les blessés et les malades soignés par un agent de santé relève du droit national⁴⁰. Enfin, dans la mesure où il s'agit de civils, une règle du droit international coutumier veut que le personnel sanitaire soit protégé contre les attaques sauf s'il participe directement aux hostilités et pendant la durée de cette participation⁴¹.

Les blessés et les malades

Selon les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels, les parties à un conflit ont l'obligation de respecter les blessés et les malades et de leur dispenser des soins médicaux dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs. Cette obligation n'est pas absolue et requiert des parties qu'elles prennent toutes les mesures possibles compte tenu de leurs ressources et de ce qu'il est possible de faire au milieu des hostilités⁴². En outre, la non-discrimination est un principe fondamental du DIH. Les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels disposent que les blessés et les malades doivent être traités avec humanité et soignés par une partie au conflit sans distinction de caractère défavorable, les décisions étant fondées uniquement sur des critères médicaux⁴³. Par définition, les blessés et les malades s'abstiennent de tout acte d'hostilité⁴⁴ mais, comme les civils, ils peuvent aussi perdre leur protection contre les attaques lorsqu'ils prennent directement part aux hostilités, pendant la durée de cette participation.

38 Voir PA I art. 8(c).

39 Voir PA I art. 16 et PA II art. 10.

40 Voir PA I art. 16 et PA II art. 10.

41 Voir AP I art. 51(3) ; PA II art. 13(3) et Règle 6 du DIHC.

42 Voir AP I art. 10, commentaire.

43 Voir CG I art. 12 ; CG II art. 12 ; PA I art. 10(2) ; PA II art. 7(2) ; article 3 commun aux CG.

44 Voir PA I art. 8(a).

La I^{re} et la IV^{re} Conventions de Genève prévoient que la population civile doit être protégée des conséquences de la guerre, ce qui inclut la création de zones sanitaires ou de zones de sécurité et la protection des hôpitaux civils et de leur personnel sans aucune distinction de caractère défavorable tenant, en particulier, à la race, à la nationalité ou à la religion⁴⁵. Ces dispositions font maintenant partie du DIHC⁴⁶.

Unités et moyens de transport sanitaires

Selon le DIH, les unités sanitaires telles que les hôpitaux et cliniques, les dispensaires et les pharmacies, qui peuvent être militaires ou civiles, fixes ou mobiles, temporaires ou permanentes, doivent être respectées et protégées en toutes circonstances⁴⁷. De même, les véhicules sanitaires affectés exclusivement à l'acheminement des blessés et des malades ou au transport de personnel, de matériel ou de fournitures sanitaires doivent être respectés et protégés⁴⁸. D'après le sens donné aux termes « respecter et protéger » dans les manuels militaires, les unités sanitaires ne doivent pas faire l'objet d'attaques, de tirs ou d'actes destinés à leur nuire⁴⁹. Elles ne doivent pas non plus servir à abriter des objectifs militaires des attaques⁵⁰. La pratique des États montre en général que les moyens de transport sanitaire sont protégés au même titre que les unités sanitaires mobiles⁵¹. Ils perdent l'un comme l'autre la protection s'ils sont employés en dehors de leurs fonctions humanitaires pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi, par exemple si un hôpital est utilisé à des fins militaires ou des ambulances pour transporter des armes⁵². Une attaque perpétrée délibérément contre un hôpital ou un autre lieu où sont rassemblés des malades et des blessés, pour autant que ce lieu ne soit pas un objectif militaire, est un crime de guerre au regard du Statut de la Cour pénale internationale⁵³ tout comme une attaque contre une ambulance arborant un des signes distinctifs prévus par les Conventions de Genève⁵⁴.

Comme on l'a vu plus haut, lorsque les structures et les moyens de transport sanitaires sont utilisés à des fins militaires, par exemple lorsque des hôpitaux servent d'avant-postes militaires ou que des ambulances transportent des armes, ils perdent le bénéfice de la protection, mais ils doivent recevoir une sommation avant l'attaque et la partie attaquante doit prendre des mesures pour réduire autant que possible les dommages pour les civils qui s'y trouvent⁵⁵.

