Les Conventions de Genève et le Service de santé en campagne *

par le Médecin Général Inspecteur J. Miné

Parler des Conventions de Genève et du Service de santé en campagne, c'est, assurément, retourner aux sources mêmes du droit international humanitaire. Celui-ci, en effet, n'est-il pas né de la tragédie que vécut en 1859, à la bataille de Solferino, la pitoyable cohorte des blessés face à une organisation des secours totalement défaillante dans l'un et l'autre camp?

Mais c'est également, sans pour cela diminuer en rien les mérites d'Henry Dunant, l'occasion de rappeler l'action de personnalités du service de santé, qui, aux côtés de bien d'autres, ont le plus grandement contribué à la naissance des idées humanitaires jusqu'à leur consécration par la publication, en 1864, de la première Convention de Genève.

Sans vouloir établir une liste exhaustive, qu'il nous soit permis de rappeler tout d'abord ce qu'écrivait déjà Ambroise Paré dans ses commentaires sur le siège de la ville de Metz en 1552: «Pareillement, les ennemis laissèrent en l'Abbaye de Saint-Arnould beaucoup de leurs soldats blessés qu'ils n'eurent moyen de faire emmener. Mon dit Seigneur de Guize leur envoya à tous vivres à suffisance et me commanda, et aux autres chirurgiens, de les aller panser et médicamenter, ce que nous faisions de bonne volonté».

Est également parvenu jusqu'à nous le code de médecine militaire de Jean Colombani, inspecteur des hôpitaux, paru en 1772: il réclame le respect des blessés prisonniers. Un peu plus tard, en 1789, les propositions de Claude Pierson, intendant des hôpitaux militaires, vont dans le même sens. En 1800, le Baron Percy s'efforce de faire aboutir un projet déclarant inviolables les hôpitaux de campagne; Hippolyte Larrey, en 1861, se fait le propagandiste du mémoire que lui avait fait parvenir le pharmacien Philippe Arnoult concernant la protection des blessés. Nous pourrions citer encore la publication, en 1863, du code des officiers de santé de l'armée de

* Conférence présentée en février 1986 à Paris à l'occasion des Journées nationales d'instruction de l'Association nationale des Officiers de Réserve du Corps technique et administratif du Service de santé des armées (ANORCTASSA), consacrées à la Croix-Rouge internationale et aux Conventions de Genève.

terre. Il interdit, en cas de retraite, d'abandonner les blessés sans secours médical. Enfin, Baudens, dans ses Mémoires posthumes parus en 1865, préconise une entente entre les nations pour venir au secours de tous les blessés, de même que l'adoption d'un signe de reconnaissance commun pour les médecins et le personnel hospitalier belligérant.

Depuis cette époque, bien d'autres médecins militaires ont œuvré en faveur du développement et de la diffusion d'un droit humanitaire. Nous n'en citerons qu'un seul, qui fut également un grand historien du service, le Médecin Général Lambert des Cilleuls.

*
* *

Notre sujet peut être considéré comme une réflexion sur le comportement individuel et collectif du Service de santé en campagne, au regard des responsabilités que lui imposent les Conventions de Genève. Nous prendrons comme base de cette réflexion les dernières en date, celles de 1949. Elles ont force de loi puisque la France les a ratifiées, de même qu'elle a ratifié en 1984 un des deux Protocoles additionnels de 1977: le Protocole II relatif aux conflits non internationaux.

En réalité, les Conventions de Genève s'appliquent au Service de santé sous la forme d'un certain nombre de droits et de devoirs qu'il convient de rappeler en n'en retenant bien sûr que les dispositions essentielles.

Si l'on se réfère aux *droits*, ils se résument à ceci:

— Le personnel sanitaire est respecté et protégé. Il peut s'agir de personnel permanent mais également de personnel temporaire (infirmiers ou brancardiers auxiliaires) lorsqu'il est officiellement rattaché au service et utilisé en conséquence. Il dispose d'une carte d'identité justifiant de son appartenance et il est armé.
— Cette protection concerne également les établissements, formations, matériels et véhicules. Il en est de même pour les aéronefs sanitaires et les navires hôpitaux. Il est interdit de les attaquer, de nuire à leur fonctionnement, même s'ils ne renferment momentanément ni blessés, ni malades. On notera qu'en aucune circonstance les navires hôpitaux ne peuvent être capturés.
— A ces différentes protections, il convient d'ajouter celle de non-captivité. Les personnels des services de santé tombés aux mains

de l'ennemi ne doivent pas être considérés comme prisonniers de guerre.

