
Le droit international humanitaire et la protection de la santé

JEAN-JACQUES SURBECK * et RÉMI RUSSBACH **

L'ambition de cet article est de donner au lecteur une information aussi complète que possible sur un aspect particulier de la protection de la santé conçue au sens global, à savoir la protection des victimes en période de conflit armé. Après avoir passé en revue les fondements juridiques de cette protection, l'accent sera mis spécifiquement sur l'action médicale en temps de guerre, telle qu'elle est pratiquée par le Comité international de la Croix-Rouge. Il ne s'agit par conséquent pas de s'appesantir à l'excès sur les définitions respectives à donner aux différents concepts de droit à la santé, droit international de la santé, droit sanitaire international, nouvel ordre sanitaire international, etc., et leur interaction avec les droits de l'homme et le droit international humanitaire. Ces aspects de la question sont analysés ailleurs dans ce volume de la *Revue*.

I. — DÉFINITION DU CONTEXTE

Dans les milieux de juristes spécialisés en droit international public, une nouvelle appellation a vu le jour depuis quelques années : le droit à

* Juriste, Délégué du Comité international de la Croix-Rouge (C.I.C.R.) auprès des organisations internationales à New York.

** M.D., Chef de la Division médicale du C.I.C.R. à Genève.

la santé. À première vue, rien de très singulier, tout au plus probablement une nouvelle catégorie de droits de l'homme, dont on sait qu'ils croissent et se multiplient régulièrement, au point que l'on est parvenu maintenant à ce qu'il est convenu d'appeler la « troisième génération des droits de l'homme ». La question à ce stade est de savoir si le droit à la santé fait partie de l'une ou l'autre de ces trois « générations » et, corollairement, s'il existe un lien quelconque entre ce droit à la santé et le droit international humanitaire.

Rappelons que la première génération des droits de l'homme est faite des droits civils et politiques, qui contiennent « des *droits-attributs* de la personne humaine, droits qui sont, pour l'essentiel, *opposables à l'État* dont ils supposent d'abord une attitude d'abstention pour qu'ils puissent être *respectés* »¹. La deuxième génération, celle des droits civils et politiques, contient « des *droits de créance* sur l'État et la collectivité nationale et internationale organisée, droits qui sont donc *exigibles* de l'État pour pouvoir être *réalisés* »². Les auteurs divergent, à partir de là, sur le contenu qu'il convient de donner à la troisième génération des droits de l'homme. Vasak, pour sa part, en identifie cinq catégories, qu'il qualifie globalement de « droits de la fraternité et de la solidarité »³, caractérisés comme étant « à la fois *opposables* à l'État et *exigibles* de lui ; mais [qui] *ne peuvent être réalisés que par la conjonction des efforts de tous les acteurs du jeu social* : l'individu, l'État, les entités publiques et privées, la communauté internationale »⁴. Il s'agirait selon lui du droit au développement, du droit à la paix, du droit à l'environnement, du droit de propriété sur le patrimoine commun de l'humanité et du droit de communiquer⁵.

Peut-on définir dans ce contexte ce que l'on entend par « droit à la santé » ? Celui-ci n'y a apparemment pas de place distincte. S'agit-il donc d'une vue de l'esprit, d'un droit encore à créer, ou d'un corps de règles dont, à défaut d'un document unique énumérant tous les droits le composant, on peut trouver les éléments constitutifs dans une série de documents différents ? En l'état présent des choses, les nombreuses

1. K. VASAK, « Pour une troisième génération des droits de l'homme », dans *Études et essais sur le droit international humanitaire et sur les principes de la Croix-Rouge en l'honneur de Jean Pictet* (1984), p. 839.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*

4. *Ibid.*

5. *Id.*, p. 840.

conventions sur les droits de l'homme actuellement en vigueur ne parlent pas toujours du droit à la santé comme d'un droit fondamental en tant que tel, mais elles comprennent des dispositions dont le contenu est indéniablement de nature purement médicale ou sanitaire et qui peuvent aisément être rattachées aux droits les plus fondamentaux de la première génération. Mentionnons à titre d'exemple la Déclaration universelle des droits de l'homme elle-même⁶, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁷, les Règles minimales pour le traitement des détenus adoptées par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 (qui nous rapprochent à certains égards des dispositions du droit humanitaire proprement dites)⁸, et les différentes déclarations adoptées également par l'Assemblée générale : Déclaration des droits de l'enfant (1959)⁹, Déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social (1969)¹⁰, Déclaration des droits du déficient mental (1971)¹¹, Déclaration des droits des personnes handicapées (1975)¹², etc.

6. Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, A.G. Rés. 217 A (III), Doc. off. A.G., 3^e session, p. 71, Doc. N.U. A/810 (1948), art. 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, [...] notamment pour [...] les soins médicaux; elle a droit à la sécurité en cas de [...] maladie, d'invalidité [...] ».
7. (1976) 993 R.T.N.U. 13, art. 12, par. 1 : « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».
8. C.E.S. Rés. 663 c (XXIV), Doc. off. C.E.S., 24^e session, supp. n° 1, p. 12, Doc. N.U. E/3048 (1957) et C.E.S. Rés. 2076 (CXII), Doc. off. C.E.S., 62^e session, supp. n° 1, p. 36, Doc. N.U. E/5988 (1977), art. 9 à 21 (locaux de détention, hygiène personnelle, alimentation, etc.) et art. 22 à 26 (services médicaux).
9. A.G. Rés. 1386 (XIV), Doc. off. A.G., 14^e session, supp. n° 16, p. 19, Doc. N.U. A/4354 (1959), principes 4 et 5.
10. Déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social, proclamée par l'Assemblée générale de l'ONU le 11 déc. 1969 (Résolution XXIV); voir en particulier l'art. 10d) : « Satisfaire aux normes les plus élevées en matière de santé et protéger la santé de la population tout entière [...] »; et l'art. 19a) : « [Assurer] la fourniture de services de santé gratuits à toute la population ainsi que d'installations adéquates de soins préventifs et curatifs et de services de médecine sociale accessibles à tous ».
11. A.G. Rés. 2856 (XXVI), Doc. off. A.G., 26^e session, supp. n° 29, p. 99, Doc. N.U. A/8429 (1971), point 2.
12. A.G. Rés. 3447 (XXX), Doc. off. A.G., 30^e session, supp. n° 34, p. 88, Doc. N.U. A/10034 (1975), point 6 : « Le handicapé a droit aux traitements médical, psychologique et fonctionnel, y compris aux appareils de prothèse et d'orthèse [...] ».

Parler aujourd'hui du droit à la santé revient, bien que les conceptions varient sur ce point, à parler d'autant de droits et de sous-droits qu'il existe de domaines d'application de la médecine moderne, autant dire qu'il s'agit d'une hydre dont les têtes s'agitent en tous sens¹³. Afin de ne pas nous égarer dans ces méandres, nous nous limiterons à ne traiter que de la protection accordée par le droit humanitaire, dont J. Pictet souligne néanmoins que, même si son but premier demeure celui d'atténuer les maux de la guerre, il « [...] a été dès son origine étroitement lié aux médecins et à tous ceux dont la mission est de guérir, [...] mais il y avait à sa base un élément essentiellement sanitaire, qui a subsisté dans une partie importante de ce droit, que certains appellent "droit médical" »¹⁴.

À cela s'ajoute que le droit humanitaire, s'il constitue une part importante du concept global de droit de la santé, s'en distingue par les circonstances particulières qui en permettent, ou plus exactement qui en déclenchent l'application. Le droit de la santé, au sens le plus général du terme, affronte trois catégories de fléaux : la maladie, les blessures soudaines (accidents) et la mort. Le droit international humanitaire vise à protéger l'humanité des mêmes fléaux dans le contexte bien particulier de la guerre, lequel se caractérise notamment par l'affaiblissement ou l'effondrement total du système juridique établi en temps de paix. Or, contrairement à une idée largement répandue dans le public, la guerre ne signifie pas l'abdication de toute règle et l'autorisation de toutes les violences sans restriction aucune. Bien au contraire, une substitution s'opère dès l'éclatement des hostilités, le droit international humanitaire assurant la continuité de la protection de l'individu, puisque droits de l'homme et garanties constitutionnelles sont suspendues en cas de crise, à l'exception du noyau des droits irréductibles, et ce jusqu'à la fin du conflit. En effet, à l'exception de quelques dispositions liées aux conséquences d'un conflit, comme la question du rapatriement des prisonniers de guerre, le droit humanitaire dans son ensemble cesse de s'appliquer, de la même manière automatique qu'il entre en vigueur, à la fin effective des combats. Cette notion de continuité entre droit applicable en temps de paix et droit applicable en temps de guerre donne au droit international humanitaire une dimension de sauvegarde supplémentaire qui va, de ce fait, au-delà de la seule protection des individus.

13. Pour une étude très complète du droit à la santé, voir M. TORRELLI, *Le médecin et les droits de l'homme* (1983), 466 pp.

14. J. PICTET, « La profession médicale et le droit international humanitaire », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, juillet-août 1985, p. 195.

Dans cette perspective, la lutte qu'il mène contre la mort, rejoignant en cela le droit à la vie comme le plus fondamental des droits de l'homme, est la plus importante, tant il est vrai que dans le cadre d'un conflit armé, le respect ou la violation des règles du droit humanitaire font simplement la différence entre la survie des personnes protégées ou, à l'inverse, leur trépas.

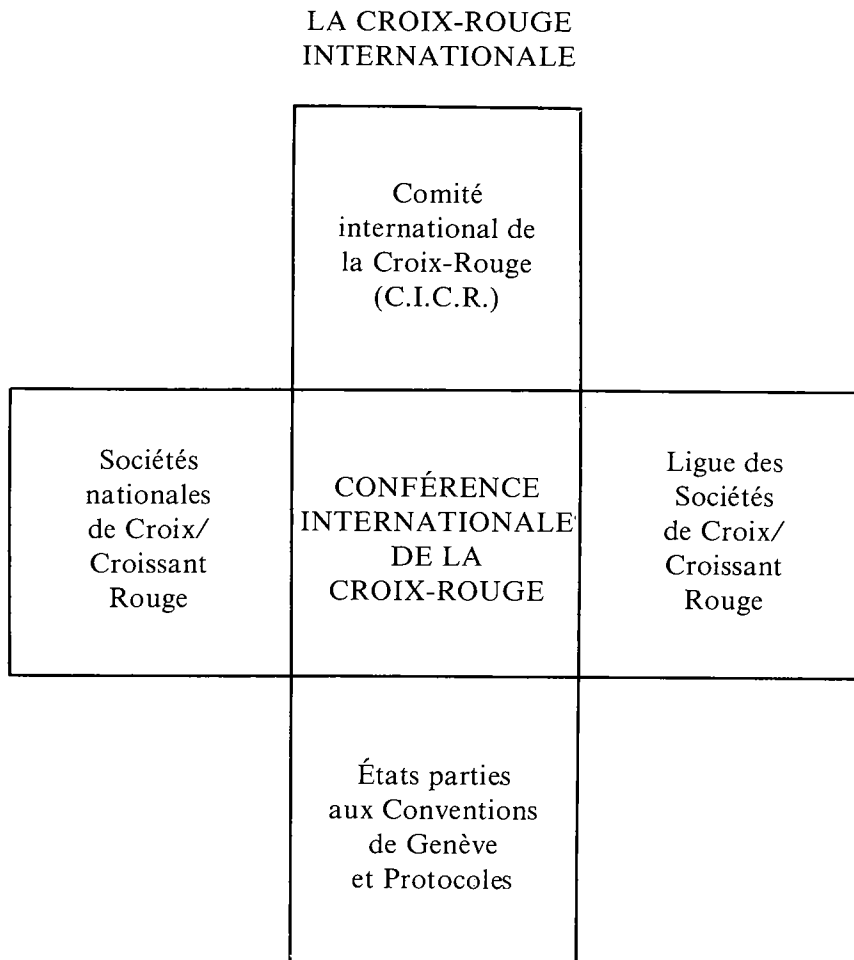
II. — DÉFINITION DE LA CROIX-ROUGE INTERNATIONALE

Contrairement à ce que le public tient en général pour acquis, ce que l'on entend par « Croix-Rouge Internationale » n'est pas une entité homogène et unique, mais un vaste ensemble composé de trois types d'organisations bien différentes, dont les fonctions et les compétences se complètent mutuellement. Il faut, en effet, distinguer entre

- le Comité international de la Croix-Rouge ;
- les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ;
- la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, fédération des Sociétés nationales ci-dessus mentionnées.

