

CHAPITRE 8

La violence collective

Contexte

La violence collective, sous ses formes multiples, reçoit beaucoup d'attention du public. Les conflits violents qui opposent groupes et nations, le terrorisme d'Etat et de groupes terroristes, l'utilisation du viol comme arme de guerre, les déplacements massifs de populations obligées de fuir, les guerres de gangs et le vandalisme de masse, tout cela se produit chaque jour dans bien des régions du monde. Les effets de ces différents types d'événements sur la santé sont immenses, que l'on parle de décès, de maladies physiques, de handicaps ou de souffrances morales.

La médecine s'occupe depuis longtemps des effets de la violence collective, tant sur le plan scientifique que pratique, de la chirurgie militaire aux interventions du Comité international de la Croix-Rouge. La santé publique, toutefois, n'a commencé à s'intéresser au phénomène que dans les années 1970, après la crise humanitaire du Biafra, au Nigéria. Les leçons tirées de cette crise, par les organisations non gouvernementales, dans une large mesure, ont servi de base à ce qui est devenu un ensemble croissant de connaissances et d'interventions médicales dans le domaine des soins de santé préventifs.

Le monde continue toujours d'apprendre à réagir au mieux aux diverses formes de violence collective, mais il est évident à présent que la santé publique a un rôle important à jouer. Comme l'Assemblée mondiale de la Santé l'a déclaré en 1981 (1), le rôle des personnels de santé dans la préservation et la promotion de la paix est un facteur important de la santé pour tous.

Le présent chapitre porte principalement sur les conflits violents et, plus particulièrement, sur les situations d'urgence complexes liées aux conflits. Si l'on parle souvent et abondamment des crises de ce type, en revanche, bon nombre de leurs aspects, y compris l'impact non fatal sur les victimes et les causes et réponses aux crises, restent généralement cachés, parfois délibérément. Des formes de violence organisée qui n'ont pas d'objectifs politiques, comme la violence des gangs, le vandalisme de masse et la violence criminelle associée au banditisme, ne sont pas couvertes par ce chapitre.

Définition de la violence collective

On peut définir la violence collective ainsi :

L'utilisation instrumentale de la violence par des personnes qui s'identifient comme membres d'un groupe, que ce groupe soit temporaire ou qu'il ait une identité plus permanente, contre un autre groupe de personnes, afin d'atteindre des objectifs politiques, économiques ou sociaux.

Formes de violence collective

On connaît différentes formes de violence collective, dont celles-ci :

- Guerres, terrorisme et autres conflits politiques violents qui se produisent à l'intérieur des Etats ou entre Etats.
- Violences perpétrées par les Etats telles que les génocides, la répression, les disparitions, la torture et autres atteintes aux droits de l'homme.
- La violence criminelle organisée telle que le banditisme et les guerres de gangs.

Situations d'urgence complexes

Pour reprendre la définition du Comité permanent interorganisations (2), principal mécanisme des Nations Unies en ce qui concerne la coordination de l'aide humanitaire en réponse aux situations d'urgence importantes et complexes, une situation d'urgence complexe est :

« une crise humanitaire qui survient dans un pays, une région ou une société dont les pouvoirs publics se désagrègent à cause d'un conflit interne ou externe et qui nécessite une intervention internationale qui dépasse le mandat ou la capacité de tout organisme et/ou le programme pays des Nations Unies en place. »

Il arrive que l'on utilise l'expression pour décrire d'autres formes de catastrophes naturelles ou causées par l'homme qui ont des incidences importantes, mais elle est utilisée ici pour désigner les urgences étroitement liées à des conflits violents souvent lourds de conséquences politiques.

Leaning (3) nomme quatre résultats caractéristiques des situations d'urgence complexes, ayant toutes des conséquences profondes pour la santé publique :

- le déplacement de populations ;

- la destruction de réseaux sociaux et d'éco-systèmes ;
- l'insécurité dans laquelle vivent les civils et d'autres qui ne se battent pas ;
- les atteintes aux droits de l'homme.

Certains analystes (4) utilisent l'expression « situations d'urgence politiques complexes » pour souligner la nature politique de certaines crises. Généralement, les situations d'urgence politiques complexes :

- sont internationales ;
- ont pour origine une course au pouvoir et aux ressources ;
- s'étendent dans le temps ;
- ont pour cadre des structures et des divisions sociales, politiques, économiques et culturelles existantes ;
- se caractérisent souvent par une domination sociale « abusive ».

Conflits armés

Bien que le mot « guerre » soit généralement employé pour décrire un conflit, et qu'on l'entende à son sens historique de violence entre des Etats, sa définition juridique est controversée. En fait, la controverse tourne autour de questions telles que la quantification (par exemple, combien les combats doivent-ils faire de morts pour que l'on puisse parler de guerre et en combien de temps ?), le fait de savoir si les hostilités ont été ou pas ouvertement déclarées, et leurs limites géographiques (par exemple, si la guerre est nécessaire entre des Etats ou à l'intérieur d'un Etat). Pour éviter ces controverses et, en particulier, des failles dans l'applicabilité du droit humanitaire, beaucoup d'instruments internationaux, comme les Conventions de Genève de 1949, emploient l'expression « conflit armé ».

La grande variété des conflits armés et de leurs belligérants oblige cependant les observateurs à chercher de nouveaux termes pour les décrire. Ainsi, ils parlent de « nouvelles guerres » pour décrire des conflits où les limites entre les concepts traditionnels de guerre, de crime organisé et de violations des droits de l'homme à grande échelle sont flous (5), et de « guerre asymétrique ». Ce

dernier terme, qui est étroitement associé au phénomène du terrorisme moderne (6), est utilisé pour décrire une forme de conflit où un groupe organisé, sans puissance militaire classique ou pouvoir économique, cherche à attaquer les points faibles inhérents à des sociétés relativement riches et ouvertes. Les attaques sont menées avec des armes et des tactiques non classiques, et au mépris des codes de conduite politiques ou militaires.

Génocide

Le génocide est une forme particulièrement haineuse de violence collective, d'autant que ses auteurs visent intentionnellement un groupe de population en particulier afin de le détruire. Le génocide a donc, par définition, une dimension collective.

Cependant, le concept de génocide est récent. Bien que les historiens et d'autres l'aient appliqué rétrospectivement à des événements qui se sont produits avant 1939 (et il est employé au sens historique dans les exemples cités plus loin dans ce chapitre), le terme n'a eu de définition juridique qu'après la Deuxième Guerre mondiale. Les horreurs de l'Holocauste nazi ont ouvert un débat international qui a conduit à la codification du terme en 1948, dans la Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide. L'article 2 de cette Convention, qui est entrée en vigueur le 12 janvier 1951, définit ainsi le génocide : « l'un quelconque des actes ci-après, commis dans l'intention de détruire, en tout ou en partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux, comme tel :

- Meurtre de membres du groupe ;
- Atteinte grave à l'intégrité physique ou mentale de membres du groupe ;
- Soumission intentionnelle du groupe à des conditions d'existence devant entraîner sa destruction physique totale ou partielle ;
- Mesures visant à entraver les naissances au sein du groupe ;
- Transfert forcé d'enfants du groupe à un autre groupe. »

Le crime de génocide est punissable aux termes de la Convention, tout comme la complicité dans

un génocide, et l'entente en vue de commettre un génocide, l'incitation directe et publique à commettre un génocide, et la tentative de génocide.

Après le conflit de 1994 au Rwanda, le Conseil de sécurité des Nations Unies a exprimé dans diverses résolutions sa grave préoccupation devant les rapports faisant état de génocide, et il a décidé de créer un tribunal pénal international spécial pour le Rwanda. Le tribunal a déjà prononcé plusieurs condamnations pour génocide, qu'il a confirmées en appel. En août 2001, la Chambre de première instance du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie a prononcé sa première condamnation pour génocide dans le contexte du conflit en Bosnie-Herzégovine, à propos du massacre de musulmans bosniaques perpétré Srebrenica, en juillet 1995.

Données sur la violence collective

Sources de données

Divers instituts de recherche recueillent et analysent des données sur les victimes de conflits internationaux et de conflits intérieurs. C'est le cas de l'Institut international de recherches sur la paix de Stockholm (SIPRI), qui a mis au point une formule standard détaillée pour ses rapports annuels sur l'impact des conflits, et du projet Correlates of War de l'Université du Michigan, aux États-Unis, source souvent citée pour ce qui est de l'ampleur et des causes des conflits du XIX^{ème} siècle à nos jours.

Tout un éventail d'organismes nationaux de défense des droits de l'homme ainsi qu'un nombre croissant d'organisations non gouvernementales internationales, dont African Rights, Amnistie Internationale et Human Rights Watch, recueillent plus précisément des données sur la torture et les atteintes aux droits de l'homme. Aux Pays-Bas, l'Interdisciplinary Research Programme on Root Causes of Human Rights Violations suit les décès et autres résultats des atteintes à ces droits dans le monde.

Problèmes relatifs à la collecte de données

La plupart des pays pauvres n'ont pas de registres de santé fiables, d'où la difficulté de déterminer les proportions de décès, de maladies et de handicaps liées aux conflits. De plus, des situations d'urgence complexes ne manquent jamais de perturber les

systèmes de surveillance et d'information existants (7). Cependant, quelques techniques novatrices ont été mises au point afin de surmonter ces difficultés. Au Guatemala, trois ensembles de données ainsi que des données fournies par des témoins et des victimes ont été combinés pour arriver à une estimation du nombre total de morts imputables à la guerre civile, soit 132 000 environ. Le chiffre officiel était nettement inférieur, puisqu'il oubliait quelque 100 000 morts (8).

Les pertes subies par les forces armées, qui sont généralement enregistrées selon certaines procédures militaires, sont probablement assez exactes. Les chiffres relatifs aux génocides sont évidemment sujets à plus de manipulations et donc plus difficiles à confirmer. Les différences entre les estimations concernant les massacres de civils peuvent aller de un à dix. Dans le génocide rwandais de 1994, certaines parlaient de 500 000 morts et d'autres, d'un million. Au Timor oriental, des dizaines de milliers de personnes ont été portées disparues aussitôt après le conflit, en 1999, et plusieurs mois plus tard, on ne savait pas encore très bien si les estimations originales étaient correctes. On n'avait guère de précisions quant aux pertes en vies humaines dans le conflit qui a ravagé la République démocratique du Congo entre 1998 et 2001, mais des estimations évoquent le chiffre de plus de 2,5 millions de tués (9).

La collecte de données présente de nombreuses difficultés. Ainsi, il est difficile d'évaluer la santé et la mortalité dans des populations qui changent rapidement, on ne peut accéder aux services qui détiennent des données, et diverses erreurs se glissent dans celles-ci. Souvent, les parties à un conflit essaient de manipuler les données relatives au nombre de victimes et aux ressources. Il est donc probable que l'information soit faussée en ce qui concerne le calcul du nombre de victimes. C'est pourquoi les organisations de la société civile ont un rôle important à jouer dans la documentation des cas de violence collective. Les données relatives aux atteintes aux droits de l'homme sont souvent difficiles à vérifier, car les auteurs de ces actes font tout leur possible, allant jusqu'à enlever, faire disparaître et commettre des assassinats politiques,

pour cacher toute preuve s'y rapportant. Plusieurs organisations, dont Amnistie Internationale, Human Rights Watch et Médecins pour les droits de l'homme, ont mis au point des techniques détaillées pour recueillir, évaluer et vérifier les données relatives aux atteintes aux droits de l'homme.

Ampleur du problème

L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'en l'an 2000, environ 310 000 personnes sont décédées des suites de blessures de guerre (voir annexe statistique). Ces décès sont répertoriés selon les codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) pour les blessures résultant d'opérations de guerre (CIM-9¹ E990–E999 ou CIM-10² Y36). Les taux de décès imputables à une guerre varient de moins de 1 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu élevé à 6,2 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu faible et moyen. Dans le monde, les taux les plus élevés en ce qui concerne ces décès sont relevés dans la Région Africaine de l'OMS (32,0 pour 100 000). Puis viennent les pays à revenu faible et moyen de la Région OMS de la Méditerranée orientale (8,2 pour 100 000) et de la Région européenne de l'OMS (7,6 pour 100 000).

