L'interaction civilo-militaire médicale dans la résolution des crises

V. Denux

Résumé

Les crises sont de plus en plus complexes en raison de la variété des causes qui les génèrent mais aussi à cause de la multiplication des acteurs impliqués dans la réponse. Le domaine santé est devenu, quant à lui, un pilier majeur de la gestion des crises dû aux missions de sécurité humaine qui vont augmenter en nombre, en taille et en complexité. De plus, le soutien santé est une obligation légale et morale selon le droit universel. La santé est aussi considérée de nos jours comme essentielle à la stabilité et au développement d'un pays. En conséquence, la communauté médicale internationale a un rôle important à jouer mais seule une cohérence d'action peut garantir son efficacité. Il existe une véritable volonté politique et stratégique pour coordonner les efforts et de nombreux documents de référence ont été produits pour favoriser la collaboration. Cependant, en dépit de ces progrès, la séparation des espaces humanitaire et militaire n'est pas claire et le développement d'une interface efficace doit encore être réalisé sur la base de nouveaux mécanismes, processus et outils collaboratifs.

Mots-clés : Approche globale. Collaboration. Espace humanitaire. Espace militaire. Interface civilo-militaire.

Abstract
MEDICAL AND CIVIL MILITARY INTERACTION IN CRISIS MANAGEMENT

Crises are more and more complex because of their many triggering causes and the extensive elements to be considered when dealing with them. Health has become one of the main factors of the complexity of crises. Moreover, healthcare is a legal and moral obligation according to universal laws. Last but not least, health is increasingly understood to be essential to State stability and development. Therefore, the whole international medical community has an important role to play. However only a coherent action can guaranty the efficiency of the measures implemented. A real willingness to coordinate efforts exists at the political and strategic levels and many documents of reference have been produced to help the collaboration between the State and the Military. However, in spite of these progresses, the separation between humanitarian and military territories is not clear and the development of an efficient interface has still to be implemented with new collaborative mechanisms, processes and tools.

Keywords: Collaboration. Civil-military interface. Humanitarian space. Military space. Comprehensive approach.

DOSSIER

Introduction

Les situations d'urgence humanitaire, lors de conflits ou de catastrophes naturelles, ne peuvent plus être ignorées à l'époque des réseaux de communications mondiaux et des médias sociaux. La pression de l'opinion publique pèse excessivement lourd sur les décideurs politiques pour que des actions soient conduites. Les capacités de réponse sont de plus en plus souvent hybrides, provenant de la société civile mais aussi des forces armées (1). Le monde assiste à une multiplication des acteurs étatiques et non gouvernementaux pour le secours aux populations et la reconstruction ou le développement des maillages sanitaires des états en difficulté. La vraie problématique réside actuellement non pas dans le déficit de moyens mais au contraire dans une abondance non maîtrisée. Des organismes et des mécanismes de coordination ont été créés depuis les années 1990 tels que le bureau de la coordination des affaires humanitaires (*United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs* – UN OCHA), créé en 1991, ou le comité permanent inter-agences (*Inter Agency Standing Committee* – IASC), créé en juin 1992 (2). Ces deux organismes tentent d'harmoniser et d'organiser les actions des acteurs de la société civile. Les résultats restent mitigés. À cela se greffe l'implication des militaires, de plus en plus importante, pour la délivrance des soins aux populations et le renforcement des réseaux santé locaux. Cette présence militaire dans l'espace humanitaire a fait émerger de nombreuses questions. Le

V. DENUX, médecin en chef.
Correspondance : V. DENUX, Direction centrale du Service de santé des armées, Division Performance, Synthèse, bureau Études et Prospective, Fort Neuf de Vincennes, Cours des Maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.
E-mail : valerie.denux@sante.defense.gouv.fr

propos n'est pas ici celui de la légitimité de leur action, mais la compréhension de leur positionnement et de la manière possible d'optimiser l'action de tous les acteurs présents sur le terrain. Il est temps maintenant d'ouvrir un nouveau chapitre de l'interaction civilo-militaire médicale par laquelle les acteurs civils et militaires sont complémentaires pour atteindre une stabilité durable. La période où les militaires représentaient la seule issue pour résoudre une crise est définitivement passée, l'expérience opérationnelle montre que pour relever les défis sécuritaires complexes, il est essentiel d'adopter une approche globale (3). Ce dernier point est loin d'être simple à réaliser car cela sous-entend une excellente connaissance des acteurs en présence, des mécanismes d'interaction rodés, des difficultés relationnelles résolues ou contournées et un consensus sur la nécessité de travailler tous ensemble.

