

La santé publique, un volet essentiel dans l'élaboration des processus de paix

Acteurs et stratégies
d'une discipline émergente

Denis PORIGNON, Étienne MUGISHO SORON'GANE
et Philippe HENNART

En 1995, Jacques Attali écrivait dans *L'apocalypse économique* : « Pour la première fois dans l'histoire de cette planète, une espèce vivante a produit les moyens de se suicider »¹. Cette phrase résume la préoccupation dominante liée à la menace mutuelle d'utilisation de l'arme nucléaire par les blocs soviétique et occidental jusqu'en 1989. Même si la possession et le développement de l'arme atomique ont aussi été un outil de dissuasion, par ailleurs négatif et dont l'efficacité reste douteuse, il n'en demeure pas moins vrai que la hantise des guerres totales a masqué pendant de nombreuses années les conflits larvés qui survenaient un peu partout dans le monde au cours des décennies 1970 et 1980.

Pendant cette période, l'émergence politique du tiers monde a été caractérisée par trois axes fondamentaux qui ont guidé la communauté internationale dans ses relations avec les pays en voie de développement : l'anticolonialisme, le non-alignement et le développement. Depuis les années 1960, le colonialisme s'est prolongé à travers d'autres modes relationnels qui sont toujours sources de controverses entre le nord et le sud. Avec l'effondrement du bloc soviétique, le tiers monde a cessé d'exister de même que le non-alignement puisque leur existence était par définition tributaire de celle des blocs de l'ouest et de l'est. Le développement quant à lui s'est accompli de manière variable en fonction des continents et des pays. S'il représente une valeur positive et

¹ Attali, J., *L'apocalypse économique*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1995.

réelle dans certains pays, il se mesure avec une circonspection non moins réelle dans d'autres, notamment en Afrique subsaharienne².

Les mutations industrielles des pays occidentaux, l'avancée technologique qui s'en est suivie ainsi que la mondialisation dans son acception la plus large, alliée au déficit progressif des fonctions étatiques et administratives des pays en voie de développement ainsi qu'à l'importance de la corruption de nombreux dirigeants et responsables dans les pays les moins avancés ont abouti à faire de ces derniers, en Afrique du moins, des laissés pour compte criblés de dettes offrant à leurs populations des conditions de vie misérables où la violence s'exprime d'autant plus facilement qu'elle trouve ses racines dans des problèmes ancestraux de terre, d'appartenance ethnique ou de pouvoir de « chefferie » non résolus depuis l'époque coloniale.

Ce terrain brièvement et très imparfaitement résumé est le lit des conflits que l'Afrique notamment n'a cessé de voir croître depuis plus de vingt ans.

I. La place de la santé publique dans les conflits et catastrophes

Entre les décades 1960, celle des indépendances, et 1990, celle des conflits armés, le contour des interventions de santé publique a considérablement évolué.

On est en effet passé de l'organisation de la lutte contre les maladies à travers les hôpitaux et les campagnes organisées (campagnes de dépistage ou de vaccination de masse par exemple) à des interventions où les professionnels de santé doivent envisager l'individu dans sa globalité (soins de santé primaires), avec sa pleine participation (Initiative de Bamako) et dans un environnement profondément conflictuel où guerres civiles et troubles en tout genre obligent le plus souvent à mettre en place une réponse humanitaire plus ou moins efficace, grosse consommation de moyens et au terme de laquelle les acquis en matière de développement sont fragilisés, voire entièrement détruits.

Dans ces conditions réunissant problématiques sanitaires majeures avec milieux sociopolitiques et économiques instables, la santé et tout ce qui touche aux droits de l'homme deviennent de plus en plus inextricablement liés ne serait-ce que parce que l'environnement influence

² Adedeji, A., « Comprehending African Conflicts », in A. Adedeji (ed.), *Comprehending and Mastering African Conflicts. The Search for Sustainable Peace and Good Governance*, Johannesburg, Zed Books, 1999.

toujours de manière significative l'organisation de la lutte contre les maladies³.

Beaucoup d'auteurs ont relevé ces dernières années la difficile compatibilité entre la notion de santé publique et celle de conflit ou guerre. Cette analyse repose sur l'excès de morbidité et de mortalité que les conflits engendrent souvent dans des proportions qui autorisent à parler de désastre humanitaire ou de catastrophes humaines. Depuis quelques années de nombreux auteurs ont relevé le risque de mortalité beaucoup plus élevé des populations victimes de conflits, non seulement à cause des effets directs de la guerre mais surtout suite aux conséquences indirectes comme la famine, les déplacements de populations ou les épidémies ravageuses⁴. À titre d'exemple, une équipe suédoise a récemment comparé la mortalité chez les tuberculeux en temps de paix et en temps de guerre en Guinée-Bissau, pour trouver que celle-ci était trois fois plus élevée en période critique⁵.

Mais il faut dépasser ce stade pour essayer de comprendre comment les stratégies et les personnes actives dans le domaine de la santé publique (et qui, dans les pays en voie de développement, sont souvent parmi l'élite) peuvent participer à l'analyse des problèmes et à la résolution directe ou indirecte des conflits. Dans les situations critiques et les urgences complexes comme on en connaît de nombreux foyers en Afrique – mais pas seulement sur ce continent (aussi en Afghanistan, au Kashmir ou au Timor oriental, pour ne citer que quelques exemples) –, la santé publique en termes d'outil de lutte contre la maladie et de prise en charge des principaux problèmes de santé s'organise de la manière suivante :

³ Waldman, R. J. & Martone, G., « Public Health and Complex Emergencies : New Issues, New Conditions », *American Journal of Public Health*, 89 (10), 1999, pp. 1483-1485.

