



Annuaire Français de Relations Internationales
AFRI 2001, volume II
Editions Bruylant, Bruxelles

BLANCHARD Laurence , "Le service de santé des armées et les ONG : l'humanitaire
main dans la main?", AFRI 2001, volume II

Disponible sur <http://www.afri-ct.org/IMG/pdf/blanchard2001.pdf>

Tous droits réservés - Centre Thucydide - contact : centre.thucydide@afri-ct.org

**ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
ET SERVICE DE SANTE DES ARMEES :
L'HUMANITAIRE MAIN DANS LA MAIN ?**

PAR

LAURENCE BLANCHARD (*)

Organisations Non Gouvernementales (ONG), humanitaire : les deux sujets sont familiers, et associés de façon commune. Le Service de Santé des Armées (SSA), en revanche, fait figure d'inconnu, sur la scène très publique, de l'humanitaire. Les principes d'action des uns s'opposent aux règles qui s'imposent aux autres. Pourtant, civils comme militaires sont chacun héritiers d'une histoire et d'une tradition d'assistance à des populations démunies ou en situation de détresse extrême. Les relations ONG-SSA ont évolué de façon notable, et cette question, loin d'être limitée et stérile, fait en réalité apparaître sous un angle plus spécifique de nombreux enjeux dignes d'intérêt.

Cet article s'inspire d'un mémoire, rédigé principalement à partir de rencontres avec des acteurs, civils et militaires, ayant eu l'expérience de ces contacts, et de documents publiés par les ONG et le SSA qui, parfois, évoquent leurs relations. Ces sources font donc souvent référence à des expériences de terrain, qu'on peut utilement rapprocher des déclarations ou des politiques officielles (1).

Le sens du mot « humanitaire » et l'application différente qu'en font ONG et SSA (2) semblent persister, comme un fossé écartant radicalement la philosophie de leurs deux actions, et faisant obstacle à une coopération institutionnalisée. (I)

Toutefois, les deux acteurs apparaissent à bien des égards souvent complémentaires, et sont plus disposés que par le passé à le reconnaître. Dès lors, des contacts se nouent, plus fréquents et moins clandestins, qui peuvent inaugurer une nouvelle gestion de « l'humanitaire », plus concertée. (II)

(*) Diplômée de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble. Elève commissaire à la Marine.

(1) Toutes les citations en italiques recueillies lors d'entretiens directs ou téléphoniques sont référencées dans notre mémoire soutenu à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, sous la direction du Professeur Jean-Jacques Roche (Laurence Blanchard, « ONG – SSA, L'humanitaire main dans la main ? », mémoire IEP, 2000, 209 p.).

(2) Faut-il considérer, comme Pierre Joxe, lorsqu'il était Ministre de la Défense, que « la plus grande organisation humanitaire en France est gouvernementale, c'est l'armée » ? Ou bien penser, avec Philippe Biberson, président de Médecins Sans Frontières (MSF) que « l'assistance aux populations (...) [perd] toute signification si elle [est] prodiguée par des militaires » ? (in *Le projet 1999 de Médecins Sans Frontières Section française*, préambule, p. 2).

LES OBSTACLES À LA COOPÉRATION

Ils sont très nombreux, et leur évocation ici ne prétend en rien les résumer de façon exhaustive. On peut d'abord évoquer la situation, très spécifique à la France, où cohabitent un service de santé militaire menant des actions humanitaires, et des ONG farouchement attachées à leur autonomie, contrairement par exemple aux ONG scandinaves qui ont appris de longue date à coopérer avec les autorités publiques. On assiste donc, sur un même terrain, à une rencontre assez tumultueuse entre des acteurs on ne peut plus étatiques, et d'autres, quasi « indépendantistes », qui défendent de toutes leurs forces la culture spécifiquement française de leurs organisations.

Spontanément, la coopération entre SSA et ONG paraît donc difficile, toute velléité de compromis étant tuée dans l'œuf par des cultures respectives par trop différentes. En effet, elle se heurte à de fortes réticences de la part des acteurs civils de l'humanitaire, tandis que le sens de l'action menée en ce domaine par le SSA constitue à lui seul un sérieux obstacle.

Les réticences des ONG

Il semble que les ONG françaises se soient construites sur le modèle même de leur appellation : « non gouvernementales », ou encore non étatiques. Un « humanitaire » civil considère que cette culture spécifique correspond à la vision du monde par les ONG, où l'Etat et ses agents – et que dire des militaires... – seraient *a priori* non fréquentables. En l'occurrence, on peut considérer que c'est MSF qui, mieux qu'aucune autre organisation, incarne cette attitude. Elle n'a pas, bien sûr, l'exclusivité de cette réserve systématique, mais les réactions de certains de ses membres permettent d'évoquer un « réflexe MSF », partagé par toutes, mais porté au plus haut degré par cette organisation. Même combat et mêmes principes, donc, mais des réactions exacerbées de la part des Médecins Sans Frontières.

Concernant les rapports avec le Service de Santé des Armées, la réponse est aussi tranchée que sèche : « *l'association n'a rien à voir avec les militaires, et ne les côtoie jamais* ». Plus globalement, MSF refuse de mener une action coordonnée institutionnellement, sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies (ONU) ou du Comité International de la Croix-Rouge (CICR), par exemple. Ainsi, il convient de « *fuir ces réunions qui nous éparpillent et ces coordinations qui nous immobilisent* » (3). De toute façon, MSF considère que les besoins de coopération sont somme toute très rares – seulement lors des crises médiatisées –, et que l'action gagne en efficacité lorsqu'elle est menée de façon indépendante et totalement libre. D'où l'intérêt crucial, pour l'association, de pouvoir disposer d'un budget lui permettant de ne pas se financer auprès d'organismes publics.

(3) Philippe BIBERSON, *Le projet 1999 de Médecins Sans Frontières Section française*, préambule, p. 2.