Cet article a donc pour propos d'identifier les principaux grands acteurs en présence et les règles qui les régissent, leurs difficultés du partage de l'espace et enfin la nécessité de la mise en place d'une interface solide entre civils et militaires.

Acteurs en présence et règles communes

Les acteurs en présence sont généralement divisés en deux grands groupes : les militaires et les civils. C'est un raccourci qui favorise les erreurs de jugement. Les militaires, qui semblent représenter un bloc homogène, ont en réalité différentes cultures, différents mandats, différentes règles d'engagement, et agissent sous l'égide d'organisations variées (Organisation du traité de l'Atlantique Nord – OTAN, Organisation des Nations-Unies – ONU, Union Européenne – UE, Union Africaine – UA, Nations). Dans cet article l'hétérogénéité des militaires ne sera pas abordée en détail car elle est bien connue des lecteurs et représente une entité bien plus cohérente que la société civile. Cette dernière est composée d'agences gouvernementales, d'autorités locales, de volets civils d'organisations internationales et d'une myriade d'acteurs non gouvernementaux qui ont à leur tour des objectifs et des statuts parfois totalement opposés. C'est un environnement ultra-complexe qu'il est essentiel de maîtriser avant toute tentative d'interfaçage. Un tableau non exhaustif mais dans ses grandes lignes est présenté ici.

Le travail international de secours aux populations est en effet conduit par un assortiment d'organisations et d'agences liées à une grande variété d'Organisations non gouvernementales (ONG) représentées au niveau international par des organisations « parapluie ». Les plus importantes sont UN OCHA et IASC qui ont été créées pour renforcer la coordination de l'action humanitaire. Ce sont des clés pour guider le large spectre des acteurs humanitaires. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est, elle aussi, très importante à considérer car c'est l'autorité dans le domaine santé pour toutes les agences et affiliés des Nations-Unies. Elle dirige le groupe santé globale (*Global Health « Cluster »*), créé en 1995 et qui est composé de 38 membres et de 4 observateurs. Les membres viennent d'horizons très variés comme des agences de l'ONU (ex : UNICEF, Programme contre la faim), des agences de développement (ex : *Office of Foreign Disaster Assistance* – USAID, UK *Department for International Development* – DFID), des ONG (ex : Médecins du monde, Terre des Hommes) ou encore des universités (ex : Harvard, Columbia). Parmi les observateurs deux acteurs majeurs : le Comité international de la Croix rouge (CICR) et Médecins sans frontières (MSF). Le mouvement de la Croix rouge et du Croissant rouge international n'est pas, lui non plus et contrairement à beaucoup d'idées reçues, une entité unique. Il est composé de la fédération des sociétés nationales de la Croix rouge et du Croissant rouge qui assiste les victimes de désastres et du CICR qui est le gardien et le promoteur du droit des conflits armés. Il est à noter qu'il existe aussi de très nombreuses organisations non gouvernementales sous l'égide de l'Office d'aide humanitaire de la commission européenne (ECHO) mais aussi beaucoup d'ONG indépendantes dont l'influence est moindre mais dont le pouvoir de brouiller la vision des acteurs en présence est grand. Pour illustrer cette incroyable pluralité, Haïti, appelée la « République des ONG », avait 10 000 ONG sur son territoire, dont 75 % dans le domaine santé, avant le tremblement de terre de 2010, suite auquel le nombre est passé à 15 000 (4).

