

Canadian
Forces
College

Collège
des
Forces
Canadiennes



L'INFLUENCE DES SERVICES DE SANTÉ POUR LA CONTRE-INSURRECTION : ÉTHIQUE ET STRATÉGIQUE

le major A. Gingras

JCSP 39

Master of Defence Studies

Disclaimer

Opinions expressed remain those of the author and do not represent Department of National Defence or Canadian Forces policy. This paper may not be used without written permission.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, as represented by the
Minister of National Defence, 2013

PCEMI 39

Maîtrise en études de la défense

Avertissement

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent aucunement des politiques du Ministère de la Défense nationale ou des Forces canadiennes. Ce papier ne peut être reproduit sans autorisation écrite.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le
ministre de la Défense nationale, 2013.

CANADIAN FORCES COLLEGE – COLLÈGE DES FORCES CANADIENNES
JCSP 39 – PCEMI 39
2012 – 2013

MASTER OF DEFENCE STUDIES – MAÎTRISE EN ÉTUDES DE LA DÉFENSE

**L'INFLUENCE DES SERVICES DE SANTÉ POUR LA CONTRE-
INSURRECTION : ÉTHIQUE ET STRATÉGIQUE**

By Major A. Gingras
Par le major A. Gingras

“This paper was written by a student attending the Canadian Forces College in fulfilment of one of the requirements of the Course of Studies. The paper is a scholastic document, and thus contains facts and opinions, which the author alone considered appropriate and correct for the subject. It does not necessarily reflect the policy or the opinion of any agency, including the Government of Canada and the Canadian Department of National Defence. This paper may not be released, quoted or copied except with the express permission of the Canadian Department of National Defence.”

« La présente étude a été rédigée par un stagiaire du Collège des Forces canadiennes pour satisfaire à l'une des exigences du cours. L'étude est un document qui se rapporte au cours et contient donc des faits et des opinions que seul l'auteur considère appropriés et convenables au sujet. Elle ne reflète pas nécessairement la politique ou l'opinion d'un organisme quelconque, y compris le gouvernement du Canada et le ministère de la Défense nationale du Canada. Il est défendu de diffuser, de citer ou de reproduire cette étude sans la permission expresse du ministère de la Défense nationale. »

Word Count : 17 506

Compte de mots : 17 506

SOMMAIRE

Les services de santé des Forces Armées canadiennes ont supporté les troupes au combat et en garnison au travers l'histoire. Une évolution évidente du type de support demandé aux professionnels de la santé a pu être observée à travers le temps et variant selon la catégorie de conflit. Pour le personnel des services de santé des Forces canadiennes en déploiement, le traitement expéditif et l'évacuation des patients canadiens et des forces alliées sont toujours la priorité majeure et leur objectif principal. Toutefois, lorsqu'ils se retrouvent à l'extérieur des conflits traditionnels, soit lors de campagnes de contre-insurrection, le personnel médical canadien s'est trouvé, à plusieurs reprises impliqué à prodiguer des soins à la population locale. Gagner les « *cœurs et les esprits* » de la population locale, mieux connue sous l'expression anglaise « *winning the hearts and minds* » (WHAM), est un élément premier de la stratégie de contre-insurrection et génère de nouveaux défis pour le personnel des services de santé impliqué dans ces conflits.

Cette implication des services de santé comme outil de contre-insurrection est vue par les différentes critiques comme posant un problème majeur au développement et à la reconstruction à long terme du système de santé de la nation hôte. Il est suggéré que la participation trop visible des forces de stabilisation dans le traitement de la population locale porte atteinte à la légitimité du gouvernement en place. De plus, le traitement de la population civile par des professionnels de la santé militaires n'a prouvé que de rendre un service à trop court terme donnant des attentes irréalisables aux patients locaux, créant donc un problème éthique complexe pour les fournisseurs de soins. Plusieurs méthodes

ont été utilisées dans différentes campagnes de contre-insurrection pour employer les services de santé de façon adéquate et éthique.

Le document suivant est une recherche sur cette utilisation des services de santé comme outil de contre-insurrection. Pour débiter, un examen de son histoire est résumé, ensuite une révision de ce qui a été fait par les forces stabilisatrices est étudiée. La deuxième partie expose des critiques de l'implication des forces militaires dans la reconstruction d'un pays, et la dernière partie de la recherche propose quelques options pour traiter la population locale de la nation hôte, tout en aidant le développement et la reconstruction d'un système de santé indépendant. Les études américaines sont la source primaire de cette recherche étant donné l'exposition soutenue de leurs forces militaires à ce type d'intervention et leur expertise approfondie du sujet. Le Vietnam, la campagne aux Philippines, l'Iraq ainsi que l'Afghanistan sont des opérations de contre-insurrection qui ont toutes utilisé les services de santé pour gagner *les cœurs et les esprits* de la population locale dans le but de les influencer à soutenir le gouvernement local plutôt que les insurgés. Pour terminer, certaines recommandations sur ce que les FC pourraient faire pour utiliser ses services de santé de façon éthique et adéquate sont présentées avec les avantages et limitations de chacune.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
TABLE DES MATIÈRES	3
LISTE D'ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION	6
SECTION 1 – LES SERVICES DE SANTÉ COMME OUTILS DE CONTRE-INSURRECTION	11
1.1 Définitions	11
1.2 Le principe de l'approche globale et son historique	14
1.3 L'utilisation des services de santé à l'intérieur de l'approche globale	23
SECTION 2 - DÉVELOPPEMENT DURABLE ET LES CRITIQUES	34
2.1 Les militaires et la reconstruction du système de santé	35
2.2 Les critiques	39
2.3 L'Éthique médicale contre les engagements médicaux	42
2.4 L'expérience canadienne et la doctrine	49
SECTION 3 – UNE SOLUTION AU PROBLÈME	56
3.1 L'adaptation des <i>Village Medical Outreach</i>	57
3.2 <i>Village Stability Outreach (VSO)</i>	63
3.3 <i>Public Health Civic-Action Program (PHCAP)</i>	67
3.4 <i>Medical Seminar (MEDSEM)</i>	69
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	80

LISTE D'ABRÉVIATIONS

ANA	Armée nationale afghane
ANP/PNA	« <i>Afghan National Police</i> »/Police nationale afghane
ARVN	Armée de la République du Vietnam
COIN	« <i>Counterinsurgency</i> »
CT Scan	« <i>Computed tomography scan</i> »
DOD	« <i>Department of Defense</i> »
EPR	Équipe provinciale de reconstruction
ÉU	États-Unis
FC	Forces canadiennes
FM	« <i>Field Manual</i> »
FS	Forces Spéciales
JP	« <i>Joint Publication</i> »
IED	« <i>Improvised Explosive Device</i> »
ISAF	« <i>International Security Assistance Force</i> »
MEDCAP	« <i>Medical Civic Action Program</i> »
MEDSEM	« <i>Medical Seminar</i> »
MRI	« <i>Magnetic resonance imaging</i> »
NH	Nation hôte
OEF-P	« <i>Operation Enduring Freedom Philippines</i> »
ONG	Organisation non-gouvernementale
OTAN	Organisation du traité de l'Atlantique Nord

PHCAP « *Public Health Civic-Action Program* »

VMO « *Village Medical Outreach* »

VSO « *Village Stability Operation* »

WHAM « *Win Hearts and Minds* »

INTRODUCTION

Durant la dernière décennie, les Forces Armées canadiennes ont dû déployer, de plus en plus fréquemment, dans des environnements opérationnels complexes. Loin de la guerre traditionnelle, elles doivent composer avec un adversaire hautement adaptatif qui cherche à déstabiliser un gouvernement par le biais d'une variété de moyens asymétriques, soit une insurrection.¹ Il est réaliste de généraliser que les militaires canadiens aiment être appréciés du peuple canadien et reconnus comme exécutant des causes humanitaires, même en temps de guerre. Plusieurs images de Bosnie, du Kosovo d'Haïti et de l'Afghanistan ont diffusé cette croyance publique. Des membres des services de santé en train de prodiguer des soins dans des orphelinats et des écoles, ainsi que de dispenser des traitements complexes à des civils, qui autrement seraient impossibles, font aussi partie de cette opinion publique. Cette image des soldats a été entretenue durant les deux Grandes Guerres où le soutien de la population locale n'était même pas contesté. En Afghanistan cependant, ces activités sont devenues partie intégrante d'une campagne pour gagner le support du peuple affligé.²

Pour le personnel des services de santé des Forces canadiennes au combat, le traitement expéditif et l'évacuation des patients canadiens et des forces alliées sont toujours la priorité majeure et leur objectif principal. Ceci s'applique certainement au conflit en Afghanistan, toutefois, lors de campagnes de contre-insurrection, le personnel

¹ Emily Spencer, *The Difficult War, Perspectives on Insurgency and Special Operations Forces*, Canadian Defense Academy Press, Kingston, 2009, p. 15.

² Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, Texas Tech University Press, Texas, 2004, p. 7.

médical canadien s'est trouvé, à plusieurs reprises impliqué à prodiguer des soins à la population locale. Gagner les « *cœurs et les esprits* » de la population locale, mieux connue sous l'expression anglaise « *winning the hearts and minds* » (WHAM), est un élément premier de la stratégie de contre-insurrection, et est une méthode qui a fait ses preuves depuis des siècles. Dans ce mémoire, le terme WHAM ne signifie pas être généreux, mais plutôt la nécessité d'avoir une composante émotive (les cœurs) et cognitive (les esprits) dans l'approche globale de contre-insurrection.³ Les variantes de son utilisation dépendent de la culture dans laquelle les principes de contre-insurrection sont utilisés. Utiliser le principe de WHAM dans une région quelconque peut vouloir dire l'utilisation d'argent comme monnaie d'échange pour négocier certains services ou encore offrir un environnement stable et sécuritaire pour rejoindre les cœurs et les esprits de la population touchée. Offrir de la stabilité peut permettre à certaines régions de développer par elles même leur économie sans l'intervention négative des insurgés. Une autre approche populaire est l'expansion des services sociaux, qui eux, se concentrent sur la construction d'école, d'hôpitaux et la création d'emplois. Tout ceci dans le but d'assurer la coopération totale de la population locale⁴.

Le soutien de la population locale est primordial parce qu'il détermine qui gagne la bataille entre le gouvernement de l'état et les insurgés. Une insurrection est une méthode de choix quand un manque de ressources et de fonds monétaires rend le combat contre le pouvoir de l'état impossible. Pour cette raison, une insurrection doit se fier sur la population en générale pour son support, la rendant ainsi le centre de gravité dans la

³ LTC John Malevich, *U.S. Army and Marine COIN center brief*, July, 2010.

⁴ Edward Wesley, *Winning the Harts and Minds in Counterinsurgency: The British Approach in Malaya and Oman and the U.S. in Iraq and Afghanistan*, The University of Kansas, 2010.

bataille entre le pouvoir gouvernemental et les insurgés.⁵ L'histoire de l'art de la guerre démontre que multiples stratégies au travers le temps ont compris l'importance de cet outil pour arriver à leurs fins dans la complexité des campagnes de contre-insurrection. Ce principe de WHAM inclut une variété de constituantes pour gagner le support de la population qui est représenté par l'approche intégrale, ou aussi nommé approche globale. L'approche intégrale, qui sera introduite et discutée dans la première partie de ce mémoire, possède plusieurs composantes, soit politiques, économiques et sociales. Dans le cas présent, nous nous attarderons à l'influence de la composante sociale de l'approche globale pour gagner le support de la population. Un des principaux éléments de la composante sociale qui est souvent défaillante dans les états en insurrection est l'accès à des soins médicaux adéquats. En considérant le manque de ce service fondamental, il est donc logique de penser que la provision de ce service à la population par l'élément stabilisateur attirera leur bonne foi.⁶

L'utilisation des services de santé pour gagner les « cœurs et les esprits » d'un peuple a aussi fait ses preuves au travers le temps et a été pratiqué par plusieurs nations. Les leaders en la matière sont les Américains avec différents programmes comme les « *Medical Civic Action Programs* » (MEDCAP) et d'autres programmes d'aide humanitaire. Au cours de l'histoire, les MEDCAP ont été utilisés pour accomplir plusieurs buts tactiques, opérationnels et stratégiques, mais dans la plupart des cas, les MEDCAP ont été utilisés dans des buts politiques. Les Forces canadiennes ont aussi eu leur part à jouer dans l'histoire en participant activement au déploiement de forces

⁵ Emily Spencer, *The Difficult War, Perspectives on Insurgency and Special Operations Forces*, p. 15.

⁶ Maxime Gillet, *Principes de pacification du Maréchal Lyautey*, Économica, Paris, 2012.

médicales dans les villages afghans pour offrir des traitements médicaux et dentaires aux habitants, soit partie d'une équipe provinciale de reconstruction, ou avec une unité de combat, pour effectuer un premier contact avec la population d'une zone instable. Ces interventions médicales étaient dans les mêmes lignes que les programmes américains comme MEDCAP, par conséquent, renfermaient les mêmes avantages, mais aussi les mêmes lacunes.

Après plusieurs années d'utilisation des services de santé comme outils de contre-insurrection, plusieurs critiques, surtout venant des organisations humanitaires civiles, ont été faites sur le réel succès de ce type d'actions civiques, mais aussi par rapport aux problèmes d'éthique médicale associée à la qualité et aux capacités des soins pouvant être fournis par ces programmes.⁷ L'intention ici est de contribuer à une meilleure compréhension de l'utilisation des services de santé comme instrument stratégique de contre-insurrection et de politique. Le but est de clarifier ce qui a été fait depuis l'apparition des opérations de pacification et de contre-insurrection, mais aussi pour présenter les difficultés éthiques de cette pratique aujourd'hui.

Il sera donc démontré dans ce mémoire que l'utilisation des soins de santé pour influencer la population lors de campagne de contre-insurrection est efficace, et peut être fait à l'intérieur des règles d'éthiques médicales. Ceci, tout en suivant les fondements des principes de contre-insurrection et de reconstruction à long terme. Pour faire la démonstration de cette thèse, le texte suivant sera divisé en trois sections. La première section donnera un bref historique du principe de WHAM à l'intérieur de différents

⁷ Adriaan P.C.C. Hopperus Buma, David G. Burris, Alan Hawley, James M. Ryan et Peter F. Mahoney, *Conflict and Catastrophe Medicine, A Practical Guide*, Second Edition, Springer, London, 2009.

conflits, mais surtout depuis sont utilisation pour la contre-insurrection dans des campagnes de colonisation, de pacification, et enfin, lors d'opérations de stabilisation. Dans cette même section, l'accent sera ensuite porté sur l'utilisation des soins de santé pour gagner la population à la cause des nations stabilisatrices. La deuxième section portera sur la doctrine et offrira un contre argument de l'utilisation des services de santé comme outil de contre-insurrection. La critique des organisations humanitaires ainsi que le problème éthique que les professionnels de la santé rencontrent dans l'exécution de leurs fonctions à l'intérieur des programmes d'action civiques, sera analysée en détail. La troisième et dernière section suggère des solutions pratiques ainsi que des évidences qu'il est possible de combiner l'effet de l'utilisation des services de santé au développement durable du pays stabilisé, et ce, en respectant l'éthique médicale et les principes de contre-insurrection.

Si nous nous rapportons aux visites médicales de sensibilisation dans les villages afghans durant le déploiement des Forces canadiennes en Afghanistan, il est difficile de vraiment en déterminer le but premier. La dichotomie et la divergence des objectifs militaires et humanitaires sont-elles en soi le problème fondamental de l'utilisation des services de santé comme outil d'influence dans les opérations de contre-insurrection?⁸

⁸ Adriaan P.C.C. Hopperus Buma, David G. Burris, Alan Hawley, James M. Ryan et Peter F. Mahoney, *Conflict and Catastrophe Medicine, A Practical Guide*, p. 83.

SECTION 1

LES SERVICES DE SANTÉ COMME OUTILS DE CONTRE-INSURRECTION

1.1 DÉFINITIONS

Pour assurer la clarté des discussions qui vont suivre, il est nécessaire de définir quelques termes qui seront utilisés dans les différentes parties de ce mémoire.

Pour le besoin de ce mémoire :

Opérations médicales civiles militaires sont des activités de natures médicales qui établissent, améliorent, maintiennent et influencent les relations entre les forces de coalition et la nation hôte (NH), les autorités gouvernementales multinationales ainsi que les organisations non gouvernementales (ONG) et la population civile de façon à faciliter les opérations militaires, atteindre les objectifs opérationnels et créer un impact positif sur le secteur de la santé.

Ensuite, pour pouvoir comprendre ce qu'est vraiment la contre-insurrection, il est important de bien comprendre le sens du terme *insurrection*.

Une insurrection peut être définie comme :

« a struggle between a non-ruling group and the ruling authorities in which the non-ruling group consciously uses political resources (e.g., organizational expertise, propaganda, and demonstrations) and violence to destroy, reformulate, or sustain the basis legitimacy of one or more aspects of politics.⁹ »

En d'autres mots, selon le B-GL-232-004/FP-003, *Opérations de contre-insurrection*, une insurrection est définie comme suit : une compétition qui implique au moins un groupe non étatique qui utilise des moyens qui incluent la violence contre une autorité établie

⁹ Bard E. O'Neill, *Insurgency and Terrorism. Inside Modern Revolutionary Warfare*, Brassey's Inc., Dulles, 1990.

pour obtenir des changements politiques. Parce que l'objectif est d'atteindre un changement politique, il est important de préciser que les insurrections sont des problèmes à base politique et ne sont pas des problèmes proprement militaires. Ils demandent donc une solution politique, avec une composante militaire qui y joue exclusivement un rôle de support.