⁴ Toole, M. J. & Waldman, R. J., « Prevention of Excess Mortality in Refugee and Displaced Populations in Developing Countries », *Journal of the American Medical Association*, 263, 1990, pp. 3296-3302. ; Goma Epidemiology Group, « Public Health Impact of Rwandan Refugee Crisis. What Happened in Goma, Zaire, in July 1994 », *The Lancet*, 345, 1995, pp. 339-344 ; Roberts, L., For the International Rescue Committee Mortality in Eastern Democratic Republic of Congo : results from 11 mortality surveys. Available at <http://www.therec.org>. Acces vérifié le 13 septembre 2001 ; Salama, P., Assefa, F., Talley, L. et al., « Malnutrition, Measles, Mortality, and the Humanitarian Response during a Famine in Ethiopia », *Journal of the American Medical Association*, 286, 2001, pp. 563-571.

⁵ Gustafson, P., Gomes, V. F., Vieira, C. S. et al., « Tuberculosis Mortality during a Civil War in Guinea-Bissau », *Journal of the American Medical Association*, 286, 2001, pp. 599-603.

- la collecte d'information et la documentation à travers l'identification des cas et la surveillance des maladies (surveillance épidémiologique) ;
- la réalisation d'études épidémiologiques qui déterminent et quantifient l'impact en termes de santé publique des catastrophes naturelles et désastres divers liés à des guerres civiles ou internationales ;
- la conduite d'études pour déterminer et identifier les conditions, facteurs de risques et précurseurs qui peuvent conduire aux troubles ;
- la mise en œuvre d'actions d'éducation et d'information des populations, des professionnels de la santé et des décideurs politiques pour améliorer leur compréhension des enjeux ;
- l'élaboration et la diffusion d'un plaidoyer pour les politiques et programmes qui peuvent prévenir ou atténuer les effets des troubles ;
- le traitement physique et psychologique des survivants ;
- la mise en place de systèmes de santé ;
- l'évaluation de toutes ces actions.

Ces interventions potentielles doivent aller dans le sens d'un engagement des professionnels de santé pour l'intervention adéquate de tiers visant à réduire la morbidité et la mortalité parmi les populations vulnérables⁶.

De tous les éléments repris ci-dessus, celui qui apparaît comme le plus évident est celui lié à la prise en charge des problèmes de santé directs (traumatismes) et indirects (famines, déplacements de populations, etc.). Dans ce cadre, la communauté internationale et principalement les organisations non gouvernementales se sont mobilisées pour dégager des lignes de conduites standardisées afin de répondre de manière efficace et pertinente aux situations critiques en profitant des expériences des dernières décennies⁷.

Mais un autre élément essentiel est lié à la documentation, au témoignage et au plaidoyer. En effet, les professionnels de la santé ne peuvent rester muets devant l'utilisation de certaines armes (chimiques, biologiques, nucléaires ou occasionnant des blessures inutiles ou inutilement

⁶ Willis, B. & Levy, B. S., « Recognizing the Public Health Impact of Genocide », *Journal of the American Medical Association*, 284, 2000, pp. 612-614.

⁷ Médecins sans Frontières, *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations*, London, MacMillan, 1997 ; The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, Oxford, Oxfam International Publishing, 2000.

graves) ou devant les atrocités en tout genre que les victimes ont à supporter en temps de guerre ou de troubles civils. Enfin, ils doivent également s'investir dans la compréhension et la recherche de solutions aux problèmes majeurs qui sous-tendent les conflits dans lesquels ils ont à intervenir médicalement. Ils doivent donc franchir le pas qui sépare les aspects purement médicaux de ceux relevant des droits de l'homme⁸.

À ces formes de documentations « opérationnelles » s'ajoute une forme plus « conceptuelle » visant par exemple à fournir des arguments pour une classification des conflits ainsi que de leurs conséquences et donc à établir les bases permettant d'identifier les différents types de situations qu'on peut leur apporter notamment dans le domaine sanitaire⁹.

De manière pratique, voyons quelques exemples issus de l'expérience récente de l'Université libre de Bruxelles et du CEMUBAC en particulier où la santé publique a joué un rôle important dans la compréhension ou la résolution de conflits.

A. Prise en charge des réfugiés en dehors des camps en République démocratique du Congo

L'Université libre de Bruxelles à travers le CEMUBAC appuie depuis de nombreuses années un hôpital pédiatrique et trois districts de santé respectivement au Sud et au Nord Kivu (deux provinces situées à l'est de la République démocratique du Congo). Ces structures ont été très sévèrement touchées par les différentes crises qui se sont succédées dans cette partie du pays depuis le début des années 1990. Dans le district de Rutshuru en particulier, situé à environ 70 kilomètres au nord de Goma, la crise des réfugiés rwandais a été particulièrement ressentie¹⁰. En effet, en quelques jours, ce district qui compte environ 200 000 habitants a vu arriver sur son territoire quelque 300 000 personnes faisant partie du million de réfugiés venus du Rwanda et s'étant installés au Nord-Kivu. Parmi ces 300 000 réfugiés, environ 220 000 ont rapidement été canalisés dans des camps et ont été pris en charge par la communauté internationale à travers des dizaines d'ONG coordonnées par le Haut Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés (UNHCR). Environ un quart, soit 80 000 réfugiés sont restés en dehors des camps entre le

⁸ Yussuf, S., Anand, S. & MacQueen, G., « Can Medicine Prevent War? », *British Medical Journal*, 317, 1998, pp. 1669-1670.

⁹ Zwi, A. & Ugalde, A., « Towards an Epidemiology of Political Violence in the Third World », *Social Science and Medicine*, 28 (7), 1989, pp. 633-642.

