

La profession médicale et le droit international humanitaire ¹

par Jean Pictet

1. INTRODUCTION

Le droit international humanitaire, dont le but est d'atténuer les maux de la guerre, a été, dès son origine, étroitement lié aux médecins et à tous ceux dont la mission est de guérir — la plus noble des professions. En effet, ce droit a pris naissance pour parer aux insuffisances des services de santé des armées et protéger les blessés de guerre. Depuis lors, il a débordé largement ce cadre et a étendu sa sauvegarde et sa sollicitude aux diverses victimes des conflits et aussi, en temps de paix, aux victimes de la vie: les malades. Mais il y avait à sa base un élément essentiellement sanitaire, qui a subsisté dans une partie importante de ce droit, que certains appellent «droit médical».

L'initiateur du droit humanitaire est le Comité international de la Croix-Rouge (en abrégé: CICR), lui-même étroitement associé à la médecine, car la Croix-Rouge et les médecins ont le même but: lutter contre la souffrance et la mort. Leur collaboration ne sera donc jamais trop étroite.

Le rôle du médecin en temps de conflit, comme celui de l'homme de la Croix-Rouge, est de plus en plus difficile, je me sens le devoir de le dire ici, car notre époque est marquée par un durcissement des cœurs et par un affaiblissement de la morale internationale. On fait désormais la guerre avec une passion exacerbée et la souffrance devient une arme politique. Aussi, il faut en

¹ Exposé fait au colloque «Le droit à la sauvegarde de la santé» (Turin, 20-22 mai 1983), sous les auspices de l'Institut de Droit international humanitaire de San-Remo.

être conscient, la mission secourable demande à ses serviteurs toujours plus de courage. Aujourd'hui, dans un monde fanatisé, être fidèle à son devoir peut signifier risquer sa vie. Le médecin doit donc, plus que jamais, être prêt à payer de sa personne. Sa tâche exige aussi une préparation intérieure toujours plus profonde. Et c'est à cause de cela que la connaissance des textes et de la doctrine se révèle indispensable.

Nous ferons d'abord un bref retour sur le passé.

Le droit humanitaire plonge ses racines dans la nuit des temps. Au sein des sociétés primitives règne la loi de la jungle, mais on constate déjà quelques velléités d'atténuer les souffrances inutiles. On sait que les blessés des batailles néolithiques furent soignés, car de nombreux squelettes révèlent des réductions de fractures et même des trépanations.

Dans l'antiquité, les exemples d'humanité donnés par certains monarques sont encore des éclairs isolés au milieu des ténèbres, mais, à la faveur d'un lent progrès, ils finiront par créer les rudiments d'une coutume. Ainsi, pour ne citer que quelques exemples, Cyrus fit donner aux blessés chaldéens les mêmes soins qu'à ses soldats. En Inde, le roi Açoka ordonna à ses troupes de respecter les blessés adverses, ainsi que les religieuses qui les soignaient. Bien plus tard, lors des Croisades, le sultan Salah-El-Dine autorisa les médecins européens à venir soigner leurs compatriotes blessés et à s'en retourner librement, et il envoya même son médecin personnel au chevet du roi Richard Cœur-de-Lion.

Au moyen âge, seuls quelques grands capitaines se faisaient accompagner de leur médecin personnel et il vaut mieux ne pas compter les médocastres et charlatans qui exploitaient la troupe. Les blessés étaient donc laissés dans le plus cruel abandon et ceux de l'adversaire souvent achevés.

Il faut attendre l'aube des temps modernes pour que s'établisse la pratique d'épargner et de soigner les blessés ennemis et que se crée, dans les armées, un véritable service de santé. Dès le XVI^e siècle, le respect des blessés résulte de «cartels», c'est-à-dire de contrats passés entre chefs d'armées. Il connaît son apogée au XVIII^e siècle et l'on peut alors en résumer les règles comme suit : les hôpitaux sont immunisés et marqués d'un fanion ; les blessés et malades ennemis sont soignés comme ceux de l'armée captrice et renvoyés après guérison ; les médecins et leurs aides, ainsi que les aumôniers, sont exempts de capture et renvoyés dans leurs lignes. Et c'est ainsi qu'après la bataille de Fontenoy, en 1747, plus de 6000 blessés des deux camps furent évacués sur des lazarets parfai-

tement organisés et soignés par un personnel qualifié, en sorte que 583 d'entre eux, seulement, succombèrent.

Mais le XIX^e siècle voit le retour des guerres de masse et, sur le plan médical, l'on retombe dans le marasme. Austerlitz fut un véritable « Waterloo sanitaire » — selon le mot du D^r André Soubiran¹ — et, lors des campagnes de Napoléon III, 60% des blessés périrent.

Aussi vint à son heure le pathétique appel d'Henry Dunant, témoin des tragiques lendemains de la bataille de Solferino. A sa suite, la Croix-Rouge est fondée à Genève en 1863 et son Comité international obtient, dès l'année suivante, la conclusion d'un traité valable en tout temps et en tous lieux : la I^{re} Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les années en campagne, pierre angulaire du droit humanitaire. Elle consacre la neutralisation des médecins et infirmiers, qui seront protégés sur le champ de bataille et rendus à leur armée en cas de capture. Là où la Convention est en vigueur, la mortalité des blessés tombe de façon spectaculaire.

Dans le siècle qui suivra, le droit humanitaire s'étendra aux autres victimes des conflits armés. Il existe aujourd'hui quatre Conventions de Genève, qui datent de 1949, et que sont venus compléter, en 1977, deux Protocoles additionnels. C'est dans ces textes fondamentaux que nous trouverons les linéaments d'une Charte de la médecine aux armées, que je me propose d'esquisser.