Il est aisé de comprendre qu'il existe de vraies difficultés de coordination mais l'anarchie totale est évitée grâce à des règles communes. La plus universelle de toutes est représentée par la Déclaration des droits de l'homme adoptée en 1948 par l'Assemblée générale des Nations Unies. Viennent ensuite les quatre Conventions de Genève et leurs protocoles additionnels, ratifiés par 186 États, puis les résolutions des Nations Unies qui ont une dimension universelle aussi de par les 193 membres de l'organisation. La résolution 46/182 par exemple porte sur le renforcement de la coordination de l'assistance humanitaire d'urgence. D'autres documents sont aussi des références tels que le Code de conduite du mouvement de la Croix rouge et du Croissant rouge, connu sous le nom de RC/NGO Code, le guide pour l'usage des capacités militaires étrangères et civiles de la défense lors des désastres, appelé *Oslo Guidelines* (5), et lors des urgences humanitaires complexes, appelé *MCDA Guidelines* (6), le guide civilo-militaire pour les urgences complexes (7), le guide du groupe santé globale développé récemment par l'OMS, l'IASC et d'autres organisations civiles (8), les guides spécifiques à chaque zone de crise écrits par UN OCHA comme par exemple celui pour l'Afghanistan. La documentation de référence est prolifique et est une véritable aide pour les acteurs humanitaires mais aussi pour les militaires. En effet, les militaires sont soumis au droit international universel comme les autres, et les guides tels qu'*Oslo Guidelines* ou *MCDA Guidelines* sont vitaux pour la coordination dans le cadre d'actions humanitaires. Il reste cependant de nombreux écueils à résoudre pour que le partage de l'espace entre militaires et humanitaires se fasse sans trop de heurts.

Le partage de l'espace

L'espace d'action est composé de l'espace humanitaire, de l'espace militaire et de l'espace commun aux deux. Ils

représentent des espaces conceptuels d'activités et non des espaces géographiques. L'espace humanitaire est défini par l'OXFAM (Confédération internationale de 17 organisations qui, dans le cadre d'un mouvement mondial pour le changement, travaillent en réseau dans 92 pays pour lutter contre la pauvreté) comme l'environnement dans lequel le droit des populations à recevoir protection et assistance est confirmé et où des agences d'aide peuvent réaliser une action humanitaire efficace en toute impartialité et indépendance (9). L'espace militaire est défini par le *Joint Analysis Lessons learned Centre* (JALLC) (10) comme l'environnement dans lequel, à cause de conditions sécuritaires dégradées et en vertu d'un mandat légal d'intervention des forces armées, les militaires sont placés dans le rôle de leader pour soutenir le droit des populations à recevoir protection et assistance. Dans cet espace, les civils sont dépendants des militaires pour leur propre sécurité et l'accès aux populations dans le besoin. L'espace commun, défini aussi par JALLC, est la zone entre les deux où la situation sécuritaire est instable et fluctuante, où le mandat ne couvre pas explicitement quelles activités sont sous la direction de quels acteurs, et où la coordination entre tous les acteurs est nécessaire pour accomplir leur travail et répondre aux besoins de la population. Selon cette définition, il y a donc un rôle pour les militaires comme contributeurs complémentaires des actions d'assistance humanitaire et des activités de reconstruction et de développement. Cependant, ce rôle nécessite la compréhension des conséquences des intentions et des actions menées dans des situations complexes. Dans le domaine santé, la plupart des difficultés proviennent de la sous-estimation des impacts négatifs de l'aide médicale aux populations. Ces derniers peuvent provoquer la stérilisation du maillage santé local, peuvent troubler la perception des organisations civiles qui courent le risque d'être liées aux objectifs des forces armées, ou encore peuvent créer des dépendances qui cesseront brutalement au retrait des troupes. C'est pour cela qu'une planification de l'utilisation des moyens et un dialogue avec les autres acteurs est essentiel. Les armées ont compris et les civils aussi. Ces derniers préconisent de plus en plus l'échange et la collaboration à des degrés variables. Matthias Schmale, sous-secrétaire au développement de la Fédération de la Croix Rouge disait en octobre 2010 « notre vision est qu'améliorer la coordination contribuera à satisfaire les besoins des populations affectées dans des situations d'urgence, en promouvant les rôles complémentaires des différents acteurs impliqués dans la réponse ». C'est indéniable, les militaires possèdent des capacités vitales pour la protection et l'assistance aux populations. Néanmoins, le recours à ces capacités demande une approche réfléchie qui doit être ajustée en permanence. Pour cela, le dialogue ne suffit plus, un concept, des mécanismes et des outils d'interfaçage sont indispensables pour contribuer efficacement à une approche médicale globale de la crise. Il faut pour cela commencer par reconnaître l'existence d'une séparation entre l'espace humanitaire et l'espace militaire afin d'éviter le brouillage de la perception de chacun des acteurs. L'action ne peut être conduite correctement que si les spécificités et rôles de chacun sont clairs. Il y a naturellement de nombreux enjeux politiques et économiques derrière cette résistance à l'échange. Il serait utopiste de les ignorer mais la preuve doit être apportée de l'intérêt pour tous d'une interface. Les résistances tombent souvent devant les preuves. L'enjeu est de faire converger l'action de tous les acteurs en sachant pertinemment que les objectifs des uns et des autres sont différents. Il est, par exemple, bien connu des civils que le but des militaires est de favoriser l'objectif politique. Faire de l'assistance humanitaire n'est pas une finalité, il s'agit soit de répondre à la pression de l'opinion publique, soit de gagner « les cœurs et les esprits » pour favoriser l'action des troupes. Ce point a de l'importance à partir du moment où les militaires agissent à la place de ceux dont c'est la finalité. L'objection tombe au moment où les seuls sur le terrain capables d'apporter de l'aide sont les militaires dont le devoir fondamental reste régi par l'article III des Conventions de Genève (l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève est applicable aux conflits armés non internationaux et énonce en quoi consiste un minimum de traitement humain).

