

**DOCUMENT D'ORIENTATION  
À L'INTENTION DES ÉQUIPES MÉDICALES  
INTERVENANT EN CAS D'URGENCE SANITAIRE  
LORS DE CONFLITS ARMÉS ET DANS D'AUTRES  
ENVIRONNEMENTS DANGEREUX**





**DOCUMENT D'ORIENTATION  
À L'INTENTION DES ÉQUIPES MÉDICALES  
INTERVENANT EN CAS D'URGENCE SANITAIRE  
LORS DE CONFLITS ARMÉS <sup>(1)</sup> ET DANS D'AUTRES  
ENVIRONNEMENTS DANGEREUX<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Cette expression générique englobe les confrontations entre deux États ou plus, entre un État et une instance autre qu'un État, entre un État et une faction dissidente ou entre deux groupes armés ou plus à l'intérieur d'un État (<https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict.pdf>)

<sup>2</sup> Zones ou régions où le personnel, les installations, les patients et les opérations sont exposés à un risque accru de violence de tous types.

Document d'orientation à l'intention des équipes médicales intervenant en cas d'urgence sanitaire lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux [A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments]

ISBN 978-92-4-006847-6 (version électronique)

ISBN 978-92-4-006848-3 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2023

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

**Citation suggérée.** Document d'orientation à l'intention des équipes médicales intervenant en cas d'urgence sanitaire lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux [A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non-responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>AVANT-PROPOS</b>	xi
<b>II.</b>	<b>REMERCIEMENTS</b>	xii
<b>III.</b>	<b>ABRÉVIATIONS</b>	xiii
<b>IV.</b>	<b>TABLEAUX, FIGURES ET EXEMPLES</b>	xv
<b>V.</b>	<b>STRUCTURE DU LIVRE ROUGE</b>	1
<b>VI.</b>	<b>NOTE IMPORTANTE SUR LE LIVRE BLEU ET LE LIVRE ROUGE</b>	2
<b>VII.</b>	<b>MODE D'EMPLOI DU LIVRE ROUGE</b>	3
	A. POURQUOI, QUOI, OÙ, QUI, QUAND ET COMMENT ?	5
	1. Pourquoi ?	5
	2. Quoi ?	6
	3. Où ?	6
	4. Qui ?	8
	5. Quand ?	8
	6. Comment ?	9
	7. Classification des équipes intervenant lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux	9
	B. Rôles et fonctions de l'OMS	10
<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION ET PRINCIPES DIRECTEURS</b>	12
	A. PRINCIPES DIRECTEURS DU LIVRE BLEU ET DU LIVRE ROUGE	13
	B. CATÉGORIES D'ÉQUIPES MÉDICALES	15
	C. LIMITES	16
	D. CE QUE LE LIVRE ROUGE NE FAIT PAS	17
<b>II.</b>	<b>L'AVENIR DE L'AIDE HUMANITAIRE</b>	18
<b>1</b>	<b>DROIT INTERNATIONAL HUMANITAIRE (DIH) ET PRINCIPES HUMANITAIRES FONDAMENTAUX EN PRATIQUE</b>	23
1.1	D'ABORD, NE PAS NUIRE !	25
1.2	DROIT INTERNATIONAL HUMANITAIRE ET PRINCIPES HUMANITAIRES FONDAMENTAUX	27
1.2.1	DROIT INTERNATIONAL HUMANITAIRE	28
1.2.2	Principes humanitaires fondamentaux	31
1.2.3	Les principes peuvent-ils être dissociés ?	35
1.3	QUI PEUT ARBORER L'EMBLÈME OU LE SIGNE DISTINCTIF ?	37
1.4	SCÉNARIOS ET MISE EN PRATIQUE	40
1.4.1	Scénario 1 : scénario de conflit générique – cartographie des acteurs et des populations	40

1.4.2	Scénario 2 : aux urgences	43
1.4.3	Scénario 3 : gestion d'une intrusion armée dans une structure sanitaire	44
1.4.4	Scénario 4 : déploiement dans le cadre d'un conflit interne	44
1.5	CONSÉQUENCES ET IMPLICATIONS DU NON-RESPECT DES PRINCIPES	49
1.6	NÉGOCIATIONS HUMANITAIRES	53
1.6.1	Négociations humanitaires	53
1.6.2	Dialogue avec la population	55
1.7	NOTES D'ORIENTATION	59
<b>2</b>	<b>SÛRETÉ ET SÉCURITÉ. GESTION DES RISQUES</b>	<b>63</b>
2.1	INTRODUCTION	63
2.2	MENACES PARTICULIÈRES POUR LA SÉCURITÉ	66
2.3	MESURES DE SÉCURITÉ PARTICULIÈRES	67
2.4	SÛRETÉ DES PATIENTS	72
2.5	ÉVACUATION SANITAIRE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE	74
2.6	SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL POUR L'ÉQUIPE	75
2.6.1	Santé et bien-être du personnel	77
	Avant le déploiement	77
	Pendant le déploiement	77
	Après le déploiement	78
2.7	MENACES CHIMIQUES, BIOLOGIQUES, RADIOLOGIQUES OU NUCLÉAIRES (CBRN)	80
2.8	NOTES D'ORIENTATION	85
<b>3</b>	<b>MÉCANISMES ET MODALITÉS DE COORDINATION</b>	<b>89</b>
3.1	OBJECTIFS DE LA COORDINATION HUMANITAIRE DANS LES CONTEXTES DE CONFLIT	90
3.1.1	Cadre d'action solide fondé sur des principes	91
3.1.2	Impartialité et neutralité collectives	91
3.1.3	Impartialité de l'accès et des soins	91
3.1.4	Sécurité collective	92
3.1.5	Protection	92
3.1.6	Défense et sensibilisation	93
3.2	POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION AVANT LE DÉPLOIEMENT	93

3.3	TYPES DE MÉCANISMES DE COORDINATION	94
3.3.1	Autorités des pays d'accueil	94
3.3.2	Ministère de la santé du pays d'accueil	95
3.3.3	Agence nationale de gestion des catastrophes ou coordination humanitaire nationale	95
3.3.4	Coordination militaire-militaire	95
3.3.5	Groupes armés non étatiques	96
3.3.6	ONU au niveau mondial	96
3.3.7	ONU au niveau national	96
3.3.8	Approche sectorielle de l'aide humanitaire	97
3.3.9	Cellule de coordination des équipes médicales d'urgence	99
3.3.10	Coordination civilo-militaire des activités humanitaires des Nations Unies (UN-CMCoord)	100
3.3.11	CICR et Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	104
3.4	IMPLICATIONS POUR LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ÉQUIPES DÉPLOYÉES	106
3.4.1	EMT militaires nationales et internationales	108
3.4.2	EMT gouvernementales ou dépendant du ministère de la santé	110
3.4.3	ONG et acteurs locaux	110
3.4.4	Sociétés privées	111
3.4.5	Équipes médicales d'ONG internationales	111
3.4.6	Équipes de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	112
3.5	NOTES D'ORIENTATION	112
<b>4.</b>	<b>VIOLENCE SEXUELLE ET FONDÉE SUR LE GENRE ET PROTECTION DES VICTIMES</b>	<b>115</b>
4.1	CE QUE LES ÉQUIPES MÉDICALES DOIVENT SAVOIR AVANT DE FOURNIR DES SERVICES	116
4.1.1	Lois et politiques applicables	116
4.1.2	Ressources et services médicaux disponibles	117
4.1.3	Formation du personnel	118
4.1.4	Coordination avec les autres prestataires de services	118
4.2	ÉLÉMENTS D'UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA VIOLENCE SEXUELLE ET FONDÉE SUR LE GENRE	119
4.2.1	Soins centrés sur les victimes et appui de première ligne	119
4.2.2	Prise en charge clinique du viol	120

4.2.3	Considérations particulières en cas de violence au sein du couple	123
4.2.4	Considérations particulières relatives aux enfants	123
4.2.5	Auto-prise en charge des équipes médicales confrontées à la violence sexuelle et fondée sur le genre	123
4.3	PROTECTION, ATTÉNUATION DU RISQUE ET SENSIBILISATION	124
4.3.1	Risques pour la sécurité des victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre	124
4.3.2	Atténuation du risque en cas de violence sexuelle et fondée sur le genre	125
4.3.3	Défense et sensibilisation	126
4.4	Médias et violence sexuelle et fondée sur le genre	127
4.5	Cadres juridiques et de sécurité	128
4.5.1	Conseils concernant la documentation relative à la violence sexuelle et fondée sur le genre	129
4.6	NOTES D'ORIENTATION	130
<b>5</b>	<b>SOINS CLINIQUES D'URGENCE ESSENTIELS ET RÉADAPTATION</b>	<b>133</b>
5.1	INTRODUCTION ET CONTEXTE	133
5.2	TYPES DE BESOINS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ QUE LES ÉQUIPES MÉDICALES DEVRAIENT ÊTRE EN MESURE DE PRENDRE EN CHARGE	136
5.3	QUESTIONS OPÉRATIONNELLES PARTICULIÈRES	139
5.4	RECOMMANDATIONS CLINIQUES PAR NIVEAU DE SOINS	140
5.4.1.	Premiers intervenants au sein de la collectivité	141
5.4.2.	Soins ambulatoires préhospitaliers (équipes de type 1)	142
5.4.2.1	Équipes mobiles de type 1	142
5.4.2.2	Équipes fixes de type 1	142
5.4.2.3	Considérations cliniques relatives aux soins préhospitaliers	144
5.4.3.	Aiguillage	147
5.4.4.	Hôpital – EMT de types 2 et 3	147
5.4.4.1	Considérations cliniques – hôpital	148
5.4.5	Équipes de soins spécialisés	151
5.5.	SOINS INFIRMIERS	153
5.6.	RÉADAPTATION	153
5.7	Santé mentale et soutien psychosocial	154
5.7.1	Prévalence	155
5.8	NOTES D'ORIENTATION	157

<b>6</b>	<b>Thèmes choisis relatifs aux opérations d'intervention</b>	161
6.1	AVANT LE DÉPLOIEMENT	164
6.1.1	Formation	164
6.1.2	État de préparation du personnel	165
6.1.3	Frais de fonctionnement	166
6.1.4	Personnel recruté localement	166
6.1.5	Planification du retrait	167
6.2	PENDANT LE DÉPLOIEMENT	168
6.2.1	Dossiers des patients, continuité des soins et suivi des données agrégées	168
6.2.2	Exécution des stratégies de sortie et de transfert	169
6.3	APRÈS LE DÉPLOIEMENT	170
6.3.1	Transmission à l'issue du déploiement	170
6.3.2	Leçons et apprentissage	171
6.4	NOTES D'ORIENTATION	171
<b>7.</b>	<b>ANNEXES, RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE</b>	175
	ANNEXE 1. LISTE DE CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION DES ÉQUIPES INTERVENANT LORS DE CONFLITS ARMÉS ET DANS D'AUTRES ENVIRONNEMENTS DANGEREUX	175
	ANNEXE 2. GUIDE RÉCAPITULATIF EN VUE DU DÉPLOIEMENT ET DES OPÉRATIONS	180
	ANNEXE 3. ÉQUIPEMENT ET MÉDICAMENTS ESSENTIELS ET AUTRES FOURNITURES NÉCESSAIRES POUR LES EXAMENS EN CAS DE VIOLENCE SEXUELLE ET FONDÉE SUR LE GENRE	181
	ANNEXE 4. LISTE DE CONTRÔLE POUR UN EXAMEN PHYSIQUE APRÈS UN VIOL	183
	ANNEXE 5. NOTIONS DE DÉFIS ET DE DILEMMES	184
	ANNEX 6. BIBLIOGRAPHIE	185



## i. Avant-propos

Les conflits et les guerres ont des effets catastrophiques sur la santé et le bien-être des nations, et ils ont considérablement évolué au cours des dernières décennies. Avec la forte augmentation des crises humanitaires, y compris de la violence urbaine, de plus en plus de gens sont touchés pendant des périodes plus longues par des interruptions des services élémentaires, devenues une triste réalité.

Les interventions sanitaires et les approches novatrices face aux défis que posent les crises humanitaires peuvent sauver des vies et atténuer les conséquences des conflits pour les civils.

Les équipes médicales qui interviennent lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux sont fréquemment confrontées à de graves menaces pour leur sécurité et leur sûreté. Elles doivent surmonter ces difficultés pour avoir accès aux patients, d'autant plus qu'elles se heurtent parfois à la réticence des populations auprès desquelles elles interviennent et qui sont parties au conflit.

Une riposte médicale fondée sur des principes se compose d'interventions cliniques et opérationnelles inspirées et respectueuses de normes fondamentales, qui mettent l'accent sur la qualité, la sécurité et la protection dans l'intérêt des patients.

La présente publication, également appelée « Livre rouge », fournit un cadre d'orientation et établit des exigences de vérification supplémentaires pour les équipes médicales qui se préparent à intervenir ou qui participent à des interventions en cas d'urgence sanitaire lors de conflits armés ou dans d'autres environnements dangereux.

Le présent document est le fruit d'un vaste processus consultatif, et je suis certain qu'il aidera les pays et les organisations à remplir leur mission centrée sur les patients pour sauver des vies, apaiser les souffrances et protéger les populations vulnérables.

Je tiens à remercier sincèrement les équipes médicales qui travaillent sans relâche sur le terrain sous la menace, le secrétariat de l'Initiative des équipes médicales d'urgence qui a joué un rôle moteur pour que le présent document d'orientation voie le jour, ainsi que toutes les personnes qui ont contribué à son élaboration, dans le cadre de groupes de travail officiels ou par des voies informelles.



Dr Nedret Emiroglu  
Directeur  
Renforcement de la préparation des pays,  
Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

## ii. Remerciements

L'OMS tient à exprimer sa sincère gratitude à toutes les personnes, organisations, équipes médicales d'urgence et instances professionnelles qui ont contribué à l'élaboration du présent document en participant aux travaux de fond, en apportant du soutien, en contribuant à l'examen continu et à la délimitation du champ d'application, en formulant des commentaires et en fournissant de l'aide et des conseils techniques.

Nous tenons en particulier à remercier les organisations et instances professionnelles suivantes pour leur contribution : les régions et pays de l'OMS, le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), la Direction générale de la protection civile et des opérations d'aide humanitaire européennes (DG ECHO), Médecins sans frontières (MSF), le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), la Croix-Rouge canadienne, la Croix-Rouge ukrainienne, le Croissant-Rouge du Qatar, la Harvard Humanitarian Initiative (États-Unis), la Faculté de santé publique T.H. Chan de Harvard (États-Unis), le Centre pour la santé humanitaire de l'Université Johns-Hopkins (États-Unis), l'Institut d'intervention humanitaire et en cas de conflit de l'Université de Manchester, le Centre de recherche sur les soins de santé en cas de catastrophe du Département de santé publique mondiale de l'Institut Karolinska (Suède), le Département des soins chirurgicaux internationaux de la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (Vancouver, Canada), le Centre de médecine de catastrophe (Zaschita) du Ministère russe de la santé, UK-Med (Royaume-Uni), la Fondation David Nott, NYC Medics Global Disaster Relief, l'Alliance for International Medical Action (ALIMA) au Sénégal, Team Rubicon (États-Unis), CADUS (Allemagne), Humanity & Inclusion (Royaume-Uni), Training In Aid, Emergency (Italie), Magen David Adom (Israël), le Département de médecine familiale de l'Université McMaster (Canada), le Muhammadiyah Disaster Management Center (Indonésie), l'EMT militaire de Sri Lanka, l'International Medical Corps (États-Unis), le Ministère de la santé d'Israël.

Nous remercions également pour leur précieuse contribution Khalid Ahmed, Fabrice Althaus, Laura Archer, Katy Attfield, Oleksandr Babenko, Natalia Baranova, Ana Elisa M. Barbar, Jonathan Barden, Katherine Bequary, Didier Bompangue Nkoko, Anthony Bonhommeau, Alexander Breitegger, Jessica Buchler, Fredrick Burkle, Dave Callaway, Zhanat Carr, Guy Choquet, Chantal Claravall Larrucea, Rudi Coninx, Anthony D. Dalziel, Evelyn Depoortere, Charles Deutscher, Khaled Diab, Linda Doull, Patrick Drury, Nedret Emiroglu, Claudia Garcia Moreno Esteva, Gustavo Fernandez, Uta Fitz, Catherine Gribbin, Maria Guevara, Stephane Hankins, Matthew T. Jablonski; Sanja Janjanin, Sebastian Jünemann, Allannah Kjellgren, Jeremie Labbe, Nicolas Luyet, Frida Larson, Esperanza Martinez, Jesse McLeay, Emily McMullen, Rachel Meagher, Camille Michel, Johnny Nehme, Ian Norton, Nelson Olim, Milena Osorio, Heather Pagano, Paul Peugnet, Panu Saaristo, Rich Parker, Michela Paschetto, Chaim Rafalowski, Anthony Redmond, Lynda Redwood-Campbell, Corona Rintawan, Elisabeth Roesch, Flavio Salio, Nicole Sarkis, Françoise Saulnier, Saveen Semage, Pranav Shetty, Peter Skelton, Paul Spiegel, Ruben Stewart, Sophie Sutrich, Noa Tamir-Hasdai, Robert Taylor, Zaira TkhoKhova, Erik Tollefsen, Carla Uriarte, Hugo van den Eeertwegh, Ian van Engelgem, Nadine Vahedi, Harald Veen, Johan von Schreeb, Kate White, David Wightwick, Thomas Wilp. Enfin, nous souhaitons remercier Hossam Elsharkawi qui a travaillé d'arrache-pied et avec assiduité pour compiler le présent document.

Soutien programmatique et administratif : Marina Appiah.

Financement : L'élaboration et la publication du présent document ont été possibles grâce à l'appui généreux de la Direction générale de la protection civile et des opérations d'aide humanitaire européennes (DG ECHO), du Bureau britannique des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement (FCDO) et de l'Agence espagnole de coopération internationale au développement (AECID).

### iii. Abréviations

<b>ATLS</b>	Advanced Trauma Life Support
<b>CBRN</b>	Menaces chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires
<b>CCHN</b>	Centre de compétences en négociation humanitaire
<b>CICR</b>	Comité international de la Croix-Rouge
<b>CPI</b>	Comité permanent interorganisations
<b>DIH</b>	Droit international humanitaire
<b>EMU</b>	Équipe médicale d'urgence
<b>EMT*</b>	Emergency Medical team
<b>EPI</b>	Équipement de protection individuelle
<b>FICR</b>	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
<b>HCR</b>	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles
<b>MSF</b>	Médecins sans frontières
<b>OCHA</b>	Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>PPE</b>	Prophylaxie postexposition
<b>UN-CMCoord</b>	Coordination civilo-militaire des activités humanitaires des Nations Unies

\* Bien que la traduction de « Emergency Medical Teams » soit « équipes médicales d'urgence », nous faisons référence à l'acronyme EMT dans tout le document, car il s'agit d'un terme largement connu, utilisé et accepté dans toutes les régions du monde

## iv. Tableaux, figures et exemples

Tableau 1.	Structure du Livre rouge	1
Tableau 2.	Interventions humanitaires en faveur des blessés et des malades	7
Tableau 3.	Contextes, similitudes et différences entre le Livre bleu et le Livre rouge	13
Tableau 4.	Catégories d'équipes médicales	15
Tableau 5.	Applications du DIH, du droit international des droits de l'homme et de la déontologie médicale	24
Tableau 6.	Les principes en pratique dans les contextes sanitaires	31
Tableau 7.	Utilisation des emblèmes à titre protecteur et à titre indicatif	39
Tableau 8.	Liste de contrôle : le droit international humanitaire et les principes en pratique pour les équipes nationales et internationales	45
Tableau 9.	Conséquences du non-respect des principes	51
Tableau 10.	Catégories de menaces (d'après le système de gestion de la sécurité des Nations Unies)	66
Tableau 11.	Considérations relatives à la sûreté des patients	72
Tableau 12.	Catégories d'équipes déployées et considérations particulières	106
Tableau 13.	Directives de traitement en cas de violence sexuelle et fondée sur le genre	121
Tableau 14.	Principales différences au niveau des besoins en services cliniques entre les contextes visés par le Livre bleu et le Livre rouge	134
Tableau 15.	Réanimation initiale des patients arrivant dans un point de stabilisation des traumatismes	143
Tableau 16.	Conseils aux premiers intervenants	144
Tableau 17.	Facteurs cliniques à prendre en considération et réponses	152
Tableau 18.	Éléments à prendre en considération pendant les opérations dans les contextes visés par le Livre bleu et le Livre rouge	161
Figure 1	Cartographie des équipes médicales au sein du conflit	40
Figure 2	La sûreté et la sécurité, catalyseurs d'un accès plus sûr	64
Figure 3	Exemples de panneaux « Armes interdites » pour les installations et les véhicules	68
Figure 4	Groupes sectoriels thématiques de coordination des Nations Unies et organismes chefs de file	98
Figure 5	Différences au niveau des besoins en soins de santé entre les contextes visés par le Livre bleu et le Livre rouge	137

Exemple 1. Importance du dialogue avec la population lors d'une épidémie dans un contexte de graves violences politiques	56
Exemple 2. Dialogue avec la population face au choléra dans un contexte de forte insécurité	56
Exemple 3. Soins médicaux dans le contexte d'un conflit extrémiste interne	69
Exemple 4. Soins et escortes armées	70
Exemple 5. Soins et transport dans les situations de violences criminelles	70



## v. Structure du Livre rouge

Remarque : Chaque chapitre commence par une liste d'objectifs et se termine par une synthèse des notes d'orientation.

Tableau 1. Structure du Livre rouge

<p><b>Introduction</b>  <b>Le Livre rouge, c'est quoi ?</b>  <b>Mode d'emploi du Livre rouge</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quoi, pourquoi, quand, qui, où, comment ?</li> <li>• Exigences relatives à la vérification et à la classification</li> <li>• Définition des équipes médicales et des catégories</li> <li>• Principes directeurs du Livre bleu et du Livre rouge</li> <li>• Limites</li> <li>• L'avenir de l'aide humanitaire</li> </ul>
<p><b>Chapitre 1</b>  <b>Droit international humanitaire (DIH) et principes humanitaires fondamentaux en pratique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas nuire !</li> <li>• Définition et applications pratiques du DIH et des principes humanitaires fondamentaux</li> <li>• Les réalités : conséquences et implications</li> <li>• Scénarios</li> <li>• Négociations</li> <li>• Dialogue avec la population</li> </ul>
<p><b>Chapitre 2</b>  <b>Orientations relatives à la sûreté et à la sécurité</b>  <b>Gestion des risques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des dangers et des menaces</li> <li>• Santé mentale et bien-être de l'équipe</li> <li>• Évacuation sanitaire</li> <li>• Considérations relatives aux menaces CBRN</li> </ul>
<p><b>Chapitre 3</b>  <b>Orientations relatives à la coordination</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principes et considérations relatifs à la coordination</li> <li>• Types d'équipes pouvant être déployées</li> <li>• Types de mécanismes de coordination et modalités : mécanismes nationaux, mécanismes mondiaux de l'ONU, groupes sectoriels des Nations Unies, cellule de coordination des EMT, UN-CMCoord, Mouvement, etc.</li> </ul>
<p><b>Chapitre 4</b>  <b>Orientations relatives à la violence sexuelle et fondée sur le genre et à la protection des victimes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce que les équipes doivent savoir</li> <li>• Éléments de l'intervention médicale</li> <li>• Protection, atténuation du risque et sensibilisation</li> <li>• Soins aux membres des équipes</li> <li>• Approches relatives aux médias</li> </ul>
<p><b>Chapitre 5</b>  <b>Normes techniques fondamentales relatives aux soins cliniques d'urgence essentiels et à la réadaptation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins cliniques et préhospitaliers d'urgence essentiels (y compris en cas d'épidémie)</li> <li>• Recommandations cliniques par niveau de soins</li> <li>• Soins infirmiers</li> <li>• Réadaptation</li> <li>• Santé mentale et soutien psychosocial</li> </ul>
<p><b>Chapitre 6</b>  <b>Considérations particulières relatives aux opérations</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logistique, ressources humaines, finances, administration, planification, transferts, gestion des dossiers, suivi et évaluation</li> </ul>
<p><b>Chapitre 7</b>  <b>Annexes, références, bibliographie et contributeurs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste de contrôle de l'état de préparation en vue d'un déploiement en zone de conflit armé</li> <li>• Guide récapitulatif en vue du déploiement</li> <li>• Équipement et médicaments essentiels et autres fournitures nécessaires pour les examens en cas de violence sexuelle et fondée sur le genre</li> <li>• Liste de contrôle pour un examen physique après un viol</li> <li>• Défis et dilemmes</li> <li>• Contributeurs</li> <li>• Bibliographie</li> </ul>

## vii. Note importante sur le Livre bleu et le Livre rouge

Le « Livre bleu » [2], initialement publié sous le titre *Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams (FMT) in Sudden Onset Disasters*, a été actualisé et constitue désormais le principal document de référence pour les équipes médicales d'urgence (EMT), tant nationales qu'internationales, qui interviennent en cas de catastrophe ou d'épidémie. Le Livre bleu établit les principes directeurs et les normes fondamentales et techniques que les EMT doivent respecter lorsqu'elles interviennent en cas de catastrophes soudaines ou d'autres situations d'urgence [3]. Le processus actuel de classification et de validation définit quatre principaux types d'équipes médicales (équipes de type 1 mobiles, de type 1 fixes, de type 2 et de type 3) et plusieurs équipes de soins spécialisés (voir le Livre bleu). Le Livre rouge introduit des exigences de vérification supplémentaires pour les EMT qui se préparent à intervenir ou qui participent à des interventions en cas d'urgence sanitaire en zone de conflit armé ou dans d'autres environnements dangereux (voir l'annexe 1). Les deux documents doivent être lus consécutivement : les exigences de base pour une intervention sont présentées dans le Livre bleu, et les exigences supplémentaires applicables en cas d'intervention dans le cadre de conflits armés ou d'autres environnements dangereux figurent dans le Livre rouge.

Les équipes sont classées par type en fonction de leur capacité médicale, et par catégorie (voir la section B ci-après) en fonction de leur affiliation ou de l'organisation dont elles dépendent.

Les équipes médicales d'urgence [4] sont des groupes de professionnels de la santé, comprenant des médecins, du personnel infirmier, des travailleurs paramédicaux, des agents de soutien et des logisticiens, qui traitent les patients touchés par une situation d'urgence ou une catastrophe. Elles peuvent relever d'États, d'organismes de bienfaisance ou d'organisations non gouvernementales (ONG), de l'armée ou de la protection civile, de réseaux humanitaires internationaux tels que le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ou Médecins sans frontières (MSF), du système des Nations Unies ou du secteur privé à but lucratif. Elles obéissent à des normes minimales convenues par le milieu des EMT et ses partenaires et doivent être entièrement formées et autosuffisantes au moment du déploiement afin de ne pas surcharger un système national déjà sous pression.

Les orientations du Livre rouge étant destinées aux équipes médicales déployées lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux, le contenu technique est adapté aux EMT classées ainsi qu'à d'autres types d'équipes médicales (voir les catégories d'équipes dans le tableau 4).

## viii. Mode d'emploi du Livre rouge

### **Le Livre rouge donne des orientations approfondies sur les sujets suivants :**

1. Droit international humanitaire et principes humanitaires fondamentaux en pratique
2. Sûreté et sécurité
3. Mécanismes de coordination
4. Violence sexuelle et fondée sur le genre et protection des victimes
5. Soins cliniques d'urgence essentiels et réadaptation
6. Considérations particulières relatives aux opérations

Le Livre bleu et le Livre rouge sont complémentaires et conçus pour être utilisés ensemble par les EMT intervenant en cas d'urgence sanitaire en zone de conflit armé ou dans d'autres environnements dangereux. Les critères de classification et les processus décrits dans le Livre bleu sont repris et approfondis pour être appliqués dans les contextes décrits dans le Livre rouge (voir l'annexe 1). Les chapitres des deux livres ne doivent pas être lus séparément et doivent être considérés comme interdépendants et complémentaires.

Le Livre rouge est destiné à être utilisé conjointement avec le Livre bleu pour fournir des orientations, des conseils et des recommandations pratiques. Les actions des équipes et de leurs responsables doivent garantir en permanence la sûreté et la sécurité du personnel, du site et des survivants [5]. Si des membres de l'équipe meurent ou sont blessés, car des risques inconsidérés ont été pris en temps de guerre, non seulement les blessés et les malades seront privés des soins médicaux dont ils ont besoin, mais il est probable que les autres équipes se retireront également, ce qui compromettra sérieusement l'opération tout entière. Les équipes ne travaillent pas seules et leurs actions, tant positives que négatives, peuvent avoir des répercussions pour les autres équipes ou pour l'ensemble de l'opération.



## A. Pourquoi, quoi, où, qui, quand et comment ?

Le Livre rouge constitue une synthèse des sections les plus pertinentes de diverses références, parmi lesquelles des lignes directrices, des recommandations et des manuels existants publiés par des autorités médicales et humanitaires du monde entier, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), d'autres entités du système des Nations Unies<sup>3</sup>, MSF, le Comité international de la Croix-Rouge, des ONG<sup>4</sup> et d'autres organismes, ainsi que les normes Sphère. Ces références ne sont pas exhaustives, mais elles aideront les équipes médicales à prendre des décisions humanitaires fondées sur des principes dans l'intérêt des patients.

### 1. Pourquoi ?

Les soins médicaux aux personnes en proie à un conflit armé ou vivant dans d'autres environnements dangereux permettent de sauver des vies et d'apaiser les souffrances. Ils répondent à l'un des besoins les plus urgents et prioritaires d'une population touchée et constituent souvent le premier type d'intervention activée ou demandée par les autorités et par les communautés touchées. Les équipes médicales qui interviennent lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux sont fréquemment confrontées à de graves menaces pour leur sécurité et leur sûreté, doivent surmonter des obstacles pour accéder aux patients et se heurtent parfois à la réticence des populations touchées auprès desquelles elles interviennent et qui sont parties au conflit. Comme ces difficultés risquent de s'aggraver (6), il est crucial d'établir le contact et la confiance avec toutes les parties en cas de conflit ou dans d'autres environnements dangereux afin de garantir la continuité opérationnelle. Pour instaurer la confiance, il faut idéalement que les équipes médicales soient perçues par toutes les parties comme étant neutres, impartiales et indépendantes et, plus spécifiquement, qu'elles n'aident pas (ou qu'elles ne soient pas perçues comme aidant) une partie en particulier à obtenir un avantage militaire, politique ou économique. Dans le cas des équipes médicales déployées de plus en plus près des lignes de front, les implications et les conséquences pour le personnel et pour les patients peuvent être graves si les équipes ne sont pas parfaitement préparées ou ne comprennent pas tous les tenants et les aboutissants du contexte dans lequel elles seront amenées à intervenir. Les équipes elles-mêmes, par des actes intentionnels ou involontaires et par leur comportement et leur conduite, peuvent facilement entraver ou compromettre l'intervention médicale.

L'impératif humanitaire d'agir sans retarder la prestation des soins médicaux sous-tend le Livre rouge, qui fournit un cadre important permettant d'orienter les équipes médicales et d'améliorer leur sûreté et leur accès aux populations pendant que l'ONU, les États et les parties au conflit s'efforcent, par des voies diplomatiques, de trouver des solutions pacifiques durables aux conflits armés et aux autres environnements dangereux.

<sup>3</sup> Par exemple, dans sa résolution 2286, le Conseil de sécurité de l'ONU exige de toutes les parties à un conflit armé qu'elles respectent pleinement le droit international humanitaire et garantissent la protection du personnel médical et des agents humanitaires.

<sup>4</sup> Dans le présent document, le terme « ONG » englobe également les organisations de la société civile et les organisations bénévoles privées.

## 2. Quoi ?

Le document expose en détail un cadre pratique fondé sur des principes et sur des preuves visant à assurer la sécurité des équipes médicales pendant la prestation des soins cliniques et à permettre à celles-ci d'accéder plus facilement aux patients, d'être mieux acceptées par ces derniers et de mieux les protéger en respectant les principes humanitaires fondamentaux et les règles de déontologie au sein de l'« espace humanitaire »<sup>5</sup>, tout en obéissant au droit international humanitaire (DIH).

Le document comprend des orientations pratiques sur des thématiques clés dans l'idée que, pour fournir des soins médicaux en toute sécurité et dans le respect des principes dans le cadre d'un conflit armé, il est nécessaire de connaître tous les tenants et les aboutissants de l'opération dans son ensemble (au-delà du périmètre d'un hôpital de campagne ou d'un établissement médical). Le Livre rouge fournit des questions et des listes de contrôle pour aider les équipes à être mieux préparées pour faire face aux conflits armés, à l'insécurité et à la violence.

Les chapitres 4 et 5, qui portent sur les soins cliniques aux patients, couvrent un large éventail de blessures et de maladies, y compris les soins en traumatologie et les autres types de soins, la prise en charge des maladies infectieuses, le soutien à la riposte en cas d'épidémie, la prise en charge des grands brûlés, les soins maternels et pédiatriques d'urgence, la réadaptation et la prise en charge des victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre.

## 3. Où ?

Quelle que soit la classification juridique utilisée pour définir un conflit ou un autre environnement dangereux, les répercussions sur les patients, les installations et les équipes médicales présentent de nombreux aspects communs et nécessitent donc de se conformer aux précautions et aux mesures recommandées.

« Pour que les traités de droit international humanitaire s'appliquent à une situation de violence, ladite situation doit constituer un conflit armé. Étant donné que des règles différentes s'appliquent aux conflits armés internationaux et non internationaux, il est également important de déterminer la nature du conflit. L'intégralité des quatre Conventions de Genève ainsi que les règles du Protocole additionnel I s'appliquent aux conflits armés internationaux (7), tandis que l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève et le Protocole additionnel II s'appliquent [aux États signataires et] aux conflits armés non internationaux. » (8)

En outre, le droit international humanitaire coutumier contient des règles communes relatives à l'accès aux soins médicaux et à la prestation de ces soins qui s'appliquent dans tous les types de conflits armés, internationaux ou non internationaux (9). Au titre du

<sup>5</sup> Par « espace humanitaire », on entend l'espace physique ou symbolique protégé à l'intérieur duquel les organisations humanitaires doivent fournir leurs services conformément aux principes humanitaires fondamentaux.

droit international humanitaire, les organisations humanitaires impartiales ont le droit de proposer leurs services pour mener des actions humanitaires, notamment de dialoguer avec les parties étatiques et non étatiques pour assurer la protection des victimes de conflit armé. Par exemple, certains acteurs non étatiques ont eu recours aux déclarations unilatérales officielles de l'Appel de Genève<sup>6</sup>, appelées « actes d'engagement » (10, 11).

Les normes et orientations fondamentales sont mondiales et s'appliquent aux EMT qui interviennent en cas d'urgence sanitaire en zone de conflit armé ou dans d'autres environnements dangereux. Les EMT sont toujours amenées à fournir des services dans le cadre d'une intervention beaucoup plus large, sous les ordres d'une chaîne de gestion ou d'une structure de coordination chargée de diriger l'opération en question, et doivent donc avoir connaissance du contexte global et des besoins. Le tableau 2 (12) peut servir d'outil pour l'analyse du contexte, l'évaluation des besoins et des risques et l'étude de divers aspects clés à prendre en considération.

**Tableau 2. Intervention humanitaire en faveur des blessés et des malades (d'après CICR, La chirurgie de guerre) (12)**

	<b>OPTIMAL</b>	<b>AUSTERE</b>	<b>DIRE</b>
<b>Lieu</b>	Contexte urbain, dans un pays développé	Zone rurale pauvre	Pays en développement Destructions majeures
<b>Durée des troubles</b>	Événement unique, isolé (acte de terrorisme, par ex.)	Combats continus, de basse intensité (guerre de guérilla, par ex.)	Combats et/ou bombardements continus et violents
<b>Flux des blessés</b>	Flux irrégulier, en petit nombre (par rapport à la population de la ville)	Flux discontinu/ intermittent, y compris afflux massifs	Flux continu, mais imprévisible, y compris afflux massifs
<b>Infrastructures (routes, service d'ambulances, établissements de santé)</b>	Intactes et fonctionnelles	En mauvais état (par ex., peu de bonnes routes, nombre insuffisant d'ambulances)	Gravement endommagées ou dysfonctionnelles (routes endommagées, débris et décombres dans les rues, hôpitaux pillés, etc.)
<b>Moyens de communication</b>	Bons	Insuffisants à acceptables Irréguliers	Non existants ou insuffisants
<b>Personnel</b>	Adéquat (en nombre et en compétences)	Variable	Minimum à disposition ou pénurie totale
<b>Matériel et fournitures</b>	Adéquats (en quantité et en qualité)	Quantités inadéquates	Approvisionnement irrégulier ou inexistant
<b>Environnement</b>	Favorable (activité de jour, par beau temps)	Difficile	Pénible (nuit, froid, chaleur, etc.)
<b>Évacuation</b>	Sûre et rapide	Prévisible, mais longue et ardue	Incertaine, précaire ou imprévisible

<sup>6</sup> L'Appel de Genève est une organisation humanitaire neutre, impartiale et indépendante qui s'efforce d'améliorer la protection des civils dans les conflits armés, en promouvant le respect des normes et des principes humanitaires par les groupes armés non étatiques.

<b>Destination des transferts</b>	Connue et accessible	Connue, mais variable	Inconnue ou inexistante
<b>Sécurité de l'équipe</b>	Le contexte de sécurité nécessite de prendre les mesures habituelles de gestion des risques	Le contexte de sécurité nécessite d'adapter les mesures habituelles ou de prendre des mesures particulières supplémentaires	Le contexte nécessite de modifier considérablement le profil de sécurité de l'équipe ou d'adopter d'autres méthodes pour mettre en œuvre le programme

#### 4. Qui ?

Les EMT, et les équipes médicales en général, ont différentes affiliations, en fonction desquelles elles sont classées dans le Livre rouge. On distingue les EMT nationales et internationales classées, les équipes gouvernementales, les organisations non gouvernementales, les groupes de la société civile, les équipes sous contrat de l'ONU, les sociétés privées à but lucratif, le réseau de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, les organisations bénévoles privées et les équipes militaires. Bien que toutes les équipes déployées dans le cadre de conflits armés ou d'autres environnements dangereux puissent utiliser le présent document avant, pendant et après l'intervention, toutes ne peuvent pas être déployées au titre du mécanisme des EMT financé par l'OMS. Voir les similitudes et les différences entre les contextes visés par le Livre bleu et le Livre rouge dans le tableau 3.

La définition des personnels de santé selon le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) englobe tous ceux qui travaillent dans le domaine des soins de santé, y compris : le personnel des hôpitaux, des cliniques, des postes de premiers secours et des ambulances ; le personnel de santé exerçant en établissement médical, dans les ambulances ou en cabinet indépendant ; toutes les personnes présentes dans un établissement de santé, y compris les blessés et les malades et les personnes qui s'occupent d'eux ; le personnel de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge participant à la prestation des soins de santé, y compris les bénévoles ; les ONG œuvrant en faveur de la santé ; les établissements de santé militaires et leur personnel <sup>[13]</sup>.

La définition inclut également le personnel travaillant au siège et sur le terrain : direction, personnel médical, personnel administratif, communications, logistique, équipes techniques et de soutien.

#### 5. Quand ?

L'application des orientations avant, pendant et après les déploiements permettra de mieux éclairer les politiques, les plans et les processus nécessaires pour mener avec succès des missions médicales coordonnées, sûres et fondées sur des principes. Les notes d'orientation, les listes de contrôle et les normes fondamentales sont destinées à être appliquées à l'échelle de l'ensemble de l'organisation qui déploie l'équipe, y compris par la direction stratégique et opérationnelle et les responsables de l'élaboration des politiques, au siège et dans les bureaux sur le terrain, en tenant compte des observations de l'équipe. Pour assurer la collaboration opérationnelle, les interventions doivent être coordonnées

dans le cadre de mécanismes établis, en particulier le Groupe sectoriel pour la santé de l'ONU et le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

## **6. Comment ?**

Le contenu est présenté sous la forme d'un ensemble de recommandations, de notes d'orientation, de conseils techniques et de normes fondamentales, rédigés conjointement par des experts de divers pays et organismes et tenus à jour par une vaste communauté de pratique, représentative de divers acteurs intersectoriels, notamment des ONG, des États, des armées, des organismes des Nations Unies, le CICR, MSF, la Direction générale de la protection civile et des opérations d'aide humanitaire européennes (DG ECHO), l'Office of Foreign Disaster Assistance (OFDA) des États-Unis et le milieu universitaire.

## **7. Classification des équipes intervenant lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux**

Les processus actuels décrits dans le Livre bleu pour faire appel à des EMT comprennent des éléments solides de vérification préalable, de contrôle et de classification. Néanmoins, compte tenu des menaces supplémentaires auxquelles sont confrontées les équipes médicales et les populations en zone de conflit armé et dans d'autres environnements dangereux, il est nécessaire d'aller plus loin dans la préparation, en prenant d'autres mesures décrites en détail dans le Livre rouge.

Le degré d'effort et les processus nécessaires pour la préparation, le déploiement et le retour des missions d'intervention dans le cadre de conflits armés sont complexes et exigeants et requièrent un souci extrême du détail, ainsi que la connaissance de multiples facteurs internes et externes.

Les conflits et les autres environnements dangereux, par définition, sont évolutifs, imprévisibles et compliqués et impliquent souvent de nombreux acteurs locaux, régionaux et internationaux animés par des intentions et des intérêts divergents.

Pour mener à bien une opération dans un tel contexte, il est indispensable d'avoir une connaissance approfondie de tous les aspects de la situation et des dynamiques en jeu. Les équipes bien préparées possèdent à la fois une solide formation de base concernant la nature évolutive des conflits et les meilleures méthodes d'adaptation et de prestation des soins aux patients en toute sécurité.

L'annexe 1 contient une liste de contrôle qui complète les exigences de vérification et de classification énoncées dans le Livre bleu. Les équipes qui souhaitent se déclarer prêtes à intervenir lors de conflits armés et en capacité de le faire doivent vérifier que tous les points de la liste sont bien remplis. La liste de contrôle du Livre rouge ne suffit pas à elle seule et vient s'ajouter aux processus actuels de vérification et de classification figurant dans le Livre bleu.

## B. Rôles et fonctions de l'OMS

L'Organisation mondiale de la Santé est une institution spécialisée des Nations Unies, basée à Genève (Suisse), qui est l'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international. Elle a pour fonctions de jouer un rôle moteur sur les questions mondiales touchant à la santé, d'établir les priorités de la recherche en santé, de fixer des normes et des critères en matière de santé, de définir des politiques fondées sur des données probantes, de fournir un appui technique aux pays, de surveiller la situation sanitaire et d'évaluer les tendances dans ce domaine.

L'OMS collabore, par l'intermédiaire de plus de 150 bureaux, avec ses 194 États membres regroupés en six régions. Le principe selon lequel toute personne devrait jouir du meilleur état de santé possible, sans distinction de race, de religion, d'opinions politiques ni de condition économique ou sociale, guide le travail de l'OMS depuis sa création, il y a 70 ans, comme organisme chef de file pour la santé à l'international au sein du système des Nations Unies qui venait d'être établi.

L'OMS et ses équipes ont plusieurs rôles à jouer dans le cadre d'une intervention opérationnelle, notamment l'appui aux ministères de la santé, la coordination, les alertes et les actions en cas d'épidémie [14], le soutien et les conseils techniques, l'approvisionnement en fournitures, la mobilisation des prestataires de soins, la direction du groupe sectoriel pour la santé (voir le chapitre 3) et la direction de la cellule de coordination des équipes médicales d'urgence. S'il existe des lacunes importantes dans l'intervention humanitaire, il incombe aux chefs de file des groupes sectoriels d'appeler tous les partenaires humanitaires concernés à répondre à ces besoins. Si cette démarche échoue, en fonction de l'urgence et du type de situation, l'OMS, en tant que chef de file du groupe sectoriel pour la santé et « prestataire en dernier ressort », peut être amenée à s'engager à combler les lacunes.

Dans les conflits armés, le droit international humanitaire exige que les parties au conflit prodiguent des soins médicaux aux blessés et aux malades. Si les parties ne veulent pas ou ne peuvent pas le faire, elles doivent permettre l'accès en toute sécurité à l'assistance médicale fournie par d'autres équipes (ce point est développé au chapitre 2).

Un document d'orientation opérationnel interne de l'OMS décrit de quelle manière et dans quels cas l'Organisation prend part à la prestation de soins en traumatologie lors de conflits armés et précise les rôles et les responsabilités de l'OMS et de ses partenaires (États, armées, organisations non gouvernementales, société civile, sociétés privées à but lucratif, entités des Nations Unies). Ce document rappelle aux parties au conflit leurs obligations au titre du droit international humanitaire et des échanges avec les autorités nationales, le CICR, MSF et les autres acteurs humanitaires.

Les directives de l'OMS relatives aux soins essentiels en traumatologie dans les situations de conflit établissent notamment ce qui suit :

« L'OMS consultera le CICR, les autres acteurs humanitaires et les partenaires opérationnels pour connaître leur capacité et leurs responsabilités. »

« Si aucune organisation ne prodigue les soins nécessaires aux blessés et aux malades<sup>7</sup> et si l'OMS établit qu'il subsiste des besoins clairs et insatisfaits, il relève du mandat de cette dernière de fournir les services correspondants. »

« Toutes les équipes financées par l'OMS ou sous contrat avec celle-ci doivent accepter de fournir des services dans le respect des principes humanitaires, se conformer aux normes professionnelles et aux principes éthiques, fournir des services de soins de qualité et veiller à la coordination avec les autorités nationales et les organismes de coordination. »

En outre, sur le modèle du Manuel Sphère – *La Charte humanitaire et les standards minimum de l'intervention humanitaire* [15], le Livre rouge affirme l'engagement suivant :

« En adhérant aux normes humanitaires fondamentales et aux standards minimums du Livre bleu, nous nous engageons à faire tout ce qui est en notre pouvoir afin que soient satisfaits au moins les besoins les plus élémentaires des populations touchées par une catastrophe ou un conflit armé afin de leur permettre de vivre dignement et en toute sécurité, notamment un approvisionnement en eau, des installations d'assainissement, une alimentation, un abri et des soins de santé adéquats. À cette fin, nous continuerons d'encourager les États et les autres parties concernés à remplir leurs obligations morales et juridiques envers ces populations. » [16]

<sup>7</sup> Définis comme les personnes, militaires ou civiles, qui, en raison d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un autre trouble ou invalidité physique ou mental, ont besoin d'assistance ou de soins médicaux et qui s'abstiennent de tout acte d'hostilité.

# I. Introduction et principes directeurs

Les équipes médicales (sans distinction de type, de catégorie ou d'affiliation) qui interviennent lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux ont pour mission, dans l'intérêt des patients (17), de sauver des vies, d'apaiser les souffrances, de protéger les populations vulnérables et d'atténuer l'impact de la guerre et de la violence. Elles doivent mener cette mission à bien dans des environnements extrêmement dangereux, austères, où les ressources sont limitées, et doivent souvent assurer la continuité des soins.

Pour ce faire, les équipes doivent donc avoir accès à la population touchée, ce qui nécessite qu'elles soient acceptées par la population elle-même et par les parties au conflit. Cela suppose un certain degré de confiance, qui peut aussi contribuer à améliorer la sécurité des équipes.

Les équipes doivent prendre particulièrement garde à respecter les principes humanitaires fondamentaux, à se conformer aux normes fondamentales en matière de soins cliniques et à adopter une conduite éthique tout en obéissant au droit international humanitaire. Les conséquences, positives ou négatives, de leurs actions peuvent avoir des répercussions bien après leur intervention. La manière dont la population civile, les autorités et les groupes armés perçoivent la conduite des équipes médicales revêt une importance capitale. Par conséquent, les équipes doivent systématiquement, dans tous leurs comportements, dans leur conduite et dans leurs communications, s'appliquer à faciliter les missions humanitaires, à favoriser l'accès à toutes les personnes qui en ont besoin et à gagner leur confiance. Des actes apparemment anodins, par exemple prendre des photos (avec un téléphone, un appareil photo ou un drone), échanger avec des parties à un conflit lors de rencontres sociales informelles, porter des vêtements de style militaire, afficher des symboles nationaux ou religieux, exprimer des opinions dans les médias sociaux ou traditionnels, ou encore travailler à proximité immédiate de groupes armés, peuvent tous avoir de graves conséquences involontaires pour l'équipe et pour les patients. De fait, de tels actes peuvent compromettre un déploiement entier, et les répercussions négatives et les réputations ternies (des personnes et des organisations) peuvent perdurer pendant des années et nuire à la prestation des soins de santé par la suite.

## a. Principes directeurs du Livre bleu et du Livre rouge

Le tableau 3 présente les contextes et les principes directeurs du Livre bleu et du Livre rouge.

Tableau 3. Contextes, similitudes et différences entre le Livre bleu et le Livre rouge

<h3>Livre bleu</h3> <p>Tous les types d'EMT, y compris les équipes de soins spécialisés, doivent se conformer à ces principes directeurs qui régissent la pratique des équipes et des personnes.</p> <p>Les équipes peuvent intervenir en renfort dans des établissements de santé existants ou installer des établissements indépendants.</p>	<h3>Livre rouge</h3> <p>Tous les types d'EMT, y compris les équipes de soins spécialisés, doivent se conformer à ces principes directeurs qui régissent la pratique des équipes et des personnes.</p> <p>Les équipes peuvent prendre le contrôle d'établissements existants, installer des établissements indépendants ou s'intégrer, éventuellement en cohabitation, dans des structures civiles existantes. La distance par rapport aux lignes de front peut varier.</p> <p><b>Remarque : Dans certains cas, les équipes médicales gouvernementales ou militaires ne pourront pas être déployées dans le cadre du mécanisme des EMT, car elles seront limitées dans l'application de certains principes du fait de la nature de leur déploiement, par exemple si elles sont intégrées à une opération militaire (voir le chapitre 1).</b></p>
<p>Contextes</p> <p>Catastrophes naturelles (lentes ou soudaines), flambées épidémiques de maladies, accidents industriels ou technologiques, camps de réfugiés ou de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, qui dépassent les capacités des services d'intervention locaux, mais se produisent dans le contexte d'un État souverain, sans conflit armé ni insécurité.</p>	<p>Contextes <sup>[12]</sup></p> <p>Conflits armés internationaux ou non internationaux, autres situations d'urgence de longue durée, insurrections armées, troubles civils et autres situations de violence et d'insécurité extrêmes. Les mêmes principes directeurs doivent être appliqués en cas d'afflux de réfugiés ou de personnes déplacées, de catastrophes naturelles ou de flambées épidémiques survenant dans les contextes susmentionnés.</p>
<p>1. Soins de qualité : l'EMT prodigue des soins rapides, efficaces, équitables et centrés sur la personne, en toute sécurité.</p>	<p>Les mêmes principes s'appliquent. Compte tenu des pathologies particulières en cas de conflit armé, la formation et les protocoles de traitement doivent être adaptés dans un souci de limitation des dégâts.</p>

2. Intervention adéquate : l'EMT intervient « en fonction des besoins » selon le contexte et le type de situation d'urgence dans le pays touché.

Les mêmes principes s'appliquent dans un esprit d'humanité et d'impartialité<sup>8</sup>. Les équipes doivent se concentrer sur les besoins vitaux prioritaires.

On part du principe que la population a accès à l'équipe médicale, et inversement. Remarque : ce n'est pas forcément le cas pour les équipes militaires ou gouvernementales, mais celles-ci peuvent appliquer le même principe dans les zones où elles peuvent avoir accès à la population en toute sécurité et où elles sont acceptées par la population.

3. Soins accessibles : l'EMTU adopte une approche fondée sur les droits de l'homme dans son intervention et fait en sorte d'être accessible à tous les segments de la population touchée par la situation d'urgence, en particulier aux personnes vulnérables et à celles qui ont besoin de protection.

Les équipes doivent adopter une approche humanitaire pratique, encadrée par le droit international humanitaire et les principes fondamentaux, visant avant tout à obtenir et à maintenir l'accès à toutes les personnes en ayant besoin sans discrimination, ainsi qu'à se faire accepter et à garantir la sécurité des équipes et des patients.

4. Soins éthiques : l'EMTU s'applique à traiter les patients dans le respect de la déontologie médicale en toutes circonstances.

Le même principe s'applique. La guerre et le chaos ne peuvent en aucun cas excuser de remettre en cause la déontologie et le principe médical consistant à « ne pas nuire » (voir la section 1.1).

5. Soins responsables : l'EMTU s'engage à rendre des comptes aux patients et aux communautés auxquels elle vient en aide, au gouvernement et au ministère de la santé du pays d'accueil, à sa propre organisation et aux bailleurs de fonds.

La responsabilité envers les patients est maintenue, mais l'obligation de rendre des comptes aux autorités dépend du contexte et doit faire l'objet d'une analyse particulière. Le principe de neutralité doit être conservé. Les équipes doivent éviter d'être perçues comme prenant parti dans un conflit du fait d'actions non neutres.

**Remarque : les équipes militaires ou gouvernementales sont également liées par les ordres et les implications de leur propre gouvernement et ne peuvent donc pas toutes être considérées comme neutres (voir la section 1.2.2).**

6. Intervention coordonnée : l'EMT s'engage à participer à une intervention coordonnée, sous l'égide du centre d'opérations d'urgence ou du système équivalent de gestion des incidents désigné par les autorités nationales de gestion des urgences sanitaires, et collabore avec le système de santé national, avec les autres EMT et avec la communauté internationale d'intervention humanitaire, selon le cas.

L'engagement à coordonner l'intervention avec les principaux acteurs et prestataires de tous les camps d'un conflit est conservé et demeure obligatoire. Toutefois, les principes de neutralité et d'indépendance doivent être garantis. Les équipes doivent éviter d'être perçues comme prenant parti dans un conflit si elles sont associées à un mécanisme de coordination gouvernemental, militaire ou de l'ONU.

**Remarque : Des exceptions en fonction du contexte peuvent s'appliquer pour les équipes militaires ou gouvernementales et pour certaines équipes des forces de maintien de la paix de l'ONU ou sous contrat de l'ONU qui ne seraient pas désignées comme des acteurs humanitaires.**

<sup>8</sup> L'équipe ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale ou d'appartenance politique. Elle s'applique à apaiser les souffrances des personnes, en répondant seulement à leurs besoins, et à subvenir en priorité aux détrences les plus urgentes.

## b. Catégories d'équipes médicales

Tableau 4. Catégories d'équipes médicales

Catégorie d'équipe	Livre bleu Catastrophes soudaines/ urgences/épidémies	Livre rouge Urgences sanitaires lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux
1. EMT civiles classées <sup>9</sup> 1.a ONG civiles nationales 1.b ONG civiles internationales <hr/> 2. EMT gouvernementales 2.a Ministère de la santé (classification sans objet) 2. EMT internationales classées <hr/> 3. EMT privées à but lucratif classées	L'accès et les permis d'exercice sont accordés par le ministère de la santé. Les équipes sont classées en équipes de type 1, 2 ou 3 (ou spécialisées) selon le processus de classification des EMT (voir le Livre bleu). Certaines équipes peuvent être sous contrat de plusieurs organismes des Nations Unies. La classification ne s'applique pas aux équipes du ministère de la santé et du ministère de la défense qui interviennent au niveau national.	L'accès et la permission sont négociés par l'intermédiaire des parties au conflit ou des autorités. Les équipes sont classées en équipes de type 1, 2 ou 3 (ou spécialisées) selon le processus de classification des EMTU. Des exigences supplémentaires en matière de classification doivent être remplies (voir l'annexe 1). La classification ne s'applique pas aux équipes du ministère de la santé et du ministère de la défense qui interviennent au niveau national.
4. Équipes médicales civiles Nationales ou internationales	Les normes s'appliquent. Les mandats et les capacités peuvent varier. Le ministère de la santé peut ne pas accorder l'accès ou le permis d'exercice.	Les normes s'appliquent. L'accès et la permission sont négociés par l'intermédiaire des parties au conflit ou des autorités.
5. Équipes médicales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge  6.a Société nationale locale 6.b FICR (catastrophes naturelles) 6.c CICR (conflits)	Les équipes sont classées selon les processus et les normes du Mouvement par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) (normes alignées sur celles des EMTU). Les sociétés nationales locales font office de coordonnateurs en chef (avec l'appui de la Fédération). Les normes supplémentaires du Mouvement s'appliquent.	Les équipes sont classées selon les processus et les normes du Mouvement. Les normes supplémentaires du Mouvement s'appliquent. Le CICR est le coordonnateur en chef de la riposte internationale du Mouvement.
7. Équipes médicales du secteur privé à but lucratif	Les normes s'appliquent. Le ministère de la santé peut ne pas accorder l'accès ou le permis d'exercice. Les mandats et les capacités peuvent varier. Certaines équipes peuvent être sous contrat de plusieurs organismes des Nations Unies.	Les normes s'appliquent. Les intentions de fond de la partie qui fait appel à l'équipe peuvent constituer un problème. Certaines équipes peuvent être sous contrat de plusieurs organismes des Nations Unies.
8. Équipes médicales militaires nationales ou internationales	Déploiements bilatéraux par l'intermédiaire du ministère de la défense ou du ministère de la santé. Les normes s'appliquent. Les mandats et les capacités peuvent varier.	Déploiements bilatéraux entre deux États ou entre deux armées (pas dans le cadre du mécanisme des EMTU financé par l'OMS). D'autres normes et mandats peuvent s'appliquer.

<sup>9</sup> Sont également incluses dans les équipes classées celles pour lesquelles des processus de mentorat et de vérification par les pairs sont en cours.

### c. Limites

Les missions médicales menées dans le cadre d'un conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence dépendent énormément du contexte et nécessitent d'analyser constamment la situation et d'ajuster l'intervention si les réalités sur le terrain l'imposent. Il n'est donc pas possible de prescrire une façon unique de faire les choses.

Les facteurs ci-dessous nuisent souvent à l'efficacité de l'aide humanitaire :

1. Bien que les équipes et les pays fassent de leur mieux, les tendances observées au niveau mondial dans la conduite des hostilités, notamment le non-respect du droit international humanitaire, peuvent limiter l'acceptation, l'accès aux patients et la sûreté des équipes médicales.
2. Les équipes médicales nationales et internationales peuvent ne pas avoir suffisamment de liberté ou d'espace pour apporter une aide indépendante, impartiale et neutre. Dans certains cas, elles peuvent même être incriminées si leur travail est considéré comme une aide à des groupes « extrémistes » ou « radicaux ».
3. Des personnes, des autorités et des organisations continuent de manifester leur opposition au droit international humanitaire et aux principes humanitaires fondamentaux, qu'elles considèrent comme une notion « extérieure » ou « étrangère ».
4. Des acteurs étatiques et non étatiques peuvent instrumentaliser, ouvertement ou en secret, des missions médicales qui sont alors perçues comme contribuant à l'atteinte de certains objectifs militaires, politiques ou économiques.
5. Le devoir de diligence<sup>10</sup> imposé aux membres de l'équipe peut être difficile à remplir lorsque du personnel local est recruté ou collabore avec l'équipe, par exemple en ce qui concerne les évacuations hors du pays, la fourniture d'une assurance ou la protection contre les factions ou les groupes armés.
6. Les incitations, les motivations et les moyens de dissuasion divergents, souvent contradictoires, auxquels les organisations qui déploient des équipes médicales sont confrontées, en fonction des intérêts des bailleurs de fonds et des organisations, ne favorisent pas toujours des actions fondées sur des principes et éthiques, menées selon des priorités établies en fonction des besoins.
7. La grande diversité des équipes médicales peut constituer un frein, du fait des différences importantes en ce qui concerne les normes de pratique, les définitions de la qualité, les ressources, les mandats et les missions.