Ces trois catégories d'organisations se réunissent à intervalles réguliers au sein de la Conférence internationale de la Croix-Rouge à laquelle, de surcroît, les gouvernements des États parties aux Conventions de Genève — 162 à ce jour sur un total de 171 États souverains recensés à la fin de 1985 — délèguent des représentants.

L'ensemble peut être illustré par le schéma suivant :



A. — Le Comité international de la Croix-Rouge (C.I.C.R.)

Créé en 1863 à Genève, le C.I.C.R. est l'organe fondateur dont l'ensemble du mouvement de la Croix-Rouge est issu. Le hasard fit qu'un jeune homme d'affaires genevois, Henry Dunant, se trouva en 1859 sur les lieux d'une des plus sanglantes batailles de l'histoire européenne à Solferino (à l'est de Milan). À la suite de son expérience, le

C.I.C.R. devait voir le jour quatre ans plus tard. Dunant en relata, en effet, les détails dans un ouvrage qui fit grand bruit dans l'Europe d'alors : *Un Souvenir de Solferino*¹⁵. Non content de souligner dans son livre la scandaleuse carence des services médicaux des forces armées de l'époque, il proposa trois mesures précises :

- 1° la constitution dans tous les États, dès le temps de paix, d'une société nationale dont la fonction consisterait à se tenir prête à venir au secours des blessés et malades des forces armées en campagne, au cas où leur pays serait impliqué dans un conflit armé ;
- 2° la rédaction d'un traité international par lequel tous les États signataires s'engageraient à respecter un certain nombre de règles concernant la protection à accorder aux blessés et malades de toutes les parties en présence, sans distinction aucune ;
- 3° l'adoption d'un symbole unique reconnaissable à distance et garantissant aux membres desdites sociétés nationales la protection et l'immunité dont elles devaient pouvoir bénéficier afin de s'acquitter de leur tâche.

Ces propositions attirèrent l'attention d'un groupe de citoyens genevois auxquels il apparut nécessaire de créer une organisation dont le rôle consisterait à donner suite aux idées de Dunant¹⁶. Ainsi naquit le C.I.C.R.¹⁷, qui s'attela aussitôt à la réalisation des trois objectifs susmentionnés, lesquels furent atteints en l'espace de quelques années :

- les principales puissances et principautés européennes, séduites par les idées de Dunant, créèrent leur propre société nationale ;
- en 1864, la première longue série de Conventions de Genève vit le jour¹⁸ ;

15. H. DUNANT, *Un souvenir de Solferino* (1862), 159 pp. Rédigé dans un style incisif et très « journalistique », ce petit livre vaut encore la peine d'être lu aujourd'hui pour le réalisme et la précision avec lesquels sont décrites les horreurs de la guerre et la souffrance des blessés abandonnés sur le champ de bataille. Dans ce sens, il n'a pas pris une ride par rapport aux conflits contemporains.

16. « Prendre en sérieuse considération l'idée émise dans les conclusions du Souvenir », cité par A. DURAND, *Le Comité international de la Croix-Rouge* (1981), p. 6.

17. Créé le 17 février 1863 sous le nom de Comité international de Secours aux blessés, et qui prendra plus tard le nom de Comité international de la Croix-Rouge. DURAND, *op. cit. supra*, note 16, p. 6.

18. Convention pour l'amélioration du sort des militaires blessés, 22 août 1864, dans *Manuel de la Croix-Rouge internationale* (1983), pp. 19-20.

— par la même occasion, le symbole de la Croix-Rouge, choisi par interversion des couleurs nationales de la Confédération helvétique en hommage à ce pays, fut choisi comme symbole unique du mouvement.

L'une des caractéristiques les plus marquantes du C.I.C.R. contemporain remonte également à cette époque, bien qu'elle n'ait pas été envisagée en tant que telle par Dunant : l'unationalité de ses représentants. En effet, à quelques rares exceptions près (fonctions médicales), tous les délégués du C.I.C.R. sont des ressortissants suisses. Cette règle se révéla très tôt nécessaire pour permettre au C.I.C.R. d'assumer les fonctions qui devaient rapidement lui incomber dans le cadre du mandat général que la communauté des États d'alors et d'aujourd'hui lui reconnut, à savoir celui de « gardien de la Convention », puis des Conventions. La neutralité de la Suisse, procédant d'une tradition plusieurs fois centenaire et reconnue par la communauté des États, facilita en effet la perception d'absolue neutralité à laquelle les délégués doivent tenir afin de mener à bien leur mission, bien que le C.I.C.R., en tant qu'association de droit privé suisse, demeure indépendant des autorités gouvernementales helvétiques et que, paradoxalement, il n'y ait pas de lien organique, à proprement parler, entre la neutralité de la Confédération et celle de l'institution humanitaire¹⁹.

Toutefois, ce qui fait aujourd'hui la spécificité première du C.I.C.R., c'est le mandat que lui a attribué la communauté des États par les Conventions de Genève de 1949 et par leurs Protocoles additionnels de 1977. En un mot, le C.I.C.R. est habilité à intervenir dans toute situation de conflit armé international pour s'assurer du respect des dispositions desdites Conventions ou, le cas échéant, pour contribuer à leur respect et, dans le cas des conflits armés non internationaux, à offrir aux parties

19. « Même si l'on fait découler souvent la neutralité du C.I.C.R. de la neutralité de la Suisse, il faut reconnaître qu'elle est, sur ce plan, bien davantage fondée sur la reconnaissance de la communauté internationale que sur le régime de neutralité permanente de la Confédération helvétique. C'est la pratique de la communauté internationale à l'égard du C.I.C.R. et le comportement de ce dernier, bien davantage que le régime de la neutralité suisse, qui ancre la neutralité du C.I.C.R. dans la perception de la communauté internationale », C. SWIRNASKI, « La notion d'un organisme neutre et le droit international », dans VASAK, *op. cit. supra*, note 1, p. 834. Voir aussi D. PLATTNER, « Le statut du délégué du C.I.C.R. sous l'angle du principe de l'inviolabilité de sa personne », dans VASAK, *op. cit. supra*, note 1, pp. 761-769 ; et H.G. KNITEL, *Les délégués du Comité international de la Croix-Rouge* (1967), pp. 1-134.

en présence ses services afin de venir au secours des victimes de quelque côté qu'elles se trouvent.

B. — Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

C'est en décembre 1863 que la première société nationale de la Croix-Rouge a vu le jour²⁰. Ce mouvement ne connaîtra plus d'interruption par la suite. Pas moins de 138 États souverains disposent aujourd'hui de leur propre Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge. D'autres sont en voie de reconnaissance. Pour obtenir ce statut, chaque Société nationale doit satisfaire à dix conditions²¹, dont le C.I.C.R. et la Ligue sont chargés de vérifier qu'elles sont remplies avant de lui accorder la reconnaissance internationale.

Les fonctions de chaque Société nationale sont presque partout les mêmes. Créées initialement pour soigner en temps de guerre les militaires blessés et malades aux côtés des services de santé de l'armée, elles n'avaient pour rôle en temps de paix que de se préparer à intervenir dès le déclenchement des hostilités. Cette conception limitée de l'action des Sociétés nationales est encore le reflet de la réalité dans certains pays où les services de santé des armées sont moins rapides, moins nombreux ou

20. Au Wurtemberg, sous le nom de « Société sanitaire wurtembergeoise ». P. BOISSIER, *Histoire du Comité international de la Croix-Rouge — De Solferino à Tsoushima* (1978), pp. 118-119.

21. Ces conditions, adoptées en 1948 par la XVII^e Conférence internationale de la Croix-Rouge (Stockholm, Résolution XI), sont les suivantes : 1^o Être constituée sur le territoire d'un État indépendant qui a ratifié les Conventions de Genève ou y a adhéré ; 2^o Être dans cet État l'unique Société nationale de la Croix-Rouge ; 3^o Être dûment reconnue par son gouvernement légal comme Société de secours volontaire, auxiliaire des pouvoirs publics ; 4^o Avoir le caractère d'une institution jouissant d'une autonomie qui lui permette d'exercer son activité conformément aux Principes fondamentaux de la Croix-Rouge ; 5^o Faire usage de la dénomination et de l'emblème de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge ; 6^o Posséder une organisation la mettant en mesure d'exercer avec une réelle efficacité les tâches qui lui incombent ; 7^o Étendre son action au pays tout entier et à ses dépendances ; 8^o Ne pas refuser d'accueillir dans son sein ses nationaux quels qu'ils soient pour des raisons de race, de sexe, de classe, de religion ou d'opinion politique ; 9^o Adhérer aux Statuts de la Croix-Rouge internationale ; 10^o Adhérer aux Principes fondamentaux de la Croix-Rouge (dans *Recueil systématique des Résolutions des Conférences de la Croix-Rouge* (1976), p. 112).

moins organisés que leur Société nationale, quand ils ne sont pas tout simplement inexistants (la situation exactement inverse existe aussi). Rapidement, toutefois, les Sociétés nationales en vinrent tout naturellement à tirer parti en temps de paix des compétences et des équipements acquis au cours des conflits. C'est ainsi qu'aujourd'hui, en bien des pays, elles « fondent des hôpitaux, des écoles d'infirmières, forment des secouristes, enseignent l'hygiène »²², ou assument « l'entière responsabilité des services d'intérêt national : service des ambulances, secours sur routes, collecte du sang et transfusions sanguines, formation du personnel infirmier, etc. »²³. De la sorte, les Sociétés nationales sont en pratique chargées maintenant d'un double mandat, qui les place entre le C.I.C.R. et la Ligue. Leur fonction première d'auxiliaire des pouvoirs publics les amène en temps de paix à assumer, selon les pays, toute une série de fonctions sociales et éducatives au bénéfice de la population. En temps de conflit armé, en revanche, elles ont un rôle important à jouer, cette fois en relation directe avec le C.I.C.R. dans le domaine des secours à la population civile et dans celui du respect des Conventions de Genève.

C. — La Ligue des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

À l'issue de la Première Guerre mondiale, les Sociétés nationales de plusieurs pays, qui avaient étendu considérablement leur champ d'action, s'alarmèrent à l'idée que l'immense capital de compétences et de connaissances amassé dans la tourmente pût se perdre purement et simplement faute d'emploi. À l'instigation du président de la Croix-Rouge américaine d'alors, H. Davison, soutenu par le président des États-Unis, F.D. Roosevelt, la Ligue fut créée en 1919 en France, à Cannes.

