



LA SANTE DES POPULATIONS CIVILES IMMERGÉES DANS LES CONFLITS ARMÉS

Compte rendu
du colloque
du 19 novembre 2009 organisé
à l'Académie Nationale
de médecine par
l'Association Henry Dunant-France
en partenariat avec



Table des matières

Ouverture du Colloque par Mireille Desrez – Présidente de l'Association Henry Dunant.....	3
Allocution de bienvenue – Pr. Marc Gentilini.....	5
Introduction – Dr Rémi Russbach.....	7
1. Exemples de populations privées d'accès aux ressources indispensables à la survie (eau, nourriture, abris, médicaments, énergie, système de santé).....	9
1.1. La situation dans la zone Somali en Ethiopie (Ogaden) – Gérard Pascal (MDM) et Patrick Andrey (ACF).....	9
1.2. La situation au Sri Lanka – Laurent Corbaz (CICR).....	13
1.3. La situation en Tchétchénie – Joseph Dato (MDM).....	16
1.4. Objectiver la morbidité et la mortalité dans un contexte de conflit armé : présentation de l'étude épidémiologique réalisée en RDC – Vincent Brown (MSF).....	19
Synthèse des discussions à l'issue de ces présentations.....	25
2. La protection des populations civiles dans les conflits armés.....	27
2.1. Rappel de base du DIH et de ses mécanismes d'application. Universalité du DIH ? – Ghislaine Doucet (CICR).....	27
2.2. La privation par la force à l'accès aux ressources est-elle assimilable à une violation du DIH ou peut-elle être considérée comme un crime de guerre ? Comment améliorer l'application du DIH – Françoise Bouchet Saulnier (MSF).....	36
Annotations des pages de 4 à 35.....	41
Synthèse des discussions à l'issue de ces présentations.....	43
3. Table ronde animée par François Grünewald.....	47
Conclusion – Dr Rémi Russbach.....	54
Annexe.....	55



Ouverture du Colloque par Mireille Desrez – Présidente de l'Association Henri Dunant

**Mesdames, Mesdemoiselles,
Messieurs,
Chers Amis, et Présidents,**

Cest au nom de l'Association Henry Dunant, en qualité de Présidente, de ses partenaires – Action contre la faim, le Comité International de la Croix-Rouge, Médecins du Monde, Médecins sans Frontière et le Groupe URD (Urgence, réhabilitation, développement) – et de la représentation de la Croix-Rouge Française, que je tiens à vous remercier chaleureusement d'avoir répondu à notre invitation à ce colloque.

Il n'est pas si courant de lancer un projet qui je l'espère deviendra « un programme commun, inter-associatif ». Le thème choisi : « La santé des populations civiles immergées dans les conflits armés » est d'une brûlante actualité. A un titre ou à un autre nous avons été confrontés à ces drames.

« Que faire ? ». Nous le pouvons « Utopie d'Hier - Réalité de Demain » disait Henry Dunant.

Les commémorations autour des événements mondiaux – Solferino, Conventions de Genève, création de la Croix-Rouge – et toutes ces associations humanitaires et ONG qui en découlent nous le prouvent.

Un dossier complet vous a été remis, comprenant le programme, la présentation des interventions, etc.

Je tiens à remercier très vivement tous ceux qui ont permis de préparer ce colloque, et avant tout l'Académie Nationale de Médecine dont l'ancien Président, le Pr Marc Gentilini, Président du Comité d'Honneur de l'AHD⁽¹⁾ et d'autres grands et prestigieux engagements, soutient nos efforts ; le Secrétaire Perpétuel, le Professeur Jacques Louis Binet, qui nous a ouvert gracieusement l'entrée de ce lieu prestigieux ; Madame Plaise, collaboratrice, ainsi que les techniciens de l'Académie.

Je veux aussi remercier l'équipe logistique performante de l'AHD : Valérie Bayle, Michèle Pourteau, Guy Zimmermann, Priscille et Étienne Fallot, ainsi que le groupe SPICA et tous les bénévoles qui ont travaillé dans l'ombre pour que tout soit prêt pour ce jour.

Des remerciements très vifs vont également aux Présidents des associa-



tions, aux animateurs et intervenants des associations partenaires qui vont nous faire bénéficier de leurs apports, enrichir nos études, échanges et perspectives d'avenir, tant pour nous-mêmes que pour nos associations ou organismes au service des populations et des victimes.

Enfin, j'adresse notre reconnaissance très particulière au Dr Rémi Russbach de l'AHD, ancien Directeur de la Division Médicale et Médecin Chef du CICR, cheville ouvrière du contenu de cette journée et de son futur.

Nous sommes dans ce lieu prestigieux, la salle des séances de l'Académie Royale puis Nationale de Médecine fondée sous Louis XVIII qui, comme l'a rappelé le Secrétaire Perpétuel, avait à l'origine deux missions « faire progresser l'art de guérir » et « conseiller le gouvernement ».

Mais depuis ces dernières années, elle se découvre de nouvelles missions dans le monde de la santé.

Libre et autonome, elle représente tous les courants de la médecine, chirurgie, biologie, pharmacie, art, dentaire et santé publique. Elle collabore avec d'autres académies des sciences. Elle s'ouvre vers l'extérieur, vers de nouvelles formes associatives dans un esprit de créativité continue.

Nous avons donc bien notre place par notre thème de travail et par les différents participants dans cette salle de séance de l'Académie Nationale de Médecine où nombre d'entre-vous siégeront demain !

Avec l'esprit des sommités médicales humanitaires se sont succédés les apports partagés ; les murs parlent dit-on, nous sommes dans ces murs. Que notre travail soit fécond, qu'il soit suivi de réalisations pour que change ce monde qui sacrifie des millions de civils dans ces conflits armés.

Je terminerai en citant Henry Dunant « Seuls ceux qui sont assez fous pour penser qu'ils peuvent changer le monde y parviennent ».

Merci à vous tous et que notre travail commun nous donne la force de poursuivre nos engagements, enrichis de nos échanges et de nos recherches.

Le Professeur Gentilini n'a pas pu se joindre à nous, étant retenu à l'étranger, mais il nous adresse son message d'ouverture dont nous lui sommes particulièrement reconnaissants.



Allocution de bienvenue – Pr. Marc Gentilini

Chers amis,

Au nom de notre Président annuel, Gérard Lasfargues, et de notre Secrétaire Perpétuel, Jacques-Louis Binet, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue dans les locaux prestigieux de l'Académie Nationale de Médecine pour ce colloque sur *La santé des populations civiles immergées dans les conflits armés.*

Il y a 150 ans, c'était la Bataille de Solferino, en plein mois de juin, rayonnant et chaud, avec ses dizaines de milliers de morts et de blessés militaires, secourus spontanément par une population civile, des femmes en majorité.

Il y a 60 ans, les Conventions de Genève de 1949 étaient signées, plus particulièrement la 4ème.

Pour autant, avons-nous réussi à changer le Monde, à en tempérer la douloureuse histoire ?

*
* *

Pauvres populations civiles, braquées, blessées, insultées, violées ou mutilées, bombardées ou mitraillées, affamées et assoiffées, rançonnées ou achevées. Tous ces meurtris sans uniformes, sans armes, sans protection, sans recours. Tous ces condamnés, disparus, sans identité et souvent sans tombe ! ...

Tous ceux des fosses communes ! Et s'ils se réveillaient et demandaient des comptes, non seulement aux grands tyrans de ce monde mais aussi aux petits, tous ces guerriers fous ou drogués, ces frustrés ou ces enfants floués et armés, maîtres des rues des villes conquises ou des champs minés des campagnes, provocateurs apeurés, tirant en l'air ou dans le tas, pour tuer les autres et se rassurer eux-mêmes.

Quel respect pour la Vie ? Quel avenir pour l'Homme ?

*
* *

Cette tragédie d'hommes, de femmes et d'enfants, cohortes éperdues emportées dans la tourmente des guerres, je l'ai connue à 10 ans lors du grand exode de l'été 1940, un mois de juin là encore, sur les routes de

Picardie, sous un soleil de plomb, dans un ciel de bombes et de balles, la peur au ventre vide, dans l'incertitude de l'avenir immédiat et la crainte d'une vie brisée et volée, comme toutes celles abandonnées aux mouches et aux rapaces sur les bords des routes, au milieu des blés non fauchés. Pauvres populations civiles sous les feux de la guerre, leur seul éclairage, pauvres gueux sans honneurs rendus, sans croix, sans sonnerie aux morts, sans sépulture, sans monument, sans devoir de mémoire...

*

* *

Des trois parties que comprend ce colloque, le constat, le droit et les propositions pour leur protection, la troisième est la plus importante mais la plus aléatoire dans un univers où la vie compte encore moins que la mort. Car que pouvons-nous faire réellement ? Qu'oserons-nous entreprendre ? Qu'espérons-nous obtenir ? Où est donc passée la 4ème Convention ? Quelles que soient les difficultés de la mission, il faudra bien rendre à la "Terre des Hommes" cette espérance de respect et de fraternité sans laquelle cette Terre ne serait que ... matière. De tout cœur avec vous, aujourd'hui et demain.

*Pr. Marc Gentilini
Président Honoraire
de la Croix Rouge Française
et de l'Académie Nationale de Médecine*



Introduction – Dr Rémi Russbach

Dans le cadre du soixantième anniversaire des Conventions de Genève et de la commémoration des 150 ans de la bataille de Solferino, l'Association Henry Dunant France – en partenariat avec Action Contre la Faim (ACF), le Comité International de la Croix Rouge (CICR), Médecins du Monde (MDM), Médecins sans Frontières (MSF) et le Groupe URD – s'est donnée pour objectif, via le présent séminaire, de prendre du recul sur des questions sensibles et de partager les connaissances, afin d'envisager des pistes d'amélioration pour l'avenir.

Le sort des populations civiles immergées dans les conflits armés reste une question humanitaire brûlante aujourd'hui. Ces populations sont souvent rançonnées et pillées par les différents groupes armés qui vivent à leurs dépens, et privées d'accès aux ressources indispensables à leur survie.

Il existe différents types de conflits armés, qui eux-mêmes peuvent se dérouler dans des contextes climatiques et socio-économiques très variables. Il y a en outre des variations importantes d'intensité conflictuelle dans le temps, qui influent sur la santé des populations.

Dans le large spectre des secteurs affectés par les conflits, nous allons aujourd'hui nous concentrer sur la santé et tâcher de définir l'importance respective des différents éléments qui y portent atteinte. Cette clé d'entrée est originale. La santé est un bien précieux et universel. S'il est possible de mesurer la santé, il est plus difficile de mesurer la souffrance qui est plus subjective. La santé est objectivable et mesurable (morbidity et mortalité des populations). Mais quels sont les facteurs qui l'influencent? Il nous faut des moyens d'observer, de comprendre, de mesurer et de comparer un conflit à un autre, une population à une autre, et une même population à différentes phases d'un conflit, ceci afin de mieux comprendre et donc de pouvoir imaginer des solutions.

Il existe certaines constantes lorsqu'une population est privée d'accès à l'essentiel. Fruit de longues discussions entre experts de l'association Henry Dunant et du Groupe URD, une classification⁽²⁾ des facteurs augmentant la morbidité et la mortalité des populations civiles immergées dans les conflits armés a été élaborée en amont de cette rencontre. Elle donne une idée de la variété des facteurs aggravants que l'on retrouve, souvent cumulés, dans chaque situation mais dans des proportions fortement différentes. Ce document n'a pas été publié et sera aujourd'hui notre trame de travail, à améliorer.

Au point 2 de cette classification sont énumérés les facteurs perturbant la



réponse aux problèmes de santé de ces populations au moment même où ces réponses sont les plus vitales.



Comme il n'est pas possible, en une journée, d'aborder en détail toutes les conséquences de ces facteurs, nous avons mis de côté des sujets très importants et relativement bien connus comme les blessés de guerre, les handicapés par mines anti-personnel, les traumatisés psychiques, les prisonniers, les femmes ayant subi des violences sexuelles, etc.

Nous avons choisi de nous concentrer sur les aspects les plus sournois et méconnus des atteintes à la santé qui représentent le « dessous de l'iceberg », conséquences de la privation d'accès aux ressources indispensables à la survie lors des conflits armés. Ceux qui meurent, hors des centres de soin, de maladies infectieuses pulmonaires et gastro-intestinales, de maladies chroniques ou de malnutrition, sont difficiles à identifier mais représentent une part non négligeable de la mortalité qui augmente lors des conflits armés.

Ces individus ne sont pas toujours des victimes directes de la violence mais sont comme étranglés par le blocage de l'accès aux ressources vitales. Ceci constitue la cause principale d'atteinte à la santé, d'où le terme de populations PARIAS (privées d'accès aux ressources indispensables à la survie). Les éléments qui découlent de la pauvreté antérieure au conflit armé sont aussi difficiles à séparer des conséquences du conflit proprement dit. C'est en raison de la difficulté d'accéder à ces personnes oubliées que leur situation est si méconnue.

Que peut-on faire pour améliorer leur sort ?

Comment mieux cerner ce problème par définition si difficile à appréhender ?

La création d'un observatoire de la Santé des populations immergées dans les conflits armés permettrait-elle d'aller plus loin ?

Le Droit International Humanitaire est-il pertinent pour prévenir ces situations d'étranglement et sanctionner les responsables ? Est-il possible de préciser ce droit et d'en renforcer le respect ?

Autant de questions sous-jacentes à l'ensemble des débats qui vont animer cette journée ...



1. Exemples de populations privées d'accès aux ressources indispensables à la survie (eau, nourriture, abris, médicaments, énergie, système de santé)

1.1. La situation dans la zone Somali en Ethiopie (Ogaden) – Gérard Pascal (MDM) et Patrick Andrey (ACF)

▪ Contexte géopolitique

La région Somali est une des 9 régions d'Éthiopie, peuplée de 4,5 millions d'habitants en majorité des Somali musulmans divisés en clans et sous-clans. Elle est riche en énergie fossile. L'Ogaden National Liberation Front (ONLF) est un mouvement séparatiste né en 1978 lors de la guerre de l'Ogaden, après la défaite de la Somalie par l'armée éthiopienne. Depuis 1993, après les revendications d'indépendance de l'Ogaden par l'ONLF, les affrontements avec le gouvernement fédéral se sont multipliés, atteignant leur maximum à partir des événements d'Obole de 2007, où une attaque de l'ONLF sur un champ pétrolifère a fait 74 morts.

Depuis, le gouvernement a décidé de « nettoyer la zone et de la débarrasser des rebelles » tout en instaurant un blocus économique et commercial. La zone est passée d'un état de violences et de tensions internes à un état de conflit armé.

▪ De très mauvais indices socio-sanitaires⁽³⁾

- 72% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (<1 \$ US / jour) ;
- 39% de la population a accès à l'eau potable ;
- Le taux de mortalité infantile est de 57/1000 (dont 50% au cours du 1er mois de la vie) ;
- Le taux d'alphabétisation est de 9% pour les femmes et 22% pour les hommes.