Victimes des conflits collectifs

Entre le XVI^{ème} et le XX^{ème} siècle, le nombre total de décès imputables à un conflit par siècle était, respectivement, de 1,6 million, 6,1 millions, 7,0 millions, 19,4 millions et 109,7 millions (12, 13). Évidemment, ces chiffres ne disent pas dans quelles circonstances ces personnes sont mortes. Ainsi, on estime à six millions sur quatre siècles le nombre des personnes qui ont perdu la vie dans la capture et le transport d'esclaves et à dix millions le nombre des autochtones des Amériques tués par les colons européens.

D'après une estimation (14), quelque 191 millions de personnes ont perdu la vie directement ou

indirectement dans les 25 plus grands cas de violence collective du XX^{ème} siècle, et 60 % d'entre elles ne participaient pas aux affrontements. En dehors des deux guerres mondiales, la Terreur stalinienne et le Grand Bond en Avant chinois (1958–1960) sont les deux périodes les plus meurtrières de ce siècle. Dans les deux cas, et malgré l'incertitude quant aux chiffres, les morts se sont comptés par millions. Les décès imputables à des conflits dans les 25 plus grands événements comprennent quelque 39 millions de soldats et 33 millions de civils. A cela s'ajoutent les 40 millions de personnes victimes de famines liées à des conflits ou à des génocides du XX^{ème} siècle.

Il y a un développement relativement nouveau dans les conflits armés, et c'est le nombre croissant de morts violentes parmi le personnel civil des Nations Unies et les travailleurs d'organisations non gouvernementales présentes dans les zones de conflit. Entre 1985 et 1998, on a dénombré plus de 380 décès parmi les travailleurs humanitaires (15), et les Nations Unies ont perdu plus de civils que de militaires.

Torture et viol

La torture est chose courante dans de nombreux conflits (voir encadré 8.1). Parce que les victimes ont tendance à cacher leur traumatisme et que des pressions politiques s'exercent pour ne pas reconnaître le recours à la torture, il est difficile d'en évaluer l'ampleur.

Le viol est une arme de guerre elle aussi documentée dans de nombreux conflits. Bien que les femmes représentent l'immense majorité des victimes, il arrive aussi que des hommes soient violés pendant des conflits. On estime que le nombre des femmes violées en Bosnie-Herzégovine pendant le conflit de 1992 à 1995 se situe entre 10 000 et 60 000 (22), et on a aussi rapporté et documenté des viols commis en temps de guerre au cours des dernières décennies dans les pays suivants, entre autres : Bangladesh, Libéria, Rwanda et Ouganda (voir chapitre 6). Le viol est également utilisé pour terroriser et saper des communautés, pour forcer des gens à fuir et pour briser les structures communautaires. Quant aux effets physiques et psychologiques sur les victimes, ils sont considérables (23, 24).

¹ Classification internationale des maladies, neuvième révision (10).

² Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (11).

ENCADRE 8.1**La torture**

Plusieurs traités internationaux définissent la torture. La Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants de 1984 parle de « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne », afin d'obtenir des renseignements ou des aveux, de la punir, de l'intimider ou de faire pression sur elle, « ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit ». La Convention vise la torture infligée par des agents de la fonction publique et toute autre personne agissant à titre officiel.

En préparant son rapport de l'an 2000 sur la torture (16), l'organisation de défense des droits de l'homme, Amnesty Internationale, a entendu parler de torture ou de mauvais traitements infligés par des agents publics dans plus de 150 pays. Dans plus de 70 pays, la pratique était apparemment généralisée et dans plus de 80 pays, des gens seraient morts des suites de tortures. La plupart des victimes semblaient être des gens soupçonnés ou reconnus coupables de crimes, et la plupart des tortionnaires étaient des policiers.

Il est fort probable que la prévalence de la torture infligée à des personnes soupçonnées de crime ne soit que partiellement rapportée, car les victimes sont généralement moins à même de déposer plainte. Dans certains pays, la torture de criminels de droit commun, qui est une pratique ancienne, n'attire l'attention que lorsque la répression politique plus manifeste recule. En l'absence des mécanismes de formation et d'enquête voulus, il arrive que la police recoure à la torture ou aux mauvais traitements pour arracher rapidement des aveux et obtenir des condamnations.

Dans certains cas, la torture est employée pour obtenir des renseignements ou des aveux (vrais ou faux), ou encore une collaboration, ou pour « briser » la victime et en faire un exemple pour d'autres. Dans d'autres cas, le principal objectif est de punir et d'humilier. Parfois, la torture est également employée comme moyen d'extorsion. Une fois établi, un régime de torture peut se perpétuer.

La torture a de graves conséquences pour la santé publique, car elle porte atteinte à la santé mentale et physique de populations. Parfois, les victimes restent dans leur propre pays, s'adaptant du mieux qu'elles peuvent, avec ou sans soutien médical et psychosocial. Si l'on ne répond pas comme il faut à leurs besoins, elles risquent de devenir des membres de la société de plus en plus aliénés ou dysfonctionnels. Il en va de même de celles qui s'exilent. Les données existantes sur les demandeurs d'asile, dont certains ont subi des tortures dans leur pays d'origine, laissent à penser qu'ils ont des besoins importants en matière de santé (17, 18).

L'absence de répression de la torture encourage la police et les forces de sécurité à mal se conduire et favorise une tolérance accrue à l'égard des atteintes aux droits de l'homme et de la violence. Diverses organisations de professionnels de la santé, qui ont pris fermement position contre la torture, considèrent que la prévention de cette pratique est étroitement liée à leur métier et au bien de la santé publique (19). Des organisations non gouvernementales appellent également à un travail de prévention (20).

Il est recommandé d'utiliser à l'échelle mondiale un mécanisme de contrôle en particulier, à savoir le système d'inspection du Conseil de l'Europe. Un « protocole facultatif » à la Convention des Nations Unies contre la torture pourrait prévoir un système d'inspection similaire dans les lieux de détention. On a peu progressé à ce jour dans la préparation d'un tel protocole facultatif.

Les initiatives visant à enquêter sur la torture et à réunir des documents à son sujet se multiplient depuis quelques années. Les lignes directrices des Nations Unies sur l'évaluation et l'enregistrement de preuves médicales de torture, connues sous le nom de « Protocole d'Istanbul », ont été rédigées en 1999 par des légistes, des médecins, des observateurs des droits de l'homme et des avocats de quinze pays, et publiées deux ans plus tard.

La nature des conflits

Depuis la Deuxième Guerre mondiale, il y a eu en tout 190 conflits armés, dont un quart seulement entre Etats. En fait, les conflits modernes sont de plus en plus internes. Depuis 1945, la plupart des conflits armés ont duré moins de six mois. Ceux qui ont duré plus longtemps se sont souvent étirés sur des années. Par exemple, au Vietnam, il s'est étalé sur plus de deux décennies. L'Afghanistan et l'Angola sont deux autres exemples de longs conflits. Dans les années 1950, il y avait moins de vingt conflits en cours ; dans les années 1960 et 1970, plus de trente et, à la fin des années 1980, on était passé à plus de cinquante. Après 1992, leur nombre a diminué, mais ceux qui duraient étaient, en moyenne, plus longs.

Les conflits intérieurs sont les plus courants, mais les conflits internationaux n'ont pas disparu. La guerre qui a opposé l'Iraq et la République islamique d'Iran, de 1980 à 1988, aurait tué 450 000 soldats et 50 000 civils (13). Le conflit entre l'Erythrée et l'Ethiopie, à la fin du XX^{ème} siècle, a opposé pour l'essentiel deux armées classiques qui se sont battues à l'arme lourde et dans des tranchées, faisant des dizaines de milliers de morts. Il y a eu des coalitions de forces multinationales engagées dans des conflits au moyen d'attaques aériennes massives, comme dans la guerre du Golfe contre l'Iraq, en 1991, et dans la campagne menée par l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) contre la République fédérale de Yougoslavie, en 1999.

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, bon nombre des conflits ont eu lieu dans des pays en développement. Après l'effondrement des régimes communistes en Europe de l'Est et dans l'ancienne Union soviétique, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, on a assisté, pendant quelque temps, à une recrudescence de conflits armés en Europe.

La taille de la zone de conflit a changé radicalement au cours des deux derniers siècles. Jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, les nations se livraient combat sur des « champs de bataille ». Sous Napoléon, qui mobilisait des armées de citoyens-soldats, les guerres s'étendaient sur plus de territoire mais se livraient encore essentiellement sur des

champs de bataille. Avec le développement des chemins de fer, au XIX^{ème} siècle, et la mécanisation des transports en commun, il est devenu possible de changer des troupes de position rapidement dans des espaces géographiques plus vastes. Ensuite, avec l'arrivée des chars, des sous-marins, des bombardiers et des missiles guidés par laser, les champs de bataille ont perdu toute limite géographique. Dans des conflits récents, comme celui qui a opposé l'OTAN à la Yougoslavie en 1999, on a parlé de « guerres virtuelles » (25), les combats se livrant par l'intermédiaire de missiles téléguidés, sans la participation de troupes terrestres.

Quels sont les facteurs de risque?

En matière de santé publique, pour bien agir, il faut cerner les facteurs de risque et les facteurs déterminants de la violence collective, et définir des approches pour régler les conflits sans recourir à la violence. On a repéré différents facteurs de risque en ce qui concerne les conflits politiques importants. Plus particulièrement, la Commission Carnegie sur la prévention des conflits meurtriers (26) a dressé une liste d'indicateurs d'état de risque d'effondrement et de conflit intérieur (voir tableau 8.1). Ces facteurs conjugués créent les conditions nécessaires pour un conflit violent. Seuls, aucun d'eux ne suffit sans doute à déclencher des violences ou la désintégration d'un Etat.

Voici quelques facteurs de conflit violent :

- Facteurs politiques :
 - absence de processus démocratique ;
 - inégalité d'accès au pouvoir.
- Facteurs économiques :
 - répartition extrêmement inégale des ressources ;
 - inégalité d'accès aux ressources ;
 - contrôle sur les principales ressources naturelles ;
 - contrôle sur la production et le commerce de stupéfiants.
- Facteurs communautaires et sociétaux :
 - inégalité entre les groupes ;
 - fanatisme de groupes ethniques, nationaux ou religieux attisé ;

- facilité de se procurer des armes de petit calibre, entre autres.
 - Facteurs démographiques :
 - évolution démographique rapide.
- Il est possible de repérer nombre de ces facteurs de risque avant que n'éclate la violence collective.

Facteurs économiques et politiques

La répartition extrêmement inégale des ressources, particulièrement des services de santé et d'éducation, et l'inégalité de l'accès à ces ressources et au pouvoir politique – que ce soit par région géographique, par classe sociale, par religion, par race ou par origine ethnique – sont des facteurs importants qui peuvent contribuer à des conflits entre groupes. La présence de dirigeants antidémocratiques, surtout s'ils sont répressifs et si le pouvoir découle d'une identité ethnique ou religieuse, contribue beaucoup aux conflits. Un déclin des services publics, qui d'habitude affecte le plus durement les segments les plus pauvres de la société, peut être un signe précurseur d'une situation qui se détériore.

Les conflits sont moins probables dans des situations de croissance économique que dans des économies qui se contractent et où la course aux ressources s'intensifie donc.