— Notons enfin que ces dispositions s'appliquent aux Sociétés nationales de la Croix-Rouge et parfois à d'autres sociétés de secours qui participent officiellement à la relève et aux soins nécessités par les malades et les blessés.

Ces droits se retrouvent indirectement à propos des devoirs; ils sont d'ailleurs fort dépendants les uns des autres.

Trois remarques s'imposent cependant:

— Il est important de bien mesurer la signification d'une telle protection. Elle n'est pas accordée au service de santé pour lui-même, mais parce qu'il soigne des victimes et que c'est une façon de lui permettre de mieux remplir ses obligations. Ce n'est pas lui que l'on veut privilégier mais les blessés dont on lui confie la charge. Ceci en montre bien les limites et lui impose, ou à n'importe lequel de ses membres, sous peine de perdre son privilège, de s'en tenir scrupuleusement à sa mission d'assistance et de soins.

— La deuxième remarque a trait à la rédaction des textes du Protocole I qui, dans son article 8, n'envisage une protection qu'en faveur «du personnel sanitaire qui s'entend des personnes exclusivement affectées par une Partie au conflit à des fins sanitaires» [1]. Cette rédaction a pu entraîner une certaine confu-

---

[1] L'article 8 du Protocole I stipule, *inter alia*,: ...

«*c*) l'expression «personnel sanitaire» s'entend des personnes exclusivement affectées par une Partie au conflit soit aux fins sanitaires énumérées à l'alinéa *e*, soit à l'administration d'unités sanitaires, soit encore au fonctionnement ou à l'administration de moyens de transport sanitaire. Ces affectations peuvent être permanentes ou temporaires. L'expression couvre:

i) le personnel sanitaire, militaire ou civil, d'une Partie au conflit, y compris celui qui est mentionné dans les Ire et IIe Conventions, et celui qui est affecté à des organismes de protection civile;

ii) le personnel sanitaire des Sociétés nationales de la Croix-Rouge (Croissant-Rouge, Lion-et-Soleil-Rouge) et autres sociétés nationales de secours volontaires dûment reconnues et autorisées par une Partie au conflit;

iii) le personnel sanitaire des unités ou moyens de transport sanitaire visés à l'article 9, paragraphe 2; (...)

e) l'expression «unités sanitaires» s'entend des établissements et autres formations, militaires ou civils, organisés à des fins sanitaires, à savoir la recherche, l'évacuation, le transport, le diagnostic ou le traitement — y compris les premiers secours — des blessés, des malades et des naufragés, ainsi que la prévention des maladies. Elle couvre entre autres les hôpitaux et autres unités similaires, les centres de transfusion sanguine, les centres et instituts de médecine préventive et les centres d'approvisionnement sanitaire, ainsi que les dépôts de matériel sanitaire et de produits pharmaceutiques de ces unités. Les unités sanitaires peuvent être fixes ou mobiles, permanentes ou temporaires; (...)».

sion dans la mesure où elle laisserait entendre que le personnel d'administration du service de santé ne serait pas protégé. En réalité, il n'y a aucune ambiguïté. Rien ne justifie l'interprétation restrictive qu'ont voulu y voir certains. Au demeurant, il convient de s'en tenir aux dispositions de l'article 24 de la Ire Convention de 1949, parfaitement claires de ce point de vue, d'autant d'ailleurs que la France n'a pas ratifié le Protocole I.

— La troisième remarque nous permet d'évoquer le souci actuel du service de santé d'utiliser le corps des vétérinaires pour étoffer ses formations sanitaires en campagne et lui confier, auprès des personnels médicaux et paramédicaux traditionnels, des tâches de relève, de convoyage et d'assistance. Les vétérinaires, dans leur mission spécifique, ne font pas partie habituellement des personnels protégés. Il est même écrit, curieusement, à l'article 22 de la Ire Convention de Genève que la protection des établissements, formations, matériels et véhicules sanitaires doit être maintenue, même si du personnel et du matériel vétérinaires s'y trouvent et n'en font pas partie intégrante [2]. Le problème, si problème il y a, ne semble pas difficile à résoudre. Il suffira de veiller à ce que les vétérinaires, ainsi utilisés, fassent officiellement partie de l'appareil de soins et puissent en témoigner.