<sup>10</sup> Le devoir de diligence est un concept juridique selon lequel les organisations sont responsables du bien-être de leurs employés et doivent prendre des mesures pratiques afin d'atténuer les dangers prévisibles dans les lieux de travail, responsabilité qui a des implications supplémentaires quand les employés sont loin de leur pays d'origine.

#### d. Ce que le Livre rouge ne fait pas

Le Livre rouge ne dispense pas les États et les groupes armés non étatiques, les pays amis ou l'ONU d'entamer des négociations et de chercher des solutions diplomatiques pour suspendre les hostilités ou y mettre fin.

Il ne dispense pas non plus d'avoir recours à la diplomatie et à la persuasion pour rappeler aux parties à un conflit leurs obligations envers les victimes de conflit armé et le droit de la guerre, pour favoriser la conclusion d'un accord ou la cessation des hostilités et pour tenir les parties et les individus responsables de leurs obligations au titre du droit international et national. L'aide humanitaire ne peut se substituer à des accords de paix durables.



© CICR/Sana Tarabishi

## II. L'avenir de l'aide humanitaire

Compte tenu de la nature très dynamique, précaire et évolutive des réalités sur le terrain et à l'échelle mondiale et de leurs répercussions sur les opérations humanitaires, il est essentiel que les équipes médicales analysent régulièrement leur environnement de façon à anticiper les changements. Les équipes doivent apprendre à adapter leurs plans, leurs politiques, leurs systèmes, leurs profils de personnel et leurs méthodes afin que ceux-ci restent pertinents et adaptés à leurs objectifs. Les décisions d'aujourd'hui influent déjà sur l'avenir. Celles prises en matière de recrutement, d'équipement, de technologies, de politiques et de priorités stratégiques auront des répercussions pendant cinq à dix ans.

On a beaucoup écrit sur l'avenir du paysage humanitaire [19-21]. Le Livre rouge intègre, là où il y a lieu, des considérations pertinentes pour les équipes médicales, compte tenu des tendances de la nature changeante de la guerre, de l'évolution des technologies médicales, de l'évolution des normes de prestation des soins de santé en temps de conflit et des dynamiques géopolitiques. Les phénomènes mondiaux se caractérisent aujourd'hui par la fragmentation accrue de l'ordre politique mondial, les guerres commerciales, les cyberattaques, la politisation de l'aide, la remise en cause des valeurs et des normes mondiales auparavant acceptées et le non-respect des traités de longue date. Pour s'adapter à une telle complexité et pouvoir accéder aux personnes dans le besoin, les équipes médicales doivent faire preuve d'une vigilance accrue, établir des partenariats plus solides, miser davantage sur la collaboration et se fixer des plans fondés sur l'interdépendance.

Ces tendances obligent également les équipes et la direction organisationnelle à se montrer plus agiles, plus souples, plus malléables et à s'appuyer sur des principes pour pouvoir s'adapter à un paysage opérationnel complexe, dynamique et souvent déroutant. Par ailleurs, le « savoir-être », qui se manifeste par une bonne communication, des capacités de négociation, de l'humilité, un véritable dialogue avec la population [22] et l'acceptation par celle-ci, est de plus en plus important pour les missions d'aujourd'hui et de demain.

La liste ci-dessous, non exhaustive, illustre les principaux enjeux qui continuent d'être observés et qui ont des effets positifs et négatifs sur l'action humanitaire.

Premièrement, la guerre est de plus en plus asymétrique, avec des tendances telles que les tactiques de siège, la guerre urbaine [23], les conflits par adversaires interposés, l'accent sur la lutte contre le terrorisme, les cyberguerres, les armes plus sophistiquées (qui provoquent des blessures plus complexes), les armes autonomes, les attaques contre les installations et les personnels médicaux, le risque accru d'attaques chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires (CBRN), ou encore le recours au viol comme tactique de guerre. Il est à prévoir, comme l'ont montré les données historiques, que de plus en plus de nouvelles technologies seront utilisées à des fins militaires [24], notamment les drones, les technologies numériques, les communications, les lasers, l'espace et l'intelligence artificielle. Il importe de noter que,

bien que les directives et les manuels relatifs à la coordination entre civils et militaires recommandent, afin d'atteindre rapidement et en sécurité les personnes dans le besoin, d'avoir recours à des avis de déconfliction<sup>11,12</sup> (25), les protocoles continuent d'évoluer et il n'y a aucune garantie absolue pour la sûreté et la sécurité.

Deuxièmement, en raison des tendances susmentionnées, combinées à une urbanisation rapide et à des phénomènes météorologiques extrêmes, les flambées épidémiques continuent d'augmenter, tout comme les migrations et les déplacements, les besoins humanitaires deviennent de plus en plus complexes et le nombre d'acteurs et de prestataires ne cesse de croître (26).

Une troisième tendance est l'influence des nouvelles technologies médicales et de diagnostic disponibles sur les appareils numériques, des technologies de la communication, des transports, des outils de télémédecine et de télésanté, des plateformes mobiles, des formations virtuelles, de l'utilisation des drones, de l'impression 3D (27, 28) et des dispositifs médicaux miniaturisés pouvant être déployés sur les terrains accidentés. Certaines de ces tendances s'accompagnent également de risques associés au piratage, aux atteintes au secret médical et à la confidentialité des données sur les patients, ainsi qu'au ciblage du personnel soignant.

Nous assistons à une transformation numérique à l'échelle mondiale, avec ses conséquences positives et négatives en ce qui concerne l'accès à l'information, la confidentialité, la propagation virale des nouvelles et des fausses informations, la manipulation des processus démocratiques et les menaces à leur encontre, la polarisation des sociétés, l'importance et la croissance des identités numériques des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les transferts de fonds par voie électronique, les progrès rapides et la diffusion des technologies médicales et des produits pharmaceutiques, et l'érosion de la confiance dans les institutions et les autorités établies de longue date.

Les organisations nationales et les gouvernements insistent de plus en plus sur le rôle central et sur la capacité des autorités locales à diriger, mais aussi à accorder ou refuser l'accès aux services d'intervention. Le débat et les engagements internationaux sont largement alimentés par la nécessité de définir des politiques et des pratiques qui garantissent la responsabilité envers les populations touchées (29), y compris les sous-groupes extrêmement vulnérables (30).

<sup>11</sup> Déconfliction (terme militaire) : Échange d'informations en matière de planification entre les acteurs humanitaires et militaires afin de prévenir ou de résoudre des conflits entre les deux ensembles d'objectifs, d'éliminer les obstacles à l'action humanitaire et d'éviter les dangers potentiels pour le personnel humanitaire. Cela peut inclure la négociation de trêves militaires, l'arrêt temporaire d'hostilités, des cessez-le-feu, la notification de l'emplacement des établissements médicaux ou des couloirs de sécurité pour la fourniture de l'aide.

<sup>12</sup> Il convient toutefois d'émettre une réserve, car la « déconfliction », en tant que solution générale, pose certaines difficultés, à savoir, d'une part, qu'elle décharge les parties au conflit armé de leurs propres obligations à l'égard des humanitaires, dont celle de contribuer à la déconfliction, et, d'autre part, qu'elle crée une fausse dichotomie entre les personnes et les biens qui sont visés ou non par des mécanismes de déconfliction, alors que tous sans distinction doivent être protégés au titre du droit international humanitaire.

Un rapport récent [31] indique que, compte tenu de l'augmentation à prévoir des besoins et des lacunes humanitaires, « il est essentiel de disposer de moyens mobilisables efficaces. Malgré les importantes restrictions d'accès auxquelles se heurtent les acteurs humanitaires, une solution rapide en ce qui concerne la capacité d'intervention en cas d'urgence consisterait à veiller à ce qu'un nombre minimum d'organisations compétentes possèdent la capacité, les connaissances et la préparation nécessaires et soient prêtes à être déployées de façon à couvrir tous les secteurs vitaux et à fournir des services fiables en cas de crise grave ».

Dans des études et des examens récents, il a été souligné combien il était crucial que les équipes médicales soient plus assidues dans l'application des principes humanitaires et fournissent des services de meilleure qualité et plus efficaces, et des recommandations ont été formulées à cet effet [32]. Notamment, les auteurs du rapport appellent toutes les parties concernées « à examiner leurs actions – la fin et les moyens – pour que les futures interventions humanitaires soient fondées sur des principes, efficaces et transparentes pour ceux qui en ont le plus besoin, à savoir les victimes de la guerre et des déplacements forcés ».

En résumé, compte tenu de l'insécurité et de la précarité à prévoir à l'avenir, les équipes médicales devront remplir les critères suivants :

- Des politiques organisationnelles fréquemment mises à jour, qui tiennent compte du devoir de diligence, de la tolérance au risque, de la gestion des risques de sécurité, du recrutement et des profils de personnel, des communications avec la population et les autorités, et de l'état de préparation opérationnelle.
- Un dialogue avec la population au niveau des organisations et des personnes, avec dignité, respect, humilité et empathie, malgré l'évolution rapide du monde.
- Des politiques qui définissent plus clairement le devoir de soin et de protection envers les patients.
- Des politiques permettant d'orienter les progrès technologiques, leur adoption et leur adaptation [12, 33, 34].
- Des approches plus concrètes et plus efficaces de collaboration et de coordination avec tout le secteur, tant au siège que sur le terrain, qui vont dans le sens d'une interdépendance, d'une complémentarité et de relations accrues avec les autres services d'intervention et avec les communautés touchées.
- Des politiques et des sources financières suffisantes permettant d'investir dans les ressources humaines, dans le développement des compétences et des aptitudes opérationnelles en vue d'améliorer les connaissances et les compétences des responsables au siège, des chefs d'équipe opérationnels et des membres des équipes par la formation pratique et l'apprentissage continu, dans le cadre d'un partenariat plus formel avec les établissements universitaires et les principaux organismes régionaux et mondiaux.



Midazolam  $\Rightarrow 0,5 \text{ mg/Kg}$   
Tramadol  $\Rightarrow 1-2 \text{ mg/Kg}$   
KCP  $\Rightarrow 0,1 \text{ mg/Kg/Ka}$   
Dopamine  $\Rightarrow$   
TKA  $\Rightarrow 10 \text{ mg/Kg/Ka}$   
Lidocain  $\Rightarrow 5 \text{ mg/Kg/Ka}$  BAY  
Paracetamol  $\Rightarrow 15 \text{ mg/Kg/Ka}$

## Chapitre 1

# Droit international humanitaire (DIH) et principes humanitaires fondamentaux en pratique

## Objectifs du chapitre

1. Les équipes médicales comprennent mieux l'importance du DIH et des principes humanitaires fondamentaux pour soutenir les équipes médicales, les protéger ainsi que leurs patients et faciliter les opérations dans le contexte de conflits armés.
2. Les équipes prennent conscience des conséquences et des implications, notamment en ce qui concerne la sécurité et l'accès, associées au non-respect des principes humanitaires fondamentaux et au non-respect du DIH par les parties à un conflit armé.
3. Les équipes sont davantage en mesure d'agir conformément à des principes et de faire preuve de pensée critique dans leur conduite et dans la prise de décisions médicales et opérationnelles, tant au siège que sur le terrain, qui visent à traiter toutes les personnes avec respect et dignité.
4. Les équipes ont conscience de l'importance et des aspects fondamentaux d'un véritable dialogue responsable avec la population.
5. Les équipes et leurs chefs ont facilement accès aux références et aux manuels les plus pertinents.

L'application du DIH et des principes humanitaires fondamentaux permet d'accéder aux populations touchées et contribue à établir des relations et à instaurer la confiance et l'assurance qui sont cruciales pour mener à bien un déploiement humanitaire médical et en assurer la protection.

L'impératif humanitaire de prêter assistance s'impose à tous les peuples, toutes les cultures, toutes les religions et à l'humanité dans son ensemble. Les équipes médicales prodiguent des soins dans le monde entier, dans toutes les situations et tous les contextes. Pour qu'un déploiement humanitaire médical se déroule au mieux, les équipes sont de plus en plus souvent obligées de mieux se préparer, de se former, de communiquer, de gérer des dilemmes éthiques et de prendre des décisions complexes qui visent avant tout à sauver des vies, et toutes ces tâches s'avèrent encore plus difficiles en temps de guerre.

Le présent chapitre ne fait pas autorité sur le plan juridique, mais il est important pour aider les équipes à comprendre les cadres et les orientations présentés de façon synthétique. Il met l'accent sur la compréhension du contexte, sur la prise de décision fondée sur des principes, sur l'amélioration de la connaissance de soi, sur l'attention aux conséquences et sur une approche pragmatique (et non dogmatique). Pour une compréhension vraiment complète et approfondie du DIH, les lecteurs sont invités à consulter le Dictionnaire pratique du droit humanitaire élaboré en 2013 par Françoise Boucher-Saulnier pour MSF [\[35\]](#), la base de données en ligne du CICR sur le DIH [\[36\]](#), le manuel de la Croix-Rouge danoise sur l'utilisation pratique du droit international humanitaire [\[37\]](#), ainsi que l'application mobile du CICR [\[38\]](#).

Le déploiement humanitaire médical, par essence, demeure universel.

« La théorie qui défend l'approche selon laquelle "une guerre est une guerre", que le conflit armé se déroule à l'intérieur d'un État, entre deux États ou dans un contexte transnational, est tout à fait fondée. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les obligations humanitaires, puisque la souffrance humaine est commune à tous les types de conflits. » [23]

Le tableau 5 synthétise et compare le champ d'application et les limites des obligations et des meilleures pratiques que le DIH et la déontologie médicale imposent aux équipes médicales qui s'occupent des blessés et des malades [39].

Tableau 5. Applications du DIH, du droit international des droits de l'homme et de la déontologie médicale

	<b>Droit international humanitaire</b>	<b>Droit international des droits de l'homme</b>	<b>Déontologie médicale</b>
<b>Champ d'application</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflit armé international</li> <li>- Conflit armé non international</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflit armé international</li> <li>- Conflit armé non international</li> <li>- Autres situations d'urgence</li> <li>- Période de paix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflit armé international</li> <li>- Conflit armé non international</li> <li>- Autres environnements dangereux</li> <li>- Autres situations d'urgence</li> <li>- Période de paix</li> </ul>
<b>Bénéficiaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blessés et malades</li> <li>- Personnel médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blessés et malades</li> <li>- Personnel médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blessés et malades</li> <li>- Personnel médical</li> </ul>
<b>Soumis au droit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- États</li> <li>- Groupes armés</li> <li>- Individus<sup>13</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- États</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel médical</li> </ul>

<sup>13</sup> Dans certaines circonstances, les civils peuvent également être directement soumis au droit international humanitaire à titre individuel. Par exemple, les civils sont tenus de respecter les blessés et les malades (paragraphe 2 de l'article 18 de la première Convention de Genève).

## 1.1 D'abord, ne pas nuire ! <sup>(40)</sup>

*Primum non nocere*,<sup>14</sup> ou « d'abord, ne pas nuire » est un précepte central de la bonne pratique médicale depuis l'époque d'Hippocrate : « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice ».

Cet engagement implique qu'un bon médecin ou, en fait, n'importe quel soignant n'exerce que dans son domaine de compétence prouvée et utilise l'équipement et les fournitures nécessaires pour garantir la sûreté des patients. Par le passé, il est arrivé que certaines équipes ne reconnaissent pas l'importance de ce principe lors d'interventions en cas de catastrophes soudaines. C'est notamment ce qui a incité l'OMS à établir et promouvoir un ensemble de normes fondamentales minimales <sup>(41)</sup> pour les EMT dans le Livre bleu et à donner à celles-ci pour mission de réduire les pertes humaines, d'apaiser les souffrances et de limiter les invalidités et incapacités de longue durée, grâce au déploiement rapide et à la coordination d'EMT de qualité garantie en cas de catastrophe ou d'épidémie soudaine <sup>(42)</sup>. Même si le principe consistant à « ne pas nuire » qui sous-tend le Livre bleu concerne principalement les patients pris en charge, il s'applique également aux équipes déployées par l'organisation (devoir de diligence, voir l'annexe 1).

Les risques, qui peuvent être considérables pour les équipes médicales intervenant lors de conflits armés, ne peuvent pas être éliminés, mais ils peuvent être atténués par une préparation adéquate, une meilleure connaissance de la situation et une bonne formation. Les équipes qui manquent de préparation, de formation, de fournitures, de connaissance du contexte et de sa complexité et, surtout, de sensibilité aux conflits<sup>15</sup> <sup>(43)</sup> devraient envisager de ne pas se déployer, car elles risquent en effet de « nuire » aux patients qu'elles cherchent à traiter et à leur propre personnel et, ce faisant, d'ébranler la confiance dans les soins médicaux dans l'ensemble de la zone d'intervention. Lorsqu'un soignant est tué ou blessé, l'intervention tout entière est susceptible d'être abandonnée. La sensibilité aux conflits mérite une compréhension approfondie du déploiement par les équipes et leurs chefs. Les équipes doivent comprendre le contexte dans lequel elles opèrent et l'interaction entre l'intervention et son contexte et en tenir compte dans leurs actions, afin d'éviter les conséquences négatives et d'optimiser les répercussions positives de leurs actions sur le conflit <sup>(44)</sup>.

<sup>14</sup> Il s'agit du principe de non-malfaisance, que l'on peut également exprimer ainsi : « Face à un problème donné, il peut être préférable de ne pas faire quelque chose, voire de ne rien faire, plutôt que de risquer de faire plus de mal que de bien ». Ce principe rappelle aux médecins de tenir compte des conséquences néfastes possibles qu'une intervention pourrait avoir. Il est invoqué lorsque l'on débat du recours à une intervention qui présente un risque évident de faire du mal au patient, alors que la probabilité de bienfait est plus incertaine.

<sup>15</sup> La sensibilité aux conflits consiste à être capable : 1) de comprendre le contexte dans lequel on intervient, 2) de comprendre l'interaction entre l'intervention et le contexte (comment le contexte influe sur l'intervention et comment l'intervention influe sur le contexte) et 3) de tenir compte de la compréhension de ces interactions dans ses actions, de façon à éviter les effets négatifs et à avoir le plus possible de répercussions positives.

Les civils et les combattants blessés pris dans un conflit ont des besoins médicaux extrêmement complexes, qui peuvent s'aggraver s'ils ne sont pas pris en charge de manière adéquate. Les équipes, et en particulier les chefs d'équipe, doivent faire particulièrement attention et être sensibles aux dynamiques de pouvoir, au risque de coercition ou d'intimidation, au manque possible de cohésion sociale, à la résilience amoindrie et à l'absence de filet de sécurité dont les populations touchées peuvent pâtir, contrairement aux populations hors conflit. En situation de guerre, plus que jamais, le respect des quatre principes éthiques des soins médicaux (respect de l'autonomie, bienveillance, non-malfaisance et justice) (45, 46) garantira non seulement que les équipes ne nuiront pas aux patients, mais aussi qu'elles reconnaîtront et respecteront leur droit au meilleur traitement possible, dans un souci de justice envers les plus vulnérables au moment où ils en ont le plus besoin.

Il est nécessaire d'établir des normes fondamentales et techniques et une assurance de la qualité pour les équipes médicales, tout autant en cas de catastrophe que dans les conflits (47), comme le reconnaissait Henry Dunant, le fondateur du Mouvement de la Croix-Rouge, dans son livre *Un souvenir de Solferino*, publié en 1862 (48), dans lequel il évoquait les souffrances et la négligence des blessés et soulignait la nécessité de faire appel à des bénévoles locaux qui soient formés et expérimentés.

Il est admis que les factions en guerre doivent améliorer leurs capacités médicales afin d'être en mesure de satisfaire à leurs obligations juridiques au titre des Conventions de Genève (voir plus bas). Mais viendra toujours un moment où des équipes civiles seront également appelées à intervenir, ou obligées de le faire, auquel cas elles seront exposées à un niveau de risque éthique et physique dépassant largement l'expérience qu'elles ont acquise lors d'interventions à la suite de catastrophes naturelles soudaines.

Les expériences récentes de prestation et de coordination de soins en traumatologie sur les lignes de front ont mis en évidence non seulement la nécessité de disposer d'équipes médicales d'urgence, mais aussi les difficultés éthiques et juridiques complexes qui peuvent survenir lorsque les équipes sont déployées à proximité du front ou n'ont accès qu'à un seul camp du conflit (33). L'important, pour les équipes médicales et les organisations humanitaires en zone de conflit, est de trouver comment maintenir les principes fondamentaux d'humanité et d'impartialité, sur lesquels repose l'ensemble de l'intervention de l'EMT, en cherchant à apaiser la souffrance partout où elle se trouve sans discrimination, strictement en fonction des besoins, en n'accordant la priorité qu'aux situations médicales les plus urgentes, comme l'exigent les principes humanitaires fondamentaux et la déontologie médicale (ainsi que le droit international humanitaire), tout en continuant d'obéir aux autres principes humanitaires de neutralité et d'indépendance dans le cadre de l'intervention. Le concept même d'humanitarisme peut être menacé lorsque les équipes sont si proches des combattants d'une partie au conflit qu'aux yeux d'observateurs extérieurs, la distinction peut devenir floue au

point qu'ils soient considérés (ou perçus) comme une seule équipe poursuivant des objectifs militaires et non uniquement humanitaires. « Comme les situations d'urgence deviennent de plus en plus vastes et de plus en plus complexes, les équipes doivent protéger et renforcer l'espace humanitaire. » (49).

Les EMT doivent s'appuyer sur le DIH et les principes humanitaires fondamentaux et s'en inspirer pour se frayer un chemin à travers ce territoire moral et juridique difficile et dangereux. Elles doivent se prémunir contre les abus et les violations du DIH et des principes fondamentaux, ce qui contribuera à renforcer leur statut protégé et, grâce à des efforts confidentiels de persuasion auprès des parties au conflit, pourra limiter les souffrances des blessés et des malades et les effets de la guerre sur la population.

## 1.2 Droit international humanitaire et principes humanitaires fondamentaux

Le droit international humanitaire (50) est un ensemble de règles essentiellement établies dans les Conventions de Genève de 1949 et dans leurs deux Protocoles additionnels de 1977, qui visent à limiter les effets des conflits armés. Tous les États du monde sont parties aux Conventions de Genève (51), tandis que les parties non étatiques à un conflit armé sont liées par le DIH, notamment en vertu de l'article 3 commun aux Conventions de Genève, du DIH coutumier et, dans certains cas, du Protocole additionnel II de 1977. En outre, même s'ils n'ont pas encore adhéré aux traités régissant le DIH, notamment aux Protocoles additionnels de 1977, les États sont également liés par le DIH coutumier. Les principes humanitaires fondamentaux découlent de la reconnaissance par le DIH du rôle des « organisations humanitaires impartiales » (article 3 commun et articles 9/9/9/10, respectivement, des quatre Conventions de Genève) et continuent de guider l'action humanitaire dans le monde entier. Toutefois, les réalités dans les zones de combat montrent que la signature et la ratification des traités ne se traduisent pas toujours par leur pleine application en temps de conflit armé, et il est souvent nécessaire de rappeler leurs obligations aux parties au conflit<sup>16</sup>. Il n'est pas rare que des attaques soient perpétrées ou signalées contre des hôpitaux ou des équipes médicales remplissant leurs fonctions à des fins strictement humanitaires, bien que le DIH l'interdise (52).

Indépendamment de l'affiliation des équipes médicales à un pays ou à une organisation, leur mission doit être dictée par les cadres juridiques des Conventions de Genève et, plus largement, du DIH (53).

<sup>16</sup> En général, ce sont le CICR, l'ONU, d'autres pays, des ONG, les médias, etc. qui les leur rappellent.

Les principes humanitaires fondamentaux (humanité, impartialité, neutralité et indépendance) (54) sont des valeurs morales adoptées par l'ONU et par la plupart des principaux acteurs humanitaires et font partie des principes directeurs des EMT. Ensemble, ils s'appliquent concrètement aux opérations des équipes médicales intervenant dans des environnements politiques et militarisés complexes. L'adhésion aux principes humanitaires et le respect du DIH sont donc essentiels pour distinguer l'action humanitaire des activités et des objectifs d'autres entités, notamment politiques ou militaires. Si cette distinction s'estompe dans les actions des équipes médicales, la mission médicale risque d'être compromise.

### 1.2.1 Droit international humanitaire

Rappelons que le droit international humanitaire (DIH) (55-57), également appelé « droit de la guerre » ou « droit des conflits armés », est le droit qui régit spécifiquement les conflits armés. Les guerres ne se font pas sans règles et les États ont convenu, notamment dans le cadre de traités internationaux tels que les Conventions de Genève, d'imposer des limites à la conduite de la guerre. Le DIH désigne l'ensemble des règles qui visent à limiter les effets de la guerre pour des raisons humanitaires, en conciliant nécessité militaire et impératifs humanitaires. Dans cet esprit, le DIH restreint les moyens et les méthodes de guerre et établit des conditions propices pour apporter une aide humanitaire et médicale impartiale à tous les blessés et tous les malades, qu'ils aient pris part ou non aux hostilités. Il protège les personnes qui ne participent pas ou plus aux hostilités. Les équipes médicales qui travaillent dans ce domaine doivent connaître ces règles, qui ont pour objet de protéger les équipes, les patients, les structures et les véhicules sanitaires. Outre le DIH, le personnel médical et humanitaire doit respecter la législation nationale du pays dans lequel il intervient, sans perdre de vue l'obligation suprême de se conformer à la déontologie médicale.

Plusieurs règles du DIH portent précisément sur le personnel médical (civil et militaire) ainsi que sur l'aide et la protection qui doivent être fournies aux blessés et aux malades. Le droit établit que les parties à un conflit doivent :

- ne pas prendre pour cibles des personnes qui ne participent plus aux combats ;
- permettre à la population civile et à tous les blessés et malades en général, y compris ceux qui ont directement participé aux hostilités, d'accéder à une aide humanitaire impartiale ;
- ne pas prendre pour cibles ceux qui fournissent une aide médicale ou humanitaire ;
- veiller à ce que tous les blessés et malades reçoivent des soins médicaux et à ce que la population civile reçoive une aide humanitaire.

Le personnel médical, les installations ou les véhicules sanitaires ne bénéficient pas d'une protection absolue au titre du DIH. Ils peuvent perdre leur protection s'ils donnent un avantage militaire à une partie au conflit pour permettre à celle-ci de commettre des actes qui portent atteinte à l'« ennemi ». Même dans ce cas, les attaques directes contre les équipes et les médicales et les structures sanitaires demeurent illégales sans avertissement préalable. Si les équipes médicales sont perçues (à raison ou à tort) comme servant en réalité des objectifs militaires, cela mettra en péril leur sécurité et celle des patients dont elles s'occupent.

Par exemple, les équipes qui permettent l'utilisation de structures ou de véhicules sanitaires pour le stockage d'armes, pour les activités d'un acteur armé ou comme base armée contribuent à des violations du droit international humanitaire. Parmi ces actes qui « portent atteinte à l'ennemi » figure l'utilisation de structures sanitaires pour abriter des combattants bien portants ou entreposer des armes ou des munitions, comme poste d'observation militaire ou comme bouclier lors d'actions militaires.

Les civils et les militaires hors de combat, qui ne sont plus en état de se battre, ont droit à une protection et à une aide médicale. Le DIH impose des obligations aux parties au conflit. Premièrement, elles sont tenues de fournir une aide médicale sur la ligne de front aux blessés et aux malades dont elles s'occupent et, deuxièmement, si des raisons légitimes les empêchent de le faire, elles doivent laisser d'autres acteurs fournir cette aide médicale. Autrement dit, elles ne peuvent pas interrompre, gêner ou empêcher la fourniture d'une aide médicale à ceux qui en ont besoin. Troisièmement, elles ne doivent pas refuser arbitrairement une offre de services humanitaires émanant d'une organisation humanitaire impartiale et, une fois qu'elles ont donné leur consentement, elles doivent permettre et faciliter la fourniture de l'aide médicale et humanitaire.

Tous ces points sont des éléments cruciaux que les équipes médicales doivent connaître et qu'elles doivent aborder avec les parties au conflit pour leur rappeler leurs obligations, y compris lors des activités quotidiennes sur le terrain, par exemple au passage des points de contrôle, et pour montrer qu'elles respectent le DIH (57).

Il peut arriver, dans certains contextes, que les parties au conflit ne soient pas en mesure de fournir une aide humanitaire ou médicale impartiale à la population touchée et fassent appel à des organismes externes ou humanitaires et à d'autres prestataires de services médicaux pour répondre aux besoins humanitaires. Il s'agit d'une pratique légale au titre du DIH. Dans d'autres circonstances, lorsque les parties au conflit ont la capacité de fournir une aide médicale au front, mais ont choisi, en violation du DIH, de ne pas le faire, les organismes humanitaires peuvent se retrouver dans la position inconfortable de devoir décider eux-mêmes de fournir une telle aide. Ils doivent alors faire attention à ne pas être « instrumentalisés » et faire tout leur possible pour persuader les parties au conflit de remplir leurs obligations.

Le DIH protège le personnel médical dans l'exercice de sa mission afin de lui permettre d'exercer ses activités à caractère médical sans ingérence injustifiée des parties au conflit et d'agir en toute indépendance et de façon autonome conformément à la déontologie médicale. Autrement dit, le personnel médical doit être libre de traiter les patients en fonction de leurs besoins médicaux uniquement et ne peut pas être contraint de traiter en priorité les partisans de l'un ou l'autre camp. Il ne doit pas enfreindre le secret médical et ne peut pas être sanctionné pour avoir agi conformément à la déontologie médicale, quel que soit l'état du patient.

Dans les situations de conflits armés internationaux, le DIH érige en principe le secret médical à l'égard du camp adverse. Cependant, il ne peut pas s'agir d'un principe absolu, car des exceptions à la non-divulgateion peuvent être nécessaires en vertu du droit national, en particulier dans le cas de la déclaration des maladies transmissibles (où l'intérêt sur le plan de la santé publique l'emporte sur l'intérêt individuel du patient). En application de ce principe, une personne exerçant des activités à caractère médical ne peut en aucun cas être forcée de divulguer des informations concernant les blessés et les malades dont elle s'occupe ou s'est occupée, tant qu'elle considère que ces informations peuvent faire du tort aux patients concernés ou à leurs familles<sup>17</sup>. Dans le cas de conflits armés non internationaux, le secret médical et la confidentialité peuvent ne pas être aussi bien protégés que dans les conflits internationaux, ce qui peut entraîner de graves difficultés sur le terrain. Néanmoins, le droit humanitaire s'applique également aux conflits armés non internationaux puisqu'il respecte la déontologie médicale, et seules les lois peuvent limiter le principe du secret médical. Le DIH établit également que « sous réserve de la législation nationale, aucune personne exerçant des activités de caractère médical ne pourra être sanctionnée de quelque manière que ce soit pour avoir refusé ou s'être abstenue de donner des renseignements concernant les blessés et les malades qu'elle soigne ou qu'elle a soignés. »

Dans certaines situations, les soignants peuvent se trouver coincés entre des obligations contradictoires concernant le secret médical et la déontologie médicale. En vertu des dispositions du DIH et du droit international des droits de l'homme<sup>18</sup>, ils ont le droit de choisir d'obéir aux règles de la déontologie médicale dans les cas où la stricte conformité à la loi porterait atteinte aux patients.

<sup>17</sup> Ce principe s'applique indépendamment du camp auquel appartient la personne demandant les renseignements, qu'elle soutienne la partie adverse au conflit ou le même camp que le soignant, sauf dans les cas prévus par la législation nationale. Toutefois, une seule exception est prévue : la réglementation concernant la déclaration obligatoire des maladies transmissibles doit être respectée.

<sup>18</sup> Au titre du droit international des droits de l'homme, le droit à la santé (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) ou le droit à la vie privée (article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques) seraient applicables.

## 1.2.2 Principes humanitaires fondamentaux

L'action humanitaire n'est pas née d'une idée abstraite, mais sur le champ de bataille. Les principes sont efficaces lorsqu'ils sont appliqués dans une situation concrète, par exemple pour répondre aux besoins médicaux des blessés et des malades lors d'un conflit armé.

Ces principes d'humanité, d'impartialité, de neutralité et d'indépendance sont ancrés au sein de la communauté humanitaire et dictent les opérations de toute organisation intervenant en situation d'urgence. Toutes les équipes médicales, quel que soit leur degré d'indépendance à l'égard des États et des autorités publiques, doivent fournir une aide qui soit humanitaire et impartiale. Les équipes médicales militaires et gouvernementales – qui, en plus de remplir leurs devoirs à l'égard des patients, sont également loyales envers les intérêts du gouvernement dont elles dépendent – ne sont par définition pas perçues comme neutres et indépendantes. Si cela n'est pas un problème dans le cas d'une catastrophe naturelle survenant dans un contexte stable, leur participation aux interventions humanitaires dans les situations de conflit armé pourrait nuire à la perception globale d'une action humanitaire fondée sur des principes.

Tableau 6. Les principes en pratique dans les contextes sanitaires

Principe	Dans la pratique médicale
<p>L'<b>humanité</b> joue un rôle moteur pour ceux qui s'efforcent de prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances des hommes. Elle tend à protéger la vie et la santé ainsi qu'à faire respecter la personne humaine. Elle favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre tous les peuples. On dit souvent que l'aide humanitaire est une aide qui est essentielle à la survie de la population civile (nourriture, logement, eau, aide médicale, électricité/ énergie et assainissement).</p>	<p>Fournir une aide vitale et ne pas nuire.</p> <p>S'efforcer d'atteindre le plus rapidement possible les personnes dans le besoin et fournir de l'aide dans la mesure du possible.</p> <p>L'accès est crucial.</p> <p>Ne pas exposer les équipes médicales ou les patients à des risques injustifiés.</p> <p>Ne pas exercer en dehors de son champ de compétence clinique.</p>
<p>L'<b>impartialité</b> signifie que les décisions et les priorités relatives à l'aide à apporter sont uniquement déterminées en fonction des besoins, sans distinction de race, de religion, de nationalité, de sexe, d'âge, de handicap ou de classe sociale. Les soins médicaux impartiaux sont prodigués en donnant la priorité aux cas les plus urgents.</p>	<p>Traiter tous les patients en fonction des besoins médicaux et du degré d'urgence, sans distinction de race, de religion, de nationalité, de sexe, d'âge, de handicap ou de classe.</p> <p>Un patient est toujours un patient et doit être traité avec dignité et humanité en toutes circonstances.</p> <p>Veiller au respect du secret médical et de l'anonymat des patients.</p>

## Principe

La **neutralité** signifie qu'afin de garder la confiance de tous, les équipes s'abstiennent de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux ou philosophique. Un acte médical est, en soi, un acte neutre.

Signaler sous le sceau de la confidentialité des violations du DIH commises par des parties par un conflit n'est pas considéré comme un manquement au principe de neutralité (58).

L'**impartialité** signifie que les décisions et les priorités relatives à l'aide à apporter sont uniquement déterminées en fonction des besoins, sans distinction de race, de religion, de nationalité, de sexe, d'âge, de handicap ou de classe sociale. Les soins médicaux impartiaux sont prodigués en donnant la priorité aux cas les plus urgents.

L'**indépendance** exige que les équipes gardent leur autonomie par rapport aux États et aux autorités publiques de façon à toujours être en mesure d'agir conformément aux principes fondamentaux. capable of acting in accordance with key principles.

## Dans la pratique médicale

Une prise de parti affaiblit la confiance, limite l'acceptation par la population visée et entrave l'accès aux patients.

Prendre parti ne permettra pas à l'équipe d'avoir accès aux parties au conflit ou de communiquer avec elles.

La prestation de soins médicaux à tous les combattants blessés ou malades constitue un devoir au titre du DIH et ne doit pas être considérée comme une atteinte ou, au contraire, comme un soutien matériel à l'un ou l'autre camp.

Un hôpital peut perdre sa protection au titre du DIH s'il est utilisé en dehors de sa fonction médicale pour commettre des actes susceptibles de nuire à l'un ou l'autre camp.

Les équipes médicales doivent garder le contrôle des structures sanitaires, dans toute la mesure possible, et ne pas permettre qu'elles soient utilisées pour commettre des actes visant à nuire à l'un ou l'autre camp, par exemple comme dépôt d'armes et de munitions, comme poste d'observation militaire, pour abriter des combattants en bonne santé ou pour y installer des positions de tir. Le cas échéant, les structures ou les véhicules sanitaires peuvent perdre leur protection, ce qui pourrait avoir des conséquences humanitaires désastreuses pour les patients et le personnel médical.

Des exceptions s'appliquent aux équipes militaires ou gouvernementales et à certaines équipes de l'ONU qui ne peuvent pas être neutres ou ne seront pas perçues comme telles.

Les actions à caractère médical doivent être décorrélées des priorités militaires ou gouvernementales (voir le chapitre 3).

Des exceptions s'appliquent aux équipes militaires ou gouvernementales et à certaines équipes de l'ONU qui ne peuvent pas être indépendantes ou ne seront pas perçues comme telles.

La neutralité est un principe central du dialogue avec les parties au conflit, qui permet d'avoir accès aux populations touchées et de conclure des ententes opérationnelles sur le cadre juridique et éthique de l'action médicale et humanitaire. Elle exige en outre d'éviter toute manipulation de l'aide ou toute ingérence d'une partie étatique ou non étatique à un conflit.

Le principe de neutralité repose sur l'idée que les acteurs humanitaires ne s'expriment pas en public sur des sujets politiques ou hautement controversés relatifs à un conflit afin de conserver une position neutre entre les parties au conflit. Comment les partisans d'un camp peuvent-ils être sûrs d'être traités avec dignité et humanité si l'équipe ou l'organisation a exprimé publiquement son soutien au camp ennemi ? Comment une partie au conflit peut-elle faire confiance à une équipe médicale si celle-ci mène ses activités sans souci des principes d'indépendance ou de neutralité, uniquement dans l'intérêt de la partie adverse au conflit ? Bien que, dans certaines situations extrêmes, des organisations chefs de file aient recours à la dénonciation publique, il est nécessaire d'anticiper les conséquences, à savoir les réactions des personnes dénoncées, et de mettre en place des plans visant à faire face aux refus d'accès, aux expulsions et aux attaques qui s'en suivront. Toutefois, dénoncer les violations du DIH et leurs effets sur l'accès des populations civiles aux soins médicaux ne constitue pas une infraction au principe de neutralité.

Les équipes médicales doivent s'appliquer à apporter leur aide à ceux qui en ont le besoin le plus urgent, indépendamment des affiliations ou des sympathies d'une population. Idéalement, elles doivent pouvoir accéder à tous les camps (ce qui n'est pas toujours possible) et devront donc se frayer un chemin entre les écueils politiques et controversés, dans des contextes souvent complexes et précaires, pour pouvoir atteindre ceux qui en ont le plus besoin afin de leur prêter assistance. Tout comportement non neutre met en péril non seulement la vie des membres des équipes d'intervention, mais aussi celle des personnes qui ont besoin d'aide, et peut empêcher la fourniture de l'aide par la suite. Une équipe qui, par ses actions, ses comportements ou ses propos, se conduit de façon non neutre peut porter atteinte à l'intervention tout entière, bien au-delà de l'équipe elle-même.

### **A propos de la neutralité**

La neutralité et l'impartialité sont souvent confondues, voire considérées comme un seul et même principe. La différence entre les deux principes réside dans le fait qu'une personne neutre ne porte pas de jugement sur le conflit. « La neutralité exige une réelle maîtrise de soi ; c'est une discipline que l'on s'impose, un frein que l'on met à l'entraînement impulsif des passions » [59]. Bien que la neutralité n'impose pas de passer sous silence les violations du DIH, les équipes doivent avoir bien conscience des répercussions possibles si elles tiennent en public des propos qui réduisent à néant leur neutralité (perçue ou réelle, voir plus bas la section relative aux conséquences). L'impartialité, en revanche, fait exclusivement référence au comportement envers les bénéficiaires de l'aide, et non à l'égard des parties au conflit ou des motifs sous-jacents d'un conflit.

### **À propos de l'indépendance**

Il peut être difficile de concilier deux choses qui paraissent mutuellement exclusives : jouir de la liberté d'action autonome d'une entité non gouvernementale et, simultanément, sembler se plier aux exigences des donateurs, de la discipline militaire ou du droit national. Cependant, une autonomie opérationnelle peut être négociée et acceptée pour les équipes médicales afin de leur laisser un espace d'indépendance, où aucune influence indue ne s'exerce sur les décisions médicales, l'affectation des ressources et le triage. Il s'agit là d'un élément crucial pour que les populations, les parties au conflit et les intervenants n'aient pas l'impression qu'une mission médicale est biaisée et partielle.

Il importe également de mentionner que l'acceptation du principe d'indépendance n'est pas obligatoire pour que le personnel médical soit protégé contre une attaque directe. Comme cela a été mentionné plus haut, le personnel militaire et civil participant à l'aide sanitaire est protégé contre les attaques et doit être autorisé à intervenir lorsqu'il est affecté à une mission exclusivement médicale par une autorité compétente d'une partie à un conflit, auquel cas il arbore un emblème ou un signe distinctif à titre protecteur (article 18 de la quatrième Convention de Genève, articles 12 et 18 du Protocole additionnel I, article 12 du Protocole additionnel II). Cette règle s'applique aussi bien aux ressortissants étrangers qu'aux citoyens du pays. Une fois encore, il est extrêmement important que toutes les équipes comprennent que, même si elles ne sont pas indépendantes vis-à-vis du gouvernement, l'aide doit être fournie de manière humanitaire et impartiale. Cela peut bien sûr s'avérer extrêmement difficile, car le déploiement de ces équipes peut être motivé (ou perçu comme étant motivé) par des objectifs politiques ou militaires. Une fois déployées et opérationnelles, ces équipes médicales doivent fournir une aide humanitaire impartiale et neutre, conformément aux règles relatives à l'utilisation des emblèmes à titre protecteur [60, 61]. L'utilisation correcte de ces signes distinctifs est décrite en détail ci-après, et les parties au conflit sont obligées de respecter leur utilisation. Néanmoins, beaucoup d'organisations, d'équipes médicales et de structures sanitaires ont fait l'objet

d'attaques directes en dépit d'une conduite et de politiques neutres et indépendantes et de l'affichage d'un emblème.

Par conséquent, les activités médicales militaires et gouvernementales doivent rester impartiales, et les équipes médicales doivent être pleinement conscientes de l'importance de l'indépendance et de la neutralité pour les autres acteurs humanitaires. Elles sont donc encouragées à s'abstenir autant que possible de tout acte pouvant porter atteinte à la neutralité et à l'indépendance perçues de l'ensemble de l'intervention médicale.

### 1.2.3 Les principes peuvent-ils être dissociés ?

En situation réelle sur le terrain, lorsqu'il s'agit de prendre en charge des blessés de guerre et de répondre aux besoins des civils aux prises avec un conflit armé, les principes ne doivent pas être considérés comme des valeurs morales purement abstraites, mais plutôt comme des orientations concrètes pour aider à faire preuve de discernement et à prendre des décisions pragmatiques, mais fondées sur des principes.

Les équipes médicales peuvent décider délibérément de faire des concessions, mais doivent avoir pleinement conscience des conséquences. Des décisions résultant d'une mauvaise analyse peuvent avoir des effets néfastes pour les équipes, les patients et les installations, entre autres, qui peuvent se répercuter pendant des années et dans le monde entier. La mission centrale des équipes médicales, qui repose sur le principe consistant à ne pas nuire, est d'aider les personnes dans le besoin, et elle s'applique également à leurs relations avec les populations. La déontologie médicale <sup>(62)</sup> fournit une base solide pour prodiguer des soins de manière impartiale et non discriminatoire. Cependant, elle s'avère insuffisante en ce qui concerne les nuances essentielles nécessaires pour accéder aux populations civiles dans un conflit armé et elle n'aborde pas non plus les aspects pratiques et l'importance de la neutralité réelle ou perçue dans des contextes aussi complexes.

Par conséquent, une dissociation légitime ou un compromis serait le résultat de circonstances exceptionnelles et d'un contexte particulier, et non d'un choix fait par l'équipe dans son propre intérêt. De fait, les principes sont déjà hiérarchisés, le principe d'humanité étant considéré comme le principe originel dont découlent tous les autres principes. Les autres principes sont subsidiaires, et l'utilisation du terme « dissociation » ne veut pas dire que tous les principes constituent un ensemble indivisible. Toute décision relative à un compromis doit être prise au plus haut niveau de l'intervention, et non par les équipes médicales elles-mêmes à titre individuel, et ce, après avoir longuement délibéré des conséquences à court et à long termes. Comme cela a été évoqué plus haut, on ne peut pas s'attendre à ce que les équipes militaires et gouvernementales soient indépendantes et

neutres, mais elles doivent être sensibles au fait que la plupart des autres intervenants le sont. Elles doivent également faire attention aux actions qui risqueraient de mettre en péril l'espace nécessaire pour mener une action humanitaire fondée sur des principes.

Par exemple, selon un récent rapport <sup>[63]</sup>, « en ce qui concerne l'application des principes, les acteurs nationaux et locaux peuvent trouver plusieurs des principes particulièrement difficiles à respecter. En effet, ces acteurs se définissent notamment par leur appartenance à la société au sein de laquelle ils travaillent et vivent. Les affiliations religieuses, ethniques et politiques, ainsi que les privilèges économiques et les relations de pouvoir, jouent tous un rôle clé dans l'interaction entre les acteurs locaux et leur contexte national ». Par conséquent, toujours selon le même rapport, « des compromis dans l'application des principes et l'adhésion au cadre peuvent être nécessaires, mais tous les compromis ne sont pas également acceptables ». Les principes ne peuvent donc pas être dissociés de l'intention politique qui sous-tend le déploiement. Ces équipes sont néanmoins liées par leurs obligations déontologiques et, comme l'établit spécifiquement le DIH, doivent fournir une aide humanitaire impartiale à ceux qui en ont besoin.

---

**L'humanité et l'impartialité sont non négociables ; la neutralité et l'indépendance sont fondamentales pour toutes les équipes médicales (à l'exception des équipes militaires et de certaines équipes gouvernementales).**

---

Rappelons encore une fois que la neutralité et l'indépendance sont essentielles, mais ne peuvent pas toujours s'appliquer aux équipes militaires et gouvernementales au niveau organisationnel. Toutefois, ces deux principes doivent être appliqués au niveau opérationnel sur le terrain, c'est-à-dire que les soins médicaux doivent être prodigués à une personne de façon neutre et indépendante même si les motivations politiques du déploiement ne l'étaient pas.

En outre, une approche respectueuse de ces principes dans la prestation des soins médicaux peut être menacée lorsque les pays érigent en crime <sup>[64]</sup> l'aide à des personnes ou à des groupes considérés comme radicaux ou terroristes en vertu des lois relatives à la lutte contre le terrorisme. Des blocs de pays (résolution du Parlement européen) <sup>[65]</sup> ont pris la louable initiative de proposer des résolutions visant à éviter la criminalisation de l'aide. Les équipes doivent connaître la législation en vigueur applicable à leur organisation ainsi qu'à la nationalité et à la source du financement de l'opération<sup>19</sup> <sup>[66,67]</sup>.

<sup>19</sup> Dans sa résolution 2442, adoptée le 28 mars 2019, le Conseil de sécurité de l'ONU exige en des termes péremptoires, aux points 5 et 6 du dispositif, que les États se conforment au DIH lorsqu'ils adoptent ou adaptent des mesures visant à lutter contre le terrorisme, et il les prie instamment, au point 24 du dispositif, de tenir compte des effets que les mesures visant à lutter contre le financement du terrorisme pourraient avoir sur les activités humanitaires impartiales et neutres. Étant donnée la formulation choisie, les États Membres de l'ONU seront obligés d'intégrer en droit interne les points 5 et 6 du dispositif. Dans sa résolution 2482, le Conseil de sécurité exhorte de nouveau les États en ce sens et élargit même la formulation de façon à viser « toutes les mesures qu'ils prennent pour lutter contre le terrorisme ».

Il convient de souligner de nouveau que les chefs d'équipes, en particulier, doivent être en mesure de plaider en faveur de l'accès et avoir pleinement conscience des éventuelles concessions faites qui pourraient avoir des conséquences sur la perception de la mission médicale par la population locale, par les parties au conflit et par les autres acteurs concernés.

### 1.3 Qui peut arborer l'emblème ou le signe distinctif ?

Dans un conflit armé, les emblèmes ou signes distinctifs *(68, 69)* sont les signes visibles de protection qui sont réservés, en vertu du DIH, au personnel médical et au matériel et aux unités sanitaires. Les personnes, les biens et les structures arborant ces signes distinctifs ne doivent pas être attaqués et doivent être respectés et protégés en tout temps. Beaucoup d'organisations, d'équipes et d'installations médicales ont néanmoins fait l'objet d'attaques même si elles arboraient clairement les signes de protection. Cela a également été le cas en dépit des autres mesures prises pour permettre de mieux les identifier, notamment des mesures de déconfliction. Par conséquent, les équipes médicales doivent garder à l'esprit qu'il n'y a pas de garantie absolue et que le risque zéro n'existe pas.

L'utilisation de l'emblème à titre protecteur *(70)* en temps de conflit armé est exclusivement autorisée pour :

- le personnel, les structures et les véhicules sanitaires, ainsi que le personnel religieux, des forces armées ;
- le personnel, les structures et les véhicules sanitaires civils (y compris ceux du ministère de la santé), ainsi que le personnel religieux civil, qui a reçu des autorités compétentes la permission spéciale d'arborer l'emblème ;
- le personnel, les structures et les véhicules sanitaires qu'une société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge a mis à la disposition des services de santé des forces armées.

En période de conflit armé, l'emblème utilisé à titre protecteur *(71)* doit être rouge sur fond blanc, sans aucun ajout. Il doit être de grand format sur les édifices protégés, tels que les hôpitaux, ainsi que sur les véhicules de façon à être clairement visible de loin. Les emblèmes apposés sur les brassards, les gilets et les dossards portés par le personnel protégé doivent également être clairs et utilisés seuls. Toute attaque délibérée contre une personne, du matériel ou un bâtiment arborant un signe distinctif à titre protecteur constitue un crime de guerre au regard du droit international.

Exemples d'utilisation des signes distinctifs à titre protecteur sur des structures, des véhicules et des brassards.



© CICR/Musuaabo Kivasuwamwo



Les signes distinctifs ont également une deuxième fonction reconnue par les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels : ils servent de signe d'identification des différentes institutions du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Dans ce cas, l'emblème doit être de taille relativement plus petite et être accompagné du nom ou des initiales de l'institution du Mouvement concernée.

Les signes distinctifs sont protégés par le DIH ainsi que par la législation en vigueur dans de nombreux pays contre toutes les formes d'utilisation abusive, aussi bien en temps de conflit armé qu'en temps de paix. Les personnes autorisées à arborer ce signe distinctif ont l'obligation légale d'agir de façon responsable, d'une manière qui ne risque pas de mettre en péril le respect et le prestige de l'emblème et d'en réduire la valeur protectrice.

Tableau 7. Utilisation des emblèmes à titre protecteur et à titre indicatif

	Utilisation à titre protecteur	Utilisation à titre indicatif
<b>Dans quel but ?</b>	Notification de la protection par la loi	Lien avec le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
<b>Quelles caractéristiques ?</b>	Emblème de grandes dimensions et visible de loin	Emblème de petite taille accompagné du nom ou des initiales de l'institution concernée du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
<b>Qui peut l'utiliser ?</b>	<p>Les personnes visées par les définitions du personnel, des structures et des véhicules sanitaires dans le DIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- forces armées</li> <li>- sociétés nationales autorisées*</li> <li>- ONG autorisées*</li> <li>- hôpitaux autorisés*</li> </ul> <p>Le CICR et la FICR sans restriction</p> <p>* sous réserve de l'autorisation expresse de l'autorité publique compétente [72].</p>	<p>Les sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le CICR et la FICR</p> <p>Note : En temps de paix et à titre exceptionnel, les ambulances et les postes de premiers secours exclusivement réservés aux soins gratuits à donner aux blessés et aux malades peuvent arborer l'emblème à titre indicatif, avec l'autorisation de la société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge.</p>



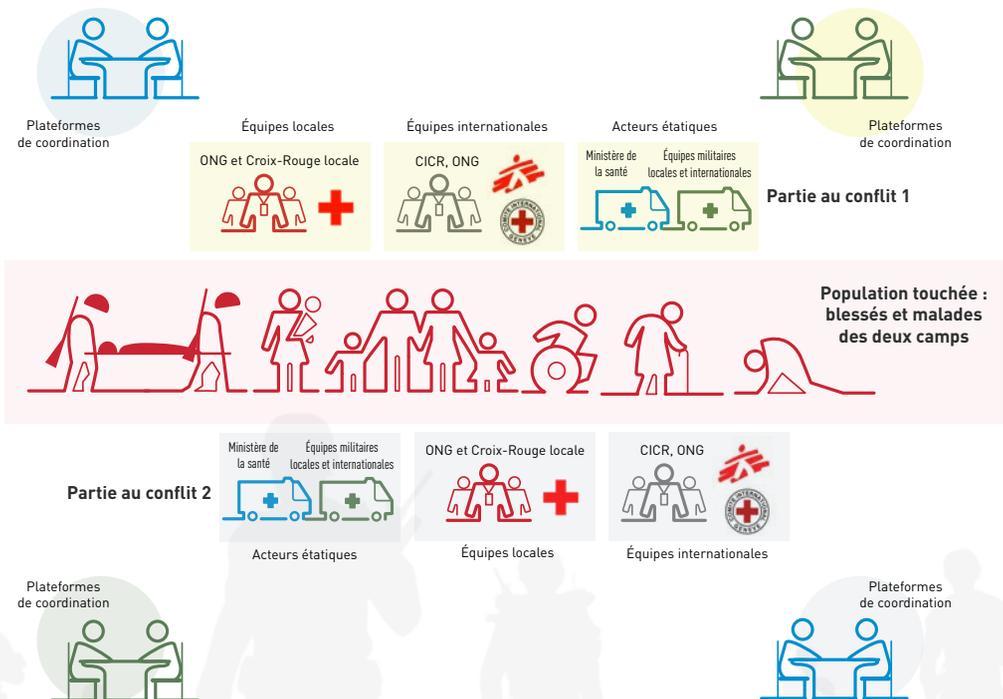
## 1.4 Scénarios et mise en pratique

L'application du DIH et des principes humanitaires fondamentaux permet l'accès aux populations touchées et contribue à établir les relations et la confiance qui sont cruciales pour mener à bien une mission médicale.

Cette section présente des scénarios et des exemples pour aider à la prise de décision, à l'affectation des participants et à l'établissement des mandats. Elle comprend également des questions clés à l'intention des équipes et de leurs chefs pour les aider à prodiguer des soins dans le respect des principes.

### 1.4.1 Scénario 1 : scénario de conflit générique – cartographie des acteurs et des populations

Figure 1. Cartographie des équipes médicales au sein du conflit



## Les intervenants

La figure 1 illustre l'éventail des acteurs sanitaires, leurs affiliations et les possibles implications sur le plan de l'acceptation et de l'accès. Elle représente deux parties au conflit (en haut et en bas) et montre l'aide médicale mobilisée aux niveaux étatique, local et international dans les deux camps. Le centre représente les populations touchées des deux côtés, dans des contextes qui varient selon les territoires, les régions et les origines ethniques. Les acteurs étatiques sont le ministère de la santé et les services médicaux militaires. Parmi les autres acteurs locaux peuvent figurer des organisations de la société civile, des ONG et des sociétés nationales de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, qui peuvent disposer ou non d'un certain degré d'indépendance et d'autonomie par rapport aux autorités locales. Les acteurs médicaux internationaux comprennent le CICR, MSF et d'autres ONG. Il peut également y avoir des prestataires privés à but lucratif ou non lucratif qui, en fonction de la nature des contrats, peuvent être perçus comme étant liés ou non aux acteurs étatiques. Les acteurs privés à but lucratif ou non lucratif sont toujours considérés comme représentant la partie qui finance leur intervention, par exemple l'ONU et les États impliqués, ce qui peut également être valable pour les ONG locales et internationales. En temps de paix, le mandat habituel de la société locale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge est complémentaire de celui des autorités locales dans le domaine humanitaire, ce qui est aussi le cas, de fait, pour beaucoup d'ONG locales qui sont souvent financées par les pouvoirs publics et qui mettent en œuvre des programmes nationaux<sup>20</sup>.

Les équipes médicales qui interviennent pour traiter les blessés et les malades dans les situations de conflit armé dépendent de différentes organisations et sont donc classées en fonction de leur affiliation (voir le tableau 8). Toutes les équipes ont un rôle important à jouer pour sauver des vies et prodiguer des soins, mais elles ne bénéficient pas toutes d'un accès égal aux régions et aux populations touchées. Cet accès dépendra du consentement des parties au conflit, des affiliations de l'équipe, ainsi que de la perception de la population en ce qui concerne l'intention de l'équipe, mais aussi de son sentiment de sécurité et de protection à l'intérieur ou à proximité de l'établissement. Il ne s'agit pas simplement de permettre l'accès de tous à une structure sanitaire, mais d'offrir les mêmes niveaux de service aux deux camps dans toute la mesure du possible. Bien que les équipes puissent également avoir accès aux populations en s'intégrant aux opérations d'un acteur armé ou en cohabitant avec celles-ci, cela peut compromettre certains principes fondamentaux. Néanmoins, c'est souvent la seule option pour les équipes médicales militaires et gouvernementales, ainsi que pour certaines opérations de l'ONU.

<sup>20</sup> Dans sa résolution 2462, adoptée le 28 mars 2019, le Conseil de sécurité de l'ONU exige en des termes péremptaires, aux points 5 et 6 du dispositif, que les États se conforment au DIH lorsqu'ils adoptent ou adaptent des mesures visant à lutter contre le terrorisme, et il les prie instamment, au point 24 du dispositif, de tenir compte des effets que les mesures visant à lutter contre le financement du terrorisme pourraient avoir sur les activités humanitaires impartiales et neutres. Étant donnée la formulation choisie, les États Membres de l'ONU seront obligés d'intégrer en droit interne les points 5 et 6 du dispositif. Dans sa résolution 2482, le Conseil de sécurité exhorte de nouveau les États en ce sens et élargit même la formulation de façon à viser « toutes les mesures qu'ils prennent pour lutter contre le terrorisme ».

## Les blessés et les malades

La population civile, les combattants blessés et leurs camarades ne s'y retrouveront sans doute pas dans la multitude d'acteurs, de signes distinctifs, de logos, d'affiliations et d'intérêts. Ils les observeront et les jugeront à travers le prisme de leurs propres valeurs et croyances et agiront donc en conséquence pour obtenir des soins médicaux. Les personnes qui sollicitent l'aide des équipes peuvent utiliser différents termes ou différents noms pour les désigner, en fonction de la langue parlée, des vêtements, des signes distinctifs arborés, de leur conduite et des rumeurs, mais aussi selon qu'elles y sont traitées avec respect et dignité.

## Le cadre fondé sur des principes

Quelle que soit l'affiliation d'une équipe ou le type d'organisation, tous les services médicaux doivent être dictés par les principes d'humanité et d'impartialité. En outre, les actions de tous sont censées obéir au droit international humanitaire.

## L'Organisation des Nations Unies

Si le Conseil de sécurité de l'ONU a pris position dans un conflit, les équipes déployées par des entités des Nations Unies et par les forces de maintien de la paix de l'Organisation seront considérées comme parties au conflit. Si les États déploient des équipes médicales ou de protection civile militaires pour appuyer l'un ou l'autre camp, ces équipes deviennent en pratique parties au conflit, volontairement ou non. Certains États peuvent se déclarer neutres et déployer des équipes qui s'occupent des blessés et des malades des deux camps. L'OMS est également représentée dans la figure 1 : elle peut participer activement à la coordination de plusieurs piliers, notamment au déploiement des EMT, à la fourniture de matériel et à la surveillance de la mortalité et de la morbidité. Les flèches horizontales qui encadrent l'OMS indiquent qu'une organisation peut être perçue comme prenant le parti d'un camp en particulier, en lien avec la position affichée par l'ONU à l'égard du conflit. Par conséquent, même si les actions d'une équipe financée par l'OMS obéissent aux principes d'humanité et d'impartialité au chevet des patients dans les structures sanitaires, l'un des camps en guerre estimera que, du fait de la position de l'ONU, la neutralité et l'indépendance sont compromises et que l'organisation ne peut donc pas être considérée comme un acteur humanitaire.