▪ Conséquences du conflit sur les blessés et les malades

Depuis juillet 2007, les incidents violents sont en augmentation constante. Il s'agit principalement d'affrontements armés (56%) et d'attaques contre des civils (41%). Les violences de basse intensité sont les plus fréquentes (41%). Elles expliquent et montrent l'étranglement progressif des populations. Plus il y a d'incidents violents, plus l'accès aux soins est réduit pour les populations dans les zones rurales. L'intensité des affrontements et non leur nombre influe sur le nombre de blessés.

▪ Conséquences sanitaires du conflit à moyen et long terme

Le nombre de consultations diminue avec la hausse des confrontations; plus il y a d'actes violents, moins les populations rurales se rendent en consultation.

Sur 14 814 consultations réalisées entre juillet 2007 et septembre 2008, les principales pathologies rencontrées sont les infections respiratoires (41%) et les troubles somatiques à examen normal (32%) qui s'expliquent en grande partie par un nombre élevé de troubles psychiques liés à la précarité et au conflit armé. L'anémie (12%) est un indicateur de malnutrition spécifique.

La pénurie d'eau pour les populations et le bétail est liée avant tout à un problème d'accès. Cependant, elle a peu de conséquences immédiates sur la santé puisque les diarrhées ne représentent que 8% des motifs de consultation.

Différents types de points d'eau sont utilisés selon les saisons (sèches et humides). Le conflit restreint essentiellement l'accès aux sources d'eau rares

en saison sèche. Les forages sont les seules sources pérennes tout au long de l'année. Ils sont payants.

Ce contexte a un impact sur le prix de l'eau, car moins il y en a, plus elle est chère. La maintenance et la réhabilitation des forages sont donc essentielles, mais s'avèrent compliquées



Village brûlé



en raison du conflit. Une réhabilitation peut prendre plusieurs mois. Les autorités régionales en charge de l'eau ont souvent des moyens limités et souffrent de difficultés d'accès tout comme les ONG.

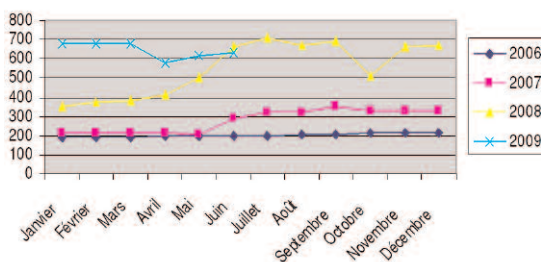
La densité des forages est de 1/20 000 dans la zone d'intervention et de 1/92 000 sur Warder. Si un forage ne fonctionne pas, les conséquences sur le bétail qui ne peut se déplacer jusqu'à un autre sont immédiates.

A partir de 2007, le gouvernement a imposé un **blocus commercial** en restreignant le transport routier. On note donc une baisse des importations et des exportations.

La production locale des denrées alimentaires de base comme le sorgho ou le maïs est insuffisante et la réduction des importations entraîne une faible

disponibilité d'autres denrées (pâtes, riz) en provenance de la Somalie et des pays du Golfe dont dépend la population locale.

Prix du riz importé 2006-2009



Les conséquences du conflit sur le prix des denrées sont bien illustrées par le graphe concernant le prix du riz : 2006 était une année normale. Le prix a augmenté en juin 2007 suite au blocus consécutif aux événements d'Obole. L'année 2008 connaît une hausse des prix internationaux mais la baisse d'octobre puis celle de mars 2009 sont clairement liées à la réouverture ponctuelle du trafic routier.

La baisse des importations entraîne mécaniquement celle des exportations puisque les camions qui apportent les marchandises sont ceux qui repartent avec les produits d'exportation. Les populations pastorales sont donc touchées économiquement puisqu'elles vivent de la vente de bétail vers la Somalie et les pays du Golfe. En se basant sur les termes d'échanges entre le mouton et le kg de riz, on constate que les populations pastorales ont perdu environ 50% de leur pouvoir d'achat entre mai 2007 et mai 2009. Les commerçants et les populations locales sont pénalisés à leur tour puisqu'ils ne bénéficient plus du pouvoir d'achat des populations pastorales. Dans le contexte de la zone Somali, l'aide alimentaire, qui peut être une solution temporaire dans certains contextes, l'est moins dans la mesure où il est difficile de faire une identification indépendante des besoins et d'assurer



le suivi des distributions. ACF a donc décidé de ne pas faire de distribution alimentaire de peur d'être instrumentalisée.

Sur la base des indicateurs de sécurité alimentaire, ACF a décidé d'ouvrir en octobre 2008 des programmes de traitement de la malnutrition aigüe à Kebri Dehar.

A priori il n'y a pas de crise nutritionnelle dans la région mais il est impossible de le certifier à cause d'un manque d'information dû aux problèmes d'accès aux populations en périphérie. Des indices laissent néanmoins penser que la situation nutritionnelle des populations en zone rurale est plus préoccupante qu'en zone urbaine sans qu'il soit légitime de parler de crise nutritionnelle.

Les taux de malnutrition aigüe, récoltés par ACF de manière indistincte en contexte urbain et rural, montrent en effet une amélioration sensible à partir de janvier 2009. Or, c'est à partir de cette période qu'ACF n'a plus accès aux zones rurales mais seulement à la ville de Kebri Dehar.

Par ailleurs, les enquêtes nutritionnelles menées par le ministère de la Santé et l'UNICEF en avril et mai 2009 dans d'autres zones de la région

Somali révèlent également une situation préoccupante. Les taux de malnutrition aigüe varient de 14,5% à 21,9% alors que le seuil d'urgence est de 15%. Il faut néanmoins souligner le risque de biais méthodologique dans la mesure où les résultats sont calculés sur la base du poids et de la taille alors que la morphologie des populations pastorales est très longiligne.



réserve de nourriture brûlée dans un village

Le système de soins est amélioré en zone urbaine grâce au soutien de MDM à l'hôpital de Kebri Dehar (chirurgie et soins de santé primaire (SSP)) et à la prise en charge de la malnutrition aigüe par ACF. Au niveau périphérique, l'ensemble du système s'est dégradé en raison d'une limitation des déplacements des ONG dans cette zone qui a limité l'approvisionnement en médicaments et la formation du personnel. Les populations nomades et déplacées n'ont pas d'accès pérenne aux soins. Cependant, 20% des personnes qui viennent se faire soigner à l'hôpital viennent des zones rurales.



La plus-value de la présence de MDM et d'ACF en région Somali repose sur les soins apportés à des populations en grande précarité dans un conflit qui dure. En outre, le partenariat avec le bureau régional de la santé est constructif. Enfin cette présence est rassurante pour les populations. La progression significative du taux de consultation ante natal et de l'activité chirurgicale sont des indicateurs qui peuvent illustrer ces bienfaits.

Mais il faut reconnaître certaines limites, particulièrement liées au contexte politique et sécuritaire.

MDM et ACF sont témoins d'une limitation des ressources mais leurs possibilités d'influer sur cette situation sont limitées.

Le choix a été fait d'adopter un profil bas en privilégiant la discrétion et le dialogue.

Le champ d'action est limité dans l'espace. MDM et ACF sont cantonnées à Kebri Dehar et n'ont pas accès aux zones rurales.

1.2. La situation au Sri Lanka – Laurent Corbaz (CICR)

■ Présentation historique et contextuelle

Le Sri Lanka est un pays de 20 millions d'habitants divisés en trois grands groupes de population : les Cingalais (Bouddhistes) représentent 70% de la population, les Tamouls (Hindous) 20% et les Musulmans 5 à 7%.

En 1983, débute un conflit entre le mouvement tamoul des Liberation Tigers of Tameel Eelam (LTTE) et le gouvernement.

Le Comité International de la Croix Rouge (CICR) n'interviendra qu'en 1989, suite à l'émergence d'un nouveau conflit dans le sud du pays entre les cingalais Javata Vimukthi Peramuna (JVP) et le gouvernement.

A compter de 1990, le CICR est également autorisé à déployer ses activités liées aux conséquences humanitaires du conflit impliquant le LTTE dans le nord et l'est du pays.

Les interventions débutent dans les prisons via des **visites de prisonniers des différentes parties prenantes au conflit** (LTTE, JVP et soldats du gouvernement). D'autres activités se concentrent sur les **enjeux de protection des individus** (respect individuel dû aux personnes lors d'un conflit de ce type, prévention des mauvais traitements ou des disparitions, etc.). Des activités médicales dans la zone du LTTE permettent un soutien aux populations via les structures de santé existantes.

Le CICR joue également le **rôle d'intermédiaire neutre aux points de**



passage entre la zone gouvernementale et la zone contrôlée par le LTTE, en favorisant le passage des personnes et des biens. Cette activité, qui a tendance à être plutôt rare, est une spécificité du conflit Sri-lankais. Cela a permis le passage de convois de nourriture, de matériel médical, de fonctionnaires ou de matériel gouvernementaux (en lien avec la poste, les taxes ou l'éducation), etc. vers les zones du LTTE.

Cette période est marquée par un certain nombre d'atrocités, mais aussi, en parallèle, par un certain respect des besoins essentiels des populations et des structures médicales.

▪ Phase de « l'offensive finale »

La situation se dégrade lors la phase appelée « offensive finale », d'octobre 2008 à mai 2009. Le gouvernement tente alors d'éradiquer le LTTE et lance une offensive massive et frontale. Des attaques contre le LTTE touchent de manière quasi systématique et indiscriminée les populations civiles. Le LTTE quant à lui tend à utiliser les civils comme bouclier humain. Les appels répétés au respect du Droit International Humanitaire restent sans effet significatif.

Le CICR a dû faire face à une absence quasi totale de structures médicales pour la prise en charge des victimes dans un environnement de plus en plus confiné où se trouvent coincées environ 250.000 personnes. De janvier à mai 2009, ce sont près de 14.000 personnes qui ont été évacuées de la zone par le CICR dans des conditions sécuritaires très difficiles. Les activités de protection sont très limitées.

Le CICR a néanmoins pu poursuivre – de manière réduite et sans liens avec l'ampleur des besoins – **son rôle d'intermédiaire pour faire passer du matériel médical et des petites quantités de nourriture au travers des lignes de front.**

En revanche, les délégués du CICR ont été expulsés de la zone lors de la dernière phase de l'offensive et les quelques activités encore possibles ont été menées par le personnel national dans des conditions excessivement difficiles.

▪ Situation actuelle

L'offensive et les hostilités se terminent en mai 2009 par la chute du LTTE et la victoire du gouvernement. Celui-ci se félicite d'avoir mis fin à 25 ans de conflit avec un groupe considéré comme terroriste.

Cependant les besoins humanitaires n'ont pas cessé avec la fin du conflit.



Les infrastructures sont à reconstruire et les besoins essentiels des populations ne sont pas toujours couverts.

Le CICR a donc proposé de mettre en place des programmes de soutien d'urgence aux populations déplacées ou récemment retournées chez elles.

Mais il s'est vu graduellement dépossédé de sa légitimité d'agir et progressivement interdire l'accès à ces populations depuis juillet 2009. Il n'a par exemple plus été possible d'accéder aux camps de déplacés qui regroupaient fin 2009 près de 150.000 personnes. Les activités de rétablissement du lien familial n'ont pu se mettre en place pour l'ensemble des populations concernées.

La négociation avec le gouvernement pour obtenir un accès libre à toutes les victimes de ce conflit se poursuit.

▪ Les principales caractéristiques du conflit

- Le DIH n'a pas toujours été respecté ;
- Des structures médicales ont été ciblées, tandis que les évacuations de blessés et la capacité à agir des médecins ont été limitées (non respect de la mission médicale) ;
- Graves problèmes d'accès aux victimes pendant et après les hostilités ;
- Manipulation de l'humanitaire, chaque partie conditionnant des « prestations » humanitaires à un soutien politique.

▪ Les défis à venir, pour le Sri Lanka et d'autres conflits de même nature

- Assurer le respect des normes internationales concernant les déplacés internes ;
- Quel avenir pour les anciens combattants (du LTTE en l'espèce) ?
- La fin des hostilités actives ne signifie pas la fin des exactions.

▪ Quelles solutions préconisées par le CICR?

Le CICR préconise le respect du DIH et des diverses normes applicables pendant le conflit. Il s'agit également de négocier et de faire accepter la présence d'une organisation humanitaire indépendante, neutre et impartiale, y compris après la fin des hostilités actives pour avoir un impact sur les conséquences humanitaires du conflit.

La mobilisation de gouvernements ou d'organisations pouvant potentielle-



ment influencer sur les parties au conflit peut aussi s'avérer importante.

1.3. La situation en Tchétchénie – Joseph Dato (MDM)

Les conséquences de la guerre en Tchétchénie sont largement couvertes par la classification proposée aujourd'hui par l'association Henri Dunant, même si nous sommes loin de mesurer l'étendue de ces conséquences sur la population et la société Tchétchène.

▪ Contexte historique

Pour comprendre le conflit Tchétchène, il est important de connaître l'histoire et les acteurs qui en sont à l'origine. Géographiquement, cette petite république est située dans un isthme géographique entre deux mers, la mer Noire à l'ouest et la mer Caspienne à l'est.

La Tchétchénie et la grande Russie se confrontent depuis plus de deux siècles. Avant l'implosion du bloc soviétique, entre 1922 et 1991, cette entité avait le statut de « république socialiste soviétique autonome ». Mais la spécificité du vocable « autonome » dans le contexte de l'Union Soviétique signifiait au contraire que ces républiques étaient fédérées non pas autonomes.

Il y eut de multiples conflits entre Soviétiques et Tchétchènes. L'ensemble de la population de la Tchétchénie et des voisins Ingush ainsi que quelques autres ethnies du Caucase ont été déportés. Le nombre de victimes a été considérable puisque plus de la moitié des personnes a péri pendant et juste après cet exode qui les a conduit de force dans les steppes d'Asie centrale, notamment le Kazakhstan, et dans d'autres républiques.

En 1991, deux ans après les prémices de la chute du Mur, une implosion a lieu, moins violente que celle de la Yougoslavie mais néanmoins à l'origine de quatre conflits. La Tchétchénie proclame alors son indépendance. Sur le moment, Moscou ne s'en préoccupe pas. L'enjeu mondial d'une recomposition géopolitique historique est prépondérant.

Mais pendant 3 ans la Tchétchénie autoproclamée, non reconnue et livrée à elle-même, se dégrade et en vient à être l'objet d'une guerre civile qui, nécessairement et de façon extrêmement brutale, conduit la Russie à mener des opérations militaires.

Nous entrons alors dans une autre phase de conflit, dans laquelle les humanitaires sont confrontés à une brutalité extraordinaire. Cette opéra-



tion de police – qualifiée comme telle par les responsables politiques et militaires de Moscou – utilise des moyens de la seconde guerre mondiale (bombardements massifs, par voie aérienne et terrestre, etc.) pour « mettre au pas les bandes illégales armées ».

