



CICR

Dans le cadre de l'Initiative mondiale visant à revitaliser l'engagement politique en faveur du droit international humanitaire (Initiative mondiale en faveur du DIH), le Comité international de la Croix-Rouge, l'Espagne, le Nigéria, le Pakistan et l'Uruguay vous invitent à participer à l'événement suivant :

GROUPE DE TRAVAIL 5

PREMIÈRE CONSULTATION AVEC LES ÉTATS SUR LES HÔPITAUX : PROTÉGER EFFICACEMENT LES HÔPITAUX DANS LES CONFLITS ARMÉS

MERCREDI 28 MAI 2025

DE 9H00 À 12H00 ET DE 13H00 À 17H00 (UTC+2)

FORMAT : EN LIGNE/EN PRÉSENTIEL

Selon le Système de surveillance des attaques contre les soins de santé établi par l'Organisation mondiale de la Santé, entre janvier 2023 et avril 2025, plus de 2 000 établissements de santé ont été endommagés ou détruits ou ont vu leurs services médicaux entravés. Nombre de ces cas étaient liés à des conflits armés. On constate donc que trop souvent, au lieu de bénéficier d'une protection spécifique, les hôpitaux sont l'objet d'attaques, sont détournés de leur fonction à des fins militaires ou subissent d'autres ingérences militaires dans leurs fonctions médicales. Les conséquences humanitaires sont souvent tragiques : non seulement ces attaques causent la mort de patients, de leurs proches et de membres du personnel de santé, mais elles endommagent ou détruisent les hôpitaux eux-mêmes, ce qui non seulement les empêche de fonctionner alors que les besoins médicaux sont pressants, mais aussi perturbe à long terme les services de santé pour la population locale.

La protection des blessés et des malades est l'un des principes fondamentaux du DIH depuis la toute première Convention de Genève en 1864. C'est pour cela, et en raison de leur rôle vital, que les hôpitaux et autres établissements de santé bénéficient, en vertu du DIH, d'une protection spécifique qui va au-delà de la protection générale des biens de caractère civil. Les hôpitaux doivent être respectés et protégés en toutes circonstances : ils doivent être autorisés à dispenser des services médicaux sans interférence dans leur travail, ils doivent être protégés contre les attaques, et les parties au conflit armé doivent prendre des mesures actives pour faciliter leur fonctionnement.

Si cette protection n'est jamais absolue, les règles du DIH ont été conçues pour assurer la plus grande protection possible aux services médicaux. En d'autres termes, même en tenant compte de la nécessité militaire, toute perte de protection des hôpitaux ou d'autres établissements de santé doit rester une exception rare, et les parties à un conflit armé doivent toujours faire tout ce qui est en leur pouvoir pour préserver les fonctions médicales de ces établissements.

Les hôpitaux ne peuvent perdre la protection spécifique qui leur est accordée que si plusieurs conditions cumulatives sont remplies. Premièrement, ils peuvent la perdre s'ils sont utilisés pour commettre, en dehors de leur fonction humanitaire, des « actes nuisibles à l'ennemi ». Deuxièmement, un avertissement (sommation) doit être donné, fixant un délai raisonnable pour mettre fin à ces actes, et la protection ne pourra cesser que si cet avertissement reste sans effet. Outre ces conditions strictes, au regard du DIH la perte de sa protection spécifique ne fait pas automatiquement d'un établissement médical un objectif militaire. De fait, même si les conditions prévues par le DIH pour la perte de cette protection spécifique sont remplies, la partie attaquante reste dans l'obligation de veiller à ce que les règles régissant la conduite des hostilités soient également respectées – à commencer par le principe de distinction. Par conséquent, si une partie à un conflit armé parvient à la conclusion que l'ennemi utilise un hôpital pour commettre des actes nuisibles contre elle, elle doit encore déterminer si

l'hôpital répond au double critère définissant un objectif militaire. C'est seulement après qu'elle aura lancé un avertissement resté sans effet qu'elle pourra envisager la décision extrême d'une action militaire en réponse à la perte de la protection spécifique de l'hôpital. Même alors, les principes de proportionnalité et de précaution devront être respectés.