2. PRINCIPES GÉNÉRAUX

A la base du droit humanitaire, il y a un principe d'*humanité*, qui commande de respecter la personne humaine. D'un autre côté, la guerre est un recours à la violence. Mais celle-ci ne saurait aller à l'encontre des droits imprescriptibles de la personne.

Il en découle que les belligérants ne devront pas causer à leur adversaire des maux hors de proportion avec le but de la guerre, qui est de détruire ou d'affaiblir le potentiel militaire de l'ennemi.

En effet, la guerre est un moyen — le dernier moyen — pour un Etat de plier un autre Etat à sa volonté. Elle consiste à employer la contrainte nécessaire pour obtenir ce résultat. Toute violence qui n'est pas indispensable pour atteindre ce but est donc sans objet. Elle devient dès lors purement cruelle et stupide.

¹ D^r André Soubiran : *Napoléon et un million de morts*, Paris, 1969.

Pour atteindre son objectif, qui est de vaincre, un Etat engagé dans un conflit va chercher à détruire ou affaiblir, au prix des moindres pertes pour lui, le potentiel de guerre de l'ennemi. Ce potentiel comprend deux éléments: des ressources en hommes et des ressources en matériel.

Pour user le potentiel humain — par quoi nous entendons les individus qui contribuent directement à l'effort de guerre — trois moyens: tuer, blesser ou capturer. Or ces trois moyens sont équivalents quant au rendement militaire; soyons cyniques: tous trois éliminent aussi bien les forces vives de l'adversaire.

Le raisonnement est différent sur le plan humanitaire: l'humanité exige que l'on préfère la capture à la blessure, la blessure à la mort, que l'on épargne les non-combattants, que l'on blesse de la façon la moins grave — afin que le blessé soit opérable, puisse guérir — et de la façon la moins douloureuse; que la captivité soit aussi supportable que possible.

Les chefs militaires peuvent comprendre ce langage — et l'ont souvent compris — puisqu'on ne leur demande pas de renoncer à accomplir leur devoir de soldats et de patriotes. Ils peuvent atteindre le même résultat en infligeant des souffrances moindres. Prolonger les maux de l'ennemi hors de combat, par manque de soins ou par mauvais traitements, même du point de vue le plus réaliste, est inutile.

De là résulte l'impératif des Conventions de Genève, selon lequel les personnes mises hors de combat et celles qui ne participent pas directement aux hostilités seront respectées, protégées et traitées avec humanité.

En face du plus formidable déploiement de force que le monde ait connu, et qui s'appelle la guerre, la Croix-Rouge a dressé les barrières, encore fragiles — car elles sont faites avec des mots — du droit humanitaire.

Le principe de Genève prescrit trois devoirs envers les victimes de la guerre: les respecter, les protéger, les traiter avec humanité, des notions voisines qui se complètent. Il serait dangereux de définir en détail ce qu'est le traitement humain, car on serait toujours en retard sur l'imagination des scélérats. Le déterminer est une question de bon sens et de bonne foi. Contentons-nous de dire que c'est le minimum qui doit être réservé à l'individu pour qu'il puisse mener une existence acceptable.

Le principe d'*inviolabilité* — selon lequel l'individu a droit au respect de sa vie et de son intégrité physique et morale — com-

mande que tout homme qui souffre soit recueilli et reçoive les soins que requiert son état.

C'est pour obéir à cet impératif que l'on a conclu, en 1864, la I^{re} Convention de Genève. Toutes les autres obligations de la Convention en découlent. Il ne suffit pas de respecter les blessés et les malades, il faut encore les soigner, faute de quoi ils risqueraient de succomber. Par souffrance, il faut entendre non seulement toute douleur, mais aussi toute atteinte à la santé, même si elle n'est pas sensible.

Conçu pour les militaires en temps de guerre, ce principe est *a fortiori* valable pour les civils et pour le temps de paix. Dans ce dernier cas, il prend l'aspect, plus positif, du maintien de la santé et de la prévention des malades. Des milieux médicaux internationaux ont proposé de statuer que «tout homme a le droit d'être secouru s'il est blessé ou malade». Cependant, aucun principe de cet ordre ne figure encore dans la Déclaration universelle des Droits de l'homme, vu le caractère encore embryonnaire de l'assistance sanitaire dans maints pays en voie de développement.

Une autre notion fondamentale, dans le champ de la présente étude, est celle de la *neutralité*: l'assistance médicale et secourable n'est jamais une ingérence dans le conflit, elle est placée au-dessus de la lutte.

L'idée qui est à la base de la I^{re} Convention de Genève c'est que le secours apporté, même à des adversaires, est toujours licite, qu'il ne constitue jamais un acte hostile, une entorse à la neutralité.

Lorsque la I^{re} Convention de 1949 traite de l'assistance qu'une société de secours d'un pays neutre peut apporter à une partie au conflit, elle précise: «En aucune circonstance, ce concours ne devra être considéré comme une ingérence dans le conflit» (art. 27). Plus significatif encore est l'article 70 du Protocole additionnel de 1977, qui stipule que les offres d'action de secours humanitaires et impartiales «ne seront considérées ni comme une ingérence dans le conflit armé, ni comme des actes hostiles».