Dans un tel contexte, et avec un tel état d'esprit, évoquer une possible collaboration avec des médecins militaires, symboles d'une hiérarchie et d'un système étatique inspirant la méfiance, paraît relever de la provocation! A peine évoquée, cette hypothèse est discréditée par un flot de critiques : elle résulterait d'un « *quiproquo* », selon une permanente de MSF, et entraînerait à la fois perte de temps, d'efficacité, et de crédibilité. Quant à imaginer un possible échange d'informations pratiques sur le terrain entre les deux acteurs, un Médecin Sans Frontières est catégorique : « *on n'est pas un service de renseignements!* »... (4)

Les membres de MSF contactés ont, tous, immédiatement déplacé la question médicale des médecins militaires, vers celle, nettement plus politique – et polémique – de la raison de leur présence sur tel ou tel terrain d'urgence humanitaire : « *pourquoi le SSA intervient? Pourquoi ici?...* ». De façon générale, les ONG françaises partagent cette réticence à s'engager dans de quelconques relations avec les militaires, y compris les médecins. En réalité, le Service de Santé est encore souvent assimilé au magma redouté du « militaire ».

En effet, la crainte de l'assimilation de l'humanitaire au militaire est un aspect très récurrent dans les réserves évoquées à une coopération entre ONG et SSA. Ainsi, les images font florès : « *l'aide humanitaire, ce n'est pas les GI, au Kurdistan, avec le flingue d'un côté et le stéthoscope de l'autre. Il faut caractériser ces opérations pour éviter que, par défaut, on les catalogue humanitaires [les GI], pour ne pas confondre blouse blanche et uniforme* » (5), « *l'image 'rassurante' d'un 'para' tenant dans ses bras un petit réfugié (...)* crée la confusion » (6), ou encore l'équation « *bébé + soldat = ONG* »...

Il est absolument essentiel pour les ONG de parvenir à une redéfinition explicite des rôles, et ce dans un contexte de « *dérive de l'humanitaire provoquée par la grande confusion des opérations militaro-humanitaires de cette dernière décennie* » (7).

Cette crainte de l'assimilation n'est pas nouvelle, puisqu'on trouve trace, dès 1991, de critiques des ONG sur la récupération médiatique dont elles pourraient être victimes de la part des responsables gouvernementaux, ou encore de la récupération occasionnelle, cette fois-ci, à laquelle conduirait une éventuelle coordination organisée par les militaires.

Si Xavier Emmanuelli, parmi d'autres, évoque la « *piraterie* » (8) que constitue l'appropriation, par les différents représentants de l'Etat, des « *french doctors* », il est loin d'être le seul à appuyer sa réflexion d'exemples

(4) *Ibid.*

(5) Rony BRAUMAN, cité par Isabelle CÉLERIER, *Les Médecins humanitaires*, Paris, Hachette, 1995, 79 p. (p. 45).

(6) *Action Contre la Faim – le journal*, juin 1999, n° 5, p. 1.

(7) Jean-Luc BODIN, « Humanitaire : une valeur à la hausse ou à la baisse? », *Action Contre la Faim – le journal*, octobre 1999, n° 6, p. 1.

(8) *Les Prédateurs de l'action humanitaire*, Paris, Albin Michel, 1991, 250 p. (p. 31).

concrets. Ainsi, un humanitaire a rappelé les propos d'Edouard Balladur, alors Premier Ministre, à propos du Rwanda, en 1994 : « nous *sommes présents avec nos ONG* ». Et un autre d'expliquer à quel point il est difficile pour les membres de MSF d'entendre Bernard Kouchner se présenter si souvent comme le fondateur de l'association, alors que ses fonctions et ses positions sur l'humanitaire d'Etat sont aux antipodes de celles qu'elle défend... Vu leur fréquence, il est difficile de penser que ces assimilations soient malencontreuses ou accidentelles.

Travailler au contact de militaires, même médecins, ne pourrait qu'accroître cette tendance, et permettre, en outre, aux armées de « *se [mettre] en scène sur le mode caritatif* » (9).

En ce domaine, le Service de Santé peut constituer, pour le Gouvernement, un outil comme un autre. Certains membres d'ONG évoquent d'ailleurs quelques expériences personnelles à ce sujet. Ainsi, un Médecin Du Monde raconte que, lors de l'entrée des troupes françaises au Kosovo, en 1999, le SSA avait proposé à MDM une collaboration : les médecins militaires prenant en charge les blessés dans un premier temps, puis les confiant au personnel de l'association à mesure de la progression des militaires français. Ce volontaire soulignait l'intérêt pour la France, dont les troupes ne pénétraient pas les premières au Kosovo, et se voyaient donc privées de couverture médiatique, de voir les regards du public se tourner vers ses soldats qui, symboliquement, collaboraient avec les membres civils d'une ONG humanitaire. Craignant d'être ainsi utilisée, MDM a refusé cette offre.

Plus symboliquement encore, on peut évoquer la crainte, par certains humanitaires civils, de voir des rapports personnels ou professionnels liés sur le terrain entre médecins civils et militaires, être utilisés à des fins de propagande, via une simple photo associant treillis et T-shirt de l'association... Il serait simple, dès lors, d'affirmer que les deux collaborent très bien!

De plus, le danger est grand de voir finalement les armées évincer les ONG lors de certaines crises. Ainsi, selon Jean-Christophe Rufin, l'intervention de l'OTAN sur le terrain humanitaire du Kosovo a été interprétée par les media comme un désaveu de l'action humanitaire civile, et a accrédité l'idée que lorsqu'une situation est trop sérieuse, l'intervention des militaires est nécessaire. Evolution très grave, puisqu'elle remet en cause le noyau même de l'action humanitaire : indépendance et impartialité (10).

En outre, un rapprochement entre personnels militaires et civils rendrait ces derniers d'autant plus vulnérables. En effet, contrairement aux membres de la Croix-Rouge et du Service de Santé des Armées, ces derniers ne disposent d'aucune immunité ou protection quelconques. Reste le fameux T-shirt, qui, seul, est susceptible, en affichant leur indépendance politique, de leur

(9) Jean-Christophe RUFIN, *Des choix difficiles : les dilemmes moraux de l'humanitaire*, Paris, Gallimard, édition française, 1999, 439 p. (p. 403).

(10) *Ibid.*, p. 411.

conférer une protection physique et un statut de neutralité. « Sali » par des relations avec des militaires, même médecins, ce bouclier symbolique ne signifierait plus rien.

