Le Comité international de la Croix-Rouge et la santé

Créée en novembre 1977, la Division médicale du CICR exerce des activités en faveur des blessés de guerre, des prisonniers, des populations civiles et des handicapés de guerre. Le but essentiel de ces activités est de maintenir en vie les victimes; d'alléger leurs souffrances et d'éviter que les séquelles de leurs maladies ou de leurs blessures n'handicapent leur avenir.

Traçant le bilan des activités du CICR durant son mandat (1976-1987), le président Hay a notamment déclaré en mai dernier: « Le domaine médical, absolument embryonnaire à mon arrivée, a pris un développement considérable et a atteint une qualité et une amplitude dignes de tous les éloges. Le CICR et les victimes des conflits doivent beaucoup à l'esprit d'initiative, au dévouement et à la compétence de nos médecins ».

La **Revue** *est particulièrement heureuse de publier un article du Dr Rémi Russbach, médecin-chef du CICR, qui retrace l'évolution des activités de la Division médicale de ces dix dernières années, mettant l'accent non seulement sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des programmes, mais aussi sur les problèmes auxquels le CICR a été confronté dans ce domaine.*

*
* *

INTRODUCTION

De tout temps, les conflits armés ont décimé les populations, non seulement par le biais des blessures mortelles infligées aux combattants, mais encore par les maladies consécutives à l'anéantissement des conditions matérielles indispensables à la survie de l'homme.

Dans de nombreuses situations, les structures étatiques ont été capables dee pallier aux besoins élémentaires des populations, limitant ainsi les effets dramatiques des conflits sur la santé; dans d'autres, comme par exemple à Solférino, la disproportion entre l'ampleur du désastre et l'insuffisance des moyens pour le limiter a conduit à une véritable hécatombe.

C'est dans un tel contexte qu'est née l'idée d'Henry Dunant de créer des groupes de volontaires destinés à renforcer les structures officielles débordées par les événements. A ce premier élan de générosité venait s'ajouter la grande idée force qui est au cœur des Conventions de Genève: les blessés de guerre et ceux qui les soignent doivent être respectés sans discrimination par les belligérants.

Depuis la fondation de la Croix-Rouge en 1863, jusqu'aux guerres de libération, les conflits armés se sont déroulés entre des pays ayant une infrastructure capable de résoudre, avec l'aide des volontaires nationaux, une partie importante des problèmes de santé liés aux conflits.

Dans ces circonstances, le besoin, pour un pays de recevoir de l'aide sous forme d'équipes médicales d'un pays tiers, n'avait pas la même acuité que dans de nombreux conflits actuels dans lesquels le manque d'infrastructure de base rend indispensable une aide extérieure en matériel et en personnel.

Ceci explique le fait que jusque dans les années 60, le CICR, pour alléger les souffrances des victimes de guerre, a concentré ses forces sur l'élaboration et la mise en application des Conventions de Genève plutôt que sur l'aide matérielle directe, car il s'agissait surtout d'obtenir des gouvernements le respect des différentes catégories de victimes de guerre que de parer à leurs besoins matériels.

Aujourd'hui, la situation est sensiblement différente. Le DIH s'est notablement renforcé et offre une protection juridique satisfaisante pour les victimes de guerre. Le problème réside surtout au niveau de l'adhésion des gouvernements à ces principes et au respect des Conventions et des Protocoles additionnels. Il s'agit donc, pour le CICR, de tout faire pour que les principes du DIH soient connus et respectés.

Cependant, pour protéger efficacement les victimes, il faut d'abord les maintenir vivantes, en leur offrant, tant que faire se peut, des conditions matérielles compatibles avec la vie.

En effet, les conflits actuels se déroulant surtout dans des pays à infrastructure chroniquement insuffisante et particulièrement vul-

nérable, on assiste à des drames humains directement liés à la destruction des ressources essentielles à la survie. Dans de nombreuses situations de conflit, les conditions matérielles de la population civile ne sont plus compatibles avec la santé. Dans cet environnement hautement pathogène, il n'est pas possible d'échapper à la maladie, à la souffrance et à la mort.