## Coordination

L'illustration représente également les différents mécanismes de coordination qui peuvent exister dans les deux camps, à savoir les mécanismes militaires, civils, internationaux, de l'ONU et du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (voir le chapitre 3).

Et s'il s'agissait d'un conflit armé non international (autrement dit, d'une guerre civile) ? Quel que soit le type de conflit, les principes fondamentaux s'appliquent toujours, en

particulier l'obligation juridique et éthique de prodiguer des soins médicaux à ceux qui en ont besoin, sans distinction de statut. Toutefois, le gouvernement et les forces armées pourraient compliquer le rôle des acteurs locaux en faisant pression pour qu'ils ne traitent pas les « rebelles » ou ne prodiguent pas de soins aux sympathisants civils, ce qui pourrait compliquer leur rôle. Les équipes médicales intervenant dans les territoires qui ne sont pas sous contrôle du gouvernement pourraient être confrontées au même problème. Ici encore, les soins médicaux prodigués aux patients pourront rester neutres et impartiaux, mais les perceptions de la population influenceront sur l'acceptation et sur l'accès.

### 1.4.2 Scénario 2 : aux urgences

Dans le cadre d'un déploiement sanitaire dans une zone de conflit marquée par des tensions ethniques, des victimes d'un accident de la route sont amenées aux urgences. Trois personnes sont gravement blessées et présentent de multiples traumatismes : un homme adulte d'environ 25 ans, une fillette d'environ 10 ans et un garçon de 16 ans. Les enfants ont apparemment été fauchés par un conducteur dangereux qui a perdu le contrôle de son véhicule. Le conducteur semble être de l'une des ethnies en conflit, et les deux enfants d'une autre ethnie, considérée comme sympathisante du camp adverse. Tous les patients sont dans un état critique, mais l'équipe n'a pas les moyens de tous les traiter.

En tant que professionnel de la santé responsable, quel patient traiterez-vous en premier ? Pourquoi ? Quels principes sont en jeu ?

Réfléchissez à une situation similaire au scénario ci-dessus, mais où l'équipe des urgences reçoit deux combattants gravement blessés appartenant à des camps ennemis. Les deux patients sont dans un état critique, et l'équipe n'a pas les moyens de les traiter tous les deux. L'unité sanitaire est située dans un territoire sous le contrôle d'un groupe armé non étatique. Les camarades de l'un des soldats sont à l'entrée de l'unité.

En tant que professionnel de la santé responsable, quel patient traiterez-vous en premier ? Pourquoi ? Quels principes sont en jeu ? Quel est le risque ? Voir le tableau 8.

### 1.4.3 Scénario 3 : gestion d'une intrusion armée dans une structure sanitaire

Vous dirigez un service des urgences à proximité du front pendant une recrudescence des affrontements armés. En une heure, vous voyez arriver vingt patients appartenant à différents camps. Certains sont accompagnés de camarades armés.

Il est utile d'appeler immédiatement le chef d'équipe pour que le personnel médical puisse se concentrer sur les soins aux patients pendant que le chef s'occupe de la sécurité et de la négociation (pour gagner du temps) et veille à l'application des protocoles préétablis visant à protéger la confidentialité des patients (sécurisation des dossiers médicaux). L'équipe devra également envisager les menaces pour la sécurité et les dilemmes que peuvent poser les scénarios suivants et prévoir des solutions :

- des patients blessés sont amenés par d'autres combattants encore armés, qui restent dans l'hôpital après avoir confié le patient au personnel médical ;
- un combattant armé exige qu'un patient dans un état moins critique soit traité en priorité ;
- des combattants d'un camp prennent d'assaut le service des urgences en réclamant des informations sur les patients pris en charge dans le service.

### 1.4.4 Scénario 4 : déploiement dans le cadre d'un conflit interne

Comme cela a été mentionné plus haut, les principes doivent dicter les actions. Les questions à prendre en considération fournies dans le scénario générique et dans le tableau ci-dessous sont destinées à aider les organisations, les équipes et les chefs d'équipe à s'y retrouver dans la complexité des soins en temps de conflit armé. Elles mettent en évidence les points essentiels, pratiques et fondés sur des principes, qui doivent être soulevés avant, pendant et après le déploiement.

On vous avertit que votre équipe médicale va peut-être être déployée dans un pays à faible revenu dans lequel certains districts sont le théâtre d'un conflit armé actif entre des forces gouvernementales et non gouvernementales dans des zones urbaines et rurales. En raison des combats, qui durent depuis des mois, la situation est désespérée : des dizaines de milliers de personnes ont été déplacées à l'intérieur de leur propre pays, un flux de réfugiés a traversé la frontière avec un pays voisin et il reste encore de nombreux habitants dans leurs communautés. La plupart des nouvelles concernant les hostilités indiquent que le conflit est d'origine ethnique.

Les armes et les tactiques utilisées ont fait des centaines de morts et provoqué des blessures et des brûlures graves. Les infrastructures, les maisons et les réseaux routiers ont été extrêmement endommagés. Aucune utilisation d'agents chimiques ou biologiques n'a été signalée, mais des rumeurs font état de violences sexuelles, d'enlèvements et, en général, d'une criminalité élevée.

Ce scénario peut servir d'exercice sur table pour la formation des équipes et des chefs d'équipe, qui devront répondre aux questions suivantes : Procédez-vous au déploiement ? Où ? Avez-vous le choix ? Quel est votre mandat ? Qui vous accorde l'autorisation ? Tous les camps du conflit armé consentent-ils à vous laisser accéder à la population et travailler ? Y a-t-il d'autres options ? Si l'équipe est déployée, quel sera son champ d'action et dans quelle(s) région(s) exercera-t-elle ? Cela pourra-t-il évoluer ? Quels sont les risques actuels et à prévoir ? Quels compromis peuvent être nécessaires et pourquoi ? Quelles conséquences ces compromis peuvent-ils avoir à court et à long termes ? À qui pouvez-vous vous adresser avant, pendant et après le déploiement pour obtenir de l'aide ?

Le tableau ci-dessous présente les dilemmes inhérents pour les équipes et la réflexion critique et les questionnements qu'elles doivent avoir avant et pendant les déploiements. Il vise à faire en sorte que les équipes prennent davantage conscience des aspects suivants et y soient très attentives : le contexte dans lequel elles travaillent, les dynamiques de la guerre, les stratégies visant à se prémunir contre un déploiement inutile, le risque de nuire aux efforts locaux, la mise en péril des communautés précaires, la manipulation et les facteurs qui font qu'une équipe est perçue comme prenant parti dans un conflit, la protection des équipes et des patients contre les souffrances et les blessures.

Tableau 8. Liste de contrôle : le droit international humanitaire et les principes en pratique pour les équipes nationales et internationales (les principales différences entre les deux colonnes sont signalées en rouge)

Principe fondamental	Réflexion critique à mener par une équipe nationale	Réflexion critique à mener par une équipe internationale
1. Humanité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a-t-il un impératif humanitaire imposant d'agir ?</li> <li>• Existe-t-il d'autres moyens de venir en aide ?</li> <li>• Combien de personnes souffriront ou mourront si nous n'intervenons pas ?</li> <li>• En agissant, aidons-nous les parties au conflit à se soustraire à leur obligation de fournir une aide médicale aux personnes sur la ligne de front ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a-t-il un impératif humanitaire imposant d'agir ?</li> <li>• Existe-t-il d'autres moyens de venir en aide ?</li> <li>• Combien de personnes souffriront ou mourront si nous n'intervenons pas ?</li> <li>• En agissant, aidons-nous les parties au conflit à se soustraire à leur obligation de fournir une aide médicale aux personnes sur la ligne de front ?</li> </ul>

Principe fondamental	Réflexion critique à mener par une équipe nationale	Réflexion critique à mener par une équipe internationale
2. Ne pas nuire !	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sommes-nous prêts à offrir des soins de qualité dans un tel scénario ? Disposons-nous de personnel, de matériel, de fournitures, de compétences, de capacités organisationnelles, de logistique et de fonds adéquats ?</li> <li>• Possédons-nous une expérience pertinente et une formation pratique en DIH ?</li> <li>• Quelle est la nature des services médicaux actuellement prodigués dans les deux camps ?</li> <li>• Pouvons-nous ajouter de la valeur à ce qui existe déjà ?</li> <li>• Comment le conflit et les besoins évolueront-ils ? Types de blessures ? Flambées épidémiques ? Santé mentale ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sommes-nous prêts à offrir des soins de qualité dans un tel scénario ? Disposons-nous de personnel, de matériel, de fournitures, de compétences, de capacités organisationnelles, de logistique et de fonds adéquats ?</li> <li>• Possédons-nous une expérience pertinente et une formation pratique en DIH ?</li> <li>• Quelle est la nature des services médicaux actuellement prodigués dans les deux camps ?</li> <li>• Pouvons-nous ajouter de la valeur à ce qui existe déjà ?</li> <li>• Comment le conflit et les besoins évolueront-ils ? Types de blessures ? Flambées épidémiques ? Santé mentale ?</li> </ul>
3. DIH – acceptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les communautés touchées accepteront-elles d'être traitées par des équipes récemment déployées provenant d'autres districts ?</b></li> <li>• <b>Les prestataires locaux accepteront-ils que des équipes provenant d'autres districts interviennent avec eux ou à leurs côtés ?</b></li> <li>• Qui s'occupe d'aller chercher les blessés et les malades et de leur prodiguer des soins ? Est-ce fait avec respect et dignité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les communautés touchées accepteront-elles d'être traitées par des équipes internationales ?</b></li> <li>• <b>Les prestataires locaux accepteront-ils que des équipes internationales interviennent avec eux ou à leurs côtés ?</b></li> <li>• <b>Les chefs militaires locaux accepteront-ils des équipes internationales dans les zones sous leur contrôle ?</b></li> <li>• Qui s'occupe d'aller chercher les blessés et les malades et de leur prodiguer des soins ? Est-ce fait avec respect et dignité ?</li> </ul>
4. DIH – accès	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les communautés touchées et les chefs militaires permettront-ils à l'équipe d'accéder aux blessés et aux malades des deux camps sans entrave ?</li> <li>• Les blessés et les malades pourront-ils avoir accès à l'équipe ? Ceux des deux camps ? Sinon, sera-t-il possible d'influer sur cette décision ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les communautés touchées et les chefs militaires permettront-ils à l'équipe d'accéder aux blessés et aux malades des deux camps sans entrave ?</li> <li>• Les blessés et les malades pourront-ils avoir accès à l'équipe ? Ceux des deux camps ? Sinon, sera-t-il possible d'influer sur cette décision ?</li> <li>• <b>Qui a compétence pour accorder un permis ou une autorisation temporaire au personnel médical international ?</b></li> </ul>

Principe fondamental	Réflexion critique à mener par une équipe nationale	Réflexion critique à mener par une équipe internationale
5. 5. DIH – sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mission pourra-t-elle être menée de façon suffisamment sûre pour le personnel et les patients ? Comment la situation évoluera-t-elle ?</li> <li>• Quelles seront les conséquences pour les patients, pour l'équipe et pour l'ensemble de l'intervention humanitaire si une équipe est attaquée ou si on lui fait du mal ?</li> <li>• <b>L'équipe sera-t-elle perçue comme partie au conflit en raison de son appartenance ethnique ou de sa religion ?</b></li> <li>• Le personnel local pourra-t-il accéder en sécurité à la population ?</li> <li>• Existe-t-il un mécanisme d'aiguillage sécurisé ou peut-on en mettre un en place ?</li> <li>• Existe-t-il un mécanisme de coordination civilo-militaire ? Ou d'autres mécanismes ?</li> <li>• Est-il possible d'évacuer ou de déplacer l'équipe et les patients si nécessaire ?</li> <li>• Les membres de l'équipe comprennent-ils à quel point leur comportement personnel et leur conduite sont importants à l'égard des protocoles de sécurité et de sûreté ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mission pourra-t-elle être menée de façon suffisamment sûre pour le personnel et les patients ? Comment la situation évoluera-t-elle ?</li> <li>• Quelles seront les conséquences pour les patients, pour l'équipe et pour l'ensemble de l'intervention humanitaire si une équipe est attaquée ou si on lui fait du mal ?</li> <li>• <b>Le personnel international pourra-t-il accéder en sécurité à la population ?</b></li> <li>• <b>Existe-t-il un mécanisme d'aiguillage sécurisé ou peut-on en mettre un en place ?</b></li> <li>• <b>L'équipe sera-t-elle considérée comme prenant parti en raison de la perception du pays qui l'a déployée ou de l'équipe elle-même ?</b></li> <li>• <b>Existe-t-il une chaîne de commandement militaire claire dans les deux camps ?</b></li> <li>• <b>En raison de la nationalité, du passeport, de l'appartenance ethnique, de la religion, de l'historique dans les médias sociaux de ses membres ou de la position du gouvernement, l'équipe sera-t-elle perçue différemment par les acteurs locaux ou considérée comme étant partie au conflit ?</b></li> <li>• Existe-t-il un mécanisme de coordination civilo-militaire ? Ou d'autres mécanismes ?</li> <li>• Est-il possible d'évacuer ou de déplacer l'équipe et les patients si nécessaire ?</li> <li>• Les membres de l'équipe comprennent-ils à quel point leur comportement personnel et leur conduite sont importants à l'égard des protocoles de sécurité et de sûreté ?</li> </ul>
6. Impartialité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recevrons-nous l'ordre de faire preuve de discrimination en traitant un groupe et pas l'autre ?</b></li> <li>• <b>Serons-nous forcés de donner la priorité lors du triage aux blessés et aux malades d'un camp et non de l'autre et de faire des déclarations dans ce sens ?</b></li> <li>• <b>Pouvons-nous influencer les décideurs ?</b></li> <li>• <b>Risquons-nous d'être poursuivis par les autorités ou stigmatisés dans les médias locaux ou nationaux pour avoir traité tous les blessés et tous les malades ?</b></li> <li>• <b>Avons-nous une stratégie pour gérer cette stigmatisation afin de conserver notre droit d'accès ? access is not impaired?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Serons-nous forcés de faire preuve de discrimination en traitant un groupe et pas l'autre en raison de l'emplacement de l'équipe, ou de refuser l'accès à des personnes dans le besoin ?</b></li> <li>• <b>Serons-nous forcés, lors du triage, de donner la priorité aux combattants portant l'uniforme d'un camp, et non de l'autre, ou aux personnes perçues comme sympathisantes avec ce camp ?</b></li> <li>• <b>Pouvons-nous influencer les décideurs ?</b></li> <li>• <b>Risquons-nous d'être poursuivis à notre retour pour avoir aidé des personnes considérées comme « radicales, extrémistes ou terroristes » ?</b></li> <li>• <b>Serons-nous forcés, en application du droit national, de divulguer l'identité des patients ou de remettre aux autorités les patients en état d'arrestation ? Comment protégerons-nous le secret médical de nos patients ?</b></li> <li>• <b>Comment pourrons-nous être certains que nos patients n'ont pas été triés selon leur appartenance politique ou ethnique lors du processus d'aiguillage afin de garantir que les soins sont prodigués uniquement en fonction des besoins ?</b></li> </ul>

Principe fondamental	Réflexion critique à mener par une équipe nationale	Réflexion critique à mener par une équipe internationale
7. Neutralité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprenons-nous le contexte ?</li> <li>• <b>Y a-t-il des acteurs internationaux présents ou en route ?</b></li> <li>• Quelle est la nature des services médicaux actuellement prodigués dans les deux camps ?</li> <li>• Aurons-nous accès aux deux camps ou à tous les camps du conflit ?</li> <li>• <b>Qu'est-ce qui peut ou ne peut pas être communiqué ou partagé sur ce conflit et avec qui ?</b></li> <li>• <b>L'équipe sera-t-elle perçue comme étant partie au conflit et pouvons-nous modifier cette perception ?</b></li> <li>• Quelles sont les directives concernant la presse et les médias sociaux ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprenons-nous le contexte ?</li> <li>• Quelle est la nature des services médicaux actuellement prodigués dans les deux camps ?</li> <li>• <b>Comment les autres acteurs (CICR, MSF, ONU, ONG locales, ministère de la santé, etc.) sont-ils intervenus ?</b></li> <li>• <b>L'ONU a-t-elle officiellement exprimé sa position ?</b></li> <li>• Aurons-nous accès aux deux camps ou à tous les camps du conflit ?</li> <li>• Nous amènera-t-on les blessés et les malades d'un seul camp uniquement ? Ceux-ci seront-ils en mesure de venir à nous volontairement ?</li> <li>• <b>Serai-je perçu par les acteurs locaux comme étant partie au conflit en raison de ma nationalité, de mon appartenance ethnique, de mon historique sur les médias sociaux ou de la position de mon gouvernement ? Puis-je modifier cette perception ? Si non ?</b></li> <li>• Qu'est-ce qui peut ou ne peut pas être communiqué ou partagé sur ce conflit et avec qui ?</li> <li>• Quelles sont les directives concernant la presse et les médias sociaux ?</li> </ul>
8. Indépendance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'équipe fait-elle partie de structures étatiques gouvernementales, non gouvernementales ou semi-gouvernementales ?</b></li> <li>• Cette alerte fait-elle partie d'une stratégie gouvernementale ou militaire ?</li> <li>• <b>L'équipe sera-t-elle perçue comme étant partie au conflit ?</b></li> <li>• Qui finance ?</li> <li>• Qui fournit le personnel ?</li> <li>• De quel degré d'autonomie opérationnelle l'équipe disposera-t-elle en ce qui concerne les décisions médicales, le lieu de déploiement et, si nécessaire, les services mobiles ou de proximité ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qui mobilise les interventions médicales et de secours ?</b></li> <li>• <b>Quelles sont les intentions des bailleurs de fonds ?</b></li> <li>• Cette alerte fait-elle partie d'une stratégie gouvernementale ou militaire ?</li> <li>• Qui finance ?</li> <li>• Qui fournit le personnel ?</li> <li>• De quel degré d'autonomie opérationnelle l'équipe disposera-t-elle en ce qui concerne les décisions médicales, le lieu de déploiement et, si nécessaire, les services mobiles ou de proximité ?</li> </ul>
9. Considérations particulières	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le niveau de violence sexuelle et fondée sur le genre ?</li> <li>• Qu'est-ce que cela implique en ce qui concerne les compétences de l'équipe et le matériel ?</li> <li>• Quels sont les sujets interdits ou tabous ?</li> <li>• Des atrocités ont-elles été commises ou sont-elles probables ? Par qui ? L'équipe sera-t-elle tenue de les signaler ou de fournir des preuves ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le niveau de violence sexuelle et fondée sur le genre ?</li> <li>• Qu'est-ce que cela implique en ce qui concerne les compétences de l'équipe et le matériel ?</li> <li>• Quels sont les sujets interdits ou tabous ? Avec qui peut-on en discuter ?</li> <li>• Des atrocités ont-elles été commises ou sont-elles probables ? Par qui ? L'équipe sera-t-elle tenue de les signaler ou de fournir des preuves ?</li> </ul>

## 1.5 Conséquences et implications du non-respect des principes

Les équipes médicales doivent toujours respecter les quatre principes humanitaires fondamentaux, qui doivent dicter leurs actions. Pour que leur comportement et leur conduite soient fondés sur ces principes et encadrés par le DIH, les équipes doivent agir de façon raisonnée et réfléchie, en ayant conscience des conséquences à court et à long terme de leurs actions. Cela nécessite de surveiller en permanence l'évolution du contexte dans lequel elles interviennent. Une stratégie de persuasion peut également être nécessaire pour influencer les acteurs clés et les autorités et leur rappeler de remplir les obligations qui leur incombent au titre du DIH, c'est-à-dire de fournir une aide médicale aux personnes blessées au combat et de ne pas « instrumentaliser » les organisations humanitaires et non humanitaires afin que celles-ci fournissent ces soins, ce qui les libérerait de leurs propres obligations. Cette réflexion critique peut s'appuyer sur des échanges avec différentes sources, notamment les populations locales, les autorités compétentes, les patients, les établissements, la presse papier et les médias sociaux, et le personnel local. Les chefs d'équipe ne devraient jamais donner l'impression de ne pas prendre en considération les commentaires et les opinions, mais au contraire écouter, observer et réfléchir activement. Les équipes ne sont pas non plus à l'abri des répercussions à long terme des actions d'autres personnes, ou de leurs propres actions, commises lors de déploiements antérieurs (les réputations suivent les équipes et persistent). Les populations et les communautés ne font pas toujours – ou ne sont pas toujours capables de faire – la distinction entre les différents groupes et leurs missions respectives, et elles ont souvent tendance à généraliser (positivement ou négativement) à partir de ce qu'elles entendent et observent. Dans beaucoup de situations, il peut être nécessaire d'avoir recours à des communications externes pour corriger des rumeurs et des perceptions qui ne correspondent pas à la mission. Toutes les communications externes doivent être strictement gérées, bien coordonnées et contrôlées afin d'éviter de diffuser des messages ambigus ou pouvant prêter à confusion qui pourraient entraîner des incompréhensions.

Il peut arriver que des équipes nationales soient contraintes de faire des déclarations ou de prendre des mesures qui seront perçues par les parties au conflit comme une prise de parti, en violation du DIH (par exemple lorsque des hôpitaux sont utilisés à des fins non médicales) et de certains des principes humanitaires fondamentaux. Bien qu'elles puissent ne pas avoir d'autre choix que de se plier aux directives politiques et militaires, les équipes nationales peuvent également posséder un avantage critique potentiel si elles sont capables d'influencer discrètement les dirigeants et les chefs militaires, à force de persuasion, pour qu'ils modifient leur conduite et se conforment au DIH, et ce, sans cesser de négocier l'accès aux populations et un certain degré d'autonomie opérationnelle et d'indépendance. Bien qu'elles ne puissent pas toujours contrôler complètement qui a accès à leur structure, les équipes peuvent veiller à ce

que les patients soient admis puis traités de manière humanitaire et impartiale, tout en continuant de préconiser un accès sans restriction pour tous ceux qui ont besoin de soins médicaux.

Les équipes peuvent également être perçues comme ne respectant pas les principes simplement en raison de la nationalité, de l'appartenance ethnique ou de la langue de leurs membres. Ces facteurs doivent être pris en compte lors de la planification préalable au déploiement, en recommandant éventuellement aux équipes de refuser les missions dans lesquelles des facteurs indépendants de leur volonté pourraient poser des risques et être gênants sur le théâtre des opérations.

Les exemples ci-dessous aident à illustrer à quel point une conduite fondée sur des principes est d'une importance capitale pour la réussite de la mission médicale et nécessite une direction pragmatique, de la souplesse dans la réflexion, des compromis dans la prise de décision, de la collaboration et des jugements subjectifs qui prennent en considération les diverses perceptions des acteurs et des communautés. Ces décisions peuvent impliquer de réajuster régulièrement le déroulement de la mission et de communiquer fréquemment, de façon coordonnée, avec les parties au conflit, les membres influents de la communauté et les autorités locales, entre autres, pour garantir l'accès et la sécurité. Les actions de « quelques-uns » auront des retombées sur « beaucoup » ; c'est pourquoi toutes les équipes médicales doivent agir dans le respect des principes, en tant que communauté de pratique, et non simplement à titre individuel ou en tant que groupes opérant en solo.

Le tableau ci-après, non exhaustif, vise à guider et aider les équipes dans la prise de décision et la planification d'un déploiement dans le contexte d'un conflit armé, ainsi que dans leurs interactions avec divers acteurs. Il est crucial de garder à l'esprit que la connaissance globale de la situation et de l'évolution du conflit sont des tâches quotidiennes impératives pour l'équipe et les chefs d'équipe.

Il est essentiel que l'action humanitaire continue d'être dictée par ces principes face aux pressions, aussi difficile cela soit-il.

Tableau 9. Conséquences du non-respect des principes

Obligations des équipes médicales	Pourquoi ?	Conséquences possibles dans le cas contraire
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participer activement aux soins, au soutien et à l'aiguillage des patients en fonction des besoins médicaux.</li> </ul>	Humanité et neutralité	Les risques sont classés en plusieurs catégories : perte de protection, sécurité, confiance, accès, réputation et détresse morale accrue. <ul style="list-style-type: none"> <li>Risque d'attaques directes ou indirectes contre la structure, l'équipe ou les patients.</li> <li>Risque de perte d'acceptation par les blessés et les malades, qui n'auront pas recours aux services de l'équipe et préféreront souvent souffrir ou avoir recours à d'autres formes de soins si possible.</li> <li>Risque de perte d'accès, les équipes se voyant interdire physiquement l'accès aux zones où les blessés et les malades sont présents, notamment par des barrages sur les routes d'accès aux structures sanitaires ou aux camps, auxquels peuvent s'ajouter de possibles menaces ou des mesures de coercition.</li> <li>Risque de perte de relations confidentielles et d'influence auprès d'acteurs clés qui peuvent accorder l'accès ou faciliter divers aspects de la mission.</li> <li>Risque de détresse morale accrue [73] chez les équipes qui ne peuvent pas accéder aux patients ni s'en occuper.</li> <li>Risque pour la réputation, sur le théâtre des opérations, mais aussi éventuellement au niveau mondial, car l'équipe peut se faire une réputation d'organisation opportuniste ou mercenaire ou être perçue comme telle.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prodiguer des soins médicaux et procéder au triage sans favoriser (ni sembler favoriser) un groupe, une religion ou une appartenance ethnique par rapport à un(e) autre.</li> </ul>	Impartialité	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas limiter l'accès aux traitements, aux appareils et aux produits pharmaceutiques vitaux ni donner la priorité aux membres de l'équipe étrangère<sup>21</sup>.</li> </ul>	Neutralité	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter, dans la mesure du possible, d'installer les structures sanitaires à proximité des forces armées de l'un des camps opposés ou de cohabiter avec celles-ci. Toutefois, il ne relève pas de la responsabilité des équipes médicales de ne jamais installer de structures sanitaires à côté d'objectifs militaires, ce qui peut être inévitable lorsqu'elles sont situées près d'un front ou dans une zone urbaine.</li> </ul>	Neutralité	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter d'avoir recours à des escortes armées et à des gardiens en uniforme ou armés (voir les directives de l'OCHA) [74].</li> </ul>	Neutralité et indépendance	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter d'exprimer des opinions et de partager des avis sur les parties impliquées dans le conflit armé. Cela peut prendre plusieurs formes : lors de réunions, dans des publications, lors d'interviews dans la presse, sur les médias sociaux, dans des conversations avec les patients et les familles, avec le personnel local ou avec les autorités locales. Toutefois, cela ne doit pas empêcher de dénoncer publiquement les violations du DIH, de quelque nature que ce soit; et leurs répercussions sur la population civile.</li> </ul>	Neutralité	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter de manifester (ou d'être perçu comme manifestant) de la sympathie et de la solidarité envers un camp en particulier par sa tenue vestimentaire ou son uniforme, par des symboles religieux, par des logos ou des emblèmes, par des drapeaux nationaux ou par des liens sociaux.</li> </ul>	Neutralité	

<sup>21</sup> Bien que des raisons pratiques valables ou d'autres motifs puissent justifier cette action et que de telles politiques soient appliquées pour satisfaire aux diverses exigences liées au devoir de diligence et à l'assurance qui incombent aux organisations, il est essentiel que ces pratiques ne soient pas ouvertement annoncées.

## En résumé (54)

1. Les principes humanitaires doivent dicter la conduite des acteurs humanitaires et du personnel soignant.
2. Les négociations humanitaires avec les parties en conflit, dans l'unique but de réaliser les objectifs humanitaires, sont indispensables. Elles peuvent commencer par le bureau de coordination des affaires humanitaires dans le pays touché et comprennent également des activités de liaison constantes et des négociations avec les acteurs armés étatiques et non étatiques.
3. Le respect des principes humanitaires a une incidence sur la crédibilité de l'équipe, et donc sur sa capacité à établir un accès sécurisé aux populations touchées. Il ne suffit toutefois pas de réciter ces principes. La théorie doit se traduire dans les faits, en montrant l'exemple et en réalisant des actions concrètes.
4. De multiples pressions sont exercées sur les acteurs humanitaires pour qu'ils compromettent les principes humanitaires. Les acteurs humanitaires doivent donc se préparer à ces pressions et mettre en place des mécanismes permettant de les gérer et d'y faire face dans le respect des principes (75).
5. Les équipes militaires ou gouvernementales qui contribuent aux EMT doivent faire preuve d'une stricte impartialité dans les soins médicaux prodigués, conformément au DIH et à la déontologie médicale, et avoir conscience des répercussions que leurs actions peuvent avoir sur la neutralité et l'indépendance perçues de l'ensemble des opérations médicales.
6. Les soins médicaux sur le champ de bataille ou la ligne de front ou à proximité relèvent avant tout de la responsabilité des parties au conflit, tandis que les équipes civiles et autres sont mieux placées pour prodiguer des soins aux patients qui sont aiguillés vers leurs structures.
7. Si de nombreuses équipes médicales proposent de prendre part à une intervention en situation de conflit, il convient de choisir de préférence celles qui ont des antécédents prouvés d'indépendance opérationnelle, ce qui augmentera leurs chances d'être acceptées par la population touchée et d'y avoir accès.

## 1.6 Négociations humanitaires

L'un des rôles essentiels des chefs d'équipe est de définir le ton, l'attitude et les paramètres de la mission médicale et de communiquer les priorités, les risques, les plans et les choses à faire et à ne pas faire. Même si tous les membres de l'équipe ne négocieront pas avec d'autres chefs, bon nombre d'entre eux seront néanmoins amenés à communiquer ou à négocier, à différents niveaux, avec beaucoup d'intervenants. Il est donc impératif que tous aient une excellente maîtrise des fondamentaux, notamment pour dialoguer avec des locaux de toutes les origines et de toutes les professions.

Les compétences et le savoir-être nécessaires pour améliorer la négociation et la communication sont cruciaux pour tous les membres de l'équipe, à savoir l'engagement à prendre soin des personnes, la connaissance de soi et la capacité à collaborer efficacement avec d'autres personnes de langue ou de culture différentes, des qualités de chef et la capacité d'obéir à des directives, la prise d'initiative, le professionnalisme et l'attachement à la déontologie, de bonnes capacités d'écoute et de communication et une sensibilité culturelle exceptionnelle. On dit que « le déploiement, c'est de la diplomatie » (76). Ce savoir-être permet d'avoir recours au pouvoir de convaincre et à l'influence pour atteindre les objectifs de la mission. Même s'il est difficile de recommander une approche unique ou normative des compétences les plus essentielles sur le plan du savoir-être, l'expérience montre que traiter tout le monde avec respect, humilité, empathie, patience et sensibilité permet d'obtenir de meilleurs résultats. Cela ne signifie pas qu'il faut abandonner les principes et les objectifs de la mission, qui peuvent être atteints à force de fermeté, de détermination et de persévérance.

### 1.6.1 Négociations humanitaires

La négociation humanitaire est définie ainsi :

« Un ensemble d'interactions et de transactions avec les parties à un conflit armé, ainsi que d'autres acteurs déterminants, visant à établir la présence d'organisations humanitaires dans des zones de conflit, à garantir l'accès aux groupes vulnérables et à faciliter les activités d'assistance et de protection en faveur des populations les plus touchées. Les négociations ont en grande partie lieu sur le terrain et peuvent impliquer à la fois des acteurs étatiques et non étatiques. Elles comportent une activité de plaidoyer visant à assurer la protection des populations touchées, ainsi qu'une dimension transactionnelle visant à déterminer les paramètres logistiques et tactiques des opérations humanitaires. » – Manuel pratique de la négociation humanitaire du CCHN

La réussite de la négociation, qui se traduit par un accès sans entrave et en sécurité aux blessés et aux malades, repose sur la maturité et sur l'expérience de la direction, qui doit posséder de solides compétences en résolution des conflits et en recherche de consensus.

Le succès d'une négociation humanitaire est lié à la qualité des relations personnelles établies entre la direction et les membres de l'équipe et leurs interlocuteurs, ainsi qu'à l'utilisation de leurs réseaux d'influence respectifs.

Par rapport aux négociations menées en temps de paix ou dans les situations de tous les jours, des pressions supplémentaires entrent en jeu dans le contexte d'un conflit armé : haut niveau de stress, tensions, contraintes, peur, insécurité et risque, et possibilité de manipulation.

Au vu des nombreuses expériences, il y a toujours des possibilités et des occasions de parvenir à un accord et de trouver des solutions ou des compromis acceptables, et il demeure donc possible de poursuivre la mission même dans les contextes les plus sombres et les plus déroutants. MSF a partagé son expérience en publiant des études de cas [77] introduites en ces termes :

« Ce livre entend démonter délibérément un certain nombre de mythes selon lesquels l'humanitarisme passe avant la politique. Il s'agit d'un examen sincère des compromis faits par MSF – avec plus ou moins de succès – pour essayer de venir en aide aux peuples qui souffrent le plus dans le monde d'aujourd'hui.

Des études de cas sur des conflits récents, par exemple au Yémen, à Sri Lanka et en Afghanistan, dévoilent la réalité des efforts déployés par MSF pour atteindre les populations les plus touchées, allant jusqu'à frôler les limites du compromis. Le livre comprend également une série d'essais thématiques qui étudient des sujets plus larges, tels que l'utilité réelle des interventions d'aide en cas de catastrophe naturelle. »

Les membres et les chefs d'équipe doivent avoir la capacité de gérer des situations critiques, d'apaiser les tensions, d'appliquer les principes pertinents aux décisions clés, de faire des compromis, de négocier avec plusieurs intervenants et de veiller au caractère central de l'accès, à la qualité des soins aux patients, à la protection des blessés et des malades ainsi qu'à la sûreté et à la sécurité de l'équipe.

Le Centre de compétences en négociation humanitaire (CCHN) [78], une organisation basée à Genève lancée par cinq organisations humanitaires – le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Programme alimentaire mondial (PAM), Médecins sans frontières (MSF) et le Centre pour le dialogue humanitaire – a publié un manuel pratique en la matière.

La première édition du Manuel pratique de la négociation humanitaire du CCHN, parue en décembre 2018, est disponible en téléchargement [79]. Le Manuel, qui s'appuie sur l'expérience collective et le point de vue de centaines de praticiens de l'humanitaire, propose un ensemble d'outils concrets et de méthodes pour planifier et préparer les processus de négociation dans le but d'aider et de protéger les populations touchées par les conflits armés et par d'autres formes de violence.

Le Manuel « fournit une méthode complète pour mener une négociation humanitaire de façon systématique et organisée. Il propose un processus par étapes de planification et de mise en œuvre d'une stratégie de négociation qui s'appuie sur un ensemble d'outils pratiques conçus pour analyser les environnements de négociation, évaluer la position, les intérêts et les motivations de toutes les parties concernées, créer des réseaux d'influence, définir les conditions du mandat d'une négociation et clarifier les objectifs de la négociation, fixer des limites à ces mandats et engager des transactions de manière tactique et réfléchie ».

## 1.6.2 Dialogue avec la population

Les équipes médicales qui interviennent en cas d'urgence sanitaire inspirent souvent une grande confiance, ce qui peut leur conférer un rôle d'influenceurs clés susceptibles d'encourager des comportements sains dans les populations. Toutefois, dans le contexte d'un conflit, où le droit international humanitaire risque d'être enfreint, le chaos, la suspicion et la confusion peuvent régner, ce qui peut engendrer une certaine défiance à l'égard des équipes médicales et de l'action humanitaire en général. La population observera les missions médicales à travers le prisme de ses propres valeurs et croyances, de ses expériences et des rumeurs, et elle pourra avoir des attentes faibles ou élevées. C'est pourquoi le dialogue actif avec la population devient un élément crucial pour rétablir la confiance et l'acceptation afin de garantir l'accès et de gérer les attentes.

### Exemple 1. Importance du dialogue avec la population lors d'une épidémie dans un contexte de graves violences politiques

Un grand centre urbain a été pendant des semaines le théâtre de violences post-électorales et de criminalité sur fond de grave épidémie de choléra. Par peur de la maladie, la population s'est mise à attaquer les patients et les équipes médicales, à empêcher ces dernières d'installer leurs unités et, globalement, à leur refuser l'accès aux malades. Autrement dit, il n'y avait plus d'acceptation ni de confiance, et une forte insécurité régnait. Des hommes politiques et des chefs religieux condamnaient les personnes atteintes du choléra en disant qu'il s'agissait d'un « châtiment divin » et que « le choléra était l'œuvre du diable ». Ils se déplaçaient en convois avec des haut-parleurs en exhortant les populations à « mettre les malades dehors » et à « empêcher les équipes médicales de les traiter ».

### Exemple 2. Dialogue avec la population face au choléra dans un contexte de forte insécurité

Au plus fort de l'épidémie, avec des milliers de malades, le gouvernement a sollicité une aide internationale (mais n'a pas pu forcer la population à accepter les équipes). Pour obtenir l'accès à un quartier important de la grande ville afin d'y installer un centre de traitement du choléra, une équipe internationale a opté pour une méthode consistant à nouer le dialogue rapidement et activement avec plus de 30 responsables locaux de différents milieux (élus politiques et municipaux, chefs religieux, écoles, femmes, jeunes, entreprises, Croix-Rouge locale). Lors de rencontres organisées à l'endroit et au moment de leur choix, l'équipe leur a expliqué la nature de la maladie, ses causes, le traitement disponible, le type d'hôpital de campagne et d'équipe qui serait mis en place, la durée de l'intervention, les bienfaits escomptés et le rôle à jouer par la communauté pour prendre part aux efforts visant à repérer les sources et à diffuser des messages de prévention. L'équipe a également sollicité l'aide de ces responsables locaux pour trouver un lieu adapté et acceptable. Ces rencontres se sont poursuivies pendant plus de cinq jours et ont nécessité de faire preuve d'une patience extrême et d'une approche respectueuse. Dans le cadre de ce processus de dialogue, l'équipe a présenté aux responsables locaux des données épidémiologiques qui ont contribué à illustrer la propagation de la maladie, les lieux, le rôle important qu'ils devaient jouer et le niveau d'urgence. Les violences se sont poursuivies pendant des semaines, des couvre-feux étaient en place avec des barrages routiers et des pneus brûlés à tous les coins de rue.

Une fois que la violence est revenue à un niveau acceptable, la plupart des responsables locaux (mais pas tous) ont donné leur approbation pour que l'équipe s'installe. Des accords ont été trouvés de manière transparente concernant la gestion des problèmes tels que les morts, les déchets, l'état du terrain à l'issue de l'opération, la formation du personnel local et le soutien aux efforts de prévention.

Le centre de traitement du choléra est devenu opérationnel huit jours après l'arrivée de l'équipe dans le pays ; en quelques heures seulement, les 80 lits étaient tous occupés par des femmes, des enfants et des hommes. Au cours des jours suivants, bon nombre des responsables locaux ont été invités à venir voir comment le choléra était traité et les patients guéris. La plupart ont paru satisfaits et rassurés.

Toutefois, certains convois de véhicules ont continué de hurler des messages contre le choléra. L'équipe a décidé d'inviter les responsables politiques à la tête de cette campagne négative (par l'intermédiaire des chefs de l'église locale), et ceux-ci ont accepté. De la même façon, ils ont pu visiter le centre de traitement et voir les patients et le personnel local (médical et non médical) à l'œuvre, ainsi que la formation des membres de la communauté à la prévention et à la détection des risques. Le lendemain, les haut-parleurs se sont tus. L'équipe a continué de traiter les patients pendant cinq mois et, lorsqu'il a été décidé de fermer le centre et de passer la main, le responsable politique qui avait dirigé la campagne négative a visité l'établissement et demandé à l'équipe de poursuivre son travail. « Si vous partez, les gens mourront. Restez, s'il vous plaît », a-t-il dit. L'équipe lui a assuré que la situation était sous contrôle et que la communauté locale et la Croix-Rouge pourraient désormais s'en sortir.

En raison des attaques contre les structures sanitaires et le personnel médical, les populations, les membres influents de la communauté et le personnel de santé local peuvent également hésiter à demander ou à prodiguer des soins. Cette insécurité générale est source de difficultés, aussi bien pour les populations qui essaient d'accéder aux services de santé que pour le personnel soignant qui essaie d'atteindre les populations dans le besoin. Un barrage routier, un poste de contrôle ou un blocus peuvent stopper tous les efforts visant à offrir des soins médicaux. Il est arrivé que des missions médicales se fassent attaquer <sup>(80)</sup>.

Un dialogue direct et ouvert avec la population, les membres influents de la communauté et le personnel de santé local, pendant les soins cliniques, aidera à établir la confiance et à personnaliser les soins pour répondre aux préoccupations et prendre en charge les morbidités particulières. Il est préférable que le dialogue avec la population soit mené par des organisations et des groupes civils, car ceux-ci connaissent bien les communautés locales. Néanmoins, cela ne remplace pas le dialogue mené par les équipes médicales elles-mêmes ; pour que ce dialogue soit efficace, les membres des équipes doivent posséder des compétences particulières, notamment maîtriser les techniques d'entretien, savoir travailler avec des interprètes,

être sensibles aux dynamiques de pouvoir ou de genre et savoir gérer les dilemmes éthiques. Pour évaluer les perceptions et déterminer le meilleur moyen de se faire accepter par une communauté, il est nécessaire d'établir des relations et de communiquer fréquemment avec la population en faisant preuve d'écoute active, de savoir-être, d'humilité, de respect, de civilité, de sensibilité aux questions de genre, de sensibilité culturelle, d'empathie et de transparence. Un certain degré de franchise et d'honnêteté, une prédisposition à apprendre des professionnels de santé locaux et de la sagesse communautaire locale et une volonté d'accepter la critique, de réfléchir et d'agir peuvent également contribuer à instaurer la confiance, à préserver la dignité et à renforcer l'acceptation. Il importe de noter que, dans le cas des équipes médicales militaires ou affiliées à un gouvernement qui interviennent dans des contextes de conflit armé, la prudence est de rigueur, car le dialogue avec la population sera perçu comme faisant partie de leurs programmes sécuritaires ou politiques.

Le Humanitarian Policy Group a fait valoir à juste titre dans une étude <sup>[81]</sup> que, souvent, dans les crises où il y a eu une rupture des normes et des institutions de gouvernance existantes, les ONG prennent le pouvoir en invoquant des normes impersonnelles telles que la liberté, l'égalité, la santé et la sécurité : leurs professionnels internationaux, armés d'une formation spécialisée, interviennent dans une crise locale, imposant des valeurs et appliquant des procédures normalisées à leur intervention, et, ce faisant, ils nient la souveraineté de l'État et dépersonnalisent et décontextualisent les relations sociales, réduisant les agents sociaux à des corps humains.

Aujourd'hui, la plupart des intervenants humanitaires sont assez bien informés sur les principes humanitaires fondamentaux et sur les stratégies de communication de leurs organisations, structurées sous la forme d'énoncés de mission, de chartes, de codes de conduite ou de mandats, et sont souvent mis au courant du contexte des opérations. Toutefois, dans les contextes de guerre, les équipes médicales sont souvent confrontées à de nouveaux problèmes et dilemmes et à la nécessité de trouver un équilibre délicat : elles doivent idéalement installer leurs services au plus près d'une communauté tout en garantissant la sécurité, mais ce n'est pas forcément possible à cause des hostilités actives et des dangers de la guerre.

Beaucoup d'organisations ont recours aux médias sociaux et à d'autres applications mobiles pour diffuser des informations vitales et des messages de santé publique dans les communautés difficiles à atteindre ou pour obtenir des retours sur les besoins et les services. Dans un tel contexte, les équipes médicales « prêtes à passer au numérique » peuvent offrir des services de meilleure qualité et plus responsables aux personnes touchées par les crises. Il convient néanmoins de prendre soigneusement en considération les mises en garde associées relatives à la sécurité et à la protection des données <sup>[82]</sup>.

## 1.7 Notes d'orientation

### Ne pas nuire !

1. Les équipes médicales et leurs chefs doivent analyser fréquemment et bien comprendre le contexte et les nuances dans les zones et les territoires où les équipes sont déployées, à travers le prisme de la « sensibilité aux conflits », pour éviter de faire du mal intentionnellement.
2. Les équipes médicales doivent envisager sérieusement de ne pas se déployer et, si elles le font, elles doivent étudier soigneusement le lieu du déploiement lorsque les conditions minimales de sûreté, de sécurité, d'impartialité et d'accès aux blessés et aux malades ne peuvent pas être remplies.
3. Pour avoir accès aux patients, les équipes médicales doivent adopter une conduite reposant sur des principes. Elles doivent pour cela être acceptées par les populations et par les parties prenantes. L'acceptation se fonde sur la confiance, qui contribuera également à une sécurité accrue.
4. Les équipes médicales doivent connaître le droit international humanitaire applicable et les quatre principes humanitaires fondamentaux que sont l'humanité, l'impartialité, la neutralité et l'indépendance, et avoir reçu une formation pratique à ce sujet avant le déploiement (ou sur le terrain dans le cas du personnel local).
5. Les équipes médicales doivent posséder des aptitudes de savoir-être utiles dans le contexte du déploiement prévu.

Des modules de formation pratique au DIH peuvent être intégrés aux cursus existants [83] et être dispensés également au personnel local et aux équipes opérant par roulement.

### Dr droit international humanitaire et principes humanitaires fondamentaux en pratique

6. L'intervention des équipes médicales doit être dictée par le DIH et les principes humanitaires fondamentaux : elles doivent agir de façon à être perçues comme neutres et indépendantes et elles doivent être capables de comprendre dans quels cas des écarts peuvent ou ne peuvent pas être faits (par exemple, recours à des escortes militaires), en ayant pleinement conscience des conséquences.
7. Les équipes médicales, si cela est possible en toute sécurité, doivent communiquer de façon coordonnée avec toutes les parties au conflit et traiter tous les blessés et malades sans discrimination.
8. Pour faire face aux réalités, aux complexités et aux risques associés à une intervention en tant qu'équipe médicale dans le contexte d'un conflit armé, il faut un chef expérimenté et une équipe résiliente, capable de se frayer un chemin dans le paysage en suivant une approche pragmatique et axée sur les patients.
9. Les chefs d'équipe doivent recevoir une formation spéciale et des directives particulières pour s'y retrouver dans les réalités complexes et déroutantes d'un conflit armé.
10. Les équipes ne doivent envisager d'avoir recours à des escortes ou des gardes armés qu'en dernier ressort [74] car cela peut nuire gravement à la perception de leur neutralité.

### Négociations humanitaires

11. Les équipes et leurs chefs doivent posséder des compétences en matière de résolution de conflits, de recherche de consensus et de savoir-être, appliquées avec humilité, respect, patience et sensibilité culturelle et religieuse, qui contribueront grandement à atteindre les objectifs.

### Dialogue avec la population

12. Les équipes médicales doivent dialoguer avec les communautés de façon transparente et honnête, en faisant preuve d'écoute active, de sensibilité à la culture et aux questions de genre, de respect et d'empathie.
13. Il peut être envisagé d'avoir recours aux outils numériques et aux médias sociaux (avec des précautions) pour communiquer avec les populations touchées et les autres professionnels médicaux afin de leur transmettre des messages pratiques clés et des conseils sur la santé et les risques.

## Références bibliographiques

- 1 How is the Term "Armed Conflict" Defined in International Humanitarian Law? International Committee of the Red Cross (ICRC) Opinion Paper, March 2008; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict.pdf>
- 2 Norton I., Schreeb V J., Aitken P., Herard P. and Lajolo C. Classification and Minimum Standards for Medical Teams in Sudden Onset Disasters 2013; [https://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/fmt\\_guidelines\\_september2013.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf?ua=1),
- 3 WHO/PAHO Guidelines for the Use of Foreign Field 2003; [https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=books&alias=30-who-paho-guidelines-for-the-use-of-foreign-field-hospitals-in-the-aftermath-of-sudden-impact-disaste&Itemid=1179&lang=en](https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=books&alias=30-who-paho-guidelines-for-the-use-of-foreign-field-hospitals-in-the-aftermath-of-sudden-impact-disaste&Itemid=1179&lang=en)
- 4 Emergency Medical Teams Initiative; <https://extranet.who.int/emt/content/about-us>
- 5 Major Incident Medical Management and Support The Practical Approach at the Scene: Third Edition, 2012; Blackwell Publishing Ltd., p.11; <https://healthindisasters.com/images/Books/Major-Incident-Medical-Management-and-Support-Third-Edition.pdf>
- 6 The New Humanitarian. (11 March 2019). In Militarised Mali, Humanitarian Responders say Aid is an Afterthought. <https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2019/03/11/militarised-mali-humanitarian-responders-say-aid-afterthought>
- 7 ICRC International Armed Conflict; <https://casebook.icrc.org/glossary/international-armed-conflict>
- 8 ICRC Law. (2019). Classification of conflict;; <https://casebook.icrc.org/glossary/classification-conflict>
- 9 ICRC Customary International Humanitarian Law Rules 2009, Rules 25, 26, 28, 29, 109 -111; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/customary-international-humanitarian-law-i-icrc-eng.pdf>
- 10 Geneva Call - Humanitarian engagement with armed non-state actors 2019; <https://www.genevacall.org/>
- 11 Geneva Call. Deed of Commitment under Geneva Call for the Protection of Health Care in Armed Conflict 2018; <https://www.genevacall.org/wp-content/uploads/2019/07/Deed-of-Commitment-for-the-protection-of-health-care-in-armed-conflict-final-version-4.pdf>
- 12 ICRC War Surgery Working With limited resources in armed Conflict and other situations of Violence Vol 1. p 148; Giannou C, Baldan M. 2010; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-002-0973.pdfhttps://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf>
- 13 ICRC Medical Personnel; <https://casebook.icrc.org/glossary/medical-personnel>
- 14 WHO Global Outbreak Alert & Response Network (GOARN); [https://www.who.int/ihr/alert\\_and\\_response/outbreak-network/en/](https://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/en/)
- 15 The Sphere Standards; <https://www.spherestandards.org/>
- 16 The Sphere Handbook 2018; <https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#ch003>
- 17 Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011;15(2):63-69. doi:10.7812/tpj/10-148
- 18 Inter-Agency Standing Committee, Global Health Cluster; Civil-military Coordination During Humanitarian Health Action; [https://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/about/ghc\\_annex5\\_civil\\_military\\_coordination\\_february2011.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/ghc_annex5_civil_military_coordination_february2011.pdf?ua=1)
- 19 ODI Planning from the future: is the humanitarian system fit for purpose? (2017); <https://www.odi.org/publications/10694-planning-future-humanitarian-system-fit-purpose>
- 20 20ALNAP The State of the Humanitarian System; <https://www.alnap.org/our-topics/the-state-of-the-humanitarian-system>
- 21 McGoldrick, C (2011). The future of humanitarian action: an ICRC perspective, 31-12-2011 Article, International Review of the Red Cross, No. 884; <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/article/review-2011/irrc-884-mcgoldrick.htm>
- 22 ICRC Engaging with People Affected by Armed Conflicts and other Situations of Violence Taking Stock Mapping Trends, Looking Ahead, Recommendations for Humanitarian Organizations and Donors in the Digital Era; <https://www.icrc.org/en/publication/engaging-people-affected-armed-conflicts-and-other-situations-violence>;
- 23 Watkin, K. (2019). Medical Care in Urban Conflict. International Law Studies Series. US Naval War College, Vol. 95, pp. 49 (2019); <https://digital-commons.usnwc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1729&context=ils>
- 24 Macaulay, T. and Magee, T. (2018). The Future of Technology in Warfare: From Drone Swarms to VR Torture; <https://fastlyssl.computerworld.com/article/3557911/the-future-of-technology-in-warfare-from-drone-swarms-to-vr-torture.html>
- 25 OCHA Turkey 2018, Humanitarian Deconfliction Mechanism for Humanitarian Organisations Operating in Syria; [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/deconfliction\\_syria\\_for\\_static\\_non\\_static\\_feb2018\\_eng.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/deconfliction_syria_for_static_non_static_feb2018_eng.pdf)
- 26 Smith KF, Goldberg M, Rosenthal S, Carlson L, Chen J, Chen C, Ramachandran S. Global rise in human infectious disease outbreaks. J R Soc Interface. 2014 Dec 6;11(1101):20140950. doi: 10.1098/rsif.2014.0950. PMID: 25401184; PMCID: PMC4223919. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25401184/>
- 27 How drones are transforming humanitarian aid; [https://www.swissinfo.ch/eng/sci-tech/-dronefrontier\\_how-drones-are-transforming-humanitarian-aid/44141254](https://www.swissinfo.ch/eng/sci-tech/-dronefrontier_how-drones-are-transforming-humanitarian-aid/44141254)
- 28 3D printing humanitarian supplies in the field; <https://odihpn.org/magazine/3d-printing-humanitarian-supplies-in-the-field/>
- 29 Agenda for Humanity 2016, The World Humanitarian Summit- Core Commitments; <https://agendaforhumanity.org/core-commitments.html>
- 30 The New Humanitarian, (2019). Ten humanitarian crises and trends to watch in 2019; <https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2019/01/02/ten-humanitarian-crises-and-trends-watch-2019>
- 31 Castellarnau M de, Stoianova V (2018). Bridging the Emergency Gap: Reflections and a call for action after a two-year exploration of emergency response in acute conflicts. MSF; <https://arhp.msf.org/sites/default/files/BRIDGING-THE-EMERGENCY-GAP-FULL-REPORT.pdf>
- 32 Spiegel PB et al. (2018), Johns Hopkins Center for Humanitarian Health, The Mosul Trauma Response, A case Study; [http://hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/Mosul\\_Report\\_FINAL\\_Feb\\_14\\_2018.pdf](http://hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/Mosul_Report_FINAL_Feb_14_2018.pdf)
- 33 Duffield M (2019). Humanitarianism is in crisis. Digital innovation won't fix it; <https://www.thenewhumanitarian.org/opinion/2019/01/07/humanitarianism-crisis-digital-innovation-won-t-fix-it>
- 34 The New Humanitarian (March 2018). Humanitarian Technology; <https://www.thenewhumanitarian.org/in-depth/humanitarian-technology>
- 35 MSF, The Practical Guide to Humanitarian Law; <https://guide-humanitarian-law.org/content/index/>
- 36 ICRC IHL databases search; <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-search.nsf/content.xsp?key=intro>
- 37 Danish Red Cross, Handbook on the practical use of International Humanitarian Law 2008; [https://www.rodekors.dk/sites/rodekors.dk/files/2018-03/handbook\\_on\\_ihl.pdf](https://www.rodekors.dk/sites/rodekors.dk/files/2018-03/handbook_on_ihl.pdf)
- 38 ICRC, IHL- international humanitarian law digital app; <https://www.icrc.org/en/document/ihl-digital-app>
- 39 Healthcare in Danger HCID Initiative; <http://healthcareindanger.org/hcid-project/>
- 40 Ethical Principles of Health Care in Times of Armed Conflict and Other Emergencies. 65th General Assembly of the WMA. Durban; <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/ethical-principes-in-hc/en/>

- 41 WHO Emergency Medical Team Initiative; Guidelines and Publications; <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>
- 42 WHO Emergency Medical Teams <https://extranet.who.int/emt/> [insert updated Blue Book reference].
- 43 Reyhler, L. (2006). Humanitarian aid for sustainable peace building. Gibbons & Piquard, Working in conflict - Working on conflict: Humanitarian dilemmas and challenges (pp. 135-154); <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/hnet/hnet17.pdf>
- 44 Montanaro L., ESS Conference Brussels 2019; Evaluation in hard to reach areas: Conflict sensitivity- a criterion for evaluations in the contexts of violent conflicts; [https://ec.europa.eu/international-partnerships/system/files/lucia\\_montanaro\\_-\\_conflict\\_sensitivity\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/international-partnerships/system/files/lucia_montanaro_-_conflict_sensitivity_0.pdf)
- 45 Gilton R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184-188. doi:10.1136/bmj.309.6948.184
- 46 WHO Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual 2015; [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349\\_eng.pdf?sessionid=490CD119AEBCAEC52B6F3A28BB7ADA3C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sessionid=490CD119AEBCAEC52B6F3A28BB7ADA3C?sequence=1)
- 47 ICRC Common ethical principles of health care in conflict and other emergencies 2015; <https://www.icrc.org/en/document/common-ethical-principles-health-care-conflict-and-other-emergencies>
- 48 ICRC A Memory of Solferino; <https://www.icrc.org/en/publication/0361-memory-solferino>
- 49 Humanitarian Emergency Response Review 2011; [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/67579/HERR.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67579/HERR.pdf)
- 50 ICRC What is International Humanitarian Law?; [https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/what\\_is\\_ihl.pdf](https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/what_is_ihl.pdf)
- 51 ICRC States Party to the Geneva Convention and Their Additional Protocols; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/annual-report/current/icrc-annual-report-map-conven-a3.pdf>
- 52 ICRC A Humanitarian issue of Critical Concern; <http://healthcareindanger.org/the-issue/>
- 53 ICRC IHL Database, Customary IHL; [https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1\\_rul](https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul)
- 54 UNOCHA What are Humanitarian Principles. OCHA; [https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/DOO-humanitarianprinciples\\_eng\\_June12.pdf](https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/DOO-humanitarianprinciples_eng_June12.pdf)
- 55 ICRC databases on international humanitarian law; <https://www.icrc.org/en/icrc-databases-international-humanitarian-law>
- 56 MSF The Practical Guide to Humanitarian Law; <https://guide-humanitarian-law.org/content/index/>
- 57 ICRC Rules for Behaviour in Combat; <https://www.icrc.org/en/publication/0381-behaviour-combat-rules-behaviour-combat>
- 58 ICRC Action by the International Committee of the Red Cross in the event of violations of international humanitarian law or of other fundamental rules protecting persons in situations of violence; [https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc\\_858\\_violations\\_ihl.pdf](https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc_858_violations_ihl.pdf)
- 59 ICRC The Fundamental Principles of the Red Cross : commentary 1979 - ICRC; <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/misc/fundamental-principles-commentary-010179.htm>
- 60 ICRC IHL Database, Rule 59. Improper Use of the Distinctive Emblems of the Geneva Conventions; [https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1\\_rul\\_rule59](https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule59)
- 61 ICRC IHL Database, Rule 30. Persons and Objects Displaying the Distinctive Emblem; [https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1\\_cha\\_chapter7\\_rule30](https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_cha_chapter7_rule30)
- 62 ICRC Ethical Principles of Health Care in times of armed conflict and other emergencies; <https://www.icrc.org/en/download/file/9567/ethical-principles-of-health-care.pdf>
- 63 MSF The challenges of localised humanitarian aid in armed conflict 2016; [https://arhp.msf.es/sites/default/files/MSF\\_EGS03\\_The%20challenges%20of%20localised%20humanitarian%20aid%20in%20armed%20conflict\\_november%202016\\_0\\_0.pdf](https://arhp.msf.es/sites/default/files/MSF_EGS03_The%20challenges%20of%20localised%20humanitarian%20aid%20in%20armed%20conflict_november%202016_0_0.pdf)
- 64 ODI, UK counterterrorism travel ban could criminalise humanitarian assistance, 2018; <https://www.odi.org/blogs/10709-uk-counterterrorism-travel-ban-could-criminalise-humanitarian-assistance>
- 65 European Parliament resolution of 5 July 2018 on guidelines for Member States to prevent humanitarian assistance from being criminalized; [http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2018-0314\\_EN.html](http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2018-0314_EN.html)
- 66 United Nations Security Council, Resolution 2462, 2019; <https://www.un.org/securitycouncil/content/sres24622019>
- 67 United Nations Security Council, Resolution 2482, 2019; <https://www.un.org/sc/ctc/news/documents/s-res-2482-2019-threats-international-peace-security-caused-international-terrorism-organized-crime/>
- 68 ICRC, IHL Database, Rule 30. Persons and Objects Displaying the Distinctive Emblem; [https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1\\_cha\\_chapter7\\_rule30](https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_cha_chapter7_rule30)
- 69 ICRC, IHL Database; Rule 59: Improper Use of the Distinctive Emblems of the Geneva Conventions; [https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1\\_rul\\_rule59](https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule59)
- 70 ICRC; Emblems of humanity; <https://slideplayer.com/slide/13726970/>
- 71 ICRC; Emblems of humanity; <https://www.icrc.org/en/publication/0876-emblems-humanity>
- 72 ICRC, The emblems; <https://www.icrc.org/en/doc/war-and-law/emblem/overview-emblem.htm>
- 73 WHO Psychological First Aid: Guide for Field Workers, 2011; <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- 74 IASC Non- Binding Guidelines on the Use of Armed Escorts for Humanitarian Convoys, 2013; [https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Armed%20Escort%20Guidelines%20-%20Final\\_1.pdf](https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Armed%20Escort%20Guidelines%20-%20Final_1.pdf)
- 75 To Stay and Deliver: Good practice for humanitarians in complex security environments; <https://www.alnap.org/help-library/to-stay-and-deliver-good-practice-for-humanitarians-in-complex-security-environments>
- 76 Soft Power Deployment is Diplomacy, The Quarterly Journal of the National Critical Care and Trauma Response Centre 2017; [https://www.nationaltraumacentre.nt.gov.au/system/files/publications/TQ%202018%20DEC%20Final\\_0.pdf](https://www.nationaltraumacentre.nt.gov.au/system/files/publications/TQ%202018%20DEC%20Final_0.pdf)
- 77 MSF Humanitarian Negotiations Revealed: the MSF experience; <https://www.msf-crash.org/en/publications/humanitarian-negotiations-revealed-msf-experience>
- 78 Centre of Competence on Humanitarian Negotiation, Frontline Negotiations; <https://frontline-negotiations.org>
- 79 Centre of Competence on Humanitarian Negotiation, Frontline Negotiations, Field Manual; <https://frontline-negotiations.org/field-manual/>
- 80 WHO Attacks on Health Care Dashboard; <https://www.who.int/emergencies/attacks-on-health-care/attacks-dashboard-2018-full.pdf?ua=1>
- 81 Humanitarian Policy Group, Constructive deconstruction: making sense of the international humanitarian system, 2016; <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/constructive-deconstruction.pdf>
- 82 Handbook on data protection in humanitarian action; <https://www.icrc.org/en/data-protection-humanitarian-action-handbook>
- 83 IHL and Core Humanitarian Principles: Humanity, Neutrality, Impartiality and Independence; <https://www.alnap.org/help-library/ihl-and-core-humanitarian-principles-humanity-neutrality-impartiality-and-independence>

## Chapitre 2

### Sûreté et sécurité Gestion des risques

## 2 Sûreté et sécurité Gestion des risques

### Objectifs du chapitre

1. Les équipes médicales ont mis en place une méthode complète de gestion des risques liés à la sécurité pour les opérations menées en zone de conflit.
2. Les équipes médicales sont en mesure de reconnaître les menaces pour la sécurité spécifiquement associées à un conflit armé.
3. Les équipes médicales ont envisagé des mesures de sécurité particulières permettant de prodiguer des soins lors d'un conflit armé (y compris en cas de menace CBRN).
4. Les organisations adoptent des exigences minimales afin d'assurer une préparation solide du personnel sur le plan de la santé mentale.
5. Les équipes médicales et leurs chefs ont facilement accès aux références et aux manuels les plus pertinents.
6. Les équipes médicales pourront bénéficier de soins physiques et psychologiques complets si elles sont victimes d'un événement néfaste.