Enfin, les « petites règles » des ONG s'opposent bien souvent aux pratiques du SSA, et donc à une réelle coopération entre les deux acteurs. L'exemple le plus évident est celui du slogan « *pas d'arme à bord* », porté par la plupart des véhicules des associations : il s'oppose manifestement au port d'arme quasi systématique des personnels du SSA en opération extérieure. En outre, si tel membre d'ONG (11) refuse, par exemple, « *de voir un militaire habillé en militaire dans [son] bureau* », tel autre (12) considère qu'un militaire en civil, « *c'est un franc-tireur* »... Les avis sont donc loin d'être partagés même au sein des ONG... Loin d'être des détails, ces questions pratiques peuvent empêcher les médecins militaires de s'intégrer dans le système de règles qu'imposent les ONG. Dès lors, même si la volonté existe des deux côtés d'apporter une aide complémentaire, la collaboration peut se révéler impossible, ou en tout cas difficile...

Le sens de l'action humanitaire du Service de Santé des Armées

On peut considérer que les motifs mêmes de la présence du SSA sur le terrain d'une crise constituent un obstacle supplémentaire important au développement de relations entre les personnels des ONG et ceux du SSA. En effet, les réticences exprimées par les ONG se réalisent au moins sur un point : l'action humanitaire menée par les médecins militaires n'est jamais « gratuite » : elle a un sens et porte un message. Ainsi, on peut considérer qu'elle permet à la France d'afficher une présence pacifique dans le monde, tandis que l'engagement humanitaire du SSA se révèle utile à de nombreux égards.

Il ne s'agit pas ici de contester la motivation humanitaire des médecins militaires, ni la sincérité de leur engagement en faveur des populations qu'ils soignent. Néanmoins, il faut noter que leur action peut prolonger de façon opportune la politique générale du gouvernement français.

Selon Jean-Christophe Rufin (13), la France hors de ses zones d'influence ne cherche pas à peser sur des évolutions politiques qui lui échappent, mais à être présente, à maintenir des liens. Le Service de Santé des Armées peut alors se révéler un excellent outil dans ce volet de la politique extérieure française.

En effet, si l'action du SSA s'est longtemps cantonnée à l'empire colonial, en se prolongeant vers les « pays du champ », une diversification des lieux

(11) Jean-Clément Cabrol (responsable des urgences, département des opérations, MSF).

(12) Jean-Benoît Mahnes (administrateur de la mission Timor, MDM).

(13) *Le Piège humanitaire – humanitaire et politique depuis la chute du Mur*, Paris, Jean-Claude Lattès, 1993, 371 p. (p. 188).

d'intervention s'est opérée depuis quelques années. Ainsi, en 1999, des interventions en opération extérieure (« OPEX ») se sont déroulées dans des pays « traditionnels » (Congo-Brazzaville, République Centrafricaine), ou plus nouveaux : ex-Yougoslavie, Amérique Centrale, Macédoine et Albanie, Kosovo et Timor (14). De l'aveu même des militaires, cette évolution n'est pas le fruit d'un choix militaire ou médical, mais diplomatique. On peut rappeler à cet égard que les interventions du SSA sont impulsées par le Quai d'Orsay.

De plus, l'action menée par les personnels du SSA, dans le cadre de l'Aide Médicale Gratuite (AMG), notamment, constitue l'un des éléments les plus visibles et les plus appréciés de la politique extérieure de la France en matière humanitaire.

A ce titre, les témoignages des membres du SSA font très souvent état, dans leur conclusion, de la reconnaissance des populations ou des pays où ils sont intervenus, et de la satisfaction qu'ils éprouvent à contribuer à l'affirmation d'une certaine image de la France. Ainsi, le Médecin en Chef Montaut, chef du détachement Mamet (Mission d'Assistance Médicale à la Turquie) exprime sa fierté « *d'avoir constaté que notre pays et ses institutions jouissent dans ce morceau d'Eurasie d'un prestige dont nous avons été pour quelques semaines les porte-parole privilégiés* » (15). Tandis que le Médecin en Chef Viala rapporte que, lors de la catastrophe de Yaoundé en février 1998, « *l'œuvre française a entraîné une grande vague de reconnaissance des autorités et de la population camerounaises* » (16). De son côté, le Médecin en Chef Germanetto conclut que l'intervention Cormoran, déclenchée après le cyclone Mitch, en Amérique centrale, a contribué à renforcer « *l'image de la France, bien connue ici grâce à la Coupe du monde de football* » (17)...

Les exemples sont très nombreux, qui notent que l'intervention du SSA suscite souvent un sentiment favorable au personnel médical militaire, mais également à la France en général. Lucette Michaux-Chevry, ministre déléguée à l'Action humanitaire et aux Droits de l'Homme, le soulignait, en 1994 : « *toute grande politique étrangère doit aujourd'hui comporter un volet humanitaire* » (18).

Par ailleurs, les médecins militaires mènent parfois des actions de « développement », notamment via des opérations de vaccinations de populations, ou de formation du personnel médical local. Moins visibles que les missions évoquées jusqu'ici, elles n'en permettent pas moins à la France de rester

(14) Opérations Malachite, Minurca, Salamandre, Cormoran, Trident, KFOR, INTERFET.

(15) *Actu Santé* (publication du Service de Santé des Armées), n° 54, décembre 1999, p. 19.

(16) *Actu Santé*, n° 46, juillet-août 1998, p. 23.

(17) *Actu Santé*, n° 49, décembre 1998, p. 10.

(18) *L'Action humanitaire de la France à l'étranger*, avril 1993-avril 1994, Paris, Publications du MAE, p. 3; cité par Philippe RYFMAN, dans *La Question humanitaire – histoire, problématiques, acteurs et enjeux de l'aide humanitaire internationale*, Paris, Ellipses, 208 p. (p. 114).

présente, de façon « neutre », dans de nombreux pays, qui pourraient refuser une intervention française dans un autre domaine.

Ainsi, les médecins militaires français peuvent constituer un moyen pour la France d'intervenir dans de nombreuses régions, avec un mandat humanitaire propre à servir son image de façon positive et efficace. Outre l'aide qu'ils apportent aux populations locales, ces personnels représentent donc un moyen pour la politique étrangère de la France de s'afficher en divers endroits du globe. Encore une fois, sans pour autant mettre en cause la sincérité « humanitaire » de l'action menée par les médecins eux-mêmes, il faut pourtant constater que les raisons qui motivent leur engagement par le ministère des Affaires étrangères n'obéissent pas à des fondements strictement humanistes, mais se justifient par la conception que la France se fait de ses intérêts extérieurs. On retrouve ici le débat que les membres des ONG voulaient susciter sur les raisons de l'intervention du SSA...