De plus, selon le Joint Publication 3-22 (U.S. publication), *Counterinsurgency Operations*, une *insurrection* est définie comme suit: « *the organized use of subversion and violence by a group or movement that seeks to overthrow or force change of a governing authority.*¹⁰ »

Maintenant, il est possible d'affirmer qu'une *contre-insurrection* est définie comme l'effort civil et militaire complet effectué pour défaire une insurrection et pour adresser toute revendication fondamentale. Plus spécifiquement, tel que cité par Emily Spencer dans « *Difficult War, Perspectives on Insurgency and Special Operations Forces*¹¹ » selon le B-GL-323-004/FP-003¹² ainsi que le Joint Publication 3-22¹³, *Counterinsurgency Operations* une contre-insurrection est définie comme suit : « *Those military, paramilitary, political, economic, psychological and civic actions taken to defeat an insurgency* ». Encore une fois, parce qu'une insurrection est un problème politique, les militaires jouent un rôle de support aux autres départements

¹⁰ Joint Publication 3-22, *Counterinsurgency Operations*, 2009, p. I-1.

¹¹ Emily Spencer, *The Difficult War, Perspectives on Insurgency and Special Operations Forces*, p. 12.

¹² B-GL-232-004/FP-003, *Opérations de contre-insurrection*, Published on the authority of the Chief of the Land Staff, 2008, p.1-3.

¹³ Joint Publication 3-22, *Counterinsurgency Operations*, p. I-2.

gouvernementaux pour contrer l'insurrection. Il est important de souligner que tel que décrit dans la définition, une grande variété d'agences, éléments d'autorités et de pouvoir, avec l'aide de la force militaire, doivent travailler ensemble dans un but commun pour être capables de défaire une insurrection.

Ensuite, il faut bien distinguer le terme *affaires civiles* du terme *actions civiques*. *Affaires civiles* est le terme utilisé pour décrire le travail que le militaire effectue en fournissant des services gouvernementaux et en offrant un contrôle à l'intérieur de régions sous juridiction militaire. Les services de santé publique et de médecine préventive sont des composantes des affaires civiles.

Actions civiques décrit l'utilisation du militaire pour aider la population locale. L'aide peut comprendre la distribution de vivres, vêtements et soins de santé. Les *actions civiques* peuvent faire partie des *affaires civiles*.¹⁴

Un autre terme à définir est *pacification*, qui est l'action d'assurer que la communauté locale, conquise ou victime d'insurrection, possède la sécurité adéquate pour entreprendre son développement politique, social et économique. Sans une sécurité adéquate, aucune action civique importante n'est possible à long terme.¹⁵

Une *mesure de performance* est un critère pour évaluer les actions amies qui sont directement liées à l'accomplissement d'une tâche. Une mesure de performance cherche à déterminer si une tâche ou une action a été effectuée selon l'intention du commandant.

Une *mesure d'efficacité* est un critère utilisé pour évaluer le changement dans l'environnement opérationnel qui est directement lié à l'accomplissement d'un objectif

¹⁴ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p.7.

¹⁵ Maxime Gillet, *Principes de pacification du Maréchal Lyautey*, Économica, Paris, 2012.

ou la création d'un effet. La mesure d'efficacité est reliée avec le résultat ou conséquence d'une action, et cherche à déterminer si le résultat qui est accompli fait progresser vers l'état final désiré.

Les termes définis dans cette section seront utilisés à plusieurs reprises dans ce mémoire, et doivent être bien compris pour bien interpréter les résultats des recherches effectuées ainsi que les recommandations qui seront offertes en conclusion. L'approche globale a été utilisée et adaptée au travers l'histoire. Il est donc primordial de bien comprendre son évolution et le fondement de son utilisation pour saisir l'argumentation proposée dans les prochaines sections. Son historique sera donc présenté dans la prochaine partie de cette section.

1.2 LE PRINCIPE DE L'APPROCHE GLOBALE ET SON HISTORIQUE

Dans l'environnement de sécurité actuel, la force brute de la guerre conventionnelle ne peut à elle seule garantir le succès des opérations militaires. Dans un monde où les différents conflits impliquent souvent une variété de facteurs, ethniques, religieux, idéologiques et matériels, l'habilité d'utiliser tous les types de pouvoirs et d'influences pour adresser un problème de façon coordonnée et effective, est primordiale pour l'atteinte de résultats. Pour cette raison, les composantes civiles et militaires d'une nation nécessitent l'établissement d'une force basée sur l'approche globale des opérations. Dans une approche de ce type, les activités militaires traditionnelles et non traditionnelles sont effectuées dans un contexte plus large de collaboration.¹⁶

¹⁶ Emily Spencer, *The Difficult War, Perspectives on Insurgency and Special Operations Forces*, p. 15.

Nous connaissons tous la méthode de contre-insurrection actuelle qui veut que l'on combine l'effet des forces armées sur le terrain à une composante politique de réforme gouvernementale, de développement économique du pays hôte, ainsi que de développement de programmes sociaux. Tout ceci dans le but de créer un environnement stable et durable pour contrer l'insurrection des agents revendicateurs non étatiques.¹⁷ On retrouve cette notion sous le terme d'« *approche globale* » ou « *intégrale* ». En d'autres mots, ce sont toutes les actions politiques, économiques, militaires, paramilitaires, psychologiques et civiles qui sont utilisées ensemble pour combattre l'ennemi. C'est une campagne qui combine des opérations offensives, défensives et de stabilité sur multiples lignes d'opérations simultanées ou non. Les principes de l'approche globale ont une longue histoire et ont été utilisés par les stratèges depuis longtemps.¹⁸

Des opérations de conquête, aux campagnes de colonisation, à la pratique de pacification, en terminant par la contre-insurrection, les maîtres-stratèges de l'histoire ont depuis bien longtemps accepté que les opérations cinétiques ne soient « *qu'une* » composante de la guerre, et ce, surtout à l'intérieur d'un contexte de guerre irrégulière.¹⁹ Gagner les « *cœurs et les esprits* » de la population impliquée dans ce type de conflit est nécessaire à un résultat durable. La nature fondamentale des principes d'une approche globale est restée les mêmes depuis les tout débuts de l'art de la guerre, même s'il semble

¹⁷ Chaliand, Gérard. *Anthologie mondiale de la stratégie des origines au nucléaire*, Robert Laffont, Paris, 2009.

¹⁸ Maxime Gillet, *Principes de pacification du Maréchal Lyautey*, Économica, Paris, 2012.

¹⁹ Emily Spencer, *The Difficult War, Perspectives on Insurgency and Special Operations Forces*, p. 15.

parfois qu'ils soient une innovation de la guerre en Afghanistan et des méthodes de contre-insurrection utilisées dans les conflits de la dernière décennie. Il est donc possible d'identifier un long historique de cette approche, mais il est aussi acceptable d'y associer l'utilisation des services de santé comme méthode centrale pour influencer le support de la population civile. Il peut être démontré que cette utilisation des soins médicaux n'est pas une hérésie, et que ces fondements, mêmes si non complètement altruistes, peuvent rendre un service important au peuple, tout en donnant un effet de levier politique pour la contre-insurrection. La question qui sera discutée plus tard dans le texte et qui est à la base de cette thèse est de savoir s'il est possible d'atteindre ces objectifs tout en honorant la légitimité du gouvernement en place, ceci, tout en respectant l'éthique et la déontologie de la profession médicale. Voici donc dans les prochains paragraphes, un bref sommaire historique de l'utilisation de l'approche globale, incluant souvent les services de santé comme programme de développement social, comme outil de contre-insurrection.

La méthode intégrée de contre-insurrection est maintenant bien connue et documentée. Dans le cas de guerres irrégulières, comme le cas de contre-insurrections, les deux partis en conflit (intervenants contre-insurrectionnels ainsi que belligérants) combattent pour gagner les « *cœurs et les esprits* » de la population. Il est impératif pour les deux camps, de s'assurer le support du peuple pour arriver à leurs fins. Les premiers, dans le but de gagner la population à leur cause contre l'autorité gouvernementale du pays, en tentant de démontrer les avantages de la situation créée par rapport aux conditions de vie offertes par l'état. Les deuxièmes, pour convaincre le peuple qu'il doit coopérer avec les forces en place, soient, leur gouvernement, pour stabiliser le conflit. Il est donc indispensable de gagner le respect de la population de la NH pour avoir du

succès dans toute campagne de contre-insurrection, de façon à aider le gouvernement du pays en crise à regagner leur légitimité.²⁰

En 2004, après son expérience de l'insurrection et de la guerre civile en Iraq, Général David Petraeus produit une liste de 14 recommandations sur les méthodes de contre-insurrection qui ont ensuite été adoptées comme norme de pratique dans le nouveau « *Field Manual* » des Forces américaines (FM 3-24; US Army and US Marine Corps 2006)²¹. C'est par la suite, en Afghanistan en 2007, qu'il utilisa ses propres recommandations pour permettre aux troupes de la coalition de performer plus efficacement à la campagne de contre-insurrection contre les Talibans.²² Ces principes qui présentent une communion de pratiques de développement économique, d'aide à une meilleure gouvernance du pays, ainsi que de mise en place de programmes sociaux, ont été influencés et inspirés des doctrines françaises de contre-insurrection de David Galula (1964) et de Gallieni.²³

Gallieni est celui qui introduisait en 1898, l'accent sur le volet politique de la pacification dans le concept de contre-insurrection.²⁴ Il préconisait, pour la première fois,

²⁰ Emily Spencer, *The Difficult War, Perspectives on Insurgency and Special Operations Forces*, p. 13.

²¹ Headquarters, Department of the Army, Field Manual 3-24. *Counterinsurgency*, Government Printing Office, Washington, DC, 2006.

²² David, Petraeus, *Multinational Force-Iraq Commander's Counterinsurgency Guidance*, Military Review (September-October 2008), http://usacac.army.mil/CAC2/MilitaryReview/Archives/English/MilitaryReview_20081031_art004.pdf (accédé 12 février 2013).

²³ Beatrice Heuser, *The Evolution of Strategy-Thinking War from Antiquity to the Present*, Cambridge University Press, Grande Bretagne, 2010, p. 435.

²⁴ Maxime Gillet, *Principes de pacification du Maréchal Lyautey*, p. IX.

la stratégie de « *la tache d'huile* », rebaptisée « *tache d'encre* ». Cette stratégie consiste à l'étendue progressive, aussitôt une zone pacifiée et après avoir trouvé des alliés locaux, de passer à une autre zone, mais ce, seulement à condition que les populations contrôlées se sentent protégées et en sécurité.

David Galula, lui, est un ancien officier français, et est considéré par les experts en contre-insurrection comme un important théoricien du sujet. La crédibilité de Galula par rapport à la contre-insurrection vient de son expérience comme officier dans des régions où le développement des pratiques de contre-insurrection prenait place. Une de ses affectations les plus importantes fut lorsqu'il fut l'attaché militaire à l'ambassade de France à Beijing en Chine, en 1945. Il eut l'occasion d'y observer un des plus grands mouvements d'insurrection, mené par Mao Tse-Tung, ce qui lui donna l'opportunité de devenir familiarisé avec les pratiques de contre-insurrections. Il dit lui-même:

« A victory is not just the destruction in a given area of the insurgent's forces and his political organization. It is that plus the permanent isolation of the insurgent from the population, isolation not enforced upon the population but maintained by and with the population. »²⁵

La théorie de Galula pour la contre-insurrection est basée sur la capacité de gagner le support de la population touchée. Il soutient que les agents de contre-insurrection sont placés devant le fait qu'ils doivent convaincre la population, qui elle, est séparée en trois groupes distincts. Le premier groupe inclut une minorité active qui supporte la contre-insurrection. Le second groupe est une majorité neutre et le troisième est un groupe minoritaire qui supporte l'insurrection.²⁶ Galula argumente que dans toute insurrection, il

²⁵ David Galula, *Counterinsurgency Warfare: Theory and Practice*, Praeger Security International, 1964, p.4.

y a une majorité de la population locale qui est neutre au conflit. Cette majorité neutre devient donc le champ de bataille pour les insurgés ainsi que pour la contre-insurrection. Le vainqueur est déterminé par la population locale et tout ceci est dépendant de leur support, soit pour le pouvoir de l'état, ou encore le groupe d'insurgés.²⁷ De là l'importance de gagner les « *cœurs et les esprits* » de cette majorité neutre.

Le principe utilisé par les Français, Gallieni et Galula, a aussi été utilisé par le Maréchal Hubert Lyautey dans les campagnes du Tonkin, de Madagascar et du Maroc de 1894 à 1912.²⁸ Le Maréchal Lyautey est l'un des premiers à théoriser et à expliquer le caractère contre-intuitif de la guerre au sein de la population conquise. « [...] ses préceptes desquels figurent l'usage minimal de la force et l'importance du travail politique et socioéconomique. Il s'agit en effet de rallier la population par la création de zones sûres et prospères, puis de faire tache d'huile à partir de cette zone.²⁹ » C'est à dire, accroître son influence en attirant les populations plutôt qu'étendre son contrôle par la force. Gagner leur support pour contrer les efforts des insurgés dans leur cause.

Les Britanniques à Malaya (Malaisie), de 1948-1960, ont aussi utilisé l'approche globale ainsi que le principe de WHAM pour leurs opérations de contre-insurrection contre le parti communiste malaisien. Les principaux acteurs de cette opération comprennent entre autres, Robert Thompson, un administrateur clé qui a servi dans le

²⁶ David Galula, *Pacification in Algeria 1956-1958*, South Hayes: RAND Corporation, 2006, p.114.

²⁷ *Ibid.*, p.114.

²⁸ Maxime Gillet, *Principes de pacification du Maréchal Lyautey*, p.10.

²⁹ *Ibid.*, p. IX.

conflit malaisien comme Secrétaire Adjoint et qui est ensuite devenu le secrétaire de la défense de 1957-1960. Le lieutenant général, Sir Harold Rawdon Briggs, lui, occupait le poste de directeur des opérations. Le plan de contre-insurrection de Briggs était de continuer à se concentrer sur le support de la population malaisienne, car elle était la source principale d'intelligence pour l'armée et la police qui travaillaient en coopération. Le général Briggs dû se retirer pour raisons médicales et fut remplacé par Général Sir Gerald Templer. Templer est considéré comme un pionnier dans le domaine, et est encore aujourd'hui cité comme exemple de meilleures pratiques dans certains manuels de contre-insurrection militaires³⁰. Au début de la campagne, il cite « *it is not a military problem, it is a political war. The basic problem is the people. Thereof our emphasis must be placed on political, economic, social and cultural development of the people.*³¹ » Sous le leadership de Templer, l'approche de contre-insurrection utilisant le principe de WHAM se concentrait principalement sur la pacification de la population malaisienne en utilisant plusieurs stratégies, mais particulièrement l'établissement de services sociaux. L'opération de contre-insurrection en Malaisie fut un succès remarquable et est regardée comme le premier conflit récent où l'utilisation du principe de WHAM fut utilisé de façon efficace. Plusieurs académiques ont discuté l'origine réelle de la théorie de WHAM, mais c'est durant le conflit malaisien que cette approche prit un rôle primaire dans la contre-insurrection.

³⁰ D. Branch, *Footprints in the Sand: British Colonial Counterinsurgency and War in Iraq*, Politic Society, vol 38 (2010), 15-34.

³¹ David French, *The British Way in Counter-Insurgency 1945-1967*, Oxford University Press, Oxford, 2011, p. 174.

Ces principes associés à l'approche globale ont été peaufinés par les Britanniques lors des opérations de contre-insurrection à Oman.³² Cette fois, la région d'Oman avait été privée de services sociaux depuis longtemps et l'insurrection était basée sur ce fait même que le gouvernement d'Oman ne procurait pas les services nécessaires à la population. Même si il y a danger de donner une impression de reconnaissance des revendications des insurgés en s'impliquant dans la provision de services, démontrant ainsi l'incapacité du gouvernement en place à prendre soin de sa population sans aide, il était quand même logique de se concentrer sur la provision de certains services essentiels.³³ L'objectif est de commencer par l'amélioration la confiance de la population envers les forces de stabilisation, qui ensuite sera en meilleure position pour développer des programmes en coopération avec le gouvernement de la NH. Les Britanniques ont donc établi un plan en cinq points pour gagner le support de la population et de façon à contrecarrer les efforts des insurgés à convaincre la population des biens faits de leur insurrection. Le plan comprenait les points suivants :

1. Augmenter les programmes de développement civils;
2. Augmenter les services médicaux et vétérinaires pour la population locale;
3. Créer une cellule de renseignement;
4. Créer un programme d'opérations psychologiques; et
5. Engager les Dhofaris pour combattre pour le Sultan.³⁴

³² F.W. Beckett and John Pimlott, *Armed Forces & Modern Counter-insurgency*, Croom Helm, London, 2001, p16.

³³ Thomas R. Mockaitis, *British Counterinsurgency in the Post-Imperial Era*, Manchester University Press, Manchester, 1995, p.75.

Encore une fois, il faut souligner l'aspect du développement des services sociaux comme les services de santé comme élément important de leur approche, ce qui les a aidés à gagner la confiance de la population des villages éloignés. Par exemple dans un article de D. Wong, un modèle pratique de ce principe est démontré. Un jeune commandant de peloton qui opérait à Bornéo en 1964 se souvient que « *winning hearts and minds was new then, and we did not know what to do, so we decided to provide the villagers with basic needs such as medical care. It worked and we were treated like their own.*³⁵ » Même s'il a été argumenté que les méthodes prêchées par Templer ne sont pas nécessairement celles qu'il a utilisées dans cette campagne, il n'en est pas moins que l'idée d'utiliser l'approche globale ainsi que le développement social pour contrer les insurrections a fait ces preuves dans ce conflit.

Ces quelques exemples historiques démontrent que l'approche globale, impliquant la création de programmes de développement et de support sociaux, a été utilisée et a commencé à se développer de façon beaucoup plus délibérée avec Lyautéy et les Britanniques en Malaisie et à Oman. Il est logique de penser qu'une population civile infligée par un conflit, surtout de type irrégulier, sera encline à supporter le parti qui lui offrira le plus d'aide et une meilleure qualité de vie. Ceci peut être considéré comme l'ancêtre des principes de contre-insurrection modernes que l'on est habitué d'observer dans les conflits des dernières décennies. La différence majeure de l'approche globale de pacification par opposition à celle utilisée dans des cas de contre-insurrection conduite par une coalition dans un pays d'occupation, est le but de l'opération. Dans le cas de

³⁴ Geraint Hughes, *A Model Campaign Reappraised: The Counterinsurgency War in Dhofar, Oman, 1965-1975*, *Journal of Strategic Studies*, v32 :2, 2009, p.282.