3. PROTECTION DES BLESSÉS ET MALADES

La I^{re} Convention de Genève de 1949 — version révisée de la Convention de 1864 — stipule que les militaires blessés ou malades, désormais sans défense, seront sauvegardés en toutes circonstances. Encore faut-il qu'ils renoncent à combattre.

En 1864, on parlait de « neutralité » des blessés. Depuis, on parle de « respect et protection », le respect étant la notion négative — ne pas tirer sur le blessé — et la protection la notion positive — prendre la défense, prêter secours et appui. C'est la clé de voûte : seul peut être tué le soldat qui lui-même est en mesure de tuer. L'abandon de toute agressivité doit suspendre l'agression.

Le Protocole I de 1977 a apporté d'utiles précisions relatives à la sauvegarde de l'ennemi hors de combat. Ainsi est réputée hors de combat — en dehors des cas de reddition — « toute personne qui a perdu connaissance ou est autrement en état d'incapacité du fait de blessures ou de maladie et en conséquence incapable de se défendre » (art. 41, al. 2,c).

La Convention protège le blessé avant sa capture, quand il est dans sa propre armée ou entre les lignes du front, mais aussi après, c'est-à-dire lorsqu'il est captif. Dans le soldat blessé qui est tombé au pouvoir de l'adversaire, il y a à la fois le blessé, qui doit être soigné comme s'il n'était pas un ennemi, et le combattant, qui devient prisonnier de guerre. Il se trouvera donc, jusqu'à sa guérison, au bénéfice de deux Conventions à la fois, la I^{re} et la III^e, avec primauté de la I^{re} si elles se recouvrent. Après la guérison, seule la III^e Convention — qui offre des garanties équivalentes quant aux soins médicaux — régira son sort.

L'armée qui doit abandonner des blessés en reculant laissera avec eux, autant que possible, du personnel et du matériel sanitaires pour contribuer à les soigner. C'est la grande innovation de 1864, rendue possible par la neutralisation du personnel médical et sa restitution.

Les blessés doivent être recherchés et recueillis, de même que les morts. Ceux-ci ne seront enterrés qu'après examen médical et communication de leur identité. On pourra conclure des armistices locaux, ainsi que des arrangements pour évacuer les blessés de zones encerclées.

Les soldats ennemis hors de combat seront traités comme ceux de l'armée nationale. Ce grand principe de la *non-discrimination* a, dès l'origine, trouvé sa place dans les Conventions de Genève. Jusqu'en 1929, la Convention n'interdisait que les distinctions fondées sur la nationalité. En 1949, on a exclu les autres distinctions qui seraient fondées « sur le sexe, la race, la nationalité, la religion, les opinions politiques ou tout autre critère analogue ». Ces derniers mots montrent bien que toutes discriminations sont proscrites, et que celles que l'on énumère dans le texte n'y figurent qu'à titre d'exemple. De toute évidence, elles étaient implicitement interdites

auparavant. Ce sont les tristes expériences de la seconde guerre mondiale qui ont incité à les inscrire en toutes lettres.

La non-discrimination est essentiellement liée à la Croix-Rouge et c'est un principe déjà ancien de la déontologie médicale. Il figure une conquête de l'humanitarisme moderne, car il n'était pas dans l'antique Serment d'Hippocrate.

Cependant, dans des circonstances exceptionnelles, il peut y avoir nécessité de procéder à un choix : ainsi lorsqu'un médecin ou une infirmière, faute de remèdes en suffisance, n'est en mesure de sauver qu'une partie des malades dont ils ont la charge. C'est souvent un drame tragique, comparable à celui d'un radeau qui va couler avec sa charge humaine, si d'autres naufragés s'y accrochent. Peut-on frapper à coups d'aviron sur les mains d'êtres humains, d'enfants peut-être, dont le malheur est de ne pas être arrivés les premiers ?

J'ai eu connaissance de plusieurs cas où des médecins n'ont soigné que les malades, blessés ou affamés, qui avaient encore une chance de survivre, laissant mourir ceux qui étaient perdus. Tout cela représente des cas de conscience, comme on les appelle, parce que la décision est laissée à l'individu responsable, qui se déterminera après avoir pesé, au plus profond de lui-même, le pour et le contre. Car qui peut se targuer de détenir les normes de la Justice absolue ?

Vu ce qui précède, le principe de non-discrimination ne peut être entendu absolument. Il nécessite un correctif. Ainsi, les récentes Conventions de Genève ne prohibent que les distinctions « défavorables ». Cette expression n'est pas très heureuse, car il est bien certain que l'on desservirait des individus en ne leur accordant pas les avantages que l'on donne à d'autres. Mais si les termes sont gauches, l'idée que l'on a voulu rendre est juste : il y a des distinctions licites, plus même, obligatoires.

En effet, lorsque le malheur a rompu l'égalité entre les hommes, l'application des principes humanitaires tendra à rétablir l'équilibre. Or, ramener les hommes à un même niveau, c'est s'occuper le plus efficacement et en premier lieu des plus dénués d'entre eux. Le simple bon sens l'indique. On ne peut remédier à une inégalité que par une autre inégalité. Il y a donc des distinctions qu'il est nécessaire d'opérer : celles qui se fondent sur la souffrance, la détresse ou la faiblesse naturelle, et ce sont seulement celles-là.

Les Conventions de Genève de 1949 ne sont plus muettes sur ce point, comme c'était le cas naguère. Ainsi dit-on que les femmes

seront traitées avec tous les égards dus à leur sexe. De même, il est normal de favoriser les enfants et les vieillards.