▪ Conséquences du conflit

Avant le conflit, c'est à dire avant 1991, Groznie, ville d'environ 400.000 habitants, avait des infrastructures médicales de bon niveau, bien équipées et spécialisées dans trois domaines : la chirurgie ophtalmologique, pédiatrique et vasculaire. Ce centre drainait des patients de toute la région élargie, à savoir tout le Caucase.

Comme le reste de l'Union Soviétique, la Tchétchénie est caractérisée par une cartographie sanitaire extrêmement développée (nombre important de structures de soins avec beaucoup de personnel pour prendre en charge la santé préventive et curative des populations). Il y a 420 structures de soin dans les trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire), c'est-à-dire du petit dispensaire de montagne au CHU pratiquant la chirurgie lourde de type neurochirurgie.

Le conflit a entraîné des **destructions massives des structures de soin et des infrastructures** (ponts, quartiers d'habitations, immeubles, maisons, etc.).

Le conflit a également provoqué un **appauvrissement des compétences médicales** en raison d'une fuite des cerveaux et des compétences, ou des décès du personnel soignant. Il a entraîné un arrêt immédiat de la formation médicale, des universités, des écoles d'infirmières, etc.

Les **populations migrent** dans trois directions : des villes vers les campagnes ; vers les républiques voisines ; vers la Russie ou l'étranger.

Une des politiques de la Russie était de permettre à tout le monde de partir, l'objectif étant de vider le plus possible la Tchétchénie de ses Tchétchènes.

▪ Activités de MDM

Le mandat de Médecins du Monde (ainsi que d'autres ONG comme ACF ou MSF par exemple) repose sur deux piliers : la notion du soin et celle du témoignage, puis, au coup par coup, du plaidoyer.

Au niveau purement médical, trois volets d'activités étaient déployés depuis 1995 :

- Les soins de santé primaire dans lesquels on inclut la notion de



veille et de surveillance épidémiologique (apparition ou aggravation d'une maladie endémique ou épidémique) ;

- **L'appui en chirurgie** dans 9 hôpitaux pour substitution, formation, approvisionnement, soutien matériel, items et sécurité du patient opéré ;

- Des **actions psycho-sociales**, c'est-à-dire la prise en charge, la formation et le dépistage de troubles autour de la question de la santé mentale, troubles nouveaux apparus en raison de la guerre (comportement de fuite, troubles liés à la disparition de proches, stress de tout ordre, notamment lié au devenir, etc.).

Dans les 9 hôpitaux où MDM intervenait avec le CICR, des évaluations ont été réalisées sur des critères simples pour être le plus efficace possible :

- Nombre de patients blessés arrivant dans les structures de soin ;
- Types et causes des blessures de ces patients ;
- Types de traitement proposé (anesthésie générale et hospitalisation, durée de l'hospitalisation, traitement ambulatoire, durée de la prise en charge, etc.).

Une sorte de « radiographie dynamique » des structures dans lesquelles MDM avait physiquement accès a donc pu être établie. L'équipe étant pluridisciplinaire (un neurochirurgien, deux traumatologues et un chirurgien généraliste), il fût possible d'avoir une vision de l'activité secteur par secteur.

De novembre 1999 à début février 2000, Groznie a été assiégée. Durant ce siège, l'équipe n'avait pas accès physiquement aux structures de soins de la capitale, pour des raisons évidentes d'insécurité. L'équipe tchéchène a installé 30 structures hospitalières dans des caves et a mis en place des blocs opératoires de service minimum mais de qualité pour opérer les blessés. En 3 mois, 6003 personnes ont été opérées sous anesthésie générale. Cela représente 2000 personnes par mois, chiffre considérable compte tenu du nombre total de personnes restées dans Groznie. Ce chiffre témoigne également de la violence et des conséquences directes des bombardements sur les populations en milieu urbain.

Pour ce qui est de la santé mentale, les activités ont été menées dans des camps où se trouvaient environ 240 000 réfugiés en Ingouchie, camps qui étaient dans des trains, des tentes ou des petites structures en dur. MDM a pu installer des centres de soin avec une approche axée sur le psycho-social et la santé mentale car les équipes avaient un accès relativement sécurisé aux populations et pouvaient travailler de façon suivie comme cela est nécessaire pour ce type de projets. Des groupes de



paroles ont été organisés. Un suivi individuel des patients a été assuré par des psychiatres et psychologues tchétchénes. Enfin, des agents de santé et des médecins ont été formés, notamment pour les troubles constatés chez les enfants et les femmes.

Sur la question du témoignage, l'objectif est bien entendu de contribuer à l'amélioration du système de santé. Il s'agit notamment de compiler des données et de les mettre en perspective afin d'avoir une analyse solide sur le thème « guerre et santé des populations civiles piégées ». Un axe extrêmement fort et parlant est celui des violations du Droit International Humanitaire, et plus précisément des structures de santé prises pour cible avec des patients et des soignants à l'intérieur. Il y a eu à l'évidence un non respect absolu des hôpitaux qui ont été pris pour cible dans le cadre d'un conflit entre une armée régulière et des groupes armés, prenant la population en otage.

▪ Conclusion

Il paraît aujourd'hui prématuré de dire que la situation est sécurisée et stabilisée. Les actions de plaidoyers sur la question de l'impunité n'ont eu aucun résultat tangible. Durant les 2 conflits, les informations ont été totalement verrouillées. La presse fût plutôt militante contre la Russie lors de la 1ère guerre puis très absente durant la seconde, à quelques exceptions près. Ces conflits ont donc été très peu couverts et se sont quasiment déroulés à huis clos. Seules 15 ONG internationales et nationales étaient présentes, ce qui est très peu au regard des besoins, qu'il était donc impossible de couvrir.

1.4. Objectiver la morbidité et la mortalité dans un contexte de conflit armé : présentation de l'étude épidémiologique réalisée en RDC – Vincent Brown (MSF) :

▪ Contexte

L'Est du Congo est victime de conflits depuis 1998. La situation est en réalité assez complexe puisqu'elle implique différents groupes armés et milices de diverses façons et sur diverses périodes. Par ailleurs, le conflit implique au moins 6 pays de la région des Grands Lacs entraînant des déplacements forcés de population. La situation est donc permanente, actuelle et récurrente. La tentative de paix date d'une dizaine d'années. En août 2008 les conflits



ont repris, les forces armées congolaises (FRDC) étant en conflit avec 3 groupes armés:

- Le CNDP qui est un des groupes rebelles à tendance Tutsi avec Nkunda à sa tête ;
- Les FDLR à tendance Hutu (appelés Interahamwe) qui sont aussi dans la zone du nord Kivu ;
- Les Mayi-Mayi qui fonctionnent avec des contacts avec certains de ces groupes militarisés rebelles.

Le 26 octobre a lieu une reprise très importante des attaques. Mais on ne peut pas comparer les seuils de mortalité constatés aux taux énormes relevés lors de fortes famines en Éthiopie, ou même au Darfour par exemple. Le conflit en RDC est plus sournois.

Par exemple, à Rutshuru, un des lieux que le CNDP a repris, une attaque a provoqué 200 morts. Même important, ce chiffre, rapporté à la population, reste en deçà des seuils d'urgence. La difficulté est d'extraire cette information pour pouvoir en témoigner de manière correcte. L'attaque du CNDP à Rutshuru occasionne des déplacements massifs de population. Les populations essaient de s'échapper avant l'arrivée des troupes. Mais des gens sont pris en otage. Par ailleurs, il y a eu un énorme flot de déplacés vers le nord dans la ville de Kanyabayonga qui compte 56.000 habitants. Lors de l'enquête en février 2009, on y dénombrait environ 15.000 déplacés.

■ Présentation de l'enquête menée et des activités de MSF

MSF essaie toujours d'intervenir dès le début des déplacements pour répondre aux besoins vitaux des populations et témoigner. MSF intervient principalement dans le Nord Kivu mais également dans d'autres provinces du nord comme l'Ituri ou le Haut Uélé. Le système de soins primaires n'existe pas. Différentes ONG comme Merlin ou MSF interviennent, mais à des échelles et avec des objectifs différents.

Les activités présentées ici s'axent principalement sur la prise en charge des viols et de la chirurgie pour les blessés. La population ciblée par MSF est constituée de déplacés, de « retournés » (c'est-à-dire des gens partis de leur propre ville de Kanyabayonga et qui y reviennent) et enfin de résidents.

Une enquête a été réalisée au nord Kivu à Kanyabayonga. Un lien sera également fait avec d'autres travaux (MSF Epicentre et d'autres associations) effectués dans le Haut Uélé et l'Ituri, zones également en proie à de graves violences.

Il est possible d'objectiver la mortalité, la violence et les besoins par le biais d'enquêtes en grappes type OMS. Il s'agit de rechercher



des tendances générales, non pas d'obtenir un niveau de précision important, ce qui n'empêche pas une grande rigueur de la part de ceux qui produisent ces chiffres, en respectant les méthodes recommandées.

La première étape vise à définir quel type de population nous souhaitons évaluer pour pouvoir lui apporter une assistance, mesurer ses besoins et savoir quel niveau d'assistance il faut atteindre pour répondre à ces besoins.

En termes de violence, la mortalité est le premier indicateur à retenir et à utiliser. Les disparitions ont aussi été ajoutées au panel de données depuis une dizaine d'années de manière plus systématique. L'épidémiologie a commencé à utiliser ce critère en insérant les questions de disparitions et de violences au sein de questionnaires standards. Les enquêtes en grappe sont initialement utilisées pour des enquêtes de couvertures vaccinales (OMS 1977). Ces méthodes ont ensuite été adaptées mais ne sont pas parfaites. Des groupes comme Epicentre mènent des projets d'étude de leur validité.

Les besoins vitaux se déclinent en 10 priorités sanitaires que l'on sonde par un certain nombre de questions pour donner à l'opérationnel des informations qui vont permettre de moduler la réponse humanitaire (existe des guides MSF/Epicentre ad-hoc).

Après la réalisation de ces enquêtes, on tâche de mettre en place un système simple de surveillance de la mortalité avec des agents de santé communautaires.

La surveillance ne fonctionne bien que sous certaines conditions:

- En développant une relation de travail avec les agents ou si ces agents font partis de l'équipe de l'ONG ;
- En visitant les camps régulièrement pour bien faire comprendre ce que l'on recherche, non pas le spectaculaire mais la donnée fiable qui permet de suivre la situation dans les camps.

Le rôle des équipes est de s'interroger sur des données hebdomadaires de décès rapportés. Si aucun décès n'est rapporté, on peut alors se demander si les rapports sont bien faits. Il est préférable de travailler et de former les équipes sur la durée afin d'améliorer la fiabilité. Cette surveillance de la mortalité prend tout son sens lorsque de lourdes enquêtes rétrospectives de la mortalité ne sont pas faisables.



▪ Résultats de l'enquête de Kanyabalonga, février 2009

Pour cette enquête, MSF a formé des enquêteurs sur place, qui parlent 2 à 3 langues, ce qui leur permet d'entrer en contact avec la population déplacée.

La méthode des enquêteurs consiste à présenter MSF aux familles, à exprimer leur souhait d'en savoir un peu plus sur leur état de santé et à les questionner d'une façon anonyme. Elles peuvent refuser mais cela reste exceptionnel.

Kanyabayonga cache un niveau de violence considérable. Les familles arrivent après des exodes internes au Kivu, les déplacements pouvant se faire en quelques heures. Grâce à la solidarité de la population résidente, les familles victimes qui fuient une zone d'exactions arrivent à trouver refuge. Pour l'enquête cela peut poser un problème méthodologique, par exemple si un foyer accueille 5 familles. Il faut alors revoir la méthodologie et tirer au hasard l'une des familles.

Le nombre de familles enquêtées est de 461, soit 2858 personnes. Le nombre de déplacements est en moyenne de 2 ou 3 fois pour une seule famille. Ce chiffre n'est pas aussi important que ce que l'on a tendance à entendre. En termes de méthodologie, il suffit de discuter avec les familles, d'identifier les déplacements avec elles à partir des cartes et de structurer le questionnaire pour savoir quelles sont les périodes intéressantes. Les résidents retournés, qui avaient fui lorsque l'armée congolaise a voulu contrôler la ville en décembre 2008, ont eux aussi été sondés sur leur nombre de déplacements. Il est intéressant de voir que la plupart des gens sont retournés sur leur lieu d'origine (1 an plus tard, 90% des familles étaient revenues).

En termes de matériel, dans ce contexte d'urgence, les gens sont partis sans rien. 2/3 des personnes interrogées n'ont ni bidon d'eau, ni couverture. Cela dénote des mauvaises conditions de vie et peut être considéré comme violent, par exemple pour une mère ne pouvant pas aller chercher de l'eau avec un jerricane (bidon).

La couverture vaccinale de la rougeole est quant à elle très faible (12%). Ce chiffre est établi sur la base de la présentation des cartes vaccinales. En tenant compte de l'histoire vaccinale rapportée avec les parents, on peut considérer que la couverture réelle est plutôt de 50%. Cela dit, elle reste très largement insuffisante. Il y a des actions régulières de relance de la vaccination qui doivent être menées par MSF avec le MINSA.



La mortalité à 110 jours rétrospectifs est de 0,6 décès /10.000 personnes / jour, ce qui est un seuil normal dans la région. Mais l'indice de confiance nous donne un seuil qui peut varier entre 0,3 et 1,2. Ce dernier taux serait alors au dessus du seuil d'urgence (1 décès/10 000/j). Ces résultats sont

**115 Victimes de violence (4%), Kanyabayonga
(Dont 14 femmes et 6 enfants)**

Victimes	Total(%)
1. Détenion / otage / esclavage	91 (79)
2. Violence sexuelle	3 (2,6)
3. Machette/mutilation/battu	1 (0,7)
4. Blessure par balle	4 (3,3)
5. Autre	16 (13,9)
Total victimes	115 (100%)

donc à interpréter avec précaution. En outre, 12 décès de femmes lors d'exodes ont été relevés, ce qui est un chiffre inacceptable, de même que les disparitions ou les décès d'enfants.

La question des victimes de violence a été posée par un enquêteur féminin puisqu'il s'agit d'une question difficile à traiter. Une enquête, sur un délai aussi court, ne peut complètement refléter la réalité. Néanmoins on a dénombré 115 victimes (voir tableau ci-contre).

Même si ce chiffre n'est pas très élevé, peut-on le considérer comme acceptable, sachant que cela se répète sans cesse? Comment mieux témoigner de ces réalités?

▪ **Résultats des activités de MSF**

Sur la question des **violences sexuelles** et de leur prise en charge dans l'hôpital MSF de Rutshuru dans la partie Est du Nord Kivu, les 2000 victimes prises en charge par MSF sont certainement très sous rapportées. Les tendances des courbes reflètent un regain de violence durant le premier trimestre 2009 avec un probable retard de venue des femmes pour consulter. Si, en général, ce sont majoritairement des femmes qui rapportent avoir été victimes de violences sexuelles, cela peut parfois être le cas avec des enfants ou des garçons.