L'un des obstacles auxquels se heurte actuellement dans la pratique l'application des règles protégeant les hôpitaux est que le droit international humanitaire ne définit pas les « actes nuisibles à l'ennemi », ni les conséquences de ces actes. Les Conventions de Genève précisent quelques actes qui sont expressément reconnus comme n'étant pas nuisibles à l'ennemi, tels que le fait pour le personnel de santé de porter ou d'utiliser une arme légère individuelle pour sa propre défense ou celle des blessés et des malades ; le fait qu'une structure médicale soit gardée par des hommes en arme ; ou encore la présence, au sein d'une structure médicale, de combattants malades ou blessés qui ne participent plus aux hostilités. À l'inverse, les actes que les États ont reconnus comme étant nuisibles à l'ennemi consistent notamment à utiliser un hôpital comme base de lancement d'une attaque, comme poste d'observation, comme dépôt d'armes, comme centre de commandement et de contrôle ou pour abriter des combattants valides. Dans la pratique, on a observé une tendance inquiétante à considérer un large éventail d'actes comme étant nuisibles à l'ennemi. S'y ajoute la difficulté de vérifier les affirmations des parties à un conflit selon lesquelles leur ennemi utilise des hôpitaux pour commettre des actes qui leur nuisent. Ces affirmations sont rarement accompagnées d'informations précisant comment l'existence d'actes nuisibles à l'ennemi a été constatée et ce qui a ensuite été fait pour déterminer les conséquences de tels actes. Concrètement, il en est résulté une situation dangereuse où l'exception devient la règle, vidant de sa substance la protection spécifique accordée aux hôpitaux.

Un deuxième défi pratique tient à la question de l'avertissement qui doit être donné avant que la protection spécifique puisse cesser. Malgré le caractère rigoureux de l'obligation de faire cette sommation, on ignore actuellement si les parties à un conflit armé respectent systématiquement cette obligation et, lorsqu'elles la respectent, comment elles appliquent la règle. On ne dispose pas de suffisamment d'informations, par exemple, pour savoir précisément si et comment les avertissements répondent à l'exigence de spécificité, ni comment les parties à un conflit armé en adaptent la forme pour assurer leur accessibilité, ni sur quels paramètres est fondée la décision du timing et du délai accordé pour mettre fin aux « actes nuisibles à l'ennemi ». Il serait extrêmement souhaitable d'avoir une vision plus claire de la mise en œuvre pratique de cette exigence et de ce qui est nécessaire pour que les sommations puissent remplir leur fonction.

Une autre difficulté pratique est que souvent, lorsqu'un hôpital a perdu sa protection spécifique, les parties à un conflit armé lancent une action militaire sans prendre de mesures suffisantes pour vérifier si l'hôpital est devenu un objectif militaire. Même lorsqu'un établissement de santé perd sa protection spécifique, il ne devient pas pour autant une cible licite s'il ne répond pas aux deux critères de la définition d'un objectif militaire.

Un autre défi, enfin, concerne la façon dont les règles de la proportionnalité et des précautions devraient être interprétées lorsqu'un hôpital devient un objectif qui peut être attaqué. Du fait des fonctions vitales des hôpitaux et de la présence habituelle d'un grand nombre de personnes protégées – blessés et malades, personnel de santé, autres civils –, il est probable que les dommages immédiats causés incidemment par une attaque contre un hôpital seront très importants. En outre, les répercussions prévisibles à plus long terme, notamment la perte des fonctions vitales d'un hôpital devenu inutilisable, doivent être prises en compte dans l'évaluation de la proportionnalité. Aujourd'hui, cependant, on ne sait pas vraiment quel poids les belligérants donnent à ces éléments lorsqu'ils comparent les dommages civils qui pourraient être causés incidemment avec l'avantage militaire concret et direct attendu de l'attaque. On ne sait pas non plus quelles mesures prennent les parties pour réduire au minimum les dommages causés aux patients, au personnel de santé et à l'équipement médical, conformément à l'obligation de prendre toutes les précautions pratiquement possibles dans l'attaque.