A côté de l'inégalité quantitative du traitement, les Conventions établissent, avec plus de netteté encore, son inégalité dans le temps. Ainsi y lit-on que «seules des raisons d'urgence médicale autoriseront une priorité dans l'ordre des soins» (art. 12). Supposons qu'en un lieu donné le service sanitaire de l'armée doive faire face à un afflux de blessés: les médecins, sans tenir compte de la nationalité, soigneront d'abord les hommes auxquels un délai serait fatal, ou du moins préjudiciable, pour s'occuper ensuite de ceux dont l'état ne nécessite pas une intervention immédiate. De même, une distribution de vivres ou de médicaments devra se conformer au degré des besoins de chacun.

4. PERSONNEL SANITAIRE DES ARMÉES

Les médecins et les autres membres du personnel sanitaire et religieux seront respectés et protégés en toutes circonstances. Ils ne peuvent être empêchés de remplir leurs fonctions. Pour cela, ils doivent porter, au bras gauche, un brassard muni du signe de la croix rouge ou, dans les pays musulmans, du croissant rouge. Ils doivent posséder aussi une carte d'identité.

Qui a droit à la protection de la I^e Convention? D'abord et avant tout, le personnel du service de santé de l'armée, que ce soit le personnel soignant ou le personnel administratif; ensuite une partie du personnel des Sociétés nationales de la Croix-Rouge, à savoir les personnes qui prêtent leur concours au service de santé de l'armée, qui viennent s'incorporer à ce service, et seulement celles-là.

Si les médecins et les infirmiers se voient accorder ainsi des privilèges aussi considérables, ce n'est pas pour eux-mêmes. C'est uniquement parce qu'ils soignent les victimes. A travers eux, c'est encore les blessés que l'on vise. Les médecins sont protégés en tant que guérisseurs, et c'est d'ailleurs le plus bel hommage qu'on pouvait leur rendre.

L'immunité conférée aux établissements et au personnel sanitaires implique que les membres de ce personnel s'abstiennent, avec une parfaite loyauté, de toute ingérence, directe ou indirecte, dans les hostilités. Considérés par l'ennemi comme «neutres», dans l'intérêt supérieur des blessés, ils ont l'obligation de se comporter comme tels.

Pendant la deuxième guerre mondiale, il s'est trouvé parfois des membres du personnel sanitaire, dans des régions occupées, pour dissimuler des combattants dans des hôpitaux et les aider à poursuivre une mission militaire, de renseignements ou de sabotage, par exemple. En agissant de la sorte, ils obéissaient certainement à un impératif patriotique puissant et hautement honorable. Mais ils n'en transgressaient pas moins les règles du droit humanitaire et ils risquaient, par là même, de déclencher des sanctions frappant d'innombrables innocents. L'adversaire pouvait, en effet, être tenté de refuser toute protection à l'hôpital entier, ou même, si les abus se multipliaient, à tout le service de santé.

On ne peut à la fois servir la vocation médicale et combattre. Il faut choisir. La «résistance», ouverte ou clandestine à l'ennemi, peut être légitime, elle peut être héroïque, nous ne le contestons nullement. Mais elle est incompatible avec la mission secourable. Si l'on veut, dans l'intérêt général, que les institutions humanitaires subsistent dans un pays occupé et qu'elles continuent leur travail, il faut que, par une attitude irréprochable, leurs membres conservent la pleine confiance des autorités. Une exception pourrait cependant être faite à ce principe, si l'on était en présence d'un ennemi sans foi ni loi, qui violerait systématiquement le droit et n'accorderait aucune protection aux personnes que les Conventions ordonnent de respecter.

Il est un problème qui a soulevé des discussions passionnées lors de la révision de 1949: c'est la rétention du *personnel sanitaire tombé aux mains de la partie adverse*. D'après la conception traditionnelle, ce personnel devait être immédiatement libéré et renvoyé à son armée. Mais, au cours de la seconde guerre mondiale, les belligérants se sont entendus pour garder dans les camps une grande partie des sanitaires, afin qu'ils soignent leurs compatriotes prisonniers. On a dit que les captifs guérissaient mieux lorsqu'ils étaient traités par des gens de chez eux. Aussi les Anglo-Américains voulaient renoncer complètement au rapatriement des médecins et infirmiers; ils seraient devenus de simples prisonniers de guerre, mais employés à des tâches sanitaires.

Finalement c'est un compromis qui a prévalu: le personnel sanitaire ne sera retenu que dans la mesure où l'état de santé et le nombre des prisonniers l'exigent; pendant leur rétention, ils ne deviendront pas des prisonniers de guerre, mais bénéficieront de tous les droits de ceux-ci. Cette solution a les inconvénients de toutes les solutions de compromis: on reste dans le flou. Cependant, relevons que les législateurs de 1949 ont voulu, d'une part, ne

pas assimiler aux combattants prisonniers de guerre les membres du personnel sanitaire, mais leur conserver l'immunité spéciale et traditionnelle qui s'attache à leur qualité et les place au-dessus de la lutte, et, d'autre part, leur assurer les avantages de la III^e Convention de Genève, reconnaissant qu'elle est la meilleure sauvegarde qui existe pour des personnes au pouvoir de l'ennemi.

S'ils échappent juridiquement à la captivité, par cela même qu'ils ne sont pas prisonniers de guerre, les membres du personnel sanitaire verront cependant, en fait et dans une certaine mesure, leur liberté restreinte. Cette situation découlera inévitablement de leur nationalité ennemie et de la nécessité, pour la Puissance détentrice, d'assurer sa sécurité militaire et politique. La Convention prévoit d'ailleurs qu'ils seront soumis à la discipline du camp.