Sur la question de la **prise en charge de blessés dus à la violence**, il s'agit principalement de blessés par balles, par éclats d'obus ou par machettage. Les activités mensuelles reflétaient bien le niveau de violence



avec un regain de prise en charge de cas chirurgicaux pendant les périodes de conflit.

▪ Enquêtes dans l'Ituri et le Haut Uélé

Durant les années précédentes, d'autres populations ont subi des niveaux de violence très importants dans d'autres parties de l'Est de la RDC. En Ituri, en 2005, MSF a réalisé une enquête dans les camps assistés par MSF-Suisse. Pour des raisons de sécurité, il n'était possible de le faire que dans un seul camp (sur 3).

Le taux de mortalité était très élevé (4 fois plus important que le seuil d'urgence et 8 fois plus important que le seuil normal pour la région). Cela s'explique par les conditions sanitaires déplorables. Le seuil d'urgence était également largement dépassé pour les enfants (3 fois au dessus).

L'enquête dans le Haut Uélé a été faite en mai 2009 à Dungu. Cette région extrêmement violente connaît régulièrement des massacres de population. Le seuil de mortalité est donc bien au dessus du seuil d'urgence, indiquant des niveaux de violence inacceptables. Il faut noter que les enquêtes ont été faites rapidement en raison de problèmes d'accès à la zone.

Enfin concernant les quelques 2 millions de décès rapportés lors des enquêtes de IRC au début des années 2000, il faut rester prudent. En effet ces résultats sont obtenus à partir d'extrapolations des résultats d'enquêtes ponctuelles (zones géographiques limitées) à une partie beaucoup plus importante de la population. Il faut donc rester très prudent lors de témoignages réalisés dans de telles situations. C'est du moins notre avis à MSF.

▪ Synthèse

Toutes ces enquêtes ont été faites en quelques jours et avaient un objectif d'utilisation immédiate des résultats afin d'être réactifs opérationnellement. En termes de lobbying il n'est pas toujours évident d'utiliser cette information pour des raisons de sécurité tant pour les familles concernées que pour les équipes sur place.

Les résultats ont un aspect sournois. Les indicateurs de violence de 4 à 8% paraissent faibles, mais rapportés à la taille de la population ceci est en fait considérable.

Les victimes de violence, subissant un traumatisme mental, sont aussi des personnes témoins de meurtre (9%) ou ayant vu leurs maisons détruites. Elles doivent donc également faire l'objet d'une prise en charge spécifique. Les enquêtes de mortalité ne sont peut-être pas le meilleur outil dans une situation chronique. Il est important de choisir le moment où l'on fait une



enquête de mortalité et être sûr que cela en vaut vraiment la peine.

Les enquêtes d'IRC font des projections et permettent de diagnostiquer le problème des maladies infectieuses. Les déplacés se comptent en centaines de milliers dans le Nord Kivu. IRC avait fait une extrapolation très controversée de 4 millions de déplacés pour la période de 1998 à 2004. Comme évoqué auparavant, l'intérêt des enquêtes est d'avoir une action immédiate.

Synthèse des discussions à l'issue de ces présentations

Les discussions de la matinée ont principalement porté sur la méthodologie en termes de recueil de données et l'utilisation de ces données, ainsi que le respect du DIH et le positionnement des ONG autour de cette question. L'importance de travailler le plus possible avec les ONG locales, lorsque le contexte le permet, a de nouveau été rappelée.

▪ Le recueil de données et leur utilisation

Les données sont recueillies par les coordinateurs des équipes des ONG et par leurs équipes locales qui ont été formées pour cela. Les agents communautaires sont également impliqués dans ces opérations. Ce sont d'ailleurs souvent eux qui continuent à faire ce travail lorsque les équipes des ONG ne peuvent plus avoir accès aux zones d'intervention.

Les chiffres ne sont pas fiables à 100% et sont loin d'être le résultat d'une démarche scientifique. Mais il est intéressant d'observer les tendances qu'ils dégagent. Il est dès lors important de bien communiquer sur la méthode qui a servi à recueillir les données présentées et de toujours conserver la même pour permettre des comparaisons dans le temps.

Les enquêtes semblent limitées dès lors que l'on souhaite mesurer la mortalité. Techniquement, c'est un travail difficile qui demande l'intervention de spécialistes si l'on veut s'assurer de diffuser des chiffres fiables. Il faut d'abord s'assurer que les enquêteurs comprennent bien l'enjeu de la question. Par ailleurs, les méthodes d'enquête en grappe utilisées présentent un biais de doublon. La proximité des familles enquêtées présente le risque



qu'un décès soit rapporté deux fois. Il est donc nécessaire de faire des vérifications. Il y a actuellement un débat sur la méthodologie. MSF est en train de réfléchir sur ce sujet et se pose la question d'envoyer une équipe complémentaire aux enquêteurs. Celle-ci prendrait le temps d'effectuer des entretiens spécifiquement sur ce sujet auprès des familles qui ont vécu un décès. Cette « autopsie verbale » aurait pour but d'étayer la cause, les origines ou encore les lieux des décès par exemple. Ce genre d'approche permettrait de lever les doutes sur la fiabilité des chiffres. Mais est-elle réellement applicable, car elle nécessite une vraie subtilité culturelle... Une autre méthode proposée, plus simple, serait de faire un suivi régulier autour des cimetières, notamment à proximité des camps. Le comptage des tombes permet d'obtenir des données précises même s'il ne fournit pas les causes des décès. Le but de l'enquête sur ce sujet particulier de la mortalité, est déterminant dans le choix de la méthode à utiliser.

Le recueil de données pose ensuite la question de leur utilisation. L'extrapolation des données recueillies à l'ensemble de la population soulève des questions de fiabilité et de risque de dérive, et notamment de manipulation. L'exemple évoqué concernant l'enquête de l'IRC en RDC le rappelle. On peut également citer l'exemple du Darfour ou de l'Irak, où des taux de mortalité de 9 morts / 100 000 / jour sont officialisés.

D'un côté, cette pratique peut effectivement avoir des effets d'annonce pour interpeler l'opinion internationale. Mais d'un autre, il y a un risque de décrédibilisation des ONG médicales. Si les données d'une enquête nutritionnelle peuvent permettre d'interpeler sur une situation, la question de la mortalité semble plus délicate. De son côté, MSF recommande la prudence et suggère de limiter les extrapolations à la population de la zone d'intervention.

En outre, il ne faudrait pas oublier la morbidité et l'accès aux soins qui méritent d'être investigués en permanence.

Lors des échanges, la question de la coordination des ONG a été soulevée. Pourrait-elle permettre d'assurer la mise en place de recueil de données et son suivi? Ne serait-elle pas la seule solution pour avoir un vrai contre-pouvoir associatif? Toutes les associations sont-elles prêtes à ce travail et à cet échange d'informations?

Les intervenants ont souligné que l'échange de données entre ONG est une pratique courante et ne pose pas de problème. Dans de nombreuses situations, les acteurs communiquent entre eux et tâchent d'optimiser leurs actions de façon complémentaire. Mais ceci soulève aussi la question de savoir s'il s'agit de « se coordonner avec » ou bien « d'être coordonné par ».



Par exemple, au sein des clusters, selon les financements, certaines ONG sont coordonnées par les UN. Certains financements sont parfois conditionnés à un lieu d'intervention et la question de l'indépendance de l'ONG se pose pour pouvoir intervenir dans des zones pour lesquelles il n'y a pas de financements.

De façon générale, même s'il existe une certaine concurrence, les ONG travaillent ensemble sur le terrain, particulièrement lorsque la question sécuritaire est prédominante.

En ce qui concerne l'échange de données ou la diffusion publique des chiffres, il s'agit d'évaluer le risque de mettre en péril les équipes sur place, par exemple lorsqu'il s'agit d'informations sensibles comme les violations du DIH. L'échange de données dépend donc du contexte et des conséquences sécuritaires. Le CICR a vu certains membres de ses équipes tués car leur activité avait déplu aux acteurs du conflit. Il recommande donc de limiter l'utilisation systématique de données afin de préserver un accès aux populations et des conditions sécuritaires permettant de développer les programmes.

▪ Le respect du DIH

Les exemples présentés (Sri Lanka, Ethiopie et Tchétchénie) ont en commun la « lutte contre le terrorisme », et plus particulièrement la façon dont les gouvernements utilisent cette lutte pour contourner le DIH. A cela peut se rajouter un silence total de la communauté internationale quand des intérêts économiques sont en jeu. Comment les ONG peuvent-elles tenir compte de cette réalité dans leur réflexion ?

Le CICR rappelle que le DIH prévaut dans ces cas-là. Il n'y a aucune mesure ni aucun droit plus souple pour ces contextes. L'article 1 de la Convention de Genève stipule que les États parties à ces traités "s'engagent à respecter et à faire respecter [les obligations humanitaires] en toutes circonstances ". Il est donc nécessaire de faire respecter le DIH et de réfléchir à des moyens de sanction comme le Tribunal Pénal International.

Cette question sera développée plus longuement en deuxième partie de journée.

2. La protection des populations civiles dans les conflits armés

2.1. Rappel de base du DIH et de ses mécanismes d'application. Universalité du DIH ? – Ghislaine Doucet (CICR)



Dans les contextes qui ont été présentés précédemment et au risque que le conceptuel paraisse décalé de l'opérationnel, il n'est pas inutile de rappeler qu'il existe un socle juridique complet, précis et solide, qui oblige à protéger les populations civiles dans les conflits armés, spécialement au regard de leur santé.

A des moments où plus rien ne semble respecté, où chacun justifie ses exactions par celles des autres ou par la prétendue absence de droit pertinent, il est essentiel de mieux faire connaître et de promouvoir le Droit International Humanitaire (DIH) afin que ses règles, obligatoires et contraignantes, ne soient ni oubliées, ni négligées.

Inspirée par Henry Dunant, l'organisation juridique moderne de la protection des populations civiles, victimes des guerres, s'est, depuis 1864, date de la toute première Convention alors destinée à protéger les seuls militaires blessés ou malades sur le champ de bataille, adaptée aux réalités opérationnelles.

Parallèlement au droit, H. Dunant est à l'origine de la création, en temps de paix, d'un réseau mondial de secours et d'assistance, ce qui donna naissance, en 1863, au CICR (alors nommé Comité international de secours aux militaires blessés). Le fait d'avoir ce réseau de partenaires locaux, finalement d'une extrême modernité, à disposition de par le monde, est absolument essentiel pour le CICR afin de travailler dans les contextes actuels. Pour ces raisons historiques, le CICR est donc intimement lié au DIH. Son existence comme ses activités puisent leurs sources dans le souci de respecter des impératifs sociaux fondés sur l'humanité et la solidarité. Le mandat qui est conféré au CICR par les 194 Etats parties aux Conventions de Genève, fait de cette institution un acteur et un observateur unique en période de conflit armé.

Soulager, protéger et assister les populations en période de conflit armé, telles sont les missions du CICR. Mais cette Institution a également pour tâche, en sa qualité de gardien du DIH, de le promouvoir et de veiller à son respect.

Dans ce cadre, le CICR a pour charge, entre autres, de veiller à ce que le DIH soit adapté aux nouvelles caractéristiques des conflits armés et de proposer son évolution normative.

Ainsi, l'humanisation des conflits armés a connu un développement considérable au 19ème puis au 20ème siècle, en particulier par l'adoption, au lendemain de la Seconde guerre mondiale, le 12 août 1949, des 4



Conventions de Genève, aujourd'hui universellement ratifiées.

Mais cette universalité de l'idée humanitaire qui préexistait à Dunant – dans la mesure où son apport n'a pas été d'inventer le DIH, mais de favoriser la laïcisation de règles préexistantes – et qui transcende les croyances, les cultures et les religions, cette universalité qui commanderait que le DIH soit absolument respecté en tous lieux et en toutes circonstances, est très controversée dans les guerres contemporaines.

Avant de s'interroger sur l'utilité et la pertinence du DIH aujourd'hui, il est nécessaire de commencer par présenter le DIH, en insistant spécialement sur la santé des personnes.

▪ Présentation du DIH

Fondement universel à l'action humanitaire, le DIH est un ensemble de règles destinées à protéger les personnes en période de conflit armé, que ce conflit armé soit international ou non, spécialement celles qui ne participent pas ou qui ne participent plus aux hostilités.

Le DIH est en effet un droit de protection qui n'a pas vocation à interdire les guerres ou à régler le recours à la force armée. Le DIH n'est pas le droit de la paix et, en cela, il se distingue d'autres branches voisines du droit international général, en particulier du droit de New York (recours à la force), mais aussi du droit des Droits de l'Homme.

A ce jour, le DIH se compose des 4 Conventions de Genève du 12 août 1949 et de leurs 2 Protocoles additionnels du 8 juin 1977.

Les 4 Conventions de 1949⁽⁴⁾, hormis leur article 3 commun, ont vocation à s'appliquer en cas de conflit armé international, c'est-à-dire d'un conflit opposant deux ou plusieurs Etats. Pour donner des exemples récents, citons le conflit qui a opposé la Russie à la Géorgie en 2008, le conflit au Sud-Liban en 2006, le conflit en Irak entre 2003 et 2004, le conflit en Afghanistan en 2001 et 2002.

Les Conventions s'appliquent aussi en période "d'occupation" et la quatrième Convention est spécifiquement consacrée aux populations civiles.

194 Etats, autrement dit tous les Etats, sont parties à ces instruments, ce qui est une marque d'universalité.

Ces Conventions, et particulièrement les garanties fondamentales des personnes, ont été complétées et précisées en 1977 par deux Protocoles relatifs à la



protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I), et des conflits armés non internationaux (Protocole II).

Ces Protocoles ont été négociés pour répondre aux nouvelles situations alors rencontrées.

Le Protocole I affine et élargit la définition du conflit armé international pour qualifier de tel, les conflits dans lesquels les peuples luttent dans le cadre du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes⁽⁵⁾.



Quant au Protocole II, il définit les conflits armés non internationaux, comme les conflits qui se déroulent sur le territoire d'un Etat et qui opposent soit les forces armées de cet Etat à un ou plusieurs groupes armés rebelles, soit, sans impliquer l'Etat, qui opposent plusieurs groupes armés non étatiques, sous réserve que soient remplies d'autres conditions⁽⁶⁾.

Sont explicitement exclues du champ d'application de ce Protocole II les situations dites de troubles intérieurs et de tensions internes⁽⁷⁾.

Les exemples de conflit armé non international sont nombreux : Tchad, Soudan, Centre Afrique, Niger, Colombie, etc.

En outre, certaines situations sont qualifiées de "conflits armés internes internationalisés", comme c'est le cas en Afghanistan par exemple.



Pour autant, ces Protocoles ne jouissent pas de l'universalité qui caractérise les 4 Conventions de 1949.

En effet, à ce jour, et depuis la récente adhésion, en août 2009, de l'Afghanistan, 169 Etats sont parties au Protocole I et 165 au Protocole II.

De plus, le Protocole II est rarement applicable, soit que l'Etat sur le territoire duquel se déroule un conflit armé interne ne soit partie à cet instrument, soit encore qu'il ne reconnaisse pas l'existence, sur son territoire, d'un conflit armé non international.