³⁵ D. Wong, *Hearts and Minds, Way to Win Battles*, *New Straits Times*, Malaysia, 9 March 2007.

pacification, il n'y avait aucun besoin d'aider la reconstruction du gouvernement de la NH ainsi que sa légitimité envers sa population, éliminant ainsi un des problèmes fondamentaux vécus dans les campagnes de contre-insurrection modernes.

Il est clair que l'utilisation des services de santé comme outils de contre-insurrection, malgré une longue histoire, est devenue de nos jours beaucoup plus précis et délibéré que durant les siècles passés. La prochaine partie de cette section fera une récapitulation des événements qui ont mené à l'utilisation spécifique des services de santé et des programmes d'actions civiques comme les « *village medical outreach (VMO)* » pour influencer la population dans les opérations de contre-insurrection d'aujourd'hui.

1.3 L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ À L'INTÉRIEUR DE L'APPROCHE GLOBALE

La provision de soins de santé à la population civile par des forces militaires dans un but de gagner leur support et leur aide à une cause a aussi été observée depuis des décennies. Dans tous les conflits, le personnel médical des forces militaires a été présent pour le but premier de prodiguer des soins aux blessés militaires de leurs pays ou d'une force de coalition. Toutefois, dans plusieurs cas, ils ont aussi fourni de l'aide humanitaire et des traitements à la population civile de la NH, et dans certains cas, ont participé au travail de reconstruction de leur système de santé. Tel que discuté précédemment, pour être efficace et s'assurer de gagner *les cœurs et les esprits* d'une population lors d'un conflit, il est essentiel de dispenser un service qui est manquant ou inexistant. Ceci est donc le premier critère pour l'utilisation des services de santé comme instrument politique. C'est aussi parce que c'est en démontrant l'incapacité du gouvernement que les

insurgés réussissent souvent à freiner ça légitimité et ses efforts de gagner *les cœurs et les esprits* de la population qu'il est important de contrer directement cet effet. C'est pour démontrer les avantages de supporter une insurrection que les insurgés offrent souvent eux-mêmes des services qui sont inexistantes pour le peuple, comme les services de santé, qu'ils parviennent à leurs fins, et attirent l'appui de la population à leur cause. En agissant sur les services manquants, il y a un risque pour les forces de stabilisation qui tentent de supporter le gouvernement, de donner de la crédibilité aux groupes insurrectionnels ainsi qu'à leurs revendications d'incapacité de gouvernance de la part de l'état. Par contre, ceci est un risque qui doit être calculé en faisant l'hypothèse que les gains seront plus grands à long terme que les pertes momentanées de crédibilité du gouvernement.³⁶

Tel que cité par Wilensky, le support de la population doit être recherché et bataillé par les deux partis du conflit pour qu'il devienne un outil d'influence. Si un côté possède ce support, en d'autres mots, si un côté n'a aucun espoir d'acquérir ce support, par exemple lors de l'invasion de la France par les Allemands, alors, qu'il y ait provision de soins médicaux ou non, ne sera aucunement pertinent pour le peuple.³⁷ De la même manière, c'est en offrant de la protection pour la population des villages contre le terrorisme ainsi que des services qui sont nécessaires, mais aussi trop souvent manquants, que les insurgés arrivent à rivaliser pour le soutien de cette portion de la population qui est neutre à la cause.

³⁶ James J.F. Forest, *Countering Terrorism and Insurgency in the 21st Century, International Perspectives, Strategic and Tactical Considerations*, Praeger Security International, Westport, 2007

³⁷ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p. 10.

Un autre aspect non négligeable des programmes d'actions civiques est l'opportunité de recueillir de l'intelligence sur les factions ennemies. Ceci peut avoir, plusieurs facettes différentes. Les renseignements médicaux seuls peuvent informer sur la présence de l'ennemi en divulguant certains types de maladies dans la population locale qui ne sont pas normalement vus dans ces régions. De plus, la condition de l'ennemi est aussi souvent révélée par le degré de sophistication des soins médicaux qu'il prodigue ainsi que de ses fournitures médicales. En outre, l'origine de ses fournitures médicales peut donner des indices sur les supports extérieurs que l'ennemi reçoit. Mais surtout, les équipes médicales qui travaillent avec la population locale peuvent percevoir des changements d'attitudes de la population envers les forces armées qui sont normalement cachées des fantassins ou encore des services de renseignement.³⁸ Si la population a confiance au membre d'une équipe médicale qui a traité les membres de leur village, il est possible qu'ils leur fournissent de l'information privilégiée et les avertissent d'une attaque imminente. Ce phénomène a été souvent observé lors de la guerre du Vietnam, en Bosnie et en Afghanistan et est trop souvent devenu la raison principale de l'utilisation des services de santé pour influencer la nation hôte. Ce principe est par conséquent critiqué par beaucoup d'organisations humanitaires et sera discuté dans une section subséquente de ce mémoire.

Dans le cas du Maréchal Lyautey, il considérait la santé et l'éducation comme les adjuvants de contre-insurrection. La fonction de l'assistance médicale était assurée par les services de santé au même titre que les services de santé « *propre* » destinés aux militaires et fonctionnaires de la région colonisée. L'assistance médicale était un outil

³⁸ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p.38.

essentiel de la contre-insurrection et participait également à la poursuite de la finalité économique de l'action coloniale en favorisant la démographie indigène, garantie de main-d'œuvre.³⁹ Chaque province ou cercle de développement disposait d'une commission d'assistance médicale et d'hygiène, et chaque chef-lieu de province possédait un hôpital indigène. En d'autres mots, selon Lyautey, l'assistance médicale présente trois atouts : humanitaire, sociale et économique.⁴⁰

Les Américains ont à leur tour utilisé la provision de soins médicaux aux civils dans le but de gagner leur support pour la première fois lors de la guerre civile, mais peu de documentation et d'analyse des résultats de cette époque ont été écrites.⁴¹ De plus, lors de l'implication des forces américaines dans l'insurrection aux Philippines qui a suivi la guerre Hispano-Américaine de 1898, le personnel médical de l'Armée américaine a joué un rôle important dans la stratégie de pacification de l'Armée dirigée vers les Philippines de la campagne. Les médecins de l'Armée américaine ont travaillé côte à côte avec les médecins et infirmières philippins sur plusieurs campagnes de santé publique, incluant des programmes extensifs de vaccination et des mesures pour assurer la distribution d'eau potable.⁴² Les officiers supérieurs de l'Armée américaine, à ce moment, ont affirmé que les données statistiques reportées qui établissent l'efficacité du programme ont été

³⁹ Maxime Gillet, *Principes de pacification du Maréchal Lyautey*, p.57.

⁴⁰ *Ibid.*, p.59.

⁴¹ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p.17.

⁴² *Ibid*, p. 19.

démontrées comme un facteur important de la stratégie de pacification en privant les insurgés du support populaire.⁴³

Ce principe d'utilisation des soins de santé à l'intérieur de programme d'actions civiques a aussi été utilisé par d'autres pays. Par exemple, lors de la Deuxième Guerre Mondiale, les médecins de l'armée finlandaise étaient envoyés dans les villages Caréliens pour traiter les paysans. Ils livraient de la nourriture et des fournitures médicales. Le résultat de ces actions fit qu'il y avait des paysans qui pouvaient courir jusqu'à plusieurs miles au travers des champs couverts de neiges vers les camps finlandais les plus proches pour leur donner l'alarme d'attaques soviétiques.⁴⁴

Les services médicaux ont aussi été utilisés pour gagner la population autochtone de l'Afrique du Nord durant la colonisation européenne de la région, ce qui a été aussi observé en Inde durant la période du Raj.⁴⁵ Même si ces expériences diffèrent un peu de l'utilisation de la médecine comme outil lors de conflits irréguliers, elles sont des exemples de l'utilisation de la médecine et spécifiquement de la médecine militaire comme instrument politique.⁴⁶

Un des conflits où l'utilisation politique des soins de santé par les Américains a été étudiée et analysée plus sérieusement est le conflit les impliquant dans la guerre du

⁴³ Robert F. Malsby III, *Into Which End does the Thermometer Go? Application of Military Medicine in Counterinsurgency: Does Direct Patient Care by American Service Members Work?* Master's Thesis, U.S. Army Command and General Staff College, 2008.

⁴⁴ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p.23.

⁴⁵ Meridith Turshen, *The Impact of Colonialism on Health and Health Services in Tanzania*, Int Journal of Health Services, #7.

⁴⁶ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p.24.

Vietnam. Au début et dans le milieu des années 60, le Vietnam représentait une nation où la provision de soins médicaux aux civils avait le potentiel d'influencer le résultat global du conflit. Le système de santé était inadéquat quant à sa qualité, mais aussi pour la quantité des soins disponibles. La guerre était combattue pour gagner l'allégeance de la population rurale qui était courtisée par les deux partis impliqués dans le conflit. Les soins de santé pouvaient d'une certaine façon, déterminer quel côté gagnerait le support de la population et donc, gagner la guerre.⁴⁷

Dans ce cas précis, le système de soins de santé ainsi que le type de conflit différaient grandement des modèles des deux Grandes Guerres ainsi que de la guerre de Corée. Il n'y avait pas la présence d'une ligne de front unique ou variable, mais plutôt une série d'enclaves isolées, mais simultanées. Le même territoire était contesté de façon répétée, et la population civile était sujette aux pressions et influences des deux côtés. Des actions civiques et des efforts de pacification majeurs incluant les services de santé ont été utilisés pour gagner le support de la population vietnamienne.⁴⁸ Au Vietnam, la provision de soins de santé aux civils par le personnel militaire, incluant médecins, dentistes, infirmières et techniciens médicaux, s'est produite grâce à plusieurs motivations. Une de ces motivations est l'altruisme pur, le simple désir d'aider les gens dans le besoin. L'autre est encore l'utilisation de la médecine pour des fins stratégiques, pour gagner les *cœurs et les esprits* du peuple. Pendant toute la durée de la guerre au Vietnam, le personnel médical de l'Armée américaine a dessiné et implémenté un nombre de programmes médicaux pour assister la population civile vietnamienne.

⁴⁷ *Ibid.*, p.32

⁴⁸ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p. 22.

Certains ont eu plus de succès que d'autres, mais le plus connu est certainement le « *Medical Civic Action Program* » (MEDCAP). Il y eut vraiment deux versions différentes de MEDCAP instituées durant la guerre du Vietnam : MEDCAP I et MEDCAP II.⁴⁹ MEDCAP I a été institué en 1962 et a été dessiné pour établir et maintenir un esprit de respect mutuel continu et la coopération entre les Forces armées de la République du Vietnam et la population civile. Sous ce programme, le personnel médical vietnamien accompagné par le personnel médical de l'Armée américaine, a fourni des soins médicaux et du support en médecine préventive aux villages vietnamiens de régions éloignées. En 1967, le programme devint la responsabilité complète de l'Armée de la République du Vietnam. En démontrant l'unité d'effort entre le personnel médical militaire américain et vietnamien, et en une transition éventuelle vers un contrôle complet par les Vietnamiens, MEDCAP I a été implémenté en suivant les recommandations et les leçons apprises durant la contre-insurrection précédente aux Philippines. De plus, en connectant la population locale avec les forces médicales militaires, MEDCAP I était conforme aux principes de contre-insurrection qui veulent que les intervenants locaux doivent prendre l'initiative et doivent être impliqués à part entière dans le développement et la reconstruction du pays.

MEDCAP II, d'un autre côté, a généralement ignoré les leçons apprises et les principes de contre-insurrection. C'est cette définition qui est utilisée généralement de nos jours lorsque l'on se réfère à MEDCAP. Créé en 1965 durant l'afflux des forces américaines au Vietnam, MEDCAP II impliqua la provision directe de soins de santé par

⁴⁹ *Ibid.*, p. 53.

du personnel médical en uniforme à la population civile vietnamienne.⁵⁰ MEDCAP II n'inclut aucune implication du personnel médical ou encore des officiels du gouvernement vietnamien. À la place, le programme était dessiné pour gagner la coopération de la population locale, particulièrement dans les régions où un grand nombre de troupes américaines était stationné. La plupart des traitements médicaux effectués par le personnel médical militaire impliquaient un voyage d'une seule journée dans un village éloigné. Durant cette visite, les médecins militaires et techniciens médicaux ont performé des examens superficiels des villageois vietnamiens et distribuaient de la médication de base.⁵¹ Le programme était médicalement boiteux parce qu'il n'y avait aucune tentative d'effectuer des analyses et des traitements plus approfondis lorsqu'indiqué, et il n'y avait aucune intention d'effectuer des suivis. Malgré le fait que ce type de programme de médecine de « *tailgate* » était sous les standards minimums et ignorait les principes de base de la contre-insurrection, il survécut la guerre et devint ainsi la conception populaire de ce qu'est MEDCAP aujourd'hui. MEDCAP n'est pas un terme issu de la doctrine et a finalement été utilisé pour décrire une variété d'opérations médicales qui ne correspondent pas nécessairement à la définition originale. De plus, la notion que ce type de programme est un outil utile pour gagner les « cœurs et les esprits » de la population locale par l'entremise de provision de soins par le personnel militaire en uniforme, a aussi survécu à la guerre.

Dans son livre « *Military Medicine to Win Hearts and Minds : Aid to Civilians in the Vietnam War* », Dr Robert Wilensky conclut que l'effort d'assistance médicale n'a eu

⁵⁰ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p. 54.

⁵¹ *Ibid.*, p. 85.

qu'un impact mineur sur la conclusion du conflit parce que le programme ne bâtissait aucun support pour le gouvernement vietnamien. Il conclut que durant des conflits futurs, l'emphase devrait être mise sur le développement de capacités et sur l'enseignement au personnel indigène pendant que le personnel américain devrait rester invisible durant le processus.⁵² Le problème avec l'analyse des résultats de la guerre du Vietnam est que malheureusement, le département Médical de l'Armée américaine n'a jamais entrepris d'études profondes et complètes jusqu'à la fin du conflit au Vietnam, analysant si MEDCAP et d'autres programmes d'aide étaient médicalement judicieux, ou s'ils ont vraiment contribué au succès des forces impliquées.

En conclusion de cette section, il a été déterminé que les principes de l'approche globale ont été définis et prouvés, à travers l'histoire, comme étant efficaces dans les campagnes de colonisation et de pacification. C'est principes sont les ancêtres des principes de contre-insurrection que l'on connaît et utilise aujourd'hui. L'approche globale incluant le développement de toutes les facettes d'un peuple après un conflit inclut l'aspect économique et social d'une société. Un des éléments du développement social est le domaine de la santé et des services médicaux. L'utilisation de services de santé comme outils de contre-insurrection a donc été observée dans plusieurs conflits et opérations de stabilisation depuis. L'idée de gagner la confiance de la population en offrant des services qui sont manquants dans certaines régions éloignées pendant ou après un conflit a prouvé son efficacité. Des engagements médicaux à court terme ont été utilisés à maintes reprises et dans différents conflits pour briser la glace et faire un premier contact avec la population de la NH. Les engagements médicaux de type

⁵² Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p. 132.

MEDCAP ont été efficaces dans ces cas, ce qui a amené la population à divulguer de l'information utile sur l'ennemi. Par contre, ce fut un outil mitigé comme tactique de contre-insurrection durant la guerre du Vietnam ainsi qu'à l'intérieur de cadres de contre-insurrection semblables qui voulaient développer la NH à long terme pour lui permettre de combattre les insurgés seule. L'idée derrière les MEDCAP était sincère, mais les résultats moins concluants que prévus pour leur effet à long terme quand les programmes ne faisaient pas une transition adéquate vers une implication plus marquée du personnel médical civil du pays en reconstruction.

L'utilisation des forces militaires pour la conduite d'actions civiques lors de conflits de type irrégulier offre une multitude d'avantages. Pour les endroits isolés et difficiles d'accès, les forces militaires sont souvent les seules possédant l'équipement et la préparation pour livrer le service nécessaire. Les forces militaires ont aussi l'avantage supplémentaire de pouvoir offrir un environnement sécuritaire pour la provision des programmes d'actions civiques.⁵³ Toutefois, un équilibre doit être atteint pour que les programmes soient efficaces et offrent des résultats positifs pour les deux partis. Les forces militaires ont besoin de la confiance de la population locale pour exécuter efficacement leurs opérations et recevoir de l'information nécessaire à leur survie, mais la NH doit en même temps réussir à développer ses propres capacités à prendre soin de sa population.

Trente ans après que les Américains se sont retirés du Vietnam, les programmes d'engagement médicaux de type MEDCAP étaient observés de façon proéminente dans

⁵³ Wilensky, Robert. *The Medical Civic Action Program in Vietnam: Success or Failure?*, Mil Med, 2010, Volume 166, p. 815-819.

les phases initiales du conflit en Iraq et en Afghanistan. Ces derniers conflits seront discutés plus en détail dans la prochaine partie de ce texte et l'utilisation de programmes d'engagement médicaux comme MEDCAP y sera aussi évalué.

SECTION 2

DÉVELOPPEMENT DURABLE ET LES CRITIQUES

Les services de santé des Forces canadiennes ont souvent été impliqués dans des projets de coopération civils-militaires en dispensant des traitements médicaux et dentaires à la population civile lors de leurs différentes missions outre-mer. Les raisons de ces implications varient selon les besoins stratégiques de l'heure et peuvent aller d'altruisme pur jusqu'à des activités d'information et d'influence. Les professionnels de la santé impliqués dans ces activités le font toujours dans le but de prodiguer des soins à ceux qui en ont besoin, et ne sont pas toujours conscients de l'implication réelle de leurs actions. Ceci cause deux problèmes différents : l'éthique médicale de donner les meilleurs soins possibles sans causer d'avantage de problèmes de santé au patient, ainsi que le fait d'interférer avec le processus de développement de la nation hôte (créer une dépendance et miner la légitimité du gouvernement en place). Les prochains paragraphes traitent de ces dilemmes éthiques et expliquent pourquoi les interventions médicales dans les villages ont été proscrites en Afghanistan après plusieurs années de pratique. Cette section se divise en trois parties distinctes, mais qui doivent être analysées en conjonction. La première partie revoit les différentes critiques du rôle des services de santé militaires contre les efforts de reconstruction du système de santé de la nation hôte. La deuxième partie fait la revue de l'argument qui voit un problème d'éthique à la pratique de la médecine, et des autres services de santé, dans les programmes d'aide médicale qui ont été observés dans la contre-insurrection jusqu'à tout dernièrement. Et la troisième partie revoit la doctrine sur la contre-insurrection et la reconstruction, mais surtout par rapport à l'utilisation efficace des services de santé dans ces types

d'opérations. Les critiques de l'implication des Forces armées dans la reconstruction par les théoriciens sont basées sur les expériences vécues en Iraq et en Afghanistan, mais aussi sur les expériences d'aide à la reconstruction observées tout au long du développement mondial des dernières décennies. Il est important de préciser que les expériences autres que l'Iraq et l'Afghanistan ont été observées dans des zones de conflits ainsi que des zones plus stables.