En vertu de l'article 28, les sanitaires et aumôniers retenus «continueront» à exercer leurs fonctions médicales ou spirituelles au profit des prisonniers. Ce mot montre bien que si la capture, puis la rétention placent les sanitaires dans des conditions nouvelles, les fonctions qui sont leur raison d'être — soigner les militaires blessés et malades — ne changent pas et qu'elles doivent se poursuivre sans entrave et presque sans solution de continuité.

Ces fonctions s'accompliront désormais dans le cadre des lois et règlements militaires de la Puissance détentrice et sous l'autorité de ses services compétents. La Convention apporte cependant un tempérament de valeur à cette exigence, en précisant que les médecins et membres du personnel sanitaire exerceront leurs fonctions «en accord avec leur conscience professionnelle». S'ils dépendent administrativement des autorités caprices, cette subordination n'est pas sans limite. La contrainte du pouvoir détenteur s'arrête là où commence un domaine qui est régi par les impératifs de la profession et de la conscience. Ainsi ne pourra-t-on, par exemple, interdire à un médecin de soigner un malade ou le contraindre à lui appliquer un traitement qu'il jugerait impropre.

Le personnel sanitaire retenu dans les camps de prisonniers jouira des privilèges nécessaires à l'accomplissement de sa mission; il ne pourra être astreint à des travaux étrangers à celle-ci; il pourra visiter les hôpitaux et détachements de travail.

Une fois par mois au moins, tous les prisonniers seront soumis à des examens médicaux complets, où l'on contrôlera notamment leur aptitude au travail.

Toutes mesures seront prises pour assurer la salubrité des camps, la prévention des épidémies, l'isolement des contagieux, le transfert des grands malades dans des hôpitaux ou établissements

spécialisés, la fourniture de prothèses. Des exigences similaires valent pour les internés civils, dont le régime conventionnel est très analogue.

Des commissions médicales mixtes, composées de trois membres, dont deux neutres nommés par le CICR, visiteront les prisonniers et désigneront souverainement ceux dont l'état de santé justifie les mesures prévues par la Convention en faveur des grands blessés et grands malades, c'est-à-dire soit le rapatriement, soit l'hospitalisation en pays neutre. Un accord-type, annexé à la Convention, énumère en détail les infirmités et maladies à prendre en considération; il servira de base au travail des Commissions médicales mixtes.

5. MISSION MÉDICALE

Les médecins privés, les secouristes et même de simples particuliers peuvent, dans certaines conditions, participer aux secours. La Convention stipule, en effet, que «l'autorité militaire pourra faire appel au zèle charitable des habitants pour recueillir et soigner bénévolement, sous son contrôle, des blessés et malades, en accordant aux personnes ayant répondu à cet appel la protection et les facilités nécessaires» (art. 18). Une autre disposition du même article donne aux habitants et aux sociétés de secours le droit de recueillir et de soigner spontanément des blessés, sans distinction de nationalité, et cela même en pays occupé.

L'évolution récente des méthodes de la guerre, loin de rendre de telles préoccupations illusoires, leur a donné une actualité nouvelle, vu notamment le développement des mouvements de résistance et des parachutages de troupes. Il peut se trouver des blessés isolés en tous les points du territoire; il faut que les civils leur portent secours sans entrave.

Pendant la seconde guerre mondiale, l'autorité d'occupation avait ordonné aux habitants, y compris les médecins, sous peine des plus graves sanctions, de dénoncer la présence de tout ennemi présumé ou de tout partisan. Rares sont les médecins qui ont obéi à cette injonction. Car dénoncer des blessés ou malades dans ces conditions, c'est les empêcher de venir se faire soigner.

Certains, en 1949, auraient voulu que l'on précise, dans le texte de la Convention, que les habitants ne sauraient soustraire les blessés et malades recueillis au contrôle de l'autorité militaire. D'autres s'y sont opposés, craignant de légitimer des mesures que prendrait l'autorité occupante pour obliger la population et les

médecins à dénoncer les blessés ennemis ou appartenant aux mouvements de résistance, ce qui serait contraire, disaient-ils, au secret médical. On a finalement renoncé à toute mention.

La question a été reprise à la Conférence diplomatique de 1974, qui a établi les deux Protocoles additionnels aux Conventions de Genève. Cette fois on a mis noir sur blanc qu'un médecin ou autre membre du personnel soignant ne sera pas contraint de donner à quiconque des renseignements sur les blessés ou malades qu'il a traités, s'il estime que de tels renseignements peuvent porter préjudice à ceux-ci ou à leur famille. Cela signifie que le personnel de santé n'est pas tenu de dénoncer les gens qui ont recours à ses soins.

Après tant de drames, et de nombreuses discussions dans les milieux médicaux, on s'est donc acheminé vers une solution fondée sur la liberté du médecin, et c'est bien ainsi. Malheureusement, la Conférence, dans sa dernière session, a cru devoir réserver la loi nationale du pays auquel appartient le médecin, ce que l'on doit regretter, car cela risque de vider la disposition, si chèrement acquise, d'une partie de sa substance. Cela reste, en revanche, pleinement valable vis-à-vis de l'ennemi et de la Puissance occupante.