Ces défis cumulés mettent en évidence les nombreuses questions qui subsistent aujourd'hui sur les mesures nécessaires, dans la pratique, pour respecter la protection spécifique accordée aux hôpitaux et au personnel de santé ainsi que pour s'acquitter de l'obligation fondamentale de recueillir et de soigner les blessés et les malades. Cette première consultation avec les États doit permettre d'identifier des solutions et des recommandations pratiques susceptibles de contribuer à combler le fossé alarmant qui se creuse entre le droit et la terrible réalité des dommages et des destructions infligés aux services médicaux.

OBJECTIF

Au regard des préoccupations juridiques et humanitaires exposées ci-dessus concernant la protection des hôpitaux, cette consultation sera l'occasion pour les États participants

- d'être informés et de donner leur avis sur les questions examinées au cours de l'atelier d'experts qui s'est tenu les 26 et 27 mai 2025 ;
- de définir des mesures visant à améliorer le respect et la mise en œuvre des normes existantes de DIH protégeant les établissements de santé ;

- de parvenir à une compréhension commune de concepts essentiels, notamment : actes nuisibles à l'ennemi entraînant une perte de la protection spécifique ; sommation ; et relation entre les actes nuisibles à l'ennemi et la notion d'« objectif militaire » ;
- de comprendre comment les règles de la proportionnalité et des précautions doivent être interprétées dans le cas où un hôpital devient un objectif pouvant être attaqué, afin de limiter les dommages causés et de permettre aux belligérants de continuer à s'acquitter de leur obligation de recueillir et soigner les blessés et les malades.

PROCHAINES ÉTAPES

- Les résultats de la consultation avec les États seront compilés dans le rapport intérimaire général sur l'Initiative mondiale en faveur du DIH, qui sera publié en septembre.
- La présente consultation constituera la base des discussions qui se tiendront au cours de la prochaine série de consultations avec les États et de l'atelier d'experts.

PROFIL DES PARTICIPANTS SOUHAITÉ

- Tous les États sont invités à participer et à inscrire un ou deux représentants dotés d'une solide connaissance du DIH ainsi que de la protection des établissements de santé. Le choix devrait se porter sur des conseillers juridiques des ministères des Affaires étrangères, de la Défense et de la Santé, basés dans leur capitale.
- Les inscriptions sont ouvertes **jusqu'au 12 mai 2025 inclus**, à l'adresse <https://forms.office.com/e/XTGWwZiQn9>.

MODALITÉS D'ORGANISATION

- Les langues de travail seront l'anglais, l'arabe, le chinois, l'espagnol, le français et le russe ; des services d'interprétation simultanée seront fournis.
- La teneur de la consultation sera résumée dans un rapport intérimaire qui sera publié en septembre. Les discussions seront enregistrées pour faciliter la rédaction du rapport, mais l'enregistrement ne sera pas rendu public et le rapport ne mentionnera pas les noms des auteurs des interventions.
- Les discussions devront rester inclusives, constructives, non politisées et orientées vers la recherche de solutions tout au long de la consultation.
- Si, au cours des consultations, les participants sont encouragés à faire part de la pratique en vigueur dans leur propre pays, ils sont priés d'éviter de mettre en débat des situations spécifiques ou la pratique d'autres États.
- Pour préparer leur intervention, les États sont invités à se reporter aux questions-guides proposées ci-après.