De plus, les groupes armés non étatiques ne se sentent pas forcément liés par des traités qu'ils n'ont pas signés.

Dans ces situations, il en résulte que le seul fondement juridique de référence est réduit à l'article 3 commun aux 4 Conventions⁽⁸⁾ et le CICR, en sa qualité de gardien du DIH, mandaté par les Etats pour protéger les populations au cœur des conflits armés, ne peut alors agir que sur la base de son droit d'initiative, tel qu'il ressort des Statuts du Mouvement de la CR/CR⁽⁹⁾.

Par-delà les instruments conventionnels, certaines dispositions sont considérées comme ayant une valeur coutumière, c'est-à-dire comme tellement fondamentales qu'elles sont censées devoir être respectées par tous, Etats et groupes armés non étatiques, quelle que soit la nature du conflit armé, international ou non.

Le CICR, dans l'étude parue en 2005⁽¹⁰⁾, a ainsi dégagé 161 règles de DIH coutumier. Nombre d'entre elles sont directement relatives à la santé des populations et confortent l'essentiel des dispositions conventionnelles.

Droit de protection, le DIH est un droit spécialement articulé autour de la santé des personnes, entendue dans son sens le plus large jusqu'à des prescriptions précises sous l'angle strictement médical.

Dans son acception la plus large, le terme "santé" recouvre tout ce qui a trait à l'intégrité physique et à la dignité humaine de la personne. De ce principe découle un certain nombre d'interdictions, générales et absolues, telles : l'interdiction d'attaquer les populations civiles (Règle 1) ; l'interdiction des attaques indiscriminées (Règle 11) ; l'interdiction d'utiliser des armes indiscriminées (comme les mines antipersonnel ou les bombes à sous-munitions) (Règle 71) ; l'obligation de toujours distinguer entre les cibles militaires et civiles (Règle 7) ; l'interdiction de recourir à certaines



méthodes de combat en particulier l'interdiction d'affamer les populations et de les priver des biens essentiels à leur survie (Règle 53).

Le Protocole I oblige aussi au respect de l'environnement naturel et interdit d'utiliser des méthodes et des moyens de combat qui causeraient des dommages à l'environnement et qui, de ce fait, affecteraient la santé de la population (article 55 du P I et Règles 43 à 45).

Conventions⁽¹¹⁾ , Protocoles⁽¹²⁾ et Règles de DIH coutumier interdisent aussi absolument les atteintes personnelles à la personne, en particulier la torture (Règle 90), les traitements cruels, inhumains et dégradants, les peines corporelles (Règle 91), les "mutilations, les expériences médicales ou scientifiques ou tout autre acte médical qui ne serait pas motivé par l'état de santé de la personne concernée et qui ne serait pas conforme aux normes médicales généralement reconnues" (Règle 92).

Le maintien en bonne santé des personnes détenues fait aussi partie du DIH coutumier (Règle 121).

De façon spécifique, le DIH contient aussi des prescriptions d'une très grande précision, que je ne saurais lister ici de manière exhaustive, protectrices de la santé des personnes. Ces obligations s'adressent spécialement à l'Etat au pouvoir duquel se trouvent les populations, que l'on nomme les personnes protégées.

On peut citer par exemple : l'obligation de maintenir en état les hôpitaux et de garantir leur fonctionnement (art. 56, CG IV) ; mais aussi le droit de recevoir des secours et par extension la protection de l'aide et du personnel médical et humanitaire (art. 38, CG IV, Règles 31 et 32).

La santé des personnes détenues fait aussi l'objet de nombreuses dispositions, à la fois de prévention, de maladies par exemple, et d'obligations à l'égard des détenues nécessitant des soins (art 76, CG IV, CG III relative aux prisonniers de guerre, art. 5 du P II).

Mais le DIH va au-delà des secours d'urgence. Dès 1949, les Conventions de Genève ont dépassé le cadre strictement médical de la santé des personnes pour s'attacher au bien-être et au confort des personnes protégées. Par exemple, le DIH encadre strictement les conditions des personnes protégées astreintes au travail par une puissance ennemie (art. 40 CG IV). Spécifiquement au regard des soins médicaux, le chapitre IV de la CG IV est entièrement consacré à l'hygiène et aux soins médicaux à prodiguer aux personnes internées, obligeant la puissance détentrice à doter les lieux



d'internement d'une infirmerie et à prévoir toutes les facilités en personnel médical et en équipement, chirurgical par exemple, pour traiter les personnes. La Convention IV impose à la puissance détentrice l'obligation de fournir aux personnes internées les éléments nécessaires à leur hygiène – les internés doivent bénéficier d'eau et de savon en quantité suffisante et, de manière générale, de toutes prestations "de nature à accroître leur bien-être et leur confort personnels (...)" – et de tout mettre en œuvre pour maintenir les internés en bonne santé, par exemple en leur fournissant gratuitement des prothèses dentaires ou autres, des lunettes, etc. (art. 91 CG IV).

Des inspections médicales des internés sont aussi prévues pour contrôler l'état général de santé et de nutrition, l'état de propreté, pour contrôler le poids de chaque interné comme pour dépister des maladies contagieuses (notamment la tuberculose, les affections vénériennes et le paludisme) (art. 92 CG IV).

Très modernes, les Conventions de Genève protègent aussi les personnes internées des effets des conditions climatiques (art. 85, CG IV, mais aussi 87 et 88), et imposent à la Puissance détentrice "une protection efficace contre la rigueur du climat" notamment en évitant d'installer des "lieux d'internement permanent dans des régions malsaines ou dont le climat serait pernicieux pour les internés". Les Puissances détentrices doivent aussi protéger les internés des répercussions possibles des conditions climatiques sur les locaux de détention qui doivent être "entièrement à l'abri de l'humidité, suffisamment chauffés et éclairés" (art. 85, CG IV).

Encore une fois, il serait trop long de lister toutes les obligations conventionnelles dans le domaine de la santé des populations affectées par un conflit armé, mais ces quelques exemples montrent à eux seuls le décalage réel entre un dispositif normatif très complet et la triste réalité des conséquences des guerres.

Malgré tout, on le constate, le DIH est un ensemble très cohérent et complet de protection des personnes en période de conflit armé, ses dispositions étant d'une précision étonnamment détaillée, à un degré élevé qui ne serait pas obligatoirement atteint si l'on devait négocier les Conventions de Genève aujourd'hui.

Ajoutons qu'il s'agit là d'obligations et en aucun cas d'options facultatives. La plupart des violations de ces dispositions constituent des infractions graves au DIH⁽¹³⁾ et leurs auteurs doivent être punis, que ces violations soient commises en temps de conflit armé international ou de conflit armé



non international comme cela ressort de la jurisprudence des tribunaux pénaux internationaux⁽¹⁴⁾, confirmée par le statut de la CPI qui qualifie de crimes de guerre ou de crimes contre l'humanité les infractions commises contre la protection des personnes⁽¹⁵⁾.

▪ L'utilité du DIH

Autrement dit – et même si certaines dispositions comme la participation directe des civils aux hostilités ou comme les garanties procédurales des personnes détenues en période de conflit armé non international mériteraient d'être précisées et clarifiées – il s'avère que l'utilité du DIH dans les guerres n'est plus à prouver, ne serait-ce que par les maux qui ont ainsi pu être évités⁽¹⁶⁾.

On ne saurait cependant se satisfaire de cette conclusion au moment où les effets des guerres sont toujours plus dévastateurs sur les populations civiles.

C'est d'ailleurs sur cette actualité insupportable que se fondent certains pour affirmer que le DIH, spécialement les Conventions de 1949, serait désuet et qu'il faudrait le remodeler.

Raisonnement dont il faut se méfier car il pourrait conduire, et il conduit parfois déjà, à justifier l'irrespect des dispositions existantes. Tous les arguments semblent bons pour se mettre hors du droit, non pas en niant ouvertement sa pertinence, mais en affirmant que, dans une situation donnée, le DIH ne s'appliquerait pas. Ce constat est particulièrement flagrant dans le cadre de la lutte internationale menée contre le terrorisme, autrement nommée, sans aucune réalité juridique, "guerre", où tout serait permis pour se mettre hors du cadre juridique international, laissant libre cours à de nouvelles pratiques liberticides.

Sur ce point, il faut prendre garde de distinguer entre l'acte de terrorisme qui est juridiquement interdit par le DIH, quel que soit son auteur, et l'attribution du qualificatif "terroriste" à une personne ou à un groupe, voire à un Etat, pour, politiquement et péjorativement désigner son pire ennemi. Pour conclure, il est clair, et les exemples présentés précédemment l'ont montré, que le plus grand défi à relever aujourd'hui réside dans la réponse à donner face aux violations du DIH.

Violé soit par ignorance des règles, soit parfois délibérément par certains groupes, lassés de constater l'irrespect du droit par certains Etats, exaspé-



rés par l'impunité, convaincus qu'il existerait un droit pour les plus forts, et spécialement que ce DIH ne serait que le reflet d'une pensée occidentale qu'ils rejettent.

Mais les violations du DIH ne sont pas l'apanage des groupes armés non étatiques et force est de constater l'augmentation dramatique des infractions graves aux règles élémentaires d'humanité, conventionnelles ou coutumières.

Aussi, un travail considérable est à accomplir au regard de l'acceptation du DIH et de la perception qu'en ont certains.

Face aux violations du DIH, les modes opératoires du CICR sont complémentaires d'autres moyens et spécialement des actions judiciaires. Ils n'y sont pas contraires. Comme vous le savez, le CICR n'a pas pour vocation d'interdire les guerres. Le CICR n'est pas un mouvement pacifiste.

Sa fonction de gardien du DIH ne fait pas de lui un "ange-gardien" ou un garant du respect du DIH.

Si le CICR s'efforce en tous temps et en tous lieux de promouvoir et de faire appliquer les règles du DIH, il ne saurait être tenu pour responsable des violations commises et, même s'il en est souvent le seul témoin, le CICR n'a pas vocation à s'ériger en juge ou en procureur.

Mais, concernant spécialement la répression des violations du DIH, il faut, sur ce point aussi, souligner la très grande modernité des Conventions de 1949 qui posent le principe de la responsabilité pénale des auteurs de violations et qui obligent les Etats à organiser leur poursuite et leur sanction⁽¹⁷⁾.

Il s'agit là d'une obligation pour les 194 Etats parties. Pourtant, cette procédure de compétence universelle n'est que bien rarement utilisée. Elle n'est parfois pas même incorporée dans les législations nationales, comme c'est le cas en France.

A l'heure où la justice pénale internationale est en émergence, il est primordial de redire que la répression pénale relève en premier lieu de la compétence des Etats. Ce n'est que lorsque ceux-ci sont défailants, que la nouvelle Cour Pénale Internationale peut intervenir.

En outre, le DIH ne peut être pleinement appliqué qu'avec la volonté des



Etats et, face aux conflits actuels, l'article 1er commun – qui dispose que les Etats doivent non seulement respecter, mais aussi faire respecter les dispositions du DIH – est, lui aussi, particulièrement innovant.

Aussi, loin d'être désuètes, les Conventions de 1949 sont d'une étonnante actualité et, si elles étaient pleinement respectées, elles sont tout à fait adaptées aux conflits armés d'aujourd'hui.

Il semble donc clair que les efforts ne doivent non pas se porter sur des questionnements risquant de conduire à l'anéantissement d'un édifice normatif performant, mais plus plutôt de s'attacher à travailler à un plus grand respect du DIH, d'abord par des mesures de prévention et lorsque celles-ci ont échoué, par la répression des infractions, si nous ne voulons pas que notre monde sombre dans un "avenir sanglant" comme le craignait Henry Dunant.

2.2. La privation par la force à l'accès aux ressources est-elle assimilable à une violation du DIH ou peut-elle être considérée comme un crime de guerre ? Comment améliorer l'application du DIH – Françoise Bouchet Saulnier (MSF)

▪ Privation d'accès aux ressources et DIH

La question de l'action et de la sanction soulève beaucoup de questionnements. A partir du moment où l'on crée un droit à l'accès, la sanction pénale semble être dans un continuum d'efficacité. Pourtant associer trop étroitement la négociation de l'accès aux populations et la sanction du nonaccès conduit au télescopage de sphères juridiques et politiques assez différentes.

Le DIH autorise les organisations humanitaires à agir à travers notamment un droit d'initiative humanitaire et un droit d'accès aux victimes des conflits pour limiter l'impact des conflits sur les populations civiles. On peut se demander à quoi sert ce droit humanitaire s'il n'est pas associé directement à des sanctions en cas de non respect et par exemple quand le droit d'accès est refusé. La question de l'inefficacité du droit humanitaire en l'absence de sanction est posée depuis longtemps. Mais la question la plus intéressante est celle de son efficacité relative en dehors de toute logique de sanction. En effet le droit humanitaire est conçu pour rester utile dans les périodes de conflit et donc de rapport de force violent ou la peur du juge et du gendarme n'a plus de réalité pratique. Ce droit institué, à tra-



vers les conventions de Genève, un subtil équilibre entre les actions de destruction et celles de préservation (le secours) autour d'une réglementation auto acceptée, fondée sur la notion d'intérêts mutuels des groupes armés plutôt que sur l'imposition par des tiers. La sanction ne joue donc quasiment aucun rôle dans la dynamique de ces différents éléments de réglementation et d'action.

Le 1er pilier du DIH consiste à limiter les moyens du recours à la force dans la conduite de la guerre.

Le DIH s'adresse aux combattants et aux gouvernants ou autres autorités politiques qui sont engagés dans un conflit armé. Il ne s'agit pas de remettre en cause la légitimité de leur affrontement mais plutôt de limiter les moyens auxquels ils peuvent avoir recours. L'objectif est évidemment la protection des civils et le DIH établit notamment l'interdiction de les prendre délibérément pour cible. Ce concept se décline au travers un grand nombre de règles plus précises qui prennent en compte la réalité des conflits et les diverses formes possibles d'utilisation ou d'implication des civils dans les combats.

Dans la réalité, force est de constater que la grande majorité des victimes est civile. Mais l'équation entre l'interdiction de prendre délibérément pour cible et la réalité statistique des victimes ne suffit pas à parler de crime. Encore faut-il distinguer entre celles qui ont délibérément été prises pour cible, et celles qui découleraient d'autres circonstances. Il est donc évident qu'il est difficile d'établir clairement les faits et les responsabilités dans le feu de l'action et de désigner facilement un coupable dont la sanction résoudrait le problème.

L'autre pilier mis en place par le DIH est le droit aux secours.

Les victimes ont en effet le droit de recevoir des secours du fait de leur état de vulnérabilité, afin de limiter la mortalité et la morbidité non directement voulu par les belligérants. Ces secours sont assurés selon le droit humanitaire par le CICR et les autres organisations humanitaires impartiales. C'est sur cette base qu'est fondé le droit d'accès de ces organisations de secours aux populations victimes.