Un autre problème connexe, et non moins douloureux, est le suivant. Dans maints pays, durant la seconde guerre mondiale et après, des hommes et des femmes ont été tués, malmenés ou emprisonnés pour avoir donné des soins à des résistants ou à des parachutistes. Réciproquement, après la libération, des médecins ou infirmiers qui s'étaient engagés dans le service de santé ou la Croix-Rouge du pays occupant, se sont vus placés sous le coup de lois, faites tout d'une pièce, qui qualifient de haute trahison tout engagement dans l'armée ennemie, et assimilés purement et simplement à des hommes qui auraient pris les armes contre leur patrie.

«Nul ne sera inquiété ou condamné pour le fait d'avoir donné des soins à des blessés ou à des malades», dit la Convention de 1949 (art. 18). Le Protocole de 1977 ajoute: «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» (art. 16, al. 1). Je souligne que la déontologie médicale se trouve ainsi, en quelque sorte, incorporée au droit international¹.

¹ Rappelons que, sur le plan international, les principes de la déontologie médicale figurent dans le Serment de Genève, de 1948, établi par l'Association médicale mondiale, version révisée du Serment d'Hippocrate, et dans le Code

D'autres dispositions de 1977, demandées également par les milieux médicaux, établissent une meilleure protection de la personne et de la mission médicale. Ainsi, un article interdit expressément de soumettre les personnes protégées à des actes médicaux qui ne seraient pas motivés par leur état de santé et qui ne seraient pas conformes aux normes médicales généralement reconnues. On a donc voulu condamner expressément les expériences pseudo-médicales, de sinistre mémoire, mais aussi les prélèvements d'organes pour effectuer des transplantations — un problème tout récent. Dans le même esprit, le don du sang est entouré de garanties. Les gens au pouvoir de l'ennemi ne doivent pas servir de «cobayes», ni de pourvoyeurs de chair humaine.

Enfin, il est dit que les personnes exerçant une activité de caractère médical ne peuvent être contraintes d'accomplir des actes contraires au droit humanitaire ou à la déontologie. C'est très important.

C'est ici qu'il faut rappeler qu'en vertu des Conventions, les membres du personnel sanitaire qui violent le droit humanitaire sont punissables. Ainsi sont qualifiés d'infractions graves — on dit, en langage courant, crimes de guerre — donc réprimés très sévèrement, entre autres le fait de mettre en danger la santé ou l'intégrité, physique comme mentale, de quiconque par un acte ou une omission volontaire, les expériences biologiques, et naturellement la torture et les traitements inhumains, ainsi que l'usage perfide du signe distinctif de la croix rouge, si elle provoquait la mort d'êtres humains ou de graves atteintes à leur personne. Il est également défendu de laisser des gens, de façon préméditée, sans secours médical ou sans soins, ou de les exposer à des risques de contagion ou d'infection.

La volonté des patients, même en captivité, doit être respectée. Avant de tenter une opération ou d'entreprendre un traitement, le médecin fera donc bien de s'assurer du consentement, si possible écrit, du malade, pour autant, bien sûr, qu'il soit capable de le donner.

Les milieux médicaux se sont demandé si des médecins avaient le droit de se livrer à la recherche dans des domaines portant atteinte à la vie et à la personne humaine. Peuvent-ils travailler à

international d'éthique médicale, qui le complète. Un projet de nouveau code est en cours d'examen à l'OMS. De plus, en 1957, le CICR, le Comité international de médecine militaire et l'OMS ont élaboré des «Règles de déontologie médicale pour le temps de guerre», et l'Association médicale mondiale des «Règles tendant à assurer le secours et les services aux blessés et aux malades en temps de conflit armé».

rendre des armes plus cruelles ou plus meurtrières ou dire jusqu'à quel point on peut pousser la torture? Dans l'esprit des textes de Genève, je réponds catégoriquement non, et j'ajoute que ces gens n'ont plus, dès l'instant où ils se livrent à ces coupables activités, le droit de porter le titre de médecin.

6. HÔPITAUX ET MOYENS DE TRANSPORT

Si l'on entend protéger les blessés et le personnel qui les soigne, il fallait bien assurer une immunité aux bâtiments qui abritent ces personnes, aux unités sanitaires dont elles font partie intégrante, aux véhicules qui les transportent et au matériel sanitaire employé.

Hôpitaux fixes et unités mobiles doivent être respectés en tout temps, qu'ils contiennent ou non des blessés ou des malades. S'ils tombent aux mains de la partie adverse, ils pourront continuer à fonctionner tant que la Puissance caprice n'aura pas elle-même assuré les soins nécessaires aux patients qui s'y trouvent.

La protection due aux formations mobiles comme aux établissements fixes cessera cependant s'il en est fait usage pour commettre ce que la Convention appelle des «actes nuisibles à l'ennemi». Ce sont des actes ayant pour but ou pour effet, en favorisant ou en entravant des opérations militaires, de nuire à l'un des belligérants, par exemple abriter des combattants valides ou entreposer des armes dans un hôpital, ou encore y installer un poste d'observation militaire.

La Convention énumère à ce propos des actes qu'il ne faut pas considérer comme des actes nuisibles. Parmi ceux-ci, on mentionne que le personnel sanitaire a le droit d'être armé et qu'il peut, en cas de nécessité, faire usage de ses armes pour assurer sa propre défense ou celle des blessés dont il a la charge. On a souvent mal compris cet armement des sanitaires, qui a donné lieu à des interprétations abusives. Soulignons donc qu'il s'agit d'un armement purement défensif (des armes légères et avant tout le pistolet d'ordonnance). Il n'est pas destiné à s'opposer à une attaque illicite; — dans un tel cas, la formation devrait se rendre, car ses moyens de défense sont dérisoires. Son but est de maintenir l'ordre et d'écarter des pillards. Mais, bien sûr, on ne peut demander aux médecins de se laisser égorger comme des moutons, sans réagir, en face d'un ennemi barbare, qui ne respecterait rien. Cet armement, on le voit, ne

change pas la nature, essentiellement neutre et pacifique, d'une formation sanitaire.