### 2.1 Introduction

Pour sauver des vies et intervenir en temps utile, les équipes médicales peuvent être obligées d'exercer à proximité du feu des hostilités. De telles missions exigent de faire très attention à la gestion des risques et au dialogue avec les parties prenantes de tous les camps.

Dans le présent chapitre, on abordera plus en détail les mesures et les moyens proposés que les équipes médicales (sans distinction de type ou d'affiliation) doivent envisager et prévoir afin de protéger la mission médicale et de faire face à des attaques délibérées ou indirectes. On y présentera les pratiques exemplaires, les règles de sécurité et les choses particulières à faire et à ne pas faire, tirées de publications choisies d'ONG, du CICR, de MSF et de l'OMS. En réponse à des attaques perpétrées contre des personnels soignants, bon nombre des principales organisations du secteur ont publié des directives et des manuels d'orientation pratiques, comme le système de gestion de la sécurité des Nations Unies <sup>(84)</sup>. Beaucoup d'initiatives ont été lancées pour prévenir les attaques, par exemple l'initiative « Les soins de santé en danger » du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge <sup>(85)</sup>, le cadre « Un accès plus sûr » du CICR <sup>(86)</sup>, la campagne « Not a Target » de MSF <sup>(87)</sup> et le système de surveillance des attaques visant les services de santé mis au point par l'OMS <sup>(80)</sup>.

Les organisations qui déploient des équipes médicales sont tenues, juridiquement et moralement, de faire preuve de discernement et d'attention en vue de protéger la sécurité et le bien-être des membres de l'équipe déployée, ainsi que des autres parties concernées relevant du champ des opérations de l'équipe, notamment les patients et les cas transférés, leurs familles, le personnel soignant local, les sous-traitants et les autres équipes.

La question fondamentale qui est au cœur de l'approche des EMT est la suivante : cela vaut-il la peine de mettre en péril le bien-être – voire la vie – de quelqu'un pour remplir les objectifs de l'organisation et prodiguer des soins aux patients en sécurité ? Les décisions concernant le déploiement ou non de l'équipe, la manière de rester sur place et le maintien ou non d'une présence directe sur le terrain face à une escalade des dangers doivent être prises dans le cadre d'un processus complet et systématique de gestion des risques.

---

**Les conflits armés peuvent évoluer rapidement, sans préavis ou presque :  
les équipes doivent en permanence réévaluer la situation et réagir.**

---

Bien que les mêmes principes de gestion des risques de sécurité soient valables pour tous les déploiements d'urgence, ils doivent souvent être appliqués plus rigoureusement et de façon plus pressante dans les situations de violence armée. Sans une sécurité suffisante, les équipes d'intervention médicale ne peuvent pas – et ne devraient pas – obtenir un accès viable aux populations confrontées aux hostilités et, sans un accès de proximité, il ne leur est pas possible de prodiguer des soins médicaux efficaces et de qualité.

Aucun de ces éléments – sécurité, accès et prestation de soins médicaux – n'est statique ni indépendant. Cette relation dynamique est illustrée dans la figure 2, où la sécurité facilite un accès plus sûr sans lequel les activités médicales ne peuvent pas être menées [88].

Figure 2. La sûreté et la sécurité, catalyseurs d'un accès plus sûr



En outre, si les problèmes de sécurité ne sont pas gérés dans le respect de la déontologie et des principes, les équipes médicales pourront paraître biaisées, voire devenir instrumentalisées, c'est-à-dire considérées comme donnant un avantage militaire ou politique à un camp du conflit.

Le Livre bleu décrit en détail les considérations relatives à la gestion des risques pour la sûreté et la sécurité applicables à toutes les équipes médicales, y compris à celles qui interviennent dans le cadre de conflits. Pour une approche complète, il faut agir à trois niveaux :

- Au niveau institutionnel, il convient d'introduire une politique, une culture et un cadre de sécurité qui démontrent un engagement ferme et une division des rôles conformément à l'appétence pour le risque de l'ensemble de l'organisation. Les organisations qui interviennent dans des zones de violence armée doivent en général accepter un seuil de risque plus élevé et en informer ouvertement les responsables et les effectifs par un dialogue fondé sur le consentement éclairé, puis investir dans des stratégies supplémentaires qui permettront d'atteindre le plus haut degré de sécurité possible.
- Au niveau de la direction sur le terrain, les piliers étroitement liés que sont l'évaluation des risques de sécurité, l'élaboration des plans de sécurité et la gestion des incidents critiques devraient être appliqués systématiquement, en fonction du contexte local et de la nature particulière des opérations sanitaires. Les chefs d'équipe doivent disposer du pouvoir et des ressources nécessaires pour choisir et mettre en œuvre la combinaison de mesures la mieux adaptée face aux risques prioritaires pour la sécurité. Une bonne pratique consiste à offrir un soutien spécialisé, sous la forme d'un coordonnateur en matière de sécurité à la disposition des chefs d'équipe ayant besoin d'aide.
- Au niveau individuel, tous les membres de l'équipe sont formés et savent comment réduire les risques pour leur sécurité physique et psychologique en comprenant et en appliquant les procédures opérationnelles normalisées convenues par l'équipe et en exécutant les plans de sécurité en cas d'urgence. Des règles claires concernant les comportements sûrs dans l'exercice de leurs fonctions et en dehors du service sont définies, y compris des protocoles relatifs aux médias sociaux, et leur application est garantie par la signature d'un code de conduite.

Traditionnellement, les organisations d'aide ont tendance à se concentrer exclusivement sur les conséquences négatives des risques pour la sécurité. Toutefois, une approche systématique et complète de la gestion des risques peut également avoir des répercussions positives (89). L'acceptation et la gestion des risques de sécurité par les EMT peuvent par exemple se traduire par les avantages suivants :

- amélioration de la réputation ;
- relations plus solides avec les communautés touchées et confiance de la population ;
- naissance d'un esprit de corps<sup>22</sup> entre les membres de l'équipe ;
- amélioration de la coordination en matière de sécurité et de la planification de l'intervention ;
- amélioration des conditions pour un accès ultérieur ;
- amélioration de la résilience organisationnelle ;
- couverture positive dans les médias locaux et internationaux (soulignant surtout que des soins ont été prodigués à toutes les personnes dans le besoin).

<sup>22</sup> Sentiment de fierté, de moral élevé et de loyauté mutuelle partagé par les membres d'un groupe.

## 2.2 Menaces particulières pour la sécurité

Lorsque des urgences sanitaires surviennent en même temps que des violences armées, il y a généralement des caractéristiques supplémentaires à prendre en considération, en lien avec le type d'armes et d'explosifs utilisés, qui modifient l'environnement sur le plan de la sécurité. Lorsque les conflits entraînent la disparition de l'état de droit, le niveau de risque augmente encore du fait des menaces<sup>23</sup> que sont la criminalité et les troubles civils.

Les menaces peuvent être classées différemment selon la méthode d'évaluation employée, mais, en règle générale, il convient de tenir compte des grandes catégories de menaces suivantes.

Tableau 10. Catégories de menaces (d'après le système de gestion de la sécurité des Nations Unies)

Conflit armé	Terrorisme	Criminalité	Troubles civils	Dangers
Attaque à l'arme légère	Engin explosif improvisé	Enlèvement (pour des raisons économiques)	Manifestation pacifique <sup>24</sup>	Accidents de la route
Offensive aérienne	Enlèvement (pour des raisons politiques ou militaires)	Agression sexuelle ou violence fondée sur le genre	Manifestation violente	Maladies
Explosion de mine (antipersonnel)	Assassinat	Détournement de voiture	Pillage	Catastrophes naturelles
Explosion de mine (antivéhicule)	Attentat-suicide à l'explosif	Cambriolage	Agression contre un patient	Incendie dans un hôpital
Munitions en prévision d'une attaque CBRN(E) n'ayant pas explosé	Attaque CBRN(E)	Larcin		Sûreté des installations électriques

<sup>23</sup> La différence entre une menace et un risque réside dans le fait qu'une menace est un événement négatif en soi, alors qu'un risque est l'événement négatif associé à sa probabilité et à ses conséquences.

<sup>24</sup> Des blessures se produisent souvent dans la foule même lorsque la manifestation ne se veut pas agressive. Tout rassemblement important peut entraîner des blessures par écrasement, souvent aggravées par la panique lorsqu'un grand nombre de personnes se précipitent dans une certaine direction pour éviter qu'on ne leur fasse du mal.

Dans le cadre de leur approche de gestion des risques, les équipes médicales doivent évaluer toutes leurs vulnérabilités par rapport à chaque menace constatée, y compris les attaques délibérées contre les établissements de santé, les activités de l'équipe et les dangers indirects auxquels les membres peuvent être exposés s'ils se trouvent au mauvais endroit au mauvais moment. Il convient de noter que les décisions (et les mesures de sécurité) ne doivent pas être prises en fonction de la menace uniquement, mais plutôt en fonction du risque. En d'autres termes, il est tout à fait possible qu'une grave menace ne pose qu'un faible risque pour une EMT dans une zone donnée, selon le profil de vulnérabilité de l'EMT.

## 2.3 Mesures de sécurité particulières

Dans le cadre de leur approche de gestion des risques, les équipes médicales doivent évaluer toutes leurs vulnérabilités par rapport à chaque menace constatée, y compris les attaques délibérées contre les établissements de santé, les activités de l'équipe et les dangers indirects auxquels les membres peuvent être exposés s'ils se trouvent au mauvais endroit au mauvais moment. Il convient de noter que les décisions (et les mesures de sécurité) ne doivent pas être prises en fonction de la menace uniquement, mais plutôt en fonction du risque. En d'autres termes, il est tout à fait possible qu'une grave menace ne pose qu'un faible risque pour une EMT dans une zone donnée, selon le profil de vulnérabilité de l'EMT.

À l'issue d'une évaluation des risques et d'une analyse contextuelle rigoureuses, en plus des mesures habituelles nécessaires pour tout type de déploiement, des mesures de contrôle spéciales visant à réduire l'exposition des équipes médicales à certaines menaces liées au conflit peuvent être introduites, notamment :

1. Éviter les lieux et les heures de la journée où des épisodes de violence armée sont plus probables.
2. Négocier et se mettre d'accord sur des protocoles d'accès sécurisé avec les parties au conflit et les porteurs d'armes.
3. Intensifier les efforts visant à démontrer la position neutre et impartiale de l'équipe médicale, notamment en faisant très attention aux vêtements et à l'utilisation des emblèmes, en faisant preuve de mesure dans les liens avec les parties au conflit, en veillant à sa conduite personnelle, en limitant les déclarations à la presse et dans les médias sociaux et en traitant tout le monde avec respect.
4. Accroître la coordination et l'échange d'informations avec d'autres acteurs en coulisses sur les risques pour la sécurité associés au conflit.
5. En fonction de l'évaluation des risques, envisager de construire une enceinte physique autour de la structure sanitaire ou de la base de l'équipe.

6. Augmenter la distance de sécurité séparant l'enceinte des zones de l'établissement où le personnel est nombreux.
7. Renforcer les contrôles d'accès, par exemple au moyen d'une chicane pour les véhicules ou de dispositifs de protection pour les gardes non armés.
8. Mettre en place une infrastructure de protection contre les effets de souffle dans les établissements fixes, notamment en désignant des zones sûres renforcées et en érigeant des murs autour des zones contenant des produits inflammables ou combustibles, tels que les dépôts de carburant et d'oxygène.
9. Appliquer sur les fenêtres un film de protection contre les effets de souffle (de type 3M).
10. En cas de risque élevé d'enlèvement ou d'intrusion violente, créer des chambres fortes et installer des boutons d'urgence permettant d'appeler des renforts.
11. Désigner une pièce de sécurité pour le personnel et les patients en cas de bombardement.
12. Utiliser des véhicules protégés contre les effets de souffle pour le transport du personnel et des patients.
13. Prévoir des réserves d'EPI adaptés à la menace de violence armée, y compris en cas d'attaque directe ou indirecte, dans les plans d'urgence et dans les exercices de simulation, notamment dans les plans d'évacuation sanitaire, d'hibernation et de relocalisation ou d'évacuation.
14. Intégrer les menaces liées au conflit dans le système de gestion des incidents critiques de l'équipe, en établissant notamment des protocoles particuliers pour les scénarios à haut risque tels que les enlèvements ou les prises d'otages.
15. Instaurer des protocoles pour le traitement médical des blessés de guerre, notamment des zones de triage séparées pour les différents camps et, s'il y a lieu, des protocoles en cas de menace CBRN.
16. Appliquer une politique de stricte interdiction des armes à l'intérieur de l'établissement de santé et la communiquer clairement aux visiteurs armés et aux combattants blessés. Utiliser des installations et établir des protocoles pour stocker en sécurité les armes légères, les munitions et les armes blanches (tranchantes), et apposer sur les bâtiments et les véhicules des signaux comme ceux illustrés en exemple.

Figure 3. Exemples de panneaux « Armes interdites » pour les installations et les véhicules



Le contexte est important, et il convient de rappeler une fois encore que deux situations ne sont jamais parfaitement identiques. Il est nécessaire d'adopter une approche nuancée et éclairée, trouvant un juste équilibre entre des mesures d'acceptation, de durcissement<sup>25</sup> et de dissuasion proportionnées par rapport au contexte de risque et conformes au mandat et aux capacités internes de l'équipe médicale. Même si une EMT peut être naturellement encline à adopter un profil de sécurité plutôt doux ou plutôt dur, celles qui réussissent à maintenir une présence opérationnelle en zone de conflit reconnaissent qu'un savant mélange des deux méthodes est nécessaire et ont le don pour combiner les meilleurs outils disponibles à chaque déploiement.

---

**Il est nécessaire d'adopter une approche nuancée et éclairée, trouvant un juste équilibre entre des mesures d'acceptation, de durcissement et de dissuasion proportionnées par rapport au contexte de risque et conformes au mandat et aux capacités internes de l'équipe médicale.**

---

De plus, lors de l'introduction d'une nouvelle mesure de réduction des risques, l'équipe médicale doit prendre garde de vérifier si celle-ci influe sur l'efficacité de ses autres mesures. Parfois, une équipe qui renforce sa sécurité face à une menace peut, sans s'en rendre compte, accroître sa vulnérabilité à l'égard d'une autre menace. L'équipe doit s'appliquer à garantir la meilleure issue possible pour le personnel local, les patients et leurs proches.

#### Exemples relatifs à la sûreté et à la sécurité

##### **Exemple 3. Soins médicaux dans le contexte d'un conflit extrémiste interne**

Une équipe médicale dont la stratégie de sécurité repose fortement sur l'établissement de la confiance et d'une image de dialogue positif avec les communautés locales vivant à proximité de l'établissement de santé peut être moins exposée à des menaces d'intention criminelle ou à des mouvements de foule violents localisés. En revanche, une équipe qui s'en remet uniquement à l'acceptation peut également être considérée comme une cible facile pour de potentielles attaques « extrémistes », y compris de nature criminelle, ce qui peut même mettre en péril les communautés en raison de leur association avec l'organisation médicale.

<sup>25</sup> Les mesures de durcissement visent à protéger les biens essentiels de l'EMT contre une menace en créant un obstacle physique.

#### **Exemple 4. Soins et escortes armées**

Une équipe médicale intervenant dans un camp de réfugiés où, pendant une longue période, les convois humanitaires étaient accompagnés d'escortes policières a constaté qu'elle était moins vulnérable aux détournements de véhicules à des fins criminelles. Néanmoins, la présence des forces de sécurité locales lors de ses déplacements a en réalité augmenté le risque que l'équipe soit victime d'engins explosifs improvisés posés par des militants opposés au gouvernement du pays d'accueil.

#### **Exemple 5. Soins et transport dans les situations de violences criminelles**

Le personnel d'une organisation nationale assurant les premiers secours et le transport des victimes de violences graves et d'activités criminelles a fait l'objet de menaces et de harcèlement en personne et par des communications à la radio. L'organisation continue de suivre une ligne de conduite délicate, tout en équilibre, pour garder une position neutre dans les affrontements en cours.

Des gangs ont enlevé des soignants à leur domicile et les ont « escortés » pour qu'ils prodiguent des soins à des membres de leur groupe qui étaient blessés. De même, ils ont pris le contrôle d'ambulances (avec ou sans médecin) et les ont détournées vers des zones où des victimes de violence étaient présentes.

L'organisation s'est résolue à avoir recours à des communications sécurisées par radio numérique pour garantir la confidentialité des déplacements des ambulances et de la localisation des membres du personnel. Après mûre réflexion et évaluation des options, les blessés ont parfois été transportés sous escorte policière.

Malgré la situation dangereuse, le personnel et les ambulances n'ont pas été attaqués. D'après l'organisation, c'est le fruit d'un long processus de dialogue avec tous les acteurs, qui a permis de leur expliquer en quoi consistait la mission médicale et pourquoi elle méritait le respect et de leur assurer que l'organisation agissait de façon transparente, neutre et impartiale.

Les directives internationales destinées à la plupart des acteurs médicaux intervenant en cas de situations d'urgence dans le contexte de conflits indiquent qu'une protection armée ne devrait être envisagée qu'en dernier ressort avant de devoir cesser les opérations d'aide nécessaires à la survie des populations. En règle générale, les structures et les convois sanitaires ne devraient pas avoir recours à des escortes armées afin d'assurer leur sécurité. Si l'on considère que le recours à une protection armée nuit à la perception de l'impartialité des acteurs humanitaires, le comportement de chaque acteur humanitaire à titre individuel influera sur la perception de l'ensemble de la communauté humanitaire.

Les équipes médicales devraient donc privilégier les options suivantes plutôt que les escortes armées [74] :

- faire preuve de discrétion ;
- utiliser des options de programmation à distance ou au moyen d'appareils numériques ;
- négocier l'accès aux populations ;
- sensibiliser les groupes armés au DIH (voir le chapitre 1) ;
- demander aux forces armées de sécuriser la zone, c'est-à-dire de dégager les routes et de patrouiller, de maintenir une présence dans la zone, mais sans être visibles et sans accompagner le convoi ni assurer une escorte aérienne ;
- prendre part au système de notification humanitaire (déconfliction)<sup>26</sup> [90] des activités militaires et humanitaires, pour assurer une séparation claire entre les acteurs qui partagent le même espace (voir la section 3.4.10) ;
- établir des trêves humanitaires ou des couloirs pendant le conflit (cette option n'est pas à privilégier).

La question du partage et du transfert du risque prend également davantage d'importance pour les équipes qui interviennent en zone de conflits. Il peut y avoir transfert lorsque :

- deux équipes médicales ou plus (d'affiliations différentes) occupent les mêmes bâtiments ou mènent des opérations communes ;
- du personnel soignant local est intégré à la structure de l'équipe médicale ou inversement ;
- une équipe médicale effectue comme prévu une passation de ses activités à une autre entité, à l'approche de la fin de sa mission ;
- la situation sécuritaire se dégrade au point qu'une équipe médicale est forcée de se retirer à la hâte, laissant au personnel soignant local le soin de continuer à fournir les services de façon autonome ou avec un certain soutien à distance.

<sup>26</sup> Déconfliction [terme militaire] : Échange d'informations en matière de planification entre les acteurs humanitaires et militaires afin de prévenir ou de résoudre des conflits entre les deux ensembles d'objectifs, d'éliminer les obstacles à l'action humanitaire et d'éviter les dangers potentiels pour le personnel humanitaire. Cela peut inclure la négociation de trêves militaires, l'arrêt temporaire d'hostilités, des cessez-le-feu, la notification de l'emplacement des établissements médicaux ou des couloirs de sécurité pour la fourniture de l'aide.

Les équipes ne doivent pas oublier que, si une menace pour la sécurité peut demeurer inchangée avant et après le transfert<sup>27</sup> les vulnérabilités des différentes équipes, des membres des équipes ou du personnel soignant face à cette menace varient souvent. Par exemple, en fonction de divers facteurs, une clinique où exerce du personnel soignant local peut être évaluée comme plus ou moins exposée au risque d'une attaque violente que la même clinique tenue par une équipe médicale internationale.

Chaque fois qu'une équipe médicale ou une organisation, par choix ou par nécessité, prend la décision de se retirer ou de déplacer ses opérations, ce qui, concrètement, revient à transférer le risque à une autre équipe qui continuera de fournir des services, il est impératif, du point de vue moral, mais aussi pratique, de prendre des dispositions pour assurer la continuité du service. Les équipes devraient comparer leurs profils de vulnérabilité respectifs et partager ouvertement leur expertise afin de maintenir un plan de gestion des risques défendable et de permettre une transition sans accroc malgré les contraintes imposées.

## 2.4 Sûreté des patients

L'équipe doit prendre en considération la sûreté des blessés et des malades pour garantir l'accès et la protection des patients et de leurs familles (91).

Tableau 11. Considérations relatives à la sûreté des patients

Accès, admission, aiguillage et congé	Points à prendre en considération
<p>A. Avant l'admission</p> <p>Les blessés et les malades ont-ils librement accès à l'établissement ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quels sont les risques sur les routes d'accès aux établissements de santé (postes de contrôle, dangers, menaces, etc.) ?</li> <li>2. Quelles mesures d'atténuation ont été prises ?</li> <li>3. Existe-t-il des moyens de transport pour atteindre l'établissement de santé et sont-ils sûrs pour les patients et leurs familles ?</li> <li>4. Les familles peuvent-elles séjourner en sécurité dans les environs de l'établissement ?</li> <li>5. La politique relative aux visiteurs tient-elle compte des risques ?</li> </ol>

<sup>27</sup> On parle de stratégie de contrôle du risque par transfert lorsqu'une organisation décide de gérer, de réduire ou de détourner un risque auquel elle est confrontée en le transférant à une autre organisation. Cela peut également se faire entre des actifs de réseau ou entre des processus. Au lieu d'essayer de gérer soi-même le risque, on le confie à quelqu'un d'autre.

Accès, admission, aiguillage et congé	Points à prendre en considération
<p>B. Soins à l'intérieur de l'établissement</p> <p>L'établissement est-il protégé et marqué et les parties au conflit ont-elles donné leur consentement éclairé à sa présence ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'établissement de santé est-il reconnu comme protégé, impartial et neutre par toutes les parties au conflit ? Quelles sont les mesures prises à cet effet ?</li> <li>2. Quels accords ont été conclus avec l'armée ou les forces de l'ordre concernant la protection des combattants hospitalisés ? Quels sont les mécanismes de gestion des différends ?</li> <li>3. Des mesures physiques de protection (barrières, sacs de sable, murs ou pièces renforcés, portes blindées, film de protection antiéclats aux fenêtres) ont-elles été mises en place pour l'établissement ?</li> <li>4. Quels aspects des soins devraient être soigneusement expliqués aux patients concernant le traitement afin d'éviter une perception erronée de non-respect de la déontologie ou de partialité ?</li> </ol>
<p>C. Dispositif d'aiguillage et congé</p> <p>Les patients peuvent-ils être transférés en sécurité vers d'autres établissements ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Les véhicules sanitaires utilisés sont-ils connus par toutes les parties et respectés ? Quelles mesures faut-il prendre pour garantir ce respect ?</li> <li>11. La victime peut-elle être transférée ou quitter l'établissement en sécurité (routes, moyens de transport, établissement de recours) ? L'aiguillage est-il également envisagé du point de la sûreté et de la sécurité de la victime ?</li> <li>12. L'équipe de soignants peut-elle faire quelque chose pour réduire activement les risques pour le patient et sa famille au moment de sa sortie de l'établissement, par exemple fournir un compte-rendu des soins médicaux prodigués ?</li> </ol>
<p>D. Parcours global</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Une évaluation des risques est-elle réalisée en continu pour surveiller les risques pour les patients et les personnes qui s'occupent d'eux ? L'évaluation des risques tient-elle compte de l'opinion autonome et éclairée des patients et des personnes qui s'occupent d'eux concernant les risques pour leur propre personne ?</li> </ol>

## 2.5 Évacuation sanitaire des membres de l'équipe

Il peut être nécessaire d'évacuer des membres de l'équipe qui sont blessés ou malades. S'il est décidé que l'évacuation est une mesure nécessaire d'un point de vue médical, les EMT doivent agir rapidement et évaluer le rapport risque-avantage pour le membre de l'équipe et pour toute l'équipe. Les protocoles d'évacuation doivent être clairs et bien établis, bien communiqués à l'équipe, avec une personne référente désignée, et bien coordonnés avec les intervenants extérieurs au besoin. On peut se reporter aux références sur le transport des patients gravement malades en règle générale <sup>[92]</sup> et sur le transport aérien des patients dans un état critique <sup>[93]</sup>.

- En général, le transport terrestre (ambulances et véhicules tous usages) constitue le principal moyen d'évacuer les blessés des zones d'urgence vers la structure médicale la plus proche et la plus sûre.
- Le transport ferroviaire, fluvial ou maritime peut être envisagé et peut procurer certains avantages par rapport au transport routier. La dernière phase de l'évacuation nécessite souvent un avion civil ou militaire (en dernier recours) spécialement équipé.
- Les équipes doivent veiller à ce que la ou les personnes évacuées soient accompagnées des documents médicaux adéquats. En cas de maladie infectieuse ou de contamination CBRN soupçonnée, des mesures spéciales doivent être prises et il convient de déterminer (au préalable) vers quel établissement aiguiller le patient (compte tenu des capacités de traitement des différents établissements d'accueil). Cela doit être géré en consultation avec l'organisme chef de file désigné ou avec les autorités ou par leur intermédiaire, conformément aux directives et aux protocoles locaux, y compris ceux en vigueur dans les pays de transit et de destination.
- Il est important que des précautions soient prises pour assurer la sûreté, notamment informer les parties au conflit et obtenir leur consentement, arborer l'emblème convenu et coordonner l'évacuation avec les prestataires médicaux tout au long du parcours.
- Si des accords sont conclus pour sous-traiter une évacuation sanitaire à des prestataires spécialisés, il convient de s'assurer que l'organisation ayant déployé l'équipe ait examiné en profondeur le détail des clauses, comprenne exactement ce qui est couvert ou non et ait pleinement conscience des capacités et des limites de ces accords.
- Si la personne à évacuer n'est plus en état de communiquer, la personne référente chargée de l'évacuation ou celle chargée de la coordination devrait envisager de communiquer directement avec la famille ou les personnes à contacter en cas d'urgence. Il faut toujours veiller au respect du secret médical avec le personnel de soutien non médical pendant l'évacuation.

## 2.6 Santé mentale et soutien psychosocial pour l'équipe

Répondre aux besoins des populations touchées par un conflit armé peut être une expérience très gratifiante, pleine de sens, qui donne le sentiment d'appartenir à une équipe. Mais c'est aussi un risque professionnel au niveau de la santé mentale. Outre les blessures physiques, les personnes qui travaillent dans des contextes de conflit sont exposées à un risque de stress (94).

Les interventions en situation d'urgence sont extrêmement stressantes. Les équipes sont souvent confrontées à d'atroces souffrances humaines, à des besoins insurmontables, à des pénuries de matériel, à de longues heures de travail sans repos suffisant, à des conditions physiques éprouvantes, à une organisation sous-optimale du travail et à l'éloignement des amis et de la famille, les occasions de garder le contact étant souvent rares. Ce ne sont que quelques exemples des difficultés qui pèseront sur la santé mentale des membres des équipes d'intervention. Dans les contextes de conflit, ceux-ci peuvent également être témoins ou victimes des actes suivants, qui peuvent avoir de graves conséquences :

- cruauté (notamment le recours à la violence sexuelle et fondée sur le genre comme arme de guerre) ;
- attaques et violations à l'encontre des populations les plus vulnérables (enfants, femmes, personnes âgées, malades) ;
- menaces directes, attaques ou agressions physiques contre le personnel soignant ou contre l'établissement de santé ;
- menaces directes ou violences envers les travailleurs locaux et leurs proches (qui sont principalement accusés de « traiter le camp ennemi ») ;
- acteurs armés refusant que des soins soient prodigués à certains groupes ou empêchant ces derniers d'accéder aux soins.

Le personnel médical (local et international) qui s'engage pour prodiguer des soins aux blessés et aux malades lors de conflits armés sera sans doute sujet à des émotions et à un stress intenses<sup>28</sup>, amplifiés par la nature de la situation d'urgence, la rapidité d'intervention, la fatigue, mais aussi la peur et la violence sous toutes ses formes. Les conditions sont souvent éprouvantes, et le personnel est témoin de la souffrance des victimes et amené à vivre au quotidien dans des environnements opérationnels dangereux. En plus du danger que représente le conflit armé, il peut y avoir d'autres menaces potentielles, par exemple des combattants indisciplinés qui n'ont aucun respect pour le droit ou la déontologie, une prolifération d'armes dans la population entraînant une augmentation de la criminalité, des attaques, des enlèvements, ou encore des épidémies (95). Le stress, lorsqu'il est

<sup>28</sup> Le stress est une réaction psychologique qui se traduit souvent par de l'inquiétude, de l'angoisse, un sentiment d'accablement ou d'abattement ou un sentiment de dépression et d'impuissance. Souvent, ces sentiments s'accompagnent de plaintes somatiques, par exemple de douleurs corporelles.

modéré et gérable, n'est pas nécessairement négatif, car il peut aider à rester alerte, en sécurité et à travailler efficacement dans des circonstances difficiles. Toutefois, si le stress empire ou se prolonge, la personne peut se sentir accablée ou incapable de faire face.

Pour atténuer les effets négatifs de la situation sur le personnel de l'EMT et prévenir les conséquences à long terme pour le bien-être psychologique des membres de l'équipe, toutes les organisations qui déploient des EMT devraient élaborer et appliquer des politiques dans les domaines suivants [94] :

- dépistage confidentiel avant et après le déploiement et évaluation de la capacité de chaque membre du personnel à faire face aux facteurs de stress à prévoir ;
- préparation adéquate et formation à la gestion du stress avant la mission ;
- suivi régulier de la réaction du personnel sur le terrain ;
- formation et soutien en continu pour aider le personnel à faire face aux facteurs de stress quotidiens ;
- soutien particulier, adapté sur le plan culturel, au personnel et aux équipes exposés à des incidents critiques ou traumatiques ou à des facteurs de stress intense inhabituels ou inattendus ;
- soutien adapté au personnel sur le plan pratique, psychologique et culturel à la fin de la mission ou du contrat ;
- soutien continu aux membres du personnel en proie aux effets néfastes d'une exposition au stress, à un traumatisme ou à une maladie pendant leur mission.

Au niveau individuel, les membres des équipes doivent réfléchir honnêtement aux questions suivantes [96] :

- Auront-ils la patience de surmonter les incapacités à communiquer, inévitablement frustrantes, qui se manifestent dans les interactions interculturelles ?
- Sauront-ils faire preuve d'ouverture d'esprit et de créativité face à des problèmes inattendus ?
- Disposent-ils de moyens constructifs et faciles à mettre en œuvre pour gérer le stress, l'angoisse et la frustration ?
- Sont-ils prêts à transiger sur leur liberté personnelle à cause de la sécurité dans certaines zones ?

- Ont-ils envisagé comment réagir en présence de souffrances et de privations extrêmes, qui font partie de la réalité quotidienne de beaucoup de personnes dans les zones de conflit armé ?
- Sont-ils honnêtes avec eux-mêmes concernant ce qui les motive à chercher ce type de travail et sont-ils réalistes dans leurs attentes ?

Il peut être utile de répondre aux 10 questions du test d'autoévaluation proposé dans la brochure « Engagement humanitaire & conflits armés : Le facteur stress » (95).

## 2.6.1 Santé et bien-être du personnel

### Avant le déploiement

Les organisations doivent bien préparer les membres des équipes à faire face au stress inévitable. Les mesures suivantes devraient être appliquées par les responsables des équipes d'urgence pendant la phase préalable au déploiement et, s'il y a lieu, prolongées pendant les différentes phases de l'intervention d'urgence (97).

- Veiller à ce que les membres de l'équipe se familiarisent avec le système global d'intervention d'urgence et avec les rôles et responsabilités des principales équipes, y compris de la leur.
- Délimiter clairement les pouvoirs et les responsabilités afin de réduire le stress en éliminant la confusion relative à l'organisation hiérarchique.
- Dispenser des formations régulières sur les techniques de gestion du stress.
- Élaborer un plan d'évacuation des installations et effectuer régulièrement des exercices de simulation.
- Fournir une formation continue pour que les équipes maîtrisent parfaitement les procédures et les politiques en matière de sûreté.
- Élaborer des directives pour aider les équipes à se préparer au déploiement.
- Tenir une liste à jour des coordonnées des proches de chaque membre de l'équipe.

### Pendant le déploiement

**Nourriture et eau :** Conformément aux directives du Livre bleu, les équipes devraient être autonomes sur le plan de la nourriture et capables de produire rapidement leur propre eau potable. Si elles souhaitent compléter les rations avec des aliments frais et s'il y a suffisamment de nourriture disponible pour le faire sans compromettre les réserves de la population locale, les équipes doivent veiller à ce que leur chaîne d'approvisionnement ne provienne que de sources fiables et soit surveillée en permanence par un membre de l'équipe chargée de la logistique.

**Repos et loisirs :** Comme il est peu probable que le personnel ait l'occasion de profiter d'activités de repos et de loisirs en dehors de l'enceinte de l'hôpital, il convient d'envisager de proposer ces activités à l'équipe. L'organisation peut avoir une politique plus large en matière de repos et de loisirs, prévoyant un certain nombre de semaines de travail avant d'accorder des congés, mais cette politique ne précisera pas forcément comme éviter l'épuisement professionnel dans une atmosphère très chargée au quotidien. Le personnel doit avoir la possibilité d'avoir une vie sociale aussi éloignée que possible de son environnement de travail, même si cette distance n'est pas physique. Plusieurs questions se posent à cet égard : sera-t-il « obligatoire » d'avoir une vie sociale pendant son temps libre et, si oui, comment cela sera-t-il appliqué ? sera-t-il autorisé de consommer de l'alcool, si cela est compatible avec la culture locale ? sera-t-il possible de sortir de l'enceinte de l'établissement si la situation est sûre, et dans quelles circonstances ces sorties seront-elles autorisées ? Quelle que soit la politique adoptée, elle devra être expliquée clairement au personnel, de préférence avant le départ, mais sinon, le plus tôt possible après son arrivée.

Le document d'orientation de l'OMS intitulé « Sécurité et santé au travail durant les crises sanitaires : un manuel pour la protection des personnels de santé et des équipes d'intervention d'urgence » (94) contient des informations utiles pour réduire le stress pendant et après la crise.

Pendant la mission, l'accès à un soutien doit être garanti en cas de problème de santé mentale ou physique, auprès de professionnels de santé internes ou externes (95). Le personnel doit savoir clairement qui contacter et dans quelles situations. Une évacuation sanitaire pour raison de santé mentale doit être possible.

### Après le déploiement

Trop souvent, on se soucie peu du bien-être à plus long terme du personnel après une mission, beaucoup moins que juste avant ou juste après le déploiement. La capacité et la volonté d'un membre de l'équipe de repartir pour d'autres missions avec l'organisation dépendent souvent de l'expérience qu'il a vécue à son retour. Bien que ce soutien bénéficie principalement à un membre de l'équipe en particulier, une organisation qui gère mal le soutien post-déploiement pourra voir sa réputation ternie et ses effectifs de réserve diminuer. Une organisation prospère sera mieux lotie, avec des listes de réserve équilibrées, comportant des membres expérimentés et du personnel novice pour renouveler les équipes. Il n'est pas possible d'atteindre cet objectif si l'organisation perd constamment ses effectifs les plus expérimentés, car elle est perçue comme n'ayant pas soutenu le personnel à son retour de mission.

Il est important de veiller à ce que le personnel dispose du temps et du soutien nécessaires pour se rétablir complètement après une affection physique ou une détresse mentale. L'organisation peut notamment participer à la prise en charge des dépenses médicales, accorder des congés sans exercer de pression pour un retour au travail trop tôt, apporter du soutien lors de la reprise du travail, ou encore ajuster les conditions de travail, par exemple en réduisant le nombre d'heures ou de jours de travail au besoin. Il est essentiel que l'organisation soit perçue, dans sa culture, comme soucieuse du bien-être de son personnel au retour d'une mission ; cela inspire la confiance et rassure le personnel (qui pourra alors profiter ou non des mesures de soutien proposées). Dans le cas des effectifs de réserve qui n'ont pas de contrat permanent avec l'organisation, un système efficace de suivi, facile d'accès, doit être en place. Un système transparent de gestion des plaintes formulées pendant n'importe quelle phase d'un déploiement devrait être établi, et l'organisation devrait considérer chaque plainte comme une occasion d'apprendre plutôt que comme une contrariété à gérer.

Sans un suivi organisé, il peut être difficile de repérer les problèmes de santé mentale associés à une mission, et donc d'apporter un soutien efficace aux personnes concernées, en particulier chez les effectifs de réserve qui n'ont que peu de contacts avec l'organisation entre les déploiements. Les symptômes peuvent apparaître plusieurs mois après la mission et, de prime abord, peuvent ne pas être attribués au déploiement par la personne. Les membres du personnel peuvent être réticents à solliciter ou à accepter de l'aide face à des troubles mentaux, pour diverses raisons qui peuvent notamment être liées à la culture, au genre ou à la perception. Si le personnel est exposé à un incident potentiellement traumatisant, des mesures coordonnées doivent être prises pour fournir immédiatement des premiers secours psychologiques (mais sans débriefing psychologique), et le personnel devra être évalué un à trois mois après l'incident par un professionnel de la santé mentale afin de déterminer si des soins de suivi sont nécessaires [96].

Les enseignements<sup>29</sup> tirés de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest de 2013 à 2016 ont montré qu'à leur retour, les membres du personnel n'osaient pas prendre contact avec le programme mis en place pour surveiller leur santé mentale et leur offrir du soutien, car ils avaient l'impression que cela pourrait réduire leurs chances d'être sollicités pour d'autres missions. L'organisation doit gérer activement cette réticence et lutter contre la stigmatisation des problèmes de santé mentale ; pour ce faire, des campagnes de sensibilisation doivent être menées en interne et les responsables, à l'échelon intermédiaire et au sein de la haute direction, doivent montrer l'exemple.

<sup>29</sup> Le Ministère britannique du développement international a examiné les enseignements internes à tirer concernant la participation au programme de soutien en matière de santé mentale destiné au personnel de retour de mission mis en œuvre par le South London and Maudsley NHS Foundation Trust.

Les campagnes visant à réduire la stigmatisation sont importantes, car, comme le public sait que le personnel de santé risque davantage de contracter une maladie telle que la maladie à virus Ebola à cause d'une exposition professionnelle, les soignants sont souvent stigmatisés et souffrent d'isolement social. On a constaté que même les familles des soignants étaient stigmatisées et que leurs amis et leurs connaissances les évitaient. C'est pourquoi de vastes campagnes de sensibilisation devraient être menées afin de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociales des personnels soignants, lesquelles s'expliquent par la crainte potentiellement excessive de la contagion ou de la contamination ainsi que par d'autres croyances répandues dans le grand public. Il est important que ces campagnes encouragent le public à valoriser le rôle des hommes et des femmes qui se battent contre l'épidémie en première ligne, afin que les soignants se sentent fiers de leur travail. Ces campagnes peuvent être organisées dans le cadre des mesures de mobilisation sociale lors des flambées épidémiques.

## 2.7 Menaces chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires (CBRN)

Qu'ils soient accidentels ou volontaires, les dangers ou les attaques CBRN<sup>30</sup> représentent de graves menaces potentielles pour les équipes médicales déployées dans des situations de conflit armé ou dans des environnements dangereux. Par conséquent, avant le déploiement d'une EMT, il est impératif d'effectuer une évaluation des besoins et une analyse des dangers et des menaces CBRN potentiels, fondées sur une méthode de gestion des risques. Les informations et les données qui sous-tendent l'évaluation des risques doivent être recueillies auprès de sources compétentes et fiables, avant et pendant le déploiement des ressources de l'EMT.

Le profil de risque devrait tenir compte des rumeurs de libération possible d'agents CBRN, car, pour une EMT, ces rumeurs peuvent être aussi difficiles à gérer que la présence réelle d'un agent CBRN. Le chaos et la panique qu'une telle suspicion ou rumeur peut engendrer peuvent rendre le processus de triage extrêmement difficile et, potentiellement, épuiser les ressources déjà limitées qui devraient être affectées à d'autres types de soins médicaux prioritaires.

En outre, lorsqu'il est déployé avec une équipe, le matériel CBRN, notamment les équipements de protection individuelle (EPI), les détecteurs, les solutions de décontamination et les médicaments spécialisés, est souvent réglementé et soumis à des

<sup>30</sup> On rencontre également les abréviations CBRNE ou CBRNe, dans lesquelles la lettre « E » ou « e » désigne les engins « explosifs » ou « énergétiques » qui peuvent être utilisés comme méthode de dispersion rapide d'un agent CBRN. En général, le terme « CBRN » inclut également ce qui est couvert par les acronymes CBRNE ou CBRNe.

permis d'exportation vers des zones de conflit armé. Ces restrictions peuvent nuire à la capacité de déploiement, mais aussi au délai d'intervention et à l'ampleur de l'intervention.

Les EMT n'opèrent pas seules, mais font partie d'une structure d'intervention plus large, dirigée par un chef de file (national ou international) clairement prédéterminé. Le processus décisionnel doit faire l'objet, à toutes les phases – évaluation des risques, atténuation, préparation et prise de décision pendant l'intervention –, d'une coordination étroite avec le chef de file, qui a la responsabilité de garantir une intervention normalisée, harmonisée et coordonnée entre les différentes EMT déployées.

Si le risque de menaces CBRN est trop élevé, il convient de ne pas déployer l'EMT dans ce contexte ou à cet endroit. Les EMT qui seront déployées dans des contextes où il existe un risque limité et gérable de menaces CBRN devront avoir suivi une formation spéciale sur les comportements sécuritaires et les moyens d'évacuation et reçu des équipements de protection en cas d'évacuation en quantité suffisante pour toute la durée de la mission. Une formation à la décontamination préhospitalière peut également être nécessaire et des équipements de protection spécifiques doivent être fournis (98). De plus, un mécanisme de coordination de la gestion de l'information doit être en place au niveau national et régional, pour que l'information puisse être diffusée de la bonne manière, au bon moment, aux bonnes institutions ou aux bons endroits, avant le déploiement. Ainsi, les patients pourront être correctement aiguillés et les systèmes d'alerte activés comme il se doit.



Hypothèses de travail pour les équipes médicales qui interviennent dans des contextes présentant des risques CBRN :

1. Il peut exister des risques CBRN dans tous les scénarios de violence de grande ampleur, et une évaluation des risques réalisée avant le déploiement permet d'établir le risque dans un contexte donné.
2. La contamination CBRN peut être causée par :
  - a. des matières industrielles toxiques telles que des produits chimiques, biologiques ou radiologiques ;
  - b. des agents de guerre chimiques, biologiques ou radiologiques.
3. La contamination CBRN peut être causée par des agents sous différentes formes : solides, vapeurs et aérosols (brouillard de gouttelettes).
4. Les EMT ne doivent pas exercer dans une zone qui est contaminée ou qui risque de l'être. Si une équipe médicale se retrouve dans une zone contaminée, la conduite à tenir consiste à fermer toutes les issues et se confiner à l'intérieur de la structure, protéger le personnel et les patients, s'abriter sur place, engager les procédures de décontamination d'urgence et évacuer lorsqu'il est possible de le faire en sécurité.
5. Les EMT situées en dehors de la zone contaminée doivent s'attendre à recevoir des patients contaminés (prévus ou imprévus), amenés à l'aide de divers moyens de transport, ce qui créera un risque réel de contamination croisée de la structure et du personnel. Les EMT doivent s'être entraînées à appliquer le plan d'action prévu dans ces circonstances [98] et, comme indiqué précédemment, doivent avoir reçu une formation en décontamination préclinique et déployé l'équipement nécessaire.
6. La contamination chimique éventuelle sera détectée à partir des signes et des symptômes des victimes, sans attendre la confirmation au moyen d'outils techniques de détection. Si des cas contaminés sont identifiés, la décontamination obligatoire sera activée. Tout traitement médical sera administré après la décontamination, pour laquelle le personnel devra porter des EPI. Si des soins ont été prodigués sans EPI, le membre de l'EMT est considéré comme exposé et doit se soumettre à une décontamination et à un examen médical.
7. Les cas présumés d'intoxication chimique seront traités en fonction des signes et symptômes qu'ils présentent (toxidrome),<sup>31</sup> car il s'agit d'une pathologie qui évolue dans le temps. Le traitement ne doit pas être retardé dans l'attente des résultats de laboratoire (il faut pour cela des laboratoires équipés de matériel spécifique et des techniciens possédant une expertise technique particulière, qui n'existent généralement pas à l'intérieur ou à proximité de l'opération de l'EMT) ni des résultats et de l'analyse des mesures des détecteurs techniques.
8. La détection de particules radioactives sur les patients peut être effectuée à l'aide de détecteurs adéquats utilisés par du personnel formé. Lorsque le pronostic vital d'un patient est engagé et que la présence possible d'une contamination radioactive est soupçonnée, la blessure pouvant être mortelle doit être traitée en priorité (voir ci-dessous).
9. La présence d'un contaminant biologique ne peut être confirmée que par des laboratoires adéquats et par les autorités de santé publique compétentes. Tant que ces résultats n'ont pas été obtenus, le personnel de l'EMT doit porter des EPI, conformément aux directives de l'OMS [99-101].

<sup>31</sup> Un toxidrome est un ensemble caractéristique de signes et de symptômes qu'un patient peut présenter s'il a été exposé à une toxine ayant des effets particuliers.

Dans le cas des équipes d'intervention internationales, il est également important de noter, comme le souligne le CICR, qu'« élaborer une réponse humanitaire internationale efficace à un incident nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC), en particulier si cette réponse est menée sur une base ad hoc, serait extrêmement difficile et exposerait les intervenants à de nombreux risques » (102).

Toute EMT déployée dans un vaste environnement dangereux exposé à une menace CBRN avérée devrait remplir les critères suivants :

1. Être capable d'effectuer une évaluation des risques tenant compte en particulier des menaces CBRN, y compris d'avoir accès à des conseils d'experts à distance.
2. Faire en sorte que tous les membres du personnel (international et local) soient sensibilisés aux menaces CBRN et formés aux procédures à suivre et aux EPI de secours applicables.
3. Être capable d'identifier le mécanisme de coordination des EMT dans le pays, de le contacter pour coordonner le plan de l'EMT en cas d'urgence CBRN (ainsi que d'autres plans de sécurité) et d'assurer la coordination en temps réel avec le mécanisme de coordination des EMT pendant un incident présumé.
4. Être capable de collaborer avec les mécanismes de coordination locaux pour assurer la diffusion aux principaux acteurs d'informations en temps réel sur l'utilisation possible d'agents CBRN et sur les menaces ou les rumeurs d'utilisation possible.
5. Être capable de fournir des EPI adéquats à tout le personnel pouvant être amené à traiter (maladie infectieuse, autre contamination, etc.) ou à décontaminer des patients (les membres du personnel de l'EMT ne sont pas tous censés participer (103) à ces activités). L'équipement doit être adapté en fonction de l'évaluation des risques, mais comprendre au minimum un masque à la taille de l'utilisateur, accompagné de lunettes s'il y a lieu (ou une solution telle qu'un respirateur purificateur d'air garantissant l'étanchéité même si la taille n'est pas ajustée et permettant le port de lunettes) et muni des filtres adéquats, des vêtements de protection, des gants (y compris des sous-gants en coton), des bottes ou des surchaussures. Tous ces EPI doivent être conformes à une norme internationalement reconnue de protection contre les substances chimiques, par exemple celles du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) et de la National Fire Protection Association (NFPA).
6. Avoir vérifié que tous les membres du personnel censés porter des EPI ont fait l'objet d'un examen médical et été autorisés à porter de tels équipements (en tenant également compte du climat dans lequel l'EPI sera utilisé) et ont été formés aux procédures à suivre pour les enfiler et les retirer.

7. Avoir un plan en cas d'urgence, dans l'éventualité où la structure de l'EMT se retrouverait dans une zone contaminée, comprenant les éléments suivants :
  - a. Processus décisionnels, en coordination avec le responsable national de la coordination des EMT.
  - b. Mécanisme de notification (interne et externe).
  - c. Fermeture de la structure.
  - d. Évacuation : tout le monde doit être évacué et des abris temporaires sur place peuvent être installés pour faciliter une procédure d'évacuation en sécurité.
  - e. Décontamination d'urgence du personnel et des patients à l'intérieur de la structure de l'EMT.
  - f. Traitement d'urgence des victimes à l'intérieur de la structure de l'EMT.
8. Avoir un plan d'urgence en cas d'arrivée de patients soupçonnés d'être contaminés par un agent, comprenant au minimum les éléments suivants :
  - a. Zone désignée pour le triage des patients, en dehors de l'enceinte de l'EMT, avec les mesures de contrôle de la circulation et de maîtrise des foules nécessaires compte tenu de la peur associée à un incident.
  - b. Algorithme de triage simple.
  - c. Personnel équipé et formé à l'utilisation des EPI capable de procéder au triage et à la décontamination rapide d'urgence, avec les infrastructures physiques et les processus adéquats en place.
  - d. Capacité de décontamination rapide d'urgence pour les patients blessés en état de marcher et non ambulatoires (il peut s'agir d'une procédure de décontamination humide ou à sec).
  - e. Algorithme de traitement pour les contaminants jugés possibles dans l'évaluation des risques.
  - f. Parcours d'aiguillage clair pour les patients contaminés, qu'ils aient été admis et traités par l'EMT ou non (y compris les documents appropriés sur les patients).
  - g. Procédures de prise en charge et de protection des patients décontaminés.
  - h. Procédure de gestion des patients déclarés « décédés à l'arrivée » n'ayant pas été décontaminés.
  - i. Procédure relative à la décontamination adéquate de la structure (y compris des véhicules ayant servi au transport de patients et des zones désignées à l'extérieur de l'EMT utilisées pour le triage et le traitement des patients) et à l'élimination sécuritaire du matériel et des fournitures contaminés.
9. Avoir une procédure claire de reprise du cours « normal » des opérations après le traitement de patients contaminés.
10. Disposer d'une chaîne d'approvisionnement pour reconstituer les stocks de matériel et de fournitures utilisés.
11. Veiller à la transmission adéquate aux autres équipes lors du roulement du personnel ainsi qu'au partage des connaissances avec les autres EMT déployées.

12. Procéder à une évaluation des risques associés à la mise en place d'une EMT contre une flambée épidémique dans un environnement dangereux.
13. Proposer un plan clair en matière de santé mentale et de soutien psychosocial destiné aux membres du personnel et à leurs proches, aux patients et aux personnes qui s'en occupent, tenant compte des conséquences particulières d'un incident CBRN et de la peur associée (104, 105).

**Les équipes de spécialistes peuvent choisir d'être reconnues comme EMT CBRN.**

Des gouvernements, des autorités ou des forces militaires peuvent désigner des équipes spécialisées d'intervention en cas d'incident CBRN et leur ordonner de se déployer. Ces équipes se composent d'experts spécialisés et nécessitent un investissement, des préparatifs, une formation et un équipement considérables (106).

## 2.8 Notes d'orientation

1. Les équipes médicales doivent assurer leur propre sécurité, celle du site et celle des survivants.
2. Les équipes médicales déployées dans un conflit armé doivent établir des plans de gestion des risques pour la sûreté et la sécurité adaptés au contexte et à la zone, et une formation doit être dispensée avant et pendant le déploiement à tout le personnel, au personnel local et aux équipes opérant par roulement.
3. Les équipes médicales ont une responsabilité claire, exprimée dans une politique relative au devoir de diligence, et sont juridiquement tenues d'assurer la sécurité et le bien-être de l'équipe, y compris sur le plan de la santé mentale, d'établir des plans d'évacuation sanitaire et d'obtenir le consentement éclairé de l'équipe.
4. Des aspects particuliers sont à prendre en considération en ce qui concerne les dangers et les menaces CBRN, notamment des protocoles spécifiques, des trousse d'intervention, de la formation et des plans spécialisés, en fonction des résultats des évaluations des risques.

## Références bibliographiques

- 84** United Nations Security Management System, Security Policy Manual, 2017; [https://www.un.org/en/pdfs/undss-unsms\\_policy\\_ebook.pdf](https://www.un.org/en/pdfs/undss-unsms_policy_ebook.pdf)
- 85** Healthcare in Danger Resource Centre; <http://healthcareindanger.org/resource-centre/>
- 86** ICRC Safer Access Practical Resource Pack; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/2013/safer-access-a-guide-for-all-national-societies.pdf>
- 87** MSF, Humanitarian Challenges; Saving Lives and Staying alive, 2016; <https://www.msf.org/saving-lives-and-staying-alive>
- 88** Merkelbach M, Daudin, P: From Security Management to Risk Management: Critical Reflections on Aid Agency Security Management and the ISO Risk Management Guidelines, 2011; [https://www.files.ethz.ch/isn/137850/SMI\\_views\\_risk\\_management\\_-\\_May\\_2011.pdf](https://www.files.ethz.ch/isn/137850/SMI_views_risk_management_-_May_2011.pdf)
- 89** Parker R. 2018, The Global Interagency Security Forum GISF, ISO 31000: The Next Step in the Evolution of Humanitarian Security Risk Management?; <https://gisf.ngo/blogs/iso-31000-the-next-step-in-the-evolution-of-humanitarian-security-risk-management/>
- 90** UNOCHA, Policy and Studies Series; To stay and Deliver; Good Practice for humanitarians in complex security environments; 2011; <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/StayandDeliver.pdf>
- 91** ICRC, Promoting Military Operational Practice that ensures safe access to and delivery of Health Care; <http://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2015/09/icrc-002-4208-promoting-military-op-practice-ensures-safe-access-health-care.pdf>
- 92** Australian and New Zealand College of Anaesthetists & Faculty of Pain Medicine; Guideline for transport of critically ill patients; [https://www.cicm.org.au/CICM\\_Media/CICMSite/CICM-Website/Resources/Professional%20Documents/IC-10-Guidelines-for-Transport-of-Critically-Ill-Patients.pdf](https://www.cicm.org.au/CICM_Media/CICMSite/CICM-Website/Resources/Professional%20Documents/IC-10-Guidelines-for-Transport-of-Critically-Ill-Patients.pdf)
- 93** MN Vijai1, Parli R Ravi2, Abhishek Pathania; Critical Care Air Transport: Experiences of a Decade; JMR 2018; 4(1): 53-58 January- February; ISSN: 2395-7565; [http://www.medicinarticle.com/JMR\\_20181\\_12.pdf](http://www.medicinarticle.com/JMR_20181_12.pdf)
- 94** WHO/ ILO; Occupational Safety and health in public health emergencies: A Manual for protecting health workers and responders, 2018; [https://www.who.int/occupational\\_health/Web\\_OSH\\_manual.pdf](https://www.who.int/occupational_health/Web_OSH_manual.pdf)
- 95** ICRC Humanitarian Action and Armed Conflict: Coping with Stress; <https://www.aofoundation.org/-/media/project/aocmf/aof/documents/icrc/readandlearn/icrc-002-0576.pdf>
- 96** MSF Essential Criteria; <https://www.msf.org.au/join-our-team/work-overseas/essential-criteria>
- 97** SAMHSA: Tips for Preparing to Deploy; <https://www.samhsa.gov/dtac/disaster-responders/preparing-deployment-tips>
- 98** ICRC, Guidelines for the pre-hospital management of persons contaminated with chemical agent during armed conflict and other violence; <https://www.icrc.org/en/publication/4414-guidelines-pre-hospital-management-persons-contaminated-chemical-agent-during-armed>
- 99** WHO Laboratory Biosafety Manual, 4th Edition 2020, Personal Protective Equipment; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011410>
- 100** CDC, Personal Protective Equipment; <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/healthcare-us/ppe/index.html?deliveryName=DM7557>
- 101** CDC: Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment (PPE) in Healthcare Settings; <https://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ppe/PPEslides6-29-04.pdf>
- 102** International Review of the Red Cross, Chemical, biological, radiological or nuclear events: The humanitarian response framework of the International Committee of the Red Cross; <https://international-review.icrc.org/articles/chemical-biological-radiological-or-nuclear-events-humanitarian-response-framework>
- 103** ICRC, Guidelines for the pre-hospital management of persons contaminated with chemical agent during armed conflict and other violence; <https://www.icrc.org/en/publication/4414-guidelines-pre-hospital-management-persons-contaminated-chemical-agent-during-armed>
- 104** WHO, A framework for mental health and psychosocial support in radiological and nuclear emergencies, 2020; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015456>
- 105** WHO, Mental Health of Populations Exposed to biological and Chemical Weapons, 2005; [https://www.who.int/mental\\_health/publications/populations\\_exposed\\_bio\\_chemical\\_weapons/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/populations_exposed_bio_chemical_weapons/en/)
- 106** Hon Z et al., Depleted Uranium and Its Effects on Humans; Sustainability 2015, 7, 4063-4077; doi:10.3390/su7044063; <https://www.mdpi.com/2071-1050/7/4/4063/pdf>



## Chapitre 3

### Mécanismes et modalités de coordination



### Objectifs du chapitre

1. Les équipes et leurs chefs comprennent mieux l'importance des mécanismes et des modalités de coordination dans le contexte de conflits armés et d'environnements dangereux.
2. Les équipes connaissent mieux leurs propres rôles et responsabilités pour aider à participer et contribuer aux mécanismes de coordination.
3. Les chefs d'équipe peuvent mettre en pratique un mécanisme de liaison fonctionnel avec les autres prestataires, les acteurs militaires, les forces de maintien de la paix de l'ONU ou les principaux intervenants présents.
4. Les équipes maîtrisent et comprennent mieux les directives et les manuels existants en matière de coordination.
5. Les équipes et leurs chefs ont facilement accès aux références et aux manuels les plus pertinents.