Mondialisation

Les tendances de l'économie mondiale accélèrent le rythme de l'intégration mondiale et de la croissance économique pour certains pays, et pour quelques groupes de pays, mais elles contribuent aussi à la fragmentation et à la marginalisation économique d'autres pays et groupes de pays. Des facteurs financiers (les mouvements monétaires internatio-

TABLEAU 8.1

Indicateurs des Etats confrontés à un risque d'effondrement et de conflit interne

Indicateur	Signes
Inégalité	<ul style="list-style-type: none"> • Des inégalités socio-économiques qui se creusent, surtout entre des groupes distincts de population, plutôt qu'au sein de ces groupes
Évolution rapide des caractéristiques démographiques	<ul style="list-style-type: none"> • Des taux de mortalité infantile élevés • Des changements rapides dans la structure démographique, y compris des mouvements de réfugiés importants • Des densités de population excessivement élevées • Des taux de chômage élevés, notamment chez les jeunes • Un approvisionnement alimentaire ou un accès à de l'eau salubre insuffisant • Des différends sur des territoires ou des ressources naturelles revendiqués par des groupes ethniques distincts
Absence de processus démocratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Des violations des droits de l'homme • Des comportements criminels de la part de l'Etat • Des pouvoirs publics corrompus
Instabilité politique	<ul style="list-style-type: none"> • Des changements de régime rapides
Composition ethnique du groupe au pouvoir très différente de celle de l'ensemble de la population	<ul style="list-style-type: none"> • Le pouvoir économique et politique est exercé -- et appliqué différemment -- selon l'identité ethnique ou religieuse • La profanation de symboles ethniques ou religieux
Détérioration des services publics	<ul style="list-style-type: none"> • Un net déclin dans la portée et l'efficacité de la couverture sociale destinée à assurer des normes de service universelles minimales
Grave déclin économique	<ul style="list-style-type: none"> • Un développement économique inégal • Des pertes et des gains extrêmement inégaux entre différents groupes de population ou régions géographiques à la suite de changements économiques importants • Des pertes ou des transferts économiques massifs sur de courtes périodes
Cycles de revanche violente	<ul style="list-style-type: none"> • Un cycle de violence continu entre groupes rivaux

naux souvent massifs et rapides) et culturels (des aspirations individuelles et collectives avivées par les médias mondiaux auxquelles il n'est pas possible de répondre) constituent également des facteurs de risque de conflit liés à la mondialisation. On ne sait pas encore si les tendances actuelles de la mondialisation risquent d'entraîner plus de conflits et de violence à l'intérieur des Etats et entre Etats. La figure 8.1 montre des liens possibles entre les tendances de la mondialisation et les conflits qui éclatent (27).

Ressources naturelles

Les luttes qui se livrent autour de l'accès à des ressources naturelles clés contribuent souvent à alimenter et à prolonger les conflits. Des exemples tirés de conflits des deux dernières décennies concernent les diamants en Angola, en République

démocratique du Congo et en Sierra Leone ; le pétrole en Angola et dans le sud du Soudan ; et le bois et les pierres précieuses au Cambodge. Ailleurs, y compris en Afghanistan, en Colombie et au Myanmar, la volonté de contrôler la production et la distribution de stupéfiants contribue aussi aux conflits violents.

Facteurs communautaires et sociétaux

L'existence d'inégalités entre des groupes constitue un facteur de risque particulièrement important associé aux conflits, surtout si ces inégalités s'accroissent (28) et qu'elles sont perçues comme reflétant la répartition inégale de ressources au sein d'une société. On voit souvent ce facteur dans des pays où le gouvernement est dominé par une communauté qui exerce un pouvoir politique, militaire et économique sur des communautés assez distinctes.

La facilité pour la population en général de se procurer des armes de petit calibre, entre autres, peut également accroître le risque de conflit. Cela est particulièrement problématique dans des endroits où il y a déjà eu des conflits et où les programmes de démobilisation, de retrait de la circulation des armes et de création d'emplois pour les anciens soldats sont inadéquats et où de telles mesures n'ont pas été prises.

Facteurs démographiques

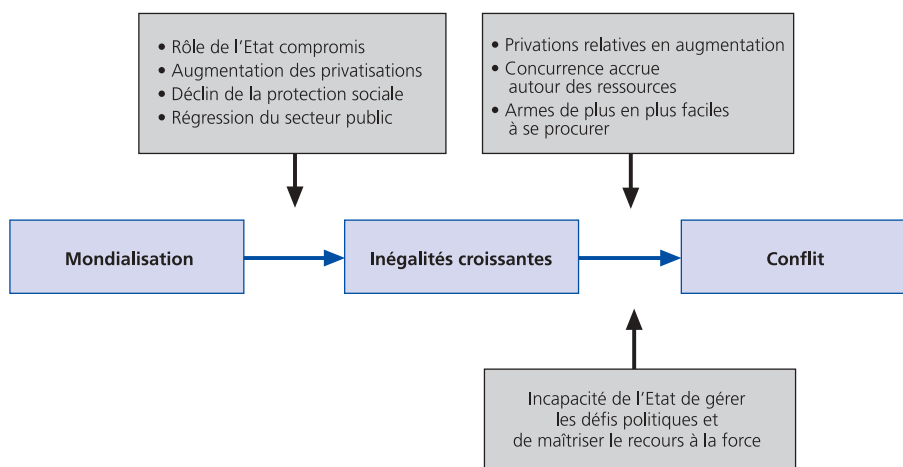
L'évolution démographique rapide – y compris une augmentation de la densité de population et une plus grande proportion de jeunes – combinée à l'incapacité d'un pays d'offrir les emplois et les écoles supplémentaires nécessaires risque de contribuer à l'éclatement de conflits violents, notamment lorsque d'autres facteurs de risque sont également présents. Dans ces conditions, il peut se produire de grands mouvements de population, les gens, désespérés, croyant trouver ailleurs des moyens de subsistance plus durables, et ces mouvements accentuent parfois le risque de violence dans les régions où vont s'installer ces personnes.

Facteurs technologiques

Le degré de technologie des armes n'influe pas nécessairement sur le risque de conflit, mais il détermine certainement l'ampleur de tout conflit et des destructions qu'il entraînera. Il y a bien des siècles, le passage de l'arc à l'arbalète a augmenté la portée et le pouvoir de destruction des armes de trait. Beaucoup plus tard, des armes à feu simples ont été mises au point, puis sont venus les fusils, les mitrailleuses et les mitraillettes. La possibilité de tirer plus de balles, plus vite, plus loin et avec plus de précision a grandement accru le potentiel de destruction de ces armes.

FIGURE 8.1

Liens possibles entre mondialisation, inégalités et conflit



Cependant, même des armes rudimentaires, comme des machettes, peuvent contribuer à des destructions humaines massives, comme le génocide rwandais l’a démontré en 1994 (29). Dans les actes de terrorisme perpétrés aux Etats-Unis le 11 septembre 2001, où des avions de ligne détournés ont été dirigés délibérément sur le World Trade Center et sur le Pentagone, tuant plusieurs milliers de personnes, les armes classiques ont joué un rôle secondaire.

Les conséquences de la violence collective

Incidences sur la santé

Les conflits violents peuvent avoir un impact énorme sur la santé du point de vue de la mortalité, de la morbidité et de l’incapacité (voir tableau 8.2).

Mortalité infantile

La mortalité infantile augmente généralement pendant les conflits. Les maladies évitables, comme la rougeole, le tétanos et la diphtérie, risquent de prendre des proportions épidémiques. Au milieu des années 1980, en Ouganda, la mortalité infantile était supérieure à 600 pour 1 000 dans certaines régions touchées par le conflit (30). D’après l’UNICEF, entre 1960 et 1986, on a enregistré une baisse du taux de mortalité infantile dans tous les pays d’Afrique australe, sauf en Angola et au Mozambique, tous deux étant alors en proie à des conflits (31). Des résidus de la maladie dans les zones de conflit nuisent aux efforts déployés pour éradiquer des maladies infectieuses telles que la poliomyélite.

A Zepa, « zone de sécurité » contrôlée par les Nations Unies en Bosnie-Herzégovine, avant d’être

reprise par les forces des Serbes de Bosnie, les taux de mortalité périnatale et infantile ont doublé après une année de conflit seulement. A Sarajevo, les naissances de bébés prématurés ont doublé et, en 1993, les poids moyens à la naissance avaient chuté de 20 %.

Maladies transmissibles

Le risque accru de maladies transmissibles pendant les conflits tient généralement :

- à la diminution de la couverture vaccinale ;
- aux mouvements de population et au surpeuplement des camps ;

TABLEAU 8.2
Exemples de l’impact direct des conflits sur la santé

Impact sur la santé	Causes
Mortalité accrue	<ul style="list-style-type: none"> • Décès dus à des causes externes, principalement liées à des armes • Décès dus à des maladies infectieuses (comme la rougeole, la poliomyélite, le tétanos et le paludisme) • Décès dus à des maladies non transmissibles, ainsi que des décès par ailleurs évitables avec des soins médicaux (y compris l’asthme, le diabète et les interventions chirurgicales d’urgence)
Morbidité accrue	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures dues à des causes externes, comme celles infligées par des armes, des mutilations, des mines antipersonnel, des brûlures et des empoisonnements • Morbidité associée à d’autres causes externes, y compris la violence sexuelle • Maladies infectieuses : <ul style="list-style-type: none"> — liées à l’eau (comme le choléra, la fièvre typhoïde, la dysenterie due à <i>Shigella</i> spp.) — à transmission vectorielle (comme le paludisme et l’onchocercose) — autres maladies transmissibles (comme la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, l’infection à HIV et d’autres maladies sexuellement transmissibles) • Santé génésique : <ul style="list-style-type: none"> — un plus grand nombre de mortinaissances et de naissances prématurées, plus de cas de faible poids à la naissance et plus de complications pendant les accouchements — incidence génétique à plus long terme de l’exposition à des produits chimiques et à des radiations • Nutrition : <ul style="list-style-type: none"> — malnutrition chronique et aiguë et divers troubles liés à des carences • Santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> — angoisse — dépression — état de stress post-traumatique — comportement suicidaire
Incapacité accrue	<ul style="list-style-type: none"> • Physique • Psychologique • Sociale

- à une plus grande exposition aux vecteurs et aux risques environnementaux, comme l'eau polluée ;
- à la réduction des campagnes de santé publique et des activités d'information ;
- à un manque d'accès aux services de soins de santé.

Pendant les combats de Bosnie-Herzégovine, en 1994, moins de 35 % des enfants étaient vaccinés, contre 95 % avant le début des hostilités (32, 33). En Iraq, la couverture vaccinale a considérablement diminué après la guerre du Golfe de 1991 et sous le coup des sanctions économiques et politiques prises par la suite. Des faits récents relevés au Salvador montrent qu'il est possible, avec des interventions de santé sélectives et l'apport de ressources suffisantes, de remédier en partie à certains problèmes de santé pendant des conflits (34).

En 1985-1986, au Nicaragua, une épidémie de rougeole a été attribuée dans une large mesure au fait que les services de santé n'étaient plus vraiment à même de vacciner la population à risque dans les zones touchées par le conflit (35). Un lien a été établi entre une détérioration des activités de lutte contre le paludisme et des épidémies de cette maladie en Ethiopie (36) et au Mozambique (37), ce qui montre aussi la fragilité de programmes complexes de lutte contre la maladie pendant des conflits. Beaucoup ont pensé que la flambée de fièvre hémorragique Ebola à Gulu, en Ouganda, en l'an 2000, était liée au retour de troupes qui s'étaient battues en République démocratique du Congo.

En Ethiopie, à la fin des années 1980, on pensait que les camps militaires, les prisons et les camps de secours surpeuplés, ainsi que la vente par des soldats battant en retraite de couvertures et de vêtements infectés aux communautés locales, étaient à l'origine des épidémies de fièvre typhoïde et de fièvre récurrente, maladies infectieuses transmises par des tiques, des poux et des puces infectés (36). Pendant l'exode du Rwanda, en 1994, ce sont des maladies liées à l'eau, comme le choléra et la dysenterie à *Shigella* spp., qui ont pris des proportions épidémiques et tué en un mois de 6 % à 10 % des réfugiés qui arrivaient au Zaïre (République démocratique du Congo actuelle)

(38). Le taux brut de mortalité de 20 à 35 pour 10 000 habitants par jour était de deux à trois fois supérieur à celui enregistré auparavant dans les populations de réfugiés.

Pendant les conflits violents et au lendemain de ces conflits, le risque de transmission de l'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles augmente considérablement (39). Dans beaucoup d'armées, la prévalence de l'infection à VIH a déjà atteint des niveaux élevés (40). En période de conflit, les forces militaires (y compris, parfois, les forces de maintien de la paix) ont le pouvoir d'exiger des services sexuels de la population locale, par la force ou contre paiement (41). La transmission du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles augmente encore du fait que les troupes sont très mobiles et que, pour finir, elles retournent dans différentes régions après leur démobilisation (36, 42, 43). Dans l'ensemble, les réfugiés qui fuient des conflits et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays risquent plus de contracter l'infection à VIH parce que (44) :

- Ils sont généralement plus exposés à des violences sexuelles.
- Ils risquent plus de se tourner vers la prostitution – étant privés de leurs sources normales de revenu et devant survivre.
- Les enfants déplacés, qui n'ont pas grand-chose à faire et qui ne sont sans doute supervisés par personne, risquent de devenir sexuellement actifs plus tôt qu'ils ne le seraient autrement.
- Le sang utilisé dans les situations d'urgence pour des transfusions n'a peut-être pas fait l'objet d'un dépistage du VIH.