QUESTIONS-GUIDES

Des questions-guides sont proposées ci-dessous pour donner un cadre aux discussions lors des consultations avec les États. Veuillez noter qu'une liste de questions similaire a été fournie pour l'atelier d'experts. Les États sont invités à exprimer leur point de vue sur ces questions au cours de la consultation ; s'ils le préfèrent, toutefois, ils pourront pendant la consultation faire part d'observations et de pratiques plus générales concernant la protection des hôpitaux dans les conflits armés. Parallèlement, nous encourageons tous les États à envoyer par courriel une réponse écrite contenant des réflexions supplémentaires sur ces questions à l'adresse gva_ihl_initiative_mailbox@icrc.org avant la fin du mois de juin 2025. Sauf demande expresse de confidentialité, ces réflexions seront publiées sur le site web du CICR.

À toutes fins utiles, l'annexe au présent document rappelle dans les grandes lignes le cadre juridique du DIH régissant la protection des blessés et des malades, la protection du personnel et des unités et moyens de transport sanitaires, ainsi que l'utilisation des emblèmes distinctifs.

1. Utilisation des établissements de santé en dehors de leur fonction et perte de leur protection spécifique

a) Les actes nuisibles à l'ennemi

Aux termes du DIH, la protection spécifique accordée à un établissement de santé cesse si celui-ci est utilisé pour commettre, en dehors de sa fonction humanitaire, des actes nuisibles à l'ennemi et si un avertissement (sommation) de la partie adverse fixant un délai raisonnable pour mettre fin à ces actes est resté sans effet.

- Quelles indications factuelles permettent de conclure qu'un établissement de santé a été ou est utilisé pour commettre, en dehors de sa fonction humanitaire, des actes nuisibles à l'ennemi ?

- La pratique militaire existante offre-t-elle des exemples où l'utilisation d'établissements de santé à des fins militaires est évitée ?
- Comment la communication ou la coordination entre le personnel en charge des établissements de santé et les parties au conflit pourrait-elle aider à prendre des mesures appropriées face aux cas d'utilisation abusive de ces établissements à des fins militaires, et quelle forme cette coordination pourrait-elle revêtir dans la pratique ?
- Comment faire en sorte que les prestataires de soins de santé soient conscients de ce qui pourrait entraîner une perte de la protection spécifique ?

b) L'obligation d'avertissement (sommation)

- À qui l'avertissement doit-il être adressé et comment s'assurer qu'il sera accessible au destinataire ?
- Quels facteurs doivent être pris en considération pour que l'avertissement fixe un délai raisonnable ?
- Comment une partie qui émet un avertissement peut-elle déterminer que celui-ci a été pris en compte et s'assurer que l'établissement de santé sera à l'avenir exclusivement utilisé à des fins médicales ?

II. Relation entre les actes nuisibles à l'ennemi et la notion d'« objectif militaire »

- Quels sont les facteurs pertinents pour conclure qu'un établissement de santé qui a perdu sa protection spécifique parce qu'il a servi à commettre des actes nuisibles à l'ennemi et n'a pas mis un terme à ces actes après sommation répond également à la définition d'un objectif militaire au sens de l'article 52.2 du Protocole additionnel I ? 1) L'établissement de santé doit, en l'occurrence, apporter une contribution effective à l'action militaire ; et 2) sa destruction totale ou partielle, sa capture ou sa neutralisation offre un avantage militaire précis.
- Dans ces circonstances, l'ensemble du bâtiment de l'hôpital peut-il être considéré comme un objectif militaire, ou cette qualification se limite-t-elle à la partie de l'hôpital utilisée pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi ? Quels facteurs influencent cette évaluation et cette décision ?
- Quelles mesures autres que la destruction de l'établissement de santé, telles que s'en emparer ou en prendre le contrôle, peuvent être prises pour mettre fin à son utilisation militaire tout en préservant sa fonction médicale ? Existe-t-il certaines circonstances, dans les opérations militaires, qui seraient propices à la prise de telles mesures et permettraient donc d'atteindre ces double objectif ?