Les conflits posent de grosses difficultés pour la prestation de l'aide humanitaire. Souvent, les motivations, les objectifs et les méthodes des intervenants humanitaires et des autres acteurs sont perçus de manière positive ou négative par les parties à un conflit et par la population bénéficiaire de l'aide.

L'objectif de l'action humanitaire internationale, et de sa coordination en particulier, est de répondre aux besoins des populations touchées par des moyens fiables, sûrs, efficaces, inclusifs et respectueux des principes humanitaires. La coordination permet également d'améliorer la qualité des soins aux patients, grâce à des chaînes de recours, à la continuité des soins, au partage des ressources, à la protection et aux données normalisées.

Comme indiqué au chapitre 2 sur le droit international humanitaire et les principes fondamentaux dans le contexte d'un conflit armé :

- Les États et leurs forces armées, ainsi que les acteurs non étatiques (pendant un conflit), ont l'obligation claire, au titre du DIH, de prodiguer des soins médicaux aux blessés et aux malades.
- Les perceptions de parti pris politique sont particulièrement difficiles à prévenir et à inverser. Les parties à un conflit voient souvent les acteurs locaux et extérieurs à travers le prisme de la situation politique actuelle et pourraient bien considérer les interventions humanitaires comme des actes ouvertement politiques.

Dans un conflit, il est particulièrement important de maintenir une étroite coordination entre tous les acteurs médicaux afin que les interventions soient harmonisées et que les acteurs s'expriment clairement et d'une seule voix, tout en veillant à ce que ces associations et mécanismes de coordination ne soient pas perçus comme travaillant avec ou au service de l'un ou l'autre camp. Si de telles perceptions sont détectées, les équipes médicales doivent prendre des mesures pour rectifier le tir et maintenir une approche respectueuse des principes, du point de vue des parties au conflit et des populations touchées. Cela nécessite un suivi constant et un dialogue permanent avec les principaux intervenants.

Le maintien d'un cadre solide d'action humanitaire collective fondée sur des principes permet que les équipes médicales (non militaires) restent perçues par tous comme véritablement humanitaires et donc comme légitimes et dûment autorisées à accéder aux populations touchées.

La composition et les antécédents d'une équipe médicale ou d'une EMT classée, ainsi que sa méthode opérationnelle, peuvent avoir des répercussions positives ou négatives sur l'équipe elle-même, mais aussi sur l'ensemble de la communauté humanitaire dans un contexte donné.

### **3.1 Objectifs de la coordination humanitaire dans les contextes de conflit**

La coordination avec d'autres intervenants dans le cadre d'un déploiement humanitaire répond à plusieurs motivations claires : elle permet de garantir l'efficacité de l'action et l'utilisation efficiente des ressources et des capacités et d'éviter les lacunes, le chevauchement des efforts et les pertes d'énergie ainsi que les interventions inadéquates. Il est important de rappeler que la responsabilité de l'aide humanitaire incombe en premier lieu aux parties au conflit dans les régions touchées. Lorsque les acteurs étatiques ou non étatiques ne veulent pas fournir d'aide humanitaire ou ne sont pas en mesure de le faire, des organisations humanitaires peuvent prendre le relais.

La coordination revêt une importance encore plus capitale pour les équipes médicales opérant en zone de conflit, car elle a encore plus de poids et sert un but particulier dans ces contextes.

### 3.1.1 Cadre d'action solide fondé sur des principes

La coordination pendant le déploiement lors d'un conflit devrait guider la mobilisation collective et soutenir une action fondée sur les principes humanitaires. Le respect de ces principes est une responsabilité fondamentale de chaque groupe ou organisation. La coordination facilite la discussion autour de l'examen collectif et de l'interprétation de questions extrêmement complexes. Elle permet une compréhension et une analyse plus approfondies et garantit une certaine harmonisation, qui est cruciale.

### 3.1.2 Impartialité et neutralité collectives

Il peut être extrêmement difficile pour une organisation de rester impartiale et neutre dans le cadre d'un conflit. Les nuances et les perceptions de parti pris politique représentent un défi permanent pour les acteurs humanitaires, et seuls les mécanismes de coordination peuvent permettre à ces derniers de débattre et d'établir collectivement des positions claires.

Les organes de coordination, par leur nature collective, permettent d'éviter les positions et les interventions individuelles, susceptibles d'être ébranlées. Toutefois, cela peut avoir un coût. Les acteurs humanitaires doivent s'engager pleinement dans la coordination et bien réfléchir à leurs interventions, en faisant attention à leur incidence sur l'impartialité et la neutralité de l'intervention humanitaire dans son ensemble, et non seulement pour un acteur en particulier. Comme cela a été souligné au chapitre 2, les équipes médicales ne doivent pas oublier que les actions d'une équipe, et la manière dont elles sont perçues, auront des répercussions sur toutes les équipes médicales.

### 3.1.3 Impartialité de l'accès et des soins

Les mécanismes de coordination doivent être capables de repérer et de mettre en évidence les difficultés d'accès dans une situation particulière. C'est particulièrement important dans les contextes où des groupes marginalisés peuvent ne pas avoir accès même aux services les plus élémentaires en raison d'obstacles physiques et psychologiques, réels ou perçus. Dans ces circonstances, il est essentiel que les organisations prennent position et apportent leur soutien collectivement.

Les arguments d'organismes agissant seuls ont moins de chances de réussir à convaincre les parties à un conflit que des positions collectives fondées sur les principes humanitaires.

C'est particulièrement vrai lorsque les parties à un conflit considèrent l'aide apportée à certaines communautés comme un acte hostile faisant partie de l'effort de guerre.

### 3.1.4 Sécurité collective

Les mécanismes de coordination offrent également un lieu essentiel d'échange en matière de sécurité collective. Les informations, l'analyse et la solidarité que procure une bonne coordination peuvent contribuer à assurer la sûreté des équipes travaillant dans des environnements très hostiles.

Les mécanismes de coordination permettent aux équipes de s'exprimer et d'agir collectivement, par exemple pour s'adresser d'une seule voix aux parties à un conflit en vue d'obtenir des dispositions de sécurité supplémentaires, davantage de fonds ou un accord sur des méthodes communes visant à améliorer la sécurité (systèmes de convois, opérations conjointes ou, dans des circonstances extrêmes, évacuations conjointes ou retrait des services dans certaines zones).

Cette unité d'action en faveur d'un accès fondé sur des principes est cruciale pour le maintien des interventions humanitaires dans les régions extrêmement dangereuses. Il importe de noter que la coordination de la sécurité peut également se faire « en coulisses » et ne doit pas nécessairement compromettre l'indépendance d'une équipe médicale.

### 3.1.5 Protection

Les questions de protection font partie des défis les plus importants pour l'intervention humanitaire dans les situations de conflit. Elles sont souvent complexes et politisées. Attirer l'attention sur les obstacles à la protection ou sur les difficultés rencontrées par des groupes ou des personnes vulnérables constitue un aspect important d'une intervention fondée sur des principes. Toutefois, dans l'environnement extrêmement chargé d'un conflit, soulever publiquement des questions liées à la protection peut comporter un certain risque et précipiter des réactions négatives de la part des parties au conflit.

Les mécanismes de coordination peuvent appuyer l'impératif humanitaire qui est essentiel à la protection des plus vulnérables : ils fournissent une plateforme et un cadre importants qui permettront de clarifier et de souligner les priorités en matière de protection, d'identifier tant les groupes de population invisibles que les groupes fortement exposés et, collectivement, d'avoir plus de poids et de mieux faire entendre leur voix.

### 3.1.6 Défense et sensibilisation

Les activités de défense et de sensibilisation peuvent prendre diverses formes et entrer en jeu dans tous les points qui précèdent. Elles consistent à exprimer son opinion en privé ou en public, généralement pour surmonter les difficultés dans l'accès fondé sur des principes ou pour mettre en évidence les problèmes rencontrés par les communautés touchées. Jouer un rôle de défenseur, en privé ou en public, peut également entraîner des accusations et des suspicions de parti pris politique et de manque de neutralité qui peuvent nuire à la personne et à l'ensemble de l'intervention humanitaire. Il convient donc d'étudier soigneusement les conséquences de ces efforts. Les mécanismes de coordination peuvent constituer un cadre idéal pour prendre position de façon subtile et rechercher un consensus.

Bien que les acteurs puissent s'exprimer individuellement sur des questions particulières et le fassent, une voix collective aura plus de poids et sera plus visible si elle émane d'un organe de coordination d'acteurs humanitaires et si elle s'inscrit dans le contexte des principes humanitaires. Elle peut également étayer les déclarations d'organisations chefs de file et de gouvernements cherchant à trouver des solutions diplomatiques, à élargir l'action humanitaire et à influencer les principaux décideurs.

## 3.2 Points à prendre en considération avant le déploiement

Lors de l'analyse approfondie du conflit avant le déploiement, il convient de prendre contact avec des groupes de coordination afin de mieux comprendre l'environnement dans lequel ils travaillent.

Il est extrêmement important que les équipes médicales se coordonnent entre elles et déterminent dans quels mécanismes de coordination il est essentiel de s'impliquer et quelle serait la meilleure manière d'y participer pendant le déploiement. Les EMT devraient également réfléchir aux questions suivantes :

- Quel mécanisme de coordination est le plus efficace pour nous permettre d'accéder aux populations touchées dans le respect des principes fondamentaux et pendant toute la durée de la mission ?
- En participant à un mécanisme de coordination donné, devons-nous faire des compromis sur les principes humanitaires (lesquels ?) ou risquons-nous d'être perçus comme un acteur qui prend parti ou qui ne respecte pas les principes humanitaires, et ce, potentiellement pendant toute la durée de la mission ?

### 3.3 Types de mécanismes de coordination

Beaucoup de facteurs entrent en jeu pour déterminer quels mécanismes de coordination activer (et où). Dans tous les cas, les équipes médicales doivent effectuer une analyse de l'horizon opérationnel et s'engager de manière respectueuse des principes, comme indiqué plus haut. Des mécanismes de coordination peuvent être présents dans les capitales nationales, sur le théâtre des opérations, dans les pays voisins ou dans le monde entier. Ils serviront à répondre à diverses questions et assureront plusieurs fonctions, allant du financement aux considérations opérationnelles en passant par les orientations stratégiques et l'alignement des positions. Les équipes médicales qui participent à la coordination doivent donner la priorité aux besoins de la population, à l'accès, aux soins médicaux de qualité, à la sûreté, à la sécurité et à la protection. Les équipes peuvent également être témoins de tensions et de désaccords entre différents mécanismes. Elles doivent rester concentrées sur la mission humanitaire fondée sur des principes, sur les soins de qualité aux patients et sur l'accès sûr aux blessés et aux malades. Il est important de souligner que les populations touchées et certaines parties au conflit sur le terrain ne comprendront peut-être pas complètement la différence entre les diverses catégories d'équipes et leurs affiliations lorsqu'elles viendront se faire soigner.

#### 3.3.1 Autorités des pays d'accueil

Les autorités locales ont pour mission primordiale de venir en aide à la population touchée. Elles soutiennent généralement un type de mécanisme de coordination officiel ou informel. Le dialogue entre l'équipe médicale et les autorités du pays d'accueil est essentiel, comme indiqué au chapitre 2, et doit être mené dans le respect des principes, en faisant très attention à la manière dont il est perçu par les communautés touchées et par les parties au conflit.

Les organismes de mise en œuvre doivent être conscients que tous les conflits sont différents du point de vue du contexte et que cela vaut également pour l'attitude des autorités à l'égard des acteurs internationaux intervenant dans leur pays. Il est presque inévitable que le gouvernement national du pays d'accueil soit un acteur ou une partie au conflit et ait donc un point de vue établi, des positions politiques et militaires et des intérêts particuliers.

Les organismes doivent comprendre et garder à l'esprit les facteurs ci-dessus, sans oublier que le gouvernement du pays d'accueil demeure le porteur de devoirs et, à ce titre, est responsable de satisfaire aux besoins élémentaires de ses citoyens. Néanmoins, il peut arriver que les gouvernements des pays d'accueil ne puissent pas ou ne veuillent pas accorder l'accès à certaines catégories de personnes touchées à l'intérieur de leurs frontières. Une aide humanitaire locale ou internationale fondée sur des principes peut alors être la solution pour y remédier.

### 3.3.2 Ministère de la santé du pays d'accueil

Le ministère de la santé doit prendre la direction de la coordination des activités sanitaires. Les organisations de mise en œuvre doivent se faire connaître auprès du ministère. Elles devront obtenir des permissions et des autorisations pour que le personnel médical puisse exercer, et les équipes médicales devront se familiariser avec le personnel, les processus et les réunions de coordination. Dans ces contextes, les équipes doivent faire attention à ne pas paraître recevoir des ordres ou être manipulées.

### 3.3.3 Agence nationale de gestion des catastrophes ou coordination humanitaire nationale

Comme dans toute situation d'urgence humanitaire, l'agence nationale de gestion des catastrophes (le cas échéant) fera très probablement office de chef de file dans le cadre de la coordination des organismes par les autorités nationales. Les équipes médicales seront censées se coordonner ou au moins se faire connaître auprès de cette agence, directement ou par l'intermédiaire de l'organisation ou du mécanisme qui les déploie. Une fois encore, dans ce contexte, les équipes doivent faire attention à ne pas paraître recevoir des ordres ou être manipulées.

### 3.3.4 Coordination militaire-militaire

Des mécanismes de coordination entre forces armées seront également établis. Les EMT militaires doivent veiller à bien coordonner leurs activités par l'intermédiaire de mécanismes de coordination civilo-militaire et militaire-militaire, conformément aux Directives sur l'utilisation des ressources militaires et de protection civile à l'appui des activités humanitaires de l'ONU dans le cadre des situations d'urgence complexes <sup>[107]</sup>. Les équipes médicales militaires doivent faire attention à ne pas paraître recevoir des ordres ou être manipulées dans les contextes de conflit armé et être conscientes des répercussions que leurs actions peuvent avoir sur les acteurs humanitaires médicaux à l'œuvre sur le terrain ou ailleurs dans l'environnement humanitaire.

### 3.3.5 Groupes armés non étatiques

L'expression « acteurs non étatiques » englobe un large éventail de personnes, de groupes et d'organismes. Les acteurs non étatiques et leurs groupes armés peuvent prendre diverses formes (108). Les conflits modernes se caractérisent par une prolifération d'acteurs non étatiques qui contrôlent des territoires, et donc l'accès aux populations. Il est nécessaire de procéder à une analyse rigoureuse du contexte pour que les équipes médicales puissent intervenir en sécurité, obtenir et conserver l'accès aux populations, éviter toute manipulation, apaiser les tensions, être conscientes du risque de criminalisation, prendre des mesures d'atténuation et maintenir une approche fondée sur des principes.

### 3.3.6 ONU au niveau mondial

Le Secrétaire général adjoint aux affaires humanitaires et Coordonnateur des secours d'urgence est responsable de la supervision de toutes les situations d'urgence pour lesquelles l'aide humanitaire de l'ONU est nécessaire, et il fait également office de point de contact central pour les activités de secours gouvernementales, intergouvernementales et non gouvernementales (avec quelques exceptions pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, expliquées plus en détail dans la section 3.3.11). Le Coordonnateur des secours d'urgence assure également la présidence du Comité permanent interorganisations (CPI), une plateforme interorganisations de coordination, d'élaboration de politiques et de prise de décision qui rassemble les principaux partenaires humanitaires de l'ONU et hors ONU. La plupart des outils de coordination humanitaire ainsi que de nombreuses directives humanitaires sont mis au point au niveau mondial dans le cadre du CPI.

### 3.3.7 ONU au niveau national

L'équipe de pays pour l'action humanitaire est présidée par le coordonnateur des opérations humanitaires et se compose d'un nombre limité d'organisations humanitaires afin de permettre une prise de décision efficace. Le principal critère pour en être membre est la pertinence opérationnelle. Les membres représentent leurs organisations respectives au plus haut niveau (représentant national ou équivalent), ainsi que les secteurs thématiques pour lesquels ces organisations font office d'organisme chef de file.

À l'échelle nationale, l'architecture de la coordination humanitaire peut être résumée comme suit :

- Niveau stratégique : Équipe de pays pour l'action humanitaire, dirigée par le coordonnateur des opérations humanitaires
- Niveau opérationnel : Groupe de coordination intersectoriel
- Niveau technique : Secteurs/groupes

Dans l'architecture de la coordination humanitaire, le CICR a un statut officiel d'observateur (voir la section 3.3.11) et MSF participe aussi habituellement en tant qu'observateur.

Si une mission de l'ONU est déployée dans un pays, le plus haut représentant de l'ONU est le Représentant spécial du Secrétaire général. Dans ce cas, le coordonnateur résident est souvent le Représentant spécial adjoint du Secrétaire général. En plus d'assumer les fonctions de Représentant spécial adjoint du Secrétaire général et de coordonnateur résident, le même fonctionnaire est souvent désigné comme coordonnateur des opérations humanitaires et porte donc une triple casquette.

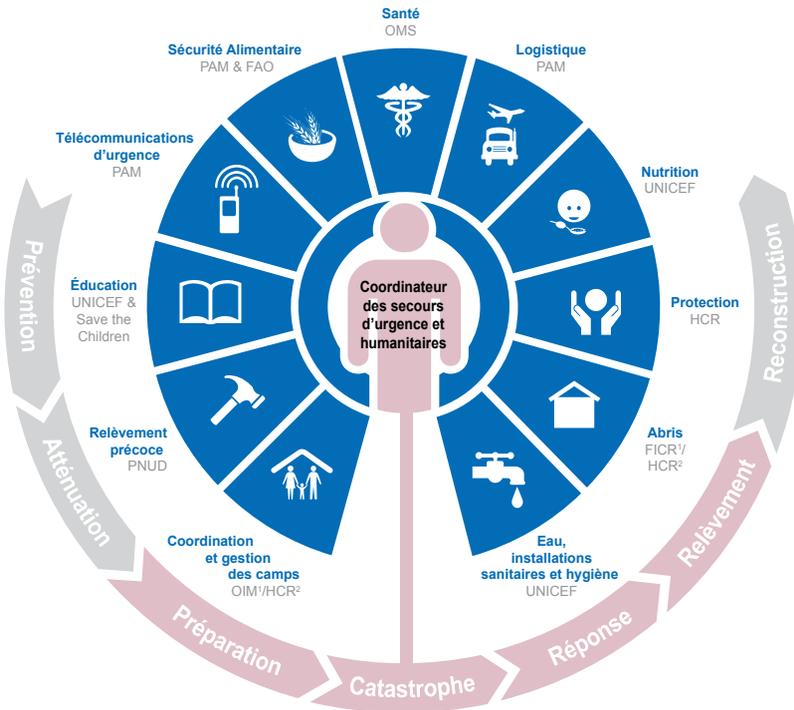
### 3.3.8 Approche sectorielle de l'aide humanitaire

L'approche sectorielle de l'ONU vise à renforcer l'aide humanitaire dans les situations d'urgence en clarifiant la division du travail entre les organisations humanitaires, en évitant les lacunes et en assurant une approche cohérente.

Les groupes sectoriels peuvent être officiellement activés lorsque les mécanismes de coordination existants sont submergés ou limités dans leur capacité à répondre aux besoins constatés conformément aux principes humanitaires. Ils contribuent à la mise en œuvre de l'aide humanitaire en assurant la coordination, l'exécution et le suivi des projets et en réalisant des évaluations des besoins conjointes et des analyses des lacunes sur le terrain. Ils aident également le coordonnateur ou l'équipe de pays pour l'action humanitaire à prendre des décisions stratégiques éclairées, grâce à la planification sectorielle et à l'élaboration de stratégies. Il existe onze groupes sectoriels mondiaux (voir la figure 5) composés d'organisations humanitaires de l'ONU et hors ONU dans chacun des principaux secteurs de l'action humanitaire, tels que l'eau, la santé et la logistique. Ils sont désignés par le Comité permanent interorganisations (CPI) et ont des responsabilités claires en matière de coordination. Jusqu'à onze groupes sectoriels thématiques peuvent être établis en réponse aux situations d'urgence. Chacun est dirigé par un organisme chef de file désigné du système des Nations Unies (l'OMS pour la santé). Il importe de noter que ce système est conçu pour aider les autorités nationales, notamment celles présentes dans des zones contrôlées par des acteurs non gouvernementaux, à mettre

en œuvre une intervention efficace. Dans un contexte de conflit armé, en particulier en cas de guerre civile ou de rébellion, les groupes sectoriels peuvent cibler un groupe de population limité ou une région géographique donnée.

Figure 4. Groupes sectoriels thématiques et organismes des Nations Unies chefs de file



Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2015); Module de référence pour la coordination sectorielle au niveau national

Le *Health Cluster Guide* indique comment l'organisme chef de file, le coordonnateur du groupe sectoriel pour la santé et les partenaires peuvent collaborer pendant une crise humanitaire pour atteindre les objectifs qui sont la réduction de la mortalité, de la morbidité et de l'invalidité évitables et le rétablissement, le plus rapidement possible, de la prestation de soins de santé préventifs et curatifs et de l'accès équitable à ces soins. Ce manuel définit les principes clés de l'action humanitaire dans le domaine de la santé et illustre comment la coordination et les efforts conjoints entre les acteurs du secteur de la santé travaillant en partenariat peuvent améliorer l'efficacité et l'efficacité des interventions sanitaires. Il s'inspire notamment de documents du Comité permanent interorganisations (109), mais comporte également des enseignements tirés de l'expérience sur le terrain.

Le *Health Cluster Guide*, qui peut être téléchargé sur le site du Groupe sectoriel mondial pour la santé, fournit aux équipes des orientations pratiques détaillées [110]. Il importe de mentionner que le Groupe sectoriel mondial pour la santé a publié une note de synthèse sur la coordination civilo-militaire pendant l'action humanitaire dans le secteur de la santé [18]. Ce document contient une grille d'évaluation des risques liés à la participation des forces armées à l'action humanitaire, qui repose sur deux hypothèses :

- 1) en règle générale, l'assistance sanitaire directe ne doit être apportée que par des organismes humanitaires civils ;
- 2) plus il y a d'acteurs militaires impliqués dans les dynamiques du conflit, plus les deux milieux (militaire et humanitaire) doivent être séparés afin de préserver l'impartialité réelle et perçue des actions humanitaires.

### 3.3.9 Cellule de coordination des équipes médicales d'urgence

Dans les contextes hors conflit, la coordination des EMT relève normalement du centre des opérations d'urgence sanitaire du pays touché, qui est dirigé par le gouvernement ([Livre bleu](#)). En revanche, en cas de conflit actif, la coordination des EMT passe souvent par un groupe de travail sur la gestion des cas cliniques ou sur les traumatismes, qui agit sous l'égide du groupe sectoriel pour la santé ou d'un autre mécanisme de coordination indépendant, tel que le Centre local de coordination des opérations. Le Centre local virtuel de coordination des opérations [111] peut activer une plateforme en ligne permettant de fournir des informations utiles et d'aider aux décisions de déploiement. Comme tous les mécanismes ne seront pas automatiquement présents, les équipes doivent analyser l'espace opérationnel et déterminer la meilleure ligne de conduite.

L'approche de coordination énoncée dans le [Livre bleu](#) pour les EMT est la suivante :

La coordination des EMT doit s'inscrire dans les cadres d'intervention d'urgence existants et, si possible, être dirigée par les sections du ministère de la santé chargées des soins cliniques ou des interventions d'urgence, au sein du pilier des opérations sanitaires du centre des opérations d'urgence. Ce mécanisme sert de point de coordination central pour l'obtention et l'analyse des informations essentielles liées à l'événement en cause, par exemple concernant les dégâts causés aux infrastructures sanitaires et l'impact sur les services préexistants, afin de guider les décisions stratégiques et opérationnelles qui doivent en découler. Pour cette fonction des EMT, il peut être nécessaire de faire appel à des experts de l'OMS afin de soutenir à leur arrivée les EMT, les membres de l'Équipe des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe ou les experts bilatéraux directement déployés par des pays voisins. Certaines agences ou ONG internationales peuvent déployer des EMT et d'autres experts dans le domaine de la santé ou dans d'autres

domaines particuliers, tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène, le logement, ou encore la violence sexuelle et fondée sur le genre. Il est crucial que les divers mécanismes de coordination communiquent entre eux et coordonnent leurs actions en interne. La coordination des EMT est un domaine spécialisé qui nécessite une formation, idéalement en suivant le cours de l'OMS sur la Cellule de coordination des équipes médicales d'urgence. S'il n'existe pas de personne référente au niveau national, un fonctionnaire du ministère de la santé spécialiste des situations d'urgence doit être désigné comme coordonnateur des EMT, mais il devra être appuyé par un expert de l'OMS spécialisé dans la coordination des EMT ou recevoir de l'aide au moyen des canaux évoqués ci-dessus.

### 3.3.10 Coordination civilo-militaire des activités humanitaires des Nations Unies (UN-CMCoord)

La coordination civilo-militaire de l'action humanitaire est l'une des fonctions fondamentales du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA)<sup>32</sup>. La CMCoord facilite une approche cohérente et uniforme des acteurs humanitaires dans leurs interactions avec les militaires et d'autres groupes armés, ce qui contribue à renforcer la compréhension et le respect de l'action humanitaire. L'OCHA est le gardien des lignes directrices CMCoord et des documents y associés.

La portée et la nature de l'interaction entre, d'une part, les acteurs humanitaires et, d'autre part, les militaires et autres acteurs armés dépendent toujours du contexte. En cas de catastrophe naturelle, technologique ou environnementale, l'utilisation des ressources militaires à des fins humanitaires et la coordination des activités humanitaires avec les militaires visent avant tout à améliorer l'efficacité et l'efficience des efforts combinés. Dans un environnement dangereux, par exemple lors d'un conflit armé, la coexistence est souvent le terme le plus approprié pour décrire la relation entre les acteurs humanitaires et militaires. La coordination a pour but de limiter la concurrence et les incohérences et de maintenir la distinction entre les objectifs et les stratégies humanitaires et militaires. Elle garantit ainsi que l'action humanitaire est perçue comme neutre, impartiale et indépendante. Le Manuel de terrain UN-CMCoord (112) fournit des orientations approfondies à ce sujet.

L'un des principes essentiels des directives de l'ONU relatives à la coordination civilo-militaire est le principe du dernier recours. En cas de catastrophe en temps de paix, le recours aux forces militaires étrangères<sup>33</sup> ne doit être envisagé qu'en l'absence

<sup>32</sup> La Section de la coordination civilo-militaire de l'OCHA est le point de contact désigné au sein du système des Nations Unies en ce qui concerne la coordination civilo-militaire de l'action humanitaire. Elle soutient les activités et les opérations pertinentes sur le terrain et au niveau du siège.

<sup>33</sup> L'expression « ressources militaires et de la protection civile » est employée dans les directives mondiales sur la CMCoord. Aujourd'hui, on utilise plus fréquemment l'expression « ressources militaires étrangères ». Les définitions de ces deux termes englobent le personnel et les organisations militaires étrangères, les biens et services fournis par des acteurs militaires (notamment la logistique, le transport, la sécurité, l'aide médicale, le génie, les communications, les fournitures et l'équipement), ainsi que le financement, les contrats commerciaux, le matériel et le soutien technique fournis par des acteurs militaires.

d'alternative civile comparable en termes de temps et/ou de capacités, pour répondre à un besoin humanitaire crucial. Dans les environnements dangereux complexes, ce concept est encore plus important : les ressources militaires, y compris les EMT, ne doivent être utilisées qu'en dernier recours pour répondre à une situation mettant des vies en danger. Toutefois, les EMT et d'autres formes de soutien logistique d'armées étrangères pourraient renforcer les interventions médicales militaires de l'État touché par le biais d'arrangements entre États visant à réduire les retombées sur les infrastructures sanitaires civiles. En principe, les ressources militaires étrangères des forces ou des unités belligérantes combattantes ne sont pas utilisées pour soutenir les activités humanitaires. Les décideurs doivent peser le risque encouru par les travailleurs humanitaires, notamment en ce qui concerne leur capacité, présente et future, à accéder aux populations et à intervenir efficacement, par rapport à l'immédiateté des besoins de la population concernée et à la nécessité d'avoir recours à des ressources militaires étrangères.

En règle générale, la plupart des acteurs humanitaires préfèrent ne pas utiliser d'escortes armées. Dans des circonstances exceptionnelles, l'utilisation d'escortes armées est nécessaire en dernier recours pour permettre l'action humanitaire. Avant de prendre une décision sur de telles exceptions, les conséquences et des solutions alternatives à l'utilisation d'escortes armées doivent être envisagées. Les conséquences possibles de l'utilisation d'escortes sont les suivantes : a) la coopération (perçue) avec un acteur armé peut compromettre la neutralité, l'impartialité et l'indépendance, réelles et perçues, de l'organisation ou de la communauté humanitaire ; b) la coopération, réelle ou perçue, avec un acteur armé peut accroître la vulnérabilité d'un convoi à une attaque commise par des acteurs armés adverses ; c) l'utilisation d'escortes armées par un acteur humanitaire peut avoir une incidence négative pour la sécurité d'autres acteurs qui n'en utilisent pas ; d) la dépendance à l'égard d'un acteur armé compromet la viabilité de l'opération humanitaire ; e) la coopération avec un acteur armé peut rendre impossible ou dangereuse l'intervention sur un territoire contrôlé par un autre groupe armé.

Bien qu'il ne soit pas explicitement prévu dans la Charte, le maintien de la paix est l'un des principaux outils actuels utilisés par le Conseil de sécurité de l'ONU pour maintenir la paix et la sécurité<sup>34</sup>. Traditionnellement, les opérations de maintien de la paix des Nations Unies étaient établies pour soutenir un processus politique comme la mise en place d'un cessez-le-feu ou d'un accord de paix. Au cours des dernières décennies, l'éventail des tâches s'est élargi considérablement en raison de l'évolution de la nature des conflits. Certaines résolutions du Conseil de sécurité ont établi des mandats rigoureux par lesquels l'ONU est devenue partie à un conflit et a choisi un camp. Il est important de ne pas oublier que les missions de maintien de la paix ont des objectifs politiques et militaires. Les acteurs humanitaires doivent maintenir une indépendance visible à l'égard des structures politiques et militaires afin de préserver l'espace humanitaire.

<sup>34</sup> Le fondement juridique est inscrit aux chapitres VI, VII et VIII de la Charte des Nations Unies. Le chapitre VI porte sur le « Règlement pacifique des différends ». Le chapitre VII contient les dispositions relatives à l'« Action en cas de menace contre la paix, de rupture de la paix et d'acte d'agression ». Le chapitre VIII prévoit la participation d'accords ou d'organismes régionaux au maintien de la paix et de la sécurité internationales.

La coordination civilo-militaire a un rôle essentiel à jouer dans le dialogue avec la mission de maintien de la paix pour promouvoir les objectifs humanitaires et les besoins opérationnels. Des orientations propres au contexte ont été élaborées dans plusieurs pays où se déroulent des opérations de maintien de la paix et peuvent être signées par le coordonnateur résident et coordonnateur pour les opérations humanitaires, par le Représentant spécial du Secrétaire général et par le commandant de la force [113]. Elles peuvent comporter des dispositions relatives aux évacuations sanitaires à des fins humanitaires impliquant du personnel non onusien, qui sont coordonnées par des acteurs humanitaires ne participant pas à la mission de maintien de la paix. Dans certaines circonstances uniquement, lorsque la communauté humanitaire ne peut pas y pourvoir en raison de son mandat ou de ses ressources, l'OCHA peut solliciter, en dernier recours, l'assistance d'une mission de maintien de la paix [114]. Les orientations spécifiques au contexte dans le cas des missions de maintien de la paix comprennent également des dispositions relatives aux projets à effet rapide<sup>35</sup>. Les activités peuvent inclure des activités « de type humanitaire », mais ne doivent pas être confondues avec l'action humanitaire réelle entreprise par les acteurs humanitaires conformément aux principes humanitaires<sup>36</sup>. Les projets à effet rapide doivent être coordonnés avec la communauté humanitaire. Les projets à effet rapide des missions de maintien de la paix portant sur le développement et l'assistance humanitaire ne peuvent pas être entrepris sans le consentement du coordonnateur pour les opérations humanitaires [112].

Un système de notification humanitaire<sup>37</sup> ou des mécanismes de déconfliction<sup>38</sup> [75, 25] peuvent être activés. Les équipes doivent veiller à être rattachées à un système de notification humanitaire établi qui est complémentaire des autres fonctions de la CMCoord, telles que l'établissement, la facilitation et le maintien du dialogue entre les acteurs humanitaires et les forces militaires. L'échange d'informations avec les parties au conflit n'est pas nouveau. La mise en place de systèmes de notification officiels, systématisés et structurés est le résultat de l'augmentation des opérations aériennes menées par une coalition ou par des États avec peu ou pas de troupes au sol.

<sup>35</sup> Des projets à petite échelle et à faible coût qui sont planifiés et exécutés dans un délai court par des acteurs militaires. Les projets à effet rapide sont principalement mis en œuvre par des acteurs locaux, notamment les autorités locales, les organisations non gouvernementales et les organisations populaires. Ainsi, la réalisation de ces projets contribue à renforcer les capacités de gestion de la communauté tout en élargissant la portée d'une mission au niveau local.

<sup>36</sup> Voir également la référence 114. En première instance, le travail humanitaire devrait être effectué par des organisations humanitaires. Si les organisations militaires peuvent contribuer à soutenir le travail humanitaire, leur rôle devrait essentiellement viser à créer un environnement sûr et sécuritaire propice à l'action humanitaire et à la protection des civils. En particulier, la Mission des Nations Unies au Soudan du Sud (MINUSS) devrait éviter de prendre part à des efforts de secours directs destinés à obtenir la sympathie et l'adhésion des populations. De plus, si les populations civiles l'interrogent sur des questions humanitaires, la MINUSS devrait orienter ces demandes de renseignements à l'OCHA ou à l'organisme d'aide le plus pertinent. Si, pour des raisons extraordinaires, la MINUSS doit participer aux activités de secours, elle doit consulter au préalable l'OCHA. Si des acteurs humanitaires sollicitent l'aide de la MINUSS pour soutenir des activités [par exemple, transport de marchandises ou mise à disposition d'une escorte armée, réparation de routes, établissement de réseaux de communication, etc.], ces demandes devront suivre les procédures convenues, décrites dans la section relative à l'utilisation des ressources de la MINUSS et au recours à des escortes armées ou à la protection militaire de la MINUSS.

<sup>37</sup> Pour éviter de susciter de la confusion et de brouiller la distinction, les acteurs humanitaires sont encouragés à utiliser un terme plus neutre, comme « système de notification humanitaire », au lieu de « déconfliction ».

<sup>38</sup> Déconfliction [terme militaire] : Échange d'informations en matière de planification entre les acteurs humanitaires et militaires afin de prévenir ou de résoudre des conflits entre les deux ensembles d'objectifs, d'éliminer les obstacles à l'action humanitaire et d'éviter les dangers potentiels pour le personnel humanitaire. Cela peut inclure la négociation de trêves militaires, l'arrêt temporaire d'hostilités, des cessez-le-feu, la notification de l'emplacement des établissements médicaux ou des couloirs de sécurité pour la fourniture de l'aide.

Des mécanismes de notification<sup>37</sup> peuvent être activés. Comme indiqué précédemment, il convient toutefois d'émettre une réserve, car la « déconfliction », en tant que solution générale, pose certaines difficultés :

1. Elle décharge les parties au conflit armé de leurs propres obligations à l'égard des humanitaires, dont celle de contribuer à la déconfliction.
2. Elle crée une fausse dichotomie entre les personnes et les biens qui sont visés ou non par des mécanismes de déconfliction, alors que tous sans distinction doivent être protégés au titre du droit international humanitaire.

On considère souvent, à tort, qu'inclure des biens de caractère civil dans un mécanisme de notification humanitaire garantit ou renforce leur protection. En vertu du DIH, un bien de caractère civil peut devenir un objectif militaire si, par son utilisation, il apporte une contribution effective à l'action militaire et si sa destruction totale ou partielle, sa capture ou sa neutralisation confèrent en l'occurrence un avantage militaire précis. En outre, le DIH tolère les dommages accidentels aux biens de caractère civil dans une certaine mesure au titre du principe de proportionnalité. Il est donc important de noter qu'inclure un bien de caractère civil dans un mécanisme de notification ne lui confère pas d'immunité contre les dommages ni de protection accrue au titre du DIH.

#### Directives importantes du Comité permanent interorganisations (113) :

1. Directives sur l'utilisation des ressources militaires et de protection civile à l'appui des activités humanitaires de l'ONU dans le cadre des situations d'urgence complexes (2003, révisées en 2006)<sup>39</sup>
2. Document de référence sur les relations entre civils et militaires dans les situations d'urgence complexes (2004)
3. Directives non contraignantes sur l'utilisation d'escortes armées pour les convois humanitaires (2013)

<sup>39</sup> Dispositions importantes : a) accès humanitaire aux populations vulnérables : la coordination civilo-militaire doit faciliter, sécuriser et garantir l'accès humanitaire ; b) perception de l'action humanitaire : l'aide humanitaire à toutes les populations dans le besoin ne doit être subordonnée à aucune condition politique ou militaire ; c) distinction entre les civils et les militaires dans l'action humanitaire : une distinction nette doit être maintenue entre les combattants et les non-combattants ; d) indépendance opérationnelle de l'action humanitaire : les acteurs humanitaires doivent conserver la haute main sur la réalisation et la direction des activités humanitaires ; e) sécurité du personnel humanitaire : la sécurité assurée par les militaires ne doit être envisagée qu'en dernier recours.

### 3.3.11 CICR et Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Le Mouvement se compose de trois principales institutions <sup>[114]</sup> : le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et, au niveau national, les sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les rôles et l'expertise de chaque institution sont différents, mais toutes fonctionnent selon les mêmes principes fondamentaux <sup>[115]</sup>. Chacune possède également ses propres équipes médicales, qui sont agréées et coordonnées par les mécanismes existants du Mouvement, et non par le mécanisme des EMT ou dans le cadre de celui-ci. Les équipes médicales du Mouvement devront toutefois se coordonner avec les EMT afin d'éviter le chevauchement des efforts et les lacunes et d'optimiser l'impact humanitaire.

La Fédération coordonne les équipes médicales déployées à l'international par les sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (par l'intermédiaire des mécanismes existants du Mouvement) en cas de catastrophe naturelle ou dans d'autres situations d'urgence où le Livre bleu s'applique, tandis que, dans les contextes de conflit armé, c'est le CICR qui est le chef de file et le coordonnateur global de l'intervention internationale du Mouvement<sup>40</sup>. En général, le CICR intègre ces équipes médicales à ses propres opérations et coordonne leurs déploiements avec la société nationale dans les pays touchés<sup>41</sup> à l'aide de son mécanisme interne de déploiement, le Mécanisme de déploiement rapide du CICR, qui est l'équivalent en temps de conflit du Cadre d'intervention d'urgence de la Fédération, mentionné ci-après.

Le CICR est investi d'un mandat spécial en vertu du DIH qui lui confère un statut juridique international, distinct de celui des ONG et comparable à celui d'organisations internationales intergouvernementales telles que l'ONU. Les accords de siège négociés avec les autorités des pays assurent au CICR une certaine protection juridique, par exemple l'immunité contre certaines procédures judiciaires et l'inviolabilité de ses locaux, de ses documents et de ses données, protégés contre tout accès aux fins de poursuites pénales.

En raison de ce mandat spécial, le CICR a une relation particulière avec le système de coordination de l'ONU, au sein duquel il est reconnu en tant qu'observateur sans en être membre à part entière. En bref, le CICR se coordonne avec les mécanismes de coordination dirigés par l'ONU, mais n'est pas coordonné par ces mécanismes. Sur le

<sup>40</sup> Les unités d'intervention d'urgence sont déployées sous l'égide du CICR en cas de conflit armé, et sous l'égide de la Fédération en cas de catastrophe naturelle.

<sup>41</sup> TCe rôle du CICR est reconnu au paragraphe 4, alinéa b) de l'article 5 des Statuts du Mouvement : « Dans les situations visées à l'alinéa 2 d) du présent article et qui nécessitent une coordination de l'assistance apportée par les Sociétés nationales d'autres pays, le Comité international, en collaboration avec la Société nationale du ou des pays concernés, assure cette coordination conformément aux accords conclus avec la Fédération ».

terrain et au niveau institutionnel, le CICR s'applique à communiquer régulièrement avec l'ONU et les autres organisations dans le but d'améliorer l'intervention humanitaire dans son ensemble.

Au-delà de son mandat spécial en vertu du DIH, la position de niche du CICR s'explique par son expertise et son expérience opérationnelle en temps de conflit et par son approche de la gestion de la sécurité, laquelle repose sur l'acceptation grâce au dialogue avec les parties à un conflit, de sorte que le CICR est perçu par tous les camps comme étant neutre, indépendant et impartial. Ainsi, le CICR s'efforce de donner l'exemple en matière d'action humanitaire pertinente, rapide et efficace en situation de conflit conformément aux principes humanitaires.

Les équipes des sociétés nationales de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge qui sont déployées dans d'autres pays sont tenues d'obéir aux règles et aux règlements du Mouvement, lesquels englobent les principes et règles fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ainsi qu'un grand nombre de politiques qui régissent les modalités de la coordination et de la coopération entre les équipes et avec les autres acteurs. Elles ont pour mandat de se coordonner avec la société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge dans le pays touché. Dans un conflit armé, les équipes médicales des sociétés nationales (capacités de renfort) sont déployées et gérées directement par le CICR dans le cadre de son mécanisme de déploiement rapide. En cas de catastrophe naturelle ou d'épidémie, les équipes médicales des sociétés nationales et les unités d'intervention d'urgence sont déployées sous l'égide du cadre d'intervention d'urgence de la Fédération. Les sociétés nationales peuvent également déployer leur personnel dans le cadre de leurs EMT nationales.

Quant aux sociétés nationales locales, elles sont très souvent les premières à intervenir et dialogueront avec les nombreux intervenants, avec les acteurs concernés et avec les communautés touchées. Leur personnel et leurs bénévoles sont fréquemment en première ligne, intégrés au sein des communautés, et coordonnent leurs activités avec de nombreux acteurs, conformément aux règles et aux principes du Mouvement. Elles ont habituellement pour tâche de venir en aide aux communautés touchées et leurs activités incluent généralement, sans toutefois s'y limiter, la fourniture des premiers secours.

Ces spécificités expliquent pourquoi le déploiement des équipes médicales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge est soumis aux règles propres au Mouvement et doit être coordonné par le CICR lors d'un conflit armé et par la Fédération en cas de catastrophe ou d'épidémie (les deux organisations se coordonnent entre elles en cas de crise mixte, lorsqu'une catastrophe ou une épidémie se produit dans une zone de conflit), plutôt que par le mécanisme des EMT ou par d'autres mécanismes relevant du système des Nations Unies.

### 3.4 Implications pour les différentes catégories d'équipes déployées

Les équipes médicales se distinguent par leur affiliation, leur nationalité, leurs capacités et l'organisation qui les déploie. Indépendamment de ces différences, il est essentiel de coordonner toutes les équipes et d'avoir connaissance de l'ensemble des capacités et ressources disponibles, des compétences, de l'emplacement des structures, des plans, des arrangements relatifs à l'aiguillage des patients, ainsi que des types de maladies et de blessures et du nombre de cas pris en charge. Pour rassembler toutes ces informations cruciales, il est impératif que les équipes rendent des comptes régulièrement et communiquent avec les mécanismes de coordination. Comme indiqué au chapitre 1, les équipes ne peuvent pas toutes être indépendantes ou être perçues comme neutres, mais toutes les équipes nationales et internationales ont un rôle important à remplir et un espace où mener à bien leur rôle respectif. C'est le cas en particulier de certaines équipes militaires et gouvernementales. Pour une réflexion approfondie sur les définitions des organisations et des acteurs impartiaux, se reporter à la base de données du DIH <sup>[116]</sup>.

Tableau 12. Catégories d'équipes déployées et considérations particulières

Catégorie d'équipe	Livre bleu Catastrophes naturelles/ situations d'urgence/épidémies – principes d'humanité et d'impartialité applicables à toutes les équipes	Livre rouge Urgences sanitaires lors de conflits armés et dans des environnements dangereux – DIH et principes d'humanité et d'impartialité applicables à toutes les équipes
1. EMT civiles classées <sup>42</sup> 1.a ONG civiles nationales 1.b ONG civiles internationales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes s'appliquent.</li> <li>• Le ministère de la santé coordonne les opérations d'intervention (avec l'appui de l'OMS).</li> <li>• Certaines équipes peuvent être sous contrat de plusieurs organismes des Nations Unies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes s'appliquent.</li> <li>• L'OMS coordonne les déploiements.</li> <li>• Si le Conseil de sécurité de l'ONU a pris parti, cela aura une incidence sur le rôle de l'OMS.</li> <li>• Dans le cas d'une ONG locale, la neutralité et l'indépendance peuvent être un problème.</li> </ul>
2. EMT gouvernementales 2.a Ministère de la santé (classification sans objet) 2.b EMT internationales classées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes s'appliquent.</li> <li>• Le ministère de la santé coordonne les opérations d'intervention (avec l'appui de l'OMS).</li> <li>• La classification ne s'applique pas aux équipes du ministère de la santé qui interviennent au niveau national.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines normes s'appliquent.</li> <li>• La neutralité et l'indépendance peuvent être un problème.</li> <li>• La classification ne s'applique pas aux équipes du ministère de la santé qui interviennent au niveau national.</li> </ul>

<sup>42</sup> Sont également incluses dans les équipes classées celles pour lesquelles des processus de mentorat et de vérification par les pairs sont en cours.

<p>3. EMT gouvernementales</p> <p>4. EMT militaires</p> <p>4.a EMT nationales (classification sans objet)</p> <p>4.b EMT internationales classées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes s'appliquent.</li> <li>• Coordination par l'intermédiaire de l'organisation contractante.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes s'appliquent.</li> <li>• Déploiements bilatéraux.</li> <li>• Le ministère de la défense ou de la santé coordonne les opérations d'intervention (avec l'appui de l'OMS).</li> <li>• La classification ne s'applique pas aux équipes du ministère de la défense qui interviennent au niveau national.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La neutralité et l'indépendance peuvent être un problème.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiements bilatéraux.</li> <li>• La neutralité et l'indépendance peuvent être un problème.</li> <li>• La classification ne s'applique pas aux équipes du ministère de la défense qui interviennent au niveau national.</li> </ul>
<p>5. Équipes médicales civiles nationales ou internationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes s'appliquent.</li> <li>• Le ministère de la santé peut ne pas accorder l'accès ou le permis d'exercice.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines normes s'appliquent.</li> <li>• La neutralité et l'indépendance peuvent être un problème.</li> </ul>
<p>6. Équipes médicales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge</p> <p>6.a Société nationale locale</p> <p>6.b FICR (catastrophes naturelles)</p> <p>6.c CICR (conflits et affrontements internes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes sont classées selon les processus et les normes du Mouvement par la FICR (normes alignées sur celles des EMT).</li> <li>• Les sociétés nationales locales font office de coordonnateurs en chef (avec l'appui de la Fédération).</li> <li>• Les normes supplémentaires du Mouvement s'appliquent [116]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes sont classées selon les processus et les normes du Mouvement par le CICR.</li> <li>• Le CICR est coordonnateur en chef de la riposte internationale du Mouvement.</li> <li>• Les normes supplémentaires du Mouvement s'appliquent. Le risque posé par le rôle auxiliaire des sociétés nationales locales à l'égard des autorités locales est contrebalancé par leur obligation de se conformer au principe d'indépendance.</li> </ul>
<p>7. Équipes médicales du secteur privé à but lucratif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes s'appliquent.</li> <li>• Le ministère de la santé peut ne pas accorder l'accès ou le permis d'exercice.</li> <li>• Certaines équipes peuvent être sous contrat de plusieurs organismes des Nations Unies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes s'appliquent.</li> <li>• Les intérêts de la partie contractante peuvent être un problème.</li> <li>• La neutralité et l'indépendance peuvent être un problème.</li> </ul>
<p>8. Équipes médicales militaires nationales ou internationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiements bilatéraux.</li> <li>• Les normes s'appliquent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiements bilatéraux.</li> <li>• La neutralité et l'indépendance peuvent être un problème.</li> <li>• Des normes supplémentaires s'appliquent.</li> </ul>

### 3.4.1 EMT militaires nationales et internationales

#### EMT militaires nationales

Dans beaucoup de pays, des unités militaires ou de protection civile nationales participent aux interventions nationales en cas de catastrophe ou de crise sur leur territoire, ou même dirigent ces interventions. Les États touchés ont la responsabilité d'utiliser tous les moyens à leur disposition, quels qu'ils soient, pour répondre aux besoins de leurs citoyens. Leurs forces armées peuvent être les mieux équipées et les mieux placées pour intervenir. Les directives relatives aux ressources militaires étrangères<sup>43</sup> ou aux ressources militaires et de la protection civile (107) et le principe du dernier recours ne sont pas censés s'appliquer dans le cas des unités militaires ou de protection civile nationales intervenant en cas de catastrophe ou de crise sur leur propre territoire. Les États touchés peuvent néanmoins juger utiles certains des principes et des concepts énoncés dans ces directives pour gérer l'utilisation de ces ressources.

#### Déploiement médical militaire bilatéral

Dans beaucoup de cas, lorsque les États sollicitent de l'aide, civile ou militaire, ils commencent par des demandes bilatérales, souvent au niveau régional ou auprès des pays voisins, avec des accords (préexistants dans certains cas) entre l'État touché et les pays sollicités sur le type d'aide demandée ou offerte. Dans ces circonstances, cependant, les États sont encouragés à appliquer les principes et les procédures énoncés dans les directives relatives aux ressources militaires et de la protection civile.

#### Équipes médicales militaires internationales

Les équipes médicales militaires internationales fournissent souvent des services médicaux indispensables dans les situations de conflit. Toutefois, même si elles peuvent suivre les orientations du Livre rouge dans la pratique, elles ne peuvent pas être déployées dans le cadre du mécanisme financé par l'OMS. En effet, les EMT militaires internationales ne seront pas perçues comme indépendantes et neutres (ni même impartiales) par certaines des populations bénéficiaires et des parties au conflit. Cela peut nuire à la perception, à la neutralité et à l'impartialité de l'ensemble de l'intervention humanitaire, parce que les populations (et les parties au conflit) ne feront peut-être pas la distinction entre les différentes équipes et qu'on ne devrait pas s'attendre à ce qu'elles comprennent parfaitement qui est qui compte tenu de la multitude d'emblèmes, de logos et d'affiliations souvent arborés par les équipes (voir la section 1.3 relative à l'utilisation des signes distinctifs). Cela pourra avoir des conséquences négatives sur la sécurité du personnel et sur la capacité des autres EMT à accéder en sécurité aux populations sans escortes armées. Pour éviter la confusion, il peut être utile que les EMT militaires réfléchissent à leur méthode et à leur lieu de déploiement, et donc aux meilleurs moyens de coordination.

<sup>43</sup> Aujourd'hui, on utilise plus fréquemment l'expression « ressources militaires étrangères ». Les définitions de ces deux termes englobent le personnel et les organisations militaires étrangères, les biens et services fournis par des acteurs militaires (notamment la logistique, le transport, la sécurité, l'aide médicale, le génie, les communications, les fournitures et l'équipement), ainsi que le financement, les contrats commerciaux, le matériel et le soutien technique fournis par des acteurs militaires.

Même s'ils devraient avoir recours en priorité à des ressources civiles (voir les directives relatives aux ressources militaires et de la protection civile et la section relative à la coordination civilo-militaire), les États peuvent, afin de remplir leurs obligations au titre du DIH, donner pour mandat à des EMT militaires de fournir des soins médicaux aux blessés et aux malades (y compris au front). Les équipes militaires déployées à l'international qui doivent être considérées comme des ressources militaires et de la protection civile peuvent se heurter à des problèmes ou à des difficultés d'accès et d'acceptation lorsqu'elles sont déployées en zone de conflit. Les États touchés peuvent néanmoins juger utiles certains des principes et des concepts énoncés dans les directives relatives aux ressources militaires et de la protection civile pour gérer l'utilisation de ces ressources.

Idéalement, les équipes militaires devraient se poser les questions suivantes avant le déploiement :

- L'équipe militaire est-elle l'option envisagée en dernier recours, indispensable et appropriée pour traiter des victimes civiles (souvent des femmes et des enfants en majorité) ?
- La mission devrait-elle être limitée à la prise en charge des combattants blessés ?
- Les pays qui mettent à disposition des ressources militaires et de protection civile ou des EMT gouvernementales sont-ils également parties au conflit ?
- Selon les besoins, des ressources militaires et de protection civile ou des EMT gouvernementales sont-elles capables d'accomplir cette tâche ?
- Pendant combien de temps la présence de l'équipe sera-t-elle nécessaire ? Comment le conflit peut-il évoluer ?
- L'équipe peut-elle être déployée sans armes ou sans forces de sécurité supplémentaires ?
- Quelle sera l'incidence de son affiliation gouvernementale sur la sécurité du personnel de l'ONU et des autres travailleurs humanitaires ?
- Comment influera-t-elle sur les perceptions de la neutralité ou de l'impartialité de l'ONU ?
- Quels sont les mécanismes de coordination optimaux ?
- De quelle manière et à quelle échéance est-il prévu de réaliser un plan de sortie ou une transition pour redonner la responsabilité aux civils ?
- Quels sont les mécanismes de coordination optimaux ?
- Quelles sont les conséquences pour la population, les autres acteurs humanitaires et les opérations humanitaires si l'équipe est perçue comme participant à l'effort de guerre à moyen ou long terme ?

### 3.4.2 EMT gouvernementales ou dépendant du ministère de la santé

Les EMT gouvernementales ou dépendant du ministère de la santé sont souvent les premières à se déployer. Il peut également être utile que les EMT qui sont établies et dont les opérations sont directement gérées par leur gouvernement réfléchissent à leur méthode de coordination et à leur lieu de déploiement dans le cadre d'un conflit. Ces équipes médicales (nationales ou internationales) auront peut-être aussi du mal à respecter tous les principes humanitaires, surtout ceux d'indépendance et de neutralité.

Les équipes médicales gouvernementales doivent en outre se demander si leur déploiement entraînera un risque direct pour elles-mêmes ou aura des répercussions négatives pour d'autres acteurs humanitaires. Par exemple, en opérant sous le drapeau ou l'emblème d'un gouvernement, l'équipe pourra risquer d'être prise directement pour cible dans certaines circonstances, à savoir :

- si le gouvernement en question est soupçonné d'avoir des intérêts stratégiques importants dans le résultat d'un conflit ou s'il a entretenu par le passé des liens pouvant avoir donné lieu à des perceptions négatives ;
- en présence d'acteurs armés prenant directement pour cible les intérêts du gouvernement en question ;
- si les forces armées du gouvernement en question participent activement à un conflit ou ont exprimé leur soutien au conflit.

Dans de tels cas, une EMT pourra envisager de ne pas se déployer ou de se déployer dans des endroits où l'accès aux blessés et aux malades pourra être obtenu en toute sécurité. Autrement, les perceptions sous-jacentes de cette EMT pourront constituer des menaces pour le personnel et les structures de l'équipe ainsi que pour l'ensemble de l'intervention humanitaire.

### 3.4.3 ONG et acteurs locaux

Les équipes médicales des ONG locales sont idéalement placées pour fournir des renforts rapidement, accéder aux populations dans le besoin, prodiguer des conseils aux groupes internationaux et, éventuellement, être parfaitement acceptées par la population. Cependant, dans un conflit interne, la confiance et l'acceptation peuvent être amoindries si une équipe d'une ONG est perçue comme partielle, non neutre ou non indépendante des parties au conflit. De même, si l'ONG ou l'acteur local est considéré, du fait de ses antécédents ou de sa réputation, comme allié au gouvernement ou à d'autres parties, cela nuit à la réputation de l'équipe. Comme indiqué au chapitre 2,

ces difficultés doivent être résolues dès le début et des décisions adéquates doivent être prises pour garantir l'accès en sécurité aux populations et l'acceptation par les communautés et par les autorités. La coordination demeure nécessaire dans le cadre des mécanismes qui gèrent les opérations. L'ONG ou l'acteur local peut choisir de s'imposer des limites quant aux endroits où l'équipe pourra accéder en toute sécurité.

### 3.4.4 Sociétés privées

Les équipes médicales privées (à but lucratif) qui sont établies et dont les opérations sont gérées par une organisation privée à but lucratif devraient se demander dans quelle mesure elles sont capables d'adhérer pleinement aux principes humanitaires ou disposées à le faire. Si une société privée est capable de se conformer aux principes humanitaires dans le cadre de ses opérations, elle est considérée comme un acteur (et non une organisation) humanitaire et est censée participer à part entière aux mécanismes de coordination. Cela peut représenter un surcoût et nécessiter une formation supplémentaire du personnel, facteurs à prendre en considération par l'entité faisant appel à la société.

Il convient également de garder à l'esprit que les sociétés privées peuvent avoir du mal à mener leurs opérations de manière complètement indépendante des intentions de l'entité contractante. La société privée sera probablement perçue comme agissant pour le compte de la partie contractante. Dans le cas des ONG, notamment internationales, la participation à des actions conjointes et à des groupes informels se réunissant fréquemment constitue un aspect fondamental du travail dans le cadre de conflits, ce qui est tout aussi essentiel pour les sociétés privées.

### 3.4.5 Équipes médicales d'ONG internationales

Les EMT d'ONG internationales devraient déjà connaître la méthode de coordination et être parfaitement préparées à mener leurs opérations dans le respect des principes humanitaires. Bon nombre de ces organisations sont intervenues dans beaucoup de zones de conflit et sont très expérimentées. Pour celles qui ne sont pas encore intervenues dans le cadre d'un conflit, une période d'échange avec d'autres ONG internationales les aidera à obtenir des informations et à établir des relations. Il ne faut pas partir du principe qu'une expérience considérable des interventions en cas de catastrophe naturelle ou de situation d'urgence nationale permet d'acquérir des compétences transférables. Ce n'est pas une préparation suffisante à une intervention en temps de conflit.