45 Voir CG I art. 23 ; CG IV art. 14 ; DIHC règle 35.

46 Voir DIHC règle 35.

47 Voir CG I art. 19 ; CG IV art 18 ; PA I art. 12 ; PA II art. 11(1), DIHC règle 28.

48 Voir CG I art. 35 ; CG IV art. 21 ; PA I art. 21 ; PA II art. 11(1) ; DIHC règle 29.

49 Voir l'Étude du CICR sur le droit coutumier, vol. I, commentaire de la règle 28.

50 PA I art. 12(4).

51 Voir l'Étude du CICR sur le droit coutumier, vol. I, commentaire de la règle 29.

52 Voir DIHC règles 28 et 29.

53 Statut de Rome de la Cour pénale internationale, art. 8(2)(b)(ix) et 8(2)(e)(iv).

54 Statut de Rome de la Cour pénale internationale, art. 8(2)(b)(xxiv) et 8(2)(e)(ii).

55 Voir CG I art. 21 ; CG IV art. 19 ; PA I, art. 13(1) ; PA II art. 11(2).

La protection de la santé selon le DIDH

Droits civils et politiques

Le personnel soignant et les blessés et malades sont protégés contre la violence par l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) qui fait obligation aux États, sans dérogation possible, de ne pas priver arbitrairement de la vie une personne dans leur ressort ou sous leur contrôle. La torture et les peines ou les traitements cruels, inhumains ou dégradants sont interdits par l'article 7 du Pacte et par les traités portant spécifiquement sur la torture et les disparitions⁵⁶. Ces traités interdisent de tuer, de battre, de soumettre à d'autres formes de torture ou d'enlever des agents de santé et des patients, faits qui ont été récemment relatés dans des rapports sur les droits de l'homme⁵⁷. Dans certaines circonstances, le refus de dispenser des soins médicaux est assimilé à un traitement cruel, inhumain et dégradant, voire à un acte de torture⁵⁸. L'arrestation de membres du personnel soignant pour avoir dispensé des soins d'une manière impartiale peut aussi constituer une violation de la protection contre l'arrestation et la détention arbitraires⁵⁹.

Droits économiques, sociaux et culturels

D'autres protections de la santé tout aussi efficaces et souvent méconnues dans les conflits et autres situations de violence découlent du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (le « droit à la santé »). Plusieurs instruments des droits de l'homme traitent la protection et la promotion de la santé comme un droit de la personne humaine. La Déclaration universelle des droits de l'homme a été le premier instrument à affirmer que « [t]oute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux⁶⁰ ». Tous les grands traités internationaux et régionaux sur les droits de l'homme adoptés depuis contiennent des dispositions destinées à protéger et à promouvoir le droit à la santé. Le plus cité est l'article 12 du Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) qui proclame :

1. *Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*
2. *Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : a) la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi*

56 Article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; Convention contre la torture.

57 Physicians for Human Rights, note 2 ci-dessus.

58 Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Mendez, 1^{er} février 2013, A/HRC/22/53.

59 Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 9 ; PIDCP art. 9.

60 Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 25.

que le développement sain de l'enfant ; b) l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; c) la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ; d) la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Les autres traités des Nations Unies sur les droits de l'homme consacrant le droit à la santé sont la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant. Parmi les traités régionaux sur les droits de l'homme, on peut citer la Convention européenne des droits de l'homme, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador). La publication, en 2000, de l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels donnant une interprétation de l'article 12 du PIDESC qui a une force normative importante, a fortement contribué à doter ce droit formulé dans le Pacte en termes de buts ambitieux d'un contenu ferme et de normes en matière d'accès, de disponibilité, de qualité et d'adéquation culturelle des services de santé et des facteurs sous-jacents déterminants pour la santé. Cette interprétation clarifie les obligations des États et demeure la formulation la plus complète du droit à la santé dans le DIH.

Le Comité a reconnu que la notion de santé s'était élargie et a proposé une approche qui « intègre en outre certaines considérations à caractère social telles que la violence et les conflits armés⁶¹ ». Respecter, protéger et garantir le plein exercice du droit à la santé dans les conflits armés et autres situations de violence pose des défis considérables, mais comme la Cour internationale de justice l'a expressément affirmé, les obligations relatives aux droits économiques, sociaux et culturels restent en vigueur lors des conflits armés, à côté du DIH⁶².

Trois niveaux d'obligations

Comme tous les autres droits de l'homme, le droit à la santé impose aux États trois niveaux d'obligations : respecter (s'abstenir d'entraver directement l'exercice du droit) ; protéger (empêcher des tiers d'entraver l'exercice du droit) ; et mettre en œuvre (prendre des mesures pour garantir l'exercice du droit le plus complet possible). En termes simples, ces obligations « définissent ce que les gouvernements peuvent nous faire, ce qu'ils ne doivent pas nous faire et ce qu'ils doivent faire pour nous⁶³ ». Elles forment un cadre efficace pour déterminer dans quelle mesure les droits de l'homme sont passés dans les normes, les institutions, le cadre juridique, les

61 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 concernant le meilleur état de santé susceptible d'être atteint, du 11 août 2000 ; document de l'ONU E/C.12/2000/4 (ci-après Observation générale n° 14), par. 10.

62 Voir, entre autres, CIJ, *Conséquences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé*, Avis consultatif du 9 juillet 2004, par. 102-113.