Invalidité

Les données sur les handicaps découlant de conflits sont rares. Une enquête nationale menée en 1982 au Zimbabwe conclut que 13 % des handicaps physiques résultent directement du conflit armé précédent. Plus de trente ans de conflit armé en Ethiopie se sont soldés par un million de morts environ, dont la moitié parmi les civils (36). Environ un tiers des 300 000 soldats de retour du front après la fin du conflit avaient été blessés ou rendus invalides et

40 000 personnes au moins avaient perdu un ou plusieurs membres dans le conflit.

Les mines terrestres sont à l'origine de nombreux handicaps. Au Cambodge, 36 000 personnes ont perdu au moins un membre après avoir fait exploser par accident une mine terrestre, ce qui revient à un Cambodgien sur 236 (45). Au total, 6 000 personnes ont ainsi été mutilées rien qu'en 1990. Plus de 30 millions de mines ont été posées en Afghanistan dans les années 1980.

Dans certains conflits, les mutilations systématiques qui consistent à couper les oreilles ou les lèvres, comme cela s'est fait au Mozambique pendant la guerre civile (46), ou des membres, comme on l'a vu plus récemment au Sierra Leone (47), visent à démoraliser l'ennemi.

Santé mentale

L'incidence des conflits sur la santé mentale dépend de divers facteurs, dont ceux-ci (48) :

- la santé psychologique des personnes touchées, avant l'événement ;
- la nature du conflit ;
- la forme du traumatisme (s'il résulte d'actes subis ou dont on a été témoin, ou s'il est directement infligé, comme dans le cas de la torture et d'autres types de violence répressive) ;
- la réaction au traumatisme, individuelle et communautaire ;
- le contexte culturel dans lequel se produit la violence.

Des stress psychologiques liés aux conflits sont associés aux événements suivants ou en résultent (48) :

- déplacement, forcé ou volontaire ;
- perte et douleur ;
- isolement social ;
- perte de statut ;
- perte de communauté ;
- dans certains cas, acculturation dans de nouveaux environnements.

Voici quelques manifestations de ces types de stress :

- dépression et angoisse ;
- maux psychosomatiques ;

- comportement suicidaire ;
- conflit intrafamilial ;
- consommation excessive d'alcool ;
- comportement antisocial.

Les réfugiés célibataires et isolés, ainsi que les femmes chefs de ménage, risquent sans doute plus particulièrement de souffrir de stress psychologique.

Certains experts (48, 50) ont mis en garde contre l'attitude qui consiste à partir du principe que les gens n'ont ni la capacité, ni le ressort nécessaires pour faire face à des situations difficiles découlant de conflits violents. D'autres ont attiré l'attention sur le fait (51) que les programmes d'aide humanitaire risquent de se substituer au dialogue politique avec les parties au conflit, et qui en sont sans doute le principal moteur. Des études sud-africaines (52) concluent que toutes les personnes qui ont été traumatisées pendant l'apartheid ne sont pas devenues des « victimes ». En fait, du moins dans certains cas, des personnes ont pu réagir vigoureusement parce qu'elles ont considéré qu'elles se battaient pour des causes utiles et légitimes. Le modèle médical qui permet de diagnostiquer chez des personnes un cas de « syndrome de stress post-traumatique » ne tient peut-être pas compte des réactions humaines diverses et complexes face à des événements stressants (48). Il devient plus évident à présent que la reconstruction de réseaux socio-économiques et d'institutions culturelles joue un rôle dans la guérison d'un traumatisme psychologique résultant d'un conflit violent (50).

Les conflits violents entraînent souvent une augmentation des taux de dépression, de toxicomanie et de suicide (34). Au Sri Lanka, le taux de suicide avant ces deux décennies de conflit violent était globalement très inférieur à ce qu'il est à présent (53). Des constatations similaires ont été faites au Salvador (34). Dans les deux cas, la nette augmentation du nombre des suicides résultait, en partie du moins, de la violence politique.

Du point de vue de la santé mentale, on peut diviser en trois groupes les populations touchées par des conflits violents (54) :

- celles qui souffrent de troubles psychiatriques débilissants ;
- celles qui ont de fortes réactions psychologiques aux traumatismes ;
- celles, majoritaires, qui peuvent s'adapter une fois l'ordre public rétabli.

Il est probable que les deux premiers groupes gagnent beaucoup à recevoir des soins de santé mentale qui tiennent compte de facteurs socio-économiques et culturels.

Incidences sur des populations particulières

L'effet direct des conflits sur la santé des forces armées est généralement noté avec assez de précision. Cependant, l'effet des conflits sur des groupes particuliers est souvent très difficile à déterminer. La taille de la population et sa densité peuvent varier considérablement en peu de temps, car les gens partent pour des régions sûres et des endroits où les ressources sont plus abondantes. Il est donc d'autant plus difficile d'évaluer l'impact sur la santé.

Population civile

D'après les Conventions de Genève de 1949, les forces armées doivent appliquer les principes de proportionnalité et de distinction dans le choix de leurs cibles. On entend par *proportionnalité* le fait d'essayer de minimiser les pertes civiles lorsque l'on vise des objectifs militaires et connexes. Quant au principe de *distinction*, il signifie qu'il faut éviter les cibles civiles dans toute la mesure du possible (52). Malgré ces efforts destinés à délimiter leurs conséquences, les conflits armés font beaucoup de morts parmi les civils.

Même s'il arrive que le décès de civils résulte directement d'opérations militaires, l'augmentation des taux de mortalité parmi les civils pendant les conflits tient généralement à l'effet combiné de ce qui suit :

- accès plus difficile aux aliments, ce qui entraîne une malnutrition ;
- risque accru de contracter des maladies transmissibles ;
- accès réduit aux services de santé ;
- programmes de santé publique réduits ;

- mauvaises conditions ambiantes ;
- détresse psychosociale.

Réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays

Normalement, la mortalité est élevée chez les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, surtout dans la période immédiatement après leur migration (55, 56). On a remarqué, en examinant la santé des réfugiés et des populations déplacées, que les taux de mortalité augmentent considérablement dans leurs groupes et qu'ils sont, dans le pire des cas, jusqu'à soixante fois supérieurs aux taux auxquels on s'attend pendant une phase de déplacement aiguë (55, 57, 58). A Monrovia, au Libéria, le taux de mortalité parmi les civils déplacés pendant le conflit, en 1990, était sept fois supérieur à ce qu'il était auparavant (57).

Les décès imputables à la malnutrition, à des diarrhées et à des maladies infectieuses touchent surtout des enfants, tandis que d'autres maladies infectieuses, comme le paludisme, la tuberculose et l'infection à VIH, ainsi que diverses maladies non transmissibles, blessures et formes de violence, touchent généralement des adultes. L'état de santé antérieur de la population, son accès à des facteurs déterminants de la santé (comme un abri, des aliments, de l'eau, de l'hygiène et des services de santé), son exposition à de nouvelles maladies et l'existence de ressources sont autant d'éléments qui influent beaucoup sur la santé des réfugiés pendant et après les conflits.

Impact démographique

Le grand nombre de personnes déplacées est une des conséquences de l'évolution des méthodes de la guerre moderne, où des communautés entières sont de plus en plus prises pour cibles. Le nombre total de réfugiés fuyant leur pays est passé d'environ 2,5 millions en 1970 et 11 millions en 1983 à 23 millions en 1997 (59, 60). Au début des années 1990, quelque 30 millions de personnes étaient de plus déplacées à l'intérieur de leur propre pays (60), la plupart d'entre elles ayant fui des zones de combat. Ces personnes déplacées à l'intérieur de

leur propre pays ont sans doute moins accès à des ressources et à l'aide internationale que les réfugiés qui franchissent des frontières, et elles sont aussi plus probablement exposées à un risque continu de violence (61).

Le tableau 8.3 montre les mouvements de réfugiés et de populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays dans les années 1990 (62). Il y avait alors bien plus de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays que de réfugiés en Afrique, dans les Amériques et en Europe, alors qu'en Asie et au Moyen-Orient, c'était l'inverse.

La réinstallation forcée de populations, que pratiquent plusieurs gouvernements pour des raisons déclarées de sécurité, d'idéologie ou de développement, peut également avoir de graves conséquences pour la santé. En Ethiopie, entre 1985 et 1988, quelque 5,7 millions de personnes, soit 15 % de la population rurale des provinces du Nord et de l'Est, ont été envoyées dans des villages du Sud-Ouest dans le cadre d'un programme imposé par le gouvernement (63). Au Cambodge,

sous le régime de Pol Pot (1975–1979), des centaines de milliers de citoyens ont été envoyés de force dans des régions rurales.

Impact socio-économique

Les conflits peuvent avoir un profond impact économique (64, 65). Les dépenses publiques dans des secteurs comme la santé et l'éducation risquent fort d'être considérablement réduites, car l'Etat a du mal à percevoir les impôts et à maintenir d'autres sources de revenu, comme le tourisme, alors que ses dépenses militaires augmentent. En Ethiopie, les dépenses militaires sont passées de 11,2 % du budget de l'Etat en 1973-1974 à 36,5 % en 1990-1991 et, parallèlement, la part du budget de la santé a chuté de près de moitié, passant de 6,1 % à 3,2 % (36).

Les conflits ont également une grande incidence sur les ressources humaines et sur la productivité. Il est probable également qu'au niveau des ménages, les sources de revenu disponibles diminuent nettement. Il arrive aussi que la manipulation des prix ou

TABLEAU 8.3

Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et réfugiés (en millions), par continent et par an

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIP)									
Afrique	13,5	14,2	17,4	16,9	15,7	10,2	8,5	7,6	8,8
Amériques	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8
Asie de l'Est et Pacifique	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	1,1	0,8	0,5
Asie du Sud	3,1	2,7	1,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,2	2,1
Europe	1,0	1,8	1,6	2,8	5,2	5,1	4,7	3,7	3,3
Moyen-Orient	1,3	1,4	0,8	2,0	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6
Réfugiés									
Afrique	5,4	5,3	5,7	5,8	5,9	5,2	3,6	2,9	2,7
Amériques	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Asie de l'Est et Pacifique	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Asie du Sud	6,3	6,9	4,7	3,9	3,3	2,8	3,2	3,0	2,9
Europe	0	0,1	2,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,3	1,3
Moyen-Orient	3,5	2,8	2,8	3,0	3,8	4,0	4,4	4,3	4,4
Ratio PDIP/réfugiés									
Afrique	2,5	2,7	3,0	2,9	2,7	2,0	2,4	2,6	3,2
Amériques	7,5	10,1	13,5	14,0	11,7	18,3	17,4	27,0	4,9
Asie de l'Est et Pacifique	0,5	0,8	1,4	0,8	0,9	0,9	1,6	1,1	0,8
Asie du Sud	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7
Europe		14,7	0,6	1,4	2,9	2,8	2,5	2,8	2,5
Moyen-Orient	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4

Source : référence 62.

de l'approvisionnement en produits essentiels ainsi que d'autres formes de mercantilisme perturbent les moyens de subsistance des gens.

Certains ont essayé de calculer les coûts d'opportunité du développement auquel on renonce à cause des conflits. Les pays en proie à un conflit progressent toujours moins dans le prolongement de l'espérance de vie et dans la réduction de la mortalité infantile et des taux bruts de mortalité, comparés à d'autres pays dans la même région qui sont dans une situation socio-économique similaire (66). Cependant, des analyses de ce type risquent d'être faussées par l'influence simultanée de la pandémie de SIDA, qui peut elle-même nettement s'aggraver à cause du conflit et de l'instabilité (42, 43).

Alimentation et agriculture

Il arrive souvent que la production et la distribution alimentaires soient expressément visées pendant les périodes de conflit (67). En Ethiopie, pendant le conflit qui a opposé les forces gouvernementales et les forces séparatistes de l'Erythrée et du Tigré de 1974 à 1991, les agriculteurs étaient empêchés par la force de planter et de récolter, et les soldats pillaient les semences et le cheptel. Dans ces deux régions, les combattants enrôlaient les agriculteurs, minaient les champs, confisquaient la nourriture et abattaient le bétail (36). La perte de cheptel prive les agriculteurs d'un bien nécessaire pour rendre la terre productive, ce qui a un effet négatif immédiat et à long terme.