III. Lorsqu'un établissement de santé devient un objectif pouvant être attaqué, ou risque de subir des dommages causés incidemment

a) Interpréter la règle de la proportionnalité

- Lorsqu'un établissement de santé a perdu sa protection spécifique et devient un objectif qui peut être attaqué, quel type d'impact – direct et indirect – est pris en compte dans l'évaluation de la proportionnalité ?
- En quoi l'évaluation de la proportionnalité diffère-t-elle entre le cas des établissements de santé et celui d'autres biens civils qui deviennent des objectifs pouvant être attaqués ?
- Pour qu'un commandant décide de s'abstenir d'une attaque ou d'annuler ou de suspendre une attaque, comment les éléments de l'évaluation de la proportionnalité – c'est-à-dire les dommages civils susceptibles d'être causés incidemment et les répercussions à plus long terme de l'attaque – devraient-ils être évalués par rapport à l'avantage militaire concret et direct attendu ?

b) Interpréter la règle des précautions

- Lors de la planification des opérations militaires, quelles mesures peuvent être prises pour éviter et, en tout cas, réduire au minimum leur impact indirect sur la fourniture de soins de santé, notamment l'interruption de l'alimentation électrique et de l'approvisionnement en eau et la coupure des voies d'accès pour les patients, les prestataires de soins de santé et l'acheminement des fournitures médicales ?

- Y a-t-il certains moyens et méthodes (par exemple, les frappes aériennes ou l'utilisation d'armes explosives lourdes) qui devraient être évités dans les attaques contre les hôpitaux afin de respecter l'obligation de prendre toutes les précautions possibles, notamment dans le choix des moyens et méthodes de guerre, pour éviter ou réduire au minimum les dommages civils causés incidemment ? Avez-vous des exemples de considérations militaires et humanitaires qui pourraient limiter le choix des armes ?
- Comment procéder pour gérer au mieux l'évacuation du personnel sanitaire et des patients (notamment les patients en phase postopératoire, les patients en soins intensifs et les patients présentant des risques spécifiques ou des besoins particuliers) afin d'assurer la continuité des soins de santé ?

PROGRAMME

28 mai 2025

Heure	Point de l'ordre du jour	Interventions
9H00–9H15	Café	
9H15–9H30	Allocution de bienvenue	CICR
9H30–12H00	Utilisation des établissements de santé en dehors de leur fonction et perte de leur protection spécifique - Les actes nuisibles à l'ennemi - L'obligation d'avertissement (sommation)	Exposés du CICR et des experts présentant le thème Interventions des États
12H00–13H00	Repas	
13H00–15H00	Perte de la protection spécifique - Les actes nuisibles à l'ennemi et la notion d'« objectif militaire »	
15H00–15H15	Pause café/thé	
15H15–17H00	Lorsqu'un établissement de santé devient un objectif pouvant être attaqué ou risque de subir des dommages causés incidemment Interpréter les règles de la proportionnalité et des précautions	Exposés du CICR et des experts présentant le thème Interventions des États
17H00	Clôture	

Les noms des orateurs qui seront chargés de l'allocution de bienvenue, des exposés de présentation et du discours de clôture seront communiqués ultérieurement.

Annexe

Cette section donne un aperçu du cadre juridique du DIH concernant la protection des blessés et des malades, du personnel de santé et des unités et transports sanitaires, ainsi que l'utilisation des emblèmes distinctifs.

LES BLESSÉS ET LES MALADES

Ne pas attaquer, porter atteinte à la personne ou tuer

Les blessés et les malades devront être respectés en toutes circonstances ; toute atteinte à leur vie et à leur personne est strictement interdite (I^{re} Convention de Genève (CG I), art. 12 ; II^e Convention de Genève (CG II), art. 12 ; IV^e Convention de Genève (CG IV), art. 16 ; Protocole additionnel I (PA I), art. 10 ; Protocole additionnel II (PA II), art. 7).

Tuer intentionnellement des blessés et des malades ou leur causer délibérément de grandes souffrances ou des atteintes graves à l'intégrité physique ou à la santé sont des infractions graves aux Conventions de Genève qui constituent des crimes de guerre (CG I, art. 50 ; CG II, art. 51).