### 3.4.6 Équipes de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Compte tenu des spécificités du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, comme expliqué à la section 3.3.11, le déploiement des équipes médicales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge est soumis aux règles propres au Mouvement et doit être coordonné par le CICR lors d'un conflit armé et par la FICR en cas de catastrophe ou d'épidémie (les deux organisations se coordonnent entre elles en cas de crise mixte, lorsqu'une catastrophe ou une épidémie se produit en zone de conflit).

## 3.5 Notes d'orientation

1. Toutes les équipes médicales déployées ont l'obligation de contribuer et de participer à la coordination des soins médicaux selon une approche fondée sur les principes humanitaires et sur le DIH.
2. Les équipes doivent faire preuve d'une sensibilité accrue et disposer de stratégies dans les contextes où les mécanismes de coordination pourraient être perçus comme faisant partie d'un effort de guerre. En raison de ces considérations, il peut être nécessaire de mettre fin à un déploiement ou de changer de lieu.
3. Les équipes nationales et internationales doivent se coordonner, mais avoir conscience des perceptions relatives à leur indépendance et à leur neutralité pour orienter les décisions.
4. Les équipes doivent communiquer et se coordonner avec toutes les parties au conflit dans la mesure du possible.
5. Les équipes médicales doivent investir dans les mécanismes de coordination et se former à leur utilisation avant le déploiement.
6. Les systèmes de notification humanitaire (ou mécanismes de déconfliction), lorsqu'ils sont activés, peuvent fournir une sécurité supplémentaire. Toutefois, ils ne garantissent pas la sûreté de l'équipe ou des patients.
7. Les équipes devraient connaître les principaux éléments du manuel relatif à la coordination civilo-militaire et les difficultés connexes.
8. Les équipes gouvernementales et militaires peuvent être obligées de s'imposer des limites quant aux lieux et aux zones de population auxquelles elles pourront avoir accès en sécurité.

## Références bibliographiques

- 107** UNOCHA: Guidelines on The Use of Military and Civil Defence Assets To Support United Nations Humanitarian Activities in Complex Emergencies rev. 2006; [https://www.unocha.org/sites/unocha/files/01.%20MCDA%20Guidelines%20March%2003%20Rev1%20Jan06\\_0.pdf](https://www.unocha.org/sites/unocha/files/01.%20MCDA%20Guidelines%20March%2003%20Rev1%20Jan06_0.pdf)
- 108** ICRC The Roots of Restraint in War; <https://www.icrc.org/en/publication/roots-restraint-war>
- 109** IASC Reference Module for Cluster Coordination at Country Level, revised July 2015; <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-cluster-coordination-country-level>
- 110** same as WHO Health Cluster Guide; <https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/>
- 111** Virtual OSOCC <https://vosocc.unocha.org/>
- 112** UN-CMCoord United Nations Humanitarian Civil-Military Coordination, Field Handbook 2018; [https://www.unocha.org/sites/unocha/files/\[E-Version\]%20UNCMCoord%20Field%20Handbook%202.0%20282018%29.pdf](https://www.unocha.org/sites/unocha/files/[E-Version]%20UNCMCoord%20Field%20Handbook%202.0%20282018%29.pdf)
- 113** Humanitarian // Military Dialogue, Resource Library; <https://sites.google.com/dialoguing.org/home/resource-centre/resource-library>
- 114** Guidelines for the Coordination between Humanitarian Actors and the United Nations Mission in South Sudan; <https://drive.google.com/file/d/0Bw3AobHJMTgTTdoa3ZBMTY2WkU/view>
- 115** ICRC Fundamental Principles of the Red Cross and Red Crescent Movement, <https://www.icrc.org/en/document/fundamental-principles-red-cross-and-red-crescent>
- 116** Commentary of 2016 Article 9: Activities of the ICRC and other impartial humanitarian organizations <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Comment.xsp?documentId=3074EE1C685CFDBDC1257F7D00360B7B&action=OpenDocument>
- 117** IFRC Principles and rules for red cross and red crescent Humanitarian assistance; <https://www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Accountability/Principles%20Rules%20for%20Red%20Cross%20Red%20Crescent%20Humanitarian%20Assistance.pdf>



© Emergency, Italie

## Chapitre 4

### Violence sexuelle et fondée sur le genre et protection des victimes



### Objectifs du chapitre

1. Souligner l'importance et les rôles particuliers des équipes médicales dans la prise en charge de la violence sexuelle et fondée sur le genre.
2. Décrire les mesures nécessaires en matière de prévention, de protection et de soins, notamment les obligations juridiques au niveau des pays et des organisations en ce qui concerne la prévention de la violence sexuelle et fondée sur le genre, l'élaboration de rapports et la lutte contre ce type de violence.
3. Fournir des exemples concrets, notamment de mesures de sensibilisation à la violence sexuelle et fondée sur le genre.
4. L'un des piliers du soutien apporté par les équipes repose sur une approche de renforcement des capacités.
5. Les équipes et leurs chefs ont facilement accès aux références et aux manuels les plus pertinents.

La violence sexuelle et fondée sur le genre<sup>44</sup> est un phénomène largement répandu, constituant à la fois un problème de santé publique et une violation des droits de l'homme, qui trouve son origine dans l'inégalité entre les sexes et qui touche de manière disproportionnée les femmes et les filles. Toutefois, elle inclut également la violence à l'égard des hommes et des garçons, ainsi que des personnes appartenant aux minorités sexuelles et de genre [118]. Les conflits et les situations d'urgence humanitaire complexes sont susceptibles d'aggraver le risque de violence sexuelle et de violence au sein du couple, à cause de l'éclatement des structures familiales et sociales, de la militarisation accrue, de l'impunité des auteurs de ces violences, des déplacements de population, de l'absence de mesures de protection mises en place par les communautés et par l'État, de la pénurie de ressources, de l'évolution des normes culturelles et de genre, de l'interruption des services et de l'affaiblissement des infrastructures. La violence sexuelle est reconnue comme une tactique de guerre [119].

Pendant les conflits, souvent, la sûreté et la sécurité physiques des victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre sont constamment menacées en raison des restrictions de déplacement, de la présence d'acteurs armés et des menaces de représailles des auteurs des violences. C'est pourquoi les équipes médicales doivent fournir, dans le cadre de l'intervention d'urgence, des services de santé accessibles, sûrs, compétents et confidentiels aux victimes de violence fondée sur le genre afin de répondre à leurs besoins en matière de santé physique, reproductive et mentale. Les équipes médicales doivent être prêtes à traiter ou à transférer au bon endroit, en urgence, les femmes présentant une grossesse non désirée ou des complications de grossesse, des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, des douleurs pelviennes, des infections des voies urinaires, des fistules et des maladies chroniques. Elles doivent également prendre en charge la santé mentale des personnes ayant

<sup>44</sup> La violence sexuelle et fondée sur le genre est « un terme générique décrivant les actes préjudiciables commis contre le gré de quelqu'un en se fondant sur les différences établies par la société entre les hommes et les femmes (le genre). Sont concernés tous les actes causant un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles, la menace de tels actes, la contrainte et d'autres privations de liberté, que ce soit dans la sphère publique ou dans la sphère privée ». Les femmes et les filles sont touchées de façon disproportionnée par la violence sexuelle et fondée sur le genre en raison de l'inégalité systémique entre les hommes et les femmes dans le monde entier. Toutefois, l'expression « violence sexuelle et fondée sur le genre » peut également être utilisée pour décrire la violence sexiste à l'égard des hommes et des garçons ainsi que des personnes appartenant à des minorités sexuelles et de genre.

subi des violences sexuelles et fondées sur le genre, notamment les réactions de stress aigu, l'état de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, l'automutilation et les comportements suicidaires.

La confidentialité des documents est vitale pour la sûreté des patients qui subissent ou ont subi des violences, et les équipes médicales doivent appliquer strictement les principes de protection de la vie privée, de confidentialité et de sûreté<sup>45</sup> (120), qui sont essentiels pour éviter que les patients soient victimes, en plus, de stigmatisation, de discrimination ou de représailles de la part des auteurs de violences.

## 4.1 Ce que les équipes médicales doivent savoir avant de fournir des services

Avant de mettre en place un service destiné aux victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre et d'élaborer un protocole de traitement, il convient de répondre aux questions suivantes et de mettre au point des procédures normalisées à appliquer dans le contexte local. Les options thérapeutiques, notamment la fourniture d'une contraception d'urgence ou d'un avortement sécurisé et la prophylaxie postexposition, ainsi que les obligations et exigences juridiques (en ce qui concerne la documentation par exemple) seront déterminées par la législation et les politiques nationales, le cas échéant. En l'absence de politiques ou de protocoles nationaux, les équipes médicales doivent se reporter aux orientations et aux recommandations thérapeutiques de l'OMS (121, 122, 123).

Les équipes médicales n'ont pas pour rôle de lutter contre les normes et les pratiques sociales ou de les faire évoluer, mais plutôt de sensibiliser et de persuader de manière confidentielle les responsables et les influenceurs locaux.

### 4.1.1 Lois et politiques applicables

- Quelles formes de violence sexuelle et de violence domestique ou au sein du couple sont considérées comme des crimes selon la législation applicable ?
- Les relations homosexuelles sont-elles criminalisées ?
- Quelles sont les lois nationales et les pratiques communautaires applicables à la prise en charge des conséquences possibles du viol, telles que la contraception d'urgence, l'avortement, le dépistage et la prévention de l'infection à VIH ?
- Quelles exigences légales les soignants doivent-ils respecter lorsqu'ils signalent des cas de violence sexuelle ou de violence au sein du couple aux autorités ?

<sup>45</sup> Dans les contextes de conflit, la possibilité de recueillir des preuves médico-légales est souvent extrêmement limitée. Le principal but d'un examen est de déterminer les soins médicaux nécessaires.

- La législation prescrit-elle qui peut prodiguer des soins cliniques aux victimes ? Par exemple, si la personne souhaite signaler officiellement un cas de violence sexuelle et fondée sur le genre aux autorités, la législation du pays peut exiger qu'un médecin certifié, agréé ou autorisé prodigue les soins et remplisse les documents officiels.
- Que prescrit la législation en ce qui concerne les preuves médico-légales ? Qui peut les recueillir ? Existe-t-il des laboratoires d'analyses médico-légales accessibles ?<sup>46</sup>
- À quels services et recours juridiques, existants ou nouveaux, les victimes peuvent-elles faire appel pour obtenir de l'aide ?

#### 4.1.2 Ressources et services médicaux disponibles

- Existe-t-il déjà des protocoles nationaux ou infranationaux relatifs à la gestion des soins aux victimes de violence sexuelle ?
- Y a-t-il un protocole national de traitement des IST, un protocole de prophylaxie postexposition (PPE) ou un calendrier de vaccination ?
  - Quels vaccins sont disponibles ?
  - Une contraception d'urgence est-elle disponible ?
  - Des soins complets en cas d'avortement sont-ils disponibles, et pour quelles indications ?
- Quels services de santé mentale et de soutien psychosocial existe-t-il ?
- Quelles structures de soutien social ou communautaire existe-t-il ?
- Quelles sont les possibilités d'aiguillage :
  - vers un établissement de santé secondaire ?
  - vers un prestataire de services spécialisés ?
  - vers une autre équipe médicale déployée pouvant prodiguer les soins nécessaires (par exemple, gynécologie et obstétrique, soutien psychologique, chirurgie, pédiatrie, service spécialisé en violence sexuelle et fondée sur le genre) ?
- Quelles structures de dépistage des IST, y compris du VIH, existe-t-il ?
- L'équipement permettant de documenter, de recueillir et de conserver les preuves médico-légales est-il disponible ? Quelles structures de laboratoire existe-t-il pour les analyses médico-légales telles que les analyses ADN et la présence de phosphatase acide (voir l'annexe 7.3) ?

<sup>46</sup> Dans les contextes de conflit, la possibilité de recueillir des preuves médico-légales est souvent extrêmement limitée. Le principal but d'un examen est de déterminer les soins médicaux nécessaires.

### 4.1.3 Formation du personnel

- Il convient de veiller à ce que les membres des équipes médicales et le personnel de santé local, notamment les médecins, les assistants médicaux, les infirmiers et les sages-femmes, soient formés à prodiguer les soins adéquats, y compris l'appui de première ligne (approche LIVES) et l'aiguillage dans la mesure du possible, et disposent des médicaments et des fournitures médicales nécessaires [124].
- Le personnel soignant de sexe féminin devrait être formé en priorité (et le personnel de sexe masculin s'il le demande), mais un manque de femmes soignantes formées ne devrait pas empêcher le service de santé de prodiguer des soins aux victimes. Si l'examen est effectué par un soignant de sexe masculin, une chaperonne doit être présente.
- Tous les autres membres du personnel de l'établissement de santé, y compris les agents d'entretien et le personnel administratif, devraient également recevoir une formation de sensibilisation, expliquant notamment comment respecter la confidentialité et communiquer avec les victimes avec bienveillance et sans discrimination.

### 4.1.4 Coordination avec les autres prestataires de services

- Il est essentiel de pouvoir transférer les patients, avec leur consentement, pour répondre à l'ensemble des besoins des victimes et afin que les soignants de l'équipe médicale ne soient pas dépassés si un cas de violence sexuelle et fondée sur le genre se présente. C'est particulièrement vrai dans les contextes de conflit, où les membres de l'équipe médicale ne disposent que d'un temps limité et où les besoins des victimes sur le plan psychosocial et au niveau de la sûreté sont plus complexes.
- Les équipes doivent être en mesure d'aiguiller les victimes, en fonction de leurs besoins et avec leur consentement, vers d'autres services (par exemple, santé mentale et soutien psychosocial, sûreté et sécurité, assistance et services juridiques et, éventuellement, soutien économique).
- Il est essentiel d'avoir au sein de l'équipe une personne référente chargée de l'aiguillage des patients afin de garantir un résultat sûr et approprié.
- Il convient d'établir un répertoire indiquant clairement les interlocuteurs et les coordonnées de chaque prestataire de services, sa localisation et les procédures à suivre pour aiguiller un patient et transmettre des informations, ou d'obtenir une copie d'un tel répertoire. Ce processus devrait également comprendre des options de recours pour répondre aux besoins particuliers des hommes, des enfants et des autres victimes, notamment les personnes handicapées et les minorités sexuelles et de genre.
- Dans les contextes humanitaires, il peut y avoir un sous-groupe sectoriel ou un groupe de travail consacré à la violence sexuelle et fondée sur le genre (voir le chapitre 3 sur les mécanismes et les modalités de coordination) ou un autre organisme de coordination pertinent ayant un processus de recours actif dont les membres de l'équipe pourront faire partie ou qu'ils pourront consulter.

## 4.2 Éléments d'une prise en charge médicale de la violence sexuelle et fondée sur le genre

Les équipes médicales et le personnel de santé local peuvent être le premier et, parfois, le seul point de contact pour les personnes ayant subi de la violence sexuelle et fondée sur le genre. Pendant un conflit, des services de santé minimums<sup>47</sup> [123] en cas de violence sexuelle et fondée sur le genre doivent être fournis à tous les niveaux (équipes mobiles d'urgence, cliniques de soins de santé primaires, hôpitaux secondaires) et être intégrés aux services de santé existants<sup>48</sup>. Les patients ou les victimes gravement atteints ou dont le pronostic vital est engagé doivent être immédiatement transférés (après avoir reçu les soins médicaux urgents) vers des établissements spécialisés où ils pourront recevoir des soins plus complexes ou subir une intervention chirurgicale. En cas de transfert, il convient de veiller au suivi de l'issue pour le patient, aussi bien sur le plan de l'état clinique que sur celui de la sûreté et de la protection.

Les établissements de santé et les hôpitaux de campagne doivent être équipés des infrastructures, des équipements et des fournitures appropriés pour fournir des soins de qualité en cas de violence sexuelle et fondée sur le genre, à savoir, notamment, des espaces de consultation privés (ce qui est crucial pour la sécurité et le confort), des protocoles de prestation de soins de santé aux victimes, des médicaments et du matériel essentiels et des mécanismes garantissant la confidentialité de la documentation et de l'aiguillage des patients [121]. Il convient de désigner parmi l'équipe médicale une personne référente, par exemple un médecin, une infirmière ou une sage-femme, idéalement de sexe féminin (ou masculin à la demande du patient), qui est formée pour prodiguer des soins cliniques aux personnes ayant subi de la violence sexuelle et fondée sur le genre<sup>49</sup> et qui veillera à obtenir le consentement éclairé de la victime avant de procéder au traitement.

### 4.2.1 Soins centrés sur les victimes et appui de première ligne

Pour répondre aux besoins en matière de santé des personnes ayant subi de la violence sexuelle ou au sein du couple, les équipes médicales doivent prodiguer des soins de manière confidentielle, sans jugement et sans discrimination, en respectant le rôle de prise de décision de la victime et en tenant compte de son sexe, de son âge et de ses besoins particuliers, indépendamment des croyances de l'équipe médicale ou des

<sup>47</sup> Les médicaments et le matériel essentiels pour la prise en charge des conséquences de violence sexuelle sont disponibles dans la trousse de santé reproductive interorganisations 3 (<https://www.unfpa.org/resources/emergency-reproductive-health-kits>) et dans le module supplémentaire de prophylaxie postexposition du kit sanitaire d'urgence interinstitutions de 2017 (<https://www.who.int/emergencies/kits/iehk/en/>).

<sup>48</sup> Beaucoup de femmes souffrant de conséquences de violence, en particulier de violence domestique ou au sein du couple, consultent d'abord des services de soins de santé primaires, notamment des services qui s'occupent des femmes et des enfants (par exemple, soins prénataux ou postnatals, planning familial ou dispensaires spécialisés en VIH), mais elles ne divulguent pas forcément leur expérience de violence. Les services des urgences sont également des points d'entrée fréquents, surtout pour les femmes blessées et pour les victimes d'agression sexuelle.

<sup>49</sup> Le personnel soignant de sexe féminin devrait être formé en priorité, mais un manque de soignantes formées ne devrait pas empêcher le service de santé de prodiguer des soins aux victimes. Si l'examen est effectué par un soignant de sexe masculin, une chaperonne devrait être présente. Lorsque la victime est un homme, celui-ci devrait également avoir la possibilité de choisir d'être examiné par un homme ou une femme. Il convient toutefois de noter que les victimes de sexe masculin préfèrent souvent être pris en charge par une soignante.

valeurs de l'organisation à laquelle l'équipe est affiliée. Les équipes médicales doivent répondre aux besoins immédiats et persistants sur le plan de la santé émotionnelle ou psychologique, de la santé physique et de la sécurité. L'appui de première ligne est un aspect essentiel des soins prodigués, qui consiste à répondre de manière réconfortante à une personne déclarant avoir été victime de violence, à satisfaire ses besoins et à s'efforcer en priorité d'assurer sa sécurité sans faire intrusion dans sa vie privée<sup>50</sup> [122].

L'appui de première ligne est représenté en anglais par l'acronyme LIVES :

- **Listening** – Écouter la victime attentivement, en faisant preuve d'empathie et sans porter de jugement. Ne pas pousser la personne à raconter son histoire ni porter de jugement sur ce qu'elle a fait ou sur ce qu'elle ressent.
- **Inquiring** – S'informer des besoins et des préoccupations. Évaluer les différents besoins et préoccupations de la victime – sur les plans émotionnel, physique, social et pratique – et y répondre. Poser des questions ouvertes, par exemple « Pourriez-vous m'en dire plus à ce sujet ? ».
- **Validating** – Valider. Montrer à la victime que vous la comprenez et que vous la croyez. Lui assurer qu'elle n'a rien à se reprocher. Lui dire que ce n'est pas de sa faute et qu'elle n'est pas responsable de la violence qu'elle a subie.
- **Enhancing safety** – Améliorer la sécurité. Vérifier que l'équipe médicale comprend les recours de protection existants. Envisager un plan pour protéger la victime contre des dommages supplémentaires si la violence se manifeste à nouveau.
- **Support** – Soutenir la victime en l'aidant à accéder à des informations, à des services et à l'appui social. Lui demander si elle a une personne de confiance à qui elle peut parler pour obtenir du réconfort. Vérifier également si elle a besoin d'autres services, en demandant « Qu'est-ce qui vous aiderait le plus si on pouvait le faire tout de suite ? ».

## 4.2.2 Prise en charge clinique du viol

Les victimes de viol doivent recevoir des soins médicaux en urgence. L'appui de première ligne, qui doit être offert avant tout, s'accompagnera des étapes ci-après une fois que la victime aura donné son consentement éclairé pour recueillir ses antécédents, procéder à un examen physique et obtenir des preuves médico-légales, s'il y a lieu<sup>51</sup> [191].

<sup>50</sup> L'appui de première ligne se décompose en plusieurs étapes : écouter la victime, s'informer de ses besoins et de ses préoccupations, valider ses sentiments et ses expériences, améliorer sa sécurité et, enfin, la soutenir en l'aidant à trouver des informations, d'autres services et un soutien social.

<sup>51</sup> Le consentement éclairé est nécessaire pour procéder à un examen et traiter la victime ainsi que pour transmettre des informations à des tierces parties, telles que la police et les tribunaux, le cas échéant.

- ✓ **Recueillir les antécédents du patient.** Cette étape se décompose en quatre parties : a) renseignements médicaux à caractère général, notamment les problèmes de santé présents ou passés, les allergies, les médicaments que prend la victime ; b) évocation du ou des incidents de viol, en demandant poliment à la victime de décrire brièvement ce qui s'est passé et en lui expliquant qu'elle n'est pas obligée de dire ce qu'elle n'a pas envie de raconter ; c) examen gynécologique (antécédents anaux ou rectaux le cas échéant) ; d) évaluation de l'état mental. Il est important de limiter les questions au strict minimum requis.
- ✓ **Procéder à un examen physique et génito-anal.** Ces examens sont effectués pour déterminer quels soins médicaux sont nécessaires. Dans le cas des femmes ou des hommes qui ne consentent pas à un examen physique, ou qui ne peuvent pas terminer l'examen, un traitement doit tout de même être proposé en fonction d'une analyse approfondie des antécédents<sup>52</sup>. Pour un examen physique complet, se reporter à la liste de contrôle relative à l'examen physique après un viol qui figure à l'annexe 4. Les victimes peuvent être très sensibles lorsqu'on les examine ou qu'on les touche, en particulier pour l'examen génito-anal. Il convient donc de faire l'examen lentement, en expliquant chaque étape et en demandant chaque fois la permission avant de continuer.
- ✓ **Traiter la victime.** Le traitement dépend du délai écoulé entre l'incident et le moment où la victime se présente.

Tableau 13. Directives de traitement en cas de violence sexuelle et fondée sur le genre

	Traitement	Délai et considérations particulières
En priorité sous 72 heures	Traitement des lésions physiques	Transférer immédiatement la victime au service des urgences si le pronostic vital est engagé. Nettoyer et traiter les lésions moins graves sur place.
	Prophylaxie postexposition (PPE) pour l'infection à VIH	Fournir une PPE dès que possible, dans un délai de 72 heures après une possible exposition. Remettre le traitement pour le cycle complet de 28 jours à la première visite, car les victimes ne pourront peut-être pas revenir. Si plus de 72 heures se sont écoulées, procéder à toutes les autres interventions essentielles et aiguiller la victime pour le dépistage et le traitement du VIH.
	Contraception d'urgence	Fournir une contraception d'urgence dès que possible, jusqu'à 120 heures (cinq jours) après l'incident. Les contraceptifs à base de lévonorgestrel uniquement sont plus efficaces et entraînent moins de nausées et de vomissements que les pilules combinées. Administrer 1,5 mg de lévonorgestrel en une dose unique. Toutes les femmes peuvent prendre une pilule contraceptive d'urgence. Il n'est pas nécessaire de vérifier les problèmes de santé ou d'effectuer un test de grossesse.

<sup>52</sup> Bien que le soignant puisse documenter l'examen effectué et les soins prodigués, il ne lui incombe PAS de déterminer si un viol a eu lieu. Le viol a une définition juridique, et il n'est pas nécessaire de déterminer s'il s'agit d'un viol pour prodiguer des soins adéquats.

	Treatment	Timeline and specifics
En priorité sous 72 heures	Presumptive STIs	Fournir dès que possible un traitement de présomption contre la gonorrhée, la syphilis et l'infection à Chlamydia. Administrer le cycle de traitement le plus court possible selon le protocole local ou national. Si la victime se présente après quelques semaines, la traiter selon le modèle syndromique ou en fonction des analyses de laboratoire.
	Prophylaxie du tétanos	Administrer en fonction du risque et du statut vaccinal avant l'exposition.
	Prophylaxie de l'hépatite B	Vacciner conformément au protocole, sauf si la victime est déjà vaccinée.
	Prise en charge d'une grossesse non désirée	Offrir du soutien psychologique et discuter des options avec la victime. Proposer un avortement sécurisé, si cela est légal, ou aiguiller la victime vers d'autres services de soutien, tels que l'adoption, le cas échéant.

✓ **Visites de suivi.** Pendant un conflit, il ne sera pas forcément possible d'assurer un suivi ; c'est pourquoi les soignants devraient s'efforcer de fournir les informations et les soins essentiels lors de la première visite. Demander à la victime si elle a un ami ou un proche de confiance qui pourra lui apporter du soutien après la première visite. Garder à l'esprit qu'il se peut que les membres de la famille ne soutiennent pas la victime, voire soient eux-mêmes les auteurs de violence, et qu'il est donc important de laisser la victime déterminer à qui faire appel pour obtenir des soins. Fixer un rendez-vous de suivi deux semaines plus tard pour continuer l'appui de première ligne et évaluer l'état psychologique de la victime, vérifier que les médicaments qui lui ont été remis ont bien été pris pendant toute la durée du traitement, effectuer un test de grossesse et évaluer et traiter les ITS, selon le cas.

✓ **Santé mentale et soutien psychosocial.** Parmi les soins médicaux à offrir aux victimes de viol ou de violence conjugale figurent également l'évaluation des problèmes psychologiques et émotionnels, le soutien psychologique initial et les autres formes de soutien et, si nécessaire, l'orientation de la victime vers d'autres prestataires de services pour la prise en charge des troubles mentaux courants, de l'abus de substances psychoactives, des comportements à risque et des autres problèmes sociaux ou de santé mentale<sup>53</sup> [126].

✓ **Aiguillage vers des soins spécialisés ou en santé mentale.** Conformément au parcours d'aiguillage, vérifier que la victime est en sûreté, peut bénéficier d'une protection et a accès à des services psychosociaux. En cas de lésions engageant le pronostic vital ou nécessitant une intervention chirurgicale, la victime doit être transférée vers un établissement spécialisé.

<sup>53</sup> Il se peut que la victime ne présente pas de symptômes à la suite du traumatisme ou que ces symptômes disparaissent avec le temps. Toutefois, des problèmes persistants au niveau de l'humeur, des pensées ou du comportement et une incapacité à fonctionner dans la vie quotidienne peuvent indiquer des problèmes de santé mentale plus graves.

### 4.2.3 Considérations particulières en cas de violence au sein du couple

Les femmes (et les minorités sexuelles et de genre) (99) qui ont subi de la violence au sein du couple (également appelée « violence domestique ») peuvent présenter des lésions physiques ou d'autres problèmes de santé nécessitant un traitement médical. Souvent, elles ne parleront pas de la violence subie, par honte, par crainte d'être jugées par leur communauté ou par peur de leur conjoint. Qu'elles en parlent ou non, il est important de répondre aux besoins des victimes sans leur poser de questions sur les violences subies et en fournissant un appui de première ligne.

### 4.2.4 Considérations particulières relatives aux enfants

Dans le cas des enfants, il convient de se soucier avant tout de l'intérêt de l'enfant. À cette fin, la sûreté de la victime, la protection de l'intimité et la confidentialité sont essentielles.

Les équipes médicales doivent être formées à prodiguer des soins adaptés aux enfants victimes de violences et être capables d'adapter les procédures, en fonction de l'âge, du sexe et du stade de développement, en ce qui concerne l'obtention du consentement éclairé, la préparation de l'enfant à l'examen physique, la conduite de l'examen et l'administration du traitement (121, 127). Les équipes médicales doivent connaître les normes internationales relatives aux droits de l'enfant à la protection, à la vie privée, à la participation et à la santé et savoir comment ces normes se traduisent dans le droit national et sont appliquées dans le contexte local (127).

### 4.2.5 Auto-prise en charge des équipes médicales confrontées à la violence sexuelle et fondée sur le genre

Le travail avec des personnes ayant subi de la violence sexuelle et fondée sur le genre peut être extrêmement gratifiant, surtout lorsqu'on constate que l'aide apportée a des effets positifs (voir également la section 2.6.1, au chapitre 2, et le [Livre bleu](#)). En même temps, les cas de violence sexuelle et fondée sur le genre peuvent être difficiles, exigeants et éprouvants sur le plan émotionnel. Voir des victimes en détresse et entendre les détails perturbants d'événements traumatiques peut être bouleversant et peut parfois faire remonter des souvenirs d'expériences personnelles de violence. Si le stress émotionnel associé à ce travail n'est pas pris en charge, les équipes médicales risquent de développer des affections telles que l'épuisement professionnel, la saturation compassionnelle ou

le traumatisme indirect. Ces risques peuvent être exacerbés si une équipe médicale applique une politique qui est potentiellement contraire à la législation nationale en matière de violence sexuelle et fondée sur le genre, laquelle peut être perçue comme inadaptée et injuste, ou qui en élargit l'interprétation. Les équipes médicales devraient avoir conscience de ces risques et établir des mécanismes normalisés et systématiques favorisant le bien-être et la sûreté du personnel (128).

- Avoir conscience de la charge de travail et faire attention à accorder suffisamment de temps pour gérer les cas complexes, tels que les cas de violence sexuelle et fondée sur le genre.
- Assurer la supervision des membres de l'équipe médicale qui travaillent directement avec les victimes afin que ceux-ci disposent du soutien et des informations dont ils ont besoin pour s'occuper de ces cas.
- Appliquer un modèle de risque différencié, en particulier entre le personnel national et international, pour déterminer quel membre de l'équipe prendra en charge le traitement des victimes.
- Transmettre des informations sur des exercices de réduction du stress, par exemple la respiration lente, le recentrage en prenant conscience de l'ici et maintenant, ou encore la relaxation musculaire progressive (les membres de l'équipe doivent trouver la technique qui fonctionne le mieux pour la victime).
- Veiller à ce que les équipes médicales aient du temps pour des activités relaxantes et puissent pratiquer une activité physique et garder un rythme de sommeil régulier.

Il peut être difficile de prendre soin de soi-même dans les contextes de conflit, mais même les petites actions peuvent réduire le risque de développer des pathologies liées au stress lorsqu'on travaille avec des victimes de violence.

## 4.3 Protection, atténuation du risque et sensibilisation

### 4.3.1 Risques pour la sécurité des victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre

Les victimes restent souvent exposées à des risques permanents pour leur sécurité, qui mettent leur vie en péril, de la part de l'auteur des violences, de leur propre famille, de la communauté ou d'acteurs armés. Dans les contextes de conflit et dans les autres environnements dangereux, la protection, l'assistance juridique et les services de sécurité peuvent être limités, et le soutien de la famille et de la communauté peut être moindre.

Le personnel de santé doit aider la victime à évaluer les risques immédiats de violence et déterminer et prendre des mesures pour la mettre en sûreté et lui permettre d'avoir accès à du soutien. Les principales questions à poser sont les suivantes :

- La victime a-t-elle un endroit sûr où aller après avoir quitté l'établissement ?
- A-t-elle des enfants ou d'autres personnes à charge et est-elle en état de continuer à s'en occuper ? Certaines victimes peuvent être incapables d'assurer les tâches du quotidien à la suite d'une expérience de violence.
- Peut-elle compter sur le soutien de sa famille, de ses amis ou de ses proches pour l'aider à garder ses enfants et l'accompagner aux rendez-vous de suivi ? Certaines victimes peuvent être rejetées par leur famille après avoir subi de la violence sexuelle et fondée sur le genre, auquel cas elles auront des besoins matériels et émotionnels qui devront être satisfaits.

Si la victime ne peut pas rentrer chez elle en toute sécurité, ou si elle a du mal à effectuer les activités de la vie quotidienne, il convient d'étudier les options d'aiguillage pour lui trouver une personne référente (locale) dans un service psychosocial ou de protection qui pourra l'aider.

### 4.3.2 Atténuation du risque en cas de violence sexuelle et fondée sur le genre

Le personnel soignant est responsable de garantir la protection de la vie privée et la confidentialité des informations sur la personne traitée (99). Pendant un conflit, il doit prendre des mesures supplémentaires pour éviter de faire du tort aux patients ou aux victimes. La protection de la vie privée, la confidentialité et la sûreté sont les principes clés (120) qui doivent guider la mise au point de systèmes d'information et de surveillance en matière de santé permettant de consigner les cas de violence signalés et d'assurer le suivi des programmes. Une politique relative au respect de la vie privée et à la protection de la confidentialité (120) devrait être établie au début de chaque intervention, et des procédures en matière de sécurité des données doivent être mises en place tout au long de l'intervention afin d'éviter de mettre en péril les victimes et, potentiellement, les soignants en cas de non-respect de la confidentialité.

En temps de conflit, même si une victime souhaite porter plainte auprès des autorités, ce n'est pas forcément possible à cause d'interruptions des systèmes juridiques du pays, de l'insécurité, des risques pour la vie de la victime, de l'impunité des auteurs de violence ou bien de l'incapacité de la victime à identifier le coupable. Néanmoins, si cela est nécessaire, des examens physiques pourront être effectués en vue de remplir les documents requis par la loi. Indépendamment des recours juridiques ou des exigences de signalement obligatoire, la priorité devrait toujours être d'assurer la sûreté des personnes ayant subi des violences et de leur prodiguer des soins de santé vitaux.

Directives visant à protéger la confidentialité, la sûreté et la vie privée de la victime [121].

- ✓ Toujours obtenir le consentement éclairé de la victime avant de communiquer des informations la concernant. Si le signalement est obligatoire, vérifier que la victime connaît les limites de la confidentialité pour qu'elle puisse choisir quoi déclarer.
- ✓ Décider qui sera responsable de la collecte et de l'enregistrement des informations.
- ✓ Déterminer où et comment les informations seront recueillies, consignées et conservées.
- ✓ Garantir la confidentialité des dossiers médicaux en utilisant des systèmes de codage pour anonymiser les informations et en conservant les dossiers dans un endroit sûr et sécurisé, par exemple dans un meuble-classeur verrouillé pour les dossiers en version papier ou dans un répertoire protégé par un mot de passe pour les fichiers au format électronique.
- ✓ Dans les situations jugées trop risquées ou dangereuses pour conserver des dossiers papier, le consentement peut être obtenu oralement, ce qui n'empêche pas de procéder à l'examen et au traitement. En cas d'aiguillage, si les informations sur le service à consulter ne peuvent pas être fournies par écrit, proposer, si possible, qu'une personne de confiance accompagne les victimes à la destination et au service souhaités.
- ✓ Si les dossiers médicaux (traitement et soins) sont remis aux victimes ou à leur tuteur légal avant qu'elles rentrent chez elles, les informations sur leur expérience de violence ne devraient pas y figurer.

### 4.3.3 Défense et sensibilisation

Les équipes médicales peuvent avoir l'occasion de faire de la sensibilisation auprès de décideurs, tels que des responsables locaux, des fonctionnaires gouvernementaux et des chefs militaires, qui peuvent avoir de l'influence pour renforcer les interventions face à la violence sexuelle et fondée sur le genre. Beaucoup d'équipes ont fait état d'interventions de sensibilisation réussies qui ont permis d'alerter des hauts commandants militaires et des responsables gouvernementaux sur le problème de la violence sexuelle et fondée sur le genre.

La sensibilisation peut prendre différentes formes, par exemple :

- Mettre en lumière les besoins au sein du secteur de la santé pour que les victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre puissent accéder à des soins de qualité.
- Échanger avec les membres de la communauté, les responsables locaux et les ONG œuvrant dans la même région géographique et dans le même domaine afin de

déterminer ce qu'il est possible de faire pour favoriser un environnement offrant une meilleure protection aux femmes, aux enfants, aux minorités sexuelles et de genre ou aux autres groupes vulnérables et pour venir en aide aux victimes de retour dans leur communauté.

- Dialoguer avec les fonctionnaires gouvernementaux pour les sensibiliser à la violence sexuelle et fondée sur le genre et établir une volonté politique de renforcer la réponse à ce problème.

Les équipes médicales peuvent faire passer des messages clés dans lesquels la violence sexuelle et fondée sur le genre est présentée comme un problème grave évitable qui nuit à la santé et au bien-être des victimes et à l'éthique de la société. Pour ce faire, elles peuvent s'appuyer à la fois sur des données mondiales et sur des informations recueillies dans le cadre de leur propre expérience de prestation de services, en veillant à ne jamais divulguer d'informations sur des victimes en particulier. Les chefs des équipes médicales devraient évaluer si la sensibilisation peut être nécessaire et dans quels cas, en pesant soigneusement les risques s'ils expriment leur opinion sur la violence sexuelle et fondée sur le genre. La sûreté des victimes et de l'équipe médicale est capitale et doit toujours être au centre de toute décision relative à la sensibilisation.

## 4.4 Médias et violence sexuelle et fondée sur le genre

Les médias sont souvent intéressés par les histoires de violence sexuelle et fondée sur le genre pendant les situations d'urgence. Bien que la couverture médiatique puisse jouer un rôle crucial dans la sensibilisation, si les principes éthiques et de sûreté les plus élémentaires ne sont pas respectés, cela peut mettre en péril les victimes.

- ✓ Toutes les demandes des médias doivent être coordonnées et autorisées par les chefs des équipes médicales ou par l'organisme chef de file désigné. Les membres des équipes médicales ne doivent jamais accepter de demandes de la part des médias, sans avoir obtenu au préalable l'autorisation de leur chef d'équipe. Les stratégies de médiatisation et de sensibilisation relèvent du rôle du chef d'équipe, et non des membres à titre individuel.
- ✓ Il est impératif que les victimes aient donné leur consentement en toute connaissance de cause avant qu'un article soit publié dans les médias sur leur expérience. Il est important que les victimes comprennent bien toutes les répercussions de leur apparition dans un article de presse.
- ✓ Il convient de vérifier qu'aucun détail n'est publié, notamment des noms, des photographies ou d'autres renseignements permettant d'identifier les victimes, les membres de leur famille ou même les personnes qui ont apporté de l'aide, sauf si ces personnes ont donné leur consentement éclairé. Il faut s'assurer que les victimes ne font pas l'objet de pressions et comprennent pleinement les risques possibles.

- ✓ Si l'on envisage de communiquer des informations et une analyse sur la violence sexuelle et fondée sur le genre aux médias, il convient d'étudier soigneusement les risques et les avantages. La sensibilisation à la violence sexuelle et fondée sur le genre est importante, et le recours aux médias peut être un bon moyen de faire prendre conscience de l'existence d'une telle violence. Néanmoins, cela peut également compromettre la neutralité et l'indépendance perçues et nuire à la sécurité. Cela risque de mettre en péril les services et les prestataires de services, en particulier si l'on apprend qu'un établissement ou une équipe donnés traitent des victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre et pourraient donc disposer d'informations sur les auteurs présumés de ces actes. Mettre en avant la prestation de services aux victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre peut également rendre ces services moins accessibles lorsque l'attitude prédominante consiste à stigmatiser les victimes en rejetant la faute sur elles. Il convient de bien évaluer les risques que cela posera pour les services et, si l'on décide de poursuivre, de prévoir les problèmes de sécurité potentiels qui pourraient survenir, tels que des demandes d'informations et de dossiers ou la fermeture des services.

## 4.5 Cadres juridiques et de sécurité

La violence sexuelle peut constituer un crime de guerre au regard du Statut de Rome et fait l'objet de sept résolutions du Conseil de sécurité de l'ONU (1820, 1888, 1960, 2106, 2122, 2242 et 2247), qui appellent à offrir des services aux victimes et à établir des outils pour lutter contre l'impunité, notamment par le biais de mécanismes de suivi. En outre, la violence sexuelle, le viol et la violence au sein du couple sont érigés en crimes à divers degrés dans la plupart des cadres juridiques nationaux.

Étant donné qu'il est de plus en plus important de mettre fin à l'impunité des auteurs de violence sexuelle, en particulier dans le cadre de conflits, les équipes médicales doivent avoir conscience de leur rôle dans la collecte de preuves médico-légales. Même s'il n'est pas possible de recueillir ces preuves, les soignants sont responsables de veiller à documenter les cas de violence sexuelle et fondée sur le genre de façon rigoureuse et exhaustive (129), en indiquant notamment le récit de la victime, les éventuelles blessures, les constatations à l'examen physique et la collecte de prélèvements sanguins et ADN à titre de preuves.

On ne doit recueillir que les preuves médico-légales pouvant être prélevées, stockées, analysées et utilisées, et ce, uniquement si la victime souhaite que ces preuves soient collectées et a donné son consentement éclairé en toute connaissance de cause. Idéalement, l'examen médico-légal devrait être effectué en même temps que les soins médicaux sont prodigués. Le personnel de santé doit avoir reçu une formation spéciale

et avoir de l'expérience supervisée pour pouvoir effectuer des examens médico-légaux. Même lorsqu'il n'est pas possible de collecter des preuves médico-légales, les équipes médicales doivent veiller à ce que les constatations à l'examen et le traitement soient bien documentés. Il peut être utile que l'examen proprement dit soit documenté si une victime décide d'engager des procédures judiciaires.

En cas de viol, l'établissement d'un certificat médical fait partie des soins médicaux à la victime [129] et constitue une obligation légale dans la plupart des pays. Le membre de l'équipe médicale qui examine la victime doit veiller à ce qu'un certificat soit rempli. Le certificat médical est un document médical confidentiel que le soignant doit remettre à la victime, tout en conservant un exemplaire dans ses dossiers. Il constitue un élément de preuve et est souvent la seule preuve matérielle disponible, à part le récit de la victime elle-même. Il devrait être gratuit et ne jamais être facturé aux victimes.

#### **4.5.1 Conseils concernant la documentation relative à la violence sexuelle et fondée sur le genre**

Les équipes médicales peuvent avoir l'occasion de faire de la sensibilisation auprès de décideurs, tels que des responsables locaux, des fonctionnaires gouvernementaux et des chefs militaires, qui peuvent avoir de l'influence pour renforcer la lutte contre la violence sexuelle et fondée sur le genre. Beaucoup d'équipes ont fait état d'interventions de sensibilisation réussies qui ont permis d'alerter des hauts commandants militaires et des responsables gouvernementaux sur le problème de la violence sexuelle et fondée sur le genre.

- Consigner les constatations à l'entretien et à l'examen de façon claire, complète et objective, sans porter de jugement.
- Il ne relève pas de la responsabilité des équipes médicales et du personnel de santé local de déterminer si une personne a été violée ou non. Documenter les constatations sans tirer de conclusions concernant le viol. Il convient de noter que, dans de nombreux cas de viol, il n'y a pas de constatation clinique.
- Effectuer une évaluation complète de l'état physique et psychologique de la victime et la documenter.

- ✓ Consigner toutes les lésions de façon claire et systématique, en utilisant la terminologie normalisée et en décrivant les caractéristiques des plaies. Reporter les observations sur les pictogrammes. Les soignants qui n'ont pas été formés à l'interprétation des blessures doivent se contenter de décrire les blessures de façon aussi détaillée que possible, sans spéculer sur la cause, car cela peut avoir de graves conséquences pour la victime et pour la personne accusée d'avoir commis les violences.
- ✓ Consigner précisément, en reprenant les propos de la victime, les déclarations importantes, par exemple les menaces proférées par l'agresseur. Ne pas avoir peur d'indiquer le nom de l'agresseur, mais en utilisant des propositions introductives telles que « le patient déclare » ou « le patient signale ».
- ✓ Éviter d'utiliser le terme « présumé », qui peut être mal interprété et donner l'impression que la victime a exagéré ou menti.
- ✓ Noter tous les prélèvements effectués à titre de preuves.

Les équipes médicales doivent également avoir conscience qu'il leur incombe de protéger les informations sur la victime et d'en garantir la confidentialité. Elles ne doivent jamais transmettre d'informations sur une victime à des représentants d'organismes des Nations Unies, de mécanismes de suivi ou du système juridique et de sécurité du pays sans le consentement de la victime. La communication d'informations sans consentement constitue une violation de la confidentialité et peut entraîner des risques graves pour la sûreté de la victime.

## 4.6 Notes d'orientation

1. Les équipes médicales doivent être formées, préparées et équipées pour gérer les différents aspects de la violence sexuelle et fondée sur le genre au niveau opérationnel, à savoir la prise en charge clinique, la sécurité, la protection et la sensibilisation.
2. Les équipes médicales doivent connaître les méthodes d'atténuation du risque en matière de confidentialité, notamment les considérations particulières relatives aux enfants.
3. Les équipes médicales doivent savoir comment prendre soin d'elles-mêmes lorsqu'elles s'occupent de cas de violence sexuelle et fondée sur le genre.
4. Les équipes médicales devraient intégrer une approche fondée sur le renforcement des capacités lorsqu'elles collaborent avec des équipes et des prestataires locaux.
5. Les équipes médicales et leurs chefs doivent avoir facilement accès aux références et aux manuels les plus pertinents.

## Références bibliographiques

- 118** Inter-Agency Standing Committee (IASC) [2015] Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action; [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/TAG-health-08\\_26\\_2015.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/TAG-health-08_26_2015.pdf)
- 119** Rome Statute of the International Criminal Court 2002; War Crimes; <https://www.icc-cpi.int/resource-library/Documents/RS-Eng.pdf>
- 120** Annex 11: Privacy and confidentiality in documentation; WHO Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A manual for health managers; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>
- 121** Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: Developing protocols for use in humanitarian settings, 2020; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rape-survivors-humanitarian-settings/en/>
- 122** WHO Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook, 2014; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>
- 123** WHO Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A manual for health managers, 2017; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>
- 124** WHO Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers, 2019; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/caring-for-women-subject-to-violence/en/>
- 125** WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence; [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/)
- 126** WHO mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies, 2015; [https://www.who.int/mental\\_health/publications/mhgap\\_hig/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/)
- 127** WHO Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines, 2017; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>
- 128** WHO and UNHCR: Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module, 2013; [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mhgap\\_module\\_management\\_stress/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/en/)
- 129** WHO GUIDELINES FOR MEDICO-LEGAL CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE, annex 1; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf?sequence=1>



## Chapitre 5

### Soins cliniques d'urgence essentiels et réadaptation

---

Une riposte médicale fondée sur des principes se compose d'interventions opérationnelles et cliniques obéissant à des normes fondamentales, qui mettent l'accent sur la qualité, la sécurité et la protection dans l'intérêt des patients.

---

### Objectifs du chapitre

1. Les équipes médicales comprennent mieux comment le nombre de patients et les cas cliniques varient entre les interventions en cas de situation d'urgence ou d'épidémie en temps de paix et dans les zones de conflit armé.
2. Les équipes médicales acquièrent des connaissances sur la manière dont les conflits et les autres environnements dangereux influent sur la prestation des services de santé et sur l'accès des patients à ces services.
3. Les équipes médicales adaptent les soins, la composition du personnel et l'équipement en fonction des patients (traumatismes aigus, maladies transmissibles ou non transmissibles, santé maternelle et pédiatrie).
4. Les équipes médicales connaissent les compétences nécessaires et les protocoles à appliquer pour la prise en charge de blessures graves et complexes, d'épidémies, de menaces CBRN, de brûlures et de situations entraînant un grand nombre de victimes.

## 5.1 Introduction et contexte

Dans ce chapitre sont présentées les meilleures pratiques existantes en matière de soins cliniques en ce qui concerne la prise en charge des problèmes de santé des civils que les équipes médicales rencontreront dans les conflits armés et les autres environnements dangereux. Les notes d'orientation relatives à la prestation des soins cliniques suivent une approche humanitaire fondée sur des principes et portent essentiellement sur la population civile. Selon une perspective centrée sur le patient, le chapitre comprend des conseils relatifs aux soins médicaux, infirmiers et de rééducation physique prodigués au sein de la collectivité, dans les services préhospitaliers, dans les hôpitaux, dans les services d'orientation et dans les services de réadaptation. Ce chapitre ne doit pas être lu seul, mais en complément du chapitre clinique du [Livre bleu](#), auquel il ajoute des précisions à prendre en considération pour prodiguer des soins cliniques dans les contextes de conflit armé et les environnements dangereux.

Les conflits armés et autres environnements dangereux créent des besoins particuliers en matière de soins de santé, qui nécessitent des services supplémentaires et des compétences élargies de la part des intervenants, en plus de ceux requis en cas de catastrophe ou d'épidémie survenant en temps de paix. Les principales différences entre les deux contextes, en ce qui concerne les besoins en soins cliniques, les cas à prendre en charge et les aspects opérationnels, sont présentées dans le tableau 14.

Tableau 14. Principales différences au niveau des besoins en services cliniques entre les contextes visés par le Livre bleu et le Livre rouge

		Livre bleu	Livre rouge
<b>Contexte général</b>		Relativement stable une fois que l'impact de la catastrophe est passé. Infrastructures de santé potentiellement endommagées.	Instable : lignes de front mobiles, violence cyclique et situations entraînant un grand nombre de victimes, restrictions d'accès, dégradation du système de santé et établissements de santé potentiellement endommagés.
<b>Besoins en soins cliniques</b>	Maladies non transmissibles	Besoins importants et variables en fonction du contexte, les affections peuvent empirer en raison de la catastrophe.	Comme dans le <b>Livre bleu</b> , but context dependent with some patients without NCD care for years or with continuum of care disrupted.
	Maladies transmissibles	Besoins importants et aigus en cas de manque d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène et de mauvaises conditions de vie.	Besoins importants et chroniques en raison de la dégradation durable de l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène et des mauvaises conditions de vie ainsi que de l'effondrement des programmes de santé publique concernant les vaccinations systématiques préventives.
	Blessures	Principalement des fractures fermées, touchant essentiellement des membres, des blessures par écrasement et des plaies souvent infectées.	Principalement des fractures ouvertes contaminées, souvent des polytraumatismes complexes graves avec pénétration, touchant essentiellement des membres, causés par des balles, des fragments ou des explosions. Plaies risquant de s'infecter, comme dans le cas d'une catastrophe. Blessures graves au niveau du tronc si le temps de transport est court (sinon ces blessures sont fatales).
	Santé maternelle et reproductive	Besoins continus qui dépendent du taux de natalité	Besoins continus qui dépendent du taux de natalité et du degré auquel le contexte nuit au déroulement du programme.
	Santé infantile	La population pédiatrique peut être nombreuse dans les milieux à faibles revenus. Risque de déplacement et de sensibilité aux maladies transmissibles.	Les enfants peuvent être davantage exposés au risque de blessure (exposition aux engins explosifs improvisés, sensibilité des organes vitaux aux blessures par effet de souffle). Le déplacement des populations et le manque de vaccination accroissent les risques pour ce groupe vulnérable.

Besoins en soins cliniques	CBRN	Peu probable, sauf en cas d'accident industriel provoqué par la catastrophe.	Besoin potentiel, surtout si ces menaces s'ajoutent à une situation faisant beaucoup de victimes.
	Épidémies	Occasionnellement.	Peuvent être courantes et nécessiter une attention particulière.
Cas habituels	Délai	Les équipes médicales arrivent plusieurs heures ou plusieurs jours après la catastrophe et doivent traiter des blessures « anciennes » et prendre en charge d'autres affections aiguës.	Les équipes médicales opèrent dans un contexte de violence permanente et doivent traiter de manière récurrente des blessures récentes et prendre en charge d'autres affections aiguës. L'accès peut être un problème critique, qui risque d'empêcher les personnes d'arriver rapidement.
	Gravité	Principalement des blessures anciennes, ainsi que des problèmes de manque d'accès aux médicaments pour les affections chroniques.	Varie en fonction de la distance par rapport au front : plus le front est proche, plus les blessures sont graves et nécessitent une prise en charge avancée.
	Situations entraînant un grand nombre de victimes	Occasionnellement.	Fréquentes, principalement des blessures par armes pénétrantes et explosives ou des brûlures, mais peuvent également inclure des événements CBRN.
Problèmes opérationnels	Réadaptation	Suivi difficile, équipes souvent submergées par les demandes dans un délai court. Doit être envisagée tôt.	Suivi difficile, insécurité, restrictions des déplacements, fardeau potentiel à long terme des besoins de réadaptation et des cas complexes.
	Chaîne de recours	La destruction des infrastructures et le manque de moyens de transport peuvent limiter le transfert des patients. L'établissement de recours peut ne pas être disponible.	Insécurité, manque de moyens de transport, restrictions des capacités et des déplacements, difficultés permanentes à mesure que les lignes de front se déplacent ou s'éloignent des structures sanitaires. L'établissement de recours peut ne pas être disponible.
	Dossiers des patients	Suivre les normes du <a href="#">Livre bleu</a> .	Problème de sécurité potentiel pour les patients. Transfert des données sur les patients uniquement avec leur permission, et conservation des données en sécurité. Emporter les dossiers en cas d'évacuation. Ne déclarer que des données compilées anonymisées.
	Surveillance	Déclarer les épidémies et les données pour contribuer à l'intervention globale de santé publique. Remplir la documentation sur les patients.	Déclarer les épidémies et les données de façon dépersonnalisée. Une documentation claire sur les patients (profils des lésions) est importante pour examiner la conduite des hostilités par la suite.
	Infrastructure	Des structures sous tente peuvent être adéquates.	Une structure plus solide et plus protectrice est nécessaire.

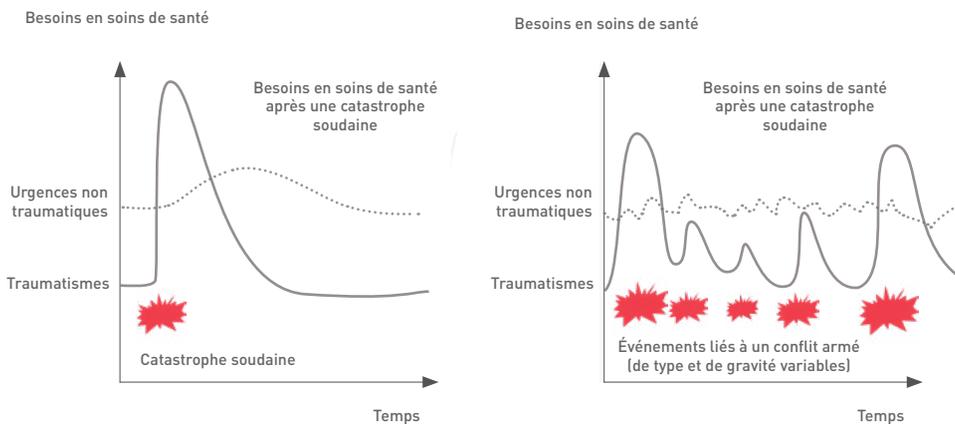
## 5.2 Types de besoins en matière de soins de santé que les équipes médicales devraient être en mesure de prendre en charge

Outre les blessures liées au conflit, les patients présenteront également des pathologies déjà prévalentes dans la région, qui varient selon la situation socio-économique de la zone touchée. Par exemple, dans les pays à revenu intermédiaire, la charge de morbidité est davantage dominée par les maladies non transmissibles que dans les pays à faible revenu. Toutefois, les perturbations sociales causées par les conflits peuvent entraîner la réapparition de maladies transmissibles.

La durée et l'intensité de la crise influenceront sur ses répercussions sur le système de santé et sur la perturbation des services de santé publique ordinaires, tels que les programmes de vaccination et de prévention, ainsi que sur l'accès à l'eau et à l'assainissement, au logement et à la nourriture, qui pourront entraîner des problèmes de santé qui n'existaient pas avant le conflit. En ce qui concerne les soins cliniques dans les conflits armés et autres environnements dangereux, l'une des principales difficultés concerne l'accès aux patients par les équipes ou aux services par les patients en raison de l'insécurité, des établissements de santé fermés ou pris pour cible, ainsi que de la peur à cause de laquelle le personnel de santé national et international n'ose pas se rendre au travail. Il est essentiel que chaque équipe médicale, avant son déploiement, procède à une évaluation critique des besoins en matière de soins de santé en analysant le contexte du conflit et son évolution, ainsi que ses effets directs et indirects en matière de santé. Cette analyse devra également tenir compte de la durée du conflit, de la situation démographique, des taux de mortalité et de natalité, de la couverture vaccinale, du niveau de malnutrition, de la charge de morbidité, ainsi que de la capacité et de la couverture du système de santé existant. Les résultats de cette analyse serviront à préparer et à orienter la conception du déploiement, la stratégie opérationnelle, la mise en place, la qualification du personnel et l'équipement. Pour obtenir de meilleurs résultats cliniques, notamment une baisse de la mortalité et de la morbidité, un suivi et une réadaptation planifiés, les EMT intervenant dans des contextes visés par le Livre rouge doivent être déployées pendant une durée nettement plus longue que dans les contextes visés par le [Livre bleu](#), à savoir au moins trois mois et de préférence plus longtemps.

Compte tenu du caractère hautement imprévisible des conflits armés, les équipes médicales de type 1, 2 ou 3 doivent être en mesure de prendre en charge les blessures résultant du conflit et de prodiguer des soins d'urgence de manière générale à la population civile, y compris pour les cas aigus de maladies maternelles et infantiles, de maladies transmissibles et de maladies non transmissibles. L'expérience montre que les équipes ne seront pas en mesure de contrôler les types de patients qui se présentent. Par exemple, des patients souffrant d'asthme aigu ou des femmes sur le point d'accoucher se présenteront également dans l'établissement et nécessiteront des soins urgents.

Figure 5. Différences au niveau des besoins en soins de santé entre les contextes visés par le Livre bleu et le Livre rouge (von Schreeb, 2019)



Le profil des cas qui se présentent dans les établissements de santé varie en fonction du temps de transport des patients. Dans le cas de traumatismes et d'autres situations d'urgence, le temps de transfert est crucial et ne dépend pas seulement de la distance par rapport au conflit, mais aussi de la disponibilité des moyens de transport, de la situation sur le plan de la sécurité, du nombre de postes de contrôle et de l'état des routes. Les blessés peuvent se présenter de manière sporadique ou par vagues, et leur nombre à un moment donné au cours d'un conflit armé varie en fonction de l'intensité du conflit, laquelle peut à son tour modifier l'accès à l'établissement et provoquer des mouvements de population. Dans les interventions lors de conflits récents, comme en Irak, les soins de traumatologie étaient dispensés beaucoup plus près de la ligne de front et par un plus grand nombre de prestataires que lors des conflits précédents, mais les temps de transport restaient longs [33]. Des données indiquent que, grâce à l'implantation des structures sanitaires plus près du conflit, des patients souffrant de blessures plus graves ont pu survivre jusqu'à leur arrivée dans une structure de soins cliniques, notamment des patients souffrant de polytraumatismes aigus, complexes et pénétrants, et de blessures multiples causées par des munitions, des balles et des explosions [130]. Le système complexe d'aiguillage qui a été mis en place, comportant davantage de niveaux de soins partagés entre un plus grand nombre de prestataires, a été salué, mais il doit faire l'objet d'une analyse coûts-avantages et d'une évaluation critique plus poussée de sa mise en œuvre.