¹⁰ Porignon, D., Mugisho Soron 'Gane, E., Elongo Lokombe, T., Katulanya Isu, D., Hennart, P. & Van Lerberghe, W., « How Robust Are Health District Systems? Coping with Crisis and Disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo », *Tropical Medicine & International Health*, 3 (7) 1998, pp. 559-565.

parties en présence retrouveront d'autant plus vite la paix que les mesures assurant la mise en œuvre des conditions de cette paix auront été prises. Les conditions d'une bonne santé des populations en font partie et l'organisation de services de santé locaux performants est une exigence *sine qua non* (même si non suffisante) pour assurer aux communautés un niveau sanitaire minimum.

B. Situation nutritionnelle dans et en dehors des camps de réfugiés rwandais au Kivu

Un autre aspect qui a pu être étudié par le CEMUBAC dans le cadre de la crise des réfugiés rwandais au Kivu est la distribution de l'aide alimentaire¹². La crise rwandaise est survenue dans un contexte congolais particulièrement difficile : désintégration progressive et durant depuis plus de 20 ans de l'économie nationale, disparition de l'État en tant que pouvoir organisateur de la société, prévarication et corruption grandissantes des dinosaures du régime devant l'affaiblissement progressif du président Mobutu, troubles interethniques sanglants et répétés. La région dans laquelle les réfugiés se sont installés était déjà soumise à une pression en terme de succession de désastres chroniques et aigus depuis de nombreuses années. Par ailleurs, la région est connue depuis plusieurs décennies pour ses carences alimentaires chroniques conduisant à un déficit de croissance des enfants que l'on peut qualifier de structurel¹³.

L'aide alimentaire revêtait donc un intérêt particulier pour les populations. La communauté internationale a apporté une aide alimentaire considérable dans les camps déversant des milliers de tonnes de nourriture tous les mois au bénéfice des populations réfugiées. Les populations autochtones vivant aux abords immédiats des camps ont certainement profité de cet approvisionnement sous forme d'échanges plus ou moins licites entre elles et les réfugiés. Mais les populations ne vivant pas au contact des populations réfugiées et ayant néanmoins subi le contrecoup de leur présence massive n'ont pas du tout été prises en compte dans les enquêtes nutritionnelles et n'ont pas bénéficié d'une aide dont elles

¹² Porignon, D., Katulanya Isu, D., Elongo Lokombe, T. *et al.*, « The Unseen Face of Humanitarian Crisis in Eastern Democratic Republic of Congo : Was Nutritional Relief Properly Targeted ? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54 (1), 2000, pp. 6-9.

¹³ Wils, W., « Malnutrition in Central Africa », in W.H. Mosley (ed.), *Nutrition and Human Reproduction*, New York, Plenum Press, 1978 ; Tonglet, R., Katulanya, I., Chiabera, F., Dramaix, M. & Hennart, P., « Pattern of Attained Growth in 0 to 5 Year-old Children from Kivu (Zaire) », *Ecology of Food and Nutrition*, 26, 1991, pp. 215-226.

15 juillet et le 31 octobre 1994. Pendant cette période, ces derniers ont été pris en charge du point de vue sanitaire par l'hôpital et les centres de santé du district de santé de Rutshuru. Ils ont évidemment pesé de manière significative sur la charge de travail de ces établissements sanitaires. En effet, l'utilisation des services de santé était environ 10 fois supérieure pour les réfugiés par rapport à celle de la population autochtone. Les coûts de prise en charge pour des épisodes de maladies semblables étaient environ 6 fois plus élevés pour les réfugiés que pour les autochtones mais restaient deux fois moins élevés pour les réfugiés en dehors des camps par rapport à ceux traités dans les camps. Ainsi, outre une réponse plus rapide que celle organisée dans les camps de réfugiés, les services de santé locaux ont été à même d'assurer 65 000 consultations curatives pour les réfugiés en dehors des camps avec un personnel de 6 à 10 fois moins nombreux que dans les camps par rapport au nombre de personnes à prendre en charge.

Lorsqu'on analyse les facteurs explicatifs de cette expérience positive au sein du district de Rutshuru, les performances atteintes par les services de santé congolais en faveur des réfugiés rwandais ont été positives surtout pour trois raisons. Premièrement, les professionnels en place avaient pour beaucoup d'entre eux été formés aux aspects de santé publique. En second lieu, les différents comités de santé, avec l'aide du CEMUBAC, ont pris les décisions adéquates afin de mobiliser des ressources additionnelles auprès des bailleurs de fonds. Enfin, le travail en équipe dans un cadre organisé et soutenu par l'extérieur au sein d'un système de santé fonctionnel a été privilégié. Ceci a permis entre autres d'éviter — du moins partiellement — la fuite du personnel des services de santé locaux vers les agences humanitaires demanderesse de grandes quantités de professionnels qualifiés pour effectuer la prise en charge des réfugiés dans les camps.

Cet exemple, comme d'autres d'ailleurs¹¹, montre que les services de santé locaux sont capables de participer à la prise en charge des victimes d'une catastrophe même majeure. En cela, les interventions internationales doivent demeurer attentives à la place occupée par les services de santé locaux afin d'éviter de lancer des actions qui leur soient préjudiciables (recrutement de personnels, utilisation de stocks de médicaments non recouverts en faveur des victimes, etc.). Par ailleurs, cet exemple illustre également la nécessaire complémentarité des actions d'urgence et de développement. Cet aspect est essentiel lorsqu'on parle de reconstruction et de stabilisation d'une région soumise à la guerre. En effet, les

¹¹ Voir W. Van Damme, V. De Brouwere, M. Boelaert & W. Van Lerberghe, « Effects of a Refugee-Assistance Programme on Host Population in Guinea as Measured by Obstetric Intervention », *The Lancet*, 351, 1998, pp. 1609-1613.

avaient grandement besoin. Et ce, d'autant plus que des tonnes de nourriture (viandes et produits maraîchers) produites dans des endroits jouxtant plus ou moins les camps y étaient envoyées – souvent après avoir été volées – pour y être achetées à bas prix.