Dans certaines circonstances, le refus de prodiguer des soins médicaux peut constituer un traitement cruel ou inhumain, une atteinte à la dignité de la personne – notamment un traitement humiliant et dégradant –, voire un acte de torture si les critères nécessaires sont remplis.

Rechercher et recueillir

Les parties à un conflit armé doivent prendre sans tarder toutes les mesures possibles pour rechercher et recueillir les blessés et les malades. Si les circonstances le permettent, elles doivent conclure des arrangements pour leur évacuation ou leur échange (CG I, art. 15 ; CG II, art. 18 ; PA II, art. 8 ; Étude du CICR sur le droit international humanitaire coutumier (Étude sur le DIH coutumier), règle 109 ; voir aussi PA I, art. 17, sur le rôle de la population civile et des sociétés de secours à l'égard des blessés, des malades et des naufragés).

Protéger et soigner

Chaque partie à un conflit armé doit prendre toutes les mesures possibles pour protéger les blessés et les malades contre le pillage et les mauvais traitements. Elle doit aussi s'assurer qu'ils reçoivent des soins médicaux appropriés, dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs (CG I, art. 15 ; CG II, art. 18 ; CG IV, art. 16 ; PA II, art. 7 et 8 ; Étude sur le DIH coutumier, règle 111).

Traiter sans discrimination

Les blessés et les malades doivent être traités sans discrimination. Si des distinctions doivent être faites entre eux, elles ne pourront être fondées que sur des critères médicaux (CG I, art. 12 ; CG II, art. 12 ; PA II, art. 7.2 ; Étude sur le DIH coutumier, règle 110).

LE PERSONNEL SANITAIRE

Protéger et respecter

Le personnel sanitaire exclusivement affecté à des tâches/fins médicales doit être respecté et protégé en toutes circonstances, à moins qu'il ne commette, en dehors de ses fonctions humanitaires, des actes nuisibles à l'ennemi (CG I, art. 24 ; PA I, art. 15 ; Étude sur le DIH coutumier, règle 28).

Lorsqu'il porte une arme et l'utilise pour sa propre défense ou celle des blessés ou malades dont il a la charge, le personnel sanitaire ne perd pas la protection à laquelle il a droit (CG I, art. 22.1 ; CG II, art. 35.1) ; PA I, art. 13.2.a)).

Les blessés et les malades dont il s'occupe restent protégés même si lui-même vient à perdre sa protection.

Assurer la fourniture des soins

Les parties à un conflit armé ne peuvent pas entraver la fourniture de soins en empêchant le passage du personnel sanitaire. Elles doivent faciliter à celui-ci l'accès aux blessés et aux malades et lui fournir l'assistance et la protection nécessaires (CG I, art. 15 ; CG II, art. 18 ; CG IV, art. 17 ; PA I, art. 15.4).

LES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Fournir des soins impartiaux

Les professionnels des soins de santé ne pourront pas être punis pour avoir accompli des tâches médicales conformes à la déontologie, telles que la fourniture de soins impartiaux (PA I, art. 16.1 ; PA II, art. 10.1 ; voir aussi CG I, art. 18, sur le rôle de la population ; Étude sur le DIH coutumier, règle 26).

LES UNITÉS ET MOYENS DE TRANSPORT SANITAIRES

Unités sanitaires

Les unités sanitaires – telles que les hôpitaux et autres établissements exclusivement affectés à des fins sanitaires et organisés pour ces fins – doivent être respectées et protégées en toutes circonstances. Elles ne peuvent pas être attaquées et doivent être accessibles sans restriction.

Les parties à un conflit armé sont tenues de prendre des mesures pour protéger les unités sanitaires des attaques, en veillant notamment à ce qu'elles ne soient pas situées à proximité d'objectifs militaires (CG I, art. 19 ; CG II, art. 22 ; CG IV, art. 18 ; PA I, art. 12 ; PA II, art. 11 ; Étude sur le DIH coutumier, règle 28).