Infrastructure

L'impact des conflits se ressent à travers la destruction d'infrastructures importantes. Dans le cas des infrastructures hydrauliques et sanitaires, les dommages causés peuvent avoir des incidences directes et graves sur la santé. Dans les conflits qui ont ravagé le sud du Soudan et l'Ouganda au début et au milieu des années 1980, les troupes gouvernementales présentes dans les régions tenues par les forces rebelles et les guérillas infiltrés dans les zones contrôlées par l'Etat cherchaient tout spécialement à détruire les pompes manuelles des villages (30). Pendant les opérations militaires contre l'Iraq, en 1991, l'approvisionnement en eau, l'évacuation

des eaux usées et d'autres services sanitaires ont été durement touchés par les bombardements intenses.

Services de santé

Les conflits sont lourds de conséquences pour les services de santé (voir tableau 8.4). Avant la guerre du Golfe de 1991, les services de santé irakiens touchaient 90 % de la population et l'immense majorité des enfants de moins de cinq ans étaient régulièrement vaccinés. Pendant le conflit, beaucoup d'hôpitaux et de dispensaires ont été gravement endommagés et ont dû fermer, et ceux qui restaient ouverts, voyaient leur zone hospitalière grandement élargie. Les dommages considérables causés aux réseaux d'approvisionnement en eau et en électricité et au réseau d'évacuation des eaux usées limitaient davantage encore les capacités de fonctionnement de ce qui restait des services de santé (68). Dans le conflit violent qui a secoué le Timor oriental en 1999, après le référendum pour l'indépendance, les milices ont détruit pratiquement tous les services de santé. Seul l'hôpital principal de la plus grande ville, Dili, a survécu.

Pendant les conflits et au lendemain des conflits, l'approvisionnement en médicaments est généralement perturbé, d'où l'augmentation du nombre des maladies que la médecine permet d'éviter, y compris des maladies qui risquent d'être mortelles, comme l'asthme, le diabète et diverses maladies infectieuses. Par ailleurs, il arrive qu'il y ait pénurie de personnel médical, d'appareils de diagnostic, d'eau et d'électricité, le tout nuisant gravement à la qualité des soins offerts.

Généralement, les ressources humaines des services de santé sont elles aussi sérieusement touchées par les conflits violents. Dans certains cas, comme au Mozambique et au Nicaragua, le personnel médical a été tout particulièrement pris pour cible. Souvent, le personnel qualifié gagne des zones urbaines plus sûres ou quitte tout simplement la profession. En Ouganda, entre 1972 et 1985, la moitié des médecins et 80 % des pharmaciens ont quitté le pays pour des questions de sécurité personnelle. Au Mozambique, seuls 15 % des 550 médecins présents pendant les dernières années de la colonie portugaise étaient encore dans le pays à la fin de la guerre d'indépendance, en 1975 (69).

Que peut-on faire pour prévenir la violence collective?

Réduire les risques de conflit violent

Voici, de manière générale, quelques-unes des politiques nécessaires pour réduire le risque de conflits violents dans le monde, de quelque type qu'ils soient (70) :

- Faire reculer la pauvreté, tant en termes réels qu'absolus, et veiller à ce que l'aide au développement soit ciblée de manière à contribuer le plus possible à la lutte contre la pauvreté.
- Rendre les responsables plus comptables de leurs décisions.
- Réduire les inégalités entre les groupes dans la société.
- Réduire l'accès aux armes biologiques, chimiques, nucléaires et autres.

Inciter au respect des accords internationaux

Il est important, dans la prévention des conflits et d'autres formes de violence collective, de veiller à promouvoir et à appliquer les traités internationaux, y compris ceux qui ont trait aux droits de l'homme.

Les gouvernements nationaux peuvent aider à prévenir les conflits en maintenant l'esprit de la Charte des Nations Unies, qui appelle à la prévention des actes d'agression et à la promotion de la paix et de la sécurité internationales. Cela suppose, notamment, une adhésion aux instruments juridiques internationaux, y compris aux Conventions de Genève de 1949 et à leurs protocoles de 1977.

Les lois relatives aux droits de l'homme, en particulier celles qui découlent du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, mettent des limites à la façon dont les gouvernements exercent

TABLEAU 8.4

Impact des conflits sur les services de santé

Objet	Manifestation
Accès aux services	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité réduite (à cause des mines terrestres et du couvre-feu, par exemple) • Accès géographique réduit (à cause de difficultés de transport, par exemple) • Accès économique réduit (à cause de charges accrues pour les services de santé, par exemple) • Accès social réduit (parce que les fournisseurs de services ont peur d'être pris pour des parties au conflit, par exemple)
Infrastructure des services	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction de dispensaires • Systèmes d'orientation perturbés • Véhicules et matériels endommagés • Mauvaises logistique et communications
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Personnels de santé blessés, disparus ou morts • Déplacement et départ en exil • Moral affaibli • Difficulté de retenir des personnels de santé dans le secteur public, notamment dans les zones peu sûres • Formation et supervision perturbées
Matériel et fournitures	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de médicaments • Absence d'entretien • Peu d'accès aux nouvelles technologies • Incapacité de maintenir la chaîne du froid pour les vaccins
Activités en matière de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Passage des soins primaires aux soins tertiaires • Urbanisation accrue de la prestation des soins de santé • Réduction des activités communautaires et périphériques • Contraction des activités d'information, de prévention et de promotion de la santé • Systèmes de surveillance et d'information sur la santé perturbés • Programmes de santé publique et de lutte contre les vecteurs compromis (y compris notification au partenaire et dépistage) • Programmes se concentrant plus sur une maladie (comme le paludisme) ou une seule intervention (comme la vaccination) • Utilisation de plus d'organisations pour fournir des services prévus par des projets
Formulation de la politique de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité nationale affaiblie • Incapacité de contrôler et de coordonner les activités des organisations non gouvernementales et des donateurs • Moins d'informations sur lesquelles fonder des décisions • Moins de débats d'orientation, locaux et internationaux • Structures communautaires affaiblies et participation réduite
Activités de secours	<ul style="list-style-type: none"> • Accès limité à certaines régions • Coût de prestation des services en augmentation • Pressions accrues sur les communautés, les systèmes et les services du pays d'accueil • Accent mis davantage sur des problèmes et des programmes en particulier, et moins d'intégration de tous les services • Plus d'insécurité pour les travailleurs des organisations humanitaires • Coordination et communications déficientes entre organismes

leur pouvoir sur les personnes relevant de leur autorité, et interdisent inconditionnellement, entre autres actes, la torture et le génocide. La création de la Cour pénale internationale garantira qu'un mécanisme permanent jugera les crimes de guerre et les crimes contre l'humanité. Cette juridiction aura peut-être aussi un effet dissuasif sur ceux qui voudraient user de violence contre des populations civiles.

Les efforts déployés pour conclure des traités et des accords qui visent la violence collective et qui prévoient des mesures dissuasives et des sanctions en cas d'abus sont généralement plus efficaces par rapport à la violence entre États et ont généralement beaucoup moins de poids à l'intérieur des frontières nationales, or c'est là que les conflits éclatent de plus en plus.

Les avantages possibles de la mondialisation

La mondialisation ouvre de nouvelles possibilités d'informer et de sensibiliser le public au sujet des conflits violents, de leurs causes et de leurs conséquences. Les nouvelles technologies offrent de nouveaux moyens non seulement d'échanger des idées, mais aussi d'exercer des pressions sur les décideurs afin d'accroître la responsabilité et la transparence de la gestion des affaires publiques et de réduire les inégalités sociales et les injustices.

Un nombre croissant d'organisations internationales, dont Amnesty Internationale, Human Rights Watch, la Campagne internationale pour l'interdiction des mines terrestres et Médecins pour les droits de l'homme, suivent les conflits et demandent instamment que des mesures préventives ou correctives soient prises. Des particuliers et des groupes touchés par les conflits peuvent désormais – par l'intermédiaire de ces organisations et autrement – utiliser les nouvelles technologies pour faire part de leur expérience et de leurs préoccupations à un large public.

Le rôle du secteur de la santé

Investir dans la santé revient aussi à contribuer à la prévention des conflits violents. Accorder de l'importance aux services sociaux peut aider à maintenir la cohésion sociale et la stabilité.

Les premières manifestations de situations qui risquent de mener à des conflits peuvent souvent être détectées dans le secteur de la santé. Les personnels de santé ont un rôle important à jouer pour ce qui est d'attirer l'attention sur ces signes et de demander des interventions sociales et sanitaires appropriées afin de réduire les risques de conflit (voir encadré 8.2).

Pour ce qui est de réduire les inégalités entre groupes sociaux et de remédier à l'inégalité d'accès aux ressources – facteurs de risque de violence importants –, le secteur de la santé est parmi les mieux placés parmi les institutions pour déceler les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins de santé. Il est important, pour prévenir les conflits violents, surtout lorsque le fossé se creuse entre des groupes sociaux, de repérer rapidement ces inégalités et de promouvoir des mesures correctives. Il est essentiel de surveiller la répartition et les tendances dans les maladies associées à la pauvreté, les états que la médecine peut traiter ou prévenir, et les inégalités de survie pour détecter des disparités largement méconnues mais importantes dans la société et qui s'accroissent sans doute.

Le secteur de la santé peut également rendre un immense service en faisant connaître les incidences socio-économiques des conflits violents et leur impact sur la santé.

Réponses aux conflits violents

Prestation de services pendant les conflits

Voici des problèmes auxquels les opérations humanitaires sont couramment confrontées pendant les conflits (71) :

- comment améliorer les services de la santé pour la population du pays d'accueil tout en offrant des services aux réfugiés ;
- comment fournir humainement et efficacement des services de qualité ;
- comment faire participer les communautés au choix des priorités et des modes de prestation des services ;
- comment créer des mécanismes durables qui permettent d'intégrer dans les politiques l'expérience acquise sur le terrain.

ENCADRE 8.2**La santé : un pont vers la paix**

L'idée que la santé peut contribuer à la conciliation et à la collaboration régionales est inscrite depuis 1902 dans les principes fondateurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui est la plus ancienne organisation internationale de la santé dans le monde. Depuis deux décennies, l'Organisation panaméricaine de la Santé et le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (OMS/OPS) jouent un rôle dans l'application de cette idée.

En 1984, en partenariat avec les ministères de la santé nationaux et d'autres institutions, l'OMS/OPS a lancé une initiative stratégique dans des régions centraméricaines déchirées par la guerre. Il s'agissait d'améliorer la santé des populations d'Amérique centrale, tout en renforçant la coopération entre les pays de la région et à l'intérieur de ces pays. Sous le thème général de « La santé : un pont vers la paix, la solidarité et la compréhension », le plan comprenait tout un éventail de programmes.

Le premier volet, qui s'est terminé en 1990, portait sur sept priorités en matière de collaboration :

- le renforcement des services de santé ;
- le développement des ressources humaines ;
- les médicaments essentiels ;
- l'alimentation et la nutrition ;
- les principales maladies tropicales ;
- la survie de l'enfant ;
- l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

En l'espace de deux ou trois ans, plus de 250 projets ont vu le jour dans ces domaines prioritaires, stimulant la collaboration entre des pays et des groupes centraméricains que des différends opposaient par ailleurs. Au Salvador, par exemple, bien qu'il ait été difficile de travailler au milieu des violences politiques, des « jours de tranquillité » ont été négociés et les combats ont été suspendus pour que l'on puisse vacciner les enfants. Cet arrangement a duré de 1985 jusqu'à la fin du conflit, en 1992, ce qui a permis de vacciner quelque 300 000 enfants par an. L'incidence de la rougeole, du tétanos et de la poliomyélite a considérablement diminué, celle de la poliomyélite retombant même à zéro.

La collaboration concernait également la lutte antipaludique, la distribution internationale de médicaments et de vaccins, et la formation. Des réseaux d'information sur la santé régionaux et infrarégionaux ont été établis et un système d'intervention rapide a été mis sur pied pour faire face aux catastrophes naturelles. Ces efforts ont créé un précédent pour un dialogue élargi dans la région, jusqu'aux accords de paix éventuels.

Dans le deuxième volet de l'initiative, de 1990 à 1995, les secteurs de la santé de toute l'Amérique centrale ont appuyé des mesures prises pour le développement et la démocratie. Après la conclusion des accords de paix, l'OMS/OPS a aidé à démobiliser, à réadapter et à réintégrer socialement ceux qui étaient le plus touchés par les conflits, y compris les populations autochtones et frontalières. La santé est restée un des moteurs de la consolidation de la démocratie dans le troisième volet, entre 1995 et 2000.