Le résultat a été que la situation nutritionnelle dans la région de Masisi par exemple (située à 80 km au nord-ouest de Goma) s'est considérablement détériorée avec des prévalences de malnutrition chronique importantes (au-delà de 50 %) et des prévalences de malnutrition aiguë tout à fait inhabituelles pouvant atteindre jusqu'à 10 %. Ceci correspondait à une prévalence jusqu'à deux fois supérieure à celles trouvées en 1988 dans la même région. Dans le même temps, dans les camps, la situation des enfants avait atteint des limites acceptables (prévalence de la malnutrition aiguë inférieure à 1 %).

Ce problème soulève la difficile question de l'équité de l'aide apportée en cas d'urgence. Ce problème est important à soulever et à résoudre dans le cadre de la résolution des conflits et de la recherche d'une stratégie pouvant déboucher sur la paix. En effet, comment demander à des communautés de se mettre à table pour discuter si les hommes, les femmes ou encore les enfants qui la composent meurent de faim et surtout si les uns savent que les autres sont aidés de manière exclusive.

« La guerre affecte la santé humaine à travers la violence directe des bombes ou des balles mais également à travers le démantèlement des systèmes économiques et sociaux avec lesquels les populations ont l'habitude de faire face aux besoins sanitaires de base, épidémies et autres famines qui se déclarent souvent dans le décours des désastres, guerres ou catastrophes et à travers le détournement des ressources à des fins militaires plutôt que sociales »¹⁴. Ceci est un point capital, qui bien qu'il relève de la responsabilité des États, n'en demeure pas moins une source de préoccupation réelle dans un cadre de construction de la paix. Un petit exemple illustrant cet aspect du problème est la proportion du budget qui est consacrée par les autorités rwandaises à la défense et à la santé. En 2000, selon le *Journal Officiel de la République*, près d'un tiers du budget national était consacré au « maintien de la sécurité » alors qu'à peine 3 à 4 % étaient consacrés à la santé.

¹⁴ MacQueen, G. & Santa-Barbara, J., « Peace Building through Health Initiatives », *British Medical Journal*, 321, 2000, pp. 293-296.

II. Paix et santé publique

Comme nous venons de le voir, non seulement il est de plus en plus clair que le champ de la santé publique s'est étendu aux notions de guerre, crises humanitaires et violence, mais il est aussi de plus en plus évident que la santé et les droits de l'homme sont étroitement liés de *facto*, et qu'en temps de guerre ou de conflits, ces deux domaines se rejoignent de manière inextricable pour couvrir des aspects comme l'équité, la justice ou l'environnement.

Même si elles trouvent leur ancrage dans la réflexion générale relative aux conséquences sanitaires de la guerre marquée à la fin du siècle dernier par la création de la Croix Rouge, les préoccupations concernant les relations entre paix et santé publique sont relativement récentes. Elles ont fait l'objet de publications de plus en plus nombreuses dans des revues scientifiques médicales au cours des dix dernières années¹⁵.

Quelles sont les bases sur lesquelles on peut s'appuyer pour établir une relation entre l'action de santé publique et l'élaboration d'un processus de paix ? Des chercheurs de la McMaster University (Ontario, Canada) ont essayé de les définir en fonction de trois éléments caractéristiques des services de santé qui permettent le développement de cinq mécanismes pouvant contribuer à l'élaboration d'un processus de paix¹⁶.

A. Les éléments caractéristiques des services de santé

– L'*altruisme* qui représente la motivation à s'occuper des autres, qui est retrouvée dans toutes les sociétés humaines et qui est une des bases sur lesquelles s'appuie la prestation des services de santé. Très variable en tant que réelle motivation, il est un vecteur de la compassion au sein de nos sociétés. Il est ancré au sein d'organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé, Médecins sans Frontières, International Physicians for the Prevention of Nuclear War ou Physicians for Human Rights.

– L'*objectivité scientifique* permet de valoriser des études dont les résultats sont vérifiables et reproductibles et qui deviennent autant d'outils de lutte contre la propagande ou catalyseurs d'arguments unificateurs des populations ou encore qui apportent un soutien technique pour une argumentation organisationnelle en matière de soins de santé souvent influencée par des considérations subjectives. Comme le souli-

¹⁵ MacQueen, G., Santa-Barbara, J., Neufeld, V., Yusuf, S. & Horton, R., « Health and Peace : Time for a New Discipline », *The Lancet*, 357, 2001, pp. 1460-1461.

¹⁶ Colloque de McMaster University avec le soutien de la revue *The Lancet*, Ottawa, octobre 2001.

gnaient récemment des auteurs de la London School of Hygiene and Tropical Medicine : « le mariage entre connaissance scientifique et éthique humanitaire¹⁷ est tout à fait légitime ».

— La *légitimité* reconnue aux professionnels de la santé en tant que témoins et rapporteurs capables d'exercer une influence considérable, quoique très variable en qualité et en intensité, sur les décideurs politiques qui ne bénéficient pas, dans beaucoup de pays, du même label de valeur éthique ou de rigueur. En Afrique notamment, les infirmiers ou sages femmes sont souvent reconnus comme personnes-ressources importantes dans les mouvements associatifs locaux.

B. Les mécanismes reliant paix et santé publique

1. La limitation de la destruction par la prévention

Outre la *prévention secondaire* visant à minimiser les effets de la guerre et la *prévention tertiaire* dont le but est d'en soulager les conséquences néfastes éventuelles, la description des effets délétères en terme de santé publique de certaines armes chimiques, mines antipersonnel, armes nucléaires et autres, ainsi que leur contribution à la réflexion aboutissant à l'interdiction de ces armes, font partie des responsabilités des professionnels de santé (*prévention primaire*)¹⁸.