63 Sofia Gruskin et Daniel Tarantola, « Health and Human Rights » dans Sofia Gruskin (dir. de publication), *Perspectives on Health and Human Rights*, Routledge, Londres, 2005, p. 8 (traduction CICR).

conditions politiques et les politiques publiques des États. Les États doivent respecter le droit à la santé en s'abstenant, par exemple, de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes aux soins et de faire de l'application de mesures discriminatoires une politique⁶⁴. Le refus des forces de l'ordre de Bahreïn de laisser les manifestants être soignés en toute impartialité, comme on l'a vu plus haut, est un exemple clair de non respect du droit à la santé.

En vertu du droit de protéger, les États sont tenus, dans la mesure de leurs moyens, d'empêcher des tiers d'entraver l'exercice du droit à la santé par des pratiques telles que les actes de violence commis contre le personnel soignant et les patients. En outre, ils doivent veiller à ce que les professionnels de santé possèdent un niveau d'éducation et des aptitudes appropriés et observent un code de déontologie pour être à la hauteur de la tâche dans des conditions d'exercice difficiles⁶⁵.

Enfin, l'obligation de mise en œuvre impose aux États parties de prendre les mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire et autre pour permettre le plein exercice du droit à la santé⁶⁶. Le désinvestissement, les agressions et la persécution qui marquent les situations de conflit poussent souvent le personnel soignant qualifié à quitter son pays. Garantir le plein exercice du droit à la santé requiert d'investir dans du personnel et de le protéger dans la mesure définie par l'exigence de mise en œuvre progressive sans retour en arrière. L'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé impose aux États des obligations plus vastes que celles que prévoit le DIH, selon lequel les parties au conflit sont généralement tenues de dispenser aux blessés et aux malades sans distinction autre que pour des raisons médicales les services médicaux ou l'aide humanitaire dans l'état où ils se présentent. Seule la puissance occupante a l'obligation de veiller au respect des normes de santé publique et à l'approvisionnement en fournitures médicales⁶⁷.

Dans les situations de conflit, les programmes de lutte contre les maladies sont souvent bloqués par l'impossibilité dans laquelle sont les patients d'aller se faire soigner, la rupture des chaînes d'approvisionnement en médicaments ou le détournement par l'État des ressources destinées à la santé vers des buts militaires. Ces obstacles ne dispensent cependant pas les États de l'obligation d'assurer le droit à la santé. Les trois pays dans lesquels la polio reste endémique, l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan, sont des pays en guerre ou en proie à un conflit politique grave qui perturbe les campagnes de vaccination, entraînant de nouvelles poussées de la maladie⁶⁸. Le droit à la santé exige des États qu'ils s'abstiennent de toute ingérence directe dans les campagnes de vaccination contre la polio (obligation de respecter) et prennent des mesures pour empêcher celles de tiers (obligation de protéger). Enfin, pour permettre le plein exercice du droit à la santé, des politiques doivent garantir

64 Comité des droits économiques sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 34.

65 *Ibid.*, par. 35.

66 *Ibid.*, par. 36.

67 Voir CG IV art. 55-57.

68 Leonard Rubenstein, « Defying expectations: Polio vaccination programs amid political and armed conflict », United States Institute of Peace, *PeaceBrief*, Vol. 64, 3 novembre 2010, p. 2, disponible à l'adresse : www.usip.org/sites/default/files/PB%2064%20%20Polio%20Vaccination%20Programs%20Amid%20Political%20and%20Armed%20Conflict.pdf (consulté le 27 août 2012).

la poursuite des campagnes de vaccination contre la polio lorsque se produisent des troubles ou des violences. Après l'invasion de l'Afghanistan dirigée par les États-Unis en 2001, le ministère afghan de la santé publique s'est activement employé à obtenir la coopération des talibans, par l'entremise du CICR, pour qu'ils facilitent les déplacements des agents de vaccination et leur permettent d'atteindre un plus grand nombre d'enfants vivant dans les régions sous domination talibane. Le ministère a administré cette campagne avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé et de l'UNICEF de telle sorte que l'opération a pu s'étendre jusque dans certaines régions de l'Afghanistan où la situation est la plus explosive⁶⁹.

Les éléments constitutifs du droit à la santé

Le droit à la santé a été interprété comme étant un ensemble de droits et de responsabilités de l'État dont la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services, des produits et des installations de santé sont les éléments essentiels et interdépendants⁷⁰. La disponibilité exige que l'État fournisse des installations en état de fonctionnement et des biens et des services de santé publique et de soins, c'est-à-dire des hôpitaux et dispensaires adéquats, des professionnels de santé qualifiés et les médicaments essentiels⁷¹. Les établissements de soins détruits ou fermés à la suite d'attaques, de violences ou de l'insécurité, les sites dangereux abandonnés, comme on l'a vu, par le personnel médical qualifié, les médicaments volés ou détruits et les chaînes d'approvisionnement désorganisées sont autant de facteurs qui compromettent la disponibilité.