*

* *

Si nous examinons maintenant les *devoirs*, nous pouvons en distinguer deux sortes: ceux que l'on peut qualifier de militaires, et les obligations de caractère technique.

Pour ce qui concerne les premiers, ils tendent à assurer et à justifier le principe de protection, c'est-à-dire que le service de santé

[2] ART. 22. — Ne seront pas considérés comme étant de nature à priver une formation ou un établissement sanitaire de la protection assurée par l'article 19:

1. le fait que le personnel de la formation ou de l'établissement est armé et qu'il use de ses armes pour sa propre défense ou celle de ses blessés et de ses malades;
2. le fait qu'à défaut d'infirmiers armés, la formation ou l'établissement est gardé par un piquet ou des sentinelles ou une escorte;
3. le fait que dans la formation ou l'établissement se trouvent des armes portatives et des munitions retirées aux blessés et aux malades et n'ayant pas encore été versées au service compétent;
4. le fait que du personnel et du matériel du service vétérinaire se trouvent dans la formation ou l'établissement, sans en faire partie intégrante;
5. le fait que l'activité humanitaire des formations et établissements sanitaires ou de leur personnel est étendue à des civils blessés ou malades.

doit identifier ses personnels, ses installations et ses véhicules par les signes conventionnels et s'engager à ne les utiliser qu'au profit de sa mission spécifique en s'abstenant de commettre ce que les Conventions appellent des actes nuisibles à l'ennemi.

Quant aux obligations techniques, elles imposent:

— un devoir d'assistance humanitaire, c'est-à-dire recueillir, respecter, protéger, soigner du mieux possible les malades, les blessés ou les naufragés;
— un devoir de non-discrimination; aucune distinction fondée sur des critères autres que médicaux ne sera faite entre eux notamment entre blessés amis ou ennemis;
— un devoir de priorité dans les soins, basée uniquement sur des raisons d'urgence médicale;
— un devoir de solidarité qui oblige à ne pas abandonner des blessés ou des malades qui tombent aux mains de la partie adverse.

Il convient de remarquer, et tout ce qui va suivre le confirmera, que le respect des Conventions de Genève est en pleine conformité avec le règlement de discipline générale dans les armées, de même qu'avec les règles de déontologie applicables à leurs médecins et à leurs pharmaciens chimistes que rappelle le décret du 16 janvier 1981. On se bornera à en citer l'article 50: «En temps de guerre, ils doivent soutenir, dans leur domaine, l'action de leurs camarades au combat grâce aux moyens techniques dont ils disposent, dans un esprit de solidarité et d'abnégation totales et dans le respect des conventions humanitaires internationales».

A les examiner, ces devoirs aussi brièvement rappelés pourraient susciter dans l'esprit d'un observateur peu attentif la réflexion qu'il n'y a là pas beaucoup plus que le contenu d'une éthique médicale, aussi ancienne que familière aux médecins et, somme toute, relativement facile à respecter.

La réalité est bien différente. Ce respect est soumis, au contraire, à de multiples facteurs liés au fait de guerre. Tous tendent à dresser des obstacles que le Service de santé se devra de surmonter.

Le fait essentiel est l'apparition de transformations psychosociales radicales qui saisissent tout individu ou groupe d'individus impliqués dans une action de combat. Ce qui implique l'influence d'une mentalité de guerre, caractérisée par la disparition des interdits du temps de paix, la soumission passive au groupe et à l'autorité et, comme corollaire, la promotion de la violence, de la

vengeance et la dévalorisation de la vie d'autrui. Toutes choses bien contraires à l'esprit et à la lettre des Conventions de Genève.

D'autre part, le Service de santé en opération n'est pas isolé au sein du dispositif militaire; il en fait partie intégrante et appartient nécessairement à un camp dont il est solidaire. C'est dire qu'il en partage peu ou prou les risques, la passion, la fureur ou la détresse, autant d'éléments qui font pression sur lui, l'impliquent à l'action du combat et l'entraînent vers une adhésion inévitable, voire indispensable. Mais cette adhésion lui commande de demeurer vigilant dans la mesure où elle pourrait le détourner de sa vocation première et en influençant ou en dictant ses choix, le mettre en contradiction avec ses obligations humanitaires.