2.1 L'ACTION DES MILITAIRES ET LEUR INFLUENCE SUR LA RECONSTRUCTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les théoriciens qui ont analysé les différentes tentatives de reconstruction et de développement du système de santé d'un pays en conflit ou en développement ont souvent critiqué l'intervention et l'approche des militaires dans ce domaine. Après avoir étudié les résultats de plusieurs cas de reconstruction, et en en tirant des leçons observées, ils ont donc formulé une liste de principes qui devraient être utilisés dans tous les cas de développement d'un système de santé fonctionnel.⁵⁴ Six de ces principes sont retrouvés de façon consistante dans la littérature et sont particulièrement pertinents pour cette thèse.⁵⁵

Le premier principe veut que la reconstruction et le développement d'un système de santé utilisent l'approche de système globale qui inclut les six blocs de fondation d'un système de santé, soit, la provision des services, la main-d'œuvre, le leadership et la

⁵⁴ Pierre Micheletti, *Afghanistan, Gagner les coeurs et les esprits*, Presses universitaires de Grenoble, Grenoble, 2011, p.135.

⁵⁵ Leonard Rubenstein, *Post-Conflict Health Reconstruction: New Foundations for U.S. Policy*, United States Institute of Peace Working Paper, 2009, p.19.

gouvernance du système, le système d'information, les produits médicaux, les vaccins et la technologie et le système financier.⁵⁶ Ainsi, parce que le système comme un tout ne peut pas être renforcé en séparant ses différentes composantes, des actions isolées dirigées vers des objectifs à court terme peuvent améliorer temporairement un aspect du système de santé d'un pays, tout en rendant plus fragile le système complet. Il est clair que les programmes comme MEDCAP (incluant les « *Village Medical Outreach* » (VMO)) ne suivent pas ce principe, donc, même en aidant une région ou un village à court terme, rend le système de santé global plus malade.⁵⁷

Le deuxième principe est que la reconstruction et le développement d'un système de santé devraient se faire autour des services de santé publique et des soins primaires. Dans ce type d'approche, des mesures de santé publique visant à assurer l'accès à l'eau potable et son assainissement, des méthodes de prévention de maladies qui font bénéficier la masse de la population du pays, sont priorisés par rapport à des interventions plus dispendieuses et plus spécialisées.⁵⁸ Dans le cas des interventions des programmes comme MEDCAP et des VMO, ce principe est souvent suivi à la lettre. Non parce que l'intention est de suivre ce principe pour un développement durable, mais parce que les moyens accessibles aux opérateurs de ces programmes sont limités et ne leur offrent que des options de ce type.⁵⁹

⁵⁶ Robert C. Swanson et al. *Towards a consensus on guiding principles for health systems strengthening*, PLoS Med 7, no 12, Decembre 2010, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000385>, accédé le 16 février 2013.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ *Ibid.*

Le troisième principe suggère que la reconstruction et le développement du système de santé doivent s'efforcer de créer un système équitable qui minimise les disparités systémiques. Dans la plupart des pays en reconstruction, les pauvres et la population des zones rurales ou éloignées ont tendance à avoir moins d'accès et recevoir moins de services.⁶⁰ Dans le cas des programmes d'aide comme MEDCAP et les VMO montés par les organisations militaires, le choix des villages et des régions qui recevront de l'aide est souvent fait en analysant où le programme aura le plus d'impact politique et plus d'impact sur les futures opérations militaires. De cette façon, certains villages qui auraient un plus grand besoin de services médicaux et d'aide ne sont pas choisis et visités, tandis qu'un village qui ne bénéficiera pas autant de la visite de professionnelles de la santé va être choisi parce qu'il est entendu qu'une grande partie du village est sous l'influence de la faction revendicatrice de l'insurrection.⁶¹

Le quatrième principe propose qu'il doit y avoir un effort d'améliorer le développement des capacités à tous les niveaux, des individus jusqu'au ministère de la Santé du gouvernement en place. Bâtir la capacité institutionnelle de l'organisation à tous les niveaux, de leader, planifier et de superviser leur propre système de santé est essentiel au processus.⁶² Encore une fois, les programmes militaires de développement manquent

⁵⁹ World Health Organization (WHO), *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, Switzerland: WHO Press, 2007, p.15
http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (accédé le 3 mars 2013).

⁶⁰ Robert C. Swanson et al., *Towards a consensus on guiding principles for health systems strengthening*, PLoS Med 7, no 12, décembre 2010,
<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000385>, accédé le 16 février 2013.

⁶¹ Pierre Micheletti, *Afghanistan, Gagner les coeurs et les esprits*, p.133.

souvent d'impliquer le leadership du pays en développement dans les projets d'aide, menant souvent, à long terme, à une diminution de la confiance de la population envers leur gouvernement plutôt que l'intention visée de les aider à retrouver leur légitimité.⁶³

Le cinquième principe suggère que la reconstruction et le développement doivent être centrés sur la communauté. Les membres de la communauté doivent être impliqués et être des partenaires actifs dans toutes les étapes du processus de développement.⁶⁴ Encore une fois, les programmes d'aide initiés par les Forces armées des coalitions ont rarement engagé la communauté des villages qu'ils ont visités ce qui crée un problème de durabilité de l'effet du programme. L'effet aurait beaucoup plus de longévité si la population d'un village visité par les services de santé était impliquée dans les traitements et la sécurité du village lors de l'événement. La légitimité des commandants de district, dans le cas de l'Afghanistan, aurait gagné beaucoup plus de crédibilité et aurait un effet beaucoup plus profond sur le développement social de la région.⁶⁵

Le sixième et dernier principe affirme qu'il est essentiel de faire la transition entre la provision de services de santé d'urgence et le développement de capacité de la NH à long terme le plus rapidement possible. De cette façon, le gouvernement en place peut

⁶² Robert C. Swanson et al., *Towards a consensus on guiding principles for health systems strengthening*, PLoS Med 7, no 12, Decembre 2010, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000385>, accédé le 16 février 2013.

⁶³ Wilensky, Robert. *The Medical Civic Action Program in Vietnam: Success or Failure?*, p. 815-819.

⁶⁴ Health and fragile States Network, *Health Systems Strengthening in Fragile Contexts: A Report on Good Practices and New Approaches*, June 2009, p.50 http://www.bsf-south-sudan.org/sites/default/files/Good_Practices_Report_final.pdf, accédé le 10 janvier 2012.

⁶⁵ Ty Connett et Bob Cassidy, *VSO: More than Village Defense*, Special Warfare, Volume 24 Issue 3, July-September 2011, p. 23.

s'impliquer rapidement dans le développement des projets du système de santé du pays et ainsi y gagner de la légitimité face à la population.⁶⁶ Beaucoup de tension existe dans la période immédiatement post conflit entre le besoin de fournir des soins d'urgence au peuple en crise, et la nécessité à long terme de bâtir les capacités du pays de développer et soutenir son propre système de santé durable.

2.2 LES CRITIQUES

Les critiques invoquées par les théoriciens contre l'implication militaire dans la reconstruction et le développement de système de santé dans les pays en crise et en développement, sont centrées sur la croyance que les organisations militaires n'adhèrent pas à ces principes de base. D'autant plus que ces principes ont émergé de plusieurs années d'expérience, par des organisations civiles, dans la reconstruction et la stabilisation de systèmes de santé des pays en voie de développement.

Un bon nombre d'experts en développement critiquent ouvertement l'implication militaire dans la reconstruction du système de santé de la NH. Selon Carol Messino, les forces militaires se concentrent seulement sur les objectifs tactiques et politiques plutôt que sur le développement comme fin en soi. Ceci fait en sorte que le support militaire ne se conforme pas aux six principes énumérés plus haut.⁶⁷

Un autre théoricien du domaine du développement, Leonard Rubenstein, affirme que les militaires n'adoptent pas les bons objectifs en priorisant les régions où la

⁶⁶ Leonard Rubenstein, *Post-Conflict Health Reconstruction: New Foundations for U.S. Policy*, United States Institute of Peace Working Paper, 2009, p.19.

⁶⁷ Carol Messino, *The United States Military as an Agent of Development: Counterinsurgency Doctrine and Development Assistance*, International Affairs Working Paper, Oct 2010, http://www.gpia.info/files/u706/Messino_2010-05.pdf accédé 20 février 2013.

légitimité du gouvernement et le support de la population sont à risque. Ils se concentrent donc sur les gains tactiques politiques à court terme plutôt que de bâtir les capacités de la NH à long terme. Selon lui, les principes de contre-insurrection des équipes provinciales de reconstruction (EPR) mettent l'accent sur l'importance d'accomplir des résultats immédiats.⁶⁸ Il recommande donc que les forces militaires aient un rôle se limitant au support logistique, à la sécurité et la provision de services temporaires dans les zones hautement instables et non sécuritaires.⁶⁹ De cette façon, elles obtiendraient quand même un effet politique et tactique, et n'interféreraient aucunement avec les efforts de développement des organisations civiles.

Il est intéressant de noter que tous les experts en développement qui ont travaillé avec les forces de la coalition ne sont pas tous contre l'implication militaire dans les efforts de développement. Andy Tamas était affecté à une équipe de consultants stratégiques avec les Forces canadiennes en Afghanistan de 2005 à 2006. Son livre sur le sujet, « *Warriors and Nation Builders : Development and the Military in Afghanistan* », louange le travail de l'équipe au support de la stratégie de développement nationale afghane, faisant une coordination efficace des donateurs et se concentrant sur le développement des capacités du pays.⁷⁰ Mais comme les interventions d'aide dans les villages avaient à l'origine une vocation d'opération d'information et d'influence plutôt que de développement à long terme, les exemples durables de reconstruction sont limités.

⁶⁸ Leonard Rubenstein, *Post-Conflict Health Reconstruction: New Foundations for U.S. Policy*, p.33.

⁶⁹ *Ibid.*, p.10.

⁷⁰ Andy Tamas, *Warriors and Nation Builders: Development and Military in Afghanistan*, Canadian Defense Academy Press, Kingston, 2009.

Ce n'est qu'après l'arrivée de Général Petraeus que les principes de contre-insurrection et de développement à long terme ont changé la façon de faire des forces de la coalition. De plus, il n'est pas question des programmes d'actions civiques médicales précisément dans ce texte, mais des interventions générales de reconstruction dans les villages. L'éthique et la dépendance à l'expertise des Forces canadiennes sont beaucoup moins en cause dans ce cas.

Les ONG aussi ont leur mot à dire sur l'intervention militaire dans le système médical. Leur papier « *Quick Impact, Quick Collapse : The Danger of Militarized Aid in Afghanistan* » affirme que les projets militaires sont seulement à court terme, mal exécutés, inappropriés et n'impliquent pas suffisamment la communauté pour qu'ils soient durables. De plus, elles soulignent qu'il est inapproprié de définir, dans le « *Commander's Guide to Money as a Weapon* », l'aide humanitaire comme une arme non mortelle pour gagner les cœurs et les esprits de la population locale, ainsi que pour défaire les insurgés. Il est à noter que ceci peut aussi être vu comme un problème d'éthique, lorsque les soins médicaux sont prodigués seulement pour des raisons autres que le bien-être des individus, soit dans le but de collecter des renseignements.⁷¹

Les ONG affirment aussi que malgré le fait que certains projets des équipes de reconstructions provinciales (ERP), ont dans certains cas aidé à adresser des besoins immédiats, ils ont plus souvent fait stagner le processus de reconstruction des institutions afghanes.⁷² Elles essaient de construire un argument que les coalitions militaires, ainsi

⁷¹ Pierre Micheletti, Afghanistan, *Gagner les coeurs et les esprits*, p. 133.

⁷² Ashley Jackson, *Quick Impact, Quick Collapse: The Danger of Militarized Aid in Afghanistan*, January 2010
<http://www.scribd.com/doc/25889897/Oxfam-Quick-Impact-Quick-Collapse> (accédé le 4 mars 2013).

que les ERP, plutôt que d'aider, affaiblissent la responsabilité du gouvernement responsable envers son peuple, en passant aux actes à leur place. Comme les théoriciens du développement, les ONG croient que les militaires ont un rôle à jouer dans la reconstruction, mais seulement dans les régions isolées et non sécuritaires que les acteurs civils ne peuvent rejoindre. Elles ajoutent que l'aide doit être accordée de façon impartiale et en analysant le besoin plutôt que dans le but de rencontrer des objectifs militaires tactiques ou des principes de contre-insurrection.⁷³ De cette façon, les régions moins sécuritaires ont été privilégiées par rapport à des régions plus stables démontrant ainsi un préjugé politique et militaire dans la provision de soins, ceci allant à l'encontre de l'éthique médicale. Le besoin des patients devrait toujours être le critère premier dans cette prise de décision.⁷⁴

2.3 L'ÉTHIQUE MÉDICALE CONTRE LES ENGAGEMENTS MÉDICAUX

Tous les professionnels de la santé ont reçu l'enseignement que le pilier central de la provision de soins de santé est « *do no harm* ». Il a été suggéré que les services de santé militaires devraient, dans les conflits internationaux, se préparer à fournir des soins de santé à la population civile, ainsi, non seulement rencontrant leur engagement selon la Convention de Genève, mais aussi pour gagner les cœurs et les esprits de la population du pays supporté. Il a toujours été clair que les professionnels de la santé ont un mandat de traiter la population civile qui souffre de blessures dues au conflit, spécialement lorsque

⁷³ Ashley Jackson, *Quick Impact, Quick Collapse: The Danger of Militarized Aid in Afghanistan*, January 2010.
<http://www.scribd.com/doc/25889897/Oxfam-Quick-Impact-Quick-Collapse> (accédé le 4 mars 2013)

⁷⁴ *Ibid.*

qu'ils tombent sous la catégorie de l'éligibilité de, sauver la vie, les membres et la vue d'un patient.⁷⁵ Par contre, il est proposé par les critiques et par les professionnels de la santé eux-mêmes, qu'ils doivent tracer une ligne claire entre le traitement des patients civils pour leur survie et pour un but stratégique de gagner les cœurs et les esprits. « *Do no harm* » est aussi le principe de prodiguer les soins de la meilleure qualité possible tout en s'assurant de ne pas créer de dommages supplémentaires et à long terme au patient.⁷⁶

Tel que discuté précédemment, le débat sur la valeur réelle des programmes comme MEDCAP est récurrent et ne trouve que peu de réponses précises. Historiquement, les unités des forces régulières, des affaires civiles ainsi que des Forces Spéciales ont conduit des interventions uniques d'accès à des services de santé gratuits comme les MEDCAP et les VMO.⁷⁷ Ni les MEDCAP ou les VMO sont dessinés pour développer le système de santé ou encore améliorer la santé de la population, car ils sont dans les esprits des leaders militaires stratégiques, une façon de gagner les cœurs et les esprits de la population, gagner la bataille des médias à la maison, ainsi que de collecter des informations et de l'intelligence sur l'ennemi. Après une étude approfondie des critiques faites par les organisations internationales, les programmes comme MEDCAP et les VMO ont été limités par les directives de Général Petraeus⁷⁸, et sont tombés hors des

⁷⁵ EA Cameron, *Do No Harm-The Limitations of Civilian Medical Outreach and MEDCAP Programs Based in Afghanistan*, J R Army Med Corps 157(3), p. 209.

⁷⁶ Matthew DeCamp, *Scrutinizing Global Short-Term Medical Outreach*, The Hastings Center Report: Nov-Dec 37,6, 2007, p. 21.

⁷⁷ EA Cameron, *Do No Harm-The Limitations of Civilian Medical Outreach and MEDCAP Programmes Based in Afghanistan*, p. 209.

⁷⁸ David, Petraeus, *Multinational Force-Iraq Commander's Counterinsurgency Guidance*, Military Review (September-October 2008).

normes des politiques de l'OTAN. Ils sont maintenant seulement employés par les commandants qui ne comprennent pas leurs implications négatives, ainsi que par du personnel médical qui pense que ces actions sont faites par altruisme parce qu'ils ont un besoin inné de traiter les patients dans le besoin.⁷⁹

Le problème a deux volets : celui que les programmes à court terme n'encouragent pas le développement du système de santé local et sont impossibles à soutenir par le gouvernement local après le départ des forces de la coalition. Ceci créer donc une dépendance de la population locale, par rapport aux services offerts par les forces militaires, qui se retrouve avec peu de support après leur départ. L'autre volet est l'aspect des traitements médicaux sans moyens adéquats et sans suivi, qui devient de la mauvaise médecine selon nos normes nord-américaines.

Depuis 2007, le problème apporté par les MEDCAP et VMO a été débattu par la composante clinique, en utilisant des preuves scientifiques, et par la composante de combat en utilisant son jugement militaire. La première argumente qu'il est non éthique de pratiquer la médecine sous ces conditions, et la deuxième continue de dire qu'il est important et correct, dans la situation de conflit, d'utiliser les soins de santé pour des raisons stratégiques⁸⁰. Le problème étant qu'en conduisant les MEDCAP et les VMO, les fournisseurs militaires introduisent un système de santé gratuit dans la communauté qui est non soutenable par le gouvernement local, avec des soins trop souvent douteux. Par exemple, un médecin de l'Armée britannique commente son implication dans les VMO.