Dans un conflit, le DIH interdit la privation délibérée de secours pour les populations civiles affectées. Si l'on veut sanctionner la privation de secours, l'interdiction d'accès, encore faut-il prouver qu'il s'agit d'un acte et d'une décision délibérée de la part des autorités, et pas seulement d'un état de fait lié à l'insécurité générale, à la non indépendance des organisations de secours... Comment prouver l'intention coupable ? Ce droit est-il applicable ?



Le DIH s'est beaucoup développé dans la dernière décennie, avec toute la fragilité d'un développement normatif. En effet plus on précise certaines règles plus on rigidifie l'interprétation. On augmente ainsi paradoxalement les situations grises pour lesquelles il est difficile de trancher la qualification exacte. Ainsi les débats sur la nature des conflits qui peuvent être non internationaux, internationaux, internationalisés, extra territorialisés, etc. La création de ces incertitudes juridiques nécessitent donc de revenir aux fondamentaux.

Un travail soutenu par le CICR a été mené pour mettre en évidence le contenu des règles de droit coutumier à partir de l'analyse de la pratique des Etats. Cette pratique a mis en évidence 161 règles de base qui confirment qu'il existe un droit au secours et une interdiction absolue de destruction des biens essentiels à la survie des populations. A partir du moment où les biens essentiels de la population ont été détruits, intentionnellement ou pas, il existe bien un droit au secours auprès des populations. Ces règles de droit coutumier existent et sont applicables dans tous les conflits. Elles permettent d'harmoniser et de sécuriser un contenu minimal du droit humanitaire.

Mais la deuxième difficulté que rencontre le droit humanitaire est son rapport à la sanction comme moyen de mise en œuvre. En effet, pour améliorer l'application du droit au secours, les Nations unies ont créé des dispositifs spécifiques pour faire sanctionner les violations du droit humanitaire, comme les tribunaux ad hoc pour l'ex-Yougoslavie et le Rwanda, et la Cour Pénale Internationale créée en 1998. Mais cette possibilité de sanction crée des contraintes supplémentaires sur le droit humanitaire. En effet les exigences du droit pénal conduisent non seulement à adopter des interprétations du droit très restrictives mais aussi à imposer des critères de preuves très exigeants, au delà de tout doute raisonnable, puisque le principe est la présomption d'innocence et que le doute doit toujours bénéficier à l'accusé.

Ceci impacte aujourd'hui directement la marge de manœuvre dans les négociations des organisations de secours car les autorités ne veulent pas accepter de se reconnaître des responsabilités humanitaires qui pourraient se transformer en responsabilités pénales. Au delà des enjeux juridiques, la sanction fait aussi apparaître de nouveaux enjeux politiques tels que la possibilité de mise en accusation d'un chef d'Etat ou la menace d'une opération militaire internationale.

Quand une ONG arrive sur le terrain, elle se trouve ainsi confrontée à des acteurs qui connaissent les sanctions potentielles. Au lieu d'être effrayés et



de se montrer plus souples, ces acteurs se raidissent. Cela conduit à des difficultés d'accès aux populations puisque des gouvernements ont décidé que la convention ne s'appliquait plus à partir du moment où la guerre était finie. Malheureusement ces enjeux échappent totalement à la sphère humanitaire.

Certains gouvernements revendiquent même l'entière responsabilité de ce droit au secours vis-à-vis de leur propre population, s'appuyant sur les nouveaux paradigmes de la doctrine sur la « Responsabilité de Protéger ». Ces Etats développent une certaine méfiance vis-à-vis de l'application du DIH. Ainsi au Sri Lanka, le gouvernement a qualifié l'offensive militaire finale du conflit armé avec la guérilla tamoule d'opération de « libération des otages » (300.000 personnes). Il a usé de bombardements massifs sur les civils. Après cette phase finale, les médecins du ministère de la Santé, qui avaient soigné les populations ont été inculpés et mis en détention car ils étaient des témoins potentiels de l'usage disproportionné de la force par l'armée et d'éventuels crimes de guerre. Au Soudan, les organisations humanitaires ont été expulsées suite au mandat d'arrêt émis par la Cour Pénale Internationale contre le président du pays. Ce bras de fer judiciaire a eu pour conséquence la fermeture de l'espace humanitaire.

En choisissant l'imposition, la sanction, la punition, on renforce l'autorité du Droit. Dans le même temps on prend le risque de fermer un espace humanitaire fragile mais accepté car perçu par les belligérants comme neutre, apolitique, fondé sur un pacte entre l'ensemble des acteurs et les organisations de secours.

Les organisations humanitaires doivent donc se confronter à ce paradoxe qui oppose une approche de droit pénal fondée sur la punition et l'autre de droit civil fondée sur le contrat : un contrat responsabilisant les acteurs et négociant les responsabilités de chacun vis-à-vis des populations.

Ces 20 dernières années, deux courants ont émergé en parallèle. Le premier propose une interprétation progressiste du DIH et une harmonisation de son application dans les situations de conflits armés internes et internationaux. On peut dire qu'il s'agit d'un progrès normatif énorme.

Il y a parallèlement un véritable défi d'application qui a été résolu par l'émergence du droit pénal et des tribunaux internationaux. Cependant les organisations de secours doivent comprendre que ce n'est pas de la sanction que découlera l'amélioration des secours sur le terrain. La sanction a des vertus mais elle n'est pas un modèle de contrat social dynamique. Le DIH part d'un principe de persuasion, de négociation et de dépolitisation



de l'espace humanitaire. Sur le terrain, les humanitaires se servent de notions qui sont également utilisées à d'autres fins par le droit pénal : l'intention et la responsabilité. Quand ils parlent aux acteurs armés ou gouvernementaux, ils posent la question de savoir si ces acteurs veulent intentionnellement priver de soins des populations affaiblies, ils identifient des interlocuteurs qui assument effectivement le pouvoir de décision sur des populations et des territoires. C'est sur cette base qu'ils parviennent à négocier l'autorisation d'accéder à certains lieux. Toute l'action de secours fonctionne sur cette dialectique. Mais cette dialectique est faussée dès lors qu'on y fait entrer la notion de droit pénal car elle génère des dynamiques extrêmement défensives et protectrices. A partir de là, la seule opération qui ne viole pas le DIH est celle qui laisse les organisations humanitaires à l'extérieur des logiques pénales ou politiques, le temps que la guerre finisse et que l'on rouvre les portes.



- Annotations des pages de 4 à 35 -

- 1) Association Henri Dunant (<http://www.assohenrydunant.org/>).
- 2) Annexe 1, page 54.
- 3) Central Statistic Authority Human Development Report, UNDP 2007 – 2008, World Health Statistics 2006 - WHO AIDS in Ethiopia – 2008.
- 4) Les 4 Conventions de 1949 concernent : l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne (Convention I) ; l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer (Convention II) ; le traitement des prisonniers de guerre (Convention III) ; la protection des personnes civiles en temps de guerre (Convention IV).
- 5) Cf. article 1, 4 : "(...) les conflits armés dans lesquels les peuples luttent contre la domination coloniale et l'occupation étrangère et contre les régimes racistes dans l'exercice du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes, consacré dans la Charte des Nations Unies et dans la Déclaration relative aux principes du droit international touchant les relations amicales et la coopération entre les Etats conformément à la Charte des Nations Unies."
- 6) Les groupes armés doivent être placés "sous la conduite d'un commandement responsable" et "exercer sur une partie de son territoire un contrôle tel qu'il leur permette de mener des opérations militaires continues et concertées." (art. 1, al 1 du P II)
- 7) "Comme les émeutes, les actes isolés et sporadiques de violence et autres actes analogues" qui ne sont pas considérés comme des conflits armés (art. 1, al 2 du P II).
- 8) Introduit in extremis en 1949, cette disposition, souvent nommée mini-convention, traite de la protection des personnes en cas de conflit interne en listant les garanties fondamentales à respecter en toutes circonstances, qualifiées par la Cour internationale de Justice de "considérations élémentaires d'humanité". En outre, cet article confère au CICR le droit d'offrir ses services aux parties à un conflit.
- 9) Cf. article 5, alinéa 3 des Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge : "Le Comité international peut prendre toute initiative humanitaire qui rentre dans son rôle d'institution et d'intermédiaire spécifiquement neutres et indépendants et étudier toute question dont l'examen par une telle institution s'impose."
- 10) Cette étude de Droit International Humanitaire coutumier a été réalisée par le CICR à la demande des Etats, avec le concours d'experts universitaires et gouvernementaux. CICR et Cambridge University Press, 2005 (publication en anglais) et CICR et Bruylant, 2006 (version française).
- 11) Cf. art. 32 et 147 de la CG IV et, en cas de conflit interne, l'article 3 des CG prohibe : a) les atteintes portées à la vie et à l'intégrité corporelle, notamment le meurtre sous toutes ses formes, les mutilations, les traitements cruels, tortures et supplices ; b) les prises d'otages ; c) les atteintes à la dignité des personnes, notamment les traitements humiliants et dégradants. Et il prévoit que : "2) Les blessés et les malades seront recueillis et soignés."



- 12)** Cf. article 11 du Protocole I qui interdit de porter atteinte à "la santé et l'intégrité physiques ou mentales" et de soumettre les personnes au pouvoir de l'ennemi "à un acte médical qui ne serait pas motivé par leur état de santé et qui ne serait pas conforme aux normes médicales généralement reconnues". Cf. aussi article 75 du Protocole I (Garanties fondamentales) qui prescrit un traitement humain, interdisant spécialement "les atteintes portées à la vie, à la santé et au bien-être physique ou mental des personnes" (a) du 2).
Cf. article 4 du P II (garanties fondamentales) qui prohibe notamment : "a) les atteintes portées à la vie, à la santé et au bien-être physique ou mental des personnes, en particulier le meurtre, de même que les traitements cruels tels que la torture, les mutilations ou toutes formes de peines corporelles ;".
- 13)** Sont considérés comme des infractions graves au DIH, par l'article 147 de la CG IV, la plupart des actes portant atteinte à la santé, physique ou mentale, des populations. Il s'agit principalement de la torture ou les traitements inhumains, y compris les expériences biologiques, le fait de causer intentionnellement de grandes souffrances ou de porter des atteintes graves à l'intégrité physique ou à la santé.
Le Protocole I liste les infractions graves à l'article 85 et qualifie de telles, les actes intentionnels causant des atteintes graves à la santé (art. 85, 3).
- 14)** TPIY, Chambre d'appel, Le Procureur c/ Dusko Tadic, 2 octobre 1995.
- 15)** Cf. art. 7 (crimes contre l'humanité) et art. 8, c), d), e) et f) du Statut de la CPI (crimes de guerre).
- 16)** Ainsi et par exemple, en 2008, environ 500 000 personnes ont été visitées par le CICR dans 2387 lieux de détention situés dans 83 pays différents.
Par ailleurs, la protection offerte par l'emblème de la Croix-Rouge/Croissant-Rouge, auquel il faut depuis 2005, ajouter le cristal rouge, a permis d'épargner de nombreux bâtiments civils au premier rang desquels des hôpitaux, mais aussi de permettre d'acheminer l'assistance aux populations les plus cruellement affectées, par une protection des personnels humanitaires, spécialement du CICR.
- 17)** Cf. art. 49, 50, 129 et 146 des CG : "Chaque Partie contractante aura l'obligation de rechercher les personnes prévenues d'avoir commis, ou d'avoir ordonné de commettre, l'une ou l'autre de ces infractions graves, et elle devra les déférer à ses propres tribunaux, quelle que soit leur nationalité. Elle pourra aussi, si elle le préfère, et selon les conditions prévues par sa propre législation, les remettre pour jugement à une autre Partie contractante intéressée à la poursuite, pour autant que cette Partie contractante ait retenu contre lesdites personnes des charges suffisantes. Chaque Partie contractante prendra les mesures nécessaires pour faire cesser les actes contraires aux dispositions de la présente Convention (...)."



Synthèse des discussions à l'issue de ces présentations

Les discussions ont soulevé la **nécessité de mieux faire connaître et de promouvoir le Droit International Humanitaire**. Les intervenants ont insisté sur le fait que la prévention doit précéder la répression et la sanction. Ce n'est que lorsque la prévention – dont la diffusion est un des moyens essentiels – a échoué que l'on peut alors s'orienter vers d'autres moyens.

Néanmoins, un questionnement a été soulevé quant au contenu de ce que l'on diffuse et aux destinataires de cette diffusion.

On observe également la technicité nécessaire des juristes en la matière car les gouvernements s'entourent de très bons techniciens qui justifient l'application ou non du DIH selon la situation. Dans le milieu humanitaire, les niveaux de connaissances et d'assimilation du droit humanitaire sont extrêmement variables d'une organisation à une autre. Il en est de même pour le positionnement à l'égard du DIH, et plus globalement de la nature et de l'impartialité des secours en situation de conflit.

Un intervenant a soulevé **la question de la neutralité** et de **la nécessité de clarifier cette notion**. Cette question a été soulevée en dehors du rôle du CICR et de sa « marque de fabrique », notamment centrée sur la neutralité. Il y a une véritable interrogation au sein des ONG qui mettent en avant cette notion sans forcément véritablement y croire. En effet, dès lors qu'une ONG adopte une stratégie de plaidoyer sur un exemple de violation du Droit International Humanitaire, peut-on encore parler de neutralité ?

Il a d'abord été rappelé que la neutralité est un principe à la fois fondateur mais aussi opérationnel du CICR, qu'il doit toujours maintenir grâce à de subtils dosages, afin de savoir avec qui il travaille ou il coopère, de quelle manière, etc. C'est au nom de ce principe ou grâce à ce principe que le CICR peut aller là où d'autres ne vont pas, qu'il peut rester là où d'autres sont expulsés. Cela fait du CICR un acteur tout à fait spécifique et à part dans la sphère humanitaire. Le CICR n'est ni un juge, ni un procureur : sa mission n'est pas de dénoncer ce qu'il voit ou, du moins, de le faire de manière tout à fait confidentielle aux autorités ou aux personnes qui en sont responsables. L'objectif est avant tout l'accès aux victimes des conflits armés et leur prise en charge.

Au sein de MSF, il y a régulièrement de grands questionnements au sujet de ce principe inscrit dans la charte de l'association. MSF s'est interrogé sur la signification de la neutralité, considérée dans le sens « être neutre, cela veut dire se taire ». Les acteurs humanitaires ont parfois une lecture fantasmée de la neutralité et de tous ces grands principes qui sont tantôt adop-



tés tantôt rejetés. Il faudrait prendre le temps d'analyser le concept de neutralité, historiquement et juridiquement, de comprendre d'où cela provient et pourquoi cela est utilisé.

Les conventions de Genève demandent aux organisations humanitaires d'être impartiales, mais à aucun moment elles n'imposent d'être neutres. La neutralité est une notion qui, historiquement, renvoie à des attributs étatiques, à une époque où les Etats géraient la sécurité collective non pas avec les Nations unies mais en passant des alliances entre eux. Les jeux d'alliance qui s'en sont suivis ont entraîné des guerres en chaîne qui ont marqué l'Europe. Pour faire face à ces phénomènes d'alliance et échapper à la pression, des Etats se déclaraient neutres.