L'accessibilité veut que les installations, les biens et les services sanitaires soient accessibles à tous sans discrimination sur le territoire de l'État partie. Est interdite toute discrimination dans l'accès aux soins pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinions politiques ou autres, d'origine nationale ou sociale, de situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention de contrarier ou de rendre impossible la jouissance ou l'exercice du droit à la santé et d'en compromettre la qualité⁷².

La non discrimination est aussi un des piliers du droit à la santé et des droits civils et politiques. Dans le contexte de la santé, elle s'inscrit dans la prescription d'accessibilité et oblige l'État à faire en sorte que les prestataires de services de santé, publics ou privés, n'opèrent aucune discrimination pour des raisons ethniques, religieuses, raciales ou nationales ou pour d'autres motifs proscrits⁷³. Le droit à la santé, comme les autres droits économiques, sociaux et culturels, vise aussi à remédier à la marginalisation et à la spoliation des femmes et de groupes ethniques, religieux ou nationaux de leurs droits du fait de leur exclusion de l'égalité d'accès à des services médicaux de qualité et aux facteurs matériels et sociaux déterminants pour la santé.

69 *Ibid.*, p. 3.

70 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 12.

71 *Ibid.*, par. 12 (a).

72 *Ibid.*, par. 12 (b).

73 *Ibid.*, par. 18.

Dans les situations de conflit, les pratiques discriminatoires sont fréquentes. Durant le soulèvement libyen de 2011, par exemple, on bloquait les voitures pour empêcher les patients appartenant aux groupes ethniques adverses d'atteindre les hôpitaux⁷⁴. La discrimination est parfois moins visible, mais elle peut être lourde de conséquences en termes de santé publique. En Birmanie, les minorités ethniques à la frontière orientale du pays luttent depuis plus de 30 ans pour leur indépendance contre le gouvernement birman, dans un des conflits civils les plus longs et les plus oubliés que l'on connaisse. Dans les régions touchées par le conflit, l'État a, semble-t-il, renoncé à assurer des services de santé tout en empêchant les groupes autochtones d'y pourvoir eux-mêmes. De ce fait, le manque d'accès fondamental aux services de santé augmente le risque de développement de multirésistances au traitement de maladies comme la tuberculose et le paludisme⁷⁵. C'est là le résultat d'un refus de dispenser des soins qui s'enracine dans une politique de discrimination systématique en vue d'affaiblir et de réduire les groupes rebelles⁷⁶.

Le DIH, centré sur l'impartialité des interventions auprès des personnes qui ont besoin de soins immédiats plutôt que sur la structure et la disponibilité des services, ne couvre généralement pas ces dimensions des services de santé. Ainsi, il interdit de refuser des soins à une femme sur le point d'accoucher pour son appartenance à une ethnie ou à un camp politique, mais il n'est d'aucun secours contre le fait qu'en raison de pratiques ancestrales, les membres du groupe auquel appartient cette femme ont un accès aux structures et aux services plus limité ou de moindre qualité et que cette femme se mettrait en danger en allant demander des soins. Le DIH peut contribuer à remédier à ces manquements.

Les installations, les biens et les services de santé doivent aussi être physiquement accessibles sans danger pour toutes les catégories de la population⁷⁷. Les conflits entraînent souvent une insécurité et une oppression généralisées qui empêchent les patients de se rendre sans risque dans les centres de soins et le personnel soignant d'atteindre les zones ou les foyers où des soins sont attendus, et perturbent les livraisons de nombreux produits, dont les médicaments essentiels⁷⁸. Dans l'est de la Birmanie, encore, l'armée birmane s'en est prise aux patients et au personnel soignant appartenant (ou supposés appartenir) aux groupes d'opposition, confisquant les fournitures médicales, empêchant les malades de se rendre dans les dispensaires et refusant aux agents de santé le droit de passage pour aller donner des soins⁷⁹. Il

74 Paul-Henri Arni, « Health care in danger: Today's Solferinos », entretien du 20 juillet 2012, disponible à l'adresse : www.icrc.org/eng/resources/documents/interview/2012/health-care-in-danger-todays-solferinos-2012-07-20.htm (consulté en octobre 2014)

75 Back Pack Health Worker Team, *Ten Years Report 1998–2009: Life, Liberty and the Pursuit of Health*, 2009, p. 9, disponible sur : http://www.burmalibrary.org/docs11/BPHWT10yearReport_1998-2009.pdf-red.pdf (consulté en octobre 2014).

76 Physicians for Human Rights, *Life Under the Junta: Evidence of Crimes Against Humanity in Burma's Chin State*, janvier 2011, p. 40, disponible sur : http://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/life-under-the-junta-burma-chin-state.pdf (consulté en octobre 2014).