En outre, cette action humanitaire sert également le Service de Santé des Armées à maints égards. On peut en effet remarquer que les interventions du personnel médical militaire à l'étranger ont souvent lieu dans des conditions inédites ou difficiles : nature des affections à traiter, adéquation des moyens aux besoins, adaptation aux évolutions de la situation...

La solution apportée dans chaque cas est commentée, expliquée, critiquée, et contribue, grâce à ce « *retour d'expérience* », à améliorer la compétence des médecins du SSA. Ceux-ci pourront donc être plus performants sur de nouveaux terrains d'urgence humanitaire, mais également au sein de leurs unités, ou dans le cas d'une intervention au profit des forces. Les témoignages sont nombreux, qui évoquent cet intérêt. Par exemple, l'opération Epervier, qui se déroule depuis 1986 au Tchad, offre « *la possibilité au Service de Santé des Armées de maintenir son aptitude opérationnelle tout en contribuant à la réalisation de sa vocation militaire et humanitaire* » (19).

On peut également noter que « *les premières rencontres du Service de Santé en opérations* » se sont déroulées le 17 mai 2000, afin de « *présenter les évolutions du concept et des moyens du Service de Santé en opérations* », et qu'un volet « humanitaire » figurait parmi les divers exposés présentés.

En outre, ces interventions ont un impact certain sur l'image du Service de Santé, à laquelle il est tout à fait attentif. Ainsi, les personnels médicaux militaires « *se réjouissent de voir leur image de marque rehaussée par la perception dans l'opinion publique de leur rôle 'humanitaire'* » (20). Portes ouvertes, brochures d'information : le SSA informe, veut se faire connaître, et mettre en avant son action en ce domaine, notamment parce qu'une « *image de qua-*

(19) Médecins en Chef Marck, Jacob, Pauliat et Dupeyron, *Médecine et armées*, 23, 4, 1995 (p. 309).

(20) Médecin Général Inspecteur BLIN, *Droits des conflits armés et défense*, Colloque, Paris, ministère de la Défense, 1998, p. 119.

lité favorise le recrutement » – un des sujets majeurs d'inquiétude pour le Service, aujourd'hui confronté à de réelles difficultés de recrutement (21).

Cette médiatisation et cette reconnaissance interviennent après une longue ignorance de l'action humanitaire entreprise par le SSA. Ainsi, un médecin militaire mentionne l'exemple du Biafra, en 1968, où la presse avait les yeux tournés vers MSF, et a totalement passé sous silence l'action menée par les personnels du SSA qui ont pourtant contribué à soigner « *des milliers d'enfants* » dans l'hôpital de campagne de Libreville. De même, l'intervention menée au Rwanda dans le cadre de l'opération Turquoise a eu des effets positifs pour les populations, reconnus par certaines ONG, mais jamais par les media. Ce médecin a donc parlé d'une certaine « *frustration* » du SSA depuis 1968, ce qui rend l'évolution en cours d'autant plus appréciable.

Ainsi, les interventions à vocation ou à contenu humanitaire menées par les personnels du Service de Santé ne peuvent à aucun point de vue être considérées comme « neutres ». En effet, elles s'inscrivent dans un schéma qui les place au cœur de la promotion des intérêts de la France et de sa politique étrangère, tout en permettant au SSA d'améliorer les compétences de ses personnels et d'être reconnu par la société civile. On est donc loin des exigences des ONG sur le désintéressement qui est de mise pour chaque intervention. S'associer, par une collaboration institutionnalisée, à un acteur si visiblement étatique et intéressé, serait en contradiction évidente avec beaucoup de leurs principes, et les contraindrait à remettre en cause certains fondements de leur action. Cela constituerait certainement un exercice dangereux, d'autant plus que le coût des opérations humanitaires relance un débat, au sein même des militaires, sur la vocation du SSA à s'engager plus avant dans cette voie.

Des éléments nombreux et importants font donc obstacle à l'instauration d'une coopération reconnue entre les personnels des ONG et ceux du SSA, sur les terrains d'urgence humanitaire. Pourtant, les contacts entre ONG et SSA ont augmenté de façon notable, et il semble que les expériences de « cohabitation » ne constituent pas, d'un côté ou de l'autre, des souvenirs douloureux. Au contraire, il apparaît souvent que civils et militaires peuvent s'associer de façon efficace, permettant ainsi à des moyens différents de se compléter, et à des actions indépendantes de se prolonger dans l'espace ou dans le temps.

Cette première partie a permis de souligner les difficultés d'une coopération ONG-SSA. Pourtant, il n'existe pas de frontière totalement hermétique, et rien n'interdit de penser que des relations, occasionnelles ou plus durables, puissent se nouer sur des terrains d'urgence.

(21) Voir notamment Jacques ISNARD, « Faute d'appelés, les armées vont manquer de médecins », *Le Monde*, 29 septembre 2000.

DES RELATIONS DE PLUS EN PLUS FRÉQUENTES

Le contexte des relations internationales n'est pas pour rien dans la multiplication des contacts entre les personnels des ONG et du SSA. En effet, le développement de conflits intra-étatiques, les réponses de l'ONU à ces évolutions, l'émergence de crises dites « humanitaires » ont conduit les différents acteurs à intervenir dans des contextes mal définis, de nature imparfaite, puisque ni totalement militaire, ni purement humanitaire. Les médecins militaires et civils vivent-ils actuellement un rapprochement imposé par les circonstances, qui marquerait une tendance irréversible vers une coopération de plus en plus intense ? Entre mentalités, efficacité, et opinion générale, de nombreux arguments pèsent dans cette direction.

Une évolution des mentalités : des contacts plus fréquents, des rapports plus sereins

On peut d'abord souligner que la France se plaçait, en 1998, au 7^e rang des pays contributeurs aux interventions de maintien de la paix sous mandat de l'ONU, avec 3 700 hommes (22). Or, à chaque détachement de soldats français est associé un encadrement médical capable de lui assurer un soutien performant et sur place. C'est le rôle du SSA, qui a participé, entre 1990 et 1999, à toutes les opérations dans lesquelles étaient engagées les forces françaises, en missions onusiennes, ou en OPEX. La mission du SSA est claire : il s'agit pour lui de soutenir les forces. Toutefois, lorsqu'elles ne nécessitent pas son aide, le SSA peut engager son action sur le terrain plus large de l'« humanitaire », en affectant une partie de ses moyens à l'assistance aux populations locales (notamment dans le cadre de l'Aide médicale gratuite).