⁷⁹ EA Cameron, *Do No Harm-The Limitations of Civilian Medical Outreach and MEDCAP Programs Based in Afghanistan*, p. 209.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 209.

« My experience of a MEDCAP only highlighted to me the pitfalls of holding one-off clinics. I may have treated a few simple infections but the majority of patients were just looking for something to sell on [...] Medically I was out of my depth seeing many children with little more than a stethoscope for diagnostics and without examination couches in freezing conditions, so no formal examinations could take place. Patients were not registered, no record taking took place and patient confidentiality was impossible to uphold. Prescriptions were issued but recorded only the sex of the patient or age of a child. In retrospect, I do not know how dosing instructions were given or understood in a country where over 80% of the population are illiterate. ⁸¹ »

Il a été discuté précédemment que les MEDCAP minent la confiance de la population civile pour leurs fournisseurs de soins de santé locaux, créent de la compétition avec ces fournisseurs, sont préjudiciables à la santé à long terme de la population, et peuvent créer une dépendance lorsqu’offert de façon régulière.⁸² De plus, David Welling décrit dans ses « *seven sins of Humanitarian Medicine* » le fait de faire la bonne chose pour les mauvaises raisons, comme un problème éthique que plusieurs des professionnels de la santé militaires ont à subir lors de leur déploiement en zone de stabilisation.⁸³ Une pression énorme est mise sur les officiers médicaux par les commandants d’unités de combat pour qu’ils effectuent des programmes d’actions civiques, tels que les MEDCAP, dans le but de supporter les opérations cinétiques. Par exemple, les unités de combat en Afghanistan ont souvent utilisé les MEDCAP pour tout, sauf améliorer la santé de la population et le système de santé. La médecine est pratiquée

⁸¹ EA Cameron, *Do No Harm-The Limitations of Civilian Medical Outreach and MEDCAP Programs Based in Afghanistan*, p. 209.

⁸² Allied Command Operations (ACO) guidance for military medical services involvement with humanitarian Assistance and Support to Governance, Reconstruction and Development; ACO Directive number 83-2; dated 8 March 2010.

⁸³ Ryan D.R. Welling, D.G Burris and N.M. Rich, *Seven Sins of Humanitarian Medicine*, *World J Surg* 2010, 34(3), p. 466.

comme couverture ou leurre pour d'autres activités comme la collection d'intelligence ou l'enrôlement biométrique. Ceci met les médecins dans un dilemme entre le fait d'être un médecin en uniforme, ou un officier qui est par défaut un médecin, et les mène ainsi à agir à l'encontre de leur code de déontologie.

Ce problème est aussi identifié par Goerge Annas dans son article « *Military Medical Ethics – Physician First, Last, Always* ⁸⁴ ». Dans cet article, le président du conseil sur la Bioéthique Edmund Pellegrino, insiste que l'éthique médicale est et doit être la même pour les médecins civils et militaires. Il souligne que :

« *There is no special medical ethics for active-duty military physicians [...] The only question is whether there are “extreme contingencies” that justify physicians’ suspension of their medical–ethical obligations.* ⁸⁵ »

Ce qui amène à examiner l'autre volet du problème éthique, soit les traitements non optimaux fournis à la population civile dans le cadre des MEDCAP et VMO. Plusieurs problèmes sont identifiés dans la provision de soins à la population civile dans le cadre de MEDCAP et VMO. Le premier problème est souvent la possibilité de diagnostic. Le manque d'accès à des aides diagnostiques appropriées comme des radiographies (MRI, CT Scan), des tests de laboratoire (formules sanguines, tests d'urine, etc.), demande aux médecins traitants de poser un diagnostic à l'aveuglette et sans confirmation de pronostic.⁸⁶ Sans diagnostics différentiels précis, il est difficile de traiter adéquatement la cause de la maladie ou de la blessure, ce qui met le professionnel

⁸⁴ George Annas, *Military Medical Ethics-Physician First, Last, Always*. N Engl J Med 2008, 359 (11), p. 1087.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 1088.

⁸⁶ Barbara B. Ott et Robert M. Olson, *Ethical Issues of Medical Missions: The Clinicians' View*, HEC Forum, 23, 2011, p. 107.

de la santé traitant dans une position délicate de ne peut-être pas fournir le traitement dont le patient a vraiment besoin.⁸⁷

L'autre complication identifiée est qu'une fois le diagnostic posé, l'accès aux soins nécessaires pour traiter la cause de la maladie est souvent nul. Les traitements qui peuvent être offerts aux patients sont superficiels sans l'aide d'un système de santé global. Les médecins ont souvent la seule option de prescrire de la médication pour traiter une infection, sans pouvoir vraiment en éliminer la cause. Ceci fait en sorte que le problème sera récurrent et réapparaîtra souvent une fois que le MEDCAP a quitté la région, laissant le patient sans aide et sans suivi médical approprié.⁸⁸

Le problème de la médication est aussi à considérer. La médication est donnée au patient avec des instructions strictes sur le dosage et la méthode d'ingestion. Il est impossible de vérifier si les instructions seront suivies une fois que le médecin traitant a quitté le village, et personne ne peut faire le suivi s'il y a apparition d'effets secondaires.⁸⁹ De plus, il est pratiquement impossible de dispenser les médicaments d'une façon individuelle qui prévient la revente sur le marché noir ou encore la distribution à l'ennemi dans le besoin.⁹⁰

Ceci n'est qu'une courte liste des obstacles qu'un professionnel de la santé peut rencontrer lors qu'il prodigue des soins dans le cadre d'un programme d'actions civiques

⁸⁷ Barbara B. Ott et Robert M. Olson, *Ethical Issues of Medical Missions: The Clinicians' View*, p. 111.

⁸⁸ Wilensky, Robert. *The Medical Civic Action Program in Vietnam: Success or Failure?*

⁸⁹ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p. 54.

⁹⁰ Adriaan P.C.C. Hopperus Buma, David G. Burris, Alan Hawley, James M. Ryan et Peter F. Mahoney, *Conflict and Catastrophe Medicine, A Practical Guide*, p. 83.

comme MEDCAP et le VMO. Il est aussi possible d'ajouter à cette liste le fait qu'une fois qu'un patient est diagnostiqué avec un problème majeur qui ne peut être traité sur place, il est pratiquement impossible pour le médecin traitant de laisser le patient à lui-même. Il sera donc contraint à faire en sorte que le patient reçoive les soins nécessaires, ce qui veut souvent dire que le patient sera évacué dans un établissement des forces de la coalition pour être traité. Comme l'objectif premier et la raison d'être des établissements médicaux des forces de la coalition sont les soins directs aux troupes ainsi que les cas de « *life, limb and eye sight* » de la population civile, l'évacuation des patients vus lors des VMO peut devenir un obstacle à la mission.⁹¹

Pour toutes ces raisons, la communauté médicale s'est questionnée profondément sur la pratique des programmes d'actions civiques dans sa forme actuelle et en est arrivée à la conclusion qu'ils devraient être limités aux programmes d'urgences. Le principe de « *do no harm* » est à la base de cette décision et les services de santé des FC l'appliquent particulièrement à la lettre. Après la publication des directives de Général Petraeus, aucun autre VMO n'a été effectué par les FC en Afghanistan. Toutefois, aucune autre directive claire sur l'utilisation des services de santé comme outil de contre-insurrection et de stabilisation n'a été diffusée. La section suivante présente une liste de doctrines et de directives touchant les principes de contre-insurrection, et tente de trouver de la documentation qui pourrait guider les praticiens des services de santé lors de leur pratique durant des opérations de stabilisation.

⁹¹ Adriaan P.C.C. Hopperus Buma, David G. Burris, Alan Hawley, James M. Ryan et Peter F. Mahoney, *Conflict and Catastrophe Medicine, A Practical Guide*, p.85.

2.4 L'EXPÉRIENCE CANADIENNE ET LA DOCTRINE

Les Forces Armées canadiennes ont historiquement peu d'expérience en contre-insurrection. Comparativement à d'autres nations comme les Américains et les Britanniques, l'Afghanistan est l'engagement le plus imposant de l'histoire du Canada dans ce domaine. C'est aussi à l'intérieur de ce conflit que les Forces canadiennes ont eu à apprendre comment opérer pour exécuter leurs tâches de stabilisation et reconstruction. Les principes de contre-insurrections sont nouveaux pour nos soldats, et malheureusement peu de références étaient disponibles sur le sujet lors du déploiement des troupes canadiennes au début de leur implication. C'est avec les années de déploiement que la documentation s'est développée au sujet de la reconstruction d'un pays après un conflit, mais, peu est encore écrit à ce sujet pour guider les commandants sur le terrain sur les meilleures façons de faire.

Le personnel des services de santé, comme le reste du personnel militaire, utilise la doctrine pour guider leurs actions en entraînement comme au support au combat. À cause de son histoire limitée en contre-insurrection et surtout en stabilisation, reconstruction et développement des pays impliqués, durant la période suivant immédiatement la période de combat, peu de doctrine canadienne de COIN existe comme référence. Le cas est encore plus marqué pour les services de santé qui sont complètement sans doctrine pour guider ce type d'opérations. Malgré toutes les critiques sur le sujet qui auraient dû encourager l'écriture de doctrine spécifique à l'application de principes éthiques d'utilisation des services de santé en contre-insurrection, peu sont disponibles pour supporter les commandants dans ce type d'opération. Il est donc compréhensible d'apercevoir encore des maladresses de la part des forces militaires sur le

terrain. Comme les professionnels de la santé se sentent une obligation de traiter les patients dans le besoin, le manque de doctrine et de directives claires créer des effets négatifs à long terme qui sont involontaires. Les intervenants créent donc des programmes d'actions civiles sans comprendre l'effet global sur la reconstruction du pays. Pour cette raison, toutes interventions médicales dans les villages afghans ont été interdites par General Petraeus, commandant d'ISAF, dans les dernières années de l'implication canadienne en Afghanistan.

Dans ce cas, les services de santé des Forces canadiennes se sont retournés vers les directives d'ISAF pour conduire et supporter les opérations de reconstruction et de développement de la coalition. Il est à noter que même la doctrine américaine sur la reconstruction et le développement du système de santé des pays hôtes lors d'interventions de contre-insurrection, est extrêmement limitée. Donc, peu d'outils étaient disponibles pour développer des projets qui rencontrent les principes de reconstruction durable et qui reste à l'intérieur des limites acceptables de l'éthique médicale.⁹² Par exemple, le cadre des politiques pour les engagements médicaux militaires d'ISAF avec le secteur civil de reconstruction des services de santé a été détaillé dans le manuel de l'équipe de reconstruction provinciale (ISAF 2006), la seule référence disponible. Il est par conséquent important de réviser les différents documents de doctrine pour comprendre le problème.

La doctrine des Forces canadiennes offre certaines références pour la conduite des opérations de contre-insurrection. La première est B-GL-323-004/FP-003, *Les opérations de contre-insurrection*, 2008 qui parle de la contre-insurrection de façon générale, mais

⁹² Michael, Tarpey, *The Role of the U.S. Army in Health Reconstruction and Development During Counterinsurgency*, Fort Leavenworth, Kansas, 2012, p. 28.

très peu sur l'intégration des services de santé dans les équipes de reconstruction. Voici les seules lignes qui impliquent les services de santé :

« Even before non-military agencies arrive in the area to begin long-term development projects, military forces may begin the process to alleviate suffering, spark development and gain campaign support. Measures will involve quick-impact projects such as repairs to wells and the conduct of local medical clinics, remuneration for collateral damages, low-level employment schemes such as war damage repairs and checkpoint construction and delivery of basic tools for work and agriculture.⁹³ »

Ainsi qu'un court extrait qui souligne le développement des services comme outils de légitimité pour le gouvernement de la NH :

« The perception of competence and legitimacy is tied to security and the ability to provide for the day-to-day needs of the populace. Improving the social, physical and economic well being of the populace is a central goal of any COIN mission.⁹⁴ »

Mais rien sur la façon appropriée d'utiliser les services de santé dans le développement de ces mêmes services.

La doctrine américaine elle est un peu plus détaillée sur la conduite des opérations de contre-insurrection, mais encore une fois, peu de directives sont données sur les services de santé et les méthodes de reconstructions et de développement. Le Field Manual 3-24 (FM 3-24), *Counterinsurgency*, suivi du FM 3-07, *Stability Operations*, et FM 3-24.2, *Tactics in Counterinsurgency*, sont les références principales sur le sujet.

Pour commencer, FM 3-24 énumère une liste de services essentiels comme une ligne d'opération possible de contre-insurrection. Le traitement et

⁹³ B-GL-323-004/FP-003, *Les opérations de contre-insurrection*, 2008, p. 5-26.

⁹⁴ B-GL-323-004/FP-003, *Les opérations de contre-insurrection*, 2008, p. 8-17.

la santé publique de la population de la nation hôte sont des aspects critiques de ces services essentiels qui adressent tous les besoins nécessaires à la survie de la population. L'assurance que le peuple ait accès à ces services essentiels, incluant les traitements médicaux, est un aspect indispensable du succès des efforts de contre-insurrection.⁹⁵ Ce document présente les services médicaux comme une partie intégrante des efforts de contre-insurrection, mais ne détaille pas les méthodes préférentielles à utiliser.

Le document de « *joint doctrine* » le plus récemment publié qui considère les principes de reconstruction et développement est le JP 3-07, *Stability Operations* de 2011. Ce document suggère que la contribution primaire de la force militaire aux opérations de stabilité est de protéger et de défendre la population. Il souligne qu'il y a trois catégories de missions à l'intérieur des opérations de stabilisation : activités de réponse initiale, activités transformationnelles et les activités qui encouragent la durabilité. Les activités de réponses initiales impliquent la présence d'assistance humanitaire immédiate; les activités transformationnelles visent à augmenter la sécurité et impliquent des projets de reconstruction; et les activités qui encouragent la durabilité impliquent des efforts de bâtissage de capacité à long terme.⁹⁶ Cette référence met l'accent sur le développement durable qui doit aussi être appliqué au système de santé, et par le fait même, dénonce les engagements à court terme.

Avec l'étude et l'analyse des résultats de reconstruction par les forces de la coalition des années précédentes, une évolution de doctrine peut être observée, et les

⁹⁵ Headquarters, Department of the Army, Field Manual 3-24, *Counterinsurgency*, Government Printing Office, Washington, DC, 2006, p. 4-5.

⁹⁶ Chairman, Joint Chiefs of Staff, Joint Publication (JP) 4-02, *Stability Operations*, p. I-3-4.

meilleures pratiques suggérées marquent maintenant l'importance de l'implication de la NH dans leur propre développement. La reconstruction durable des services est essentielle et inclues les services médicaux.

En 2006, Joint Publication (JP) 4-02, « *Health Services Support* », a été publié, et pour la première fois, dédiait une attention significative aux principes de développement et de reconstruction du système de santé. Ce document suggère que l'accent des services de santé durant les opérations médicales civiles-militaires doit être d'améliorer la capacité de la NH de fournir des services de santé publique et des traitements médicaux à la population, menant à une augmentation de la légitimité de son gouvernement.⁹⁷

De plus, en 2010, DOD Instruction 6000.16 a été publié et citait ce qui suit :

*« Medical stability Operations are a core U.S. military mission that the Department of Defense Military Health System shall be prepared to conduct throughout all phases of conflict and across the range of military operations, including in combat and noncombat environments. Medical Stability Operations shall be given a priority comparable to combat operations and integrated across all Military Health System activities including doctrine, organization, training, and education. »*⁹⁸

Cette instruction précise que les services de santé militaires doivent développer les capacités et les institutions du secteur de la santé pour la population indigène lorsque, et seulement lorsque les indigènes, les étrangers ainsi que les organisations civiles sont incapables de la faire.

Il est donc clair après l'analyse de ces différents documents, que les critiques sur l'effet négatif des interventions médicales à court terme, soit pour des projets à action rapide, ainsi que les problèmes d'éthique médicale soulignés par les praticiens, ont créé

⁹⁷ *Ibid.*, p. IV-8.

⁹⁸ Department of Defense, Instruction (DoDI) 6000.16, *Military Health Support for Stability Operations*, Government Printing Office, Washington DC, 2010, p. 1.

un questionnement sur la validité des engagements médicaux militaires dans les villages et les régions isolées des pays en reconstruction. Tout au long des conflits de la dernière décennie, la doctrine a été adaptée pour donner plus de directives sur les meilleures pratiques à utiliser lors d'engagements médicaux pour supporter la NH, et donne aux membres militaires des services de santé, un peu plus de direction sur les méthodes à utiliser lors d'opérations de reconstruction et de développement des services essentiels. Ce sont ces nouvelles directives qui ont changé la façon de faire et qui a condamné les engagements médicaux de type MEDCAP et autres interventions à court terme.⁹⁹

À la fin des opérations de combat en Afghanistan, la reconstruction à long terme étant devenue la priorité, les services de santé des Forces canadiennes ne pouvaient plus conduire d'engagements médicaux avec les équipes de reconstruction afin de limiter les effets négatifs sur la légitimité du gouvernement de la NH.¹⁰⁰ Alors, comment est-il possible de continuer d'influencer la population locale comme outils de contre-insurrection, tout en respectant les principes de développement durable et l'éthique médicale? La prochaine section suggère quelques solutions expérimentées par les Américains lors de différents conflits, qui ont démontré un potentiel certain d'influence positive de la population envers les forces de la coalition, tout en respectant les principes de reconstruction. En utilisant les principes de reconstruction et de

⁹⁹ David, Petraeus, *Multinational Force-Iraq Commander's Counterinsurgency Guidance*, Military Review (September-October 2008), http://usacac.army.mil/CAC2/MilitaryReview/Archives/English/MilitaryReview_20081031_art004.pdf (accédé 12 février 2013).

¹⁰⁰ David, Petraeus, *Multinational Force-Iraq Commander's Counterinsurgency Guidance*, Military Review (September-October 2008), http://usacac.army.mil/CAC2/MilitaryReview/Archives/English/MilitaryReview_20081031_art004.pdf (accédé 12 février 2013).

développement du système de santé pour les engagements médicaux, ces derniers pourraient être adaptés pour suivre aussi l'éthique médicale. Il serait donc possible de joindre les deux et de garder le pouvoir d'influence des services de santé dans les opérations de contre-insurrection.