Un troisième facteur ne va pas contribuer à faciliter sa tâche. Il s'agit du caractère de plus en plus meurtrier des combats. Cela est dû à la puissance accrue des armes, à leur utilisation massive et non discriminatoire, au fait qu'il n'y a plus de périodes de répit, ni de jour, ni de nuit, à la disparition de zones protégées. Dès lors, comment assurer, vis-à-vis de tous, le devoir d'assistance, faire le meilleur choix thérapeutique et n'abandonner personne?

*

* *

Comment, dans la pratique sur le terrain, le Service de santé assume-t-il sa mission humanitaire? Pour ce faire nous analyserons son comportement aux différentes étapes de ses responsabilités que sont le ramassage, le triage, l'évacuation et le traitement. Bien sûr, droits et devoirs sont présents à chacune de ces étapes, mais ils y prennent chaque fois une coloration particulière.

Dès son déploiement, avant qu'il n'entreprenne toute activité technique, le service de santé doit se préoccuper de protéger ses personnels et ses structures. Il veillera donc au port des brassards réglementaires et à ce que ses postes de secours et ses ambulances soient facilement identifiables par des croix rouges sur fond blanc. Il est facile d'imaginer les difficultés, les résistances ou même l'hostilité qu'il pourra rencontrer dans son propre camp. On l'accusera d'ignorer les réalités militaires, face aux impératifs plus ou moins justifiés du camouflage et au prétexte des renseignements que pourrait en déduire l'ennemi quant au dispositif adverse.

En réalité, que vaut cette protection? Elle est souvent bien illusoire parce que nous sommes ici au plus près des combats, que les armes sont aveugles, que le personnel de santé n'est pas toujours reconnu comme tel et que nécessairement il va prendre des risques.

En effet, des dangers, à l'évidence excessifs, peuvent lui interdire de s'exposer. Imaginez la responsabilité de celui qui doit choisir: ou bien risquer la vie de ses médecins et de ses brancardiers, ou bien abandonner délibérément des blessés que les Conventions et son éthique lui commandent de secourir! Les tranchées de la grande guerre ont trop souvent et trop longtemps retenti des appels à l'aide, puis des cris d'agonie de ceux que nul sauveteur ne put jamais atteindre!

C'est peut-être ce qui fait écrire au Dr Soubiran: «Un médecin qui relève ses blessés et ses morts dans la bataille, il fait son métier. Un médecin qui se fait tuer, le maladroit!» Certes!... Mais alors ce qualificatif s'applique-t-il à ce médecin, abattu par un ennemi blessé et auquel il s'apprêtait lui-même à porter secours?... Qui peut dire où se trouve, pour le sauveteur, la frontière entre le devoir courageusement assumé et l'héroïsme téméraire ou inutile?

Si à cette étape la protection est souvent illusoire, les dangers fort grands, les difficultés sont également présentes parce que les blessés étant sans cesse plus nombreux et plus gravement atteints, les moyens sont rarement à la hauteur des besoins, le ramassage de tous devient alors impossible. Certains sont oubliés dans des zones inexplorées, d'autres sont secourus trop tard, d'autres encore, faute de moyens, ne bénéficient pas des soins nécessaires.

Difficultés encore parce que c'est ici, à l'extrême avant, que combattants et sauveteurs sont le plus intimement mêlés. Les choix inévitables que devront établir ceux-ci subiront fatalement, et qui ne le comprendrait, les pressions partisanes que pourront exercer ceux-là. Il faudra beaucoup d'autorité au médecin de l'avant pour dire et imposer qui doit, de l'ami ou de l'ennemi blessé, bénéficier en priorité du pansement salvateur, de la dernière attelle ou de l'ultime équipe de brancardiers.

A l'extrême avant, plus qu'ailleurs, des situations peuvent intervenir, propres à confronter le Service de santé à la réglementation conventionnelle, à savoir des attitudes condamnables ou regrettables et de la nécessité, parfois, de se défendre.

Une attitude condamnable serait de couvrir une utilisation frauduleuse des installations ou des véhicules, par exemple, transporter des armes, abriter des combattants valides ou transformer un poste de secours en observatoire. Il s'en suivrait suspicion et discrédit dont il est facile de mesurer les funestes conséquences.