Ainsi, ces derniers ont-ils largement contribué à la mise en place d'une réglementation voire d'une interdiction de l'utilisation de ces dernières (arme nucléaire, mines antipersonnel, etc.)²⁰. Récemment également, le Comité international de la Croix-Rouge a développé des critères objectifs et médicalement acceptables pour affiner la définition de « blessure superflue et souffrance inutile » reprise dans les Conventions de Genève de 1949.

¹⁷ Le mot humanitaire est ici considéré dans son acception la plus large (note des auteurs).

¹⁸ Zwi, A., Garfield, R. & Sondorp, E., « Health and Peace : An Opportunity to Join Forces », *The Lancet*, 358, 2001, pp. 1183-1184.

¹⁹ Les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire sont développées dans Levy, B. S. & Sidel, V. W., « Preventing War and Its Health Consequences : Roles of Public Health Professionals », in B. S. Levy & V. W. Sidel (eds.), *War and Public Health*, Oxford University Press in Cooperation with the American Public Health Association, 1997.

²⁰ À titre d'exemples, les associations International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) et Handicap International ont toute deux reçu le Prix Nobel de la Paix pour leurs luttes respectives en faveur du désarmement et en faveur de l'abolition des mines anti-personnels.

2. La contribution directe dans la gestion des conflits

Dans un rapport cité récemment dans un éditorial du *Lancet*, l'Organisation mondiale de la Santé affirmait avec une juste conviction : « Regarder la contribution dans la construction de la paix des professionnels de santé comme étant externe à leur rôle relève au mieux de la myopie et au pis de la négligence »²¹. En effet, les professionnels de la santé sont capables à la fois d'avoir accès aux plus hautes instances d'une nation, comme ce fut le cas par exemple de l'Association internationale des médecins pour la prévention des armes nucléaires avec Reagan et Gorbatchev durant la guerre froide, mais également et de manière plus prosaïque, de s'interposer dans des agendas politiques pour faire valoir des combats purement sanitaires comme la lutte contre la poliomyélite au Salvador, en République démocratique du Congo ou au Sri Lanka²². Dans ces cas par exemple, des millions d'enfants ont été vaccinés, y compris dans des zones de combat à la seule condition possible que cela se fasse avec l'entendement des parties en présence. Cela suppose bien évidemment la mise en place de canaux de communication entre les belligérants et la prise de décision unanime de stopper les hostilités pendant la période où les vaccinations contre la poliomyélite devaient être réalisées de manière systématique dans la population des enfants de moins de cinq ans (Journées nationales de vaccination). Ceci a eu des conséquences importantes pour l'éradication de la poliomyélite dans ces pays mais également, et ce fait est nettement moins bien connu, pour la construction de la paix dans ces mêmes pays. À titre d'exemple, au Salvador, les différents comités et organes de concertation mis en place au niveau national et régional pour les vaccinations ont été impliqués ostensiblement dans la finalisation des accords de paix.

3. La solidarité

Celle-ci s'exprime d'une part à travers les liens interprofessionnels qui peuvent entraîner une certaine protection contre les persécutions, les disparitions ou les assassinats arbitraires des professionnels de la santé mais encore par la contribution d'équipes de soins qui se déplacent vers les populations les plus retirées dans le but de leur administrer des soins dont ils sont privés suite aux faits de guerre.

Cette solidarité peut également se marquer par un soutien externe à des professionnels de santé actifs dans une situation critique. Ce soutien tel que celui pratiqué dans le cadre de projets de développement, permet

²¹ Editorial, « Defining the Limits of Public Health », *The Lancet*, 355, 2000, p. 587.

²² Bush, K., « Polio, War and Peace », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (3), 2000, pp. 281-282.

le maintien d'une « connexion » avec le monde extérieur offrant aux intéressés un appui technique et humain qui s'est avéré salutaire dans bien des situations.

4. Le renforcement de la cohésion sociale

Puisque les soins de santé sont un des moyens principaux par lesquels une société exprime son engagement, pour le bien-être de chacun, la reconstruction ou l'élaboration d'un système de santé accessible à tous les membres de la société peut promouvoir le sentiment de sécurité et d'appartenance à un groupe large qui respecte les personnes et ren- contre leurs besoins de base.

Cet aspect a trouvé une illustration récente au Rwanda où la réhabilitation du système de santé a fait partie des objectifs principaux choisis avec l'appui des organisations internationales par le gouvernement mis en place dans la reconstruction du pays. Encore actuellement, dans l'est de la République démocratique du Congo, la fonctionnalité des hôpitaux et centres de santé est à la fois source et indicateur de stabilité dans les zones troubles occupées par les forces étrangères.²³ Enfin, au Kosovo, la collaboration des médecins des différentes parties en cause a été sollicitée auprès des gouvernements responsables afin de rationaliser les maigres ressources médicales encore disponibles dans la région.²⁴

Par ailleurs la prise en charge des aspects psychologiques est une condition essentielle pour l'apaisement des peurs, des angoisses, du stress et de la tristesse consécutifs aux actes de violences endurés par les victimes. Sans cet apaisement il n'est point de salut. Cet aspect lié à l'apprentissage dans les écoles des mécanismes des résolutions non violente des conflits joue un rôle capital dans le renforcement de cohésion intra- et inter-communautés et donc dans l'établissement d'une paix durable.