Les conflits récents présentent de nouveaux obstacles, différents, à une intervention efficace face aux urgences traumatiques et nécessitent de mettre à jour les anciens paradigmes, notamment le type et le niveau des services de traumatologie à fournir ainsi que les systèmes

d'aiguillage. L'expérience récente de civils prodiguant des soins avancés de traumatologie dans un conflit marque le début d'une nouvelle ère, dans laquelle de nouveaux prestataires de soins et de nouvelles stratégies contribuent à sauver davantage de vies (33). La sécurité du personnel, des patients et des structures constitue un défi majeur pour les EMT civiles qui fournissent des soins de traumatologie dans une zone de conflit actif. À ce jour, il existe peu d'informations sur les risques accrus pour la sécurité des EMT intervenant dans de tels contextes et sur les moyens de leur garantir une protection suffisante.

La préparation des équipes au triage et à la prise en charge d'un grand nombre de blessés, ainsi que les exercices d'entraînement préalables au déploiement sont essentiels pour la gestion des situations faisant beaucoup de victimes. Pour compliquer encore les choses, dans les conflits armés, il est possible que des patients exposés à des agents CBRN se présentent dans le cadre d'une situation faisant beaucoup de victimes et qu'un nombre important de patients contaminés arrivent, risquant simultanément de submerger les équipes médicales et de les exposer aux risques de contamination. Plusieurs systèmes de triage peuvent être utilisés pour les victimes d'incidents CBRN. En l'absence d'un système uniformisé au niveau mondial, il est important de déployer un système de triage et de décontamination qui soit facile à suivre et adapté aux ressources médicales disponibles, au nombre de victimes et à la gravité des blessures. Les hôpitaux doivent disposer de protocoles préétablis concernant la décontamination, le traitement des patients et les équipements dédiés.

Les équipes doivent mettre en place des plans de préparation aux situations pouvant entraîner l'afflux soudain d'un grand nombre de patients, comprenant des protocoles éprouvés de triage en fonction des traumatismes et établissant des rôles et des responsabilités précis pour tous les membres du personnel. En cas d'incident CBRN, le personnel doit également disposer de protocoles de triage pour l'identification et le tri initial des patients, ainsi que d'équipements de protection et d'antidotes. Un espace et des équipements doivent être facilement accessibles pour permettre une décontamination sûre à l'extérieur de l'établissement, en tenant compte, par exemple, des questions relatives au retrait des vêtements et à l'approvisionnement en eau.

Les épidémies survenant dans les contextes de conflit armé et dans d'autres environnements dangereux posent des problèmes importants et complexes. Récemment, les épidémies d'agents pathogènes à fort impact en Afrique centrale et le nombre très élevé de cas de choléra et de maladies diarrhéiques pendant des conflits armés actifs au Moyen-Orient ont fortement ébranlé la capacité des autorités sanitaires locales et des organisations internationales à concevoir une intervention fondée sur une approche clinique et de santé publique « normale ». Pour combattre une épidémie, il faut une intervention reposant sur plusieurs piliers, qui accorde la même importance aux mesures de santé publique que sont la surveillance, la recherche active de cas et les enterrements sûrs et décents. Les messages de santé publique et la mobilisation de la population, ainsi que les services de laboratoire à vocation plus clinique, facilitent le traitement et l'isolement des patients, la lutte contre les infections dans les établissements de santé et la continuité de l'accès aux services de

santé, notamment pour les accouchements sans risque et la prise en charge des maladies non transmissibles et des autres maladies transmissibles non liées à l'épidémie en cours. Le recours traditionnel au DIH pour justifier la prestation des soins aux blessés civils par les parties au conflit est largement abordé ailleurs dans le livre, mais le rôle précis des parties au conflit en cas d'épidémie mérite une attention particulière. Si, pour beaucoup, le libellé du DIH signifie que « prodiguer des soins » à la population civile devrait également inclure la lutte contre les épidémies, cela ne semble pas être l'interprétation des forces militaires dans les exemples ci-dessus. La violence intra-étatique, qui oppose les forces gouvernementales à des acteurs non étatiques, et la complexité supplémentaire de l'action directe des forces de maintien de la paix de l'ONU compliquent encore plus les actions des autres organismes des Nations Unies, surtout lorsque ceux-ci prennent complètement parti pour le gouvernement.

Pour qu'une intervention clinique et de santé publique soit efficace en cas d'épidémie, encore plus que pour toute autre forme d'intervention sanitaire, il est nécessaire de faire en sorte que les populations la perçoivent comme à la fois neutre et impartiale, faute de quoi elles risquent de la rejeter ou de s'y opposer. Dans une zone touchée par une épidémie, les soins de traumatologie, tels que les interventions chirurgicales, le traitement des plaies et les procédures de contrôle des voies respiratoires, ainsi que les interventions chirurgicales ou les soins invasifs de santé reproductive, présentent un risque particulièrement élevé pour le personnel (comme on l'a vu lors de l'épidémie d'Ebola de 2019, avec des décès intra-utérins et des complications septiques nécessitant des interventions chirurgicales sur des patients atteints d'Ebola). En outre, pendant les premiers instants chaotiques à la suite d'un événement faisant beaucoup de victimes lors d'un conflit, le personnel court un risque accru d'exposition à des fluides corporels ou à des objets tranchants à usage médical. Les nouvelles avancées en matière d'EPI, l'immunisation des soignants contre des agents pathogènes tels que le virus Ebola et l'amélioration de la conception des blocs opératoires utilisés dans le cadre de la riposte à l'épidémie d'Ebola ont permis d'atténuer ces risques dans une certaine mesure, mais pas de les éliminer.

### 5.3 Questions opérationnelles particulières

Dans un environnement dynamique et dangereux, tous les aspects des soins cliniques sont touchés, notamment l'installation des sites de soins, les systèmes d'aiguillage, les fournitures médicales et les médicaments essentiels, ainsi que la planification des interventions chirurgicales et leur réalisation. Par exemple, si la menace est élevée, il peut être nécessaire de rapprocher ou d'éloigner les structures sanitaires des zones de conflit, ce qui exige de trouver un équilibre entre les besoins des patients et la sécurité des intervenants. Il est impératif d'assurer la continuité des soins et de maintenir la qualité des soins tout au long de la chaîne de recours.

Le principe directeur est que les soins dispensés pendant le transport doivent être au moins de même niveau que les soins prodigués à destination et doivent permettre de préparer le patient en vue de son hospitalisation dans le service d'accueil. Si ce n'est pas possible en raison des capacités limitées pendant le transport sanitaire (compétences du personnel, équipement, médicaments), l'équipe de l'établissement d'origine doit éviter de commencer des soins qui ne pourront pas être poursuivis pendant le transport. Il est essentiel de se préparer aux maladies transmissibles et aux épidémies, telles que les maladies diarrhéiques épidémiques, les maladies extrêmement contagieuses, notamment la fièvre hémorragique virale, et la grippe, et d'en surveiller l'apparition.

La tenue et le stockage des dossiers des patients représentent un enjeu crucial, car, en cas de conflit, ils peuvent constituer une menace pour la sécurité des patients. Conformément au [Livre bleu](#), les patients doivent recevoir une copie de leur dossier médical ou, en cas de soins complexes, au moins un sommaire d'hospitalisation au moment de leur sortie. Les autres moyens d'identification utilisés à l'hôpital, tels que les bracelets, doivent généralement être retirés avant de donner son congé au patient, au cas où ils représenteraient un risque pour le patient s'ils étaient reconnus plus tard par des groupes armés. Dans les conflits armés, les dossiers des patients sont une source potentielle d'informations pour l'une ou l'autre des parties au conflit. Les équipes médicales doivent veiller à ce que les données identifiables restent toujours confidentielles et ne soient jamais communiquées à l'un ou l'autre camp sans le consentement clair des patients, obtenu après avoir étudié très soigneusement les implications pour ces derniers, qui pourraient subir des représailles (directes et indirectes) par la suite. Il s'agit là d'une différence claire entre le Livre rouge et le [Livre bleu](#). Si les patients acceptent d'être transférés dans un autre établissement, leur dossier médical et les notes complémentaires doivent les accompagner. Les dossiers numériques, les rapports de surveillance quotidiens et les rapports relatifs à l'ensemble minimal de données <sup>(131)</sup> doivent tous être anonymisés. Les disques durs et les mots de passe des ordinateurs sécurisés doivent être gérés avec soin, et les plans de secours en cas d'évacuation urgente par une équipe médicale doivent également prévoir des mesures visant à garantir la sécurité et l'intégrité des dossiers et des données des patients.

## 5.4 Recommandations cliniques par niveau de soins

La réussite de la prise en charge des cas aigus d'affections graves repose sur une succession de niveaux de soins étroitement liés, tous aussi importants les uns que les autres. Cela implique de bien comprendre quels services de santé et quelles possibilités d'aiguillage existent dans la région où l'équipe s'est installée. Chaque établissement doit comprendre la capacité et les moyens d'action des établissements dont il reçoit et vers lesquels il oriente ses patients. Comme indiqué dans le [Livre bleu](#), dans un contexte

de conflit armé, la première intervention est souvent effectuée par des passants non formés, des membres de la famille, des survivants, des secouristes formés aux premiers secours et, parfois, des ambulanciers préhospitaliers. Les différents types d'EMT (équipes de type 1 mobiles et fixes, de type 2 et de type 3) et les équipes de soins spécialisés ont tous leur place dans un conflit armé, même si tous les patients ne passeront pas nécessairement par chaque niveau. La section ci-dessous décrit les adaptations à la typologie normale des équipes médicales qu'il convient d'apporter pour un déploiement dans le cadre d'un conflit armé. Tous les membres de l'équipe doivent comprendre les principes du DIH et veiller à la compréhension, au respect et à l'application de la déontologie médicale. Chaque membre du personnel des EMT doit être qualifié dans son domaine de spécialité, être titulaire d'un permis d'exercer (ou l'équivalent national) en cours de validité dans le pays où il est enregistré et être autorisé à exercer dans le pays touché.

La composition, les effectifs, l'équipement et les priorités des équipes médicales déployées dans les contextes de conflit armé et dans les autres environnements dangereux peuvent varier, en fonction du contexte et du temps de transport des victimes. Néanmoins, où qu'elles se trouvent, les équipes doivent remplir des fonctions essentielles, conformément aux normes définies dans le [Livre bleu](#). Par exemple, une structure sanitaire ambulatoire de type 1 doit prendre en charge les cas urgents de maladies transmissibles et non transmissibles, les blessures et les problèmes de santé maternelle, y compris les accouchements normaux.

### 5.4.1 Premiers intervenants au sein de la collectivité

Comme mentionné plus haut, la plupart des blessés seront d'abord traités, et potentiellement sauvés, par des témoins tels que des voisins ou des membres de la famille. Les blessés peuvent être éloignés du danger direct et recevoir des soins élémentaires avant d'être transportés vers une structure médicale. Les premiers intervenants doivent obéir à la règle de la sûreté en trois temps : 1) soi-même, 2) la scène, 3) le survivant (5) ; des directives essentielles relatives aux premiers secours à l'intention des témoins doivent être disponibles (132) (voir le tableau 14).

Le transport entre le lieu de la blessure et les soins cliniques variera en fonction du type de conflit, du niveau d'insécurité et des distances à parcourir. Selon le contexte, il peut y avoir des ambulances et du personnel paramédical ou des prestataires de soins préhospitaliers formés qui, sans retarder inutilement le transport, peuvent appliquer une compression externe pour arrêter une hémorragie, protéger les voies respiratoires et, si nécessaire, immobiliser rapidement une fracture simple (133).

## 5.4.2 Soins ambulatoires préhospitaliers (équipes de type 1)

Les soins cliniques ambulatoires peuvent être dispensés dans des cliniques fixes ou mobiles. Les raisons justifiant de choisir l'une ou l'autre ainsi que leurs limites doivent être soigneusement évaluées avant le déploiement.

### 5.4.2.1 Équipes mobiles de type 1

Les équipes mobiles peuvent être utiles dans les contextes visés par les Livres bleu et rouge, mais leur contribution globale à la prise en charge des besoins de santé reste très peu documentée. La stratégie consistant à envoyer des équipes mobiles de façon sporadique et irrégulière dans les zones mal desservies peut être efficace, mais la couverture reste limitée, notamment pour prendre en charge les urgences aiguës (urgences obstétriques et autres cas aigus) étant donné que ces services ne sont disponibles que peu de temps au même endroit. Il convient plutôt de s'efforcer de fournir un service régulier qui soit bien accepté par la communauté locale. Les cliniques mobiles doivent être considérées comme une stratégie de dernier recours pour atteindre les populations qui n'ont pas accès aux services de santé [134].

Au cours des récents conflits, on a constaté une augmentation du recours à des équipes mobiles provenant d'horizons divers. Il est important d'établir et de maintenir un certain degré de coordination, dans le cadre du ou des systèmes de coordination médicale pertinents, afin de garantir l'équité entre les populations, de sorte qu'aucune communauté ne soit négligée ou mal desservie et que les communautés faciles à atteindre ne soient pas, au contraire, desservies trop souvent par de multiples visites médicales potentiellement contradictoires.

### 5.4.2.2 Équipes fixes de type 1

Bien qu'elles soient fixes, ces cliniques doivent tout de même être relativement mobiles au cas où elles devraient évacuer en raison de menaces pour leur sécurité ou de mouvements de population. Elles peuvent être établies dans des camps de personnes déplacées et de réfugiés, ou bien à proximité des populations directement touchées par le conflit. Une équipe fixe de type 1 peut devoir se concentrer sur la prise en charge des traumatismes et remplir les fonctions d'un point de stabilisation des traumatismes, même si l'état du patient ne sera véritablement stabilisé qu'après une intervention chirurgicale définitive. Un point de stabilisation des traumatismes, déployé dans le cadre d'un conflit, assure la réanimation d'urgence et la stabilisation des voies respiratoires, des hémorragies et des fractures. Il joue également un rôle important de

triage, en identifiant les blessures bénignes et en transférant rapidement les blessures plus graves vers un niveau de soins supérieur. Pour une efficacité optimale, il doit être accessible dans les dix minutes suivant la survenue de la blessure. Aucune intervention chirurgicale n'y est pratiquée [133]. Les points de stabilisation des traumatismes doivent fournir des services adaptés au contexte dans lequel ils interviennent, notamment selon le temps de transport vers le niveau de soins supérieur et les équipements médicaux disponibles pendant le transport, mais ils doivent être en mesure de pratiquer les interventions ci-dessous.

Tableau 15. Réanimation initiale des patients arrivant dans un point de stabilisation des traumatismes

<b>Voies aériennes (A)</b>	Assistance respiratoire de base. Une assistance respiratoire avancée peut être envisagée, jusqu'à l'intubation, conformément aux protocoles convenus et uniquement si le patient intubé peut être transféré en toute sécurité et si l'établissement d'accueil a la capacité de poursuivre la ventilation mécanique.
<b>Ventilation (B)</b>	Oxygène d'appoint et, si nécessaire, décompression thoracique, pansements thoraciques et drainage pleural.
<b>Circulation (C)</b>	Traitement des hémorragies au moyen de pansements compressifs et, si nécessaire, utilisation prudente de garrots et/ou pose d'une sangle de contention pelvienne ou fémorale. Réanimation, y compris la pose d'une ligne intraveineuse et intra-osseuse et l'administration d'une perfusion de cristalloïdes pendant une durée limitée, selon les protocoles convenus et en fonction de la durée du transfert, et, lorsque cela est indiqué, l'administration d'acide tranexamique.
<b>Déficit neurologique (D)</b>	Reconnaissance et protection pour prévenir d'autres dommages et transfert des patients présentant des lésions de la moelle épinière et d'autres urgences neurologiques, y compris les lésions oculaires.
<b>Exposition (E)</b>	Prévention de l'hypothermie. Enquête secondaire rapide. Voir la section relative aux menaces CBRN pour plus de détails sur la prise en charge d'une exposition potentielle.

Les points de stabilisation des traumatismes doivent également être prêts à recevoir des urgences aiguës non traumatiques, car ils sont souvent situés à proximité d'une population extrêmement vulnérable dont les nombreux besoins médicaux ne sont pas satisfaits (voir le tableau 17).

La durée du transfert vers l'établissement définitif ainsi que le niveau des soins et l'éventail des services qui y sont disponibles influenceront sur la stratégie de traitement adoptée par le point de stabilisation des traumatismes.

Les chances de survie à une hémorragie grave sont optimales lorsque le transfert vers l'hôpital est rapide, sans délai préhospitalier, et que l'établissement d'accueil dispose des compétences et des capacités appropriées. (Voir le chapitre sur la sûreté et la sécurité.)

Tableau 16. Conseils aux premiers intervenants (5)

Soi-même	Sans EPI et sans formation correcte, vous risquez de devenir victime à votre tour et d'aggraver la situation. Si un membre de l'équipe médicale est blessé ou tué, la mission tout entière risque de devoir être abandonnée. Faites passer votre propre sécurité et celle de votre équipe avant tout le reste. Demandez-vous si vous êtes formé pour intervenir dans cette position avancée avec ce niveau de risque.
Scène	Les lieux sont-ils sûrs ? Y a-t-il des bombes secondaires ou des engins explosifs improvisés en attente ? Y a-t-il des tireurs actifs, des tireurs embusqués ou des contaminants CBRN résiduels ? La structure des bâtiments est-elle instable ? Contrairement à l'instinct naturel de nombreux intervenants, tant qu'il subsiste des menaces, il s'agit d'une situation de sécurité, et non d'une situation médicale.
Survivants	Il est maintenant possible de mettre les patients et les survivants en sécurité et de commencer à les traiter. Pouvez-vous encourager les victimes à évacuer dans votre direction pour que vous n'ayez pas à pénétrer sur les lieux ? Tenez-vous d'abord à une distance sûre et appelez les survivants à sortir et à se mettre en sécurité. S'ils obéissent aux ordres, cela vous indique que leur cerveau est encore irrigué et qu'ils sont capables de bouger, c'est une première observation vitale qui contribue au triage. Les personnes qui restent à terre peuvent être mortes ou gravement blessées. Si vous pouvez le faire sans danger, prodiguez-leur les premiers soins et amenez-les à un point d'évacuation des victimes ou à l'EMTU de type 1.

### 5.4.2.3 Considérations cliniques relatives aux soins préhospitaliers

#### Soins de traumatologie

Pour trier les blessés par ordre de priorité, les équipes doivent appliquer un système de triage (tel que l'outil de triage intégré interinstitutions, mis au point conjointement par l'OMS, le CICR et MSF) qu'elles se sont entraînées à utiliser. L'évaluation et la stabilisation doivent respecter les principes ABCDE <sup>[134]</sup> et comprennent le traitement des hémorragies aiguës (pansement compressif ou garrot si nécessaire), l'assistance respiratoire de base (sonde nasopharyngée, par exemple), l'installation en position latérale de sécurité, la perfusion intraveineuse (limitée aux cristalloïdes et dans le cadre d'un protocole convenu) ainsi que la prévention de l'hypothermie <sup>[135]</sup>. Si une intervention nécessaire à la survie a été réalisée, le patient doit être accompagné pendant le transfert par du personnel médical suffisamment formé pour poursuivre l'intervention. Des soins de traumatologie initiaux avancés, notamment l'intubation endotrachéale et l'insertion d'un drain thoracique, peuvent être envisagés pour stabiliser temporairement les patients gravement blessés avant leur transfert vers un niveau de soins supérieur (types 2 ou 3). Toutefois, pour éviter d'utiliser à mauvais escient des ressources limitées, ces interventions doivent être entreprises uniquement si on a la certitude que les ressources humaines et techniques seront suffisantes pour transférer le patient en toute sécurité vers un établissement

approprié et que cet établissement sera en mesure de le recevoir en toute sécurité et de poursuivre le niveau de soins instauré. Il convient d'éviter les interventions futiles et de garantir l'accès à des soins aux mourants ou à des soins palliatifs adéquats.

### **ABCDE ou c-ABCDE ? [12]**

Selon l'analyse des statistiques, une grave hémorragie périphérique constitue la principale lésion létale, mais curable dans le contexte d'un conflit armé. Diverses études montrent que bien plus de soldats succombent à une hémorragie périphérique catastrophique qu'à une obstruction des voies aériennes ou à une insuffisance respiratoire. En conséquence, le « c » – ici pour saignement « catastrophique » – peut être placé au premier rang des priorités, simplement parce qu'il survient plus fréquemment.

Une fois que la présence d'une hémorragie catastrophique externe, qui est assez évidente, a été exclue – ce qui constitue la grande majorité des cas –, le secouriste devrait passer immédiatement à l'algorithme standard ABCDE.

Dans le cas des blessures pénétrantes et des lésions par souffle, un transport rapide vers l'hôpital déterminera les chances de survie. Les soins de réanimation prodigués dépendront du niveau des services disponibles dans la structure vers laquelle le patient est aiguillé et de la durée du transfert. En cas de situation faisant un grand nombre de victimes, ces décisions devront être adaptées. La prudence est de rigueur lorsqu'on tente de réanimer des patients gravement blessés qui n'ont aucune chance de survie, en particulier ceux qui présentent des lésions cérébrales complexes, afin d'éviter un gaspillage inutile de ressources précieuses. Il ne faut pas oublier que, pour stabiliser réellement l'état des personnes souffrant d'une hémorragie interne, une intervention chirurgicale à l'hôpital est nécessaire. Il ne faut pas retarder le transport vers l'hôpital en effectuant des interventions inutiles et en cherchant trop longtemps à stabiliser le patient. Il est possible d'appliquer un garrot pour juguler une hémorragie externe, mais la prudence est de mise si le trajet vers l'établissement de destination est long. Les garrots sont douloureux et, s'ils sont maintenus trop longtemps, ils provoquent des lésions ischémiques qui peuvent elles-mêmes conduire à une amputation. Si un garrot est posé, l'heure à laquelle il doit être retiré (dans les deux heures) [136] doit être inscrite sur le dispositif et il doit toujours y avoir un accompagnateur capable de s'occuper de l'enlever en cas de retard inévitable.

Les blessures superficielles non compliquées sans signe de pénétration peuvent être prises en charge dans les structures médicales préhospitalières. Il faut veiller au respect des protocoles établis pour ce niveau de soins, notamment en ce qui concerne l'évaluation et le traitement des plaies, l'administration d'immunoglobulines ou de vaccins antitétaniques, le traitement de la douleur, le suivi et la réadaptation [12, 137]. Des considérations supplémentaires relatives aux soins de traumatologie figurent dans l'encadré 1 de la section questions-réponses.

**Brûlures** Les brûlures peuvent nécessiter une attention particulière. Des cas peuvent se présenter individuellement ou dans le cadre d'un événement faisant beaucoup de victimes. Les soins initiaux dans la phase préhospitalière (secours) visent principalement à stabiliser le patient brûlé. Les nouvelles directives sur la prise en charge des brûlés lors d'une situation faisant un grand nombre de victimes soulignent qu'il est important de soulager la douleur, de panser les brûlures et de n'administrer aucun liquide en phase préhospitalière, alors que les équipes de type 1 fixes ou mobiles devraient prodiguer les mêmes soins essentiels et élémentaires (138). Il est très difficile d'estimer la profondeur et la surface des brûlures avant l'hospitalisation, et cette estimation est souvent incorrecte et peut sous-estimer ou surestimer l'étendue ou la gravité de 10 à 20 %. Néanmoins, les patients présentant des brûlures dont la surface est estimée à 5 % ou plus doivent être aiguillés vers un établissement de type 2 où un débridement, une fluidothérapie et d'autres soins pourront être administrés. L'étendue des brûlures peut également être surestimée lors de l'évaluation de personnes très gravement brûlées et, par conséquent, les décisions relatives à la capacité de survie ou aux soins palliatifs ne doivent pas être prises au niveau des services préhospitaliers, mais seulement à l'issue d'un examen réalisé par des spécialistes des brûlures et d'une estimation définitive de la surface totale des brûlures. Des consignes portant spécifiquement sur la prise en charge des brûlures par les EMT ont été élaborées (139).

### Épidémie

Toute EMT doit être en mesure de détecter les maladies présentant un risque de flambée ou d'épidémie et disposer de protocoles de prise en charge des patients infectieux, notamment des zones d'attente séparées, des installations d'isolement temporaire, des EPI, des mesures de lutte anti-infectieuse, une capacité de transfert vers les centres de soins appropriés et des processus de surveillance de fond et d'élaboration de rapports. Les équipes de type 1 mobiles et fixes sont censées fournir des soins élémentaires aux patients atteints d'une maladie transmissible et faire office, par exemple, d'unité de traitement du choléra ou de point de réhydratation par voie orale en cas d'épidémie.

### Situations entraînant un grand nombre de victimes

Il est essentiel de disposer d'un système de triage bien rodé. Parmi les différents types qui existent, les équipes doivent en choisir un et s'assurer qu'il est bien connu de tous les membres de l'équipe et qu'il a été testé lors d'exercices en équipe.

### Incidents chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires (CBRN)

Les aspects liés à la sûreté et à la sécurité en cas d'incident CBRN, y compris la décontamination, sont traités ailleurs dans le présent document ([chapitre 2.7](#)). Après la décontamination, le personnel des équipes de type 1 doit être capable de reconnaître les symptômes cliniques de l'empoisonnement et de fournir des soins de soutien élémentaires. Si un antidote connu est disponible, comme l'atropine, il doit être administré et les patients doivent être transférés rapidement vers des niveaux de soins supérieurs. Le traitement ne doit être administré qu'une fois la décontamination terminée. Si la décontamination n'est pas possible, la sûreté du personnel de l'EMT passe avant tout. Des informations sur la

gestion des risques chimiques et radiologiques sont disponibles sur la page du site de l'OMS consacrée à la [gestion des risques pour la santé liés à l'environnement dans les situations d'urgence](#), tandis que les protocoles de soins pour la prise en charge clinique initiale des patients exposés à des armes chimiques sont décrits dans un [document d'orientation](#) [140].

### 5.4.3 Aiguillage

En tant que premier maillon de la chaîne de survie des soins en traumatologie, les équipes de type 1 doivent veiller à la mise en place d'un système fiable d'évacuation des patients, car, si les patients sont mal aiguillés, cela compromettra leurs chances de survie. Souvent, le transport par ambulance n'est pas possible étant donné que, dans les conflits armés, les routes ont souvent été bombardées, le carburant est rare et il n'y a même pas de véhicules sanitaires disponibles. Le transport par avion peut être la seule option envisageable, mais ce n'est pas toujours possible et il faut du temps pour l'organiser. Il est essentiel que du personnel dûment formé accompagne le patient blessé pendant son transfert vers l'établissement de soins définitif. Comme en temps de paix, l'équipe clinique qui transfère le patient reste responsable de ce dernier jusqu'à son arrivée au niveau de soins suivant. Par conséquent, la capacité et les moyens du processus d'évacuation détermineront les interventions cliniques réalisées dans le cadre préhospitalier. Seuls les patients nécessitant un niveau de soins supérieur doivent être transférés vers l'établissement définitif. L'aiguillage entre les services de types 1 et 2 peut être amélioré par la mise en place d'équipes de coordination dédiées et d'une « ligne directe » à appeler. Dans les conflits, les transferts peuvent prendre des heures, même si les distances sont courtes. Cela est particulièrement important lorsque des garrots ont été posés et qu'il faudra, à un moment donné, les desserrer temporairement. Des facteurs comparables doivent être pris en considération lors de l'utilisation de techniques avancées d'assistance respiratoire. L'intubation endotrachéale ne doit être pratiquée chez des patients gravement blessés que si le temps de transport est suffisamment court pour permettre de maintenir une ventilation manuelle sûre pendant le trajet [91].

### 5.4.4 Hôpital – EMT de types 2 et 3

Le premier hôpital de la chaîne de recours en traumatologie (type 2) et l'hôpital de recours (type 3) ont pour rôle principal de prendre en charge les patients atteints de brûlures, de blessures pénétrantes ou de traumatismes complexes et multiples, de prodiguer des soins chirurgicaux généraux définitifs et de traiter et stabiliser les urgences médicales. Les équipes de type 3 se distinguent des équipes de type 2 par une capacité en lits plus importante et par la présence d'une unité de soins intensifs (voir le [Livre bleu](#)). Dans un conflit armé, la structure de type 2 sera probablement plus proche de la ligne de front et recevra des patients présentant des blessures récentes compliquées qui, une fois

stabilisés par une intervention chirurgicale, pourront être transférés vers une structure de type 3. Il se peut également qu'une structure de type 2 doive transférer des patients en raison d'un manque de lits ou de menaces pour sa sécurité. Ces transferts peuvent se faire vers des hôpitaux locaux plus éloignés de la ligne de front. Des plans d'urgence complets doivent être établis très tôt. L'expérience des conflits récents montre que, dans certains cas, les structures de type 2 situées sur la ligne de front disposaient toujours de l'espace ou de la capacité nécessaires pour fournir des soins chirurgicaux définitifs. Les patients étaient rapidement transférés après l'intervention, ce qui faisait subir une pression importante aux services de transport et aux hôpitaux d'accueil, lesquels recevaient parfois sans préavis des patients venant tout juste d'être opérés.

C'est généralement parce qu'une intervention chirurgicale est nécessaire que les patients sont orientés vers un établissement de soins de niveau supérieur. Cela ne concerne pas exclusivement la chirurgie des blessures aiguës, mais aussi les besoins généraux en chirurgie d'urgence de toute la population, notamment les urgences obstétriques, le syndrome de l'« abdomen aigu » et les traumatismes non liés au conflit. Les interventions chirurgicales programmées ne relèvent pas du champ d'action de la structure d'urgence de l'EMT. Il faut éviter d'instaurer des traitements qui dépassent les capacités du système de santé existant. Des équipes de soins spécialisés peuvent effectuer des interventions spécifiques de chirurgie reconstructrice, auquel cas elles devront être déployées pendant une longue durée, compte tenu de la complexité de cette chirurgie et de la rééducation prolongée qu'elle nécessite. Ces équipes doivent disposer des moyens nécessaires pour prendre en charge les complications et les soins post-opératoires des patients qu'elles traitent. Il est important que les équipes de types 2 et 3 travaillent en collaboration avec les services préhospitaliers et de réadaptation afin d'assurer la continuité des soins. D'importantes considérations éthiques et culturelles doivent être prises en compte avant de débiter des traitements avancés chez des patients gravement blessés. En plus d'obtenir le consentement du patient et de lui fournir des informations adaptées sur le plan culturel, il convient d'éviter les interventions inutiles sur le plan clinique. À long terme, les soins, y compris la réadaptation, seront déterminés par les ressources disponibles là où le patient sera finalement transféré. Néanmoins, malgré ces contraintes, les équipes doivent s'efforcer de fournir la meilleure qualité de soins possible. Les normes techniques et les capacités applicables aux équipes de types 2 et 3 sont définies dans le [Livre bleu](#).

#### 5.4.4.1 Considérations cliniques – hôpital

Un hôpital (de type 2 ou 3) doit toujours disposer de services médicaux, infirmiers et de réadaptation physique et des protocoles correspondants pour prendre en charge les cas aigus de maladies non transmissibles, de maladies transmissibles

et d'urgences obstétriques. Le personnel doit être formé au soutien psychosocial de base, qui comprend des compétences en premiers secours psychologiques et d'autres interventions. On trouvera dans le [Livre bleu](#) une description plus complète des normes à respecter concernant ces soins. Le tableau 1 met en évidence certaines des principales préoccupations opérationnelles relatives aux contextes visés par le Livre rouge.

### Soins en traumatologie

Dans les contextes de conflit, les soins cliniques consistent principalement à traiter des blessures causées par des balles, des explosions ou des fragments. Les équipes doivent avoir une compréhension élémentaire de la balistique et du type et de la complexité des lésions organiques que peuvent provoquer des armes à feu et des explosifs, ainsi qu'une expérience clinique de leur prise en charge. Les principes fondamentaux du traitement de ces blessures sont exposés dans les manuels du CICR et de ses partenaires [12, 137]. La réanimation de sauvetage en cas de traumatisme a permis d'améliorer la survie des patients gravement blessés. Elle repose sur une approche systématique qui comprend le contrôle mécanique agressif des hémorragies, l'administration limitée de cristaalloïdes, l'administration précoce de produits sanguins balancés, la prévention de l'hypothermie, l'utilisation d'adjuvants hémostatiques tels que l'acide tranexamique et le passage rapide à la chirurgie de sauvetage [141].

L'hémorragie non maîtrisée est la principale cause de décès évitable en traumatologie. Cependant, l'accès en temps utile aux produits sanguins et à la transfusion sanguine constitue un défi logistique, administratif et clinique majeur dans les conflits. La disponibilité du sang est un facteur limitatif qui peut être difficile à gérer. En l'absence de réserves régulières de sang destiné à la transfusion, il faut mettre en place une « banque de sang ambulante », alimentée par des dons de volontaires, ou pratiquer l'autotransfusion, par exemple en cas d'hémithorax massif [142].

Le présent document ne fournit pas de détails techniques sur la prise en charge clinique. Toutefois, il convient de noter que toute EMT déployée dans un conflit armé doit disposer de chirurgiens et d'anesthésistes bien au fait des principes et des concepts de limitation des dégâts [143], à savoir : 1) des procédures chirurgicales abrégées qui se limitent à maîtriser l'hémorragie et à prévenir la contamination, 2) la correction des dérèglements physiologiques et 3) des procédures chirurgicales définitives.

Il existe des normes cliniques établies en ce qui concerne la prise en charge des blessures pénétrantes dans les zones de conflit où les ressources sont limitées, qui portent notamment sur le soin des plaies, le traitement des membres, l'orthoplastie et la prise en charge essentielle des traumatismes neurologiques et rachidiens [144, 137].

## Fractures

Les fractures, fréquentes, sont souvent ouvertes et associées à d'autres blessures. Elles constitueront l'une des principales affections à traiter par les structures de type 2 ou 3 et nécessiteront des ressources importantes, notamment des compétences orthoplastiques spécialisées en traumatologie ainsi qu'une rééducation active et rapide. La prise en charge essentielle comprendra le débridement chirurgical, la stabilisation adéquate à l'aide d'un plâtre, d'une traction ou d'une fixation externe, mais jamais de fixation interne en traitement initial. On trouvera une description plus détaillée du traitement des fractures dans le manuel relatif à la prise en charge des traumatismes des membres en cas de catastrophe ou de conflit (137).

## Brûlures

Les brûlures peuvent solliciter fortement les services de santé dans les conflits armés, car les soins aux brûlés nécessitent beaucoup de ressources (voir la cellule spécialisée en soins aux brûlés de l'OMS). En temps normal, en fonction de la gravité de la brûlure, les patients peuvent être orientés vers un service spécialisé où des soins seront prodigués suivant les protocoles exemplaires. Dans les conflits, comme il n'existe presque jamais de services de ce type, les structures de type 2 ou 3 seront obligées de prendre en charge ces blessures. Toutes les structures de type 2 ou 3 sont censées disposer des moyens nécessaires pour assurer la prise en charge initiale des patients brûlés, y compris en cas de situation faisant un grand nombre de victimes. La prise en charge initiale comprend le triage secondaire, la stabilisation et la réanimation, le nettoyage de la plaie, l'excision tangentielle et l'application de pansements. Le triage tertiaire et l'estimation définitive du pourcentage de brûlure facilitent la répartition appropriée des patients vers les établissements spécialisés. Les brûlures couvrant jusqu'à 20 % de la surface corporelle et les patients nécessitant des soins palliatifs, car ils ne survivront pas à leurs brûlures seront pris en charge dans les structures de type 2 et 3 (145). Le groupe de travail technique sur les brûlures de l'initiative EMT de l'OMS a décrit en détail comment prendre en charge un grand nombre de brûlés dans le cadre d'une EMT (146).

## Incidents chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires (CBRN)

Des soins CBRN peuvent être prodigués dans les structures de type 2 et 3 à condition que les patients aient été entièrement décontaminés avant leur hospitalisation. Des soins de soutien progressifs doivent être disponibles dans les structures de type 2, puis de type 3, en fonction de la gravité des symptômes, jusqu'à l'unité de soins intensifs si les effets de l'agent CBRN sont considérés comme réversibles et qu'il n'y a pas de danger pour le personnel. Les protocoles de traitement sont disponibles sur la page du site de l'OMS consacrée à la **gestion des risques pour la santé liés à l'environnement dans les situations d'urgence** (147), tandis que les protocoles de soins pour la prise en charge clinique initiale des patients exposés à des armes chimiques sont décrits dans un **document d'orientation** (140).

## Épidémies

Comme dans le [Livre bleu](#), tous les établissements de type 2 et 3 doivent être en mesure de trier les patients et de reconnaître les maladies hautement infectieuses, telles que la tuberculose, la diphtérie et le choléra, et disposer de zones de triage et de salles séparées permettant de traiter les cas de maladies transmissibles, ainsi que d'EPI appropriés pour le personnel. L'aiguillage des patients vers des établissements spécialisés peut être possible ou non selon le contexte. Les centres spécialement dédiés au traitement des épidémies, comme les centres de traitement d'Ebola ou du choléra, sont appelés « équipes de spécialistes des épidémies » et doivent répondre aux mêmes normes que dans les contextes visés par le [Livre bleu](#), mais avec des exigences supplémentaires en matière de dialogue avec la population, comme indiqué plus haut dans ce chapitre.

### Situations entraînant un grand nombre de victimes

Toute structure sanitaire fournissant des soins dans des conflits et d'autres environnements dangereux doit avoir défini des plans en cas de situation entraînant un grand nombre de victimes et avoir procédé à des exercices de simulation. À la différence des catastrophes naturelles soudaines, dans les zones de conflit, les événements faisant beaucoup de victimes sont plus fréquents, provoquent un plus grand nombre de cas graves et sont, par nature, sporadiques et récurrents. Les équipes de types 2 et 3 doivent être prêtes à gérer l'afflux de patients depuis l'entrée dans l'établissement jusqu'aux soins post-opératoires et à l'évacuation, en passant par la chirurgie de sauvetage. Les équipes de types 1 et 2 doivent travailler en coordination avec d'autres ressources avancées telles que les hôpitaux locaux afin d'élaborer des plans et des stratégies d'entraide visant à faciliter l'évacuation rapide des patients.

## 5.4.5 Équipes de soins spécialisés

Le déploiement d'équipes de soins spécialisés dans les conflits armés et autres environnements dangereux doit faire suite à une demande expresse et répondre à des besoins précis. Ces équipes doivent se tenir prêtes à une mission prolongée. Parmi les cellules de soins spécialisés particulièrement utiles en cas de conflit figurent la chirurgie orthoplastique et maxillo-faciale, la santé maternelle et infantile, la réadaptation, la prise en charge des brûlures et les équipes de soins en cas d'épidémie. Ces équipes doivent être bien préparées et avoir déjà été vérifiées par l'OMS avant leur déploiement. Elles n'interviendront certainement pas seules, mais aux côtés ou en complément d'une équipe de type 2 ou 3, intégrée à un hôpital local. Les centres de traitement des épidémies, comme celles d'Ebola ou de choléra, peuvent être déployés en appui aux établissements existants, mais ils peuvent être autonomes s'ils disposent de toutes les ressources nécessaires. On trouvera de plus amples informations sur les équipes de soins spécialisés dans le [Livre bleu](#).

Tableau 17. Facteurs cliniques à prendre en considération et réponses

Question/énoncé	Réponse
La transfusion sanguine doit-elle être disponible au niveau des services préhospitaliers ?	Les transfusions sanguines sauvent des vies. Cependant, il est complexe et risqué de transfuser du sang à des patients hémorragiques en milieu préhospitalier. Si la transfusion est disponible et peut être administrée en toute sécurité et sans retarder le transfert rapide vers un niveau de soins supérieur, elle peut être envisagée après une préparation soignée. Toutefois, la maîtrise rapide de l'hémorragie et l'évacuation immédiate restent les éléments les plus importants.
Qu'en est-il de l'administration d'acide tranexamique en milieu préhospitalier ?	Les recherches actuelles indiquent que l'administration immédiate d'acide tranexamique aux patients présentant une hémorragie permet de sauver des vies. Néanmoins, le délai est critique et des doses supplémentaires peuvent être nécessaires. Des protocoles doivent être convenus et acceptés dans tout le système d'aiguillage avant que l'on puisse administrer de l'acide tranexamique.
Faut-il pratiquer des thoracotomies d'urgence ?	Compte tenu du mauvais pronostic à long terme et des risques élevés, la réanimation des patients sans pouls et la thoracotomie d'urgence ne doivent être pratiquées que si une unité de soins intensifs est disponible (type 3).
Peut-on poser des drains thoraciques dans un contexte préhospitalier ?	Les procédures invasives telles que la pose de drains thoraciques comportent des risques et ne doivent être envisagées que si elles permettent directement de sauver des vies (pneumothorax sous pression). Si c'est le cas, elles doivent être pratiquées sans délai, et ce, dans une structure de type 1 fixe ou à un point de stabilisation des traumatismes plutôt qu'à l'extérieur d'un établissement.
Notre équipe est un point de stabilisation des traumatismes et ne fournit que des soins en traumatologie.	Toute équipe médicale déployée en zone de conflit doit être capable de prendre en charge tous les problèmes de santé aigus en plus des traumatismes.
Nous sommes une équipe de personnel paramédical qui se déploie sans médecin.	Toutes les équipes médicales doivent compter un médecin responsable des soins administrés, et les soins ne doivent être prodigués que par une personne titulaire d'un permis d'exercice. Le personnel paramédical regroupe diverses professions qui, dans certains pays, ont une formation limitée et n'ont pas le droit d'exercer.
Peut-on avoir recours à une fixation interne ?	Cette technique, réservée à la prise en charge des fractures complexes et ouvertes, n'est pas pratiquée, car elle comporte des risques importants sur le terrain, notamment un transfert d'énergie élevé, des lésions importantes des tissus mous et des risques de contamination et de non-stérilité [137].

## 5.5 Soins infirmiers

Les soins infirmiers font partie intégrante des soins cliniques, et toutes les équipes doivent disposer de personnel infirmier en nombre suffisant possédant les compétences et les aptitudes requises. Dans les EMT déployées dans des conflits et d'autres environnements dangereux, le rôle du personnel infirmier nécessite un éventail de compétences plus large que dans la plupart des systèmes de soins de santé des pays à revenu élevé. Par ailleurs, l'équipe infirmière d'une EMT peut être composée de différentes nationalités aux côtés du personnel infirmier local ; ces effectifs, qui n'ont pas été formés dans le même système, peuvent avoir suivi un cursus en soins infirmiers différent. Les attributions du personnel infirmier, en ce qui concerne les procédures et le champ d'exercice, varient également d'un pays à l'autre. C'est pourquoi il est recommandé de dresser la liste des procédures cliniques que le personnel infirmier effectuera après avoir reçu une formation particulière et de vérifier qu'elles relèvent de son champ d'exercice habituel. Il est important de faire participer les infirmiers-cadres à la gestion de l'EMT et d'organiser des réunions axées sur les soins infirmiers ainsi que des réunions cliniques interdisciplinaires tout au long de la mission.

Il est indispensable d'établir des protocoles par écrit pour appuyer les décisions relatives aux soins infirmiers et favoriser la continuité des soins malgré le roulement du personnel infirmier et médical international, mais aussi pour garantir l'application systématique de soins cliniques et infirmiers fondés sur des données probantes.

## 5.6 Réadaptation

L'OMS et ses partenaires reconnaissent que la réadaptation fait partie intégrante de l'intervention d'urgence *[148]*. De la même manière, elle est une composante essentielle des soins cliniques dans les contextes de conflit armé et les situations d'urgences complexes, et elle est indispensable pour atténuer les lourdes séquelles du handicap observées après une recrudescence des traumatismes et une exacerbation des pathologies chroniques *[149, 150, 151]*, dont les conséquences dévastatrices pour les personnes, les familles et les communautés sont dues à un accès insuffisant à la réadaptation *[33, 145]*.

Les EMT qui fournissent des services de réadaptation pendant les conflits doivent prendre en charge des affections très diverses, aussi bien physiques que de santé mentale, et doivent composer avec une capacité nationale limitée en matière de réadaptation, des infrastructures endommagées, des effectifs réduits, des services interrompus et des mécanismes d'approvisionnement et de coordination incertains. Elles peuvent être installées au sein de la structure d'une EMT de type 1 à 3 ou faire partie d'une équipe de soins spécialisés de l'EMT intégrée à un établissement d'accueil. En raison des différents mécanismes des blessures subies lors d'un conflit, il peut être nécessaire d'adapter les pratiques et les protocoles

de chirurgie et de réadaptation. En fonction de l'accès à la chirurgie orthoplastique de reconstruction des membres, le personnel de réadaptation accomplira des tâches allant d'interventions visant à maintenir la qualité des tissus et à favoriser la mobilité, dans l'attente d'une chirurgie définitive, à des exercices de mobilisation et de respiration, par exemple après une laparotomie ou une thoracotomie. Une amputation est elle-même source de handicap, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le sauvetage des membres doit toujours être envisagé en premier lieu, et il convient de solliciter des conseils en matière de réadaptation avant de procéder à l'opération, afin de garantir des résultats et une réadaptation optimaux. Des normes en matière de réadaptation ont été établies et devraient être suivies [148]. Cependant, il se peut que l'importance de la physiothérapie périopératoire ne soit pas reconnue dans le système de soins de santé local.

Les EMT intervenant dans des contextes touchés par des conflits armés doivent recenser les possibilités d'aiguillage ou les prestataires locaux qui pourront mener à bien la réadaptation des patients après la fin du déploiement.

## 5.7 Santé mentale et soutien psychosocial

Selon les lignes directrices internationales [152] il est recommandé de mettre en place des services à plusieurs niveaux – des services de base aux soins cliniques – et les soins de santé mentale doivent être immédiatement disponibles pour répondre à des problèmes urgents et spécifiques, dans le cadre de l'action sanitaire [153].

- La quasi-totalité des personnes qui ont vécu une situation d'urgence souffriront de troubles psychiques qui, dans la plupart des cas, s'estomperont avec le temps.
- Une personne sur 11 (9 %) ayant connu la guerre ou une autre situation de conflit il y a dix ans ou moins présentera un trouble mental modéré à sévère.
- On estime qu'une personne sur cinq (22 %) habitant dans une zone de conflit souffre de dépression, d'anxiété, d'un trouble de stress post-traumatique, d'un trouble bipolaire ou de schizophrénie.
- La dépression a tendance à être plus répandue chez les femmes que chez les hommes.
- La dépression et l'anxiété deviennent plus fréquentes avec l'âge.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux sévères sont particulièrement vulnérables pendant les situations d'urgence et elles doivent avoir accès à des soins de santé mentale et à d'autres moyens de satisfaire leurs besoins essentiels.

Dans toute situation d'urgence de grande ampleur, les équipes doivent s'attendre à rencontrer divers types de problèmes sociaux et de santé mentale [153].

Problèmes de santé mentale :

- préexistants : par exemple dépression, schizophrénie ou abus d'alcool ;
- provoqués par la situation d'urgence : par exemple deuil, réactions aiguës au stress, abus d'alcool et de drogues, dépression et anxiété, dont trouble de stress post-traumatique ;
- provoqués par l'action humanitaire : par exemple anxiété due au manque d'informations sur la distribution de nourriture ou sur la façon d'obtenir des services de base.

Problèmes sociaux :

- préexistants : par exemple pauvreté et discrimination des groupes marginalisés ;
- provoqués par la situation d'urgence : par exemple séparation des familles, insécurité, perte des moyens de subsistance, perturbation des contacts sociaux, perte de confiance et perte de ressources ;
- provoqués par l'action humanitaire : par exemple surpeuplement, manque d'intimité et affaiblissement du soutien communautaire ou traditionnel.

### 5.7.1 Prévalence

La plupart des personnes confrontées à des situations d'urgence présenteront des troubles (par exemple anxiété et tristesse, désespoir, troubles du sommeil, lassitude, irritabilité ou colère, douleurs).

Ceux-ci sont normaux et, chez la plupart des gens, ils s'estomperont avec le temps. Cependant, la charge des troubles mentaux dans les populations touchées par des conflits est extrêmement lourde : il ressort d'un examen par l'OMS de 129 études menées dans 39 pays qu'une personne sur cinq (22 %) ayant connu la guerre ou un autre type de conflit il y a dix ans ou moins souffrira de dépression, d'anxiété, d'un trouble de stress post-traumatique, d'un trouble bipolaire ou de schizophrénie.

Selon l'examen de l'OMS, la prévalence estimée des troubles mentaux dans les populations touchées par des conflits, quel que soit le moment choisi (prévalence ponctuelle), est de 13 % pour les formes légères de dépression, d'anxiété et de trouble de stress post-traumatique, et de 4 % pour les formes modérées. La prévalence ponctuelle estimée pour les troubles sévères (schizophrénie, trouble bipolaire et formes sévères de dépression, d'anxiété et de troubles de stress post-traumatique) est de 5 %. On estime qu'une personne sur 11 (9 %) habitant dans un endroit qui a été exposé à des conflits au cours des dix dernières années présentera un trouble mental modéré ou sévère.

Dans les zones de conflit, la dépression et l'anxiété augmentent avec l'âge. La dépression est plus fréquemment diagnostiquée chez la femme que chez l'homme.

Les personnes qui souffrent de troubles mentaux sévères peuvent être particulièrement vulnérables pendant et après les situations d'urgence et elles doivent pouvoir satisfaire leurs besoins de base et bénéficier de soins cliniques essentiels. Selon une étude, publiée en 2014, sur le système d'information sanitaire de 90 camps de réfugiés dans 15 pays à revenu faible ou intermédiaire, parmi les consultations pour des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'abus de substances psychoactives, 41 % concernaient des cas d'épilepsie, 23 % des troubles psychotiques et 13 % des formes modérées ou sévères de dépression, d'anxiété ou de troubles de stress post-traumatique.

Les membres des EMT ne sont généralement pas des praticiens spécialisés en santé mentale. Néanmoins, ils sont censés posséder une base minimale de compétences leur permettant de prendre en charge les troubles de santé mentale fréquemment rencontrés dans les situations de conflit armé et les autres environnements dangereux, en particulier les compétences suivantes :

Les **compétences de base en soutien psychosocial**, notamment le soutien psychologique d'urgence, permettent d'apporter une aide affective et pratique de première intention aux personnes confrontées à une détresse aiguë due à un événement récent. Ce soutien devrait être assuré par des intervenants sur le terrain, y compris du personnel de santé, des enseignants ou des bénévoles qualifiés (73, 95).

Des **soins cliniques de base en santé mentale** couvrant les affections prioritaires (par exemple dépression, troubles psychotiques, épilepsie, abus d'alcool et de substances psychoactives, automutilation et suicide) devraient être dispensés dans chaque établissement de soins de santé par un personnel de santé qualifié et supervisé (153).

Il est nécessaire d'assurer **la protection et la promotion** des droits des personnes présentant de graves problèmes de santé mentale et des handicaps psychosociaux ou intellectuels. Dans le cas des EMT, il peut être utile de discuter avec les autorités en vue de renforcer les visites, le suivi et le soutien aux personnes en établissement psychiatrique ou en maison de retraite.

Il faut établir **des liens et des mécanismes d'aiguillage** entre les spécialistes de la santé mentale, les prestataires de soins généralistes, l'entraide communautaire et d'autres services (par exemple écoles, services sociaux et services de secours d'urgence, tels que ceux qui distribuent de la nourriture et de l'eau et procurent un logement). Pour ce faire, il convient de dialoguer avec les acteurs en santé mentale et en soutien psychosocial au niveau du pays dans différents groupes sectoriels et dans les groupes de travail techniques nationaux en la matière afin de coordonner et de recenser les services et les ressources disponibles. Une liste constamment mise à jour de tous les groupes de travail techniques

actifs en matière de santé mentale et de soutien psychosocial est accessible auprès du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations sur la santé mentale et le soutien psychosocial (mhps.refgroup@gmail.com).

Enfin, les directives interinstitutions approuvées par l'OMS concernant la santé mentale et le soutien psychosocial (96) définissent un cadre pour une intervention efficace face à une situation d'urgence et recommandent de mettre en place des services à plusieurs niveaux, des services de base aux soins cliniques. Il importe de noter que les soins cliniques de santé mentale doivent être prodigués par des spécialistes (personnel infirmier spécialisé en psychiatrie, psychologues ou psychiatres), ou sous leur contrôle.

Les situations d'urgence de santé publique telles que les épidémies de COVID-19 ou de maladie à virus Ebola ont des conséquences sur la santé mentale et au niveau psychosocial, et il existe des ressources pour aider à répondre aux besoins en matière de santé mentale d'une population touchée par une crise sanitaire (154, 155).

Si elles en ont la capacité, les EMT peuvent effectuer des interventions psychologiques (156) auprès de personnes touchées par une détresse prolongée. Toutefois, ces interventions doivent être offertes par des spécialistes ou par des agents de santé ou des travailleurs sociaux communautaires qualifiés et supervisés.

## 5.8 Notes d'orientation

<p><b>Se familiariser avec le contexte avant le déploiement</b></p>	<p>1. Les équipes médicales et leurs chefs doivent effectuer une analyse critique du contexte afin de mieux le comprendre, notamment la charge de la maladie, les traumatismes et les autres types de pathologies à prendre en charge ; ils doivent également connaître le droit international humanitaire.</p>
<p><b>L'équipe</b></p>	<p>2. L'équipe multidisciplinaire doit être adaptée à la charge de la maladie prévue et faire preuve de respect envers toutes les disciplines, y compris les soins médicaux, chirurgicaux et infirmiers et les soins de réadaptation.</p>
<p><b>Soins en traumatologie</b></p>	<p>3. Suivre les principes ABCD existants et les adapter aux ressources disponibles.</p> <p>4. Fournir des services adaptés au niveau de soins disponible le long de la chaîne d'aiguillage des patients victimes de traumatismes.</p> <p>5. La réadaptation rapide est essentielle à tous les niveaux.</p> <p>6. S'assurer qu'un système de triage et un plan en cas de situation faisant un grand nombre de victimes sont en place et ont fait l'objet d'exercices de simulation.</p> <p>7. Vérifier que des mesures de sécurité sont en place pour le personnel, notamment des équipements de protection.</p>

## Références bibliographiques

- 130 Emergency Trauma Response to the Gaza Mass Demonstrations 2018-2019 - "A One-Year Review of Trauma Data and the Humanitarian Consequences", 2019; [http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/who\\_emergency\\_trauma\\_response\\_to\\_gaza\\_demonstrations\\_2018\\_2019.pdf?ua=1&ua=1](http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/who_emergency_trauma_response_to_gaza_demonstrations_2018_2019.pdf?ua=1&ua=1)
- 131 EMT MDS Gateway; <https://www.mdsgateway.net/>
- 132 ICRC First Aid in conflict and other situations of violence, 2006; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-002-0870.pdf>
- 133 Wren SM, Wild HB, Gurney J, Amirtharajah M, Brown ZW, Bulger EM, Burkle FM Jr, Elster EA, Forrester JD, Garber K, Gosselin RA, Groen RS, Hsin G, Joshipura M, Kushner AL, Norton I, Osmer I, Pagano H, Razeq T, Sáenz-Terrazas JM, Schussler L, Stewart BT, Traboulsi AA, Trelles M, Troke J, VanFosson CA, Wise PH. A Consensus Framework for the Humanitarian Surgical Response to Armed Conflict in 21st Century Warfare. *JAMA Surg.* 2020 Feb 1;155(2):114-121. doi: 10.1001/jamasurg.2019.4547. PMID: 31722004; PMCID: PMC6865259.
- 134 ICRC Mobile Health Units, Methodological Approach 2006; [https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc\\_002\\_0886.pdf](https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc_002_0886.pdf)
- 135 Rossaint R, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. *Crit Care.* 2016 Apr 12;20:100. doi: 10.1186/s13054-016-1265-x. PMID: 27072503; PMCID: PMC4828865. <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf>
- 136 Lee C, Porter KM, Hodgetts TJ. Tourniquet use in the civilian prehospital setting. *Emerg Med J.* 2007;24(8):584-587. doi:10.1136/emj.2007.046359
- 137 Management of Limb Injuries during disasters and conflicts; [https://www.aofoundation.org/-/media/project/aocmf/aof/documents/icrc/a\\_field\\_guide\\_low\\_res.pdf](https://www.aofoundation.org/-/media/project/aocmf/aof/documents/icrc/a_field_guide_low_res.pdf)
- 138 Mass burn Casualty incidents; <https://www.euroburn.org/wp-content/uploads/Draft-EBA-guidelines-for-transportation-of-patients.pdf>
- 139 Hughes A, Almeland SK, Leclerc T, Ogura T, Hayashi M, Mills JA, Norton I, Potokar T. Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020. *Burns.* 2021 Mar;47(2):349-370. doi: 10.1016/j.burns.2020.07.001. Epub 2020 Jul 13. PMID: 33041154; PMCID: PMC7955277; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304599>
- 140 WHO Initial clinical management of patients exposed to chemical weapons; <https://www.who.int/publications/i/item/initial-clinical-management-of-patients-exposed-to-chemical-weapons-interim-guidance-document>
- 141 IATSC Definitive Surgical Trauma Care (DSTC™) Courses; <https://iatsc.org/DSTC/>
- 142 Sjöholm, A., et al. A Last Resort When There is No Blood: Experiences and Perceptions of Intraoperative Autotransfusion Among Medical Doctors Deployed to Resource-Limited Settings. *World J Surg* 44, 4052-4059 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05749-y>
- 143 Hsu JM, Pham TN. Damage control in the injured patient. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2011;1(1):66-72. doi:10.4103/2229-5151.79285
- 144 Orthopaedic Trauma in the Austere Environment; A Practical Guide to Care in the Humanitarian Setting; <https://www.springer.com/gp/book/978319291208>
- 145 Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams; <https://extranet.who.int/emt/> **(insert updated Blue Book reference).**
- 146 Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304599>
- 147 Managing environmental health risks in emergencies; <https://www.who.int/activities/managing-environmental-health-risks-in-emergency>
- 148 Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016 <https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/MINIMUM%20TECHNICAL%20STANDARDS.pdf?ua=1>
- 149 World report on disability. Geneva: World Health Organization and World Bank; 2011; [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)
- 150 Rehabilitation in Health Systems; a guide for action. World Health Organization. 2019. <https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation-guide-for-action/en>
- 151 World Health Statistics 2016. Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization, 2016; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>
- 152 IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-on-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings>
- 153 WHO Mental health in Emergencies; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- 154 IASC Mental Health and Psychosocial Support - Resources for COVID-19; <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-resources-covid-19>
- 155 IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2015). Mental Health and Psychosocial Support in Ebola Virus Disease Outbreaks: A Guide for Public Health Programme Planners. Geneva; [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/ebola\\_guide\\_for\\_planners.pdf](https://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_guide_for_planners.pdf)
- 156 WHO Scalable psychological interventions, 2017; [https://www.who.int/mental\\_health/management/scalable\\_psychological\\_interventions/en/](https://www.who.int/mental_health/management/scalable_psychological_interventions/en/)



## Chapitre 6

### Thèmes choisis relatifs aux opérations d'intervention

## 6 Thèmes choisis relatifs aux opérations d'intervention

### Objectifs du chapitre

1. Les équipes comprennent les exigences relatives à la préparation et au déploiement des ressources organisationnelles et des systèmes ou processus personnalisés en matière de logistique, de ressources humaines, de finances, d'administration, de planification, de transferts, de gestion des dossiers, de suivi et d'évaluation.
2. Les équipes peuvent intégrer le renforcement des capacités comme pilier du soutien.
3. Les équipes et leurs chefs ont facilement accès aux références et aux manuels les plus pertinents.

En fin de compte, la réussite ou l'échec d'une plateforme opérationnelle destinée à fournir des services médicaux dans un environnement très dangereux dépend autant de la préparation avant le déploiement que de l'existence de systèmes suffisamment souples pour s'adapter rapidement à l'évolution des circonstances pendant la mission.