Elle s'installa ensuite à Genève, puis à Paris, où elle demeura jusqu'en 1939, et se transporta enfin définitivement à Genève. À l'inverse du C.I.C.R., son personnel, provenant de toutes les Sociétés nationales, est par définition international. Autre caractéristique qui la différencie fondamentalement du C.I.C.R. : ses fonctions se limitent au temps de paix et aux situations de catastrophes naturelles. Au fil des ans, un autre mandat essentiel est venu s'ajouter aux précédents, à savoir le

22. Anonyme, *La Croix-Rouge* (1973), p. 10.

23. *Ibid.*

développement des Sociétés nationales nouvellement reconnues ou en voie de l'être, tant il est vrai que nombre d'entre elles, reflètes des réalités socio-économiques de leur pays, ont souvent grand besoin d'assistance et d'appui afin de parvenir à un fonctionnement autonome. Il est intéressant de noter à cet égard qu'à côté des programmes de développement ou de soutien patronnés directement par la Ligue, de nombreuses Sociétés nationales de pays développés (Croix-Rouges de Suède, de Norvège, du Canada, des États-Unis, de France, de la République fédérale allemande, etc.) disposent de programmes d'aide bilatérale au bénéfice de Sociétés-sœurs de pays moins favorisés.

D. — La Conférence internationale de la Croix-Rouge

En 1928, les statuts de la Croix-Rouge internationale furent définitivement adoptés, consacrant la structure tripartite C.I.C.R.-Ligue-Sociétés nationales, avec, pour organe suprême, la Conférence internationale de la Croix-Rouge, qui se réunit tous les quatre ans en moyenne et dont la 25^e session se tiendra à Genève en 1986²⁴. Il vaut la peine de noter que cette Conférence, qualifiée parfois d'Assemblée générale du monde de la Croix-Rouge, a un caractère à la fois privé et public. En effet, les statuts et résolutions adoptés en son sein ont un aspect privé dans la mesure où ils constituent « un accord conclu principalement entre des particuliers »²⁵, et un aspect public dans la mesure où les États parties aux Conventions de Genève, qui y délèguent des représentants gouvernementaux, leur attribuent la qualité d'accords internationaux par leur approbation : « Le fait que les statuts [et résolutions] n'ont pas été adoptés en la forme d'un traité ne signifie pas [...] que les États ne sont pas liés : ces derniers ont la faculté de donner à leur consentement la forme de leur choix »²⁶.

24. Les Conférences internationales de la Croix-Rouge précédentes eurent lieu successivement à Paris (1867, I^e), Berlin (1869, II^e), Genève (1884, III^e), Karlsruhe (1887, IV^e), Rome (1892, V^e), Vienne (1892, VI^e), Saint Petersburg (1902, VII^e), Londres (1907, VIII^e), Washington (1912, IX^e), Genève (1921, X^e), Genève (1923, XI^e), Genève (1925, XII^e), La Haye (1928, XIII^e), Bruxelles (1930, XIV^e), Tokyo (1934, XV^e), Londres (1938, XVI^e), Stockholm (1948, XVII^e), Toronto (1952, XVIII^e), Nouvelle Delhi (1957, XIX^e), Vienne (1965, XX^e), Istanbul (1969, XXI^e), Téhéran (1973, XXII^e), Bucarest (1977, XXIII^e), Manille (1981, XXIV^e). *Manuel de la Croix-Rouge international* (1983), p. 735.

25. R. PERRUCHOU, *Les résolutions des Conférences internationales de la Croix-Rouge* (1979), p. 106.

26. *Id.*, p. 107.

III. — ACTIVITÉS DU C.I.C.R.

A. — Les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels

Les activités du C.I.C.R. en faveur des victimes des conflits armés trouvent leur assise dans le droit international humanitaire, lequel comprend aujourd'hui les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs deux Protocoles additionnels adoptés en 1977²⁷.

Dès l'adoption de la première Convention de Genève en 1864²⁸, il fallut rapidement se rendre à l'évidence : une convention internationale comprenant seulement dix articles était insuffisante. Par conséquent, en 1906, le C.I.C.R., suivant en cela une procédure qui est restée la même jusqu'à aujourd'hui, rédigea un projet de convention remise à jour qu'il soumit au gouvernement suisse en priant ce dernier de convoquer une conférence diplomatique afin de débattre du projet et d'en faire un traité en bonne et due forme ; ce qui fut fait. La Convention de 1906²⁹ reprenait les dispositions de celle de 1864 tout en les amplifiant, remplaçant en pratique cette dernière.

La Convention de 1906 rendit d'immenses services pendant la Première Guerre mondiale. Celle-ci démontra cependant que la Convention présentait de fâcheuses carences, notamment touchant la protection des prisonniers de guerre, dont le nombre atteignit pendant le conflit des chiffres jamais vus auparavant dans l'histoire. Il fallut toutefois attendre 1929 pour que la question fût reprise au sein d'une nouvelle conférence

27. D'autres appellations sont utilisées pour désigner le même corps de règles. La distinction classique entre droit de la guerre, qui désignait traditionnellement le droit dit de La Haye, et le droit humanitaire, qui désignait le droit dit de Genève, n'a plus d'objet depuis que le premier Protocole additionnel de 1977 a introduit dans le corps du droit de Genève les règles essentielles du Règlement annexé à la IV^e Convention de La Haye qui régissait le comportement des combattants sur le champ de bataille. De ce fait, la pratique croissante parmi les spécialistes est de considérer les deux appellations comme des synonymes. Il convient d'y ajouter l'appellation « Droits de l'homme en période de conflit armé », dont la paternité revient à l'Assemblée générale des Nations Unies, ainsi que celle de « Droit des conflits armés », utilisée par certains pays ou même certaines armées (par ex., l'*U.S. Air Force* évoque exclusivement « *the Law of Armed Conflicts* » dans ses différents manuels).

28. Précitée *supra*, note 18.

29. Reproduite dans A. SCHIENDLER et J. TOMAN, *The Laws of Armed Conflicts* (1981), pp. 233-244.

diplomatique, pour aboutir cette fois non pas à une seule, mais à deux Conventions³⁰, la I^{re} protégeant toujours les militaires blessés et malades, la II^e les prisonniers de guerre. Si la première est en voie d'être oubliée de nos jours, la seconde est mieux connue, de nombreux prisonniers de la Seconde Guerre mondiale n'hésitant pas, encore aujourd'hui, à affirmer lui devoir la vie. En revanche, un million de prisonniers allemands aux mains des Soviétiques sur trois millions et, par représailles, 3,3 millions de prisonniers soviétiques aux mains des Allemands sur 5,7 millions, ainsi que des prisonniers alliés faits par les Japonais, périrent faute de l'application de cette seconde Convention, Union soviétique et Japon ayant refusé de la ratifier³¹.

Outre les prisonniers de guerre, la Seconde Guerre mondiale témoigna de la tragique nécessité de protéger deux autres catégories de victimes. D'une part, la guerre navale connut un développement sans précédent durant ce conflit, révélant l'insuffisance des quelques règles du droit de La Haye protégeant les marins blessés, malades et naufragés. D'autre part, le choc le plus grave fut toutefois sans conteste celui que les puissances occupantes en Europe comme en Asie infligèrent aux populations civiles. Quelques chiffres suffiront à illustrer l'ampleur du désastre, suffisamment récent pour être encore

30. *Id.*, pp. 257-298.

31. « With some major exceptions and to varying degrees, the rules were in general respected in the treatment of prisoners of war captured by both sides in Western Europe and North Africa. [...] Similar humane treatment was not, however, accorded to prisoners in other areas of the conflict during World War II. Russian prisoners taken by the Germans and Germans captured by the Russians on the Eastern European front were often subjected to gross maltreatment, brutality and starvation. [...] It is significant that Russia was not a party to the [IInd] Geneva Convention of 1929, and the system of relief, protection and supervision afforded by means of these international rules to other prisoners of war was not operating between Germany and Russia during World War II. [...] As a result, Germany declared that it would not be bound by them in relation to its treatment of Russian prisoners. [...] Neither was Japan a party to the [IInd] Geneva Convention of 1929, and the maltreatment of Australian [and allied] prisoners of war by the Japanese, which led to war crimes trials in Tokyo in 1946, is well known — the appalling conditions at Changi prisoner of war camp in Singapore, the “death camps” in Indonesia and Japan, and in particular, the building of the notorious Burma railway. » G. KEWLEY, *Humanitarian Law in Armed Conflicts* (1984), pp. 24-25 ; K. BÖHME, *Die deutschen Kriegsgefangenen in sowjetischer Hand* (1966), cité par J. PICTET, *Développement et principes du droit international humanitaire* (1983), p. 46.

dans toutes les mémoires. En Europe, non seulement les Nazis exécutèrent de façon méthodique six millions de civils israélites, mais, sous leur occupation, des millions d'autres civils furent passés par les armes, soit à titre de « dommages collatéraux » pendant les opérations militaires, soit directement au cours d'actions militaires visant populations et objectifs civils en tant que tels, choisis en toute connaissance de cause. En Asie, la Chine, occupée par le Japon impérial, paya un prix exorbitant en vies civiles : des centaines de milliers de personnes furent massacrées sans pitié, souvent gratuitement, par les troupes japonaises, sans compter les victimes des autres pays occupés du Pacifique (Philippines, Corée, Malaisie, Indonésie, Birmanie, etc.)³².

Il s'ensuivit qu'en 1949, ce ne furent pas moins de quatre Conventions qui furent adoptées à Genève. La première³³, traitant de la protection des militaires malades et blessés, remplaça la première Convention de 1929. La seconde³⁴, consacrée à la protection des marins blessés, malades et naufragés, constitue l'une des grandes innovations de 1949. La troisième³⁵, visant la protection des prisonniers de guerre, développa considérablement et remplaça la deuxième Convention de 1929. Enfin, la quatrième³⁶, portant sur la protection des populations civiles en période de conflit armé, constitue l'autre grande innovation de 1949, à ceci près toutefois, et le détail est d'importance, que l'essentiel des dispositions de cette Convention met l'accent sur la protection des populations civiles contre les excès de la puissance occupante, et pour cause, puisque l'on sortait à peine de la Seconde Guerre mondiale. Ce n'est que beaucoup plus tard que l'on devait se rendre compte que les civils sont, surtout de nos jours, les victimes directes des opérations militaires, contre lesquelles la quatrième Convention ne les protège pas.

32. Les estimations globales du nombre de victimes civiles pendant la deuxième guerre mondiale oscillent entre 20 et 35 millions selon les sources (contre 20 millions de pertes militaires confirmées) : « [...] as difficult as it might be to gather and evaluate military fatality estimates over so wide a domain in space and time, the problem of doing this for civilian fatalities is more difficult still. Even for World War II, civilian death estimates range from 20 to 35 million. » M. SMALL et D. SINGER, *Resort to Arms — International and Civil Wars* (1982), p. 37.

33. Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne du 12 août 1949, (1950) 75 *R.T.N.U.* 31.

34. Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer du 12 août 1949, (1950) 75 *R.T.N.U.* 85.

35. Convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre du 12 août 1949, (1950) 75 *R.T.N.U.* 135.

36. Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre du 12 août 1949, (1950) 75 *R.T.N.U.* 287.