Dans ces situations conflictuelles, où la maladie devient plus meurtrière que les armes, le CICR, soucieux du sort des victimes à protéger, a dû s'adapter par souci d'efficacité et a créé en 1977 la Division médicale pour mieux répondre à leurs besoins. Par ailleurs, la Division des Secours a été simultanément renforcée, afin de disposer d'une forte structure logistique pour fournir la nourriture et les infrastructures de base indispensables aux victimes.

Beaucoup de progrès ont été réalisés en 10 ans d'activités de la Division médicale, dans la façon d'aborder les problèmes de santé des victimes de conflits armés. Beaucoup reste encore à faire dans la mise en œuvre des programmes et pour obtenir l'accès aux victimes qui nous préoccupent.

LES ACTIONS MÉDICALES

Les actions médicales du CICR s'adressent à quatre catégories de victimes:

1) les blessés de guerre
2) les prisonniers
3) les populations civiles
4) les handicapés de guerre.

Le but prioritaire de ces actions est de maintenir en vie les victimes, de diminuer leur souffrance et d'éviter que les séquelles de leurs maladies ou de leurs blessures n'handicapent leur avenir.

Pour atteindre cet objectif, on dispose de ressources limitées qui devront être utilisées au mieux.

Les actions se déroulant dans des situations d'urgence dans lesquelles la demande en soins dépasse toujours les possibilités d'action, on se trouvera souvent devant l'embarrassante situation du triage et du choix des priorités. Notre expérience nous a conduit à définir certains principes de base que nous pouvons résumer ainsi:

— Dans la mesure du possible, les ressources locales en personnel et en matériel seront utilisées afin d'assurer une continuité de l'action et d'éviter ainsi une trop grande dépendance de l'extérieur. La collaboration à cet effet, avec la Société nationale de Croix-Rouge ou de Croissant-Rouge, qui est naturelle et coutumière, est le meilleur moyen de réaliser cet objectif.
— Il faudra éviter de privilégier les victimes dont nous avons la charge par rapport à la population environnante, sous peine de créer des jalousies et des tensions pouvant engendrer de la violence.
— On se gardera de créer une mentalité d'assisté chez les victimes qui risqueraient ensuite de ne plus être capables de prendre leurs responsabilités, ce qui pourrait à la longue être néfaste.
— L'aspect, souvent chronique des conflits, nécessitera des actions se situant à la limite entre l'urgence et le développement. On se gardera d'établir des programmes de développement avant que les conditions de stabilité nécessaire à ce type d'action, perturbées par la situation conflictuelle, n'aient été rétablies.
— Pendant la période aiguë, on tâchera de préparer déjà la suite de l'action qui pourrait être prise en charge par un gouvernement ou une autre organisation, sous forme d'un projet de développement.
— Le CICR s'efforcera d'harmoniser le rôle des diverses organisations présentes afin d'éviter des duplications, tout en gardant sous sa responsabilité les tâches spécifiques qu'il est le seul capable de remplir en raison de son rôle particulier d'organisme neutre et indépendant.

1. L'action en faveur des blessés

Le problème principal des blessés de guerre est qu'ils ne bénéficient que rarement de premiers soins adéquats et que leur accès aux hôpitaux est long et périlleux. Particulièrement dans les combats de type guérilla, les blessés peuvent se trouver à des jours de marche des centres de soins auxquels ils ne peuvent souvent pas accéder pour des raisons de sécurité. Le CICR, dans ces cas, s'efforce d'améliorer la formation des combattants et des civils dans le domaine des premiers soins et du transport des blessés. Il tâche parallèlement de diffuser auprès des combattants les idées de base de la Croix-Rouge en leur inculquant la notion de respect de l'ennemi blessé.

Le CICR est souvent appelé à renforcer la capacité opérationnelle des centres de chirurgie existants et peut leur fournir, après évaluation, du matériel chirurgical et médical.

Lorsque la crise est aiguë et que le personnel local n'est plus à la hauteur de la situation, le CICR peut envoyer des équipes de renfort en urgence.

Il arrive que le seul moyen de soigner correctement des blessés en sécurité soit de les accueillir dans un hôpital placé à la frontière d'un pays en conflit. Environ 10 000 blessés de guerre par année sont ainsi soignés, sous la responsabilité du CICR, par des équipes souvent composées de volontaires de Sociétés nationales de Croix-Rouge.