Entre 1991 et 1997, des programmes similaires ont été mis en place en Angola, en Bosnie-Herzégovine, en Croatie, en Haïti et au Mozambique. Dans chaque programme, des représentants du Bureau régional de l'OMS travaillaient en partenariat avec le gouvernement, des organisations non gouvernementales locales et d'autres organismes des Nations Unies. Tous ces programmes ont contribué à la reconstruction du secteur de la santé, une fois les conflits terminés. En Angola et au Mozambique, l'Organisation mondiale de la Santé a participé au processus de démobilisation, encouragé la réintégration dans le système national de services de santé qui échappaient

ENCADRE 8.2 (suite)

auparavant au contrôle du gouvernement central, et assuré le recyclage de travailleurs de la santé de ces régions. En Bosnie-Herzégovine et en Croatie, l'Organisation a facilité des échanges inter-ethniques et permis une collaboration et des contacts réguliers entre des professionnels de la santé de toutes les communautés.

En 1997, l'Organisation mondiale de la Santé a réuni toutes les expériences de cette période dans un programme mondial intitulé « La paix : un pont vers la paix ». Depuis, de nouveaux programmes ont été mis en place dans le Caucase, en Bosnie-Herzégovine, en Indonésie, au Sri Lanka et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine. En Indonésie, par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé a organisé des équipes de professionnels de la santé qui travaillent dans des zones de conflit ou qui risquent de le devenir. Une de ces équipes, composée de professionnels musulmans et chrétiens, travaille dans les îles Moluques, région secouée depuis quelques années par un grave conflit religieux.

Le programme de « La santé : un pont vers la paix » permet de mobiliser des personnels de santé dans le monde entier pour qu'ils contribuent à la paix, au retour à la stabilité et à la reconstruction, une fois les conflits terminés, et à la conciliation dans des communautés déchirées.

Les réfugiés qui fuient leur pays perdent leurs sources de soins de santé habituelles. Ils dépendent de ce qui existe dans le pays d'accueil ou des services supplémentaires que des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux peuvent offrir. Il arrive que les services du pays d'accueil soient débordés, si les réfugiés affluent soudain en nombre dans une région et cherchent à utiliser les services de santé locaux. Cela peut devenir entre les réfugiés et la population du pays d'accueil une source d'antagonisme qui risque d'engendrer de nouvelles violences. Cet antagonisme risque même de se durcir si l'on offre aux réfugiés des services, y compris de santé, moins coûteux ou d'un accès plus facile que ceux proposés à la population locale, ou si le pays d'accueil ne reçoit pas d'aide extérieure pour faire face à son fardeau considérablement alourdi. Quand les Albanais du Kosovo se sont réfugiés en Albanie et dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine, pendant le conflit, en 1999, l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations ont essayé d'aider les systèmes sanitaires et sociaux existants de ces pays d'accueil à faire face à leur charge supplémentaire, au lieu de laisser tout simplement des organismes d'aide extérieurs créer un système parallèle.

Lorsqu'ils planifient des mesures d'urgence, les gouvernements et les organismes doivent :

- déterminer sans tarder qui est particulièrement vulnérable et quels sont les besoins de ces personnes ;
- coordonner rigoureusement les activités des différents acteurs ;
- s'efforcer d'accroître les capacités locales, nationales et mondiales afin d'offrir des services de santé utiles pendant les différentes étapes de l'urgence.

L'Organisation mondiale de la Santé a mis au point des mécanismes de surveillance afin d'aider à repérer les conflits et à intervenir le plus tôt possible. Son Réseau d'informations sanitaires pour la planification avancée permet d'accéder rapidement à des informations à jour sur des pays en particulier et sur leurs indicateurs de santé, ainsi qu'à des conseils sur les meilleures pratiques et à des données de surveillance épidémiologique.

Dans les situations d'urgence, les organisations humanitaires essaient d'abord de prévenir des pertes en vies humaines puis de rétablir des conditions où il est possible de promouvoir la santé. Beaucoup d'organismes de secours considèrent devoir en tout premier lieu sauver des vies mises en danger par des événements atypiques, sans nécessairement se préoccuper de savoir si leurs activités peuvent être répétées ou maintenues à plus

long terme. En revanche, les organismes qui adoptent une perspective axée sur le développement essaient de tenir compte sans tarder de questions telles que l'efficacité, la viabilité, l'égalité et la propriété locale, autant d'éléments qui donneront de meilleurs résultats à plus long terme. Dans cette approche, ce qui importe, c'est de créer une capacité locale et de faire en sorte que les coûts restent modiques. Il est difficile, cependant, de prolonger des interventions à court terme pour essayer de mettre en place des systèmes à plus long terme.

Les organisations doivent travailler en étroite collaboration, si elles veulent maximiser l'utilisation de leurs ressources, éviter le plus possible tout chevauchement des activités et parvenir à plus d'efficacité dans les opérations. Le code de conduite des organisations humanitaires proposé par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (62) énonce un certain nombre de principes clés que beaucoup d'organisations humanitaires considèrent fondamentaux dans leur travail. L'adhésion à ce code est volontaire, toutefois, et il n'existe aucune réelle mesure pour en faire appliquer les principes ou pour évaluer leur application, le cas échéant.

Aide et considérations éthiques

Les interventions en situation d'urgence et la distribution de l'aide, notamment, soulèvent des problèmes éthiques. Dans certains cas, comme dans celui de la crise somalienne du début des années 1990, les organismes d'aide embauchent des gardes armés afin de pouvoir mener à bien leurs opérations, or le procédé semble contestable sur le plan éthique. En ce qui concerne la distribution de l'aide, on s'attend souvent à ce qu'une partie soit détournée par les belligérants. En général, les organismes d'aide estiment qu'un certain coulage est acceptable, à condition que la majeure partie des ressources continue d'arriver à destination. Dans certains endroits, cependant, la proportion d'aliments et d'autres formes d'aide qui est détournée est telle que les organismes ont choisi de ne plus offrir leurs services.

D'autres préoccupations éthiques concernent le fait qu'en travaillant avec des factions en guerre, on leur confère indirectement, à elles-mêmes et à leurs activités, une certaine légitimité. D'aucuns se demandent si les organismes d'aide devraient se taire au sujet des violences observées ou s'ils devraient parler, et s'ils devraient continuer de fournir des services lorsque les violences se poursuivent. Anderson (72), entre autres, analyse une question plus générale, à savoir : l'aide d'urgence contribue-t-elle à la promotion de la paix ou, au contraire, au prolongement des conflits?

Participation communautaire

Il arrive que, pendant les conflits, les structures et les activités communautaires locales soient sérieusement bouleversées. Les gens ont parfois peur de débattre de questions telles que la politique sociale ou de faire campagne en faveur de groupes vulnérables ou marginalisés. C'est probablement encore plus le cas dans des régimes politiques antidémocratiques où l'on brandit la menace de la violence étatique contre ceux qui sont perçus comme des opposants.

Dans certains cas, cependant, la réaction communautaire peut être positive, si la mise en place de structures sociales, y compris de services de santé, est facilitée. Ce type de réaction semble être plus courant dans les conflits idéologiques, comme ceux qu'ont connus le Mozambique, le Nicaragua et le Vietnam dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Dans le conflit qui a ravagé l'Éthiopie entre 1974 et 1991, les mouvements politiques communautaires érythréens et tigréens se sont beaucoup investis dans la création de structures décisionnelles locales participatives et dans l'élaboration de stratégies de promotion de la santé (73).

Rétablir les services après les conflits

On s'interroge beaucoup sur la meilleure façon de rétablir des services quand les pays sortent de longs conflits (74–76). Quand des régions inaccessibles s'ouvrent au lendemain de situations d'urgence complexes, elles font apparaître des besoins de santé publique accumulés auxquels il n'a pas été répondu pendant longtemps et que signalent généralement

des épidémies de rougeole. De plus, les accords de cessez-le-feu, même précaires, doivent prévoir une aide sanitaire spéciale pour les soldats démobilisés, des plans de déminage et des dispositions pour le retour des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays. Il est probable que toutes ces exigences interviennent à un moment où l'infrastructure du système de santé local est sérieusement affaiblie et où d'autres ressources économiques sont épuisées.

Des renseignements plus précis sur les interventions menées dans différents endroits sont nécessaires, ainsi que sur les conditions dans lesquelles elles se sont déroulées et sur leurs effets et leurs limites. Définir théoriquement le moment où se termine un conflit est un des problèmes que pose la collecte de données sur les conflits. Normalement, la limite entre la fin d'un conflit et le début de la période postérieure au conflit est loin d'être claire, car une insécurité et une instabilité importantes persistent souvent pendant longtemps.

Le tableau 8.5 présente quelques-unes des approches typiques de la reconstruction des systèmes de santé au lendemain de conflits. Dans le passé, on a beaucoup insisté sur la reconstruction matérielle et sur les programmes de lutte contre les maladies, mais assez peu sur la coordination des mesures prises par les donateurs ou sur la mise en place de cadres stratégiques efficaces.

Documentation, recherche et diffusion de l'information

La surveillance et la documentation sont des domaines centraux de l'action de santé publique relative aux conflits. Comme nous le mentionnons plus haut, les données sur la violence collective sont souvent insatisfaisantes et imprécises, mais il n'est pas bon de se montrer trop rigide quant à la précision des données dans ce domaine. Il est essentiel, cependant, que les données soient valides.

Il est tout aussi important, en matière de santé publique, de fournir des données valides aux décideurs. Les Nations Unies, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et les professionnels de la santé ont des rôles clés à jouer à cet égard. Ainsi, grâce à ces

recherches approfondies et à ses campagnes, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a joué un rôle important dans la promotion du processus d'Ottawa qui a conduit à l'adoption du Traité d'interdiction des mines antipersonnel, entré en vigueur le 1er mars 1999. Comme l'a fait remarquer un membre du personnel du CICR qui a participé à ce processus : « L'observation et la documentation des effets des armes ne font pas changer les mentalités, les comportements ou la loi, si l'on n'en fait pas part de manière convaincante aux décideurs et au public. » (77)

Certaines organisations non gouvernementales, comme Amnistie Internationale, ont pour mandat explicite de parler des violations des droits de l'homme. C'est aussi le cas de certains organes de l'ONU, comme le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Cependant, certains organismes hésitent à prendre la parole contre les parties aux conflits, de peur de ne pouvoir ensuite assurer des services essentiels dans le pays concerné. Dans ces cas, il arrive qu'ils choisissent de diffuser l'information indirectement, par l'intermédiaire de tiers ou des médias.

Pour que la diffusion soit efficace, il est nécessaire d'avoir de bonnes données et l'expérience acquise pendant les interventions doit être convenablement analysée. La recherche est essentielle pour évaluer l'impact des conflits sur la santé et sur les systèmes de santé. Elle l'est aussi pour déterminer quelles sont les interventions efficaces.

Recommandations

Il faut prendre diverses mesures pour prévenir l'apparition des conflits et, s'ils se produisent, pour en atténuer les effets. Ces mesures relèvent des catégories générales suivantes :

- obtenir plus d'informations et mieux comprendre ce que sont les conflits ;
- agir sur le plan politique pour prévoir et prévenir les conflits et y réagir ;
- mener des activités de maintien de la paix ;
- faire intervenir le secteur de la santé par rapport aux conflits ;
- intervenir sur le plan humanitaire.