Dans une telle situation, il arrive qu'acteurs civils et militaires mènent des actions similaires de soins à des populations civiles, et, donc, se rencontrent sur le terrain médical.

Cette évolution, imposée par les faits plus que choisie par les protagonistes, s'est accompagnée d'une (r)évolution des mentalités, qui a permis à chacun d'avoir une conscience nouvelle de l'identité et du rôle de l'« autre ». Ainsi, les membres du SSA insistent bien sur l'aspect prioritaire de leur mission, c'est-à-dire le soutien aux forces : l'humanitaire que font les armées occidentales s'intègre dans l'ensemble de l'opération : il est *un élément parmi d'autres*. Dès lors, le SSA n'a pas vocation à faire de l'humanitaire, et ne peut s'en charger que de façon accessoire, dans la mesure où les ONG n'ont pas les moyens nécessaires et où l'intervention du personnel médical militaire français est utile et... possible. C'est le message qu'ont rappelé tous les

(22) Site du ministère des Affaires étrangères (<http://www.diplomatie.gouv.fr>) – rubrique « dossiers d'actualité » – « Cinquantenaire des opérations de maintien de la paix des Nations Unies ».

interlocuteurs militaires rencontrés. Il n'existe donc aucune volonté de s'immiscer de façon systématique dans les activités humanitaires, et surtout pas de se substituer aux ONG, dont c'est la vocation par excellence. Les rôles sont donc clairement définis, et cela semble finalement correspondre assez bien aux revendications des ONG d'être reconnues comme les seuls acteurs entièrement dédiés à l'action humanitaire.

De leur côté, les ONG semblent progressivement abandonner leur opposition systématique, et reconnaître aux militaires en général, et au personnel médical en particulier, une certaine utilité. Ainsi, lors de la guerre du Kosovo, « *des concours complémentaires, en particulier logistiques, ont été apportés par les armées, sans que cela remette en cause l'indépendance des ONG* » (23), ou encore au Cambodge, où, selon Rony Brauman, ancien président de MSF, « *l'armée française a été utile en ouvrant des dispensaires, (...) en apportant une aide logistique, parfois même morale, sans doute* » (24).

Le personnel médical militaire peut apporter une aide appréciable aux ONG et aux populations : c'est désormais une réalité reconnue par les ONG elles-mêmes, et en cela, elle peut apparaître comme une évolution notable. Ainsi, il semble que, l'expérience aidant, militaires et civils tentent de définir et de limiter leurs missions respectives, ce qui les conduit à faire preuve d'une certaine honnêteté, et de réalisme quant à leurs rapports mutuels. Dans le même esprit, on peut penser que les uns et les autres se reconnaissent des qualités particulières. Ce constat résulte d'une impression plus diffuse, fruit des entretiens avec les différents interlocuteurs. Néanmoins, il semble qu'on peut généraliser cette mutuelle reconnaissance à une grande partie des acteurs, aussi bien civils que militaires.

Ainsi, le « *passé caritatif* » (25) du Service de Santé des Armées, la persévérance des « *croisés sanitaires* » qui ont voué leur vie à la lutte contre la maladie du sommeil, la méningite ou le choléra, placent les membres du SSA à part, d'autant que de nombreux humanitaires de la fin du XX^e siècle reconnaissent que leurs précurseurs ont figuré dans les rangs de la « Coloniale ».

Aujourd'hui, les civils reconnaissent l'efficacité et la compétence de leurs confrères militaires, héritiers des outils techniques et des innovations de leurs prédécesseurs. Ainsi, Xavier Emmanuelli rappelle que, si les militaires « *sont capables de produire des catastrophes, leurs médecins sont aussi capables de les traiter* » (26). Action Contre la Faim, pour sa part, reconnaît, dans un

(23) Mario BETTATI *et al.*, « Qu'est-ce que l'humanitaire ? », *Le Monde*, 15 mai 1999.

(24) *Servir la paix – éthique et responsabilité*, Colloque, Paris, La Documentation française, 1996, 133 p. (p. 122).

(25) Véronique de GEOFFROY, compte rendu du 26 juin 1998, Groupe Urgence-Réhabilitation-Développement (URD)

(26) *Les Prédateurs de l'action humanitaire*, *op. cit.*, p. 181.

questionnaire (27), que « *les interventions du SSA sont toujours d'une bonne efficacité logistique et représentent un bon travail* ».

Les personnes rencontrées ont toutes reconnu – à des degrés divers, il est vrai – la compétence du personnel médical militaire. Approche « *un peu plus ouverte* » du SSA, admise du bout des lèvres par un membre de Médecins du Monde; aveu d'une responsable de MSF (28) qu'« *on a des choses à apprendre de la médecine militaire* »; ou même affirmation sans détour de la supériorité des militaires dans certaines situations! Ainsi, un volontaire de MDM (29) rappelle la situation en ex-Yougoslavie : « *le SSA avait la technique, le plateau technique, les gens, le savoir-faire, les médicaments, etc. Il valait mieux que ce soit eux qui soignent la population, dans un vrai hôpital, que moi, dans une cuisine avec trois outils...* ». Sans doute le trait est-il volontairement forcé, mais le message est d'autant plus clair : les humanitaires civils peuvent reconnaître à leurs confrères militaires une réelle compétence. A voir en eux, outre des militaires, de bons médecins...

Réciproquement, les militaires s'accordent eux aussi pour insister sur les qualités propres aux ONG. Ainsi, une étude consacrée à « *Quel instrument humanitaire faut-il à la France?* » (30) évoque l'indépendance et la bureaucratie réduite des ONG, pour en déduire leur vulnérabilité, mais également leur rapidité d'action, et surtout leur aptitude à gagner les populations. Quant aux qualités professionnelles des personnels médicaux, elles sont elles aussi reconnues. Ainsi, le Médecin en Chef Lamarque et le Médecin des Armées Pages rappellent, au retour de la mission Bioforce, aux Comores, en mars 1998, « *l'action remarquable des médecins et infirmiers des équipes de Médecins Sans Frontières et de Médecins Du Monde* ». Par ailleurs, c'est un médecin militaire qui explique que la capacité technique et scientifique de MSF est unanimement reconnue, et que les guides édités par l'association « *sont utilisés partout dans le monde* », même par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et aussi par les médecins militaires...