Si les moyens locaux sont insuffisants ou si le rôle d'un organisme neutre et indépendant est nécessaire, il incombe au CICR d'organiser une structure d'évacuation et de soins capable de répondre aux besoins.

La chirurgie de guerre peut se pratiquer avec un matériel simple mais nécessite un cadre relativement stable au point de vue de la sécurité et de l'approvisionnement en eau et en énergie. Cependant, la qualité des soins ne peut être assurée sans une équipe chirurgicale hautement qualifiée et entraînée aux problèmes spécifiques de la chirurgie de guerre, qui diffèrent considérablement des problèmes chirurgicaux en temps de paix.

Par exemple, les blessures provoquées par des projectiles à haute vitesse doivent absolument être traitées selon des techniques particulières si l'on veut apporter aux victimes les soins qu'elles méritent.

Le problème du triage des blessés, lorsque ceux-ci arrivent en masse, est également un sujet très important et spécifique auquel un chirurgien doit être soigneusement préparé.

Les chirurgiens ayant une formation polyvalente et une expérience de la chirurgie de guerre étant rares de nos jours en raison de la spécialisation de cette discipline, le CICR doit donner à des chirurgiens déjà très expérimentés une formation théorique complémentaire afin de les préparer aux problèmes nouveaux qu'ils vont rencontrer. Un matériel didactique sur ce sujet est constamment tenu à jour par la Division médicale et des échanges ont lieu avec des chirurgiens expérimentés dans ce domaine.

Beaucoup reste à faire pour adapter des techniques nouvelles à la chirurgie de guerre, tout en restant simple et réaliste. L'expérience du CICR dans le domaine de la chirurgie de guerre doit faire l'objet de publications et aider tous ceux qui seront un jour con-

frontés à ce problème. Déjà en 1863, l'un des fondateurs du CICR, le Dr Appia, disait: «Si les militaires doivent garder le secret sur la façon de faire la guerre, les médecins doivent faire connaître à tous les moyens d'en soigner les effets».

2. L'action en faveur des prisonniers

Le rôle du médecin dans les visites de camps de prisonniers et de prisons revêt une grande importance, car le souci principal du prisonnier concerne généralement son état de santé.

Tout doit être fait pour conserver l'intégrité physique et mentale des prisonniers afin que ceux-ci, après leur période d'internement, ne présentent pas de séquelles physiques ou mentales rendant impossible leur retour à une vie normale.

Même si le prisonnier ne subit pas de mauvais traitement caractérisé ou de torture, il faut réaliser que le milieu carcéral en soi constitue une atteinte à l'intégrité de l'homme et qu'à la longue, la détention se solde inévitablement par des problèmes de santé plus ou moins graves selon les circonstances.

Le médecin du CICR n'a pas le pouvoir de s'attaquer à la cause du mal, sauf dans les rares cas où il peut obtenir des autorités des rapatriements ou des libérations pour raison médicale. Il pourra cependant faire en sorte que le milieu de détention ne représente pas un trop grand danger pour la santé et la vie des prisonniers.

La qualité et la quantité de l'eau et de la nourriture disponibles et les conditions de logement et de vie quotidiennes devront être soigneusement examinées et pourront faire l'objet de démarches auprès des autorités afin d'en obtenir des améliorations.

La qualité des soins prodigués et la possibilité d'accès à ces soins par les détenus seront également l'objet d'étude et d'intervention de la part du médecin visiteur. L'entretien sans témoin avec les détenus, clé de voûte des visites du CICR, aura, en plus de l'aspect informatif, un côté humain et thérapeutique important qui permettra au détenu de mieux se prendre en charge dans le milieu anormal dans lequel il est contraint de vivre.

Dans le cas d'allégation de torture ou de mauvais traitement, le médecin devra rechercher des séquelles physiques ou mentales compatibles avec ces dernières et soumettre le cas aux autorités compétentes. Tout sera mis en œuvre pour parvenir à enrayer le processus de la violence et de prévenir d'autres cas de torture.

Il va sans dire que cet aspect médical de l'intervention du CICR dans les lieux de détention est l'une des préoccupations majeures de

la Division médicale, qui devra centraliser les informations et préparer ses médecins et infirmières à accomplir la tâche délicate de visiteurs de lieux de détention.