Le présent chapitre décrit les meilleures pratiques en ce qui concerne les phases de préparation, de mission et de retour après le déploiement d'une plateforme opérationnelle dans une zone de conflit armé. Il ne se suffit pas à lui-même, mais vise, en s'appuyant sur les orientations du [Livre bleu](#) ainsi que sur les chapitres précédents, à faire en sorte que les équipes médicales aient pris en compte les aspects essentiels et soient prêtes à intervenir. Le tableau 18 compare les scénarios du Livre bleu et du Livre rouge pour en tirer les principales similitudes et différences.

Tableau 18. Éléments à prendre en considération pendant les opérations dans les contextes visés par le Livre bleu et le Livre rouge

	Livre bleu	Livre rouge
<b>Contexte général</b>	Relativement stable une fois que l'impact de la catastrophe est passé. L'environnement opérationnel est généralement sûr et la part d'insécurité est gérable.	Instable, lignes de front qui se déplacent, violence cyclique et restrictions d'accès. L'environnement opérationnel est très dangereux, voire hostile.
<b>Administration et gestion organisationnelle</b>	Les EMTU géreront des systèmes administratifs et financiers qui leur permettront de déployer des équipes rapidement et en toute sécurité, et de fournir un soutien au bureau central depuis leur base d'origine tout au long des missions.	En grande partie applicable aux contextes visés par le Livre rouge, mais il convient d'envisager une assurance adéquate. Gestion opérationnelle de la trésorerie et mécanismes sûrs de transfert de fonds.

	Livre bleu	Livre rouge
<b>Ressources humaines</b>	<p>Les EMTU disposent d'un mécanisme permettant de s'assurer que le personnel est recruté, sélectionné et facilement mobilisable et qu'il bénéficie d'un accès à des mesures de prévention pour diminuer le risque de tomber malade au cours du déploiement. Des arrangements doivent être prévus pour prendre en charge les membres de l'équipe durant le déploiement et pour assurer un rapatriement et un suivi après traitement si cela s'avère nécessaire. Les EMTU doivent également veiller à ce que leurs politiques de gestion des ressources humaines favorisent la protection des personnes vulnérables par des contrôles de police adéquats et d'autres mesures.</p>	<p>Applicable aux contextes visés par le Livre rouge, mais il faut tenir compte des éventuelles implications de la nationalité et de l'origine ethnique des membres de l'équipe, indépendamment de leur passeport ou de leur carte d'identité officielle.</p> <p>Aptitudes de la direction et de l'équipe à reconnaître un stress extrême et à y faire face (voir le chapitre 2). Durée des déploiements en fonction des difficultés prévues.</p> <p>Surveillance régulière des conditions et des dangers.</p>
<b>Formation des équipes</b>	<p>Les EMTU devront avoir mis en place un programme de formation et d'apprentissage, soit dispensé directement par des membres du personnel soit externalisé en partie à des prestataires de formation, qui prennent en compte les acquis. Les EMTU doivent également disposer d'un système permettant d'identifier et d'encadrer les personnes ayant le potentiel pour devenir des responsables d'équipe ou de volets de l'intervention, capables d'assumer des tâches de plus en plus complexes et de progresser en ancienneté dans leur fonction (ces personnes doivent être validées au moyen du processus de vérification de l'EMTU).</p>	<p>Formation pratique du chef et des membres de l'équipe en rapport avec les cinq chapitres précédents :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. droit international humanitaire et principes humanitaires fondamentaux ;</li> <li>2. sûreté et sécurité et gestion des risques, y compris pour prendre soin d'eux-mêmes ;</li> <li>3. coordination ;</li> <li>4. violence sexuelle et fondée sur le genre et protection des victimes ;</li> <li>5. soins cliniques aux blessés de guerre ;</li> <li>6. formation de sensibilisation en milieu hostile (HEAT – Hostile Environment Awareness Training) ou formation à la sûreté et la sécurité en mission (SSAFE – Safe and Secure Approaches in Field Environments) ;</li> <li>7. formation à la résilience physique et mentale.</li> </ol>
<b>Conduite professionnelle</b>	<p>Des systèmes devraient être en place pour faire en sorte que tous les membres du personnel aient reçu une habilitation pour les activités qu'ils exerceront au cours de leur déploiement. Les EMTU doivent également être en mesure de traiter les réclamations, de mener les enquêtes connexes et de remédier à leurs conséquences, et elles doivent disposer d'une couverture d'indemnité médicale pour l'ensemble de leur personnel clinique.</p>	<p>Applicable aux contextes visés par le Livre rouge.</p>

<p><b>Gestion et opérations sur le terrain</b></p>	<p>Les EMTU doivent être capables de gérer au jour le jour leurs opérations pendant le déploiement, notamment la gestion de leur propre sûreté et sécurité, la gestion des incidents critiques et la communication avec les autorités locales compétentes et les médias.</p>	<p>Applicable aux contextes visés par le Livre rouge et devant être renforcé.</p> <p>Les risques et dangers associés aux attaques directes ou indirectes, aux pillages et aux incidents CBRN doivent être pris en considération et des plans doivent être élaborés en conséquence (voir le chapitre 2).</p> <p>Les plans de gestion de crise doivent être actualisés et suivis pour chaque contexte.</p>
<p><b>Dossiers médicaux et préparation de rapports</b></p>	<p>Les EMTU garderont une trace des interventions, du suivi clinique et des éventuelles complications des soins reçus dans des dossiers confidentiels sur les patients, dont une copie sera mise à la disposition de ces derniers. Elles établiront des rapports régulièrement et avant leur départ à l'intention des autorités locales compétentes en utilisant les formulaires de rapport nationaux ou, à défaut, l'ensemble minimal de données convenu par les EMTU. Les équipes s'engagent à ne pas mener de travaux de recherche sans le consentement approprié des patients et l'approbation des autorités nationales.</p>	<p>L'avertissement du <a href="#">Livre bleu</a> applicable.</p> <p>Il faut garantir la confidentialité des dossiers médicaux en utilisant des systèmes de codage pour anonymiser les informations et en conservant les dossiers au format papier ou électronique à un endroit sûr et sécurisé, par exemple dans un meuble-classeur verrouillé.</p> <p>Les formulaires de consentement des patients et l'utilisation ultérieure des données à des fins d'analyse constituent un défi. Une utilisation restrictive des données cliniques peut s'appliquer.</p> <p>Il peut être difficile d'obtenir le consentement des patients avant une intervention vitale lorsque des patients atteints de blessures pénétrantes se présentent in extremis sans être accompagnés d'un membre de leur famille. Le respect des principes humanitaires est essentiel.</p>

## 6.1 Avant le déploiement

### 6.1.1 Formation

Les membres des équipes doivent suivre plusieurs cours et modules de formation avant le déploiement.

Formation technique : Même si l'on suppose que le personnel médical recruté en vue d'une mission en zone de conflit possède les compétences techniques nécessaires, une formation supplémentaire sur les types de blessures auxquelles les équipes pourront s'attendre doit également être proposée (voir le chapitre 5). Voici quelques exemples de cours de formation pertinents : compétences en prise en charge chirurgicale d'un patient polytraumatisé (DSTS – Definitive Surgical Trauma Skills) ; soins avancés de réanimation traumatologique (ATLS – Advanced Trauma Life Support), notamment sur le champ de bataille ; formation à la prise en charge chirurgicale en milieu hostile (HEST – Hostile Environment Surgical Training) ; formation à la prise en charge chirurgicale en milieu austère (STAE – Surgical Training for Austere Environment) ; soins anesthésiques aux patients polytraumatisés (DATC – Definitive Anaesthetic Trauma Care) ; cours européen de traumatologie (ETC – European Trauma Course) ; séminaire du CICR sur la chirurgie de guerre.

Formation aux environnements dangereux : Il est essentiel que tout le personnel prêt à être déployé ait achevé une formation aux environnements dangereux, régulièrement mise à jour. Bien que cette formation vise principalement à assurer la sûreté et la sécurité du personnel déployé, elle est également susceptible d'être un prérequis pour les compagnies d'assurance. Les cours HEAT (Hostile Environment Awareness Training) ou SSAFE (Safe and Secure Approaches in Field Environments) en sont des exemples (157). De nombreux prestataires dispensent ce type de cours, mais il est conseillé aux équipes d'envisager de leur demander d'élaborer un cours sur mesure, car la plupart des programmes de formation standard portent en grande partie sur les premiers secours en cas de traumatisme, ce qui peut ne pas être pertinent pour les médecins.

Formation à la gestion du stress : Les équipes doivent faire attention à la santé mentale de leur personnel lorsqu'elles interviennent dans des environnements précaires ou ouvertement hostiles. Le chapitre 2 fournit des conseils à appliquer concernant la santé mentale et le soutien psychosocial. Si la prévention des problèmes de santé mentale au travail peut passer par diverses mesures prises au niveau de la direction et de l'organisation, il est également possible d'aider chaque membre du personnel à se préparer par l'élaboration de stratégies d'adaptation personnelles ou par l'entraide entre collègues ou le soutien au personnel sous sa supervision. Le guide de l'OMS intitulé « Faire ce qui compte en période de stress » permet aux utilisateurs d'apprendre par eux-mêmes des stratégies de gestion du stress (158). Le manuel du CPI intitulé « Compétences élémentaires dans le domaine psychosocial :

Un guide de l'intervenant pour la COVID-19 » fournit aux intervenants des conseils pratiques pour soutenir non seulement la population en détresse grâce aux techniques apprises, mais aussi leurs homologues et le personnel qu'ils supervisent (95).

La résilience physique est également importante, et les équipes doivent chercher à améliorer celle de leurs membres dans la mesure du possible. Les équipes peuvent envisager une formation spécialisée, par exemple dans un environnement à climat contrôlé, afin de renforcer leur capacité à travailler pendant de longues périodes dans des températures extrêmes en portant des EPI (voir le chapitre 2) qui ne sont généralement pas nécessaires pour les déploiements lors de catastrophes naturelles. Les équipes mobiles, en particulier, doivent tenir compte de l'aptitude physique de leurs membres, surtout si elles ont l'intention de parcourir des distances importantes à pied en terrain difficile. Même si ce type de déploiement ne doit se faire que dans des zones qui ont été déclarées sûres, les membres de l'équipe doivent être capables d'arriver à destination en forme pour accomplir leurs tâches.

### 6.1.2 État de préparation du personnel

**Contrôle avant le départ :** Même si le personnel inscrit sur les listes de réserve est soumis à une visite médicale annuelle ou bisannuelle, il est recommandé aux organisations de procéder également à un contrôle de la santé physique et mentale avant le départ. Cet examen, qui peut être effectué à un point de rendez-vous ou à l'aéroport de départ, permettra de vérifier que chaque membre du personnel de l'équipe est aussi apte physiquement et mentalement qu'il l'était lors de sa dernière visite médicale.

**Vaccinations et prophylaxie :** Conformément aux directives du Livre bleu, tous les membres du personnel doivent avoir reçu la totalité des vaccins nécessaires à un déploiement dans la plupart des pays du monde. Tout traitement prophylactique requis pour une mission particulière doit également être fourni. Dans ce dernier cas, il est souvent moins cher de fournir ce traitement au point de rendez-vous ou à l'aéroport de départ plutôt que de distribuer au personnel une dose permanente qui se périmé souvent entre deux missions.

**Assurance :** Un certain nombre de polices d'assurance doivent être souscrites avant le déploiement pour protéger aussi bien le personnel que l'organisation.

En ce qui concerne le personnel, ces assurances doivent couvrir au minimum les éléments suivants :

- Santé – vérifier que l'assurance est valable dans les pays précaires et en proie à des conflits.
- Voyage – y compris l'évacuation sanitaire, mais vérifier que l'assurance couvre les pays précaires et en proie à des conflits.

- Indemnisation médicale (perte purement économique).
- Faute professionnelle médicale (négligence causant un préjudice).
- « Zone de guerre » – cette assurance est particulièrement importante si les autorités compétentes du pays d'origine recommandent de ne pas se rendre dans la zone où se déploie l'équipe. De nombreuses compagnies proposent ce type d'assurance, mais les équipes auront probablement besoin de polices d'assurance sur mesure, pour lesquelles elles devront acquitter une prime de couverture standard qui sera ensuite actualisée et payer une surprime pour une mission donnée.

Dans le cas des organisations, il peut être possible de trouver une assurance tous risques mondiale couvrant l'infrastructure pendant le transit. Il faut cependant vérifier quels pays sont couverts et faire ajouter les pays précaires et en proie à des conflits s'ils ne sont pas inclus, ce qui entraînera bien entendu une surprime. Il est donc conseillé d'opter pour un produit sur mesure qui ne sera activé pour un pays particulier qu'en cas de besoin.

### 6.1.3 Frais de fonctionnement

Quel que soit le degré d'autosuffisance de l'équipe, il y aura toujours des dépenses de fonctionnement quotidiennes inévitables, comme le carburant, l'approvisionnement en eau non traitée ou la rémunération du personnel local. Les équipes auront besoin d'une politique visant à trouver un équilibre entre la nécessité de ces dépenses et le risque pour le personnel amené à transporter de l'argent liquide ou pour l'hôpital (établissement de santé ou quartiers d'habitation) s'il se sait que d'importantes sommes d'argent liquide y sont conservées. Les administrateurs doivent savoir quels montants, quels types de devises et quelles coupures sont nécessaires pour couvrir les frais de fonctionnement de l'hôpital par jour, par semaine et par mois (il ne suffit pas de multiplier les dépenses quotidiennes par sept ou par trente) et prévoir en conséquence.

Des stratégies d'atténuation des risques peuvent être adoptées, par exemple s'arranger pour que la nouvelle équipe apporte des devises en plus petites quantités en cas de roulement régulier du personnel, utiliser des cartes de débit prépayées si l'infrastructure locale le permet ou avoir recours à un réseau local de systèmes de transfert d'argent. Les stratégies de transfert d'argent doivent être suffisamment souples pour pouvoir être modifiées sur les conseils de l'équipe déployée ; il sera donc nécessaire d'impliquer les équipes financières du siège pour s'assurer que leurs systèmes sont capables d'une telle flexibilité et peuvent assumer de tels risques.

### 6.1.4 Personnel recruté localement

Dans les cas où il est nécessaire d'embaucher du personnel local, il est important que les équipes déployées et le personnel des ressources humaines du siège se mettent d'accord sur les modalités de cette embauche. Comment le personnel sera-t-il engagé ? Quelles sont les obligations contractuelles et juridiques en vertu du droit du travail local ? Comment les recrues locales seront-elles payées ? Quelles vérifications de sécurité seront effectuées avant l'embauche ? Comment les codes de conduite de l'organisation seront-ils communiqués de manière adéquate au futur personnel local ? Quels types de formation en cours d'emploi le personnel devra-t-il suivre ? Les infractions graves aux codes de conduite qui entraînent un licenciement seront-elles également signalées aux autorités locales ? L'équipe connaît-elle la législation nationale en matière d'emploi dans le pays concerné et ses conséquences éventuelles sur les politiques d'emploi de l'organisation ? L'organisation acceptera-t-elle du personnel « recommandé » par les autorités ou les milices locales ? Comment le devoir de diligence s'applique-t-il au personnel local ? Quel sera le niveau d'accès aux données confidentielles sur les patients, à savoir le mécanisme ou le lieu de la blessure ?

Il est utile pour les équipes en mission de disposer de politiques claires au niveau de l'organisation, formulées par écrit sur du papier à en-tête officiel, dont elles pourront se servir comme « clause dérogatoire » si elles subissent des pressions pour engager du personnel qu'elles ne jugent pas approprié.

### 6.1.5 Planification du retrait

Il est important que les organisations aient envisagé des stratégies de sortie le plus tôt possible avant le déploiement. Ainsi, les équipes pourront communiquer clairement avec les autorités locales, la population locale et leur propre personnel sur la durée de la mission, son objectif et les limites à ne pas dépasser. La haute direction de l'équipe et les hauts responsables au siège doivent savoir clairement quelle est la durée du séjour prévu, par quoi l'équipe pourra être remplacée à son départ (ce qui sera nécessairement actualisé après le début de l'intervention, lorsque l'on aura une meilleure idée de ce qui se passe sur le terrain), dans quelles conditions l'équipe est prête à prolonger la mission, quelles circonstances amèneront l'équipe à écourter la mission, et comment et quelles parties du plan de retrait seront communiquées aux acteurs concernés.

## 6.2 Pendant le déploiement

### 6.2.1 Dossiers des patients, continuité des soins et suivi des données agrégées

En pratique, les données concernant la santé<sup>54</sup> (159) et les données sur les patients sont considérées comme des données personnelles sensibles (160). Deux principaux cas de figure sont à envisager lors du traitement de ce type de données personnelles.

En vue d'assurer la continuité des soins, par exemple dans le contexte de l'aiguillage des patients ou du transfert des structures, le [Livre bleu](#) indique que l'organisation, le patient et les autorités sanitaires locales doivent disposer de dossiers médicaux complets sur le traitement dispensé. Dans les environnements très dangereux et en proie à des conflits, il convient de bien réfléchir avant d'accorder aux autorités sanitaires locales l'accès aux dossiers médicaux. Il y a un certain nombre d'exigences (82) à respecter lors du traitement des données des patients. Voici une liste non exhaustive de ces exigences, qui visent également à renforcer la confidentialité et à prévenir les préjudices qui pourraient être causés à la ou aux personnes concernées en cas d'utilisation abusive de ces données, telles que les représailles et la stigmatisation si des informations sont divulguées sur un cas possible de viol ou de violence fondée sur le genre.

- Les données de santé doivent être conservées séparément des autres données personnelles.
- Des mesures techniques et organisationnelles de protection doivent être mises en place. Par exemple, les données personnelles contenues dans les dossiers des patients ainsi que les dossiers eux-mêmes doivent être pseudonymisés<sup>55</sup> par mesure de sécurité. Un système de numérotation, par exemple, peut être utilisé, auquel cas l'organisation conserve la clé permettant d'identifier les patients à partir du numéro qui leur est attribué. Par ailleurs, les dossiers des patients ne doivent être accessibles qu'aux prestataires de soins de santé humanitaires autorisés. Quel que soit le système adopté, les dossiers doivent être conservés en lieu sûr et des plans doivent déterminer comment ils seront gérés en cas d'évacuation d'urgence.

<sup>54</sup> Les données concernant la santé sont les données relatives à l'état physique ou mental d'une personne qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette dernière. Les données personnelles concernant la santé comprennent notamment : les données relatives à la santé physique ou mentale d'une personne concernée ; les informations collectées pour la prestation de services de soins de santé ; un numéro ou un symbole attribué à une personne physique pour l'identifier de manière unique à des fins de santé ; des informations obtenues lors du test ou de l'examen d'une partie du corps ou d'une substance corporelle, y compris à partir de données génétiques et d'échantillons biologiques ; toute information concernant une maladie, un handicap, un trouble mental ou psychosocial, un risque de maladie, les antécédents médicaux, un traitement clinique ou l'état physiologique ou biomédical de la personne concernée ; toute information concernant une expérience traumatique ayant eu des conséquences néfastes pour la santé mentale de la personne concernée ou ayant conduit à des troubles psychosociaux.

<sup>55</sup> Ibid., p. 36 : « La "pseudonymisation", qui se distingue de l'anonymisation, est le traitement des données personnelles à l'issue duquel celles-ci ne peuvent plus être attribuées à une personne précise sans informations complémentaires, sous réserve que ces informations complémentaires soient conservées à part et fassent l'objet de mesures techniques et organisationnelles garantissant que les données personnelles ne sont pas attribuées à une personne physique identifiée ou identifiable. Cette opération peut nécessiter de remplacer les données d'état civil présentes dans un ensemble de données par un numéro. Partager des numéros d'enregistrement/identification au lieu de noms est une bonne pratique, mais cela ne constitue pas une anonymisation. »

- Les dossiers des patients ne doivent être transférés qu'à des prestataires de confiance dans le but de fournir des soins de santé humanitaires et d'assurer la continuité des soins. L'équipe peut-elle garantir que les dossiers transférés ne seront pas utilisés à mauvais escient pour cibler les patients et le personnel ? Si la réponse à cette question est négative, il peut être nécessaire de ne pas transférer les dossiers.

Les données peuvent également être utilisées pour surveiller, cartographier ou repérer des situations d'urgence sanitaire régionales ou mondiales, par exemple pour détecter les pandémies et en assurer le suivi. Dans ce cas, les données utilisées doivent être anonymisées<sup>56</sup>, par exemple sous forme de données agrégées, s'il y a lieu et dans la mesure du possible, afin qu'elles ne puissent plus être considérées comme des données à caractère personnel. En pratique, cela signifie que l'ensemble de données servant au suivi ne comprend aucune donnée personnelle et qu'il est impossible de réidentifier les patients ou les autres personnes concernées<sup>57</sup>. Par exemple, « il est important de s'assurer que les ensembles de données ne révèlent pas la localisation réelle de groupes peu nombreux ou à risques, par exemple par une mise en correspondance des données, telles que le pays d'origine, la religion ou les vulnérabilités particulières, avec les coordonnées géographiques des personnes concernées ».

## 6.2.2 Exécution des stratégies de sortie et de transfert

Aussi bien planifiée soit-elle, la stratégie de sortie ou de transfert devra souvent être modifiée une fois que l'équipe sera déployée et aura une vision plus détaillée du contexte et des besoins. Dans le feu des opérations quotidiennes, qui prennent énormément de temps, on peut facilement négliger les discussions sur les modalités et le moment du départ de l'équipe, mais il est important de consacrer suffisamment de temps à la mise à jour de la stratégie de sortie. Plusieurs acteurs, notamment le pays hôte, d'autres intervenants externes et le siège de l'organisation, peuvent faire pression pour que l'équipe reste ou parte. Les chefs d'équipe doivent donc préparer des arguments clairs et concis pour expliquer pourquoi la ligne de conduite qu'ils recommandent est la meilleure, tout en sachant que ces décisions relèvent de la direction de l'opération d'intervention, généralement au niveau du siège.

<sup>56</sup> Ibid. : « Le terme "anonymisation" recouvre les techniques permettant de convertir des données personnelles en données anonymes. Lorsqu'on anonymise des données, il est indispensable de s'assurer que les ensembles de données qui contiennent des données personnelles sont rendus totalement et irréversiblement anonymes. Les procédures d'anonymisation ne sont pas chose aisée, en particulier lorsqu'on a affaire à de grands ensembles de données contenant un large éventail de données personnelles, qui peuvent engendrer un risque plus important de réidentification. »

<sup>57</sup> « Le terme "réidentification" décrit le processus consistant à reconverter des données qui auraient été anonymisées en données personnelles par des "recoupements" ou des techniques similaires. Si le risque de réidentification semble raisonnablement probable, on doit considérer les informations comme des données personnelles, soumises à tous les principes et orientations exposés dans ce manuel. Il peut être très difficile d'évaluer le risque de réidentification avec une certitude absolue. »

## 6.3 Après le déploiement

### 6.3.1 Transmission à l'issue du déploiement

Il peut être demandé à l'équipe de laisser une partie ou la totalité de l'infrastructure à un acteur local. Il convient d'y réfléchir attentivement et de se poser plusieurs questions.

- L'équipe peut-elle laisser une petite équipe de formateurs pour que l'acteur local soit capable d'utiliser l'équipement et de fonctionner correctement au sein de l'infrastructure ? Si oui, pendant combien de temps cette petite équipe peut-elle raisonnablement rester après le départ de l'équipe principale ?
- Y a-t-il des logos et des inscriptions à retirer sur les équipements, les tentes et les kits avant de les remettre à l'acteur local ?
- Le bénéficiaire dispose-t-il des fonds nécessaires pour faire fonctionner l'équipement, ou bien faut-il un financement de l'organisation ? Dans ce dernier cas, pendant combien de temps ce financement peut-il être fourni ?
- Dans quelle mesure la situation est-elle stable dans le pays et comment l'organisation peut-elle être sûre que tout équipement laissé dans le pays ne sera pas utilisé à des fins contraires à la prestation de soins de santé fondée sur des principes ? Ce point est particulièrement important sur le plan de la réputation de l'organisation, surtout si les structures laissées sur place continuent d'être perçues comme appartenant à l'organisation ayant déployé l'équipe initialement.
- Il est important de soutenir les actions menées au niveau local par la communauté médicale pour poursuivre la prestation de soins de qualité et fondés sur des principes. Les équipes doivent tenir compte de ces approches dans leurs plans et assurer un certain degré de continuité.

### 6.3.2 Leçons et apprentissage

À l'exception notable d'organisations comme MSF et le CICR, le déploiement dans une zone de conflit armé peut être, pour beaucoup d'EMT, une expérience nouvelle. C'est pourquoi il est extrêmement important de mettre en place une procédure solide d'apprentissage pendant toutes les phases du déploiement. Même si la première mission est bien planifiée, la prise en compte des enseignements qui peuvent en être tirés sera le facteur le plus important pour assurer la réussite du deuxième déploiement. Cela vaut non seulement pour une équipe ou un roulement en particulier, mais pour toutes les équipes. Les leçons doivent être compilées dans un format accessible à tous, dans la mesure du possible, tout en veillant à ce que cela ne nuise pas à l'organisation.

## 6.4 Notes d'orientation

1. Lorsqu'elles appliquent les normes minimales du **Livre bleu** et vont au-delà, les organisations et les équipes médicales doivent veiller à satisfaire une série d'exigences stratégiques et opérationnelles personnalisées (et à allouer des ressources) avant, pendant et après les déploiements dans les domaines de la logistique, des ressources humaines, du bien-être des équipes, des finances, de l'administration, de la planification, des transferts, de la gestion des dossiers, du suivi et de l'évaluation.
2. Les équipes doivent disposer des capacités et des systèmes nécessaires pour garantir la gestion confidentielle des informations relatives aux patients afin de les protéger et de ne pas nuire.
3. Les équipes médicales et leurs chefs ont besoin de formations spécialisées et de kits élargis pour se préparer de manière adéquate à une intervention en situation de conflit armé.

## Références bibliographiques

- 157 Safe and Secure Approaches in Field Environments (SSAFE) for Surge Deployment; <https://www.unssc.org/courses/safe-and-secure-approaches-field-environments-ssafe-surge-deployment-october/>
- 158 Doing what matters in Times of Stress; WHO 2020; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>
- 159 ICRC Rules on Personal Data Protection; <https://www.icrc.org/en/publication/4261-icrc-rules-on-personal-data-protection>;
- 160 Handbook on data protection in humanitarian action, page 9; <https://www.icrc.org/en/data-protection-humanitarian-action-handbook>
- 161 adapted from UNOCHA Humanitarian Civil-Military Coordination – A Guide for the Military, 2014; <https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/UN%20OCHA%20Guide%20for%20the%20Military%20v%201.0.pdf>





© OMS/Iraq

## Annexes



## Annexe 1. Liste de contrôle de l'état de préparation des équipes intervenant lors de conflits armés et dans d'autres environnements dangereux

La présente annexe s'appuie sur la liste de contrôle du Livre bleu relative à la classification des équipes, qu'elle complète.

### Liste de contrôle des EMT en prévision d'un déploiement en zone de conflit armé

#### Remarque importante

1. Cette liste de contrôle ne se suffit pas à elle-même, mais vient compléter la liste de vérification du Livre bleu.
2. Les références aux formations ci-dessous ne renvoient pas nécessairement à des cours séparés, mais plutôt à des modules à intégrer dans des formations existantes, des formations en ligne ou des cours spécialisés, en fonction du contexte et des compétences et connaissances initiales du public cible.

1.

Catégorie	Point à vérifier	X ✓
<b>Devoir de diligence</b>	<b>Pour l'organisation</b>	
	1. Des politiques portant spécifiquement sur l'aspect juridique du devoir de diligence ont été adoptées, notamment des mesures de sécurité, de protection et de santé, ainsi que des polices d'assurance en la matière.	1
	2. Des formulaires de consentement éclairé, faisant preuve d'une transparence totale et établissant des cadres de responsabilité clairs, sont en place pour le personnel déployé dans des conflits armés et autres environnements dangereux.	2
	3. Des politiques et des mesures de soin et de soutien aux équipes sont en place au siège avant, pendant et après le déploiement.	3
	4. Les chefs d'équipe et les membres inscrits sur les listes de réserve reçoivent une formation relative aux contextes de conflit armé, portant notamment sur des sujets choisis parmi les chapitres du Livre rouge.	4
	5. Les chefs d'équipe et les membres reçoivent une formation pour apprendre à prendre soin d'eux-mêmes et mieux gérer le stress.	5
	6. Une politique est établie concernant la prévention de l'exploitation et de la violence sexuelles, prévoyant notamment le signalement confidentiel des cas.	6
	7. Une politique est établie concernant le signalement des manquements au code de conduite et des abus sur le terrain.	7
	8. Le profil des chefs et des membres des équipes est rédigé par écrit et communiqué.	8
	9. Si nécessaire, des arrangements avec des groupes de pairs ayant une expérience des conflits sont en place et documentés avant et pendant les déploiements.	9
	10. Il existe un code de conduite, qui est compris, signé et respecté par les membres de l'équipe.	10
	11. Des protocoles et des plans d'évacuation de l'équipe sont rédigés et communiqués (puis adaptés pour chaque déploiement).	11
12. Des protocoles pour la famille ou les proches sont en place en cas de préjudice, de décès, d'enlèvement, de disparition, de perte de communication ou d'autres circonstances graves.	12	

Catégorie	Point à vérifier	X ✓
	13. Un soutien médical et psychosocial approprié est en place après le déploiement.	13
	14. Une politique est rédigée par écrit concernant le devoir de diligence envers le personnel local, y compris la protection, le salaire, l'assurance et la formation.	14
	<b>Sur le terrain, pour l'équipe médicale</b> 15. Les chefs d'équipe et les membres appliquent les principes relatifs au devoir de diligence pendant les opérations – des listes de contrôle applicables sur le terrain font partie de la formation et du kit.	15
2. <b>DIH et principes humanitaires fondamentaux</b>	<b>Pour l'organisation</b>	16
	16. Une politique est établie concernant le respect du DIH.	16
	17. Une politique est établie concernant le respect des principes humanitaires fondamentaux (humanité, impartialité, neutralité, indépendance).	17
	18. Les chefs d'équipe et les membres ont reçu une formation pratique en DIH.	18
	19. L'image de marque de l'équipe (logos, vêtements, emblèmes à titre protecteur pour la structure, le personnel et les véhicules) est convenue et imprimée à l'avance, et des instructions claires sont données aux chefs d'équipe et aux membres concernant son bon usage.	19
	20. Des protocoles de communication (internes et externes) sont établis et convenus (y compris avec la presse traditionnelle et les médias sociaux).	20
	21. Les chefs d'équipe et les membres reçoivent une formation sur les techniques et les approches en matière de dialogue avec la population.	21
	22. Les chefs d'équipe reçoivent une formation sur les négociations humanitaires.	22
	<b>Sur le terrain, pour l'équipe médicale</b> 23. Les chefs d'équipe et les membres s'engagent à respecter le DIH et les principes humanitaires fondamentaux, et il existe un mécanisme permettant de traiter les infractions. 24. Les chefs d'équipe agissent en tant que gardiens, exécutants et influenceurs en ce qui concerne les politiques et les approches mentionnées dans cette liste, et il existe un mécanisme permettant de traiter les infractions	23 24
3. <b>Sûreté, sécurité et bien-être de l'équipe</b>	<b>Pour l'organisation</b>	25
	25. Des procédures opérationnelles normalisées et des protocoles sont spécifiquement rédigés pour assurer la sûreté et gérer les risques sur le terrain, y compris pour la gestion des incidents critiques.	25
	26. Les chefs et les membres des équipes ont reçu une formation à la gestion des risques pour la sûreté et la sécurité axée sur les conflits armés et autres environnements dangereux.	26
	27. Des politiques sont établies par écrit concernant l'utilisation des emblèmes et des logos par les équipes et sur les structures (en fonction du contexte).	27
	28. Des mesures et des fournitures sont en place pour assurer la protection de la structure, notamment des clôtures, du matériel de renforcement, des extincteurs, des sacs de sable, des dispositifs d'éclairage et des équipements de communication.	28
	29. Des panneaux « Armes interdites » sont apposés dans les structures et sur les véhicules.	29
	30. Une politique est établie par écrit concernant l'utilisation d'escortes et de gardes armés en dernier recours (ne s'applique pas aux équipes militaires ou de protection civile).	30
	31. Des protocoles d'évacuation sanitaire sont en place et l'équipe comprend comment les activer (y compris le personnel du siège).	31

Catégorie	Point à vérifier	X ✓	
<b>Sûreté, sécurité et bien-être de l'équipe</b>	<b>32.</b> Santé mentale et soutien psychosocial – Le personnel spécialisé doit faire l'objet d'une sélection, suivre des séances d'information sur les interventions en zone de conflit et recevoir une formation sur les moyens de faire face à la situation.	32	
	<b>33.</b> Précautions CBRN – Des plans d'analyse du contexte sont élaborés, une formation spécialisée est dispensée et des kits spécialisés sont fournis.	33	
	<b>Sur le terrain, pour l'équipe médicale</b>		
	<b>34.</b> Chaque équipe compte une personne référente en matière de sécurité ayant reçu une formation spéciale et possédant les compétences nécessaires pour assurer la liaison avec les acteurs armés.	34	
	<b>35.</b> Le personnel (y compris le personnel local) s'engage formellement à respecter les protocoles de sécurité, et toute violation entraîne la fin de la mission sur le terrain ainsi que des mesures disciplinaires.	35	
	<b>36.</b> Précautions CBRN – Des plans de surveillance continue sont prévus, des séances d'information et des exercices sur place sont organisés concernant l'utilisation des EPI, et les plans convenus sont mis en œuvre (y compris la gestion des rumeurs).	36	
	<b>37.</b> Santé mentale et soutien psychosocial – La faculté d'adaptation et le niveau de stress de l'équipe sont surveillés, et l'équipe bénéficie d'un soutien sur le terrain si nécessaire.	37	
<b>4. Coordination</b>	<b>Pour l'organisation</b> <b>38.</b> Les chefs et les membres de l'équipe ont reçu une formation consacrée à l'importance de la coordination et aux méthodes à appliquer en la matière dans les conflits armés et autres environnements dangereux.	38	
	<b>Sur le terrain, pour l'équipe médicale</b> <b>39.</b> Un mécanisme de suivi est en place, permettant de vérifier les contributions aux mécanismes de coordination, la représentation et la conformité s'il y a lieu, y compris les précautions à prendre pour éviter que l'équipe ne soit perçue comme partielle ou partie au conflit.	39	
<b>5. Violence sexuelle et fondée sur le genre et protection des victimes</b>	<b>Pour l'organisation</b>		
	<b>40.</b> Une politique est établie et communiquée concernant la gestion de la violence sexuelle et fondée sur le genre sur le terrain.	40	
	<b>41.</b> Les chefs et les membres de l'équipe ont reçu une formation à la prise en charge des victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre, précisant les considérations particulières lorsque les victimes sont des enfants.	41	
	<b>42.</b> Un kit et des fournitures médicales nécessaires aux soins en cas de violence sexuelle ou de viol ont été déployés sur le terrain.	42	
	<b>43.</b> Une politique est établie concernant la confidentialité des documents, et des dispositions sont prises sur le terrain, notamment des formulaires de consentement éclairé.	43	
	<b>44.</b> Les chefs et les membres de l'équipe ont reçu une formation sur la défense et la protection de la confidentialité, y compris sur la gestion des médias.	44	
	<b>Sur le terrain, pour l'équipe médicale</b> <b>45.</b> L'équipe et le personnel local doivent se conformer aux politiques relatives à la prise en charge de la violence sexuelle et fondée sur le genre en veillant au respect de la confidentialité, de la protection et de la législation locale.	45	

6.

Catégorie	Point à vérifier	X ✓		
<b>Soins cliniques d'urgence essentiels</b>	<p><b>Pour l'organisation</b></p> <p>46. L'organisation dispose de modules spécifiquement adaptés aux soins aux blessés de guerre et aux pathologies courantes que l'on s'attend à rencontrer pendant ce type de déploiement.</p> <p>47. Les membres de l'équipe médicale ont de l'expérience et des qualifications dans leur domaine de spécialisation et ont une formation et, idéalement, de l'expérience dans le traitement des blessures de guerre (point de stabilisation des traumatismes, équipe de type 2 ou de type 3 ou équipe spécialisée dans le traitement des blessés de guerre).</p> <p>48. Les équipes ont pris des dispositions pour pouvoir consulter d'autres spécialistes, par exemple par le biais de téléconsultations, dans le traitement de cas complexes, notamment ceux qui peuvent nécessiter une reconstruction et une rééducation prolongée.</p> <p>49. Les équipes doivent disposer du personnel, de l'équipement et des consommables nécessaires pour assurer la réadaptation des patients, et pas seulement les soins de courte durée.</p>	<p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p>		
	<p><b>Sur le terrain, pour l'équipe médicale</b></p> <p>50. Les équipes et le personnel continuent d'agir dans les limites de leurs compétences et d'aiguiller les patients selon les besoins et dans la mesure du possible. Les équipes doivent continuer à défendre les patients et leur droit aux soins à des niveaux de complexité croissants, comme l'aiguillage vers des services tertiaires si nécessaire, indépendamment de leur origine ou de leur camp dans le conflit.</p> <p>51. Malgré le conflit, les équipes continuent de respecter et de soutenir les services et le personnel de santé nationaux, si possible en aidant à former le personnel local pour que celui-ci puisse remplacer le personnel international dans ses fonctions ; elles continuent aussi, dans la mesure du possible, d'appliquer les normes et les protocoles locaux de manière appropriée pour assurer la sécurité des patients et la continuité des soins.</p> <p>52. Les équipes respectent le souhait des patients qui, par peur ou en raison de menaces, choisissent de rester sur place plutôt que d'accepter d'être transférés dans un autre établissement. Il peut être nécessaire de déployer des efforts particuliers et de trouver de nouvelles solutions cliniques en faisant appel au soutien virtuel d'autres équipes dans le pays ou à l'extérieur, tout en protégeant la confidentialité des patients.</p>	<p>50</p> <p>51</p> <p>52</p>		
		<b>Opérations</b>	<p><b>Pour l'organisation</b></p> <p>53. L'organisation a la capacité d'analyser et d'évaluer le contexte du déploiement, son propre état de préparation et son aptitude à la tâche, la préparation aux risques, les implications juridiques, le financement et les ressources.</p> <p>54. Des kits et des fournitures sont disponibles pour permettre à l'équipe d'être autosuffisante pendant toute la durée prévue de l'intervention.</p> <p>55. Des kits spéciaux de documentation sur les patients garantissent la confidentialité et l'anonymat.</p> <p>56. Les plans de composition des équipes tiennent compte des questions de genre et de la sensibilité culturelle.</p> <p>57. Une politique relative au roulement des équipes est établie par écrit et communiquée.</p> <p>58. Il convient de vérifier l'état de préparation en ce qui concerne l'électricité, l'éclairage, l'eau, l'assainissement, le logement, les déchets, l'informatique, la cuisine, la blanchisserie, la régulation de la température, la chaîne du froid et la stérilisation, y compris les mesures de protection physique qui peuvent être nécessaires sur le terrain.</p>	<p>53</p> <p>54</p> <p>55</p> <p>56</p> <p>57</p> <p>58</p>

Catégorie	Point à vérifier	X ✓
Opérations	59. Une politique et une logistique sont en place concernant le ravitaillement.	59
	60. Une formation et des kits spécialisés sont disponibles concernant la prise en charge des cadavres.	60
	61. Une politique et une formation sont disponibles en matière de médecine légale.	61
	<b>Sur le terrain, pour l'équipe médicale</b>	
	62. L'équipe a une connaissance approfondie des modules pertinents et des kits et fournitures utiles.	62
	63. L'équipe adopte une conduite et un comportement sur le terrain qui lui permettent de traiter tous les habitants avec dignité, respect, civilité et empathie.	63
64. L'équipe est capable de gérer les conflits et les dilemmes éthiques au sein de l'équipe et avec d'autres équipes.	64	
65. Les membres ont suivi une formation technique et des cours et des modules en matière de sûreté et de sécurité et de résilience adaptés aux rôles qui leur sont attribués et au contexte dans lequel ils interviennent.	65	
8. Autres considérations	<b>Pour l'organisation</b>	
	66. Une politique et des orientations claires sont établies en ce qui concerne le contenu des communications avec les médias (locaux et internationaux), les points de contact et la gestion des problèmes, y compris pour toutes les formes de médias sociaux.	66
	<b>Sur le terrain, pour l'équipe médicale</b>	
67. Une politique et des orientations claires sur le terrain sont établies en ce qui concerne le contenu des communications avec les médias (locaux et internationaux), les points de contact au sein de l'équipe, la communication avec le siège, la coordination avec les autres équipes et la gestion des problèmes, y compris pour toutes les formes de médias sociaux.	67	

## Annexe 2. Guide récapitulatif en vue du déploiement et des opérations <sup>[161]</sup>

À l'intention des responsables au niveau des organisations et des chefs d'équipe sur le terrain.

1. Évaluer le contexte du conflit et la situation (et son évolution). S'appuyer sur les données d'évaluation, qui sont souvent librement accessibles à l'aide des portails et des outils de coordination et d'information humanitaires. Si ce n'est pas le cas, s'adresser aux personnes référentes de confiance en charge de la mission éventuelle.
2. Obéir à des principes. Il faut trouver un équilibre entre la pression politique et médiatique, qui pousse à agir rapidement, et la nécessité de fournir à tous les camps des soins médicaux sûrs, ciblés et de qualité, ce qui aura plus d'impact.
3. Respecter les normes fondamentales. Le chaos de la guerre ne peut en aucun cas excuser de ne pas fournir des soins de qualité et éthiques, de ne pas obtenir le consentement de toutes les parties et de ne pas travailler dans les limites de son champ d'action et de son mandat.
4. La coordination avec les acteurs locaux, nationaux et internationaux permet de combler les lacunes, d'éviter les doublons et d'assurer une couverture plus large.
5. Évaluer la situation locale sur le plan de la sûreté et de la sécurité ainsi que les risques locaux ; établir et communiquer des plans et les modifier au besoin.
6. Établir des mécanismes d'aiguillage vers d'autres équipes et assurer le suivi.
7. Dialoguer avec les populations. Les membres influents des communautés locales, tels que les élus municipaux, les chefs religieux, les représentants de groupes de femmes ou de jeunes, les responsables d'établissements scolaires et les dirigeants d'entreprises, comprennent la situation locale et peuvent combler les lacunes en matière d'information, fournir des conseils avisés et contribuer à éviter des erreurs coûteuses.
8. Communiquer. La population a besoin d'être informée pour savoir où et quand arrivera l'aide médicale. Communiquer avec les organisations, les responsables et les gouvernements locaux, qui peuvent ensuite communiquer directement avec les personnes concernées.
9. Former et apprendre. Le personnel médical local peut fournir des connaissances et des compétences précieuses sur les pratiques locales. Intégrer le renforcement des capacités locales et la formation du personnel local.
10. Protéger. Toute société comporte des groupes vulnérables et, dans les contextes de conflit, les personnes sont encore plus exposées à la souffrance et à la cruauté. La présence d'équipes médicales peut apporter un certain degré de protection, de défense et de soutien pour minimiser les effets du conflit.
11. Stratégie de sortie. Inclure des indicateurs possibles de sortie, à l'aide de systèmes de suivi permettant de mesurer les progrès vers les conditions propices au retrait de l'équipe, de recenser les capacités à renforcer et, le cas échéant, de faciliter la transition si la prestation des soins cliniques est confiée à d'autres prestataires.

## Annexe 3. Équipement et médicaments essentiels et autres fournitures nécessaires pour les examens en cas de violence sexuelle et fondée sur le genre

Les équipes médicales devront également veiller à remplir toutes les exigences fondamentales relatives à l'examen et au traitement des victimes ou survivants de violence sexuelle, quels que soient leur sexe ou leur âge. Une liste de ces articles essentiels est présentée ci-dessous, les astérisques indiquant les exigences minimales.

<b>Liste de contrôle des éléments requis pour fournir des soins cliniques de qualité aux personnes ayant subi un viol ou de la violence au sein du couple</b>	
<b>1. Protocole</b>	<b>Disponible ?</b>
Protocole médical par écrit dans la langue du prestataire de soins*	
<b>2. Personnel (en faisant attention au genre)</b>	<b>Disponible ?</b>
Professionnels de santé (locaux) formés (dans la mesure du possible, l'idéal est d'avoir un système d'astreinte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7)*	
Il est optimal que l'examen soit effectué par un prestataire de soins de santé de sexe féminin parlant la même langue que la victime. Si ce n'est pas possible, la victime peut être accompagnée par la personne de son choix, ou bien une autre soignante ou travailleuse sociale devrait être présente dans la pièce pendant l'examen* (les victimes de sexe masculin peuvent préférer des professionnels de sexe masculin).	
<b>3. Mobilier/aménagement</b>	<b>Disponible ?</b>
Salle de consultation propre, calme, adaptée aux enfants, avec un accès à des toilettes ou des latrines et équipée d'une porte, d'un rideau ou d'un écran pour l'intimité*	
Table d'examen*	
Éclairage, de préférence fixe (une lampe torche peut être menaçante pour des enfants)*	
Loupe (ou colposcope)	
Accès à un autoclave permettant de stériliser l'équipement*	
Accès à des installations de laboratoire ou à un microscope et à un technicien formé	
Pèse-personne et toise de mesure pour les enfants	
<b>4. Fournitures</b>	<b>Disponible ?</b>
Spéculums* (taille adulte uniquement)	
Mètre-ruban ou règle* pour mesurer la taille des ecchymoses, des lacérations, etc.	
Seringues/aiguilles* (de type papillon pour les enfants) et tubes pour prélèvements sanguins	

Fournitures pour les précautions universelles (gants, boîtes destinées à l'élimination sûre des déchets contaminés et perforants, savon)*	
Équipement de réanimation*	
Instruments médicaux stériles (kit) pour la réparation des déchirures, et matériel de suture*	
Abaisse-langue (pour l'inspection du frein buccal et des lésions)	
Couverture (blouse, linge, drap) pour couvrir la victime pendant l'examen*	
Vêtements de rechange pour remplacer ceux qui sont déchirés ou conservés comme preuves	
Peigne pour recueillir les matières étrangères dans les poils pubiens	
Écouvillons à embout coton, applicateurs et compresses de gaze pour le prélèvement d'échantillons	
Disque de grossesse pour déterminer l'âge gestationnel	
Fournitures supplémentaires pouvant être nécessaires pour la collecte ou la documentation des preuves médico-légales	
Peigne pour recueillir les matières étrangères dans les poils pubiens	
Écouvillons à embout coton, applicateurs et compresses de gaze pour le prélèvement d'échantillons	
Lames de verre pour les préparations humides ou à sec (pour le sperme)	
Conteneurs de laboratoire pour le transport des écouvillons	
Feuilles de papier pour récupérer les débris lorsque la victime se déshabille	
Sacs en papier pour collecter les preuves	
Bandes de papier pour sceller et étiqueter les conteneurs ou les sacs	
<b>5. Médicaments (posologies adaptées en fonction de l'âge)</b>	<b>Disponible ?</b>
Traitement des ITS selon le protocole national*	
Prophylaxie post-exposition (PPE) contre la transmission du VIH*	
Pilules de contraception d'urgence* ou dispositif intra-utérin au cuivre	
Toxoïde tétanique, immunoglobuline antitétanique	
Vaccin contre l'hépatite B*	
Soulagement de la douleur* (p. ex. paracétamol)	
Anxiolytiques (p. ex. diazépam)	
Sédatifs pour enfants (p. ex. diazépam)	

Anesthésiques locaux à utiliser pour les sutures*	
Antibiotiques pour le soin des plaies*	
<b>6. Fournitures administratives</b>	<b>Disponible ?</b>
Formulaire de consultation médicale comprenant un schéma avec des pictogrammes*	
Certificats médicaux et formulaires médico-légaux	
Annuaire d'aiguillage	
Aide-mémoires dans la langue du prestataire (p. ex. algorithme de soins ou de traitement, organigramme d'aiguillage)	
Formulaires de consentement*	
Dépliants d'information sur les soins après un viol (pour la victime)*	
Meuble-classeur verrouillé en lieu sûr pour garantir la confidentialité des dossiers, ou ordinateur protégé par un mot de passe pour les fichiers électroniques*	

## Annexe 4. Liste de contrôle pour un examen physique après un viol

Parties du corps à examiner	Éléments à rechercher et à consigner
<b>Liste de contrôle pour l'examen physique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparence générale</li> <li>• Mains et poignets, avant-bras, surface intérieure des bras, aisselles</li> <li>• Visage, y compris l'intérieur de la bouche</li> <li>• Oreilles, y compris à l'intérieur et derrière les oreilles</li> <li>• Tête</li> <li>• Cou</li> <li>• Poitrine, y compris les seins</li> <li>• Abdomen</li> <li>• Fesses, cuisses (y compris l'intérieur des cuisses), jambes, pieds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement actif ou plaies récentes</li> <li>• Ecchymoses</li> <li>• Rougeurs ou enflures</li> <li>• Coupures ou éraflures</li> <li>• Preuves de cheveux récemment arrachés et de dents récemment perdus</li> <li>• Blessures telles que des marques de morsures ou des plaies par arme blanche ou par balle</li> <li>• Signes de blessures traumatiques internes à l'abdomen</li> <li>• Perforation du tympan</li> </ul>
<b>Liste de contrôle pour l'examen génito-anal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organes génitaux (examen externe)</li> <li>• Organes génitaux (examen interne, à l'aide d'un spéculum)</li> <li>• Région anale (examen externe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement actif ou plaies récentes</li> <li>• Ecchymoses</li> <li>• Rougeurs ou enflures</li> <li>• Coupures ou éraflures</li> <li>• Présence de corps étrangers</li> </ul>

## Annexe 5. Notions de défis et de dilemmes

Voir le CCHN (<https://www.icrc.org/fr/publication/nh-cchn-negotiator-handbook>)

### Notions de défis et de dilemmes

Pour pouvoir mener une action humanitaire médicale en toute sécurité, un certain degré de négociation est nécessaire, que ce soit avec les hautes autorités, avec les membres de la famille ou même avec soi-même, ce qui n'est souvent pas simple.

Il peut être utile de bien catégoriser les événements pour éviter les tensions qui peuvent surgir dans les négociations humanitaires. La distinction entre les défis et les dilemmes a été utilisée pour aider les acteurs humanitaires médicaux à passer de la paralysie à l'action, car chacun de ces concepts implique une réaction et une réponse différentes.

Les défis sont définis comme des barrières ou des obstacles précis qui entravent le processus global et qui sont surmontés en s'attaquant directement ou indirectement au facteur inhibiteur en question. Ils requièrent des stratégies d'atténuation.

Les dilemmes, en revanche, imposent un choix, qui peut parfois sembler impossible. Au fond, il s'agit d'une question de normes et de pragmatisme. Pour y répondre, il faut faire un choix conscient, qui peut souvent exiger un compromis.

## Annexe 6. Bibliographie

### Chapitre

1.

Principes éthiques relatifs à la fourniture de soins de santé en période de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence, <https://www.wma.net/fr/policies-post/principes-ethiques-relatifs-a-la-fourniture-de-soins-de-sante-en-periode-de-conflit-arme-et-dans-dautres-situations-durgence/>

Health Care in Danger (HCiD), Respecting and Protecting Health Care in Armed Conflict and Other Emergencies, présentation PowerPoint, 35 diapositives comprenant des scénarios et des conseils pour les instructeurs, <https://slideplayer.com/slide/12443221/>

2.

ISO (Organisation internationale de normalisation), norme ISO 31000 Management du risque – Lignes directrices, <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:fr>

SAI Global Standards, Handbook 167 Security Risk Management, <https://infostore.saiglobal.com/en-au/Standards/HB-167-2006-568733/>

Voluntary Guidelines on the Duty of Care to Seconded Personnel, 2017, [https://www.zif-berlin.org/sites/zif-berlin.org/files/inline-files/Voluntary\\_Guidelines\\_on\\_the\\_Duty\\_of\\_Care\\_to\\_Seconded\\_Civilian\\_Personnel\\_Final\\_170420\\_1.pdf](https://www.zif-berlin.org/sites/zif-berlin.org/files/inline-files/Voluntary_Guidelines_on_the_Duty_of_Care_to_Seconded_Civilian_Personnel_Final_170420_1.pdf)

CICR, Cadre « Un accès plus sûr », <http://saferaccess.icrc.org/overview/>

Gestion des dépouilles mortelles, <https://shop.icrc.org/gestion-des-depouilles-mortelles-lors-de-catastrophes-manuel-pratique-a-l-usage-des-premiers-intervenants-669.html>

Incidents nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques : le cadre de la réponse humanitaire du Comité international de la Croix-Rouge, <https://international-review.icrc.org/fr/articles/incidents-nucleaires-radiologiques-biologiques-ou-chimiques-le-cadre-de-la-reponse>

La sécurité des opérations du CICR, <https://international-review.icrc.org/sites/default/files/irrc-874-brugger-fre.pdf>

Aperçu du système de gestion de la sécurité des Nations Unies, [https://www.un.org/en/pdfs/undss-unsms\\_policy\\_ebook.pdf](https://www.un.org/en/pdfs/undss-unsms_policy_ebook.pdf)

Services de sécurité de l'OMS, <https://www.who.int/hac/techguidance/training/predeployment/UN%20security%20system.pdf>

Groupe sectoriel pour la santé, Programming in Access Constrained Environments, <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/9789241513722-eng.pdf>

Humanitarian Programming and monitoring in inaccessible conflict settings: a literature review, <https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/remote-lit-review.pdf?ua=1>

Global Interagency Security Forum (GISF), <https://gisf.ngo>

HPN, Good Practice Review, Operational Security Management in Violent Environments, [https://odihpn.org/wp-content/uploads/2010/11/GPR\\_8\\_revised2.pdf](https://odihpn.org/wp-content/uploads/2010/11/GPR_8_revised2.pdf)

Bickley, S. (2017), Security Risk Management: a basic guide for smaller NGOs, European Interagency Security Forum (EISF), <https://www.eisf.eu/library/security-risk-management-a-basic-guide-for-smaller-ngos/>

## Chapitre

GISF, Managing Sexual Violence against Aid Workers: Prevention, preparedness, response and aftercare, <https://www.eisf.eu/library/managing-sexual-violence-against-aid-workers/>

IFRC, Broken Links: Psychosocial support for people separated from family members: A field guide; <http://pscentre.org/?resource=broken-links-psychosocial-support-for-people-separated-from-family-members-a-field-guide-english>

IFRC, Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies – Delegate Handbook, <http://pscentre.org/?resource=mental-health-and-psychosocial-support-in-emergencies-delegate-handbook>

Comité permanent interorganisations, Un Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-common-monitoring-and-evaluation-framework-mental-health-and-psychosocial-support-programmes>

IFRC, Operational Guidance for Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings, <http://pscentre.org/?resource=operational-guidance-for-child-friendly-spaces-in-humanitarian-settings>

IFRC, Training for Implementers of Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings, <http://pscentre.org/?resource=child-friendly-spaces-tool-kit>

IFRC, Activity Catalogue Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings, <http://pscentre.org/?resource=activity-catalogue-for-child-friendly-spaces-in-humanitarian-settings>

IFRC, Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources in Humanitarian Contexts (voir les outils spécialement destinés aux établissements de santé, p. 42-55), <https://pscentre.org/?resource=assessing-mental-health-and-psychosocial-needs-and-resources-toolkit-for-humanitarian-settings>

FICR, Prendre soin des volontaires : Outils de soutien psychosocial, <http://pscentre.org/?resource=caring-for-volunteers-a-psychosocial-support-toolkit-english>

CICR, Guide pour les activités de santé mentale et de soutien psychosocial, <https://shop.icrc.org/guidelines-on-mental-health-and-psychosocial-support-pdf-fr>

FICR, Centre de référence pour le soutien psychosocial, Violence sexuelle et basée sur le genre – Guide de formation, <http://pscentre.org/?resource=sexual-and-gender-based-violence-training>

GISF, Managing Sexual Violence against Aid Workers: Prevention, preparedness, response and aftercare, <https://www.eisf.eu/library/managing-sexual-violence-against-aid-workers/>

IFRC, Psychosocial Social Support for Youth in Post-Conflict Settings – A Trainer's Handbook, <http://pscentre.org/?resource=psychosocial-support-for-youth-in-post-conflict-situations-manual>

FICR, Information, éducation et communications, Brochures et documents sur le soutien psychosocial d'urgence, <https://pscentre.org/emergencies/iec/>

## Chapitre

## 3. Mécanismes et modalités de coordination

4. Women's Refugee Commission, Minimum Initial Service Package (MISP) Reproductive Health in Crisis Situations (2011), <https://www.unhcr.org/4e8d6b3b14.pdf>

OMS, ONUDC. Renforcement de la réponse médico légale en cas de violence sexuelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/fr/>

FNUAP, Prise en charge de la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence, Guide d'accompagnement de la formation en ligne, [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBV%20E-Learning%20Companion%20Guide\\_FRENCH.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBV%20E-Learning%20Companion%20Guide_FRENCH.pdf)

5. Husum H, Gilbert M, Wisborg T, Van Heng Y, Murad M. Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from North Iraq and Cambodia. *J Trauma*. 2003 Jun;54(6):1188-96. doi: 10.1097/01.TA.0000073609.12530.19. PMID: 12813342.

WHO/ICRC Technical Meeting for Global Consensus on Triage (2017), <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/stima/document/guidance-triage>. <https://extranet.who.int/emt/content/management-limb-injuries-during-disasters-and-conflicts>

Buckner EB, Anderson DJ, Garzon N, Hafsteinsdóttir TB, Lai CK, Roshan R. Perspectives on global nursing leadership: international experiences from the field. *Int Nurs Rev*. 2014 Dec;61(4):463-71. doi: 10.1111/inr.12139. PMID: 25411072.

Deeny, P., & Davies, K. (2018). Nursing in Disasters, Catastrophes and Complex Emergencies Worldwide. In T. Veenema (Ed.), *Disaster Nursing and Emergency Preparedness: for chemical, biological and radiological terrorism and other hazards* (4th Edition ed., pp. 287-298). Springer Publishing Company.

Breakey S, Corless IB, Meedzan NL, Nicholas PK. *Global health nursing in the 21st century*. Springer Publishing Company, 2015. <https://www.springerpub.com/global-health-nursing-in-the-21st-century-9780826118714.html>

CICR, Manuel d'anesthésie, <https://www.icrc.org/fr/publication/anaesthesia-handbook>

Gelb AW et al. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia Workgroup. Normes internationales pour une pratique sécuritaire de l'anesthésie de l'Organisation mondiale de la santé et de la Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologie (OMS-FMSA). *Anesth Analg*. 2018 Jun;126(6):2047-2055. doi: 10.1213/ANE.0000000000002927. PMID: 29734240. <https://wfsahq.org/our-work/safety-quality/international-standards/> Charlson F et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31200992; PMCID: PMC6657025; [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30934-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext)

Le manuel Sphère, 2018, <https://www.spherestandards.org/fr/manuel-2018/> (voir la section relative à la santé mentale dans le chapitre sur la santé : p. ex. coordination, évaluation, prise en charge de la santé mentale par les professionnels de santé généraux, premiers secours psychologiques, entraide communautaire, interventions psychologiques, réduction des préjudices, soutien institutionnel)

## Chapitre

Kit sanitaire d'urgence inter-institutions 2017,  
<https://www.who.int/medicines/publications/emergencyhealthkit2017/en/>

OMS, Santé mentale dans les situations d'urgence,  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

OMS, Ensuring a coordinated and effective mental health response in emergencies,  
[https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/en/)

## 6.

Classification et normes minimales concernant les équipes médicales d'urgence [ajouter un lien hypertexte vers le Livre bleu, <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>]







**Équipes médicales d'urgence  
Organisation mondiale de la Santé**

20, avenue Appia  
CH-1211 Genève  
Suisse

Courriel : [emteams@who.int](mailto:emteams@who.int)

Site Web : <https://extranet.who.int/emt/>