En général, les médecins militaires reconnaissent volontiers que leurs confrères civils disposent eux aussi d'une expérience tout à fait particulière, qui les conduit à « *faire des miracles* » avec des moyens parfois très rudimentaires. A ce titre, nombreux sont ceux qui admettent ressentir une certaine admiration à leur égard, évoquant le dénuement matériel, mais également les conditions de sécurité très précaires dans lesquelles ils œuvrent parfois. Ainsi, un médecin militaire se rappelle avoir rencontré au Rwanda, au plus fort des affrontements, « *une infirmière MSF perdue au fin fond du pays* », désarmée bien entendu, et qui travaillait dans des conditions très éprou-

(27) Il s'agit d'un questionnaire rédigé dans le cadre du mémoire, et auquel plusieurs ONG ont bien voulu répondre.

(28) Anne Guibert (département communication).

(29) Joseph Dato (membre de Humacoop).

(30) Directeur de l'étude : Médecin en Chef Dal.

vantes. Il a reconnu le courage et le dévouement de cette femme, et s'est dit sincèrement admiratif de son engagement.

Ainsi, civils comme militaires semblent se vouer en général un respect réciproque, qui pourrait permettre d'envisager des relations plus approfondies, basées sur cette estime mutuelle.

Néanmoins, il faut souligner que cet aspect est tout à fait subjectif, et relève de la personnalité de chacun. Si beaucoup de témoignages et de documents permettent de considérer que cette attitude est partagée par de nombreux acteurs, il ne s'agit pas de considérer que tous les médecins civils et tous les médecins militaires ont suivi cette évolution générale.

Malgré cette réserve, il semble que les contacts entre ONG et SSA soient plus sereins, empreints d'une sorte de « *pacification* », reconnue et évoquée tant par les civils que par les militaires. Ainsi, Jean-Christophe Rufin mentionne « *l'opération Turquoise, menée avec brio, sans perte et en expérimentant de nouvelles formes de relations, plus confiantes, avec les ONG* » (31). Tandis que le compte rendu de la conférence internationale pour la protection des populations dans la guerre (Paris, 2 juillet 1999), établi par MDM, explique que les ONG « *travaillent de plus en plus fréquemment aux côtés des organisations inter-gouvernementales, des politiques, et même des militaires, longtemps discrédités* » (32).

Des moyens et des buts complémentaires, pour plus d'efficacité

Il apparaît en effet que les moyens dont disposent ONG et Service de Santé agissent suivant une logique différente, adaptée à leurs ressources, ce qui confirme la différence de leurs approches respectives de l'action humanitaire. Une combinaison coordonnée entre ces deux « philosophies » permet souvent d'obtenir d'excellents résultats, ce qui appuierait l'idée d'un rapprochement entre leurs actions.

Sans rendre compte dans le détail des moyens du SSA, on peut considérer qu'il dispose d'une logistique performante et complète, qu'il peut utiliser dans le cadre de son aide médicale aux populations. Ainsi, le SSA s'est doté depuis une trentaine d'années d'une Force d'Assistance Humanitaire Médicale d'Intervention Rapide (FAHMIR), constituée d'un Élément Militaire Médical d'Intervention Rapide (EMMIR), structure assez lourde visant à assister, au niveau des soins médicaux, un pays victime d'une catastrophe, et, depuis 1983, de la Bioforce qui, elle, constitue « *une aide en savoir-faire et en produits biologiques* » (33).

(31) « D'une peur à l'autre », *Le Débat*, n° 84, mars 1995.

(32) Hélène VALLS, « Jour J », *Actualités, le journal des Médecins du Monde*, n° 37, juin-juillet 1999 (p. 9).

(33) Selon la convention signée entre les Ministres de la Défense, des Relations Extérieures, et les Instituts Mérieux et Pasteur.

Aujourd'hui, l'essentiel des interventions s'articule autour de structures plus légères, plus maniables et plus souples : les Antennes Chirurgicales (AC), qui peuvent être Aérotransportables (ACA), Parachutistes (ACP), ou encore Navale (ACN), et dont la création remonte à la guerre d'Indochine. Leur conception très modulaire leur permet d'être moins coûteuses en matériel et en personnel que l'EMMIR, tout en s'ajustant de très près aux besoins du terrain.

Néanmoins, malgré ces performances techniques et technologiques, cette dotation matérielle n'exclut pas certains manques. Ainsi, un médecin militaire rappelle que, lors de l'opération Libage, organisée en 1991 au Kurdistan irakien, le SSA a rencontré « *quelques soucis* » en affrontant une pénurie de couches-culottes, par exemple. De même, lors du début du conflit en ex-Yougoslavie et en Bosnie centrale, les équipes médicales du SSA, équipées essentiellement pour faire face à des blessures de guerre, ont dû se tourner vers Pharmaciens Sans Frontières, ou Médecins Du Monde, pour faire face à leurs besoins en médicaments. Dernier exemple, au Cambodge, où « *l'aide de 'Médecins Du Monde' a été capitale. Cette ONG a fourni [au SSA] les moyens de traitement de la population civile* » (34).

Le ministre de la Défense, Alain Richard, déclarait d'ailleurs, le 6 avril 1999, dans le cadre du conflit du Kosovo : « *les militaires français, comme dans beaucoup de crises, sont les premiers et les plus efficaces pour mettre en place le soutien humanitaire. On retrouve ce rapport de partenariat confiant entre les militaires et les organisations humanitaires* ».

Ainsi, la compétence technique et matérielle du SSA lui permet de mener à bien des missions humanitaires, sans toutefois lui assurer de pouvoir toujours travailler efficacement en totale autarcie. Il arrive alors qu'il collabore avec des ONG, dont les moyens sont parfois plus adaptés.

En effet, celles-ci, tant par conviction que par nécessité, privilégient l'utilisation des moyens existants sur place, réhabilitant le matériel disponible, et n'apportant que les éléments indispensables faisant défaut. De plus, elles accordent une grande importance à la connaissance du milieu dans lequel leurs équipes vont travailler, insistant souvent sur ce côté subjectif, culturel, de leur action (35). Si des rapports de confiance réciproque se nouent entre les uns et les autres, une collaboration peut se développer à ce niveau. Les approches sont donc différentes, mais pas antinomiques, si l'on en juge par les contacts qui ont pu s'établir entre ces deux acteurs à plusieurs reprises, au cours de missions plus ou moins récentes.