Si la neutralité est un concept historique elle est également considérée par le droit humanitaire comme un concept opérationnel. Certaines activités ne vont pouvoir se faire que si les organisations assument et assurent dans la négociation avec les parties qu'elles vont être neutres. Elles ne devront donc pas favoriser une partie ou l'autre. Lorsqu'elles font des visites de prisonniers, il faut par exemple pouvoir garantir qu'elles ne vont pas s'en servir pour fragiliser un camp ou l'autre.

Plus globalement, notamment devant la réaction de certains gouvernements qui semblent empressés de se débarrasser d'organisations neutres, ce principe et les réflexions que cela suscite semblent plus d'actualité que jamais.

Aujourd'hui des organisations de **droit de l'homme** se sont **spécialisées dans le droit humanitaire et la dénonciation des violations**. Leur outil est donc la dénonciation et la surveillance, non le secours.

Cela participe à une certaine confusion entre ceux qui dénoncent des violations et ceux qui sont des acteurs opérationnels. Cette typologie est aujourd'hui très floue, notamment du fait qu'un certain nombre d'organisations de secours fasse de l'advocacy. Or toutes les actions menées dans ce cadre ne sont pas compatibles avec les secours. En outre, des organisations faisant exclusivement de l'advocacy sont appelées humanitaires, entretenant ainsi une **confusion préjudiciable**, notamment vis-à-vis des différents groupes armés auxquels nous sommes confrontés.

Dans l'analyse du paradoxe évoqué dans l'exposé de Françoise Bouchet-Saulnier, il est intéressant de donner une dimension historique. Le traité de Rome a été approuvé par les organisations humanitaires. Il offrait la perspective de disposer de **capacités de sanctionner tous ceux qui commettaient des crimes de guerre**. Mais après avoir défini des normes, on s'est rendu compte de la **difficulté à les mettre en application**. L'enjeu est de réfléchir à notre intelligence collective afin d'utiliser à bon escient ces méca-



nismes compliqués qui peuvent être le pire comme le meilleur.

Il faut admettre une fois pour toutes que l'on ne peut demander aux mêmes personnes, aux mêmes groupes, d'apporter une aide opérationnelle sur le terrain et de faire en même temps de la répression, de la menace de sanction, donc d'agir au nom de la justice pénale internationale. Ce sont deux voies complémentaires, qui ne s'excluent pas l'une de l'autre mais sont nécessairement incompatibles sur un terrain donné. Il faut donc toujours **distinguer entre le conceptuel et l'opérationnel**.

De même, il faut faire la part des choses et prendre garde à ne pas trop juger mal une **justice pénale internationale en émergence** car certains raisonnements peuvent conduire à l'impunité d'un certain nombre d'auteurs présumés ou avérés d'infractions très graves au droit international humanitaire. L'obligation pour les Etats de tenter d'arrêter, de poursuivre, de juger ou d'extrader date de 1949. Le système de la Cour Pénale Internationale ne doit pas intervenir en premier lieu mais seulement à titre complémentaire si les juridictions nationales ne peuvent juger. On en revient donc à la responsabilité qui incombe aux Etats et à l'article 1er des 4 conventions et protocoles de Genève, qui affirme que non seulement les Etats doivent respecter le Droit International Humanitaire mais également tout mettre en œuvre pour le faire respecter. Même si ce dernier point peut prêter à discussion, il faut prendre garde, dans ce débat sur la justice pénale internationale, à ne pas avoir un discours trop rigide ou trop sévère qui consisterait finalement à exonérer et laisser impunis un certain nombre de dirigeants.

Il y a une certaine confusion intellectuelle et pratique en ce qui concerne les ONG, et peu de dissociation entre les ONG de secours et celles cherchant à promouvoir le droit, les droits de l'homme et la lutte contre l'impunité. Très peu d'ONG se positionnent contre une coopération avec la Cour Pénale Internationale. La coopération avec les tribunaux est obligatoire. Donc soit nous coopérons avec les tribunaux spéciaux militaires et la Cour Pénale, soit rien, mais nous ne pouvons pas choisir. Les ONG doivent se positionner politiquement et s'équiper juridiquement. Certaines ONG comme MSF y parviennent mais il serait quand même extrêmement intéressant que les ONG de secours se coalisent pour faire front et négocier des exemptions de témoignages avec les tribunaux.

La question des **groupes armés non étatiques** a soulevé plusieurs questions, notamment sur les relations – et la façon de les entretenir – avec ces groupes. Il s'agit avant tout bien entendu de les considérer comme des humains et ne pas les qualifier comme le font certains Etats, afin de gagner et de préserver un accès à la population. Mais il faut souligner la difficulté



de faire abstraction des listes d'organisations officiellement qualifiées de terroristes, établies par les Etats et les Nations unies.

A propos des groupes armés non étatiques, le CICR – grâce aux actions qu'il mène et dans le dialogue qu'il entretient sur les théâtres de conflits armés – se base sur le DIH qui est lui-même fondé sur le principe d'égalité entre les belligérants, que ceux-ci soient des Etats ou des groupes non étatiques. Mais il faut à nouveau rappeler que le CICR a des moyens ou des méthodes que n'ont pas les autres organisations non gouvernementales.

Le DIH part du principe que celui qui contrôle est celui avec lequel il faut négocier l'accès. L'article 3 commun, qui est applicable en tout temps et en tout lieu, prévoit que passer des accords humanitaires entre organisations de secours et groupes armés n'entraîne aucune conséquence juridique sur le statut des parties. Cela ne signifie donc pas que les organisations reconnaissent ainsi un groupe criminel ou terroriste, ou enfreignent une quelconque législation. Le statut d'application du droit humanitaire part du principe qu'il ne s'agit pas de dire qui est un acteur légitime ou non puisque l'on est dans un conflit.

La question du terrorisme et des listes d'organisations considérées comme terroristes constitue un réel problème, puisqu'il n'existe pas de définition mais différentes listes (comme par exemple celles des Nations unies, du département américain et de l'UE), vues et révisées par chacun. En droit pénal national, une organisation risque de tomber sous l'infraction d'aide matérielle à une entreprise terroriste. Il importe donc de s'organiser pour y parer.

En revanche, la question est d'obtenir des financements internationaux pour travailler dans ces zones et auprès de ces acteurs. La limitation de ces financements constitue un réel problème et enjeu.

Le projet de convention générale sur le terrorisme international qui est en cours de discussion depuis de nombreuses années à l'ONU suscite des inquiétudes, le problème ne portant pas sur la définition, sur laquelle il y a un accord depuis assez longtemps, mais sur la question du champ d'application de la convention. Si ce projet était adopté en l'état, il aurait pour effet d'anéantir les règles du Droit International Humanitaire existantes en cas de conflit armé non international. Il faut rester ferme et vigilant face à la confusion qui prévaut aujourd'hui et tend à qualifier tout et n'importe quoi de terroristes.

Suite à une question sur les **armes létales ou non létales**, il a été rappelé que le droit international humanitaire ne spécifie pas d'armes interdites. Il stipule uniquement que les armes, et les méthodes de combat, qui sont de nature à causer d'abord des maux superflus indiscriminés sont interdites, au même titre que tout objet ou moyen qui à priori ne serait pas une



arme, mais pourrait le devenir selon les circonstances, le volume, etc. De manière générale, le DIH ne fait pas de distinction. En revanche, le droit dit de la Haye et des Conventions sur les armes interdisent spécifiquement le recours à un certain nombre d'armes.

Dans le cadre de ces interdictions, des définitions extrêmement strictes sont établies, ce qui peut avoir certaines limites. On peut à ce titre citer l'exemple des médicaments, qui peuvent devenir une réelle arme et ne pas être interdits.

Par ailleurs, en fonction du contexte – situation de conflit armé ou maintien de l'ordre – les mêmes règles ne s'appliquent pas de manière identique. Les règles applicables, afin d'éviter des dérives en cas de maintien de l'ordre, sont par exemple beaucoup moins protectrices partant du principe que d'autres systèmes contrôlent le maintien de l'ordre en période de paix.

3. Table ronde animée par François Grünewald

Cette table-ronde vise à élargir le débat, se projeter et voir quelles mesures permettraient d'améliorer la situation.

En guise d'introduction, Mr Grünewald rappelle un certain nombre de défis auxquels sont et/ou seront confrontés les acteurs humanitaires dans l'avenir.

Un certain nombre de défis sont liés aux types de crises auxquels nous allons être confrontés dans l'avenir.

- Les changements climatiques annoncés vont rendre certaines zones plus dures, vont entraîner de nouvelles vulnérabilités et, de là, des risques aggravés de catastrophes naturelles. Pour certains observateurs, une des répercussions probables, notamment liée aux dynamiques de déplacements de populations qui s'en suivront, est la multiplication de conflits internes et potentiellement internationaux.

- Dans un monde où certaines ressources sont « finies » (opposé à infini), les plus vieilles guerres de l'humanité, celles pour le contrôle des ressources, pourraient bien refaire surface. Le passage de tensions sur les marchés à accaparement par la force de ressources rares est en effet un des scénarios à forte probabilité d'occurrence.

- La dynamique de la Guerre Totale contre le Terrorisme (GTT) a manifestement échoué. Les formes nouvelles des guerres asymétriques, et notamment des guerres urbaines, vont sans aucun doute faire de plus en



plus parties du paysage géostratégique des décennies à venir.

- Enfin, la croissance des économies de prédation est un phénomène inquiétant. Clé du fonctionnement des économies de guerre civile, ces économies de prédation prennent de plus en plus des formes à très fort potentiel crisogène : il s'agit notamment de la prise de contrôle d'espaces agricoles immenses par des compagnies privées ou même par des pays (Chine, pays du Golfe) qui veulent s'assurer des bases arrières de production agroalimentaire et qui achètent de façon massive ou louent des terres aux Etats dans certains pays d'Afrique.

Mais l'implication croissante de nouveaux types d'acteurs dans l'action humanitaire pose elle aussi de nouveaux challenges.

Comment gérer le mélange d'un certain nombre d'acteurs dans l'action humanitaire et garantir de bonnes interrelations ?

- La politisation de l'aide, soit comme outil d'influence, soit comme outil de contrôle est une dynamique ancienne qui prend des formes de plus en plus nettes. L'implication croissante des militaires, la privatisation de l'aide mais aussi la mise en place par les Etats de systèmes de contrôle très restrictifs en sont quelques un des indicateurs.

- Les institutions du sud, et notamment les ONG, les gouvernements et les diasporas ont un rôle de plus en plus important. Les montants financiers mobilisés sur place ou envoyés vers les pays en crise peuvent être significatifs. Dès lors, elles réclament avec force d'être mieux reconnues comme acteurs et d'être mieux associées à la gouvernance de l'action humanitaire.

- De nouveaux acteurs du secteur de la sécurité (compagnies privées, etc.) sont aujourd'hui de plus en plus présents dans les contextes de crise et cherchent manifestement à y accroître leurs parts de marché, notamment en s'impliquant dans la logistique humanitaire et même la provision de services. Il y a là un risque manifeste de marchandisation de l'action humanitaire sur lequel il faut rester vigilant.

- De nouveaux financeurs sont apparus dans les forums qui jusque là étaient restreints aux grands pays donateurs occidentaux. L'implication de certains pays du Golfe et de grands pays émergents dans l'action humanitaire est une tendance lourde. Comment vont-ils s'intégrer dans des mécanismes comme la Good Humanitarian Donorship ?



- La coordination de l'aide humanitaire internationale passe par des mutations considérables avec la réforme humanitaire lancée par les Nations unies, notamment la mise en place du système des clusters et l'introduction de nouveaux mécanismes de financement de l'aide. Les relations inter-agences changent aussi d'échelle avec la montée en puissance des grands collectifs d'ONG, l'évolution des rapports de force ONU-Etats-Société civile. De nouvelles cartes du pouvoir sont en train de se dessiner.

Le secteur humanitaire se confronte aussi à de nouveaux développements autour de l'économie de la connaissance et des nouvelles technologies de l'information. Comment utiliser et partager au mieux l'ensemble des connaissances ?

- Comment mieux acquérir et gérer les informations, dans un monde où la demande d'instantanéité de la communication est devenu un moyen de pression très fort ? Comment allons-nous traiter ces informations et en gérer les flux au service des processus décisionnaires ? Quelles méthodes adopter pour trianguler, quels seuils pour intervenir, quelle éthique quant à la gestion des données (sensibilité, confidentialité), etc.

- Comment allons-nous, dans un monde de communication, développer nos stratégies d'utilisation de cette connaissance au service de l'action et du plaidoyer ?

- Comment allons-nous suivre tous les développements liés à l'implication croissante des réseaux sociaux (Facebook, Twitter) et les nouveaux mécanismes de recueil et de partage des informations basés sur les dynamiques nouvelles de contenus produits par les usagers avec les systèmes comme Frontline SMS, USAIDI, SAHANA, etc. ?

Enfin, les défis liés aux valeurs ne sont-ils pas en train de devenir la plaque tournante de toutes les incertitudes du monde ? La résolution de ces défis est au cœur de notre accès aux populations PARIAS.

- Face aux grandes modifications des rapports de pouvoir découlant de la mondialisation, le débat « Souveraineté versus universalité » reprend une force considérable et inquiétante.

- L'accusation faite au Nord de vouloir imposer ses valeurs au sud est permanente dans les débats internationaux sur l'humanitaire, les droits de l'homme, les questions de genre, etc.



- Le débat autour des moteurs de l'aide et de leurs cadres socio-culturels et politiques (laïcité, religion, engagement politique, choix de « priorisation » régionaux, etc.) est de plus en plus complexe, difficile et sensible. Il n'en n'est pas moins indispensable.

C'est autour de ces différents thèmes, et d'autres encore, que nos invités et la salle vont pouvoir débattre.

▪ Un accès aux soins entravé pour des raisons de sécurité

L'accès aux populations dans les pays en crise a tendance à se restreindre notamment pour des raisons de sécurité, qui ne permettent pas de travailler de manière cohérente. Ce défi et les difficultés concomitantes vont probablement entraîner de nouveaux types d'opérations. Il s'agit donc d'être à l'écoute des civilisations, des cultures et des systèmes sociaux ; d'analyser la criminalité et la comprendre ; de considérer spécifiquement les contextes urbains, où la criminalité n'est pas considérée comme relevant du droit des conflits (mais comme du banditisme par exemple) ; de comprendre les équilibres et la gestion des territoires ; de régulièrement se remettre en question afin de savoir si nous ne sommes pas nous-mêmes vecteur de criminalité de par les richesses des organisations humanitaires, etc. La promotion et l'explication du DIH demeure bien entendue fondamentale.

▪ Les relations avec les partenaires locaux et le travail « d'acceptance »

L'ensemble des défis précités auront pour impact de changer ou du moins d'adapter nos modes opératoires. Il serait intéressant d'analyser dans le détail les modèles étrangers, qui diffèrent des nôtres, comme les modèles Anglo-Saxons par exemple.