En effet, depuis 1945, date de l'adoption de la Charte des Nations Unies qui a rendu la guerre illégale, le phénomène de la guerre lui-même n'en a pas disparu pour autant, tant s'en faut. De plus, la proportion des victimes civiles³⁷ n'a cessé de croître³⁸. Cette suite ininterrompue de conflits, d'importance très variable, amena le C.I.C.R. en 1965 à considérer la nécessité de remettre, une fois encore, l'ouvrage sur le métier, afin de combler les lacunes des quatre Conventions de Genève de 1949, enclenchant par là le long processus qui devait aboutir à l'adoption des deux Protocoles additionnels aux Conventions. Le premier³⁹ s'applique aux situations de conflit armé international, le second⁴⁰ aux situations de conflit armé non international. À noter que, cette fois, comme leur nom le suggère, les Protocoles n'ont pas remplacé des Conventions devenues désuètes, mais, au contraire, ils les complètent et les développent en de nombreux points. Le droit international humanitaire doit donc être compris comme incluant aujourd'hui les quatre Conventions et leurs deux Protocoles additionnels.

B. — Applicabilité du droit international humanitaire

Quelques considérations s'imposent à ce stade pour tenter de définir le champ d'application du droit international humanitaire. Il s'agirait, en fait, de parler plutôt de champs d'application au pluriel, tant dans l'espace que dans le temps, comme nous allons le voir.

37. Nous choisissons à dessein le terme générique de « combattant » plutôt que celui de « militaire » afin de couvrir toutes les catégories de personnes participant aux combats, qu'elles appartiennent ou non à des forces régulières. Curieusement, c'est là le terme qu'avait retenu la toute première Convention de Genève de 1864... Ce n'est en effet qu'à partir de 1906 que les Conventions de Genève parleront des personnes protégées par elles comme des militaires et autres personnes rattachées officiellement aux forces armées. Cf. S. NAHLIK, *Précis abrégé de droit international humanitaire*, Extrait de la Revue internationale de la Croix-Rouge, juillet-août 1984, p. 19.

38. Durant la Première Guerre mondiale, 5% du total des victimes était constitué de personnes civiles. Ce chiffre bondit à 50% durant la Seconde Guerre mondiale, pour atteindre 60% pendant la guerre de Corée et 70% pendant la guerre du Vietnam. Cf. KEWLY, *op. cit. supra*, note 31, p. 38.

39. 1^{er} Protocole additionnel de 1977, reproduit dans (1978) 82 *R.G.D.I.P.* 329.

40. 2^e Protocole additionnel de 1977, reproduit dans (1978) 82 *R.G.D.I.P.* 388.

1. — *Conflits armés internationaux*

Il s'agit là de la situation la plus simple et la plus facile à trancher, juridiquement parlant. Dès le début des hostilités armées entre deux États souverains, les quatre Conventions de Genève et le premier Protocole additionnel entrent automatiquement en vigueur (pour autant naturellement que les parties en cause aient ratifié ces instruments). Comme à ce jour 162 États ont ratifié les Conventions, elles s'appliquent quasi spontanément dans tous les conflits armés internationaux de la planète⁴¹. Un automatisme aussi certain ne peut, en revanche, être assuré pour ce qui est du Protocole I dans la mesure où seuls 55 États à ce jour y sont parties.

2. — *Conflits armés non internationaux*

Ici, les choses se compliquent déjà sensiblement. Il faut, en effet, distinguer d'emblée entre au moins quatre situations différentes, en commençant par les cas les moins graves, c'est-à-dire les conflits dont l'intensité est moindre.

a) Conflits armés non internationaux qui n'ont pas atteint le seuil d'application du Protocole II

En 1949, après des débats houleux, les participants à la Conférence diplomatique qui donna naissance aux quatre Conventions de Genève acceptèrent finalement d'inclure une seule et unique disposition pour répondre aux besoins humanitaires des conflits armés non internationaux. Il s'agissait, en effet, d'une brèche importante dans le sacro-saint principe de la souveraineté nationale. Les États souverains, soucieux de ne pas paraître accorder de légitimité politique, fût-ce indirectement par le biais de règles de nature purement humanitaire, aux divers mouvements irrédentistes existants ou potentiels dans leurs territoires respectifs, étaient très réticents à l'idée de reconnaître des droits aux victimes des conflits internes⁴². Malgré tout, un consensus put être atteint, exprimé

41. Au 31 décembre 1985, les derniers États à ne pas avoir ratifié les Conventions de Genève de 1949 sont Antigua et Barbuda, le Bhoutan, Brunei, la Birmanie, la Guinée Équatoriale, Kiribati, les Maldives, Nauru, Saint Kitts et Nevis.

42. Voir G. ABI-SAAB, *Histoire législative de l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève du 12 août 1949* (1973), 60 pp.; D ELDER, «The Historical Background of Common Article 3 of the Geneva Conventions of 1949», (1979) 11 *Case Western Reserve Journal of International Law* 37-69.

par l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève (son libellé est exactement le même dans chacun des quatre instruments), qui fut rapidement rebaptisé « mini-convention », titre mérité dans la mesure où il constitue une sorte de résumé des règles essentielles contenues dans l'ensemble des quatre Conventions⁴³.

Jusqu'à l'adoption des Protocoles additionnels en 1977, l'article 3 a représenté la seule disposition applicable en cas de conflit armé de nature non internationale, constituant un véritable filet de sécurité pour les millions de victimes de conflits internes qui ont éclaté depuis 1949. Il importe de souligner que cet article demeure toujours applicable dans tous les cas de conflits armés non internationaux. La seule différence tient au fait que, le Protocole II ayant introduit des critères d'application

43. Le texte de l'article 3 se lit de la manière suivante :

Article 3. Conflits de caractère non international

En cas de conflit armé ne présentant pas un caractère international et surgissant sur le territoire de l'une des Hautes Parties contractantes, chacune des Parties au conflit sera tenue d'appliquer au moins les dispositions suivantes :

1) Les personnes qui ne participent pas directement aux hostilités, y compris les membres des forces armées qui ont déposé les armes et les personnes qui ont été mises hors de combat par maladie, blessure, détention, ou pour toute autre cause, seront, en toutes circonstances, traitées avec humanité, sans aucune distinction de caractère défavorable basée sur la race, la couleur, la religion ou la croyance, le sexe, la naissance ou la fortune, ou tout autre critère analogue.

À cet effet, sont et demeurent prohibés en tout temps et en tout lieu, à l'égard des personnes mentionnées ci-dessus :

- 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 ;
- d) les condamnations prononcées et les exécutions effectuées sans un jugement préalable, rendu par un tribunal régulièrement constitué, assorti des garanties judiciaires reconnues comme indispensables par les peuples civilisés.

2) Les blessés et malades seront recueillis et soignés.

Un organisme humanitaire impartial, tel que le Comité international de la Croix-Rouge, pourra offrir ses services aux Parties en conflit.

Les Parties au conflit s'efforceront, d'autre part, de mettre en vigueur par voie d'accords spéciaux tout ou partie des autres dispositions de la présente Convention.

L'application des dispositions qui précèdent n'aura pas d'effet sur le statut juridique des Parties au conflit. Reproduit dans *Les Conventions de Genève du 12 août 1949* (1981), pp. 25-26.

pour sa propre entrée en vigueur, il a, ce faisant, défini *a contrario* de manière plus étroite les catégories de situations auxquelles l'article 3 s'applique par excellence. En d'autres termes, tous les cas de conflits armés non internationaux qui sont en deçà des critères d'applicabilité du Protocole II restent couverts par l'article 3.

Ce dernier ne définit pas cependant ce qui crée un conflit armé non international, sinon négativement, en excluant les situations de conflit armé international et en soulignant qu'il doit s'agir d'un conflit se déroulant sur le territoire de l'un des États parties aux Conventions seulement. Il faudra attendre le Protocole II pour obtenir un peu plus de précisions. Celui-ci spécifie, en effet, que ne saurait constituer un conflit armé une situation « de tensions internes, de troubles intérieurs, comme les émeutes, les actes isolés et sporadiques de violence et autres actes analogues »⁴⁴.

b) Conflits armés non internationaux qui ont atteint
le seuil d'application du Protocole II

Initialement prévu, dans le projet soumis par le C.I.C.R. à la Conférence diplomatique de 1974, comme une copie conforme du Protocole I destinée aux conflits armés non internationaux, le Protocole II vit son seuil d'application considérablement élevé par rapport au premier projet. Ainsi, pour que le Protocole II entre en vigueur, il faut maintenant :

- qu'il ait été ratifié par l'État sur le territoire duquel se déroule le conflit ;
- qu'un conflit armé se déroule sur le territoire de cet État ;
- que ce conflit oppose ses forces armées et des forces armées dissidentes ou des groupes armés organisés ;
- que ces forces armées dissidentes ou groupes armés organisés :
 - se trouvent sous la conduite d'un commandement responsable ;
 - exercent sur une partie du territoire national une autorité telle qu'ils soient en mesure, d'une part, de mener des

44. Art. 1^{er}, par. 2. Voir S. JUNOD, « Additional Protocol II: History and Scope », (1983-1984) 33 *American University Law Review* 29, à la p. 30; et T. MERON, « On the Inadequate Reach of Humanitarian and Human Rights Law and the Need for a New Instrument », (1983) 77 *A.J.I.L.* 589, à la p. 599.

opérations militaires continues et concertées, et, d'autre part, d'appliquer et de respecter le Protocole II.

La rigueur de ces conditions a amené de nombreux auteurs à conclure qu'en pratique, le Protocole II ne concerne que des guerres civiles de grande envergure, telles que la guerre d'Espagne ou la guerre de Sécession. Reste heureusement l'article 3, qui vaut à la fois pour les situations se trouvant en deçà et au-delà du seuil d'application du Protocole II. Cela étant, il est intéressant de noter les points communs à l'article 3 et au Protocole II, ce dernier « développant et complétant » le premier. Tous deux entrent automatiquement en vigueur dès que leurs conditions d'application respectives sont objectivement atteintes. Ni l'un ni l'autre ne modifient la situation juridique ou n'impliquent la reconnaissance d'une partie insurgée. Ni l'un ni l'autre ne reconnaissent la qualité de combattant ou ne confèrent un statut quelconque aux membres des forces armées ou groupes dissidents. La législation nationale n'est pas suspendue par le Protocole II ou l'article 3. L'un comme l'autre ont pour seul but d'accorder à toutes les parties au conflit les mêmes droits et devoirs de nature purement humanitaire⁴⁵.

c) Conflits armés non internationaux internationalisés par l'intervention armée d'une ou de plusieurs puissances tierces

L'une des situations juridiques les plus curieuses de notre époque, mais de plus en plus fréquente, est celle du conflit armé non international dont la nature est altérée par l'intervention d'un État tiers dans le conflit interne. D'où l'appellation un peu bâtarde de « conflit armé non international internationalisé », défini comme « une guerre civile caractérisée par l'intervention des forces armées d'une puissance étrangère »⁴⁶. Les exemples ne manquent pas : Hongrie en 1956, Congo en 1960, Angola de 1960 à nos jours, Yémen de 1962 à 1970, République dominicaine en 1965, Tchad depuis 1968, Bangladesh en 1971, Chypre en 1974, Liban depuis 1976, Cambodge depuis 1978, Afghanistan depuis 1979, etc.⁴⁷. Deux démarches principales ont été traditionnellement

45. JUNOD, *loc. cit. supra*, note 44, p. 35.

46. H.-P. GASSER, « Internationalized Non-International Armed Conflicts. Case Studies of Afghanistan, Kampuchea, and Lebanon », (1983-1984) 33 *American University Law Review* 145-161.