77 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n°14, par. 12 (b).

78 CICR, *Violent Incidents Affecting Health Care: Health Care in Danger, January–December 2012*, disponible sur : www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf (consulté en octobre 2014).

79 Back Pack Health Worker Team, *op. cit.* note 75.

existe certes des limites aux possibilités qu'a un État de préserver l'accès aux soins lorsque des groupes armés s'y opposent, comme dans le cas des campagnes de vaccination dans les régions les plus instables du Pakistan, mais l'État doit prendre des mesures concrètes pour que les campagnes puissent se dérouler dans des conditions de sécurité, si cela paraît réalisable. En outre, lorsque l'État limite lui-même l'accès physique de certains groupes aux services médicaux, soit par calcul politique, soit par simple abdication de ses responsabilités devant les difficultés de la tâche, il enfreint ses obligations en matière de droits de l'homme.

Pour ce qui est de l'acceptabilité, les installations, les biens et les services de santé doivent être administrés dans le respect de la déontologie médicale et des traditions culturelles⁸⁰. Cela inclut de s'abstenir de tout acte portant atteinte au devoir du personnel soignant de dispenser les soins d'une manière impartiale, comme le prescrivent les normes internationales de déontologie médicale, et de respecter le secret médical qui, dans le cadre du droit à la santé, est à la fois une obligation éthique pour le personnel soignant et un droit pour les patients qu'il incombe à l'État de garantir⁸¹. À Bahreïn, il y a eu ingérence des forces de sécurité dans les décisions médicales dans le but d'empêcher la prise en charge des personnes blessées lors des manifestations, et atteinte à l'autonomie des médecins dans le choix des situations dans lesquelles une ambulance devait être envoyée pour secourir les blessés⁸². Les forces de sécurité de Bahreïn ont, par ailleurs, pris connaissance de dossiers médicaux confidentiels, violant le secret médical auquel les médecins sont astreints par leur déontologie.

Enfin, pour que soit respecté le droit à des soins de qualité, qui fait partie du droit à la santé, les installations, les biens et les services de santé doivent aussi être appropriés sur le plan scientifique et de qualité, c'est-à-dire faire intervenir du personnel compétent, des médicaments et des équipements hospitaliers approuvés sur le plan scientifique et non périmés, de l'eau salubre et potable et un dispositif adéquat d'assainissement⁸³. Dans les régions où les conflits perdurent, la destruction des établissements médicaux, l'effondrement de l'infrastructure de santé et l'amenuisement des effectifs médicaux compromettent souvent la qualité pendant le conflit et pour des décennies après la fin des hostilités. Le Soudan du Sud, par exemple, vient d'amorcer une transition entre l'intervention d'urgence et la mise en place de systèmes de santé post-conflit⁸⁴. Toutefois, même si la pauvreté d'un pays est étroitement mêlée à l'existence d'un conflit, l'État reste tenu de garantir le droit à la santé et de fournir des services de santé d'une qualité appropriée, dans la mesure des moyens, même limités, dont il dispose, comme on le verra à la section suivante.

80 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 12 (c).

81 *Ibid.*, par. 12 (b) et 12 (c).

82 Human Rights Watch, *op. cit.* note 2, p. 31.

83 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 12 (d).

84 Andrew Green, « Healthcare in South Sudan at a crossroads », *The Lancet*, vol. 379, n° 9826, avril 2012, p. 1578.

Mise en œuvre progressive et obligations fondamentales

Le principe de la mise en œuvre progressive énoncé à l'article 2 (1) du PIDESC veut que les États parties prennent des mesures au maximum de leurs ressources disponibles afin d'assurer progressivement le plein exercice des droits prévus dans le Pacte, parmi lesquels le droit à la santé. La notion de mise en œuvre progressive fait apparaître qu'il existe des circonstances dans lesquelles il n'est pas possible de garantir le plein exercice des droits. Comme on l'a vu, cette limitation prend tout son sens dans les pays où les hostilités se prolongent ou qui émergent des séquelles d'un conflit. Le conflit n'est pas en soi une raison suffisante pour exonérer un pays de toutes ses obligations et c'est à l'État qu'il incombe de justifier les limitations appliquées aux services et de montrer qu'il n'a épargné aucun effort pour utiliser tous les moyens à sa disposition afin de remplir ses obligations. De plus, assurer progressivement le plein exercice des droits implique la mise en œuvre de l'aide et la coopération internationale, les droits de l'homme justifiant une action au niveau mondial pour que les services médicaux puissent être assurés même là où les conditions sont particulièrement éprouvantes.