TABLEAU 8.5

Défis en matière de santé après un conflit

Élément de l'activité du secteur de la santé après un conflit	Situation typique à présent	Mesures à prendre pour une réponse plus appropriée
Adoption d'une politique	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités sont considérées comme des projets indépendants • Une attention limitée est accordée à l'adoption de cadres stratégiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter sans tarder des cadres stratégiques sur lesquels puissent reposer les projets • Encourager les donateurs à soutenir le Ministère de la Santé dans l'élaboration des politiques ainsi que dans la collecte et la diffusion d'informations • Faciliter les communications entre les principaux participants
Coordination des donateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Les donateurs acceptent en principe que la coordination soit souhaitable, mais aucun ne souhaite s'y soumettre 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerner les domaines d'intérêt commun et s'appuyer dessus • Renforcer la capacité du Ministère de la Santé de jouer un rôle prépondérant et de coordonner les donateurs et les organisations non gouvernementales
Collaboration avec le gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> • Le gouvernement est souvent contourné, l'aide étant transmise par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales et d'organismes des Nations Unies 	<ul style="list-style-type: none"> • Réformer le système de l'aide internationale afin que les activités de développement puissent commencer plus tôt dans la période de relèvement qui suit un conflit • Envisager des approches sectorielles dans lesquelles les donateurs acceptent de travailler à l'intérieur d'un cadre stratégique convenu
Développement de l'infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif est de reconstruire exactement ce qui existait avant 	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les besoins en matière de services et leur répartition • Rationaliser la répartition des services proposés et la rendre plus équitable • Tenir compte des nouvelles données démographiques dans la mise en place de nouveaux services
Problèmes épidémiologiques particuliers	<ul style="list-style-type: none"> • La lutte contre les maladies et la prestation de services sont très ciblés • Les donateurs contrôlent nettement les programmes et fournissent la plupart des fonds 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter les liens entre différents programmes • Veiller à ce que les programmes soient exécutés par le biais de structures sanitaires principales • Veiller à ce que les interventions ciblées sur des maladies et celles axées sur le système de santé se complètent • Faire participer pleinement tous les intervenants concernés, y compris le secteur public national et local, les organisations non gouvernementales et le secteur privé
Travail de réconciliation	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités se concentrent autour de la cessation temporaire des hostilités, afin de procéder à la lutte contre les maladies 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître la valeur symbolique des soins de santé dans le rétablissement des relations intercommunautaires • Reconnaître que la promotion de la justice et de la réconciliation sont des objectifs à long terme qui passent par le rétablissement souvent lent de la confiance entre les communautés • Promouvoir toute occasion raisonnable de collaboration entre les communautés • Envisager des mesures novatrices, comme la constitution de commissions pour la vérité et la réconciliation
Rôle du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> • Des efforts sont consentis pour diversifier l'éventail de fournisseurs de services et pour déréglementer le secteur privé 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir le rôle de l'Etat dans l'élaboration des politiques, la définition des normes et le suivi de la qualité des services • Reconnaître parallèlement le rôle important du secteur privé dans la prestation des soins de santé • Trouver des mesures qui encouragent à promouvoir une prestation équitable des services de santé publique importants et un accès tout aussi équitable en la matière
Promotion d'une société équitable	<ul style="list-style-type: none"> • On estime en général que cet objectif est important, mais on en remet la réalisation à plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître qu'il est essentiel de mettre en place des structures sociales équitables, mais qu'à court terme, il vaut sans doute mieux retarder certaines réformes dans l'intérêt de la stabilité • Etablir des liens entre des groupes de population concurrents et différentes localités, ces liens étant essentiels dans la réforme qui suit le conflit
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • La formation est souvent négligée, fragmentée et peu coordonnée 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître qu'il est important de développer les ressources humaines • Trouver des moyens d'intégrer des personnes qui ont été formées dans différents systèmes • Investir dans la formation de planificateurs et de gestionnaires
Systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> • L'information n'est pas considérée comme une priorité • Même quand l'information existe, elle n'est pas partagée 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une priorité de la documentation des cas • Créer un système central d'archivage de l'information • Utiliser les nouvelles technologies pour diffuser l'information • Accorder des fonds sous condition de partage de l'information

Information et compréhension

Données et surveillance

Voici quelques mesures à prendre pour réunir des informations plus précises et plus valides sur les conflits et sur la façon d'y réagir :

- Il faudrait définir les indicateurs relatifs à la santé publique et à la performance des services de santé ainsi que des façons efficaces d'évaluer ces indicateurs, afin de pouvoir déceler les écarts par rapport aux normes de santé dans des groupes particuliers, car il peut s'agir des premiers signes de tensions entre groupes.
- Il serait bon d'affiner encore les techniques de surveillance de l'état de santé et de collecte de données connexes dans des populations touchées par des conflits, afin de mieux comprendre l'incidence des conflits sur d'autres populations, y compris les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les réfugiés qui s'intègrent dans leur communauté d'accueil, et des groupes vulnérables précis, comme les enfants soldats (voir encadré 8.3).
- Les méthodes d'analyse de l'incidence des conflits sur les systèmes de santé et de la réponse de ces systèmes devraient être améliorées.

Plus de recherche

Manifestement, il est indispensable d'approfondir la recherche, de mieux se documenter et de poursuivre l'analyse, afin de prévenir des conflits futurs, de rendre certains groupes moins vulnérables face aux conflits, et d'offrir les services les plus appropriés de la meilleure façon qui soit pendant et après les crises de violence. Voici deux aspects de la documentation et de l'analyse qui méritent une attention particulière :

- Trouver des façons efficaces d'enregistrer l'expérience vécue par les populations touchées par les conflits.
- Procéder à des analyses objectives après les conflits, décrire la montée de la violence, son impact et les réponses qui y ont été apportées. Des analyses allant dans ce sens ont été faites,

notamment après le conflit rwandais de 1994 (74).

Il faut se demander, en particulier, pourquoi certains pays qui manifestent plusieurs signes de risque de conflit violent sont, en fait, capables d'éviter un tel conflit, alors que d'autres vont jusqu'aux conflits, voire jusqu'au quasi-effondrement de l'Etat. L'Angola, le Libéria, la Sierra Leone, la Somalie et l'ex-Yougoslavie sont autant d'exemples de cette dernière catégorie. Il serait utile, notamment, de définir un ensemble d'indicateurs d'avant-urgence qui pourrait aider à dire si une crise risque de dégénérer en une situation d'urgence complexe et majeure.

Prévenir les conflits violents

Prévenir entièrement les conflits doit être une priorité du point de vue de la santé publique.

Voici des mesures clés que les gouvernements doivent prendre :

- Respecter les droits de l'homme, adhérer strictement à l'esprit de la Charte des Nations Unies et promouvoir la pleine adoption de lois protégeant ces droits et du droit international humanitaire.
- Encourager l'adoption de traités et d'autres mesures limitant la production, la distribution et l'utilisation de mines antipersonnel.
- Encourager les mesures visant à ce que l'on produise moins d'armes biologiques, chimiques et nucléaires, entre autres, et à ce qu'il soit plus difficile de s'en procurer, et plus précisément, les nouvelles initiatives relatives aux armes légères, y compris le code de conduite européen sur le transfert d'armes légères.
- S'appuyer sur des mesures récentes pour intégrer la surveillance de la circulation des armes de petit calibre dans d'autres systèmes d'alerte avancée en ce qui concerne les conflits (79). Depuis 1992, par exemple, les Nations Unies tiennent un Registre des armes classiques qui comprend des données sur les transferts d'armes internationaux ainsi que des renseignements fournis par les Etats Membres sur les dotations et les acquisitions militaires

ENCADRE 8.3**Les enfants soldats : problèmes pour les professionnels de la santé**

On estime à 300 000 le nombre constant d'enfants soldats dans le monde, encore qu'il s'agisse certainement d'une nette sous-estimation du phénomène. A moins d'être couramment recrutés dans les forces armées, les enfants n'interviennent normalement que lorsqu'un conflit dure depuis un moment. Cependant, une fois que l'on commence à recruter des enfants, leur nombre augmente rapidement, tandis que leur âge baisse.

Conséquences pour la santé

De toute évidence, quand des enfants participent à des combats armés, ils risquent d'être tués ou blessés. On parle moins d'autres effets sur la santé, comme la santé mentale et la santé publique.

La recherche (78) montre que les traumatismes les plus fréquents liés aux combats chez les enfants soldats sont les suivants :

- perte de l'ouïe ;
- perte de la vue ;
- perte de membres.

Ces traumatismes reflètent en partie la plus grande fragilité de l'organisme des enfants et en partie l'utilisation que l'on fait probablement des enfants, comme d'être couchés au sol et de détecter les mines terrestres. Les jeunes recrues sont également exposées à des risques pour la santé qui ne sont pas directement liés aux combats, y compris des blessures causées par le port d'armes et de lourdes charges, la malnutrition, des infections dermatologiques et respiratoires, ainsi qu'à des maladies infectieuses telles que le paludisme.

Souvent, on demande aux filles et, dans une moindre mesure, aux garçons, de fournir des services sexuels, en plus de se battre. Ces enfants risquent donc beaucoup de contracter des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH. De plus, les filles sont exposées aux dangers liés aux avortements et à l'accouchement. En outre, il arrive souvent que l'on drogoue les enfants soldats ou qu'on leur fasse boire de l'alcool pour les encourager à se battre, ce qui crée des problèmes de toxicomanie et d'alcoolodépendance, en plus des autres risques connexes pour la santé.

Les adolescents recrutés dans les armées gouvernementales régulières sont généralement soumis à la même discipline militaire que les adultes, y compris à des rites d'initiation, à des exercices pénibles, à des punitions et à un dénigrement destinés à briser leur volonté. L'impact d'une telle discipline sur des adolescents peut être dévastateur, mentalement, psychologiquement et physiquement.

Aspects relatifs au secteur de la santé

Les professionnels de la santé devraient comprendre qu'il est nécessaire de procéder le plus tôt possible à un examen médical approfondi de tous les anciens enfants soldats, en faisant preuve, toutefois, de sensibilité. Cela peut se faire au moment de la démobilisation officielle, mais aussi quand des enfants soldats sont capturés, s'échappent ou quittent autrement l'uniforme. Il est possible qu'il faille procéder par étapes, en s'occupant d'abord des problèmes les plus vitaux, puis de questions plus délicates, comme les violences sexuelles.

Une attention particulière devrait être portée à l'état mental et psychosocial des enfants soldats, ainsi qu'à leur santé physique. Voici quelques problèmes dont ils risquent de souffrir :

- cauchemars, flash-backs et hallucinations ;
- problèmes de concentration et de mémoire ;
- anxiété chronique ;
- régression dans le comportement ;

ENCADRE 8.3 (suite)

- consommation de plus en plus abusive d'alcool et d'autres drogues comme mécanisme d'adaptation ;
- sentiment de culpabilité et refus de reconnaître le passé ;
- peu de maîtrise de l'agressivité ;
- idées de vengeance obsessionnelles ;
- sentiments de marginalisation par rapport aux autres.

De plus, le « comportement militarisé » des enfants peut conduire à une mauvaise acceptation des normes de la société civile. Comme le souligne l'Organisation mondiale de la Santé dans sa contribution à l'étude des Nations Unies sur les enfants soldats (78) :

« Les enfants qui passent les stades de développement correspondant à la socialisation et à l'acquisition d'un jugement moral dans un environnement [militaire] sont mal préparés à une réintégration dans une société non violente. Ils acquièrent prématurément une certaine autonomie, sans posséder les connaissances et les compétences nécessaires à un jugement moral et au rejet de comportements à risque inappropriés, que cela se traduise par de la violence, une toxicomanie ou des agressions sexuelles. Leur réadaptation constitue donc un des principaux défis sociaux et de santé publique au lendemain de conflits armés. »

Les professionnels de la santé ont eux aussi un rôle éducatif précieux à jouer pour empêcher que des enfants soient recrutés dans des armées, y compris comme volontaires, en informant mieux les enfants et les adolescents à risque, ainsi que leur famille et leur communauté, et en insistant sur les dangers encourus, y compris les risques graves pour la santé psychologique et mentale.

par l'intermédiaire de politiques nationales de production et autres politiques pertinentes.

- Surveiller les effets négatifs de la mondialisation et promouvoir des formes plus équitables de développement et des modalités plus efficaces d'aide au développement.
- S'efforcer de mettre en place dans le monde entier des formes de gouvernance responsable.

Boutros Boutros-Ghali, l'ancien Secrétaire général des Nations Unies, a déclaré que l'intégration sociale doit être considérée comme une priorité du développement : « Les manifestations de l'absence d'intégration sociale sont familières : discrimination, fanatisme, intolérance, persécution. Les conséquences sont elles aussi familières : mécontentement social, séparatisme, micronationalisme et conflits. » (80).