47. D. SCHINDLER, « Le droit international humanitaire et les conflits armés internes internationalisés », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, sept.-oct. 1982, p. 264.

envisagées. La première, un rien idéaliste, tient qu'une « guerre civile devient un conflit armé international par le simple fait de l'intervention militaire de puissances étrangères. Par conséquent, l'ensemble du droit international humanitaire devient applicable à toutes les parties au conflit, même entre le gouvernement de l'État dans lequel la guerre civile a éclaté et les insurgés »⁴⁸. Aussi louable que soit cette position d'un point de vue humanitaire, elle n'a pas résisté à la pratique des États. D'où la seconde attitude, plus complexe mais plus réaliste, selon laquelle il faut analyser dans chaque cas les rapports juridiques existant entre les éléments impliqués dans le conflit : ceux de nature internationale et ceux de nature non internationale. Dans cette optique, D. Schindler propose les distinctions suivantes :

- relations entre les insurgés et le gouvernement établi, auxquelles l'article 3 et le Protocole II s'appliquent ;
- relations entre les insurgés et l'État étranger qui porte assistance au gouvernement établi, auxquelles l'article 3 s'applique au minimum, mais qui, faute de consensus dans la doctrine sur ce point, dépendront pour le reste du bon vouloir des parties intéressées à appliquer, par accord mutuel, partie ou l'ensemble des Conventions, ainsi que le prévoit l'article 3 lui-même⁴⁹ ;
- relations entre le gouvernement établi et l'État étranger intervenant en faveur des insurgés, auxquelles l'ensemble du droit international humanitaire s'applique ;
- relations entre deux États tiers intervenant respectivement en faveur du gouvernement établi et des insurgés, auxquelles l'ensemble du droit international humanitaire s'applique également.

Schindler conclut en soulignant que l'inconvénient de cette position est que « des réglementations différentes sont applicables selon qu'une personne appartient à l'une ou l'autre des parties en conflit »⁵⁰.

d) Conflits armés non internationaux devenus conflits armés internationaux par la grâce du Protocole additionnel I

Parmi les catégories de conflits armés traditionnellement considérés comme non internationaux, il faut désormais soustraire trois types de

48. *Ibid.*

49. GASSER, *loc. cit. supra*, note 46, pp. 147-150.

50. SCHINDLER, *loc. cit. supra*, note 47, p. 265.

conflits armés de cet ordre que le Protocole I qualifie de conflits internationaux. Il s'agit des conflits dans lesquels les peuples (par quoi il faut entendre les parties insurgées) luttent 1^o contre la domination coloniale, 2^o contre l'occupation étrangère, ou 3^o contre les régimes racistes. Si, d'un point de vue humanitaire, on ne peut que se féliciter de voir un tel accroissement du champ d'application des règles du droit humanitaire dans un domaine auquel seul l'article 3 s'appliquait jusqu'alors, il est, hélas, certain que l'effet politique de cette disposition⁵¹ en affaiblit la portée humanitaire. Les pays visés (essentiellement Israël et l'Afrique du Sud) ne ratifieront, en effet, vraisemblablement pas le Protocole I de sitôt, laissant à la quatrième Convention le soin de couvrir, pendant encore longtemps, les situations relevant de « l'occupation étrangère » et à l'article 3 celles propres aux « régimes racistes ».

C. — Protection des victimes

1. — Blessés et malades sur terre

Comme on a pu le voir précédemment, le droit international humanitaire a suivi une évolution en cercles concentriques, chaque révision des Conventions, jusque et y compris l'adoption des Protocoles additionnels, ajoutant plusieurs catégories de victimes à la liste des personnes protégées. Les Conventions de 1864 et de 1906, ainsi que la première de 1929 et de 1949, ne visaient que les militaires blessés sur le champ de bataille, ainsi que les militaires en campagne tombés malades, le tout dans le cadre de conflits armés internationaux, c'est-à-dire entre États souverains.

2. — Blessés et malades sur mer

En 1899 à La Haye, la III^e Convention du même nom⁵² avait intégré dans ce qui était alors le droit de la guerre au sens étroit les principes de sauvegarde contenus dans la Convention de Genève de 1864 protégeant les militaires blessés et malades sur terre. Le processus fut répété en 1907 lorsque la X^e Convention de La Haye⁵³ étendit sa

51. NAHLIK, *op. cit. supra*, note 37, pp. 19-20.

52. Convention concernant les lois et coutumes de la guerre sur terre, signée à La Haye, le 18 octobre 1907, (1910) 3 *N.R.G.T.* (3^e série) 461.

53. *Ibid.*

protection aux naufragés militaires, reprenant en cela les règles contenues dans la Convention de Genève, fraîchement révisée, de 1906. Nahlik ajoute : « [...] on souligna que “le terme de naufrage sera applicable à tout naufrage, quelles que soient les circonstances dans lesquelles il s’est produit, y compris l’amerrissage forcé ou la chute en mer” »⁵⁴. Ce n’est en effet qu’en 1949 qu’une convention est spécialement adoptée dans le cadre du droit de Genève afin de protéger les victimes des conflits armés internationaux sur mer. Ironiquement, elle ne trouvera à s’appliquer que bien plus tard, à l’occasion du conflit des îles Falkland-Malvinas⁵⁵.

3. — Prisonniers de guerre

Aujourd’hui encore, l’un des problèmes les plus épineux du droit humanitaire consiste à fixer les critères qui décident du statut ou du traitement de prisonnier de guerre.

Avant l’adoption de la seconde Convention de Genève de 1929 relative au traitement des prisonniers de guerre, ces derniers ne pouvaient compter en tout et pour tout que sur la protection de 17 articles, inclus dans le Règlement annexé à la IV^e Convention de La Haye, adoptée en 1899 et révisée en 1907⁵⁶. Ces quelques dispositions permirent cependant au C.I.C.R. d’assurer un minimum de protection à quelque sept millions de prisonniers de guerre pendant la Première Guerre mondiale⁵⁷. Ainsi, sans véritable fondement juridique, le C.I.C.R. inaugura deux mesures fondamentales pour améliorer la condition des prisonniers : la visite des camps par des délégués neutres et la mise sur pied d’un service qui allait devenir l’Agence centrale de recherches. Ces expériences donnèrent naissance à la II^e Convention de 1929⁵⁸, qui marquait un tournant important dans la mesure où, pour la première fois, une convention entière examinait le traitement à accorder aux prisonniers de guerre, et qui consacrait l’intégration de cet aspect important de la protection générale des victimes de la guerre dans le droit de Genève. Comme le souligne Pictet, elle fit ses preuves dans l’ensemble au cours de la Seconde Guerre mondiale, permettant à la majorité des prisonniers de

54. Précitée *supra*, note 34, art. 12, al. 1.

55. S. JUNOD, *La protection des victimes du conflit armé des îles Falkland-Malvinas* (1982) (1984), 45 pp.

56. Précitée *supra*, note 52.

57. PICTET, *op. cit. supra*, note 31, p. 45.

58. Précitée *supra*, note 52.

guerre détenus dans les camps où elle s'appliquait de bénéficier de conditions de détention supérieures à celles qui avait prévalu pendant la Première Guerre⁵⁹.

La question qui n'a cessé de se poser avec une acuité toujours croissante était de savoir qui avait droit au statut et au traitement de prisonnier de guerre. Le vieux droit de La Haye avait énoncé les quatre fameuses conditions (reprises dans la Convention de 1929) : pouvaient se réclamer de la protection de la Convention non seulement les soldats des armées nationales régulières, mais également les membres des « milices » et des « corps de volontaires », pour autant qu'ils respectaient quatre conditions : 1° avoir un chef responsable de ses subordonnés ; 2° être munis d'un signe fixe et reconnaissable à distance ; 3° porter les armes ouvertement ; enfin 4° observer les lois et coutumes de la guerre⁶⁰.

Réaffirmées dans la III^e Convention de Genève de 1949 relative au traitement des prisonniers de guerre, ces conditions, considérées après la Seconde Guerre mondiale comme trop rigides par de nombreux pays, furent quelque peu assouplies à l'occasion de l'adoption des Protocoles. Ainsi, le Protocole I pose que, si les première et quatrième conditions sont toujours valables, la seconde impose aux combattants l'obligation de se distinguer de la population civile « lorsqu'ils prennent part à une attaque ou à une opération militaire préparatoire d'une attaque »⁶¹. Quant à la troisième, le Protocole apporte un double adoucissement : il admet tout d'abord que, dans certaines situations, « un combattant armé ne peut se distinguer de la population civile » (sous-entendu : sans courir au suicide), auquel cas, ensuite, il bénéficiera toujours du statut de prisonnier de guerre s'il porte ses armes ouvertement « pendant chaque engagement militaire et pendant le temps où il est exposé à la vue de l'adversaire alors qu'il prend part à un déploiement militaire qui précède le lancement d'une attaque à laquelle il doit participer »⁶².

59. À noter toutefois que seuls quatre millions de prisonniers de guerre sur un total de douze millions ont en fait bénéficié de la protection de la II^e Convention de 1929, soit un sur trois. Comme on l'a vu précédemment, le Japon et l'Union soviétique avaient refusé de la ratifier. En outre, les prisonniers de guerre français et belges n'ont pu bénéficier eux aussi de la protection de la Convention, les Allemands ayant pris soin de signer des accords spéciaux à cet effet avec les gouvernements de ces deux pays. PICTET, *op. cit. supra*, note 31, p. 46.

60. NAHLIK, *op. cit. supra*, note 37, p. 20.

61. Précité *supra*, note 39, art. 44, par. 3.

62. NAHLIK, *op. cit. supra*, note 37, p. 22.

Cette évolution imprévue du droit traditionnel est loin de faire l'unanimité, ne serait-ce que parce que les sous-entendus politiques sont par trop évidents, probablement trop pour le but qu'elle se propose, mais là encore, ces dispositions ne peuvent qu'être positives du seul point de vue humanitaire, puisqu'elles permettent d'étendre la protection de la III^e Convention de 1949 à toute une catégorie de personnes qui jusqu'alors ne pouvaient en bénéficier.

4. — *Populations civiles*

Comme nous l'avons vu, la IV^e Convention de Genève de 1949 relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, si elle marquait un développement rendu douloureusement nécessaire par la violence de la guerre moderne, portait la marque du choc infligé en Europe comme en Asie par les puissances occupantes de la Seconde Guerre mondiale. D'où l'accent, aujourd'hui considéré presque comme indû, mis sur la protection des personnes civiles dans les seuls territoires occupés. C'était oublier que les civils sont également, et toujours plus, les victimes directes des opérations militaires. C'est au colmatage de cette gigantesque brèche que les Protocoles se sont attelés avec succès. Ils donnent une définition opportune de la population civile et des objets civils, par opposition au personnel et aux objectifs militaires. Ils assurent également toute une série de sauvegardes concernant les biens civils et les biens indispensables à la survie de la population civile en temps de guerre, interdisant notamment les bombardements aveugles et systématiques de sinistre mémoire, tout comme les mesures de représailles à l'égard de la population civile. Pour la première fois aussi, un chapitre traite de l'immunité de la protection civile. Les femmes et les enfants font l'objet de dispositions particulières, ainsi que les journalistes en mission professionnelle périlleuse.

C. — *L'Agence centrale de recherches*

Dans le cadre de cet article, il n'est certainement pas superflu d'évoquer l'une des fonctions les plus importantes — et des plus méconnues — du C.I.C.R. en faveur des victimes des conflits armés. Il s'agit du travail de l'Agence centrale de recherches. Si l'accent des observateurs est la majeure partie du temps mis sur les souffrances physiques et objectives qui résultent des combats, cela ne doit pas

masquer pour autant les souffrances psychologiques profondes, aux conséquences psychosomatiques parfois même plus graves, infligées aux familles des victimes lorsqu'elles sont abandonnées à l'ignorance du sort de leurs membres⁶³.