Par ailleurs, certaines obligations produisent des effets immédiats indépendamment des ressources disponibles et requièrent la prise de mesures concrètes et ciblées visant à garantir l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels⁸⁵. En ce qui concerne le droit à la santé, les États ont pour obligation fondamentale d'assurer un minimum indispensable de services, sans délai et sans discrimination⁸⁶, obligation dont ils doivent s'acquitter immédiatement. Ces obligations dites fondamentales⁸⁷ ne souffrent pas de dérogation. Bien qu'elles restent, dans une certaine mesure, tributaires des ressources disponibles et des aléas du conflit, un État ne peut les ignorer du seul fait de l'existence du conflit.

L'Observation générale n° 14 cite plusieurs obligations fondamentales découlant du droit à la santé, qui revêtent une importance particulière pour garantir l'exercice de ce droit dans les conflits : accès aux équipements, produits et services sanitaires sans aucune discrimination, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ; fourniture de médicaments essentiels ; répartition équitable des équipements, produits et services sanitaires ; adoption et mise en œuvre de stratégies nationales en matière de santé publique ; offre de soins de santé génésique, maternelle (pré et postnatale) et infantile ; vaccination contre les principales maladies infectieuses présentes dans la communauté ; et traitement et prévention des maladies épidémiques et endémiques⁸⁸.

85 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 3 : La nature des obligations des États parties, 14 décembre 1990, Cinquième session, paragraphe 2.

86 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 43 et 44.

87 *Ibid.*, par. 10.

88 *Ibid.*, par. 43.

Le PIDESC ne contient aucune clause dérogatoire et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels n'autorise pas, en règle générale⁸⁹, de dérogation aux droits économiques, sociaux et culturels, moins encore aux obligations fondamentales minimum découlant de ces droits. Le Comité précise que tout laisse supposer que le Pacte n'autorise aucune mesure rétrograde s'agissant des obligations fondamentales et qu'il incombe à l'État de prouver qu'il était justifié de prendre délibérément de telles mesures eu égard à l'ensemble des droits visés dans le Pacte⁹⁰. Lors d'un conflit, l'État qui est attaqué par un autre État ou par des groupes armés ne sera évidemment pas en mesure d'assumer l'ensemble des obligations fondamentales définies par le Pacte. Il arrive cependant que les États conservent la capacité de remplir au moins certaines de leurs obligations mais se défont de leurs responsabilités à l'égard de leur système de santé, usant de cela comme moyen de répression contre certains groupes ou l'ensemble de leur population. Dans ces circonstances, les obligations fondamentales constituent un cadre important pour évaluer dans quelle mesure sont respectées les obligations des États en matière de droits de l'homme.

Prescriptions liées aux droits de l'homme

Participation

Pour le droit à la santé comme pour les autres droits de l'homme, les prescriptions de fond sont assorties de prescriptions de procédure, en particulier la participation et la responsabilité. La participation éclairée des communautés locales et des prestataires de services de santé, qui sont souvent en première ligne pour dispenser les soins lors des conflits, est une prescription négligée malgré son importance. Le droit à la santé inclut le droit, pour les particuliers et les groupes, de participer aux processus d'élaboration des politiques de santé qui les concernent⁹¹. Les théoriciens qui ont préconisé la participation des communautés dans le cadre d'une approche de la santé dans les conflits fondée sur les droits ont souligné la difficulté d'assurer une réelle participation lorsque les communautés sont fragmentées, déplacées et affectées par l'érosion des services⁹². Néanmoins, lorsque les communautés et les prestataires de santé sont véritablement associés au niveau local, national et international, on arrive à réduire l'incidence des attaques contre les services de santé et des atteintes à leur fonctionnement. Leur participation accrue au niveau national permet d'influer sur les décisions des ministres de la santé et de la justice, mais aussi celles des militaires, de renforcer la protection et la sécurité des services de santé et améliorer les pratiques de terrain lorsque les soins sont dispensés dans des lieux exposés.

89 Les États et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ont permis qu'il soit dérogé au droit au travail prévu par le PIDESC. Pour une analyse intéressante des dérogations aux droits économiques, sociaux et culturels, voir Amrei Muller, « Limitations to and derogations from economic, social and cultural rights », *Human Rights Law Review*, vol. 9 n° 4, 2009, p.557-601.

90 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par.32.

91 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, par. 54.

92 Emily Waller *et al.*, « Rights-based approaches in conflict-affected settings », dans Elvira Beracochea *et al.* (dir. de publication), *Rights-Based Approaches to Public Health*, Springer Publishing, New York, 2011, p. 236.