Vers une interface efficace

De plus en plus d'acteurs étatiques, civils ou supranationaux s'accordent sur la nécessité de mettre en place de meilleurs mécanismes de coordination au sein de la communauté médicale internationale. L'ONU, par ses recommandations d'Oslo de 2007, concernant l'utilisation des moyens militaires lors des catastrophes naturelles, a déjà fait un grand pas en avant. L'IASC encourage aussi dans son papier de 2011, relatif à la coordination civilo-militaire durant des actions de santé humanitaire, les groupes santé au niveau national à établir une coordination avec les acteurs militaires. L'OTAN, de son côté, préconise la mise en place de structures de coordination et de résolution des différends potentiels avec les acteurs civils locaux et internationaux (11). La volonté politique et stratégique existe, même si elle est encore parfois balbutiante, mais les mécanismes, les outils et les réflexes de collaboration sont encore quasi inexistants. Or ne pas disposer de tels éléments implique des difficultés de compréhension dans les zones d'actions respectives ou même dans l'espace commun défini plus haut. C'est cette mauvaise compréhension et l'absence d'une claire séparation des tâches qui est d'ailleurs la cause de la confusion qui règne entre les acteurs. Le développement d'une interface efficace ne pourra se faire dans un premier temps qu'avec la volonté du niveau stratégique de mettre en place des ressources pour soutenir la volonté de progresser. Cette interaction pourrait prendre la forme d'un entraînement commun, d'échanges d'informations sur la situation, de partage de documentation professionnelle, d'une acculturation réciproque, d'une consultation lors de l'élaboration des plans d'actions, d'accords de collaboration et d'assistance, et pourquoi pas dans certains cas bien identifiés, d'échanges de ressources, et enfin d'une analyse commune des Retours d'expérience (RETEX). La communauté médicale internationale ne partage pas le RETEX, créant des duplications, empêchant la résolution de certaines difficultés et favorisant la pérennité d'erreurs commises. Un concept d'approche globale de l'aide médicale lors des crises, validé par les grands acteurs de la communauté