Là aussi, pour remplir correctement sa tâche et agir avec efficacité, le CICR doit faire preuve de professionnalisme, doit savoir garder en mémoire les expériences faites sur le terrain et les transmettre à ses nouveaux collaborateurs.

La complexité des problèmes de santé rencontrés dans les centaines de lieux de détention visités par le CICR dans le monde entier, qui concerne aussi bien la chirurgie, la dermatologie, l'épidémiologie, les maladies infectieuses, la nutrition et la psychiatrie, nécessite la collaboration de personnel hautement qualifié que le CICR doit être capable de recruter, de former et de garder.

3. Action en faveur des populations déplacées

C'est dans la façon de venir en aide, dans l'urgence, aux populations déplacées, que les méthodes du CICR ont le plus évolué ces dernières années.

En effet, la médecine curative, consistant à soigner directement les victimes, ne se pratique plus aujourd'hui sans être accompagnée d'autres actions qui en sont le complément indispensable.

Cette approche globale de la santé, qui tient compte des causes de la maladie et qui intègre des spécialistes de différentes disciplines, est le seul moyen d'obtenir une amélioration du sort des victimes [1, 2].

Lorsque l'on doit faire face aux problèmes d'une population déracinée, qui a dû quitter en urgence son environnement naturel et traditionnel pour fuir les atrocités de la guerre, ne pouvant emporter que quelques biens personnels, on assiste à des concentrations d'êtres humains dans des zones qui n'offrent pas les ressources minimales nécessaires à la santé, voire à la survie. La pollution des eaux entraîne des épidémies de diarrhées ou d'autres maladies infectieuses.

La malnutrition et le manque de protection contre le froid et l'humidité, qui diminuent la résistance physique aux maladies infectieuses, aggravera encore l'état de santé des victimes. Les premiers atteints seront les plus vulnérables, c'est-à-dire les enfants, les vieil-

[1] Rémi Russbach, «Médecin coordonnateur en cas de catastrophe; une formation pluridisciplinaire», *Société internationale de médecine de catastrophe, Bulletin de nouvelles*, n° 30, août 1986, pp. 1-4.

[2] Pierre M. Perrin, *Assistance médicale en situation d'urgence*, CICR, 1984.

lards et les femmes enceintes. Les autres suivront si la situation se prolonge.

L'angoisse, engendrée par les drames vécus et l'insécurité permanente, sera à l'origine de troubles psychologiques générateurs de nombreuses affections psychosomatiques.

Si, dans une telle situation, on organise une consultation médicale, on sera vite débordé par un énorme afflux de patients et l'on ne parviendra pas à résoudre le problème.

Il faudra donc simultanément s'occuper de l'approvisionnement en eau, en nourriture et en moyens de protection contre les intempéries, ce qui pose d'énormes problèmes dans un contexte conflictuel, où de nombreuses contraintes politiques, militaires et logistiques ralentissent ou bloquent les actions en cours.

Dans des circonstances aussi précaires, les actions de secours devront être soigneusement élaborées de façon à obtenir le meilleur résultat possible sur la santé des victimes. Les priorités devront être définies d'après les évaluations faites par des professionnels, afin de concentrer l'effort d'assistance sur les besoins vitaux et d'obtenir ainsi un résultat optimum.

Les donateurs devront être informés sur les besoins précis de la population, afin d'éviter l'envoi de secours non prioritaires qui risquent de détourner l'action de son but essentiel. Dans ce sens, de la documentation de base a été distribuée largement [3] et des directives générales ont fait l'objet de résolutions lors des dernières Conférences internationales de la Croix-Rouge [4, 5, 6].

La difficulté de trouver du personnel médical ayant l'ensemble des connaissances requises pour accomplir la tâche difficile de l'évaluation et de la coordination de l'action médicale d'urgence en faveur des populations, a conduit le CICR à organiser, conjointement avec l'OMS et la faculté de médecine à Genève, un cours de formation annuel de 4 semaines, intitulé «HELP» (Health Emergency in Large Population), ouvert au personnel médical du CICR

[3] *Handbook for donors — Technical guidelines for donations in kind to ICRC relief operations*, CICR, 1983.

[4] XXIV[e] Conférence internationale de la Croix-Rouge, Manille 1981: *Résolution XXVI* — Rôle du personnel médical dans la préparation et l'exécution des actions médicales d'urgence de la Croix-Rouge.