La participation est aussi un aspect pertinent de la sécurité du personnel soignant. Dans les situations de conflit ou de violence, il est rare que des politiques soient définies ou réellement appliquées pour assurer la sécurité du personnel sanitaire national. Une approche sous l'angle des droits de l'homme favoriserait la mobilisation du personnel sanitaire local pour mettre en place des plans et des programmes de protection, définir et diffuser des stratégies pour améliorer la sécurité et demander des comptes à ceux qui ont des obligations à cet égard. Il n'est pas facile de susciter une participation active de ce type. Cela nécessiterait de faire appel aux associations médicales nationales et internationales et aux organisations non gouvernementales, souvent fortement mobilisées pour les urgences médicales en période de conflit, et de solliciter une grande partie des effectifs sanitaires nationaux. Il est indispensable de faire intervenir ces acteurs si l'on veut faire reculer un problème qui soulève bien souvent l'indignation de la communauté internationale mais donne rarement lieu à des actions concertées ou à des politiques offrant des solutions possibles. La participation permet aussi d'éviter que les forces de l'ordre pénalisent ou harcèlent le personnel sanitaire parce qu'il prodigue d'une manière impartiale des soins à des patients considérés comme hostiles à l'État, que ce soit lors des conflits armés ou des troubles civils. En participant à ces décisions, le personnel soignant acquiert aussi une plus grande autonomie par une meilleure connaissance de ses droits.

Surveillance et responsabilité

Surveiller et demander des comptes à ceux qui sont investis de responsabilités est une autre dimension importante de l'approche fondée sur les droits de l'homme. La surveillance est une condition préalable de l'exercice de la responsabilité ; pourtant les institutions mondiales se sont étonnamment peu intéressées à la nécessité de rapporter systématiquement toute attaque contre les services de santé ou atteinte à leur fonctionnement dans les situations de conflit⁹³. L'approche sous l'angle des droits de l'homme offre un cadre centré sur le droit à la santé permettant l'évaluation et l'élaboration de méthodes novatrices d'information. L'exercice de la responsabilité se présente sous des formes diverses, les organes conventionnels ayant leurs propres mécanismes de présentation de rapports et leurs procédures de conformité⁹⁴ auxquels s'ajoutent, aux niveaux national et international, les mécanismes judiciaires ou quasi-judiciaires comme les médiateurs ou *ombudsmen*. Une telle approche des services de santé dans les conflits permettrait de faire la lumière sur les mécanismes de responsabilité existants et sur les possibilités de mieux les utiliser dans le cas des attaques contre ces services et des atteintes à leur fonctionnement.

Dans le système des Nations Unies, les organes conventionnels – Comité des droits de l'homme, Comité contre la torture, Comité des droits économiques, sociaux et culturels et Comité des droits de l'enfant – jouent un rôle décisif dans la surveillance et la responsabilité. Les mécanismes thématiques incluent les activités du Représentant spécial du Secrétaire général pour le sort des enfants en temps

93 Leonard S. Rubenstein et Melanie D. Brittle, « Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict », *The Lancet*, vol. 375, 2010, p. 336.

94 Voir PIDESC art. 16-23.

de conflit armé qui surveille et œuvre, comme on l'a vu plus haut, en faveur de la responsabilité dans six catégories de violations comprenant les attaques contre les écoles et les hôpitaux, et dont l'action a pour fondement juridique à la fois le droit des conflits armés et le droit international des droits de l'homme⁹⁵. La résolution 1998 du Conseil de sécurité des Nations Unies, adoptée en 2011⁹⁶, prévoit l'inscription sur une liste des parties qui commettent des attaques persistantes contre les écoles et les hôpitaux, réaffirmant la nécessité de renforcer la surveillance et l'information concernant de tels incidents et donnant une impulsion concrète pour que soient prises des mesures de protection de ces établissements. Les activités de surveillance du Haut-commissariat aux droits de l'homme portent sur les violations du DIH et du DIDH, mais le champ d'action de cette instance pourrait être élargi sur la base d'une réflexion plus approfondie concernant l'applicabilité du second. La création d'un instrument formel de responsabilité de l'ONU qui s'appliquerait aux établissements de soins et au personnel soignant dans toutes les situations de conflit, armé ou non, sans être limité aux enfants, marquerait un important pas en avant dans l'exercice de la responsabilité.

Il faudrait aussi aborder la question de la surveillance systématique des attaques et des atteintes contre les services de santé sous l'angle des problèmes que cela pose pour les systèmes de santé et la protection. Recueillir des informations sur l'ampleur et la nature des problèmes permettrait de constituer un fonds de données de fait qui pourraient servir pour évaluer l'impact des attaques et des atteintes sur des éléments comme l'infrastructure sanitaire, le personnel soignant et les chaînes d'approvisionnement en médicaments. Dans les situations de conflit, cela ne va pas sans difficultés. L'Assemblée mondiale de la santé a adopté en 2012 une résolution demandant au Directeur général de jouer un rôle de chef de file mondial afin de collecter des données sur les attaques contre les établissements de santé, les agents de santé, les transports sanitaires et les patients dans les situations d'urgence complexes⁹⁷. Cette surveillance devrait s'inscrire dans le cadre des droits de l'homme et du DIH, c'est-à-dire que les informations devraient être collectées et évaluées par référence aux normes des droits de l'homme et aux normes humanitaires, dont le droit à la santé.