De plus, on peut noter que le SSA ne vise pas à s'installer durablement sur un terrain d'urgence : le personnel des Antennes Chirurgicales est envoyé sur place pour quatre mois. Il peut être remplacé, mais dans l'ab-

(34) Médecin en Chef POTTIER, *Médecine et armées*, 23, avril 1995 (p. 355).

(35) Voir notamment *Le projet 1999 de Médecins Sans Frontières Section française*, chapitre « les opérations », p. 3.

solu, la mission dont il est chargé ne constitue en rien une action de développement, au sens temporel du mot. Souvent, l'intervention des médecins militaires permet de constituer un nouveau pôle médical de référence, en se substituant à un système médical local mal équipé, ou même inexistant. L'action sera par nature fugace, et le reproche en a souvent été fait au SSA. Au contraire, pour de nombreuses ONG, une « vraie » action humanitaire ne se comprend que dans la mesure où elle permet à un système local d'acquiescer compétence et autonomie, lui permettant de fonctionner sans l'aide extérieure apportée par les ONG. Cette différence d'horizon pourrait permettre aux actions des deux acteurs de se compléter de façon efficace, considérant leurs atouts respectifs en termes de moyens matériels et personnels, et leurs différentes philosophies.

Ainsi, au Cambodge, le Service de Santé a « contribué, avec *Médecins Du Monde d'ailleurs*, à faire fonctionner l'hôpital de Sihanoukville » (36). La différence d'horizon entre le SSA et MDM n'a pas empêché qu'ils coopèrent dans une action qui, finalement, s'inscrit dans la durée.

Un médecin militaire considère même que les relations entre SSA et ONG ont évolué en raison du développement des missions de maintien et restauration de la paix. La brièveté de l'action du SSA lui aurait imposé de coopérer avec les ONG, afin qu'elles puissent « reprendre » l'action entreprise par les médecins militaires. Ainsi, buts et moyens semblent pouvoir se combiner de façon intéressante et performante, à l'initiative des acteurs civils ou militaires.

Une coopération encouragée

Les opérations humanitaires « mixtes », faisant intervenir à la fois des acteurs privés et publics, civils et militaires, sont de plus en plus nombreuses. Dans le même temps, le nombre d'ONG tend à se multiplier. Il devient dès lors pertinent de s'interroger sur la capacité de ces différents intervenants à se concerter, s'informer et communiquer, afin de mettre en œuvre l'action la plus efficace possible. Le CICR, l'ONU, mais également les ONG elles-mêmes, constatent souvent que l'absence d'organisation et de coopération lors de certaines crises humanitaires suscite des gaspillages, des échecs et également une perte de crédibilité.

La réponse de l'ONU à ce défaut s'est traduite par la création d'un Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA), chargé de coordonner les actions des différentes agences. Il pourrait également permettre une meilleure coopération entre les gouvernements et les ONG, via l'ONU. Les ONG n'y sont pas forcément hostiles, puisque, selon tel ou tel membre,

(36) Colonel Elrick IRASTORZA, *Servir la paix – éthique et responsabilité*, op. cit., p. 109.

de toute façon, « *on est dans un monde de coordination obligatoire sur le terrain* »...

S'il est évident que le Service de Santé conserve toujours sa propre chaîne de commandement, cela ne l'empêche pas de « jouer le jeu » de la coordination. Ainsi, le ministre des Affaires étrangères précisait, le 30 juin 1999, que l'aide humanitaire gouvernementale française au Kosovo s'effectuait en « *coordination avec les organisations internationales présentes (PAM) et les ONG (Première Urgence, Pharmaciens Sans Frontières, Acted, IMC, Who, Merlin)* ». Par exemple, le laboratoire de biologie installé par le Service de Santé des Armées à Dili a été maintenu après le rapatriement du dispositif médical militaire, et est devenu le centre de référence de l'OMS pour le Timor Oriental. En Albanie, en 1999, c'est l'UNICEF, gestionnaire du programme élargi de vaccination dans le pays, qui a supervisé la campagne de vaccination entreprise par la Bioforce militaire.

On peut enfin noter que l'intervention des Nations Unies au Timor Oriental a été marquée par une volonté de coordonner étroitement les actions menées par les civils et les militaires (37). SSA et ONG en témoignent : le Médecin en Chef Potier, chef de la 9^e ACA déployée à Dili, déclare ne pas pouvoir « *mettre en exergue la qualité [des rapports du SSA] avec les Médecins Du Monde. (...) Nous avons trouvé un terrain d'entente et nous avons compris mutuellement tous les avantages qu'il pouvait y avoir à travailler ensemble sur ce terrain* ». Tandis que l'infirmière assistante de la coordination de MDM, Anne Dutronc, explique : « *nous venons aujourd'hui de récupérer les patients que nous sommes allés chercher dans la montagne. Ils ont été pris en charge, très bien pris en charge, par l'armée française, par les médecins français qui ont assuré des soins de très grande qualité et là, comme maintenant les soins opératoires et post-opératoires sont terminés, nous les reprenons pour un temps de convalescence à la clinique où MDM a sa base* ». Ainsi, il semble que les deux parties puissent faire preuve de bonne volonté, et parviennent à s'entendre, dès lors que la coordination mise en place ne signifie pas une perte de leur autonomie, mais la garantie d'une efficacité accrue des actions qu'elles mènent.

Qui plus est, en France, le ministère des Affaires étrangères dispose de plusieurs bureaux pouvant lui permettre de jouer un rôle d'« intermédiaire ». Ainsi, la Mission de Liaison avec les ONG (MILIONG) constitue un « *lieu de dialogue entre le ministère, les ambassadeurs et les ONG* » (38), tandis que le Service de l'Action Humanitaire (SAH) coordonne l'action des administrations de l'Etat en matière humanitaire internationale. D'ailleurs, depuis 1995, un médecin militaire du Service de Santé des Armées est détaché

(37) Voir Michael ELMQUIST, « CIVIC in East Timor – an account of civil-military cooperation, coordination and collaboration in the early phases of the East Timor relief operation », UN, Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), Genève.