Jusqu'en 1949, le matériel sanitaire devait être restitué à son armée d'origine. Ce n'est plus le cas. Le changement intervenu est une conséquence de la modification consentie quant à la rétention possible du personnel sanitaire. Mais il ne pourra être saisi tant qu'il sera nécessaire aux blessés.

Il en est de même pour les véhicules terrestres. Ils sont protégés sur le front, mais, s'ils sont capturés, ils n'ont plus à être rendus.

Dans ce cadre, mentionnons *l'aviation sanitaire*. Avant 1949, il suffisait, pour être protégé, qu'un avion sanitaire soit peint en blanc avec des croix rouges. A la Conférence diplomatique de 1949, les experts ont dit: la peinture est un moyen d'identification illusoire, car maintenant on tire sur les avions avant de les voir. Aussi a-t-on alors subordonné toute protection à la conclusion, entre les belligérants, d'un accord sur le plan de vol (route, heure, altitude, vitesse, etc.). Comme il est très difficile de conclure des accords en pleine guerre, surtout dans des cas d'urgence, cela a pratiquement coupé les ailes à l'aviation sanitaire, qui est restée clouée au sol, ou que l'on a fait escorter par des avions de chasse. Mais quelle misère dans les pays qui n'ont pas la maîtrise de l'air! Car l'aéronef est un merveilleux moyen pour sauver des blessés. Ainsi des hélicoptères les prendront à l'endroit même où ils sont tombés, en leur évitant des transports sur terre, longs, douloureux et parfois fatals. En outre, pendant la guerre d'Indochine, pour prendre un exemple, les grands transporteurs américains allaient d'un seul coup d'aile jusqu'aux Etats-Unis et, pendant le voyage, traitaient les blessés dans une véritable salle d'opération.

Aussi la question a été reprise en 1974 et la science a apporté le remède au mal qu'elle avait causé. On a vu que l'on pouvait parfaitement, de nos jours, identifier les avions en vol avant le tir, car c'est exactement ce qui se passe avec les avions de guerre: on sait immédiatement s'ils sont amis ou ennemis. Ainsi une Annexe technique au Protocole additionnel de 1977 a créé un système comptant trois sortes de signaux — le feu bleu scintillant, le signal radio et l'utilisation du radar secondaire — qui vient s'intégrer dans la procédure internationale de communication.

Une renaissance de l'aviation sanitaire immunisée est donc possible et, nous l'espérons, proche.

Sur mer, c'est la *navire-hôpital* qui retient l'attention. On l'utilise à plusieurs fins: dans les guerres maritimes, il suit à distance les

escadres et recueille les naufragés et les blessés après les combats; dans les guerres intercontinentales, il est le moyen d'évacuation et de transport; dans les guerres « amphibies », il sert d'hôpital flottant, assurant l'entier traitement des soldats reçus à bord.

Moyennant notification de leurs caractéristiques à la Partie adverse et signalisation appropriée, les navires-hôpitaux sont protégés et exempts de capture en toutes circonstances, qu'il y ait ou non des blessés à bord, et dans leur intégralité, c'est-à-dire y compris leur personnel, leur matériel et leur équipage. C'est une situation privilégiée par rapport à la guerre terrestre, car en cas de guerre les navires sont rares et les navires-hôpitaux plus encore. Sans équipage, un navire-hôpital ne serait plus qu'une épave. Il est donc protégé comme un tout.

Bien qu'appartenant à la marine militaire, les navires-hôpitaux ne sont pas des vaisseaux de guerre. Ils sont placés en dehors de la lutte et comme « transparents »: les belligérants peuvent les arraisonner, leur assigner une direction déterminée, etc. Cependant, si les navires-hôpitaux s'aventurent au milieu d'une bataille navale, c'est à leur risque.

Les navires-hôpitaux ne peuvent évidemment pas, sous peine de perdre leur protection, commettre des « actes nuisibles à l'ennemi », comme, par exemple, de transporter du matériel de guerre, à l'exception des armes retirées aux blessés ou naufragés et de celles que le personnel possède pour assurer sa défense et celle des blessés.

7. PERSONNEL SANITAIRE CIVIL

La IV^e Convention de Genève date de 1949 et est venue enfin apporter aux civils des garanties qui leur avaient fait si cruellement défaut au cours de la seconde guerre mondiale. Dans le domaine qui nous occupe aujourd'hui, elle a étendu aux blessés et malades civils les principes conçus d'abord pour les seuls blessés militaires et dont je vous ai parlé.

Les hôpitaux civils sont donc protégés de la même façon que les hôpitaux militaires, mais il faut pour cela qu'ils répondent à la définition de la Convention et qu'ils aient été reconnus à ce titre par l'Etat. Les hôpitaux civils seront, si l'Etat les y autorise, signalés au moyen de l'emblème de la croix rouge, ce qui n'était pas le cas auparavant.

La Convention accorde ensuite au personnel des hôpitaux civils une protection analogue à celle dont jouit le personnel sanitaire de

l'armée. Il en est de même pour les transports de malades civils, pour autant cependant qu'il s'agisse de convois organisés.