D. — Activités médicales

Il vaut la peine de noter que les activités médicales ont depuis quelques années repris l'importance qu'elles avaient autrefois, même si elles n'avaient été relativement oubliées pendant longtemps qu'en apparence, l'attention du C.I.C.R. s'étant portée, au fil des ans, vers d'autres champs d'action, celui des actes médicaux à proprement parler étant une affaire réglée, sans plus. Paradoxalement toutefois, il peut paraître pour le moins étonnant qu'il ait fallu attendre 1976 pour que la Division médicale du C.I.C.R. vît formellement le jour. Ainsi que le soulignait récemment un auteur : « Qui évalue en temps de conflits les besoins médicaux et paramédicaux ? Qui organise les besoins pour y répondre ? Qui décide d'envoyer des délégués-médecins et qui les prépare à leur activité ? Autant de questions auxquelles les Rapports d'activité [du C.I.C.R.] de 1954 à 1976 ne donnent pas de réponse claire »⁶⁴. Parmi d'autres explications, cet état de choses était notamment dû au fait que, après l'embrassement global de la Seconde Guerre mondiale, les conflits dans lesquels le C.I.C.R. a été appelé à intervenir se sont déroulés dans leur majorité sur des périodes relativement courtes, même si les actions auxquelles ces conflits donnaient lieu étaient très intenses (par exemple en Palestine, de 1949 à 1950, 16 mois ; en Hongrie, de 1956 à 1957, 15 mois ; au Proche-Orient, de 1967 à 1968, 8 mois ; au Nigeria, de 1968 à 1970, 25 mois ; au Bangladesh, de 1971 à 1972, 13 mois ; en Indochine, de 1973 à 1976, 48 mois ; au Liban, de 1976 à 1977, 24 mois ; au Kampuchéa, de 1979 à 1980, 15 mois). À partir

63. « C'est en retrouvant un disparu, en donnant des nouvelles d'un prisonnier de guerre dont les proches ignoraient s'il avait été blessé ou tué, en transmettant un message aux membres d'une famille dispersée par la guerre, palliant ainsi aux communications postales interrompues, c'est par bien d'autres services encore que l'Agence soulage les souffrances morales des uns et des autres. » G. DJUROVIC, *L'Agence centrale de recherches du Comité international de la Croix-Rouge* (1981), 320 pp.

64. G. WILLEMIN et R. HEACOCK, sous la direction de J. FREYMONT, *L'Organisation internationale et l'évolution de la sécurité mondiale, Volume 2: Le Comité international de la Croix-Rouge* (1984), p. 90 et 110.

des années 70 se dessine une tendance nette vers les conflits de longue durée ou sujets à des phases chroniques de résurgence violente (Afghanistan, Kampuchéa, Liban, Salvador, Iran-Irak, Tchad, Éthiopie, Angola, Vietnam, Moyen-Orient), qui ont tous pour dénominateur commun de s'installer dans la durée, ni les armes ni les solutions politiques ne paraissant en mesure d'y mettre fin. Il s'est agi par conséquent pour la Division médicale d'abandonner la pratique des interventions dites ponctuelles pour prendre désormais l'habitude de concevoir d'emblée des actions dont l'expérience récente démontre qu'elles ont de fortes chances de s'étendre sur de nombreuses années.

IV. — L'ACTION MÉDICALE DU C.I.C.R. EN TEMPS DE CONFLIT

A. — Fondements juridiques

Le droit international humanitaire ne se contente pas d'établir la liste des personnes qu'il protège. Il dresse, en outre, celle des personnes qui ont pour charge d'assurer cette protection et leur garantit, dans ce but, protection et immunité à elles aussi. Cela concerne avant tout bien évidemment le personnel médical, mais il peut s'agir à l'occasion de personnel religieux, ou d'éléments neutres au conflit et dont l'intervention peut contribuer à l'allègement des souffrances des victimes. Les Conventions de 1949 avaient limité leur protection au personnel sanitaire militaire exclusivement. L'adoption des Protocoles additionnels marque dans ce domaine un progrès considérable, puisque, à condition d'être reconnues par leurs autorités, les installations sanitaires civiles et leur personnel sont désormais, à leur tour, protégées par le droit de Genève⁶⁵.

B. — Problèmes de santé en situation de conflit armé

Dans les circonstances où le C.I.C.R. a à intervenir, qui se situent principalement dans les pays du Tiers-Monde, les problèmes de santé revêtent une importance considérable⁶⁶. En effet, l'augmentation du

65. Pour plus de détails sur la protection accordée au personnel sanitaire, voir A. BACCINO-ASTRADA, *Manuel des droits et devoirs du personnel sanitaire lors des conflits armés* (1982), 77 pp.

66. Anonyme, « Action d'assistance en situation d'urgence », *C.I.C.R.-Bulletin*, n° 102, juillet 1984, p. 3.

nombre de malades et de blessés dans ce cas est d'autant plus dramatique qu'elle s'accompagne d'une désintégration partielle ou totale des structures de santé du pays. Les problèmes de santé spécifique aux situations de conflit armé touchent principalement les quatre catégories de victimes dont s'occupe le C.I.C.R. et dont nous traiterons maintenant : les blessés civils ou militaires (1), les populations déplacées (2), les prisonniers (3), les mutilés de guerre (4).

1. — *Les blessés (civils ou militaires)*

En ce qui concerne les blessés de guerre, les données du problème varient considérablement en fonction du type de conflit et de l'infrastructure médicale des organisations armées en présence.

Lorsqu'il s'agit d'une armée classique, dotée d'un système d'évacuation des blessés et d'une infrastructure chirurgicale, les blessés ont de bonnes chances d'être sauvés à temps. De graves difficultés peuvent cependant surgir si leur nombre est tel que les structures ne sont plus à même de les absorber et parviennent ainsi à un stade de saturation qui met les chirurgiens devant le dilemme classique du triage des blessés, où le sacrifice des cas les plus graves devient inéluctable. Ces situations extrêmes sont cependant assez rares et souvent limitées dans le temps, car les armées gouvernementales ont souvent la possibilité de renforcer leurs services médicaux en recourant à toutes les ressources médicales du pays.

Il n'en est pas de même des groupes armés non gouvernementaux, qui ne sont que rarement dotés d'un système d'évacuation de blessés et dont l'infrastructure médicale n'est pas appuyée par des bases arrière solides, qui favoriseraient un traitement convenable dans les conditions de sécurité acceptables. En effet, pour résoudre des problèmes chirurgicaux graves, il faut tout d'abord un lieu sûr et accessible, un équipement relativement lourd (eau, électricité, matériel chirurgical) et un personnel hautement qualifié. De plus, il faut être capable d'acheminer régulièrement du matériel d'usage courant (sang, perfusions, pansements, désinfectants, etc.).

La réalisation de toutes ces conditions est d'autant plus difficile que toute installation fixe sera considérée par les troupes ennemies comme un objectif militaire en raison des moyens logistiques qui l'accompagnent et dont l'usage exclusivement médical sera mis en doute, à tort ou à raison. Le problème sera plus facile à résoudre si la guérilla est soutenue

ou tolérée par un pays limitrophe, qui pourra servir plus ou moins officiellement de base arrière.

Vu le caractère sporadique des combats et leur localisation imprévue, les blessés se trouvent très loin des centres chirurgicaux. La survie des blessés graves dépend directement de la durée et des conditions de leur transport vers un centre de soins approprié. Lorsque les centres chirurgicaux ne reçoivent que des blessés des membres ou des blessés légers, on peut déduire que les blessés graves meurent sur place ou durant leur transport. C'est le cas de la guérilla dans la plupart des conflits actuels. Quand la guérilla agit par des actes de sabotage ou des interventions armées au sein même de la zone soumise à l'autorité publique, il arrive que des blessés puissent être soignés dans les hôpitaux privés ou gouvernementaux à l'insu du pouvoir officiel. Cependant cette situation est assez rare, car les services de sécurité, dans de telles circonstances, tentent de vérifier l'identité de tous les blessés admis dans les établissements hospitaliers et les statistiques médicales. Les médecins, dans ce cas, courent des risques énormes en respectant les principes du secret médical, car la non-dénonciation d'un suspect est souvent considérée comme un délit grave et condamnable, même quand il s'agit du corps médical.

La crainte d'être dénoncés force donc les blessés de la guérilla à rester dans la clandestinité et les prive ainsi de bénéficier de soins appropriés.

2. — *Les populations civiles*

Les populations civiles se trouvent dans une situation dramatique dans la plupart des conflits contemporains, car elles en représentent souvent l'enjeu même. Elles seront menacées de part et d'autre, pillées par les uns, qui se nourriront à leurs dépens, et brutalisées par les autres sous prétexte qu'elles ont soutenu ceux-là mêmes qui les ont pillées. D'où d'importants mouvements de population sous la pression des événements ou des groupes armés en présence. La désorganisation des infrastructures gouvernementales (voies de communication et d'approvisionnement, réseau commercial, canalisations d'eau potable, lignes électriques, système d'élimination des déchets, etc.) rendra l'environnement où se déplacent ces populations particulièrement malsain et sera à l'origine de graves préjudices à la santé collective, qui se manifesteront par de la malnutrition, des maladies infectieuses, tels les troubles du système respiratoire

et les gastro-entérites. À quoi s'ajoute toute une pathologie liée au stress et à l'angoisse, qui fera de chaque individu un malade à plus ou moins brève échéance suivant sa résistance personnelle.

Cette croissance spectaculaire du nombre des malades pose un problème d'autant plus pressant que les structures médicales du pays, qui auraient pu prendre en charge une partie des malades, perdront rapidement leur efficacité.

Les programmes de lutte contre les grandes endémies vont être interrompus, les hôpitaux et les dispensaires situés dans les zones conflictuelles seront gravement touchés. Le personnel médical privé de son salaire abandonnera les centres de soins, emportant une partie du matériel en guise de dédommagement. L'approvisionnement en médicaments et en matériel de base sera suspendu, les ambulances ne fonctionneront plus faute de carburant et de pièces de rechange. À la longue, tout le système de santé menace ruine, au moment même où les besoins médicaux de la population s'aggravent. Ce qui risque d'entraîner une mortalité comparable ou même supérieure à celle directement liée à l'effet meurtrier des armes. Les premières victimes appartiendront aux couches les plus vulnérables de la population (enfants en bas âge, vieillards, femmes enceintes, orphelins). Avec le temps, le reste de la population subira progressivement le même sort.

3. — *Les prisonniers de guerre ou les détenus*

Les autorités responsables ne sont généralement pas prêtes à affronter les problèmes consécutifs à la détention des prisonniers. Il est, en effet, très rare que des installations convenables soient prévues et équipées pour leur assurer des conditions de vie honorables, ce qui entraîne de dramatiques conséquences humaines.

Lorsqu'un lieu de détention doit être improvisé en période de crise, au moment où toute l'infrastructure du pays est chancelante et lorsque toutes ses ressources sont subordonnées aux priorités militaires, le traitement décent des prisonniers n'est pas le souci majeur des autorités et il est nécessaire qu'un organisme extérieur intervienne afin que les prisonniers, qui ont le droit d'être traités humainement, bénéficient au moins du minimum vital.

Les problèmes de santé des prisonniers seront directement fonction des conditions générales de détention (espace vital, eau, latrines, nourriture). Les conditions psychologiques, les rapports avec l'extérieur

(courrier, contacts familiaux) jouent un rôle qui, sans être primordial, n'en est pas moins essentiel, surtout en ce qui concerne les problèmes médicaux d'origine psychosomatique, qui peuvent être d'une telle conséquence chez les détenus. La pathologie traumatique, consécutive à une blessure de guerre ou à de mauvais traitements infligés en détention, peut également revêtir une grande importance dans certaines situations et mérite une attention particulière.