SECTION 3

UNE SOLUTION AU PROBLÈME

Les engagements médicaux ont été utilisés de plusieurs méthodes différentes pour gagner les cœurs et les esprits de la population de la NH lors d'opération de contre-insurrection. Les objectifs de cette utilisation des services de santé sont divers, soit, pour donner des traitements d'urgence lorsque les organisations civiles ne peuvent le faire, pour faire un premier contact avec la population pour gagner leur confiance, pour collecter de l'information importante au sujet des insurgés, ou encore pour aider à la reconstruction du système de santé local. Ces différents objectifs, quoique très utiles pour les résultats stratégiques militaires, le sont moins pour le développement à long terme.¹⁰¹ Conformément aux critiques des organisations civiles, les commandants de coalitions participants à des opérations de contre-insurrection, ont ajusté leurs politiques d'intervention pour contrer ces effets négatifs. Les engagements médicaux ont donc été proscrits lorsque sous la forme de MEDCAP, au détriment des forces sur le terrain qui profitaient des résultats tactiques et stratégiques de ce type de programmes.¹⁰² Les engagements dans les villages des NH ont été adaptés par les forces américaines dans plusieurs pays où ils sont intervenus pour améliorer leurs effets sur la reconstruction d'un système de santé indépendant. La section qui suit présente différentes solutions au problème, démontrant du même coup qu'il est possible d'utiliser les services de santé

¹⁰¹ Brian Petit, *OEF-Philippines: Thinking COIN, Practicing FID*, Special Warfare, Volume 23 Issue 1, January-February 2010, p.10.

¹⁰² David, Petraeus, *Multinational Force-Iraq Commander's Counterinsurgency Guidance*, Military Review (September-October 2008), http://usacac.army.mil/CAC2/MilitaryReview/Archives/English/MilitaryReview_20081031_art004.pdf (accédé 12 février 2013).

comme outils de contre-insurrection de façon positive pour les deux partis (gouvernement en place et forces militaires). Ces récentes propositions de solutions rencontrent les principes de contre-insurrection ainsi que les objectifs de reconstruction et de développement à long terme.¹⁰³

3.1 ADAPTATION DES VMO

Que ce soit les interventions médicales à court terme, comme le programme MEDCAP, qui soient défavorables à long terme à la légitimité du gouvernement de la NH, ou encore que la médecine utilisée lors de ces visites dans les villages ne soit pas de la médecine efficace et conforme aux règles de l'art, une question fondamentale sur cette pratique se pose. Il a par contre été prouvé que les programmes médicaux sont des outils précieux lorsqu'ils sont proprement alignés avec les objectifs opérationnels. Il est donc important de trouver une solution pratique au problème et de réussir à coordonner la reconstruction du système médical d'un pays avec les actions locales et régionales pour atteindre les objectifs opérationnels et stratégiques de développement et de contre-insurrection.

Pour promouvoir les principes de contre-insurrection, un programme médical devrait encourager la capacité du gouvernement de la NH et mener vers une plus grande indépendance. Le « *Medical Civic Action Programme (MEDCAP)* » a souvent échoué dans l'intégration des fournisseurs de services de santé de la NH ainsi que les officiels du pays, ce qui mine les organisations médicales locales et fournit, que trop rarement, des

¹⁰³ Brian Petit, *OEF-Philippines: Thinking COIN, Practicing FID*, p.15.

améliorations durables et à long terme.¹⁰⁴ Après plusieurs années d'observation des résultats mitigés des programmes de reconstruction, de nouveaux principes de contre-insurrection ont été identifiés pour favoriser le développement à long terme des pays hôtes. Toutes les opérations menées en support à la contre-insurrection doivent être fait le plus progressivement possible, doivent promouvoir les capacités de la NH et éventuellement mener à une plus grande auto suffisance du pays. Les actions d'une seule journée produisent peu d'effets positifs et n'aident en rien à bâtir des capacités durables.¹⁰⁵ Le développement et la reconstruction d'un système de santé efficace menés par le gouvernement en place, et avec l'implication de la population locale, sont donc devenus des critères essentiels de succès. Les soins prodigués lors d'interventions locales et régionales devraient être faits par des praticiens locaux, militaires et/ou civils, et la sécurité de l'événement devrait être assurée par les forces du pays hôte, sous la supervision et avec le support de la coalition. Les paragraphes suivants réviseront les expériences passées dans le développement et la reconstruction de systèmes de santé lors d'efforts de stabilisation après conflits et tenteront de décrire le programme médical idéal.

Si l'on retourne à l'expérience des Américains au Vietnam, pour que la population locale vienne à faire confiance à la gouvernance de son gouvernement, il a été déterminé qu'il fallait que les acteurs visibles des actions civiles soient du pays hôte.

¹⁰⁴ Shaw Alderman, Jon Christensen, and Ingrham Crawford. *Medical Seminars: A New Paradigm for SOF Counterinsurgency Medical Programs*, Journal of Special Operations Medicine 10, no. 1, (winter 2010), p.16.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p.16.

Le programme MEDCAP original avait été conçu pour redorer l'image de l'armée vietnamienne aux yeux de la population civile. Ce programme avait le potentiel de transformer le manque de confiance de la population envers le gouvernement central et devait être accompli en utilisant les forces militaires et paramilitaires vietnamiennes. Il fut reconnu très tôt dans le programme que les militaires américains en uniformes prodiguant des soins ne pouvaient pas réussir à améliorer l'image de l'armée sud-vietnamienne. Les efforts pour entraîner et impliquer le personnel médical vietnamien dans le programme furent un succès. À partir de janvier 1965, MEDCAP est devenu un programme exécuté par du personnel médical vietnamien avec du personnel américain agissant comme consultants. Au milieu de l'année 1966, 86 % des équipes qui opéraient au Vietnam étaient vietnamiennes. En 1967 ce même programme devenait officiellement sous la complète responsabilité de l'Armée de la République du Vietnam (ARVN).¹⁰⁶

Pour atteindre le but ultime d'établir un respect mutuel et de la coopération dans le support au développement médical lors de la guerre du Vietnam, trois éléments ont été nécessaires et sont ressortis de l'analyse de Wilensky :

- 1) La continuité : pour établir la continuité, un programme doit avoir un niveau d'engagement qui permet une participation et un niveau de sophistication que les ressources de santé locales peuvent soutenir après le retrait de la coalition.
- 2) La participation : les représentants du gouvernement local doivent participer à l'entraînement des travailleurs locaux de la santé.

¹⁰⁶ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, Texas Tech University Press, Texas, 2004, p.54. (Army Medical Services Activity Report, USMACV, 1964, NA, RG112, Box 83, Folder: USARN-Military Assistance Command).

3) L'amélioration de la santé de la communauté : les traitements et l'équipement médical sophistiqué doit être introduit dans le programme seulement jusqu'à un niveau qui facilite la tâche, et que, ce même équipement peut être maintenu par les organismes locaux après un retrait de l'aide de la coalition.¹⁰⁷

Il sera discuté un peu plus loin dans cette section, que ces principes tirés de l'expérience au Vietnam s'appliquent encore aujourd'hui dans les efforts de reconstruction et de développement social. En d'autres mots, tous les engagements médicaux devraient s'aligner avec ces objectifs opérationnels. En pratique, le programme médical idéal intègre complètement les atouts médicaux de la NH, facilite le partage d'information en promouvant l'interopérabilité, et en plus, adresse les besoins de la population cible. Les officiels de la santé de la NH devraient être en avant plan de tous les projets. Ceci permet de connecter les médecins, les infirmières, les sages femmes et le reste du personnel de la santé avec les patients. Ils sont responsables de la santé de leurs concitoyens et ils devraient être perçus tel quel.¹⁰⁸ Deuxièmement, le partage d'information et l'interopérabilité s'améliorent à mesure que ces mêmes professionnels de la santé coordonnent leurs activités avec d'autres organisations.¹⁰⁹

Du point de vue de la santé publique, la coordination de la planification ainsi qu'une progression continue, sont les aspects les plus importants de l'amélioration. Ceci

¹⁰⁷ Robert J. Wilensky, *Military Medicine to Win Hearts and Minds-Aid to Civilians in the Vietnam War*, p.60.

¹⁰⁸ Jawad et al., *Post Conflict Reconstruction in Health Sector: Host Nation Perspective*, in *Transition Issues, Challenges and Solutions in International Assistance*, ed. Henry R. Yarger, Army Peacekeeping and Stability Operations Institute (PKSOI), November 2010, p. 95-110.

¹⁰⁹ Jawad et al., *Post Conflict Reconstruction in Health Sector: Host Nation Perspective*, p. 95-110.

aura beaucoup plus d'impact sur la santé publique à long terme que n'importe quelle intervention d'une journée. La livraison de soins directs ne résulte seulement en un soulagement temporaire de la situation médicale et ne contribue très peu, même aucunement, à l'amélioration à long terme du système de santé. L'emphase doit être mise sur le développement des capacités qui peuvent par la suite et par eux-mêmes, prodiguer les soins directs.¹¹⁰ Il peut être argumenté que du point de vue des patients, la possibilité d'obtenir et d'accéder à des soins de santé directs est une façon tangible de valider l'amélioration des actions de leur gouvernement. C'est la seule référence accessible à la population pour juger la qualité du système et ne peut donc en aucun cas être rejeté comme mesure d'efficacité. De cette manière, il est important que la population voie le travail accompli pour gagner confiance au système, pour ensuite pouvoir soutenir la NH et faciliter le progrès.¹¹¹

L'exemple le plus concret de ce fait est démontré dans les différents documents de doctrines énumérés à la section 2, qui ont été publiés à la suite de l'expérience des Philippines, de l'Iraq et l'Afghanistan. Encore une fois, le FM 3-24 fournit un nombre de principes pour supporter les succès des opérations de contre-insurrection. Ces principes incluent la notion que le succès à long terme d'une campagne de contre-insurrection est fondé sur la capacité d'aider la population à prendre le contrôle de leurs affaires et accepter les règles du gouvernement. Il souligne aussi que l'unité d'effort entre les différents intervenants doit être présente à tous les niveaux pour avoir une chance

¹¹⁰ Robert J. Wilensky, *The Medical Civic Action Program in Vietnam: Success or Failure?*, p. 815-819.

¹¹¹ Shaw Alderman, Jon Christensen, and Ingrham Crawford. *Medical Seminars: A New Paradigm for SOF Counterinsurgency Medical Programs*, *Journal of Special Operations Medicine* 10, no. 1, (winter 2010).

d'atteindre le succès. Il est suggéré que le personnel militaire doit développer des partenariats sincères avec les autorités de la nation hôte et employer le leadership local et régionale le plus possible.¹¹²

FM 3-07, *Stability Operations*, met l'accent sur l'importance de construire les capacités institutionnelles à l'intérieur de la NH comme élément clé au succès des opérations de stabilité. Construire les capacités implique la création d'un environnement qui promet la participation, renforce le système de gestion et développe un entraînement durable.

L'importance de l'influence des services de santé sur les opérations de stabilisation et de contre-insurrection est tellement grande que les publications américaines citent que les Commandants Géographiques des armes de combat ont la tâche d'incorporer des opérations de stabilisation médicales à l'intérieur de leur plan de campagne, leur plan de sécurité et leur entraînement.¹¹³

Le JP 3-07 affirme que la fondation des efforts de stabilité implique la nécessité de renforcer la perception de légitimité du gouvernement de la nation hôte par la population. La restauration de services essentiels, incluant les services de santé publique et les services médicaux, est considéré un élément essentiel de l'atteinte de sécurité dans les régions fragiles.¹¹⁴

¹¹² Headquarters, Department of the Army, Field Manual 3-24, *Counterinsurgency*, Government Printing Office, Washington, DC, 2006, p. I-21-26.

¹¹³ Department of Defense, Instruction (DoDI) 6000.16, *Military Health Support for Stability Operations*, Government Printing Office, Washington DC, 2010, p. 1-6.

¹¹⁴ Chairman, Joint Chief of Staff, Joint Publication (JP) 3-07, *Stability Operations*, p.xxi-xxvii.

À la lumière de ces différents principes de reconstruction durable, il est possible d'adapter le programme MEDCAP et les VMO pour rencontrer ces fondements, et ainsi satisfaire les critères de succès de développement à long terme. Tout ceci, tout en restant à l'intérieur des limites de l'éthique de la profession médicale, soit, « *do no harm* ». Plusieurs des références expliquent l'importance de créer des projets d'action civile en suivant ces derniers principes de contre-insurrection et de développement à long terme, mais peu d'exemples de pratique ont été documentés. Les prochaines parties de cette section décriront deux options pour être capable de continuer à utiliser les services de santé comme outils de contre-insurrection, et ce, tout en suivant les règles de l'art. Deux variantes de MEDCAP et des VMO ont été expérimentées par les Forces américaines et ont montré des résultats encourageants qui pourraient être développés et supportés par les autres nations participant à la coalition. Les Forces Armée canadiennes pourraient s'impliquer plus en profondeur dans ce type d'engagement et en retirer les mêmes bénéfices qu'avec l'utilisation des VMO.

3.2 VSO « *VILLAGE STABILITY OPERATIONS* »

Operation Enduring Freedom-Philippines (OEF-P) opère aux Philippines depuis 2001. L'implication des États-Unis aux Philippines peut être examinée comme un exemple d'opération de contre-insurrection, mais surtout pour ses tactiques de stabilisation du pays, qui incluent un repositionnement de la NH dans les responsabilités de sécurité et stabilité.¹¹⁵ Dans ce cas précis, l'approche indirecte est utilisée, soit, une stratégie basée sur la création de relations, le renforcement des institutions légitimes, la

¹¹⁵ Brian Petit, *OEF-Philippines: Thinking COIN, Practicing FID*, p.10.

création de capacités de forces de sécurité, le partage d'information et d'intelligence, le développement de programmes civils-militaires précis, et la promotion agressive de la bonne gouvernance du gouvernement en place. L'approche indirecte utilise une application discrète de l'influence et de l'assistance des ÉU. Les leaders de cette opération calibrent continuellement les implications politiques de leurs actions et réalisent rapidement des ajustements au niveau local.¹¹⁶ Des exemples concrets de l'impact des VSO ont été observés aux Philippines, et dus à leurs succès, ces mêmes programmes ont été transférés et implémentés dans les opérations américaines de stabilisation en Afghanistan.

La première variation des VMO traditionnels et des MEDCAP qui a été testée lors d'opérations de contre-insurrection est l'opération de stabilisation de villages. Ceux-ci complètent les MEDCAP en utilisant cette opportunité pour donner de l'enseignement sur les principes de santé publique. Les foules qui sont en ligne pour attendre des traitements médicaux sont un auditoire idéal pour recevoir de l'enseignement et de l'entraînement en santé publique. Les principes de santé publique, de l'enseignement sur les soins aux animaux par les vétérinaires, ainsi que les projets d'ingénierie qui peuvent être accomplis lors des engagements médicaux traditionnels, font une différence significative sur l'effet à long terme sur la population de la NH.¹¹⁷

L'implication des forces militaires comme mentors dans ce type d'engagement a prouvé une amélioration des résultats à long terme par rapport aux VMO originaux. La différence significative par rapport au VMO est donc l'implication des organisations

¹¹⁶ *Ibid.*, p.11

¹¹⁷ Dennis Rufolo et Cyndie Facciolla, *Public Health Operations in the JSOTF-P*, Journal of Special Operation Medicine, Volume II, Edition I, Winter 2011, p.4.

locales, mais aussi le fait qu'un enseignement de base est donné à la population pour leur offrir l'information nécessaire pour faire des progrès de santé publique à long terme.¹¹⁸ L'éradication des maladies contagieuses est à la base de ces séminaires et des enseignements aussi simples que l'hygiène de base ainsi que la préparation de la nourriture peuvent être suffisants pour faire une différence à long terme sur la santé d'un village. Si l'on ajoute à ceci des conseils sur le traitement des animaux par les vétérinaires ainsi que sur le développement de sources d'eau potable par les ingénieurs, il est possible de donner à un village les ressources de base nécessaires à une amélioration de la situation, et ce, sans l'intervention continue des forces militaires de stabilisation. Le fait de voir les organisations locales ainsi que le gouvernement faire des efforts pour le développement de sa population est une aide majeure pour la légitimité du gouvernement de la NH. Plus l'aspect de l'enseignement au sujet de la santé publique continue d'être incorporée dans les engagements de stabilité, les classes continueront d'évoluer et vont ainsi avoir un plus grand potentiel d'améliorer significativement la situation locale de la nourriture et l'assainissement de l'eau.

L'intention de la partie vétérinaire du programme était d'habiliter les fermiers locaux à améliorer la santé globale de leurs troupeaux, diminuer les maladies animales et de créer un lien entre les villages et les ressources gouvernementales.¹¹⁹ Encore lors des VSO aux Philippines, le département de l'agriculture et vétérinaire ont initié chacune des missions avec un séminaire d'éducation qui incluait des sujets qui couvraient la santé générale des troupeaux, la diminution des infections parasitaires,

¹¹⁸ Neiman, C. Young, 4th and Long, *The Role of Civil Affairs in VSO, Special Warfare*, Volume 24 Issue 3, July-September 2011, p. 17.

¹¹⁹ Dennis Rufolo et Cyndie Facciolla, *Public Health Operations in the JSOTF-P*, p.4.

ainsi que la façon adéquate d'administrer la médication aux animaux. En utilisant ces forums pour discuter des différents programmes gouvernementaux existants, le département de l'agriculture a aussi pu donner de l'enseignement sur les pesticides et leur association avec le taux de cancer de la région.¹²⁰ Une autre observation faite dans le cadre de ce type de visite est que l'implication des vétérinaires attire une population masculine qui est rarement rejointe lors des visites uniquement médicales et de santé publique. Comme les hommes sont généralement responsables de l'élevage des troupeaux de bétail, ils auront une plus grande tendance à se déplacer pour l'événement, mais seront rejoints du même coup par les messages et les enseignements en santé publique.¹²¹ Encore une fois une excellente façon de joindre l'effet à long terme sur la santé de la population avec l'implication du gouvernement local.