Il en est tout autant de tel ou tel personnel du service qui pourrait être tenté de s'identifier aux combattants et jouer un rôle de «voltigeur de pointe». Même s'il se débarrasse de tout signe

d'appartenance et d'identification, ce n'est pas son rôle et l'on a besoin de lui ailleurs, pour d'autres tâches auxquelles il a été justement préparé. Outre le fait qu'il n'en tirerait que rarement une considération véritable, il se trouverait en totale contradiction, sinon avec la lettre, du moins avec l'esprit des Conventions.

Quant à la question du port des armes, ces Conventions précisent parfaitement leurs caractéristiques et les conditions de leur utilisation. Il s'agit d'un armement individuel, léger, de caractère strictement défensif. Il n'est nullement destiné à engager un combat organisé, voire à s'opposer à une attaque. Dans ce cas, la formation n'a d'autre recours que la reddition. D'autre part, il doit avoir une fonction préventive, quasiment de police, au profit des blessés afin de les protéger d'actes de malveillance ou de pillage.

La protection au niveau du triage n'est guère plus grande, ne serait-ce qu'à cause de la proximité de la zone des combats et de la mobilité des forces de manœuvre. En revanche, la signalisation et l'identification sont mieux acceptées, la pression de l'environnement combattant moins vive, la cohabitation entre amis et ennemis plus facile.

Ici le fait intéressant est de s'interroger sur la légitimité du triage, qui prend toute sa tragique signification en cas d'afflux massif de blessés; il s'agit en soi d'un acte volontaire de discrimination. Il fait intervenir la gravité des blessures et les moyens disponibles. Il est établi au détriment des plus sévèrement atteints et au profit de ceux qui conservent une chance de survie à condition de leur consacrer sur le champ les soins nécessaires.

Les Conventions de Genève ont expressément reconnu le caractère licite d'une telle attitude, voire sa nécessité. Mais il est bien entendu que ce caractère ne se justifie que dans la mesure où, comme le stipule l'article 12 de la première Convention de 1949, il n'est basé que sur des arguments d'ordre exclusivement médical [3].

[3] ART. 12. — Les membres des forces armées et les autres personnes mentionnées à l'article suivant, qui seront blessés ou malades, devront être respectés et protégés en toutes circonstances.

Ils seront traités et soignés avec humanité par la Partie au conflit qui les aura en son pouvoir, sans aucune distinction de caractère défavorable basée sur le sexe, la race, la nationalité, la religion, les opinions politiques ou tout autre critère analogue. Est strictement interdite toute atteinte à leur vie et à leur personne et, entre autres, le fait de les achever ou de les exterminer, de les soumettre à la torture, d'effectuer sur eux des expériences biologiques, de les laisser de façon préméditée sans secours médical, ou sans soins, ou de les exposer à des risques de contagion ou d'infection créés à cet effet.

Seules des raisons d'urgence médicale autoriseront une priorité dans l'ordre des soins.

Les évacuations primaires et secondaires bénéficient d'une totale protection de principe, sous réserve, là encore, d'une parfaite identification et d'un usage exclusivement consacré au secours des blessés et des malades. Cette exclusivité est particulièrement sensible quand il s'agit de l'utilisation de moyens rares mais pourtant si efficaces que sont les hélicoptères. Cette rareté en effet, au regard des Conventions, ne saurait légitimer, pour un même appareil, une mission de caractère mixte, sanitaire à l'aller et militaire au retour. L'exemple du conflit des Falklands-Malouines fut caractéristique à cet égard.

Souvent, chaque décision d'évacuation équivaut, pour le médecin responsable, à surmonter un difficile cas de conscience. Faut-il risquer, le soir venu, le dernier carré disponible de brancardiers pour évacuer une urgence et sacrifier tout le groupe? Jusqu'où insister auprès du Commandement pour obtenir une évacuation héliportée, seul moyen salvateur, alors que les conditions météorologiques ou militaires sont défavorables et que l'on sait les équipages prêts, s'il le faut, à les affronter. Comment encore, comme ce fut le cas à Dien Bien Phu, être sûr d'avoir fait le meilleur choix des blessés, embarqués dans le dernier avion à pouvoir décoller? Faut-il enfin, à défaut d'ambulances protégées par leur Croix-Rouge, refuser de confier ses blessés à des véhicules de combat si c'est là le seul moyen restant de les évacuer vers une formation de traitement ou d'éviter leur capture!