5. La dissidence

Enfin, la dissidence, outil non spécifique aux professionnels de la santé mais ne les excluant nullement peut prendre des formes diverses : de la protestation à la persuasion, à la non-coopération ou au retrait d'intervention des organisations non gouvernementales. Médecins sans Frontières ou d'autres ont illustré cet aspect notamment lors de la crise

²³ Goyens, P., Porignon, D., Mugisho Soron'Gane, E., Tonglet, R., Hennart, P. & Vis, H. L., « Humanitarian Aid and Health Services in Eastern Kivu, Zaire : Collaboration or Competition », *Journal of Refugee Studies*, 9 (3), 1996, pp. 268-280.

²⁴ Palmer, C., « Physicians for Human Rights Raise Concerns for Ethnic Albanians in Refugee Camps and inside Kosovo », *The Lancet*, 353, 1999, pp. 2065-2066.

des réfugiés rwandais où, après avoir marqué un désaccord certain avec l'intervention dans les camps de réfugiés abritant les « génocidaires », certaines se sont purement et simplement retirées de toute action²⁵.

Au-delà de cette analyse et de ces quelques exemples, les questions qui continuent à se poser de manière aiguë sur le sujet sont :

- Est-ce que les services de santé peuvent contribuer à limiter les effets des conflits et des désastres ? En d'autres termes peut-on agir en prévention secondaire (réduire les effets directs de la guerre) et tertiaire (réduire les effets des conséquences de cette dernière)
- Quels sont les principes fondamentaux et opérationnels de construction de la paix à travers la santé ?
- Comment ces considérations peuvent-elles influencer les politiques de santé et leur mise en œuvre ?
- Comment l'impact d'une initiative de paix peut-il être évalué ?
- Comment peut-on contribuer à la formation des professionnels de santé sur ce sujet ?

Que ce soit dans le cadre d'une nouvelle discipline de la santé publique²⁶ ou plus simplement d'un engagement dans la mise en œuvre d'une capacité et des ressources déjà définies²⁷, les réponses à apporter à ces questions seront d'une importance capitale pour l'avenir des services de santé dans de nombreux pays soumis à un stress guerrier majeur pendant des périodes prolongées.

En tout état de cause, trouver des réponses à toutes ces questions ne peut se faire en quelques lignes. Néanmoins, nous avons voulu proposer quelques pistes de réflexion sur les actions concrètes qui peuvent être menées sur le terrain.

²⁵ Peters, M. A. & Monroe-Blanchette, R., « Band-Aids and Genocide. Medical Aid to Rwandan Refugees », in M. Peters (ed.) *A Health-to-Peace Handbook : Ideas and Experiences of How Health Initiatives Can Work for Peace*, Canada, McMaster University, 1996.

²⁶ Mac Queen, G. et al., 2001, *op. cit.*

²⁷ Zwi, A. et al., 2001, *op. cit.*

III. Quelles voies pouvons-nous dégager pour le futur ?

A. La notion d'organisation des services de santé : la complémentarité entre développement, urgences et programmes dits « verticaux »

Les données épidémiologiques recueillies souvent par les organisations internationales ont permis d'identifier les problèmes de santé qui causent, de manière récurrente, la mortalité et la morbidité les plus importantes dans les situations critiques, souvent appelées « urgences complexes »²⁸. Elles ont également montré que les enfants et les femmes sont particulièrement touchés par ces situations adverses. Les programmes d'aide ont besoin de se focaliser sur ces problèmes de santé publique – diarrhées, infections des voies respiratoires, rougeole, malnutrition, blessures, violences en tous genres – et principalement au bénéfice de ces deux groupes cibles. Les programmes mis en place doivent se baser sur des argumentations techniques et les interventions doivent être évaluées. Les rôles respectifs des programmes de développement et des interventions d'urgence doivent être respectés et renforcés.

Comme illustré plus haut, il est apparu depuis quelques années que les services de santé locaux sont à même de jouer un rôle significatif dans la prestation de service en situation critique²⁹. Ceci diminue la tension entre populations hôtes et déplacées et/ou réfugiées par exemple et facilite l'intégration de ces dernières. De même, la collaboration entre « urgence » et « développement » doit se faire de manière plus harmonieuse, notamment à l'instigation des bailleurs de fonds qui, en mettant en place des mécanismes sélectifs d'octroi des fonds, favorisent des compétitions inutiles préjudiciables non seulement à la prise en charge des victimes mais encore à l'élaboration de stratégies permettant la reconstruction en phase post-critique. Cette compétition est de nature à altérer le processus de rapprochement des opposants et donc de reconstruction de la paix³⁰.

En outre, les activités sélectives comme les campagnes de vaccination ou la distribution de nourriture doivent être organisées en faveur de l'ensemble des bénéficiaires potentiels sans qu'une partie d'entre eux

²⁸ Toole, M. J., « Complex Emergencies : Refugee and Other Populations », in K. E. Noji (ed.), *The Public Health Consequences of Disasters*, Oxford, Oxford University Press, 1997.

²⁹ Porignon, D. et al., 1998, *op. cit.* ; Van Damme, W., « Medical Assistance to Settled Refugees. Guinea 1990-1996 », *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 11, Anvers, 1998, pp. 1-249.

³⁰ Goyens, P. et al., 1996, *op. cit.*

soit exclue sous prétexte qu'ils ne sont pas des victimes directes du désastre en cours³¹. La coordination des aides en cas de conflits ou de catastrophes est souvent confiée à des organisations d'urgence comme le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, Médecins sans Frontières ou International Rescue Committee. Afin d'assurer une meilleure intégration entre actions d'urgence, programmes verticaux et services de santé locaux, le recours à des agences plus orientées vers le développement – voire à l'Organisation mondiale de la Santé en cas de crise majeure comme au Rwanda, en ex-Yougoslavie ou en République démocratique de Congo – devrait être organisé et financé.