Les unités sanitaires perdront la protection à laquelle elles ont droit si elles sont utilisées, en dehors de leur fonction humanitaire, pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi, par exemple pour abriter des combattants valides ou entreposer des armes. Toutefois, la protection ne cessera qu'après une sommation fixant un délai raisonnable et seulement si cette sommation est demeurée sans effet (CG I, art. 21 et 22 ; PA I, art. 13 ; PA II, art. 11 ; Étude sur le DIH coutumier, règle 28).

Transports sanitaires

Tout moyen de transport exclusivement affecté au transport de blessés et de malades, de personnel sanitaire et/ou de matériel ou d'équipement médical doit être respecté et protégé au même titre que les unités sanitaires. Si un moyen de transport sanitaire tombe aux mains d'une partie adverse, il incombe à celle-ci de veiller à ce que les blessés et malades qu'il transporte reçoivent les soins nécessaires (CG I, art. 35 ; CG II, art. 38 et 39 ; PA I, art. 21–31 ; PA II, art. 11 ; Étude sur le DIH coutumier, règles 29 et 109).

Perfidie

Lorsqu'une partie à un conflit armé utilise des unités ou des moyens de transport sanitaires dans l'intention de faire croire à la partie adverse qu'ils sont protégés alors qu'elle s'en sert pour lancer des attaques ou se livrer à d'autres actes nuisibles à l'ennemi, elle commet un acte de perfidie. Si un tel acte a pour effet de tuer ou de blesser des personnes appartenant à une partie adverse, il constitue un crime de guerre (PA I, art. 37 et 85.3.f) ; Étude sur le DIH coutumier, règle 65).

L'USAGE DES EMBLÈMES DISTINCTIFS

Lorsqu'il est utilisé à titre protecteur, l'emblème – la croix rouge, le croissant rouge ou le cristal rouge – est le signe visible de la protection conférée par les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels au personnel et aux unités et moyens de transport sanitaires. Cependant, aucun de ces emblèmes ne confère par lui-même un statut de protection ; c'est le fait que des personnes ou des biens remplissent les critères requis pour avoir le statut de personnel ou de biens sanitaires, ainsi que leurs fonctions médicales, qui sont constitutifs de la protection (CG I, art. 38 ; CG II, art. 41 ; PA I, art. 8.1 ; PA II, art. 12 ; Protocole additionnel III ; Étude sur le DIH coutumier, règle 30).

Dans un conflit armé, les utilisateurs autorisés d'un emblème protecteur sont le personnel et les unités et moyens de transport sanitaires militaires ; le personnel et les unités et moyens de transport sanitaires des Sociétés nationales dûment reconnues par le gouvernement de leur pays et autorisées à assister les services sanitaires des forces armées ; les unités sanitaires civiles reconnues par l'État et autorisées à arborer l'emblème, et le personnel de santé à l'œuvre dans un territoire occupé. L'emblème utilisé à titre protecteur doit être suffisamment grand pour être bien visible, de sorte qu'une partie adverse puisse reconnaître de loin les unités sanitaires sur le champ de bataille. Les unités et moyens de transport sanitaires peuvent aussi utiliser des signaux distinctifs (tels que signaux lumineux et signaux radio) (CG I, art. 39–44 ; CG II, art. 42 et 43 ; PA I, art. 39–44 ; PA II, art. 12).

Lorsqu'il est utilisé à titre indicatif, l'emblème sert à signaler que les personnes ou les biens qui l'arborent sont liés à une institution du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Dans ce cas, il sera de relativement petites dimensions (CG I, art. 44).

Toute attaque contre des bâtiments, du matériel, des unités, des moyens de transport ou du personnel sanitaires arborant les emblèmes distinctifs constitue un crime de guerre.

Abus de l’emblème

Tout usage de l’emblème autre que ceux que prévoit le DIH est considéré comme un usage abusif (CG I, art. 53 ; PA I, art. 37, 38 et 85 ; PA II, art. 12 ; Étude sur le DIH coutumier, règle 59).