(38) Guillaume DEVIN, « Les ONG et les pouvoirs publics », *Pouvoirs*, 1988, 1999 (p. 70).

après de la division médicale du SAH. Enfin, le ministère des Affaires étrangères dispose d'un organe interministériel qui agit en quelque sorte comme une interface disposant d'informations sur les acteurs privés et publics, et qui décide de l'intervention du SSA sur un terrain d'urgence humanitaire : la Cellule d'Urgence (CELUR). On peut évoquer ce rôle important joué par la CELUR, lors de l'intervention du SSA en Albanie, « où les experts de la Cellule d'Urgence Interministérielle (CELUR) détachés à Tirana [ont posé] la question d'une éventuelle intervention préventive, et les principales Organisations Non Gouvernementales (ONG) intervenant dans le domaine de la santé [ont demandé] l'autorisation de vacciner dans les camps dont elles [étaient] responsables. A la demande du Quai d'Orsay, la DCSSA [Direction Centrale du Service de Santé des Armées] [a dépêché] un épidémiologiste » (39). Le ministère des Affaires étrangères dispose donc d'un certain nombre d'instruments pouvant lui permettre de mettre en œuvre, de façon cohérente, des opérations humanitaires d'urgence, puisqu'il entretient une concertation avec les ONG tout en disposant des forces du SSA.

Enfin, un rapprochement entre les acteurs civils et militaires de l'humanitaire semble plébiscité par de nombreux opérateurs de l'humanitaire.

En effet, les médecins militaires rencontrés ont tous considéré que les contacts qu'ils avaient expérimentés avec les ONG s'étaient révélés très utiles, et s'étaient très bien déroulés. Ils sont souvent à l'origine des initiatives de collaboration, en la plaçant sous le signe du « partenariat », dans l'optique du « passer la main aux ONG ». Ainsi, le colonel Touron, chargé des opérations préparatoires à l'arrivée du contingent français de l'ONU en Somalie, en 1993, explique que « les militaires étaient venus pour aider les organisations gouvernementales, les organisations non gouvernementales et les organismes de l'ONU, en complétant leur action dans des secteurs où ils ne pouvaient pas agir. (...) La complémentarité des actions civiles et militaires dans le domaine médical et alimentaire est donc un gage de réussite » (40).

A cet égard, le développement du concept d'Actions Civilo-Militaires (ACM), créé en 1997, en mentionnant la possibilité d'instaurer une coopération institutionnelle entre les ONG et les armées – notamment le SSA – en matière humanitaire, semble aller dans le sens des expériences réussies. Ainsi, en Albanie, « une coopération s'est mise en place [entre médecins civils et militaires] », un enfant ayant pu être rapatrié « grâce aux efforts communs de l'antenne chirurgicale d'Elbasan et des médecins du Comité d'Aide Médicale (CAM) ». « Bel exemple de collaboration civilo-militaire réussie » (41). Nombre de médecins civils ne cachent pas leur intérêt pour de telles collaborations, et ceux ayant travaillé au contact de médecins militaires s'en souviennent

(39) Médecin en Chef BOUTIN, « La Bioforce en Albanie », *Actu Santé*, n° 52, juin-juillet 1999.

(40) *Intervenir ? Droits de la personne et raison d'Etat*, Paris, Grasset, 1994, 415 p. (p. 348).

(41) Frédérique MONTANGE, « Albanie : les médecins militaires français au secours des civils », *Le Quotidien du médecin*, 21 juillet 1999.

souvent comme des expériences motivantes. Ceux-là considèrent fréquemment les membres du SSA comme des médecins, au moins autant que comme des militaires, expliquant ainsi la plus grande facilité avec laquelle se nouent les relations sur le terrain. A cet égard, on peut noter l'écart entre les doctrines professées par le siège de telle ou telle ONG, et les expériences de certains de leurs membres, souvent nettement moins réticents à admettre l'utilité de ce type de collaboration...

Il faut toutefois reconnaître que les civils sont en général un peu plus réservés que leurs confrères militaires, mais ne sollicitent pas moins leur aide lorsqu'elle est nécessaire.

Un membre de MDM ayant participé à la mission au Timor Oriental s'est, lui, montré tout particulièrement enthousiaste en évoquant l'intervention des médecins militaires français. Les compliments dont il les a gratifiés étaient aussi nombreux que flatteurs, et pour lui, cette opération a constitué une grande première dans l'intervention militaro-humanitaire, et ouvert la porte à de nombreuses possibilités. Ce volontaire a été le seul à s'engager autant en faveur d'une collaboration reconnue, mais peut-être sa nationalité (écossaise) lui a-t-elle permis une liberté de parole qu'un membre français de MDM n'aurait pas eue (42).

Quoi qu'il en soit, et malgré certaines réserves, les ONG ne rejettent pas systématiquement, et parfois même recherchent, la collaboration avec le personnel du Service de Santé, lorsqu'elle s'avère utile et nécessaire sur le terrain. Enfin, on peut noter qu'un organisme universitaire, le Centre Européen de Santé Humanitaire de Lyon (CESHL) accueille des acteurs de l'humanitaire, civils ou militaires, et constitue en cela un nouvel exemple de l'esprit d'ouverture dont font preuve les uns et les autres lorsqu'il s'agit d'échanger leurs expériences et de les commenter.

Ainsi, il semble que les circonstances des crises autant que les caractéristiques des différentes missions peuvent rapprocher le SSA des ONG, et leur permettre de collaborer de façon active et utile. Toutefois, les personnalités de chacun sont essentielles à la réalisation de telles collaborations, et il serait utopique et contre-productif de vouloir imposer aux uns ou aux autres un partenariat qu'ils n'auraient pas librement et spontanément choisi, en fonction de leurs besoins et des circonstances. En effet, les enjeux politiques sont extrêmement présents au cœur même de la question médicale des rapports ONG-SSA. L'intérêt d'encourager la coopération, sur place, lorsqu'elle s'avère utile, ne fait aucun doute. Mais l'élargir et la théoriser dans un contexte où ONG et SSA ont des intérêts propres qu'ils reconnaissent parfois difficilement ne constituerait pas une avancée constructive, ni même souhaitable, semble-t-il.

(42) Une responsable de MSF a en effet expliqué que la présence de la France sur la scène humanitaire constituait une difficulté supplémentaire pour les ONG françaises, à laquelle échappaient leurs branches étrangères.

« L'humanitaire main dans la main ? » Peut-être pas. Mais restent l'esprit d'ouverture et l'initiative qui, à terme, permettront peut-être à « *une force d'intervention humanitaire européenne* » (43) de voir le jour, et de s'intégrer, avec les Actions Civilo-Militaires, dans le dispositif des missions humanitaires de Petersberg.

(43) Voir projet BIO 95, qui a donné naissance au CESH.