Il importe de davantage travailler en collaboration avec les ONG locales afin de modifier leurs perceptions des travailleurs humanitaires du Nord, de faire comprendre l'objet de notre présence, en toute modestie, d'augmenter l'acceptance, en relation avec les enjeux sécuritaires, et le volume opérationnel. Il est nécessaire d'approfondir la réflexion sur les modalités de partenariats à mettre en place, etc.

Les ONG ne se préoccupent pas suffisamment des systèmes de santé existants dans les pays en crise. Au contraire, elles arrivent avec leurs vérités et modes de soins, sans assez prendre en compte l'aspect culturel. Un fort ressenti de substitution dérange parfois les équipes locales qui attendent un appui.



Dans les contextes où les expatriés ne peuvent plus accéder aux populations, l'ONG se repose sur le personnel national, transférant ainsi les risques sur ces derniers. Une réflexion de fond s'impose à cet égard.

Le CICR mène aujourd'hui une réflexion sur ce que l'on nomme le Remote control, forme de management à distance, qui permet de pallier à certains problèmes de sécurité. Cela permet de développer des actions significatives dans des endroits inaccessibles, sans la présence d'expatriés, en fonctionnant avec des réseaux locaux. La plus importante opération du CICR en 2008 fut par exemple réalisée en Somalie, sans aucun expatrié. Actuellement, le CICR travaille également avec des relais locaux dans certaines zones d'Afghanistan.

▪ La mise en relation avec les acteurs non conventionnels du conflit

Ces acteurs que nous ne connaissons pas, les mafias, les réseaux d'économie sous-terrainne ou les réseaux violents qui structurent les territoires, deviennent des acteurs prégnants dans les contextes de conflits. Comment être en contact et se rapprocher de ces acteurs non conventionnels ?

Il ne peut y avoir de réponse toute faite, car nous agissons au coup par coup. Il est difficile de déterminer une attitude par rapport à ces réseaux. En revanche, chacun s'accorde à rappeler l'importance de les approcher. Agir efficacement aujourd'hui implique d'avoir des contacts avec tous les acteurs.

Cela passe par un travail de terrain très concret, par un dialogue avec chacune des parties au conflit – les bandes armées, la police, les gouvernements, les Nations unies, etc. – pour ensuite avoir accès aux populations civiles et les accompagner vers des structures de soins.

Cela permet d'ouvrir un espace de dialogue sur l'humanitaire en général, et le DIH en particulier. Il faut avoir une approche proactive de ces acteurs, et utiliser le droit qui contient des outils pour ouvrir l'espace humanitaire.

Le CICR agit par exemple dans les favelas de Rio, avec des milices extrêmement violentes. Afin d'obtenir des accès, il essaie d'entretenir des contacts avec les agents de la violence, en l'occurrence les gangs du secteur et la police.

Au Venezuela en 2000, à la suite du glissement de terrain sur Caracas, MDM est intervenu dans des bidonvilles grandement endommagés ou détruits. La mairie a tout de suite proposé des policiers pour y accéder, ce qui a été refusé par l'association. Il a donc fallu rentrer en contact avec les groupes qui géraient ces bidonvilles, peut être des criminels ou des mafieux, et passer par là pour accéder à ces zones sans la police.

Il est donc important de comprendre les contextes et les acteurs sous-ter-

rain afin de trouver des points d'entrées, ce qui oblige d'aller directement au contact des différents acteurs. Il faut garder en tête notre objectif qui est d'avoir accès à des populations civiles pour leur porter secours et l'expliquer pour déterminer quel espace sera accessible. Qu'il s'agisse de groupes mafieux ou de groupes armés rebelles, le dialogue est au même niveau.

Dans certains contextes, comme la Colombie, la question de l'information est très sensible. Il faut veiller à ne pas déstabiliser les pouvoirs existants, afin de garantir l'accès aux zones concernées.

Pour faire face aux situations de demain, il est nécessaire d'avoir une « intelligence de situation », une certaine adaptabilité, une très grande souplesse et capacité d'empathie. Pour cela, une stratégie de dialogue et d'alliance avec de multiples acteurs s'impose.

Si l'adaptabilité et la souplesse sont indispensables, il est en outre nécessaire de continuer à promouvoir le respect du DIH, ainsi qu'une approche impartiale et indépendante.

■ L'objectivation de ces situations de crise

Comment à partir de nos connaissances, objectiver ces situations ? Une réflexion sur l'identification des populations à haut risque doit être portée. Comment démontrer ces situations de crises ? Il convient de réfléchir en interne au niveau stratégique.

Beaucoup de décideurs sont sensibles à la santé des populations. En montrant la situation en termes de santé, l'accès peut être ouvert.

La classification des facteurs augmentant la morbidité et la mortalité des populations immergées dans les conflits armés est très intéressante. Quelques axes restent à approfondir comme les climats de violence sociale et son impact destructeur sur la santé mentale. Il s'agit de trouver comment l'enrichir et l'illustrer par des exemples de terrain. Ce tableau est issu d'un long travail. Les éléments de réflexion qui ont permis sa réalisation peuvent être repris. Cette classification des facteurs peut être un très bon travail de départ. La question à soulever sera alors autour de la capacité des organisations de terrain à investiguer et à décrire ces situations, au regard de cette classification. Nous devons mener une réflexion conjointe sur ces résultats et les méthodes à mettre en place, tout en dépassant les idées reçues.



Cette classification doit être une aide, non une contrainte. Cet outil permet de développer notre analyse. Il convient de développer notre ingéniosité pour trouver de nouvelles informations. Il faut rester inventif et vigilant sur la création de moyens pour obtenir ces informations, ce qui implique d'avoir une très bonne connaissance du terrain.

Il faudra donc analyser différemment nos alliances, agir et travailler autrement, mieux nous engager auprès d'acteurs avec qui nous n'avons pas l'habitude de travailler, tout en conservant nos valeurs et nos principes et en s'adaptant au changement mondial. Il faudra se demander si l'on reste pertinent, et c'est notamment sur les questions de santé que nous pourrions le mesurer.



Conclusion – Dr Rémi Russbach

Le champ couvert lors de cette journée est assez étonnant. La façon dont les problèmes ont été présentés, à partir d'expériences concrètes de terrain, a permis de réfléchir sur des bases solides, grâce à un vocabulaire commun et sans langue de bois.

Pourra-t-on étendre ce dialogue en dehors de la sphère humanitaire et partager nos préoccupations avec les acteurs de l'humanitaire d'Etat, comme les acteurs institutionnels, onusiens ou militaires ? Pourra-t-on dialoguer de façon aussi simple avec des collègues de culture différente, comme les anglo-saxons, ou des personnes qui ont d'autres façons d'envisager l'action humanitaire ?

Il serait utile d'étendre la réflexion et de fonctionner par étape, en consolidant dans un premier temps les avancées d'aujourd'hui. Le présent compte rendu permet de préserver un noyau de réflexion entre les différentes personnes ayant participé à cet événement afin de poursuivre ce travail. Il serait intéressant d'approfondir les réflexions quant aux facteurs aggravant les problèmes de santé dans les situations de conflit. Nous pourrions également adapter la typologie, non pas à des situations de conflit mais à des contextes d'insécurité urbaine.

Beaucoup d'illustrations ont été faites sur des situations qui, bien que dans des contextes différents, offrent des points de comparaison intéressants.

Objectiver les choses du point de vue de la santé est difficile car elle est fonction de l'accès, lui-même fonction de l'acuité de la situation et de la façon dont nous sommes perçus et acceptés, dans des situations où la sécurité n'est pas acquise et toujours à renégocier. L'accès est le mot clé de toutes nos limites (accès des victimes aux ressources nécessaires à leur survie, accès des humanitaires qui ne peuvent pas leur porter secours, etc.).

La prévention est un axe de travail prioritaire afin d'éviter ces situations sans issue, travail qui incombe aux humanitaires mais reste particulièrement lié à des enjeux politiques. Eviter les conflits armés n'est pas de notre ressort. Il s'agit pour nous de limiter les dégâts des conflits sur la population, particulièrement au niveau de la santé.

L'humanitaire tente de s'adapter aux défis contemporains et à venir, en alliant rigueur, souplesse et concessions. Chaque situation est différente et complexe. Il faut être souple et imaginatif, garder une éthique irréprochable.



Annexe

Classification des facteurs augmentant la morbidité et la mortalité des populations immergées dans les conflits armés

CLASSIFICATION DES FACTEURS AUGMENTANT LA MORBIDITE ET LA MORTALITE DES POPULATIONS IMMERGEES DANS LES CONFLITS ARMES

1) FACTEURS AUGMENTANT LES ATTEINTES A LA SANTE

1-1) Effets directs des armes

- 1-1-1. **Armes à petit calibre, armes diverses, éclats d'obus, mines,** etc. (blessures, choc, hémorragie, infection, amputations, paraplégies, hémiparalysies...)
- 1-1-2. **Bombes, bombes incendiaires,** (brûlures, écrasements, asphyxies, choc, hémorragies).
- 1-1-3. **Armes atomiques** (irradiations, multi-traumatismes...).
- 1-1-4. **Armes biologiques** (botulisme, anthrax...).
- 1-1-5. **Armes chimiques** (brûlures, asphyxies, paralysies.....).

1-2) Délabrement du système de santé préventive

- 1-2-1. **Fin des programmes de lutte contre les endémies** (malaria, tuberculose, méningite, onchocercose....).
- 1-2-2. Arrêt des **vaccinations** (rougeoles, Coqueluche, Diphtérie, Tétanos, hépatites....).
- 1-2-3. Arrêt de la **prévention des MST** (contaminations MST, HIV-sida...).
- 1-2-4. **Fin des programmes de prévention maternelle et infantile:** (Fièvres puerpérales, Infections périnatales, anoxies néo-natales...).
- 1-2-5. **Fin de la prévention Routière + anarchie** (augmentation des traumatismes.).
- 1-2-6. **Fin de la prévention du tabagisme et de l'alcoolisme** (cancers du poumon, cirrhoses, affections cardio-vasculaires...).

1-3) Déplacement de populations et blocage d'accès



- 1-3-1. **Pénurie de médicaments et de soins des malades chroniques** (diabète, épilepsie, HTA, IVC, allergies, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, affections psychiatriques, sida...).
- 1-3-2. **Pauvreté et promiscuité, manque d'eau et d'hygiène, diminution de la résistance physique** (affections gastro-intestinales, infections pulmonaires, infections urinaires, méningites, affections dermatologiques surinfectées...).
- 1-3-3. **Manque de nourriture** (malnutrition protéino-calorique, marasme, kwashiorkor, carences vitaminiques. bérubéri, xérophtalmie, retard de croissance, rachitisme, scorbut, anémies...).
- 1-3-4. **Délabrement socioculturel** (suicides, alcoolisme, tabagisme. MST, affections psychiatriques, traumatismes violents, drogue...).
- 1-3-5. **Banditisme, viols** (blessures, traumatismes psychiques, MST, HIV...).

2) FACTEURS DIMINUANT LES REPONSES THERAPEUTIQUES

2-1) Délabrement du système de santé

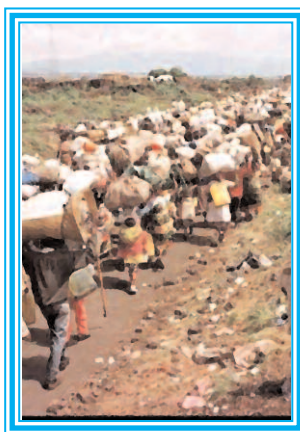
- 2-1-1. Démembrement du réseau des **dispensaires**. Destruction des bâtiments. Pillage du matériel et des médicaments, découragement du personnel qui n'est plus payé, n'a plus de moyens et prend trop de risques à se déplacer.
- 2-1-2. **Transport des patients** très perturbé : destruction ou détournement des ambulances. Manque de carburant et de pièces de rechange, insécurité des voies de communication.
- 2-1-3. Destruction des **centres hospitaliers** ou paralysie par manque d'électricité, d'eau, de matériel et de médicaments. Insécurité dans les hôpitaux tant pour les patients que pour le personnel qui se décourage. Pillage.
- 2-1-4. **Absence de coordination du ministère de la santé** par manque d'accès à son réseau et perte de contrôle de son personnel.
- 2-1-5. Suspension de **la formation** du personnel.
- 2-1-6. **Exode des cadres** du système de santé.
- 2-1-7. **Blocage de l'approvisionnement** et de distribution du matériel médical et des médicaments indispensables.
- 2-1-8. **Corruption** du personnel de santé.

2-2) Blocage de l'accès aux soins



- 2-2-1. Sévère perturbation du système de transport et communications.
- 2-2-2. Insécurité des routes et même des lieux de soins.
- 2-2-3. Danger pour les opposants de rentrer dans les lieux de soins officiels.

Version RR 09/2009



Ont participé à ce colloque :

Action Contre la Faim (ACF)
Association Henry Dunant – France (AHD)
Comité International de la Croix-Rouge (CICR)
Groupe Urgence Réhabilitation Développement (URD)
Médecins Du Monde (MDM)
Médecins Sans Frontières (MSF)

C'est dans le cadre du soixantième anniversaire des Conventions de Genève de 1949 que l'Association Henry Dunant - France, en partenariat avec cinq organisations humanitaires, a organisé ce colloque à l'Académie Nationale de Médecine à PARIS.



Intervenants (par ordre alphabétique) :

ANDREY Patrick, Action contre la FAIM
BOUCHET SAULNIER Françoise, Médecins Sans Frontières
BROWN Vincent, Médecins Sans Frontières
CORBAZ Laurent, Comité International de la Croix-Rouge (délégation de Paris)
DATO Joseph, Médecins du Monde
DESREZ Mireille, Association Henry Dunant – France
DOUCET Ghislaine, Comité International de la Croix-Rouge
GENTILINI Marc, Académie Nationale de Médecine, (empêché, son message a été transmis à Mireille Desrez et a été lu par Pedro Vianna)
GRÜNEWALD François, Groupe URD
PASCAL Gérard, Médecins du Monde
RUSSBACH Rémi, Association Henry Dunant – France
VIANNA Pedro, modérateur, Association Henry Dunant – France

La finalisation du contenu du compte rendu du colloque a été réalisée par Alexandre GUILLEMAIN et Jeanne TAISSON du Groupe URD d'après des enregistrements pour les discussions et d'après les documents remis par les intervenants pour leur intervention respective.

La mise en page au format PDF a été réalisée par Serge DETREE de l'Association Henry Dunant – France.

« **Plus jamais ça !** »,
déclarait Henry Dunant, témoin
du champ de bataille de Solferino
jonché de 40 000 blessés et
morts. Cent cinquante ans plus
tard, c'est devant le sort dramati-
que des populations civiles immer-
gées dans les conflits armés - dont
la mortalité et la morbidité dépassent de loin ce que l'on peut imaginer - que nous lançons la même exclamation.

« **Plus jamais ça !** »