Il y a une dizaine d'années, le corps médical et infirmier a demandé à la Commission des droits de l'homme de nommer un Rapporteur spécial pour les attaques contre le personnel soignant. La Commission (devenue depuis le Conseil des droits de l'homme) a opté pour un mandat plus général de surveillance et d'information sur le droit à la santé. Parmi d'autres fonctions, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé adresse au Conseil des droits de l'homme et à l'Assemblée générale des

95 Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général pour le sort des enfants en temps de conflit armé, *Working Paper No. 1 : The Six Grave Violations Against Children During Armed Conflict – The Legal Foundation*, octobre 2009, disponible sur : https://childrenandarmedconflict.un.org/publications/WorkingPaper-1_SixGraveViolationsLegalFoundation.pdf (consulté en octobre 2014).

96 Voir note 28.

97 Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé, « Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires », 21 janvier 2012, disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/25871/1/B130_R14-fr.pdf (consulté en octobre 2014).

rapports annuels, souvent sur un thème particulier. Il peut, dans ce cadre, considérer les attaques perpétrées contre les services de santé comme un thème particulier, à moins qu'un nouveau rapporteur soit nommé pour s'occuper spécifiquement de cette question.

La responsabilité en matière de droits de l'homme s'étend au niveau national : des mécanismes judiciaires pourraient relever le degré de priorité des poursuites pour des crimes commis contre des prestataires et des bénéficiaires de services médicaux. Des mécanismes de responsabilité en matière de droits de l'homme seraient en effet précieux pour compléter les mécanismes peu nombreux qui existent pour faire respecter le DIH.

Conclusion

Prodiguer des soins médicaux aux populations dans les situations de conflit armé ou de violence est une tâche complexe qui fait appel à des stratégies multiples de protection et de respect et à des mesures volontaristes pour faire face à l'insécurité. Dans les conflits, le personnel soignant devient de plus en plus vulnérable soit parce qu'il est pris pour cible par l'État, qui en fait un moyen d'action, ou par les groupes armés, soit parce que, indirectement, il est victime de l'incapacité dans laquelle sont les États de s'acquitter des obligations qui leur incombent d'appliquer le droit à la santé. Le DIH définit un ensemble de règles cruciales pour mettre en œuvre les obligations dans le domaine de la santé lors des conflits armés. Il est efficacement complété par le DIDH, qui comble une lacune importante lorsque le personnel soignant, les installations médicales, les patients et les ambulances subissent des menaces, des agressions et d'autres atteintes ou formes de déni en l'absence d'un conflit armé.

L'une des contributions les plus importantes du droit international des droits de l'homme est de garantir la prise en considération de l'intérêt et des besoins des plus fragiles. L'approche de la santé dans les conflits sous l'angle des droits de l'homme repose essentiellement sur les principes de non discrimination et d'égalité et sur les droits à la disponibilité de soins de santé accessibles, acceptables et de qualité. Deux facteurs, la participation d'une part, en faisant mieux connaître l'obligation de respecter les droits, de les protéger et d'en garantir le plein exercice, et la responsabilité d'autre part, en permettant une meilleure application de ces obligations, pourraient être des moyens efficaces d'améliorer le sort difficile du personnel soignant et des patients lors des conflits. Cela forme, en effet, un cadre solide pour la mise en œuvre de plusieurs recommandations de la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en faveur de la diffusion et d'une meilleure connaissance des obligations conférées par le DIH et le DIDH⁹⁸. Les organes chargés des droits de l'homme contribuent aussi à faire mieux respecter le DIH et à faire reconnaître les

98 CICR, *Les soins de santé en danger : respecter et protéger les soins de santé*, Résolution adoptée à la XXXI^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 28 novembre-1^{er} décembre 2011, Genève (Suisse), disponible sur : http://www.rcrcconference.org/docs_upl/fr/R5_HCiD_FR.pdf (consulté en octobre 2014).

responsabilités dans les violations des instruments des droits de l'homme dans les conflits armés. Accompagnés d'une surveillance vigilante, les mécanismes des droits de l'homme peuvent être employés pour renforcer les principes du droit humanitaire que sont le respect et la protection du personnel soignant et des patients, victimes personnelles des conflits armés.

Le moment est venu de prendre conscience précisément du rôle que peuvent jouer les droits de l'homme pour mettre un terme à la situation d'impuissance dans laquelle se trouvent les personnes qui ont besoin de soins et le personnel soignant qui s'efforce de remplir sa mission, quelles que soient les circonstances du conflit.