Opérations de maintien de la paix

Malgré une augmentation massive des activités de maintien de la paix des Nations Unies, l'efficacité de ces opérations est souvent contestable. Cela tient notamment à l'incertitude qui entoure les mandats

de telles interventions, aux mauvais protocoles de liaison entre les différentes forces qui contribuent à ces opérations et à l'insuffisance des ressources affectées à la tâche. En réponse à ces problèmes, le Secrétaire général des Nations Unies a créé un Groupe d'étude sur les opérations de paix de l'ONU, qu'il a chargé d'évaluer les lacunes du système existant et de recommander des changements précis. Le Groupe d'étude, qui est composé de personnes ayant une expérience dans divers aspects de la prévention des conflits, du maintien de la paix et de la consolidation de la paix, a présenté des recommandations visant à améliorer des aspects opérationnels et organisationnels, ainsi que la politique et la stratégie. Ces recommandations sont résumées dans un rapport plus communément connu sous le nom de « Rapport Brahimi » (81).

Interventions du secteur de la santé

Il serait bon d'approfondir la recherche et la documentation relatives au potentiel, et aux limites, du secteur de la santé pour ce qui est d'aider à prévenir les conflits et à y réagir. Plus de

documentation est nécessaire au sujet des bonnes pratiques, notamment en ce qui concerne la prestation de services efficaces après les conflits, domaine où de nouvelles leçons se dessinent.

Les gouvernements devraient appuyer les organisations telles que l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes des Nations Unies, dans un effort mondial destiné à élaborer des politiques plus efficaces en matière de prévention des conflits et en ce qui concerne les réponses à y apporter.

Interventions humanitaires

Les normes et le degré de responsabilité des organisations qui interviennent en cas de crise violente doivent être relevés. Le Projet Sphère, qui est basé à Genève, en Suisse, entend parvenir à un consensus sur des normes minimales en matière d'aide humanitaire et à l'application de ces normes. De même, le Projet pour la responsabilité humanitaire, réseau lui aussi basé à Genève et soutenu par des organismes donateurs et des organisations non gouvernementales, s'emploie à renforcer la responsabilité, surtout parmi les bénéficiaires potentiels des activités humanitaires. Les gouvernements et les organismes humanitaires sont instamment invités à appuyer ces deux actions.

Conclusion

Le présent chapitre, qui porte sur l'incidence des conflits violents sur la santé publique et les systèmes de santé, essaie de décrire tout l'éventail de réponses possibles face à ces crises. De toute évidence, il faut insister davantage sur la prévention primaire, qui vise avant tout à éviter qu'éclatent des conflits violents.

Il y a beaucoup à apprendre – et à mettre en pratique – en ce qui concerne la prévention de la violence collective et les réponses à apporter à ses causes profondes. Tout d'abord, cela s'applique aux formes de violence collective qui sont devenues courantes depuis une centaine d'années ou plus – des conflits entre Etats ou faisant intervenir des groupes organisés à l'intérieur d'une zone géographique délimitée (comme une région qui se soulève contre l'Etat central), des guerres civiles et

les différentes formes de violence étatique contre des individus ou des groupes.

La forme que prend la violence collective évolue cependant. Au début du XXI^{ème} siècle, de nouvelles formes de violence collective apparaissent qui font intervenir des groupes et des réseaux organisés mais très dispersés – des groupes sans domicile fixe –, dont les objectifs, les stratégies et la psychologie même diffèrent radicalement de ceux des groupes et réseaux plus anciens. Ces groupes utilisent pleinement la haute technologie et les réseaux financiers modernes que la mondialisation a créés. Leurs armes sont elles aussi nouvelles, car ils cherchent à exploiter les armes biologiques, chimiques et, sans doute, nucléaires, en plus d'explosifs et de missiles plus classiques. Leurs objectifs sont physiques autant que psychologiques, et leurs destructions massives visent aussi à semer une peur générale.

Le monde devra apprendre rapidement à combattre la nouvelle menace du terrorisme mondial sous toutes ses formes, tout en se montrant très déterminé à prévenir les formes classiques de la violence collective et à en atténuer les incidences, car elle reste la cause d'énormément de décès, de maladies, de blessures et de destructions. Une ferme volonté est nécessaire, ainsi que l'engagement généreux de ressources, non seulement pour réussir à mieux comprendre les problèmes posés par les conflits violents, mais aussi pour leur trouver des solutions.

Bibliographie

1. WHA34.38. In : *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, Volume II, 1973–1984*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1985 :397–398.
2. *Handbook for emergencies*. Geneva, Haut Commissariat des Nations Unie pour les réfugiés, 2001.
3. Leaning J. Introduction. In : Leaning J et al., eds. *Humanitarian crises : the medical and public health response*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard University Press, 1999 :1–11.
4. Goodhand J, Hulme D. From wars to complex political emergencies : understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999, 20 :13–26.
5. Kaldor M. *New and old wars : organized violence in a global era*. Cambridge, Polity Press, 1999.

6. Cornish P. Terrorism, insecurity and underdevelopment. *Conflict – Security – Development*, 2001, 1 :147–151.
7. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In : Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence*. San Diego, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Academic Press, 1999 :679–690.
8. Ball P, Kobrak P, Spierer H. *State violence in Guatemala, 1960–1996 : a quantitative reflection*. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Academy for the Advancement of Science, 1999.
9. Roberts L et al. *Mortality in eastern Democratic Republic of Congo : results from eleven mortality surveys*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), International Rescue Committee, 2001.
10. *Classification internationale des maladies*, neuvième révision. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1978.
11. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision. *Volume 1 : Liste de tableaux ; Volume 2 : Manuel d'instruction ; Volume 3 : Index*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1992–1994.
12. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 14th ed. Washington, DC, World Priorities, 1991.
13. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 16th ed. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), World Priorities, 1996.
14. Rummel RJ. *Death by government : genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ et Londres, Transaction Publications, 1994.
15. Sheil M et al. Deaths among humanitarian workers. *British Medical Journal*, 2000, 321 :166–168.
16. Take a step to stamp out torture. Londres (Royaume-Uni), Amnesty International, 2000.
17. Burnett A, Peel M. Asylum-seekers and refugees in Britain : health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*, 2001, 322 :544–547.
18. Harris MF, Telfer BL. The health needs of asylum-seekers living in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175 :589–592.
19. British Medical Association. *The medical profession and human rights : handbook for a changing agenda*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 2001.
20. *12-point program for the prevention of torture by agents of the state*. Londres (Royaume-Uni), Amnesty International, 2000.
21. *Protocole d'Istanbul : Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*. New York, Etat de New York, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2001 (diffusé sur Internet à http://www.unhcr.ch/8istprot_fre.pdf).
22. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In : Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1997 :186–196.
23. Turshen M, Twagiramariya C, eds. *What women do in wartime : gender and conflict in Africa*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 1998.
24. Stiglmeier A, ed. *Mass rape : the war against women in Bosnia-Herzegovina*. Lincoln, Nebraska (Etats-Unis d'Amérique), University of Nebraska Press, 1994.
25. Ignatieff M. *Virtual war : Kosovo and beyond*. Londres (Royaume-Uni), Chatto & Windus, 2000.
26. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict : final report*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Carnegie Corporation, 1997.
27. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalization, conflict and the humanitarian response. In : Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalizing world*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 2002.
28. Stewart F. The root causes of humanitarian emergencies. In : Nafziger EW, Stewart F, Väyrynen R, eds. *War, hunger and displacement : the origin of humanitarian emergencies*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2000.
29. Prunier G. *The Rwanda crisis 1959–1994 : history of a genocide*. Londres (Royaume-Uni), Hurst, 1995.
30. Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and Medicine*, 1990, 31 :691–698.
31. *Children on the front line : the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa*, 3ème édition. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1989.
32. Mann J et al. Bosnia : the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1 :130–146.
33. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343 :1053.
34. Ugalde A et al. The health costs of war : can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 2000, 321 :169–172.
35. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1987, 77 :615–618.
36. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16 :347–354.

37. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target : South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine*, 1988, 27 :717-722.
38. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis : what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet*, 1995, 345 :339-344.
39. Zwi AB, Cabral AJ. High-risk situations for AIDS prevention. *British Medical Journal*, 1991, 303 :1527-1529.
40. *AIDS and the military : UNAIDS point of view*. Genève (Suisse), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 1998 (UNAIDS Best Practice Collection).
41. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, eds. *AIDS in the world*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard University Press, 1992.
42. Khaw AJ et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations : a review. *Disasters*, 2000, 24 :181-197.
43. Smallman-Raynor M, Cliff A. Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiology of Infectious Diseases*, 1991, 107 :69-80.
44. *Refugees and AIDS : UNAIDS point of view*. Genève (Suisse), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 1997 (UNAIDS Best Practice Collection).
45. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272 :331-336.
46. *The Causes of conflict in Africa*. Londres (Royaume-Uni), Department for International Development, 2001.
47. *Getting away with murder, mutilation and rape : new testimony from Sierra Leone*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3).
48. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1 :159-173.
49. Quirk GJ, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared : a controlled study in Honduras. *Social Science and Medicine*, 1994, 39 :1675-1679.
50. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity : the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40 :1073-1082.
51. Pupavac V. Therapeutic governance : psychosocial intervention and trauma risk. *Disasters*, 2001, 25 :1449-1462.
52. Robertson G. *Crimes against humanity : the struggle for global justice*. Harmondsworth, Penguin, 1999.
53. Gururaj et al. *Suicide prevention : emerging from darkness*. New Delhi (Inde), Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, 2001.
54. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 2000, 355 :1548-1549.
55. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263 :3296-3302.
56. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex humanitarian emergencies. In : Black R, Merson M, Mills A. *Textbook of international health*. Gaithersburg, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Aspen, 2000.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Famine-affected, refugee, and displaced populations : recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992, 41(No. RR-13).
58. Toole MJ, Waldman RJ. Refugee and displaced persons : war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270 :600-605.
59. Deacon B. *Global social policy, international organizations and the future of welfare*. London, Sage, 1997.
60. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration : summary of a workshop*. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1998.
61. Hampton J, ed. *Internally displaced people : a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
62. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. *Rapport sur les catastrophes dans le monde, 1999*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1999.
63. Hodes RM, Kloos H. Health and medical care in Ethiopia. *New England Medical Journal*, 1988, 319 :918-924.
64. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
65. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
66. Kumaranayake L, Zwi A, Ugalde A. Costing the direct health burden of political violence in developing countries. In : Brauer J, Gissy W, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997 :292-301.
67. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa : an overview. In : Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger : rethinking international responses to complex emergencies*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 1994 :6-36.
68. Lee I, Haines A. Health costs of the Gulf War. *British Medical Journal*, 1991, 303 :303-306.

69. Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975–85. *Health Policy and Planning*, 1986, 1 :148–157.
70. Addison T. Aid and conflict. In : Tarp F, ed. *Foreign aid and development : lessons learnt and directions for the future*. Londres (Royaume-Uni), Routledge, 200 :392–408.
71. Banatvala N, Zwi A. Public health and humanitarian interventions : improving the evidence base. *British Medical Journal*, 2000, 321 :101–105.
72. Anderson MB. *Do no harm. How aid can support peace – or war*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique) et Londres (Royaume-Uni), Lynne Rienner, 1999.
73. Barnabas GA, Zwi AB. Health policy development in wartime : establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 1997, 12 :38–49.
74. Kumar K, ed. *Rebuilding societies after civil war*. Boulder, CO and London, Lynne Rienner, 1997.
75. Kumar K et al. *La réponse internationale au conflit et au génocide : enseignements à tirer de l'expérience au Rwanda. Etude 4 : Reconstruire le Rwanda après le conflit*. Copenhague (Danemark), Comité directeur pour l'évaluation conjointe de l'aide d'urgence au Rwanda, 1996.
76. Post-conflict reconstruction : the role of the World Bank. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1998.
77. Coupland RM. The effects of weapons and the Solferino cycle. *British Medical Journal*, 1999, 319 :864–865.
78. Machel G. *Impact des conflits armés sur les enfants rapport du Groupe d'experts au Secrétaire général*. New York, Etat de New York, (Etats-Unis d'Amérique), Nations Unies, 1996 (document A/51/306).
79. Laurence EJ. *Arms watching : integrating small arms and light weapons into the early warning of violent conflict*. Londres (Royaume-Uni), Saferworld, 2000.
80. Boutros-Ghali B. *Agenda pour le développement*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Nations Unies, 1995.
81. *Rapport du Groupe d'étude sur les opérations de paix de l'Organisation des Nations Unies*. New York, Etat de New York, Conseil de sécurité de l'Assemblée générale des Nations Unies, 2000 (document A/55/305, S/2000/809).