4. — *Les mutilés de guerre*

Dès le début des hostilités, se posera le problème des mutilés de guerre, parmi lesquels les amputés et les paraplégiques, qui nécessitent des soins particulièrement suivis.

Les amputations seront d'autant plus fréquentes que le transport des blessés sera plus difficile et que l'usage des mines et des projectiles à petit calibre sera plus répandu. En cas de guerre, beaucoup de blessés, dont le membre aurait pu être sauvé en temps normal, devront subir l'amputation en raison de l'infection qui accompagne souvent les blessures de guerre ou des difficultés d'appliquer un traitement suivi dans une situation de crise.

Lorsque ses blessures seront cicatrisées ou même avant, l'amputé quittera l'hôpital. Comme aucune solution ne lui sera offerte, il réintégrera son milieu familial avec résignation et deviendra une charge pour ses proches. Le ministère de la Santé, complètement débordé, n'aura ni une liste des amputés à pourvoir d'appareils ni même une idée approximative du nombre d'amputés dans le pays.

Plus tard, une fois passée la crise, les autorités hésiteront beaucoup à recenser les mutilés de peur de susciter de faux espoirs et de devoir ensuite faire face aux revendications de ceux qui sont théoriquement considérés comme des héros. Il sera donc difficile d'avoir une vue précise de l'ampleur du problème.

En ce qui concerne les paraplégiques, la situation est toujours dramatique. Ces blessés sont souvent « oubliés » dans des hôpitaux non préparés à leur donner un traitement approprié et leur chance de survie est extrêmement limitée. Tous ont d'importantes escarres et des infections urinaires chroniques. Leur sort est d'autant plus dramatique que personne n'a l'espoir de pouvoir l'améliorer faute de connaître les possibilités thérapeutiques. Contrairement aux amputés, les paraplégiques sont plus faciles à recenser, car ils sont souvent gardés dans les hôpitaux.

B. — Action du C.I.C.R. dans les domaines de la santé

Dans le contexte des conflits armés internes ou internationaux, le C.I.C.R. a un rôle important à jouer dans le domaine de la santé. En sa qualité d'institution neutre et impartiale, le C.I.C.R. sera à même de résoudre certains problèmes insolubles pour les organismes gouvernementaux ou pour d'autres organisations dont l'engagement politique constitue un obstacle majeur à l'accès aux victimes les plus démunies du conflit.

L'action du C.I.C.R. se heurtera cependant à de nombreux écueils et pourra être limitée par des questions de sécurité. Il s'agira sur place de faire tout ce qu'il est possible pour éliminer les conditions souvent imposées par l'une ou l'autre des parties en faisant comprendre aux belligérants qu'ils ont avantage à respecter le C.I.C.R. qui peut, à titre d'intermédiaire neutre, rendre des services inestimables aux victimes tant d'un côté que de l'autre. Une fois dissipée la méfiance qui, dans ces circonstances, est un réflexe automatique envers tous ceux qui dialoguent avec l'ennemi, il s'agira de faire comprendre aux responsables ce que représente la neutralité, car pour un combattant, ceux qui ne sont pas avec lui sont fatalement contre lui. Grâce à un dialogue permanent avec les autorités, on obtiendra d'approcher régulièrement les victimes et de soigner ainsi les blessés des populations déplacées, les prisonniers et les mutilés de guerre.

Le C.I.C.R. étend aujourd'hui ses activités médicales à une trentaine de pays. Il dispose à Genève d'une division médicale qui dirige et surveille toutes ces actions. Une trentaine de personnes y sont rattachées, dont des médecins, infirmières, pharmaciens, physiothérapeutes, nutritionnistes et conseillers sanitaires. Sur le terrain, les équipes du C.I.C.R. sont composées de personnel suisse et de personnel expatrié mis à sa disposition par les Sociétés nationales. Un rôle toujours croissant est attribué au personnel recruté localement, soit directement, soit par l'entremise de chaque société nationale. Près de 200 personnes expatriées sont en permanence au travail sur le terrain.

Nous allons passer en revue les différents types d'actions médicales en fonction du genre de victimes auxquelles elles s'adressent : blessés (1), populations civiles déplacées (2), prisonniers (3) et mutilés de guerre (4).

1. — *Action en faveur des blessés*

Dans la mesure de ses moyens, le C.I.C.R. fera son possible pour soutenir les structures pré-existantes qui permettent de soigner les blessés de guerre. Le C.I.C.R. n'installera ses propres unités chirurgicales que lorsqu'il arrivera à la conclusion qu'un simple soutien aux unités chirurgicales en place ne suffira pas.

Dans une première phase, il s'agira de faire une *évaluation* précise de la situation générale des blessés. Où sont-ils? Combien sont-ils? Leur afflux est-il régulier? Que présagent les mois à venir?

Il importera ensuite d'étudier le système de transport des blessés vers les centres chirurgicaux (délai de transport, conditions de sécurité, système d'information, véhicules utilisés). Il sera capital de savoir si l'appartenance à un groupe politique ou ethnique risque de mettre le blessé en danger s'il doit traverser une certaine zone ou s'il est hospitalisé dans certains centres.

Un inventaire précis des installations chirurgicales et de leur fonctionnement sera nécessaire (eau, électricité, matériel chirurgical, place disponible). La qualité du personnel hospitalier fera l'objet d'un examen primordial (niveau de formation, fiabilité, motivation, etc.). Des formulaires de statistiques seront distribués dans les centres principaux et une synthèse suivra⁶⁷. À la lumière de ces renseignements, qu'il faut tenir à jour régulièrement, on pourra planifier une intervention dont la forme se pliera aux circonstances.

Le *soutien en matériel* est souvent la solution pour maintenir en fonction un centre chirurgical. Il faudra cependant s'en tenir au matériel de base indispensable et adapter l'aide aux compétences des utilisateurs. La rapidité d'action joue un rôle essentiel, ainsi que l'état du matériel et des médicaments. Il existe un système standard C.I.C.R. permettant d'envoyer du matériel préparé d'avance dans un délai très court⁶⁸. Lorsque les distributions de matériel du ministère de la Santé seront encore fonctionnelles, on se gardera de les perturber et de détruire le système par un envoi parallèle. Le C.I.C.R. doit soutenir les autorités, mais éviter à tout prix de les dégager de leur responsabilité. Les distributions seront toujours faites en fonction des besoins des victimes

67. Anonyme, « Organisation : mot-clé de l'action médicale », *C.I.C.R.-Bulletin*, n° 88, 4 mai 1983, p. 4.

68. Anonyme, « Standardisation du matériel sanitaire : rôle de pionnier de la Croix-Rouge », *C.I.C.R.-Bulletin*, n° 109, février 1985, pp. 3-4.

et on atteindra un certain déséquilibre entre les quantités de matériel qui seront données de part et d'autre si les besoins des victimes ne sont pas comparables des deux côtés.

Il faudra parfois s'employer longuement à faire comprendre à l'une des parties que le soutien en matériel médical de l'autre partie est également du rôle du C.I.C.R. et qu'il n'est pas condamnable dans la mesure où il correspond aux besoins des victimes et que du personnel compétent pourra l'utiliser.

Il est des circonstances où les structures locales sont si insuffisantes qu'il est nécessaire d'envoyer du personnel expatrié. Dans la mesure du possible, on installera une unité chirurgicale dans un hôpital existant ou dans un bâtiment en dur (école, bâtiment abandonné, hôtel, etc.)⁶⁹.

Cette unité aménagée en urgence ne traitera que des blessés et sera fermée dès que leur afflux cessera. Il est relativement rare qu'une telle unité soit requise dans un conflit international. Dans un conflit interne, cette solution n'est envisagée qu'exceptionnellement du côté gouvernemental (Tchad, Nicaragua, Kampuchéa, Liban) et n'est pratiquement jamais possible du côté de la guérilla pour des raisons de confiance ou de sécurité. Cependant, dans ce cas, elle peut être remplacée par l'installation d'une unité chirurgicale dans un pays limitrophe (Thaïlande, Pakistan), qui permet une efficacité optimum, compensant largement les problèmes consécutifs au transport des blessés.

Un rôle important que doit jouer le C.I.C.R. et dont le caractère est unique, est celui de protéger les blessés qui, de par leur état, ne doivent plus être considérés comme des combattants et bénéficient d'un statut particulier.

Au Liban, par exemple, où de nombreux groupes armés ennemis combattent sur le même territoire, le rôle du C.I.C.R. a été de « neutraliser » des hôpitaux, c'est-à-dire de les obliger d'accepter des blessés de toutes les allégeances, d'en interdire l'accès à des personnes armées et de permettre ainsi au personnel médical de remplir sa mission. Il est important de noter que, dans les hôpitaux tenus par le C.I.C.R. en Thaïlande et au Pakistan, des ennemis blessés peuvent se retrouver côte à côte dans la même chambre sans problème. En cinq ans, malgré cette promiscuité quotidienne, aucun incident grave n'est survenu entre ennemis.

69. Anonyme, « Médecine de guerre », *C.I.C.R.-Bulletin*, n° 88, 4 mai 1983, p. 4.

2. — *Action en faveur des populations civiles déplacées*

De nombreuses organisations gouvernementales ou non gouvernementales s'occupent des problèmes de santé des populations du Tiers-Monde. Le C.I.C.R. dans ses interventions médicales, s'efforce de concentrer ses efforts sur les populations déplacées en raison d'un conflit et se trouvant dans des zones d'accès difficile tant pour les gouvernements que pour les autres intervenants. Les urgences nées directement du conflit ne sont pratiquement pas dissociables de la situation pré-existante. Après avoir défini la population dont le C.I.C.R., de par son mandat, devra s'occuper, tant dans le domaine de l'assistance médicale que dans celui de la protection, il s'agit d'en définir les besoins par une évaluation précise faite par du personnel médical expérimenté.

Le C.I.C.R. ne peut remplacer le ministère de la Santé, dans les zones qui ne lui sont plus accessibles, dans l'ensemble de ses fonctions, mais il concentrera ses efforts sur les problèmes vitaux et urgents, sans se lancer dans des projets de développement inapplicables en situation d'insécurité et de mouvance continue. On examinera d'abord l'environnement où vivent les populations (eau potable, latrines, parasites, vecteurs) ainsi que l'état nutritionnel des enfants. Une rapide étude épidémiologique permettra de se faire une idée des maladies les plus courantes et les plus meurtrières. Un programme d'urgence sera ensuite établi. Généralement, les priorités résident dans les besoins alimentaires, qu'il faut évaluer avec précision, et dans les questions sanitaires.

La médecine curative, dans de telles circonstances ne sera pratiquée que si les bases de l'hygiène publique et de la nutrition sont assurées, car son effet serait nul si elle s'adressait à des gens qui n'ont rien à manger et qui vivent dans des conditions sanitaires trop déplorable⁷⁰. Le personnel local est utilisé le plus possible et sera formé sur le tas. Ceci évitera d'utiliser trop de personnel expatrié, ce qui permettra à l'intervention d'avoir un prolongement après le départ du C.I.C.R. Une aide matérielle adaptée aux besoins des utilisateurs pourra être distribuée dans les différents centres de soins. La population sera éduquée dans les domaines de l'hygiène, de l'alimentation et des soins maternels et infantiles.