médicale internationale, permettrait de mieux définir les rôles de chacun et les phases de transition entre les protagonistes. Qui doit l'écrire ? UN OCHA ou IASC semblent les plus indiqués en termes de légitimité. Il serait ensuite nécessaire d'élaborer un guide pour développer et restaurer un système de soins civil ou militaire local. En Afghanistan, par exemple, le maillage santé local tente d'être reconstruit par les acteurs civils et le service de santé des forces armées afghanes par les militaires. Même, si dans la réalité, ce n'est pas si simple, ce partage logique est un bon début. La compréhension commune de la situation humanitaire est aussi un point clé. Souvent, l'évaluation des besoins des autorités locales et de la population se fait en parallèle pour chacun des intervenants. Il n'existe aucune coordination pour la collecte et la gestion des données. Cette redondance a plusieurs effets négatifs : « la fatigue de l'évaluation » touchant les personnes devant répondre plusieurs fois à la même question et l'inefficacité de l'utilisation des ressources par un déséquilibre de répartition (poches d'abondance versus désert de moyens). La coordination est fondamentale pour l'interopérabilité des moyens, le partage de l'information et l'assistance en termes de ressources. Ce type de relation ne peut pas se développer « ab nihilo », des relations de long terme et une confiance mutuelle sont de précieux facilitateurs. Des outils et des processus de coordination préétablis doivent aussi être créés pour disposer d'une photographie à l'instant « T » de la répartition opérationnelle des moyens médicaux et du positionnement des menaces santé. Les nouvelles technologies doivent impérativement être exploitées aussi pour favoriser le dialogue, le partage de l'information et l'échange de ressources. Le logiciel *Medical Assistance and Collaboration Tool* (MEDACTool), développé par l'*Allied Command transformation* (ACT), est à ce titre une première tentative puisqu'il est une interface internet qui a pour objectif de faciliter la coordination pratique des activités santé de tous les acteurs présents sur le terrain lors d'une crise donnée. Il facilite l'échange d'information afin d'améliorer la connaissance de la situation sanitaire, et il permet de visualiser la localisation et les activités de chaque acteur, de disposer des points de contact mais aussi d'échanger, de partager ou d'acquérir des ressources. La préparation hors crise de tels outils et la construction de relations de confiance est un besoin de plus en plus prégnant. La commissaire européenne pour la coopération internationale, Kristalina Georgieva, a dit en octobre 2010 « le monde change et le nombre des désastres de par le monde a quintuplé depuis 1975. Depuis le tremblement de terre à Haïti jusqu'à l'accident industriel en Hongrie, nous avons vu qu'une réponse commune européenne peut être plus efficace, à la fois sur le terrain et en termes de coût. Dans une situation où chaque heure compte, l'Union Européenne a besoin d'un système qui garantit la disponibilité des moyens clés pour un déploiement immédiat. Nous ne pouvons pas attendre le prochain méga désastre pour agir. ». La stratégie des États-Unis entérine cette vision puisqu'elle préconise « la construction de relations en temps de calme pour développer les efforts inter-agences et multinationaux ». L'étude du cas du tremblement de terre d'Haïti montre qu'il y a urgence à créer une interface civilo-militaire efficace.

Conclusion

Une réponse efficace au besoin de renforcement des systèmes sanitaires des pays affectés par des crises de natures variées demande une action cohérente de tous les participants au niveau politico-stratégique mais aussi opérationnel. Même si des progrès ont été réalisés ces dernières années, notamment en termes de directives, nous sommes face à un véritable défi pour combiner les résultats attendus par chaque acteur et les actions nécessaires de la part des communautés médicales et sécuritaires. De nombreuses pistes de développement d'un espace commun efficace sont encore à explorer, tels que la mise en place de concepts communs, d'outils et de mécanismes de collaboration mais c'est surtout par la volonté et la confiance que le succès d'une telle entreprise sera possible. La question à laquelle il est urgent de répondre est qui va prendre son « bâton de pèlerin » pour encourager et favoriser « le travail ensemble » ? UN OCHA en est-il capable ? Le groupe santé globale de l'OMS ? L'IASC ? Les nations sous l'égide d'organisations internationales comme l'OTAN ou l'Union Européenne ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Strategic Concept for the Defence and Security of the Members of the North Atlantic Treaty Organisation, Adopted by Heads of State and Government at the NATO Summit in Lisbon, 19-20 November 2010.
2. Résolution 46/182 de l'assemblée générale des Nations-Unies pour le renforcement de l'assistance humanitaire ; 19 décembre 1991.
3. Compte rendu. Sommet de l'OTAN à Chicago; 2012.
4. Harvard University and NATO. The Haïti Case Study, Towards a Comprehensive Response to Health System Strengthening in Crisis-affected Fragile States; 2012.
5. UN OCHA; Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets in Disaster Relief – "Oslo Guidelines". Revision 1.1. Novembre 2007.
6. UN OCHA; Guidelines on the Use of Military and Civil Defence Assets to United Nations Humanitarian Activities in Complex Emergencies. Revision 1; Janvier 2006.
7. IASC/UN OCHA; Civil-Military Guidelines & Reference for Complex Emergencies; UN OCHA; New York; 2008.
8. IASC/WHO; Global Health Cluster Guide; A practical guide for country-level implementation of the health cluster; provisional version; Juin 2009.
9. Oxfam International Policy Paper; OI Compendium Note on Multi-Dimensional Missions and Humanitarian Actions; janvier 2008.
10. Joint Analysis and Lessons Learned Centre. Medical Civil-Military Interaction. JALLC/CG/10/152; 16 juillet 2010.
11. Allied Command Transformation. Comprehensive Approach Action Plan ; janvier 2011.