Si l'on prend en considération les critiques sur la mauvaise médecine associée avec les engagements médicaux à court terme, le fais de réorienter les visites vers la santé publique, les projets d'ingénierie rapides ainsi que sur la santé des animaux, les résultats sont bien différents. Les conseils donnés par ces trois spécialités ont des effets durables sur la santé d'un village tout en évitant un engagement médical qui serait vu comme de la mauvaise médecine. L'avantage de ce type d'engagement est qu'il est possible d'accomplir un effet à long terme et durable avec un projet plus ou moins court et peu coûteux.

Pour revenir aux possibilités des Forces Armée canadiennes, les VSO pourraient être organisés avec la collaboration des services de santé, incluant les techniciens en

¹²⁰ Dennis Rufolo et Cyndie Facciolla, *Public Health Operations in the JSOTF-P*, p.6.

¹²¹ *Ibid.*, p.4.

médecine préventive pour les conseils de santé publique ainsi que pour certains conseils vétérinaires, et les ingénieurs. Les techniciens en médecine préventive des FC sont extrêmement compétents en santé publique, toutefois, les partenariats avec d'autres membres de la coalition pourraient aussi être une solution pour compenser l'absence de vétérinaires dans les FC. Dans le cas où un partenariat serait impossible, un autre type d'engagement, soit le « *Public Health Civic-Action Program* » peut être utilisé par les FC seules.

3.3 « *PUBLIC HEALTH CIVIC-ACTION PROGRAM (PHCAP)* »

Comme l'emploi traditionnel des ressources médiales à l'intérieur des programmes d'actions civiques a été démontré comme étant contre-productive aux principes de contre-insurrection, et du même coup, une mauvaise influence à l'amélioration de la légitimité du gouvernement de la NH, une autre forme d'engagement médicale a été développée et mis à l'essai lors des opérations aux Philippines. L'enseignement et l'éducation de la population est mis en premier plan de ce programme et permet donc de contre carrer les effets négatifs des VMO traditionnels. Les opérations de santé publique permettent aux commandants d'utiliser un minimum de ressources tout en atteignant effectivement des villages complets (hommes, femmes et enfants). Les MEDCAP ne mettaient pas l'accent sur l'aspect de l'éducation de la santé publique qui peut prévenir facilement des conditions médicales chroniques, mais se concentraient davantage sur les interventions qui procurent un traitement rapide. (Ex. administration et la distribution d'antibiotique). Cette méthode n'offre aucun traitement des causes du développement des conditions chroniques qui pourraient facilement aider les villages à

gérer leur propre santé.¹²² Au contraire, les programmes à base éducationnelle ont le potentiel de procurer le savoir nécessaire à produire un effet durable sur une population donnée.

Ce type d'engagement a aussi été observé lors des opérations en Afghanistan. Plusieurs nations ont intégré les PHCAP dans leurs opérations médicales au support des opérations de contre-insurrection. Par exemple, le personnel médical des forces britanniques a travaillé main dans la main avec leurs compatriotes de l'Armée Nationale Afghane (ANA) pour l'amélioration de la santé publique des communautés locales dans lesquelles ils travaillaient. Ces projets de santé communautaire visent à augmenter la portée du ministère de la santé publique afghan à l'intérieur des différents districts, et donc de donner plus de légitimité au gouvernement du pays face à sa population.¹²³ Depuis la session initiale, les employés du district, les aînés des villages, la Police Nationale Afghane (PNA), les troupes britanniques et afghanes ont travaillé d'un commun effort pour créer et supporter des ateliers dans le plus de régions possible, pour dispenser de l'entraînement sur les principes de santé de base, incluant la planification familiale ainsi que la prévention de la malaria. Les intervenants ont travaillé ensemble pour assurer que les messages de santé publique se rendent le plus loin possible dans les régions isolées qui ont de la difficulté à avoir accès aux cliniques médicales. Major Nicola MacLeod, médecin des Forces britanniques, qui était à la base de cette initiative cite que « *the Afghan Ministry of Public Health have some good clinics...and recognize the need for community outreach. This project helps them extend to the more rural and*

¹²² Dennis Rufolo et Cyndie Facciolla, *Public Health Operations in the JSOTF-P*, p.4.

¹²³ UK Forces in Afghanistan Blog, *British Army Spread Public Health Messages*, March 2011, <http://ukforcesafghanistan.wordpress.com> Accédé 22 février 2013.

*poorer areas with the help of the ANA, the ANP and us.*¹²⁴ » Il ajoute aussi que « *the local elders understand the benefits of preventative medicine and often put forward teachers, or Mullah, for training, as they see that cascade of education is an important part of promoting health in their communities.*¹²⁵ » Le plus important est l'implication des Afghans dans ce projet, comme le Dr Noorullah Zyarmal, qui lui souligne que

*« Teaching about health has been as opportunity to meet locals and get some messages to them to make their lives easier and healthier. A little knowledge can go a long way. Our hope is that those we have trained will share this information in schools, at mosques and with their families.*¹²⁶ »

Les PHCAP sont donc une bonne solution de remplacement pour les MEDCAP et les VMO qui peut être supporté par les services de santé des FC lors de déploiement, et ce, avec des effets à plus ou moins long terme.

3.4 LES SÉMINAIRES MÉDICAUX (MEDSEM)

Un autre type de programmes d'actions civiques développé pour contrer les critiques sont les séminaires médicaux (MEDSEM). Les MEDSEM ont été créés par les Forces Spéciales américaines pour adresser les imperfections de MEDCAP à l'intérieur des opérations de contre-insurrection effectuées sur l'île de Mindanao dans le sud des Philippines.¹²⁷ Ils ont ensuite été adaptés aux opérations de stabilisation et de

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ UK Forces in Afghanistan Blog, *British Army Spread Public Health Messages*, March 2011, <http://ukforcesafghanistan.wordpress.com> Accédé 22 février 2013.

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ Brian Petit, *OEF-Philippines: Thinking COIN, Practicing FID*, p.10.

reconstruction de l'Afghanistan.¹²⁸ À la base, le MEDSEM est un type de programme d'actions civiques médicales au même titre que MEDCAP, mais doit absolument être identifié différemment pour éviter la confusion et éviter qu'il y soit confondu. Les séminaires médicaux ont été désignés pour engager une zone d'intérêt, fournir des soins médicaux, encourager la création de relations, améliorer les infrastructures médicales locales et faire la promotion de l'interopérabilité entre les agences de la NH.¹²⁹

Le processus de planification est le suivant, et est une partie intégrante du programme lui-même, par le fait qu'il implique le personnel civil et militaire de la NH dès le début, leur donnant ainsi l'appartenance au projet. La clé du succès de cette planification est la période pour préparer la zone d'intérêt ainsi que la création de relations avec les villages qui, en tout, est d'une durée d'environ 30 à 60 jours.

La planification commence par une analyse détaillée de l'espace de bataille. Le personnel médical des Forces Spéciales (FS) supporte les officiers des plans de la NH dans ce processus. L'analyse inclut l'identification des éléments médicaux régionaux et provinciaux, fournit une évaluation des besoins médicaux de la zone, et développent ensuite une analyse de faisabilité pour différentes opérations. À la fin de l'étude, il y a normalement une quinzaine de villages identifiés par les planificateurs.¹³⁰

¹²⁸ *Medics Teach Afghans to Help Themselves*, U.S. Fed News Service, Washington, 2010, accédé par Proquest 21 février 2013.

¹²⁹ Shaw Alderman, Jon Christensen, and Ingrham Crawford. *Medical Seminars: A New Paradigm for SOF Counterinsurgency Medical Programs*, *Journal of Special Operations Medicine* 10, no. 1, (winter 2010).

¹³⁰ *Ibid.*

Le développement des éléments médicaux est nécessaire à tous les niveaux du processus. Le personnel médical des FS forge des relations solides avec les bureaux de santé régionaux et municipaux, les officiers médicaux de la NH et les hôpitaux de la région visée. Le personnel militaire sur le terrain fait de même avec les travailleurs de la santé des régions rurales, le gouvernement et la police locale¹³¹. Les infrastructures et les organisations de la NH sont donc impliquées dès le début, et peuvent identifier les besoins en santé publique avec leur propre perspective. L'autre avantage de cette méthode est l'initiation de la promotion vitale de l'interopérabilité entre les différentes organisations, telles que le médical, le gouvernement, la police et les militaires. Plusieurs réunions sont nécessaires pour arriver à planifier adéquatement, et les officiers médicaux de la NH y sont toujours en avant plan et prennent les décisions.

Le groupe d'officiers de la NH rencontre ensuite les leaders du village pour établir le contact et présenter le plan du MEDSEM, ainsi que les futurs engagements médicaux pour leur village. La réponse des villages pour les MEDSEM a été immédiatement positive et tous les villages approchés ont accepté de participer, peu importe le degré d'influence des insurgés sur leur population.¹³²

Les différentes entités participantes contribuent au succès de MEDSEM. Le bureau de la santé municipal identifie les besoins en santé publique, produit les lectures et fournit les instructeurs et le personnel pour dispenser les soins. Le gouvernement local reçoit normalement le séminaire à l'intérieur de l'hôtel de ville pour une durée de

¹³¹ Basil Catanzaro and Kirk Windmueller, *Taking a Stand, Village Stability Operations and the Afghan Local Police*, Special Warfare, Volume 24 issue 3, July-September 2011, p. 32.

¹³² Shaw Alderman, Jon Christensen, and Ingrham Crawford. *Medical Seminars: A New Paradigm for SOF Counterinsurgency Medical Programs*, p.18.

trois jours. Les forces militaires de la NH sont en général responsables des praticiens ainsi que de la sécurité du périmètre externe. Le personnel médical local assiste souvent avec les lectures et les soins aux patients. Une fois le séminaire terminé, les étudiants participants doivent organiser eux-mêmes un programme médical pour leur région. C'est le cout d'entrée pour la participation.¹³³

Les résultats des MEDSEM ont été étudiés pour en tirer les conclusions suivantes. Les mesures de performances médicales sont concluantes et démontrent qu'une quantité similaire de patients est traitée lors des MEDSEM par rapport aux MEDCAP et autres VMO. Il est aussi démontré qu'il n'y a eu aucun effet indésirable et aucune opération d'information négative de la part des insurgés. De plus, dans le cas de l'Afghanistan, les MEDSEM ont eue beaucoup d'influence sur la population, plus de présence aux shuras de district, une augmentation marquée de rapport d'IED par la population locale, une plus grande zone de sécurité autour du district, et des demandes supplémentaires par les leaders de districts pour d'autres engagements médicaux.¹³⁴

Il faut quand même noter que les FS ont un avantage que les forces traditionnelles n'ont pas quand il est temps de préparer un MEDSEM. Le fait que les FS vivent dans les villages et ont cette proximité avec le peuple local, il est beaucoup plus facile pour eux d'atteindre cette relation de confiance qui est nécessaire avec la population.¹³⁵ Les services de santé de la force traditionnelle ne pourraient entreprendre des interventions de

¹³³ Shaw Alderman, Jon Christensen, and Ingrham Crawford. *Medical Seminars: A New Paradigm for SOF Counterinsurgency Medical Programs*, p.19.

¹³⁴ Tarpey, J. Michael. *The Role of the U.S. Army In Health System Reconstruction and Development During Counterinsurgency*, Master of Military Art and Science, Fort Leavenworth, Kansas, 2012, p.98.

¹³⁵ Brian Petit, *OEF-Philippines: Thinking COIN, Practicing FID*, p.10.

cette nature sans l'aide des FS. Il est par contre possible de faire l'hypothèse qu'une coopération entre les FS, qui pourraient initier les programmes, et les forces traditionnelles, qui eux pourraient s'intégrer aux processus une fois le premier contact établi, peut être une solution qui permettrait de généraliser ce type d'engagement. Beaucoup de travail a été effectué sur le développement des MEDSEM dans les différentes opérations de contre-insurrection et de stabilisation, et ils ont démontré qu'ils peuvent être une solution intéressante pour contrer les effets négatifs des MEDCAP, tout en aidant à la reconstruction du système de santé du pays en voie de stabilisation. Une solution honnête et éthique qui devrait être étudiée davantage par les Forces Armées canadiennes et leurs services de santé.

La présentation dans cette section des qualités d'un engagement médical idéal ainsi que des différentes variantes des MEDCAP et VMO originaux, démontre qu'il est possible de faire les choses de façon adéquate pour aider la NH à développer son système de santé et d'encourager son indépendance dans le traitement de sa population. Les effets pour les forces de la coalition restent les mêmes. En influençant positivement la population locale, il sera encore possible de supporter les opérations de contre-insurrection, cinétiques ou non. De plus, comme la population est impliquée personnellement dans le développement des capacités locales, elle sera beaucoup plus encline à produire un effet durable. Ces quelques options ont fait leurs preuves dans quelques théâtres d'opérations de stabilisation et méritent donc une attention particulière par les FC.

CONCLUSION

De 2001 à 2011, les Forces Armées canadiennes ont été déployées en Afghanistan avec les forces de la coalition pour exécuter des opérations de contre-insurrection contre les Talibans. Pour les Canadiens, beaucoup de leçons ont été tirées de cette expérience unique par notre association avec d'autres nations qui elles, ont beaucoup plus d'expertise dans le domaine. Les principes de contre-insurrection que nous connaissons aujourd'hui ont une longue histoire et ont été développés et utilisés dans différentes campagnes de colonisation, de pacification et de contre-insurrection. Ces principes incluent l'utilisation d'une approche globale, ou intégrée, qui veut que l'ensemble des actions militaires, politiques, économiques et sociales soit utilisé pour combattre l'ennemi, s'attaquant ainsi à l'intégrité de son système.

Les principes de contre-insurrection qui ont été utilisés et adaptés par les nations comme la France, la Grande-Bretagne et les États-Unis durant différents conflits, sont en quelque sorte la base de la doctrine utilisée lors des opérations de stabilisation et de reconstruction aujourd'hui. Il a été déterminé que le centre de gravité d'une contre-insurrection est la capacité de gagner la confiance et le support du peuple contre les insurgés. Pour être efficaces, les opérations de contre-insurrection doivent donc engager la population, les troupes doivent vivre au travers le peuple, doivent développer des programmes innovateurs et rebâtir des capacités pour le gouvernement dans des domaines où l'insurrection est la plus forte.¹³⁶ Une méthode qui a été identifiée pour appliquer ces principes est de dispenser à la population des services de base qui sont

¹³⁶ Tarpey, J. Michael. *The Role of the U.S. Army In Health System Reconstruction and Development During Counterinsurgency*, p. 105.

manquants dans leur environnement, pour qu'elle prenne conscience des capacités de leur gouvernement à améliorer la situation précaire du pays. Un des services de base les plus convoités par les populations locales est souvent l'accès à des soins de santé. Il faut donc garder en tête la nature non conventionnelle des conflits comme la guerre du Vietnam ou encore la guerre en Afghanistan pour bien comprendre le travail des services de santé et leur influence pour gagner les *cœurs et les esprits* de la population locale qu'ils traitent.

Le personnel des services de santé militaires est déployé pour supporter les opérations et prodiguer les soins nécessaires aux troupes blessées ou malades. Leur but premier est de garder la capacité de la force à combattre en tout temps, et de retourner les blessés à un état optimum pour les opérations le plus rapidement possible. Même s'ils ont toujours prodigué des soins aux civils dans les conflits traditionnels, lors des opérations plus complexes comme les campagnes de contre-insurrection, ce rôle s'est élargi et est devenu partie intégrante de la stratégie de stabilisation. Le personnel et le système des services de santé n'ont jamais été réellement préparés à ce rôle, et se retrouvent avec une tâche monumentale, ainsi que des responsabilités stratégiques et politiques lourdes de conséquences. Leur personnalité altruiste et leurs obligations professionnelles les placent dans une position inconfortable face aux objectifs stratégiques et politiques des opérations, remettant souvent en question l'éthique de certaines pratiques d'engagements médicaux. Les services de santé prouvent être un outil indispensable au gain du support de la population, à la collection de renseignements importants pour les opérations ainsi que de procurer de l'information précieuse sur l'ennemi, mais à quel prix et dans quelles limites?

Il a été démontré dans ce mémoire de recherche que l'utilisation des soins de santé pour influencer la population lors de campagne de contre-insurrection est efficace, et peut être fait à l'intérieur des règles d'éthiques médicales. Ceci, tout en suivant les fondements des principes de contre-insurrection et de reconstruction à long terme. Cette thèse a été démontrée en commençant la section 1 par la présentation de l'historique des principes de contre-insurrection et leur utilisation par différents stratégies militaires. Il est essentiel de comprendre d'où viennent les principes qui sont utilisés aujourd'hui pour en adapter les méthodes à toute situation tout en en gardant les fondements. Ces principes ont fait leurs preuves dans une grande variété de conflits et ont depuis longtemps impliqué les services de santé comme base au développement de la confiance de la NH.

La section 2 a fait une revue des différentes critiques de cette utilisation des services de santé militaires et leur mauvaise influence sur le développement d'un système de santé indépendant, mais surtout, leurs effets à long terme sur la légitimité du gouvernement en place. De leur côté, les professionnels de la santé ont un besoin fondamental d'aider les autres et de traiter la population dans le besoin. La déontologie médicale veut qu'ils traitent toutes les personnes sans discrimination et avec les mêmes standards de qualité, ce qui pose un problème d'éthique, qui est compris comme une raison suffisante pour proscrire certains programmes d'aide médicale à la population. Les types d'interventions et d'engagements médicaux à court terme, tels que les MEDCAP et les VMO, ont été analysés et les conclusions ont fait qu'ils sont devenus presque inutilisés dans leur forme originale. Adresser les besoins de base est le premier pas vers la construction d'un système de santé autosuffisant. De plus, le MEDCAP omet trop souvent d'inclure les officiels de la santé de la NH. Le crédit pour la provision de

traitements est donc donné au personnel médical des forces de stabilisation, pendant que les praticiens locaux sont perçus comme inférieurs. Ceci a l'effet de dégrader la confiance de la population locale dans les habilités du gouvernement de donner les services essentiels de façon indépendante. Il est extrêmement important que tous les projets des services de santé entrepris soient durables et que la nation hôte se les approprie. Toutes les missions d'aide devraient toujours être planifiées dans le but de rehausser l'autorité légitime du gouvernement de la nation hôte. Si un projet ne remplit pas ces critères spécifiques, il ne devrait pas être entrepris.¹³⁷

Pour terminer, la section 3 effectue une révision d'options de solutions pour contrer les effets négatifs des programmes d'aide à court terme comme les MEDCAP et les VMO, et tente de présenter un programme civil-militaire idéal rencontrant les principes de reconstruction à long terme. Plusieurs variations des MEDCAP et VMO ont été revues et présentent chacun des avantages et des faiblesses, mais rien qui puisse corrompre le développement à long terme de la NH. Des adaptations adéquates des programmes d'actions civiques peuvent encore faire une différence et supporter l'effort de contre-insurrection. Il est possible de gagner les cœurs et les esprits de la population, ainsi que leur support vers une légitimité du gouvernement de la NH, tout en respectant les principes de développement à long terme.