En 1949, la Conférence diplomatique a refusé d'étendre la protection spéciale de la Convention et l'usage de l'emblème de la croix rouge à tout le personnel sanitaire civil, jugeant qu'une telle extension à des groupes mal définis et sans incorporation régulière, ni contrôle strict, augmenterait les risques d'abus du signe distinctif et affaiblirait la protection dont tous les civils doivent jouir.

Mais la Conférence diplomatique de 1974 a fait le grand pas qu'elle avait hésité à faire vingt-cinq ans auparavant. On a reconnu que la solution de 1949 était embryonnaire et très insuffisante: le territoire entier du pays est aujourd'hui affecté par les hostilités, et les civils sont frappés autant, sinon plus, que les soldats. Le personnel médical doit pouvoir se rendre partout librement, souvent dans des zones dangereuses, et soigner les blessés sans distinction. Par le Protocole additionnel de 1977, l'ensemble du personnel sanitaire civil jouit désormais de l'immunité créée dès 1864 pour le personnel sanitaire de l'armée. Mais d'importantes garanties, destinées à éviter les abus que l'on craignait, ont été prévues. Pour avoir droit à la protection et à l'usage de la croix rouge, le personnel médical et para-médical civil doit être autorisé et contrôlé par l'Etat.

Comment cette extension considérable a-t-elle été jugée possible? C'est parce qu'aujourd'hui il s'est créé dans nombre de pays un véritable service sanitaire civil et, bien plus, qu'on a vu souvent ce service civil se fondre avec le service de l'armée, pour ne plus former, en temps de guerre, qu'un seul service de santé.

De nos jours, le personnel médical du temps de guerre et celui du temps de paix sont recrutés parmi les mêmes personnes et ils reçoivent la même formation.

On est donc en présence d'une évolution irréversible. Mais il faut exiger que le contrôle gouvernemental s'exerce avec une vigilance soutenue, car il faut maintenir à tout prix l'autorité de l'emblème et assurer son respect. *De nombreuses vies humaines sont en jeu.*

Mentionnons encore quelques prescriptions particulières prises en faveur des civils. En pays conquis, les autorités occupantes ont la responsabilité de maintenir la santé publique. Le personnel médical de toutes catégories et les sociétés de secours seront autorisés à poursuivre leur tâche.

La Convention prévoit encore la faculté de créer des zones sanitaires et de sécurité dans lesquelles seraient concentrés les bles-

sés, les malades et certaines catégories de la population civile, ainsi, naturellement, que le personnel médical nécessaire.

On a beaucoup parlé de telles zones, mais l'histoire n'en a connu qu'un nombre limité d'exemples. Si ces lieux de refuge se multipliaient, cela présenterait un risque certain d'affaiblir la sécurité des autres parties du territoire. Mais on peut concevoir de telles zones dans des cas urgents et limités localement.

Enfin, la IV^e Convention a consenti quelques brèches au blocus, n'hésitant pas à s'attaquer ainsi à cette arme redoutable qu'est la guerre économique. On s'est, évidemment, heurté là à une forte résistance des gouvernements. Les exemptions ont été limitées quant à la nature des envois et aux catégories de bénéficiaires : seuls les envois de médicaments et de matériel sanitaire seront assurés à toute la population. Pour les vivres et vêtements, ils n'auront libre-passage qu'au profit des enfants et des femmes enceintes. Encore ces exemptions sont-elles subordonnées à des conditions et à des garanties de contrôle.

*

Je viens d'évoquer la lettre des Conventions de Genève. Plus important encore que la lettre est l'esprit. Or l'esprit des Conventions de Genève, c'est l'esprit de la Croix-Rouge, qui est bien plus ancien et beaucoup plus large. La I^e Convention de Genève contient une grande idée humanitaire qui va bien au-delà de ce qu'elle prescrit, à savoir que tous les blessés doivent être soignés sans distinction de nationalité. Il en résulte que le secours apporté, même à des adversaires, n'est jamais un acte hostile, n'est jamais une ingérence dans la lutte.

Il est bien certain que si l'on s'en tenait à un point de vue purement égoïste, purement utilitaire, la Convention de Genève apparaîtrait comme une aberration. N'est-ce pas le propre de la guerre d'attaquer les soldats ennemis ? Si les intérêts militaires les plus immédiats — et d'ailleurs mal compris — avaient prévalu en 1864, on aurait considéré que les blessés qui peuvent guérir restent des adversaires nuisibles. De même, le service de santé, qui concourt au potentiel militaire en ce qu'il permet de « récupérer » des combattants, n'aurait pas été protégé.

Il n'y aurait pas eu alors de Convention de Genève et ceux qui ont soigné des ennemis seraient des traîtres. Mais cette conception n'a pas triomphé, et les Etats, en signant les Conventions de Genève, ont consenti à sacrifier un intérêt national aux impératifs de la conscience. C'est bien là le miracle de la Croix-Rouge.

Un vœu pour terminer : que jamais on n'abatte, dans le monde, le drapeau blanc à croix rouge ; car autrement on verrait s'élever et bientôt régner en maître un autre emblème, lui aussi universellement connu et respecté, mais pour d'autres raisons : le drapeau noir qui porte en son centre un crâne et deux os croisés. Car, ne l'oublions pas, ce drapeau de la croix rouge, qui flotte depuis plus de cent ans sur tous les champs de bataille du monde et partout où l'homme souffre, ce n'est pas seulement la bannière de ces cohortes aux mains nues qui disputent à la mort ses proies, c'est aussi le symbole même de la paix.

Jean Pictet