En règle générale, il faudra s'en tenir à l'essentiel et éviter à tout prix de créer des besoins qui ne pourront être satisfaits par la suite. Il

70. Anonyme, « Une médecine simple mais souveraine : l'hygiène », *C.I.C.R.-Bulletin*, n° 84, 12 janvier 1983, p. 4.

faudra également se garder de favoriser par trop les victimes dont le C.I.C.R. a la charge par rapport aux populations autochtones, afin d'éviter des jalousies, génératrices de violence. Les mesures préventives, telles que les campagnes de vaccination, ne seront que rarement praticables en raison de l'instabilité de la situation et de la difficulté pratique de vacciner.

Le nombre énorme de déplacés qui présentent des troubles d'origine psychosomatique dépassant de loin les moyens d'action des médecins du C.I.C.R., il s'agira de soigner les malades en recourant aux ressources locales. La médecine traditionnelle peut, dans ces circonstances, si elle est judicieusement appliquée, rendre des services considérables.

La présence du C.I.C.R. auprès de ces populations a également des conséquences très bénéfiques dans le domaine de la protection, car certains groupes armés hésiteront à commettre des exactions en présence de ses représentants.

3. — *Action en faveur des prisonniers*

L'action du C.I.C.R. en faveur des prisonniers de guerre s'effectue dans le cadre précis de la III^e Convention de Genève, selon une méthode éprouvée depuis de multiples années. Aujourd'hui, en raison du caractère souvent hybride des conflits armés, le C.I.C.R. étend ses activités de protection en faveur des détenus politiques dans de nombreuses circonstances en dehors de toute obligation formelle de la part des États mis en cause. Avant d'entreprendre des visites dans un pays, le C.I.C.R. doit obtenir du gouvernement un accord sur les trois conditions suivantes : 1^o l'accès à tous les détenus politiques doit être autorisé ; 2^o le délégué du C.I.C.R. doit pouvoir s'entretenir avec les détenus de son choix sans témoin ; et 3^o les visites doivent pouvoir se répéter.

L'aspect médical de ces rencontres est plus ou moins important suivant les pays et les lieux de détention visités et peut revêtir des formes très diverses. En effet, les problèmes médicaux d'un détenu isolé dans une prison modèle d'un pays industrialisé, subissant des pressions psychologiques intenses, seront fort différents de ceux d'un détenu jeté dans une prison délabrée et surpeuplée d'un pays incapable de lui assurer les conditions de nutrition et d'hygiène minimales. Il est clair que le but recherché par le médecin du C.I.C.R., qui est de tout faire pour protéger l'intégrité physique et mentale du détenu, sera le même

dans des circonstances si différentes, mais que le moyen d'y parvenir variera. Il devra donc trouver à chaque problème une solution spécifique, tenant compte des réalités locales.

En règle générale, le médecin engagera d'abord le dialogue avec les autorités pénitentiaires et médicales pour connaître leur conception des questions médicales. Il complètera cette information en s'entretenant sans témoin avec les détenus. Il rassemblera ensuite des données objectives sur l'environnement où les détenus sont condamnés à vivre (espace vital, lumière, aération, eau potable, installations sanitaires, possibilité de sport et loisir, travail, contact avec les familles, secours de l'extérieur, etc.).

Un examen physique d'un groupe représentatif de détenus lui permettra d'objectiver certains problèmes (malnutrition ou avitaminoses, affections dermatologiques, etc.). Le type de pathologie rencontrée à la consultation du dispensaire et l'attitude des détenus au cours des entretiens sans témoin permettront de se faire une idée de leurs problèmes psychologiques. Les cas de mauvais traitements, s'il y en a, feront l'objet d'une attention particulière.

Fort de toutes ces données et à la lumière de son expérience, le médecin procédera à la synthèse des problèmes de santé des détenus et proposera des améliorations pratiques. Dans certains cas, l'accent sera mis sur les questions d'hygiène et de nourriture, dans d'autres sur la qualité des soins dispensés aux détenus et enfin, quand les problèmes d'ordre psychologique seront les plus évidents, sur le climat de tension qui règne en tel milieu par les autorités à l'égard des détenus. Certains cas particuliers nécessitant un traitement spécial seront recommandés à qui de droit et suivis au cours des visites ultérieures.

Le degré d'intervention du C.I.C.R. en haut lieu variera en fonction de la gravité des situations. Les résultats dépendront directement des autorités responsables, qui devront se convaincre qu'elles ne tirent aucun avantage, à long terme, à maltraiter les détenus politiques ou les prisonniers de guerre et qu'un effort de leur part est de nature à favoriser un climat de détente.

Dans certains cas de marasme économique, le C.I.C.R. peut être appelé à apporter une aide matérielle ou médicale directe aux détenus. Cependant, cette méthode n'est pas la règle du C.I.C.R., qui vise à mettre l'administration en face de ses responsabilités et non à la remplacer. Par sa présence dans les prisons et ses contacts confidentiels

tant avec les détenus qu'avec les autorités, le C.I.C.R. joue un rôle unique et parvient, le plus souvent, à protéger efficacement les détenus dans leur intégrité physique et mentale.

4. — *Action en faveur des mutilés de guerre*

L'attribution précoce d'appareils aux amputés présente de nombreux avantages et permet une récupération plus rapide. Un projet mis en œuvre sans retard est d'autant plus souhaitable qu'en plus de son effet immédiat sur les victimes, il sera d'ordinaire bien accueilli par les autorités, pour lesquelles les soldats mutilés posent un problème d'image. Il s'agira pour le C.I.C.R. d'amorcer un programme ayant de bonnes chances de se prolonger après son départ. Pour ce faire, il conviendra d'utiliser la technique la plus indépendante possible des importations, car l'expérience montre que, longtemps encore après un conflit, la majorité des pays manque dramatiquement de devises étrangères et ne peut donner priorité à l'achat de matériel destiné à l'équipement des amputés. Dès le début, les autorités devront être informées de ce problème et accepter une technologie locale qui ne correspondra généralement pas à leurs aspirations premières. Il faudra les convaincre de renoncer à des entreprises de prestige sans lendemain. L'effort se portera sur la formation de personnel local, soutenu par les pouvoirs publics, capable d'une action à longue portée. Le matériel utilisé sera le bois, le fer et le cuir suivant les ressources locales. Les résines synthétiques ne seront employées que si elles se trouvent régulièrement sur le marché local. Des résultats fonctionnels tout à fait comparables à ceux que l'on obtient dans des pays industrialisés peuvent être atteints si le personnel est bien motivé et formé. Quant à l'esthétique, on tâchera de la rendre acceptable en imaginant une solution ad hoc. Dans les quinze ateliers de fabrication de prothèses que le C.I.C.R. a installés à ce jour, plus de 6 500 prothèses ont été fabriquées suivant ce principe.

L'action en faveur des paraplégiques est également capitale et des résultats spectaculaires ont été obtenus dans des situations particulièrement critiques. Les experts sont d'abord en mesure de démontrer aux intéressés et à leur entourage qu'il n'est pas illusoire de transformer l'existence d'un paraplégique avec des moyens simples, si l'on ne cède pas au fatalisme. Si les circonstances s'y prêtent, l'exemple d'un succès provoquera d'heureuses réactions dans le milieu et un changement

d'attitude se soldera par une amélioration considérable du sort réservé aux déshérités des victimes de la guerre⁷¹.

* * *

Lorsque le droit international humanitaire est présenté devant un public non averti, les réactions sont fort intéressantes par leur diversité. Cela va de l'intérêt passionné au scepticisme le plus total, en passant dans la majorité des cas par l'étonnement. C'est en effet l'un des grands paradoxes de cette petite portion du droit international public que d'exister depuis plus de 120 ans et d'être malgré cela très peu connu du grand public. À cela il y a plusieurs raisons.

En premier lieu, quelles que soient les motivations qui poussent les États à ratifier les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels, le fait demeure qu'une fois passé le stade de la procédure de ratification ou d'adhésion, ces traités sont dans la majorité des cas soigneusement classés et oubliés, jusqu'au jour où un conflit les fait brutalement remonter à la surface. Dans l'entretemps, cet oubli a des conséquences pour le moins fâcheuses, car on n'enseigne pas les règles du droit humanitaire au beau milieu d'une crise, mais bien avant, quand il est possible de les enseigner à tous ceux qui seraient appelés en cas de conflit armé à en assurer le respect et l'application⁷².

En second lieu, il est indéniablement déconcertant pour beaucoup, d'apprendre qu'un phénomène aussi détestable que la guerre soit en fait aussi réglementé par le droit international que n'importe quelle activité de temps de paix. Comment peut-on en quelque sorte légitimer ainsi la guerre alors qu'elle représente la négation de tout ce que le monde se plaît à considérer comme civilisé? C'est évidemment mal poser le problème: la guerre est légalement interdite par la Charte des Nations Unies, mais le fait demeure qu'elle a sévi fréquemment depuis 1945. Faut-il dès lors jouer l'autruche et s'accrocher à la fiction de son inexistence politique et juridique? Ou ne vaut-il pas mieux faire face à ses tragiques conséquences sur le plan humain? Le droit humanitaire a

71. Anonyme, « Lorsque les canons se taisent... », *C.I.C.R.-Bulletin*, n° 88, 4 mai 1983, p. 4.

72. Voir J.-J. SURBECK, « La diffusion du droit international humanitaire, condition de son application », dans VASAK, *op. cit. supra*, note 1, pp. 537-549, et du même auteur, « Dissemination of International Humanitarian Law », (1983-1984) 33 *American University Law Review* 125-143.

clairement choisi la seconde voie : pendant que juristes et diplomates s'affairent autour sur des conflits du jour, le droit humanitaire s'occupe d'en secourir les victimes.

En troisième lieu, pour beaucoup de citoyens de pays qui jouissent du privilège de vivre en paix, parler du droit humanitaire revient inconsciemment à évoquer de noirs nuages que l'on préfère ignorer. Cela ne suffit malheureusement pas toujours à les écarter, comme on a pu le voir au Liban, pour ne mentionner que cet exemple.

Cet état de choses explique peut-être, sans l'excuser pour autant, le fait paradoxal que le droit à la santé au sens général souffre d'un malentendu majeur. Il est admis aujourd'hui que tous bénéficient d'un droit fondamental à la santé, comme nous l'avons vu, mais ce concept est compris par la majorité des personnes intéressées comme s'appliquant uniquement en temps de guerre. Le corollaire de cette idée reçue est en revanche qu'en cas de conflit, le droit à la santé de l'individu n'existe plus puisque, c'est bien connu, la guerre est la négation de toute réglementation, donc de toute protection. Cette conception erronée a souvent des conséquences dramatiques, les personnes protégées par le droit international humanitaire n'ayant pas conscience de leurs droits et, inversement, les auteurs des exactions n'étant pas au fait de leurs obligations et responsabilités devant le droit international. Contentons-nous de souligner à cet égard l'ignorance encore trop fréquente de ces règles par une catégorie professionnelle intéressée au premier chef, le personnel médical.

L'une des mesures les plus efficaces en vue d'assurer l'application et le respect des règles du droit humanitaire en temps de conflit armé consiste à en enseigner le contenu en temps de paix. Il importe, ce faisant, de demeurer bien conscient du paradoxe que comporte cet exercice, dont on espère effectivement qu'il se révèle inutile, faute de conflit armé dans lequel prouver sa pertinence. L'histoire mouvementée des quarante dernières années tend cependant à indiquer que, trop souvent, tel n'est pas le cas. Les bénéfices tirés de l'effort requis par un tel enseignement ne peuvent pas être chiffrés. Mais devant les victimes dont les souffrances sont allégées ou, plus fondamentalement, dont la vie est préservée, qui oserait prétendre qu'il n'aura servi à rien ?

-

-

-

-

-

-

-