Sans se soucier de la variante du programme d'engagement médical utilisée, l'opération sera un succès si l'organisateur reconnaît et évite les failles possibles de telles actions. Pour ce faire, les considérations de planification doivent inclure l'avancement des infrastructures médicales de la NH, la promotion de l'interopérabilité ainsi qu'une

¹³⁷ Chairman, Joint Chiefs of Staff, Joint Publication (JP) 4-02, *Health Services Support*.

amélioration franche de la santé publique du peuple. Ces critères sont extrêmement importants pour un effort à long terme et pour faire mentir les critiques.

Il est clair qu'il y aura des circonstances particulières où les engagements de courte durée seront encore requis, en particulier lorsque face à une contrainte de temps, un accès limité à la population, et lorsqu'il y a de l'action ennemie dans la zone visée. L'élément de sécurité peut indéniablement dicter la tenue d'événements plus petits et d'une seule journée. Les interventions dans les zones instables sont encore des endroits où les VMO peuvent être bénéfiques pour la population et aider à stabiliser une situation précaire rapidement. En d'autres mots, préparer le terrain pour des engagements à plus long terme. Il est important de toujours garder en tête que les engagements à court terme doivent seulement être utilisés de façon limitée, et seulement lorsqu'une intervention à long terme est impossible. Il est primordial qu'il n'y ait pas de dommage possible à la crédibilité du gouvernement en place.

Ce mémoire de recherche couvre seulement une infime partie d'un sujet d'une ampleur impressionnante. Après dix ans de combat contre l'insurrection talibane, les forces de la coalition ont transformé leurs objectifs vers le développement durable et ont maintenant un rôle de mentorat en Afghanistan. Pour les services de santé, cela implique un entraînement de professionnels de la santé dans tous les domaines de spécialités médicales. En réalisant les recherches pour ce document, il a été observé que peu d'études ont été faites sur les résultats de ce mentorat, mais surtout, et encore, sur le problème éthique auquel le personnel des services de santé militaires fait face. Il n'y a aucun doute, que l'engagement du personnel des services de santé dans ce nouveau rôle de mentorat a une influence positive sur la population et sur le gouvernement afghan.

Toutefois, malgré tous les efforts pour la reconstruction d'un système de santé efficace, indépendant et durable, le personnel des services de santé militaires se retrouve encore devant un dilemme éthique majeur. Bien que nos généralistes et spécialistes mettent tout leur professionnalisme à l'œuvre pour entraîner le personnel afghan à performer toutes les procédures médicales de façon indépendante, le manque d'étude et d'expertise reste un obstacle aux succès de la mission. De l'autre côté, il est clair que les professionnels de la santé du système afghan font aussi tous les efforts nécessaires pour rendre, avec l'aide de leurs mentors, un service adéquat à leur population. Par contre, il reste que dû au manque d'entraînement à long terme de ce nouveau personnel médical, les praticiens peuvent souvent être placés dans des situations qui peuvent mettre la vie de patients en danger. À qui reviendra donc la responsabilité si un acte de mauvaise pratique médicale survient? Une étude plus approfondie de ce sujet est nécessaire pour évaluer l'impact réel de l'effort de mentorat de la coalition sur le développement à long terme d'un système de santé d'un pays en voie de stabilisation et de reconstruction.

BIBLIOGRAPHIE

DOCUMENTS GOUVERNEMENTAUX

B-GL-232-004/FP-003. *Opérations de contre-insurrection*, Published on the authority of the Chief of the Land Staff, 2008.

Chairman, Joint Chiefs of Staff, Joint Publication (JP) 4-02, *Health Services Support*.

Department of Defense, Instruction (DoDI) 6000.16, *Military Health Support for Stability Operations*, Government Printing Office, Washington DC, 2010

Headquarters, Department of Army, Field Manual 3-07. *Stability Operations*, Government Printing Office, Washington, DC, 2008.

Headquarters, Department of the Army, Field Manual 3-24. *Counterinsurgency*, Government Printing Office, Washington, DC, 2006

Reconstruction and Development. *Allied Command Operations (ACO) guidance for military medical services involvement with humanitarian Assistance and Support to Governance*,; ACO Directive number 83-2; dated 8 March 2010.

United Nations Assistance Mission in Afghanistan (UNAMA), Afghanistan: annual report 2010 on the protection of civilians in armed conflict, Kabul, March 2011.

LIVRES

Beckett, F.W. and John Pimlott, *Armed Forces & Modern Counter-Insurgency*, Croom Helm, Sydney, 2001.

Beckett, F.W. *The Roots of Counter-Insurgency, Armies and guerrilla warfare, 1900-1945*, Blandford Press, London, 1988.

Boyle, Michael J. *Do counterterrorism and counterinsurgency go together?*, International Affairs 86: 2, 2010

Campbell, Brian. *War and Society in Imperial Rome, 31 BC-AD 284*, Routledge, London, 2002.

Chaliand, Gérard. *Anthologie mondiale de la stratégie des origines au nucléaire*, Robert Laffont, Paris, 2009.

Cooley, John K. *Unholy Wars : Afghanistan, America, and International Terrorism*, Pluto Press, London, 1999.

- Davis, M. Lois, Hosek D. Susan, Tate G. Michael, Perry Mark, Hepler Garard, Steinberg S. Paul. *Army Medical Support for Peace Operations and Humanitarian Assistance*, RAND, Santa-Monica, California, 1996.
- Davis, K. Paul. *Dilemmas of Intervention, Social science for Stabilization and Reconstruction*, National Defense Research Institute, 2011.
- Erdkamp, Paul. *A Companion to the Roman Army*, Blackwell Publishing, Australia, 2007.
- Forest, J.F, James. *Countering Terrorism and Insurgency in the 21st Century, International Perspectives, Strategic and Tactical Considerations*, Praeger Security International, Westport, 2007.
- French, David. *The British Way in Counter-Insurgency 1945-1967*, Oxford University Press, Oxford, 2011.
- Galula, David. *Pacification in Algeria 1956-1958*, South Hayes : RAND Corporation, 2006.
- Galula, David. *Counterinsurgency Warfare: Theory and Practice*, Praeger Security International, 1964.
- Gillet, Maxime. *Principes de pacification du Maréchal Lyautey*, Économica, Paris, 2012.
- Heuser, Beatrice. *The Evolution of Strategy-Thinking war from Antiquity to the Present*, Cambridge University Press, Grande Bretagne, 2010.
- Hopperus Bumás, Adriaan P.C.C., David G. Burrís, Alan Hawley, James M. Ryan et Peter F. Mahoney. *Conflict and Catastrophe Medicine, A practical Guide*, Second Edition, Springer, London, 2009.
- Howard, Russell D. et Bruce Hoffman. *Terrorism and Counterterrorism: Understanding the New Security Environment, Readings and Interpretations*, McGraw Hill Higher Education, New York, 2011.
- Hynek, Nik and Peter Marton. *State building in Afghanistan*, Routledge, London, 2012.
- Margolis, Eric S. *War at the Top of the World: The Struggle for Afghanistan and Asia*, Key Porter Books, Toronto, 2007.
- Marsden, Peter. *Afghanistan Aid, Armies & Empires*, I.B.Tauris & Co Ltd, London, 2009.
- Marr, G. David. *Vietnam 1945 : The Quest for Power*, 1995
- Micheletti, Pierre. *Afghanistan, Gagner les cœurs et les esprits*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 2011.

Mockaitis, Thomas, R. *British Counterinsurgency in the Post-Imperial Era*, Manchester University Press, Manchester, 1995.

Mortenson, Greg, et David Oliver Relin. *Three Cups of Tea*, Penguin Books, New York, 2006.

Mortenson, Greg. *Stones into Schools-Promoting Peace Through Education in Afghanistan and Pakistan*, Penguin Books, New York, 2010.

Munoz, Arturo. *U.S. Military Information Operations in Afghanistan, Effectiveness of Psychological Operations 2001-2010*, National Defense Research Institute, 2012.

Nagl, John A. *Learning to eat soup with a knife: counterinsurgency lessons from Malaya and Vietnam*, University of Chicago Press, Chicago, 2005.

O'Neill E., Bard. *From Revolution to Apocalypse, Insurgency & Terrorism*, 2 Edition, Potomac Books Inc, Washington, 2005

Ott, B. Barbara et Robert M. Olson, *Ethical Issues of Medical Missions: The Clinicians' View*, HEC Forum, 23, 2011.

Peabody, David. *The Challenges of Doing Good Work: The Development of Canadian Forces CIMIC Capabilities and NGOs*, The Center for Military and Strategic Studies, Calgary, 2005.

Scott M., Andrew. *Insurgency*, The University of North Carolina Press, North Carolina, 1970.

Spencer, Emily. *The Difficult War, Perspectives on Insurgency and Special Operations Forces*, Canadian Defence Academy Press, Kingston, 2009.

Scheuer, Michael. *Through our Enemies' Eyes-Osama bin Laden, Radical Islam, and the Future of America*, Potomac Books Inc., Washington D.C., 2002.

Sullivan S., David et Martin Sattler. *Revolutionary War : Western Response*, Columbian University Press, New York, 1971.

Tamas, Andy. *Warriors and Nation Builders: Development and the Military in Afghanistan*, Canadian Defense Academy Press, Kingston, Ontario, 2009.

Thompson, F. Donald. *The Role of Medical Diplomacy in Stabilizing Afghanistan*, Defense Horizons, no.63 (May 2008)

Wilensky, Robert. *Military Medicine to Win Hearts and Minds - Aid to Civilians in the Vietnam War*, Texas Tech University Press, Texas, 2004.

ARTICLES

Alderman, Shaw, Jon Christensen, and Ingrham Crawford. *Medical Seminars: A New Paradigm for SOF Counterinsurgency Medical Programs*, Journal of Special Operations Medicine 10, no. 1, (winter 2010)

Annas, George. *Military Medical Ethics-Physician First, Last, Always*. N Engl J Med 2008, 359 (11).

Bricknell, Martin. *Reflections on Medical aspects of ISAF IX in Afghanistan*, JR Army Medical Corps, 153(1), p. 44-51.

Caci, Jennifer, LTC. *Counterinsurgency, Health Care, and Human Nature: Tapping Into the Hierarchy of Needs*, Journal of Special Operations Medicine, Volume 11, Edition 1, Winter 2011.

Cameron, EA. *Do No Harm – The Limitations of Civilian Medical Outreach and MEDCAP Programs Based in Afghanistan*, J R Army Med Corps, 157(3).

Catanzaro, Basil and Kirk Windmueller. *Taking a Stand, Village Stability Operations and the Afghan Local Police*, Special Warfare, Volume 24 issue 3, July-September 2011.

Cariappa, P. Mudera, LT COL, Col Eugene V. Bonventre, Bikash K. Mohanti. *Operation Sadbhavana: Winning Hearts and Minds in the Ladakh Himalayan Region*, Military Medicine, Vol 173, No. 8 August 2008.

Connett, Ty, et Bob Cassidy. *VSO: More than Village Defense*, Special Warfare, Volume 24 Issue 3, July-September 2011.

DeCamp, Matthew. *Scrutinizing Global Short-Term Medical Outreach*, The Hastings Center Report : Nov-Dec, 37, 6, 2007.

Exum, Andrew. *On CT vs COIN*, Small Wars Journal, 26 March 2009.

Facciolla, Cyndie CPT and Dennis Rufolo CPT. *Public Health Operations in the JSOTF-P*, Journal of Special Operations Medicine, Volume 11, Edition1, winter 2011.

Goff, Philip Lt Col. *Air Force Preventive Medicine's Role in the War Against Terrorism: New Missions for the Global Counterinsurgency*, Journal of Special Operations Medicine, Volume 10, Edition 4, Fall 2010.

- Hamid, Simon. *Guidelines for Implementing Medical Operations in Counterinsurgency Fight: A framework for Engagement*, Journal of Special Operations Medicine 11 no.2 (Spring 2011)
- Harrington, Robert D. LTC. *SOF Dentistry*, Journal of Special Operations Medicine, Volume 9, Edition 4, Fall 2009.
- Hughes, Geraint. *A Model Campaign Reappraised: The Counterinsurgency War in Dhofar, Oman, 1965-1975*, Journal of Strategic Studies, v32 :2, 2009.
- Jawad et al., *Post Conflict Reconstruction in Health Sector : Host Nation Perspective*, in *Transition Issues, Challenges and Solutions in International Assistance*, ed. Henry R. Yarger, Army Peacekeeping and Stability Operations Institute (PKSOI), November 2010.
- Jones, Robert C. *The Jones Insurgency Model – A Tool for the Prevention and Resolution of Insurgency*, Small Wars Journal, May 18, 2010.
- Jones, Robert C. *Understanding Insurgency: The Condition behind the Conflict*, Small Wars Journal, Oct 2011.
- Malsby, Robert. *Medical Civilian-Assistance Programs (MEDCAP) in Direct Support of Kinetic Operations: a Template for Integration of Civil Medical Operations as a Forces Multiplier During Combat Operations*, Journal of Special Operations Medicine, Volume 7, Edition 1, Winter 2007.
- Petersen, Friis Arne et Hans Binnendjik. *The Comprehensive Approach Initiative: Future Options for NATO*, Defense Horizons, no. 58, September 2007.
- Petit, Brian. *OEF-Philippines: Thinking COIN, Practicing FID*, Special Warfare, January-February, Volume 23 Issue 1, 2010.
- Ritchie EC and R.L. Mott. *Military Humanitarian Assistance: the Pitfalls and Promise of Good Intentions*, US Military Medical Ethics, 2(25), 2003.
- Rubenstein, Leonard. *Post-Conflict Health Reconstruction: New Foundations for U.S. Policy*, United States Institute of Peace Working Paper, septembre 2009.
- Rufolo, Dennis et Cyndie Facciolla. *Public Health Operations in the JSOTF-P*, Journal of Special Operation Medicine, Volume II, Edition I, Winter 2011.
- Shafer, Michael D. *The unlearned lessons of counterinsurgency*, Political Science Quarterly 103: 1, 1988
- Tarpey, J. Michael. *The Role of the U.S. Army In Health System Reconstruction and Development During Counterinsurgency*, Master of Military Art and Science, Fort Leavenworth, Kansas, 2012.

Turshen, Meridith. *The Impact of Colonialism on Health and Health Services in Tanzania*, International Journal of Health Services, #7.

Warren J.K. *Helping or Harming? What Role can the UK Military Medical Services Play in Assisting the Afghan Healthcare Services?*, Diploma in the Medical Care of Catastrophes Dissertation 2011.

Warren J.K. *Helping or Harming? What Role can the UK Military Medical Services Play in Assisting the Afghan Healthcare Services?*, Diploma in the Medical Care of Catastrophes Dissertation 2011.

Welling, Ryan, D.G Burris and N.M. Rich. *Seven Sins of Humanitarian Medicine*, World J Surg 2010, 34(3).

Wesley, Edward. *Winning the Hearts and Minds in Counterinsurgency: The British Approach in Malaya and Oman and the U.S. in Iraq and Afghanistan*, The University of Kansas, 2010.

Wilensky, Robert. *The Medical Civic Action Program in Vietnam: Success or Failure?*, Mil Med, 2010, Volume 166, p. 815-819.

Young, C. Neiman. *4th and Long, The Role of Civil Affairs in VSO, Special Warfare*, Volume 24 Issue 3, July-September 2011.

SITE INTERNET

Health and fragile States Network. *Health Systems Strengthening in Fragile Contexts : A Report on Good Practices and New Approaches*, June 2009, p.50
http://www.bsf-south-sudan.org/sites/default/files/Good_Practices_Report_final.pdf,
 accédé le 10 janvier 2012.

Jackson, Ashley. *Quick Impact, Quick Collapse : The Danger of Militarized Aid in Afghanistan*, January 2010
<http://www.scribd.com/doc/25889897/Oxfam-Quick-Impact-Quick-Collapse> (accédé le 4 mars 2013)

Messino, Carol. *The United States Military as an Agent of Development: Counterinsurgency Doctrine and Development Assistance*, International Affairs Working Paper, Oct 2010, http://www.gpia.info/files/u706/Messino_2010-05.pdf accédé 20 février 2013.

Ouarem, Mokrane. *Lyautey au chevet de l'Afghanistan*, Le Monde.fr | 01.04.2010 à 18h46 http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/04/01/lyautey-au-chevet-de-l-afghanistan-par-mokrane-ouarem_1327594_3232.html accédé le 1er janvier 2013.

Petraeus, David. *Multinational Force-Iraq Commander's Counterinsurgency Guidance*, Military Review (September-October 2008),

http://usacac.army.mil/CAC2/MilitaryReview/Archives/English/MilitaryReview_20081031_art004.pdf (accédé 12 février 2013)

Swanson, C. Robert C. et al. *Towards a consensus on guiding principles for health systems strengthening*, PLoS Med 7, no 12, Decembre 2010, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000385>, accédé le 16 février 2013

World Health Organization (WHO), *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, Switzerland: WHO Press, 2007, p.15 http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (accédé le 3 mars 2013)