Par ailleurs, il existe des étapes intermédiaires décisives qui peuvent être prises pour diminuer les conséquences sanitaires. Par exemple, la réparation des adductions d'eau et des systèmes d'évacuation des déchets, la réhabilitation des infrastructures médicales, la distribution de nourriture pour les populations enclavées ou comme mentionné plus haut le renforcement des programmes de vaccination des enfants et des femmes enceintes sont autant d'activités qui peuvent contribuer à diminuer les passions en allégeant la souffrance des populations victimes ou des combattants³².

B. La mise en place des organes de gestion et la participation de la communauté

Un des axes développés dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires qui constitue elle-même un des piliers de l'organisation des services de santé dans les pays en voie de développement est la participation de la communauté. Celle-ci, outre ses aspects financiers, se comprend également dans une acceptation de contribution à la prise de décision dans la gestion des services de santé.

Dans cette optique, il a été recommandé de mettre en place au niveau de chaque établissement (centre de santé, hôpitaux, etc.) des « comités de santé » devant assurer la gestion des infrastructures, des personnes, des équipements et des ressources financières avec, à côté des professionnels de santé, des membres élus et représentant au mieux la population que l'établissement est amené à prendre en charge au point de vue sanitaire.

³¹ Haelterman, E., Boelaert, M., Suetens, C., Blok, L., Henkens, M. & Toole, M. J., « Impact of a Mass Vaccination Campaign against a Meningitis Epidemic in a Refugee Camp », *Tropical Medicine and International Health*, 1, 1996, pp. 385-392 ; Porignon et al., 1998, *op. cit.* ; Porignon et al., 2000, *op. cit.*

³² Toole, M. J., Galson, S. & Brady, W., « Are War and Public Health Compatible? », *The Lancet*, 341, 1993, pp. 1193-1196.

En cas de conflits, ces comités sont amenés à se réunir et à prendre les mesures qui permettront au personnel de continuer, si possible, à prestier les soins nécessités par l'état de santé plus ou moins gravement altéré des populations victimes.

En République démocratique du Congo, ces comités de santé ont été mis en place dès la fin des années 1980. Au Nord-Kivu et dans le district de santé de Masisi en particulier, leur mise en place a été appuyée par le CEMUBAC, la Coopération belge et l'Union européenne. Ils ont joué un rôle significatif dans la gestion des différents épisodes critiques que l'est du pays a connu ces dernières années : troubles interethniques en 1993, afflux des réfugiés rwandais en 1994, guerres en 1996 ainsi qu'en 1998 et finalement, persistance de troubles et de zones de guérilla depuis 1999. Malgré les différents pillages que le district de santé de Masisi a subis, détruisant ou endommageant centres de santé et hôpital à plusieurs reprises, l'existence des comités de santé a permis de maintenir une cohésion suffisante pour assurer un service de santé minimum à la population et surtout de contribuer aux efforts de reconstruction appuyés par différentes agences internationales comme le Comité international de la Croix-Rouge, Médecins sans Frontières ou Oxfam. Leur rôle a été de canaliser les efforts afin de rationaliser la reconstruction. Par ailleurs, la collaboration avec les autorités politico-administratives de la place a permis de garantir que les distributions de l'aide proposée par les partenaires internationaux soient obtenues d'abord, puis équitablement réparties entre les différentes factions. Enfin, en accord avec ces comités de santé, les professionnels de santé (médecins, infirmiers, gestionnaires, etc.) ont contribué à la restauration de la cohésion de la région en organisant et en réalisant – parfois à pied – des missions de supervision destinées à porter secours aux populations les plus isolées. Des consultations curatives, des évacuations de blessés graves vers l'hôpital, le renforcement des programmes de vaccination ont pu ainsi être réalisés et ce, au profit des ressortissants des différentes parties en présence dans le conflit. Ces actions ont permis aux responsables du district de santé de garder une certaine « neutralité » dans le conflit et d'être considérés par les parties en présence comme des personnes ressources dans les négociations de paix au niveau local.

C. La documentation et la publication scientifique

Il s'agit ici, non seulement de la documentation des effets dévastateurs des guerres et troubles mais encore de la défense d'un certain nombre de principes destinés à faciliter l'élaboration d'une paix du

table³³. Par exemple, l'évacuation des blessés et/ou la défense du maintien d'un minimum de services de santé pour les populations hôtes du conflit diminueront la rancœur des survivants et faciliteront d'autant la reconstruction. Par ailleurs toutes les actions permettant de renforcer la transparence des actions et la confiance au niveau individuel et communautaire sont également appréciables car elles permettent de renouer plus facilement un dialogue sain et constructif.

Les professionnels de santé publique ont un rôle important à jouer dans le développement de systèmes de détection précoce des conflits qui soient sensibles et adaptés en mettant en place des systèmes d'alerte permettant la documentation précise et fiable d'une augmentation du nombre de cas de telle ou telle pathologie spécifique d'une condition appelant une intervention rapide. Ils devront aussi agir comme avocats crédibles en faveur d'une réponse humanitaire rapide au plus haut niveau de décision politique³⁴.

Dans ce cadre, les organisations non gouvernementales commencent à jouer un rôle dont le contenu politique devient de plus en plus important par la dénonciation et la documentation pertinente³⁵. L'exemple récent d'International Rescue Committee relatif à la mortalité encourue par les populations victimes dans le cadre des récents conflits en République démocratique du Congo est tout à fait illustratif sur ce point³⁶. Cette ONG a pour la première fois fourni des estimations sur le nombre de décès (environ 2,5 millions au cours des trois dernières années) dans la guerre en République démocratique du Congo.