Cette éventualité de la capture, est largement évoquée par les Conventions de Genève. Son principe majeur est une solidarité totale du médecin avec les blessés et les malades dont il a la charge. S'ils sont faits prisonniers, le médecin doit accepter de partager leur sort et continuer à les assister. Si une formation de traitement doit «décrocher» pour éviter de tomber aux mains de l'ennemi et n'est pas en mesure d'emmener avec elle tout ou partie de ses hospitalisés, elle laisse auprès d'eux un personnel et des moyens calculés en fonction des besoins.

Ces personnels peuvent espérer, dans la mesure du possible, être renvoyés dans leur pays d'origine. Ne sera retenu qu'un contingent jugé indispensable à la sauvegarde médicale des prisonniers de son propre camp. Le médecin continuera à exercer, à leur seul profit, sans qu'il soit possible de l'occuper à d'autres tâches.

Pour ce qui concerne la dernière étape, celle du traitement, le respect des droits et des devoirs conventionnels y est plus facile parce que l'on s'éloigne de la bataille, parce que l'on est largement identifié, parce que l'on s'isole des unités combattantes. Il n'y a

guère de problème de protection ou de choix. C'est l'étape du dévouement opératoire absolu, du geste simple mais salvateur que l'on ne peut mieux évoquer qu'en citant ces quelques lignes de Georges Duhamel. Il y rapporte son expérience à la tête d'une «autochir» durant la Grande Guerre: «Une machine, je le répète, une machine sans âme, chauffée à point, réglée pour marcher longtemps et pour abattre beaucoup de besogne... J'opérais de mieux en mieux et de plus en plus vite des hommes qui demeuraient pour moi des inconnus et dont je ne savais même pas toujours la nationalité».

C'est parfois encore le moment où il faut savoir défendre ceux que le sort nous a confiés. Souvenons-nous de la réponse que fit le fils de Larrey aux gens venus à l'hôpital du Gros Caillou lui demander de leur livrer des blessés de la Garde royale: «Que voulez-vous? Mes blessés? Ils sont à moi, allez-vous en!».

*

* *

Au terme de ce cheminement il est permis de se demander si, ce faisant, le Service de santé ne constitue pas en réalité un des rouages de la machine de guerre et n'entre pas ainsi en contradiction avec les règles conventionnelles par son action conservatoire des effectifs et par son influence restauratrice du moral et de l'ardeur des combattants. Il n'en est rien. En l'espèce il ne fait que respecter les règles de déontologie qui lui sont propres et dont l'article 15 stipule, que: «Le médecin des armées a le souci permanent de préserver le niveau des effectifs».

Une obligation cependant, et qui reste dans le droit fil des Conventions: ne pas se laisser dicter sa conduite thérapeutique en fonction d'impératifs opérationnels immédiats et au détriment de l'intérêt médical à terme des patients. Cet aspect de la responsabilité du corps de santé est particulièrement délicat en matière de pertes psychiatriques dont on sait combien elles peuvent être sévères dans un combat moderne.

Nous venons de voir que la tâche du Service de santé en matière de respect des Conventions de Genève n'était guère facile jusqu'à ce jour! Interrogeons-nous maintenant sur l'avenir. Trois aspects retiendront notre attention:

— l'évolution des armements,
— la généralisation de nouveaux types d'affrontements et
— l'irruption de facteurs socio-culturels redoutables.

Les armements? On se bat désormais sans se voir, sur terre, sur mer et dans les airs. Alors comment s'identifier en tant que béné-

ficiaire de la protection? Par signal radio spécialement réservé aux évacuations sanitaires? Par radar répondeur? Mais les hélicoptères ne peuvent en disposer. Par accord préalable sur un signal distinctif? Nous n'en sommes qu'aux discussions et, pour le moment encore, à la délimitation de zones de neutralisation, déjà prévues à l'article 23 de la Ire Convention de Genève et appelées zones sanitaires [4].