[5] XXV[e] Conférence internationale de la Croix-Rouge, Genève 1986: *Résolution XVIII* — Politique nutritionnelle et des dons alimentaires dans les actions d'urgence de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

[6] *ibid: Résolution XIX* — Fournitures médicales dans les actions d'urgence de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

et à d'autres organisations actives dans le domaine de l'assistance aux populations déplacées.

Ce cours permet aux médecins et au personnel de santé déjà expérimentés, d'approfondir leurs connaissances dans des disciplines aussi variées que la planification, l'épidémiologie, la nutrition, la sanitation, les maladies infectieuses, l'enseignement du personnel local, la coordination des divers programmes de santé et la protection des victimes de guerre. Cinquante candidats ont déjà bénéficié de ce programme qui permet de former 25 candidats par année.

4. Action en faveur des handicapés de guerre

Lorsque l'on a dû amputer la jambe d'un blessé ou que l'on a soigné la blessure d'un paraplégique, on ne peut pas en rester là et abandonner quelqu'un qui deviendra une charge pour son entourage.

Il faut donc imaginer une solution à terme pour lui donner une chance de réintégrer son milieu familial et social dans les meilleures conditions possibles.

Dans ces cas, le CICR, contrairement à ses habitudes, devra entreprendre une action qui dépassera le cadre de l'urgence qu'il s'est fixé, puisqu'il s'agit d'assurer un traitement à long terme, lié à un projet de développement.

Depuis dix ans, la Division médicale s'est efforcée, avec la collaboration de techniciens prothésistes qualifiés et de physiothérapeutes, de trouver des solutions durables à la «réhabilitation» des amputés et des paraplégiques, selon les principes de l'autosuffisance et de la technologie appropriée.

Dans chacun des 12 pays dans lesquels le CICR a développé des projets orthopédiques sous forme de petits ateliers, il a fallu recenser les ressources locales en personnel et en matériel, et imaginer des solutions techniques adaptées aux circonstances locales, afin d'assurer le fonctionnement du projet à long terme, indépendamment des ressources en devises étrangères.

Près de 10 000 amputés ont pu ainsi retrouver l'usage de la marche et des centaines de paraplégiques ont pu réintégrer leur milieu familial.

De nombreux échanges ont eu lieu entre la Division médicale et différents gouvernements ou organisations afin de favoriser la dissémination de tels projets dans le plus grand nombre de pays possible.

Un fonds spécial en faveur des handicapés de guerre a été créé au CICR pour permettre le financement de nouveaux projets [7].

Vu l'immensité du problème à travers le monde, on peut espérer que de nombreux centres vont encore pouvoir se développer.

CONCLUSIONS

Au cours de ces dix dernières années, le CICR a dû s'adapter à de nouveaux types de problèmes touchant les victimes de conflits armés, en développant considérablement son potentiel opérationnel dans le domaine de l'assistance médicale et des secours.

Tout porte à croire que cet effort devra se prolonger dans l'avenir et que beaucoup reste encore à faire pour subvenir aux besoins élémentaires des victimes.

Pour obtenir de meilleurs résultats, il faudra encore développer le professionnalisme des volontaires de la Croix-Rouge et améliorer leur formation, tant au CICR qu'au niveau des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

L'approche plus technique et professionnelle ne devra pas cependant se réaliser au détriment de l'esprit d'humanité qui doit caractériser toute action Croix-Rouge.

Un dialogue permanent avec les Sociétés nationales participant aux actions médicales du CICR est nécessaire afin d'éviter que la finalité des actions médicales ne soit perdue de vue et pour concentrer tous les efforts vers un seul but: la survie et le soulagement des souffrances des victimes de guerre.

La diffusion du matériel de formation destiné à la préparation des volontaires, et les échanges avec tous ceux qui s'intéressent aux problèmes qui nous préoccupent, méritent également d'être développés car il doit exister une compréhension mutuelle et une complémentarité des agences volontaires actives sur le même terrain.

Dr Rémi Russbach
Médecin-chef
du CICR

---

[7] XXIVe Conférence internationale de la Croix-Rouge, Manille 1981: *Résolution XXVII* — Fonds Spécial du CICR en faveur des handicapés.