Il faut enfin noter que des grands journaux, relais de la diffusion de l'information scientifique dans le monde médical, comme *The Lancet*, le *British Medical Journal* et le *Journal of the American Medical Association* se font, depuis quelques années les échos systématiques de situations critiques en mettant souvent l'accent sur les aspects d'équité³⁷. Cette contribution scientifique est importante par la réputation et le

³³ Levy, B. S. & Sidel, V. W., « Preventing War and Its Health Consequences : Roles of Public Health Professionals », in B. S. Levy & V. W. Sidel (eds.), *War and Public Health*, Oxford University Press in Cooperation with the American Public Health Association, 1997.

³⁴ Toole, M. J., 1997, *op. cit.*

³⁵ Smith, B., « The Role of Non Governmental Organizations in Responding to Health Needs Created by War », in B. S. Levy & V. W. Sidel (eds.), *War and Public Health*, Oxford University Press in Cooperation with the American Public Health Association, 1997.

³⁶ Roberts, L., 2001, *op. cit.*

³⁷ Voir par ex. P. B. Spiegel & P. Salama, « War and Mortality in Kosovo, 1998-99 : An Epidemiological Testimony », *The Lancet*, 355, 2000, pp. 2204-2209.

sérieux des journaux concernés vis-à-vis d'un pouvoir politique local ou international qui demande une information technique fiable pour prendre des décisions adéquates.

D. La formation du personnel

Les professionnels de santé qui souhaitent s'impliquer dans la médiation et dans la résolution des conflits doivent recevoir une formation adéquate dont les axes principaux sont les suivants :

- développement et affinage des capacités de relations interpersonnelles ;
- connaissance de la dynamique et des processus conduisant aux conflits intra et interpersonnels, intra- et inter-communautés et internationaux ;
- compréhension des causes des conflits et des théories relatives aux résolutions de conflits ;
- connaissance de l'histoire et des causes du conflit pour lequel une intervention est souhaitée ;
- un engagement humanitaire personnel pour la recherche de la paix dans un cadre de justice ;
- si possible, une absence de parti pris en faveur de l'un ou l'autre « camps ».

Cette formation est nécessaire pour la compréhension de l'environnement dans lequel les professionnels de santé sont amenés à travailler mais également pour renforcer la pertinence des actions à mener dans le cadre de leurs interventions³⁸.

À cela il faut ajouter les initiatives de formation locale pour répondre aux besoins les plus criants. La Croix-Rouge forme depuis des années des personnes capables d'assurer des soins de base aux populations. Cette formation peut même être l'occasion de réinsérer des anciens militaires dans un circuit professionnel civil. Ainsi, au début des années 1990, la Bolivie a lancé avec le soutien des Nations Unies, un programme de recyclage des soldats en agents de santé communautaire³⁹.

Enfin, la formation des étudiants en médecine et des autres professionnels de santé doit impérativement s'ouvrir progressivement vers des préoccupations internationales de manière à pouvoir mieux comprendre les enjeux de la mondialisation qui, sous différentes formes,

³⁸ Brennan, R. J. & Nandy, R., « Complex Humanitarian Emergencies : A Major Global Health Challenge », *Emergency Medicine*, 13 (2), 2001, pp. 147-156.

³⁹ Chelala, C., « Bolivian Soldiers Double up as Health Workers », *The Lancet*, 355, 2000, p. 2057.

influence de plus en plus le travail quotidien des cadres médicaux et paramédicaux aux quatre coins de la planète. L'initiative du University College of London est à souligner dans ce domaine. Cette institution vient de créer un centre de santé internationale et de formation médicale. Elle vient également d'inscrire à son programme des modules de santé internationale au cours des première et dernière années du curriculum de formation des médecins⁴⁰.

E. L'implication des professionnels de santé dans la médiation

Une fois les compétences nécessaires acquises, le professionnel de santé peut se lancer dans une action qui sera le lit d'une intervention orientée sur la médiation ou la résolution de conflits. Par exemple, la prestation dans le cadre de l'aide humanitaire, le développement de courtoisie de tranquillité ou encore le maintien de contacts avec des cadres médicaux de chacune des parties opposées sont autant d'occasions qui pourront être saisies pour participer à une action de développement de la paix⁴¹.

Toutes ces actions peuvent être menées à titre individuel mais auront plus de poids si elles sont conduites à travers des organisations de reconnaissance internationale, comme l'Organisation mondiale de la Santé, Médecins sans Frontières, le Comité international de la Croix-Rouge ou Physicians for Human Rights.

Conclusions

Les contextes évoluant rapidement à la fin du siècle dernier, la santé publique s'est progressivement intéressée aux conséquences sanitaires des conflits et catastrophes. Elle a pris conscience de la globalité de la problématique de la plupart des guerres qui n'autorise pas de séparer la santé des autres droits humains. Enfin, elle développe actuellement un champ d'intervention positif dans les processus de paix qui doivent eux-mêmes tenir compte des aspects liés à la santé afin de s'asseoir profondément dans les attentes des populations qui sortent d'un conflit dont les suites au point de vue sanitaire sont souvent lourdes à court et à long terme pour les victimes.

⁴⁰ Editorial, « Educating Doctors for World Health », *The Lancet*, 358, 2001, p. 1471.

⁴¹ Lever, N., *Conflict Resolution and Mediation for Health Professionals*, in B. S. Levy & V. W. Sidel (eds.), *War and Public Health*, Oxford University Press in Cooperation with the American Public Health Association, 1997 ; Iacopino, V. & Waldman, R. J., « War and Health : from Solferino to Kosovo : The Evolving Role of Physicians », *Journal of the American Medical Association*, 282, 1999, pp. 479-481 ; Waldman, R. J., « Public Health in Times of War and Famine. What Can Be Done ? What Should Be Done ? », *Journal of the American Medical Association*, 286, 2001, pp. 588-590.