Sans vouloir évoquer l'éventualité d'une guerre bactériologique, chimique ou nucléaire, on est témoin de la généralisation de nouveaux types d'affrontement: guérillas, guerres civiles, conflits dits localisés. Nous en avons malheureusement une certaine expérience. Le Service de santé à dû apprendre à ne pas s'affranchir de ses devoirs au prétexte de non-réciprocité, comme d'ailleurs le lui imposent les Conventions. Et pourtant il fut, bien souvent, une cible privilégiée, non seulement parce qu'il n'était point protégé, mais en raison de l'obstacle que représentait pour les adversaires son humanisme, son absence d'esprit de parti et son désintéressement.

Les missions humanitaires auxquelles le Service de santé participe de plus en plus activement ont pu le conduire dans des situations telles qu'il était amené à secourir d'égale façon et dans des lieux séparés les belligérants de chaque camp. A ce propos, la guerre civile du Tchad a été exemplaire et il nous arriva de devoir protéger tel ou tel de nos blessés ou de nos opérés contre les agressions nocturnes et meurtrières venues du camp adverse. Nous ne faisions bien là qu'obéir à la fois à l'éthique et aux Conventions.

Mais de nouveaux facteurs socio-culturels redoutables se font jour. Face à un affaiblissement de la morale internationale, on assiste à l'explosion sans précédent d'idéologies radicales, totalitaires, qui se répandent sous l'étendard de la guerre sainte et du fanatisme. «On fait la guerre par passion et la souffrance devient une arme politique» quand ce ne sont pas les Etats qui, peu ou prou, couvrent les prises d'otages. Que valent, dans ces conditions, des règles de morale humanitaire internationale que chaque jour tend à rendre plus dérisoires?...

C'est bien ce qui a justifié la proposition, dès 1977, de textes additionnels, aux Conventions de Genève et notamment deux para-

[4] «Dès le temps de paix, les Hautes Parties contractantes et, après l'ouverture des hostilités, les Parties au conflit, pourront créer sur leur propre territoire, et s'il en est besoin, sur les territoires occupés, des zones et localités sanitaires organisées de manière à mettre à l'abri des effets de la guerre les blessés et les malades ainsi que le personnel chargé de l'organisation et de l'administration de ces zones et localités et des soins à donner aux personnes qui s'y trouveront concentrées...».

graphes figurant à l'article 10 du Protocole II: «Nul ne sera puni pour avoir exercé une activité de caractère médical conforme à la déontologie quels qu'aient été les circonstances ou les bénéficiaires de cette activité». C'est réaffirmer avec force la protection générale de la mission médicale, quels que soient le lieu, le moment ou les circonstances.

On peut lire également plus loin: «Aucune personne exerçant une activité de caractère médical ne pourra être sanctionnée de quelque manière que ce soit pour avoir refusé ou s'être abstenue de donner des renseignements concernant les blessés et les malades qu'elle soigne ou qu'elle a soignés» [5]. Si les souvenirs que nous ont laissé quatre années d'occupation suffisent à justifier ces textes, craignons que les motifs qui les ont inspirés ne soient encore d'actualité.

Alors, nous pouvons nous demander, en dépit de tant de nuages, de difficultés prévisibles, comment être toujours prêts à assumer notre mission dans le respect à la fois de notre éthique et des Conventions? C'est tout d'abord en sensibilisant le Commandement aux exigences humanitaires. (C'est en effet lui qui est responsable de leur exécution.) Ensuite, en se pénétrant de la morale conventionnelle. Pour y parvenir le Service de santé instruit ses médecins et son personnel, et vérifie au cours de stages, d'exercices, voire d'examens, la solidité de leur information et de leur engagement. Il entretient des contacts étroits, avec les organismes internationaux, nationaux et régionaux de la Croix Rouge française. Enfin, il prête volontiers son concours à des manifestations de diffusion du droit humanitaire.

Ainsi, exemple pour ceux qui l'entourent, conscient des responsabilités qui, bien que partagées, lui échoient plus qu'à d'autres, respectueux des principes et assez fort pour dénoncer les abus, le Service de santé en campagne s'efforce toujours de garder sa place au premier rang de ceux qui œuvrent pour que la grande espérance de 1864 soit autre chose en cette fin du XXe siècle qu'une tragique illusion.

Médecin Général Inspecteur J. Miné

[5] Art. 10, para. 4 du Protocole II.

Le **Médecin Général Inspecteur J. Miné** est professeur agrégé du Val de Grâce à Paris, membre associé de l'Académie de chirurgie et directeur adjoint du Service de santé des armées.