

31

THÉMATIQUE

RRN dossier

Effets des Sanctions Economiques sur la Santé et le Bien-être des Populations

par Richard Garfield

Résumé

Dans ce dossier thématique, l'effet des embargos commerciaux sur la santé, les services de santé et la sécurité alimentaire est réexaminé d'après les données tirées des études de cas sur Cuba, Haïti et l'Iraq. Le point de vue avancé est que ces conséquences englobent bien davantage que les restrictions sur les médicaments disponibles. Les études de cas laissent également entendre que les mères et les enfants ne sont pas nécessairement les plus vulnérables et que l'analyse des changements de l'état de santé et des taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans révèle davantage que ceux des enfants âgés de moins d'un an. Dans le cas de Cuba et de l'Iraq, l'importance est aussi mise en relief de renforcer les systèmes de suivi dans le domaine de la santé et de réformer la politique sur la santé vers des mesures visant à maximiser l'utilisation du peu de ressources disponibles et encourager des mesures préventives. Les embargos commerciaux provoquent, toutefois, des chocs macro-économiques et des bouleversements économiques et sociaux d'une ampleur telle que l'aide humanitaire ne peut les atténuer et que dans le bien-être des populations, leur état de santé n'est pas seule à être affectée.

De ce fait, trois critères doivent être respectés si l'on désire que les pressions et arguments humanitaires soient

effectives : la fiabilité des données, l'intégrité de leur source et un lien crédible entre les phénomènes observés et le régime de sanctions appliqué. Dans le dernier chapitre de ce dossier, les méthodes actuelles d'évaluation de l'effet des sanctions sur la santé sont examinées de façon critique, en particulier à travers le cas de l'Iraq. L'étude menée identifie des points faibles persistants et propose des mesures qui permettront de faire de meilleures évaluations humanitaires.

Pour ce faire, il sera nécessaire :

1. de mieux évaluer les vulnérabilités, mais aussi les points forts existants ;
2. d'obtenir des indicateurs plus valides et des méthodes plus appropriées pour évaluer l'effet des sanctions sur les groupes vulnérables ;
3. de présenter des arguments plus convaincants qui montreront clairement comment les populations vulnérables ont été affectées et l'action à entreprendre afin de parvenir à de meilleurs résultats plutôt qu'à des dotations plus nombreuses (fondé sur les points 1 et 2).

Veillez envoyer vos observations sur ce dossier au:

Réseau Aide d'Urgence et Réhabilitation
Overseas Development Institute
Portland House
Stag Place
London
SW1E 5DP
Royaume-Uni

Tél. : +44 (0) 20 7393 1631/74

Fax : +44 (0) 20 7393 1699

E-mail : <rrn@odi.org.uk>

Site Web : <<http://www.oneworld.org/odi/rrn>>

Rédacteur : Koenraad Van Brabant avec Rachel Houghton

Mise en page : Rebecca Lovelace

Imprimé par : ReDesign, Enfield, London

Une copie sera envoyée à l'auteur.

Certaines observations peuvent être publiées dans le Bulletin.

Notes sur l'auteur

Richard Garfield, infirmier et épidémiologiste, est professeur de soins cliniques internationaux à l'université de Columbia. Il est également coprésident du Comité des droits de l'homme de *American Public Health Association* et directeur d'un centre de collaboration de l'OMS à l'université de Columbia. Au cours des années 80, il a travaillé au ministère de la Santé au Nicaragua dans les méthodes de lutte contre le paludisme. Depuis, il s'est concentré sur les effets variables des guerres sur les populations civiles et militaires à travers le monde. Richard s'occupe actuellement d'évaluer l'effet des programmes d'ajustement structurel et des armes légères sur les conditions humanitaires dans les pays affectés. Il a fait office d'expert-conseil auprès de plusieurs gouvernements septentrionaux pour leurs politiques vers des embargos économiques, et auprès des ministères de la Santé de plusieurs pays australs, en vue d'améliorer leur suivi et organisation par suite des restrictions liées aux sanctions.

Remerciements

L'auteur est fort reconnaissant des contributions importantes que lui ont apportées Koenraad Van Brabant, Andrea Ledward, Joe Stork, David Cortright, Elizabeth Gibbons, Victor Sidel, Johan Von Shreeb, Anupama Rao Singh, Muhamed M. Ali dans la conceptualisation ou la critique de ce dossier thématique du RRN.

ISBN: 0-85003-477-9

Prix: £5.00 (sterling) par copie (excl. affranchissement et emballage)

© Overseas Development Institute, Londres, 2000.

Des photocopies de tout ou partie de la présente publication sont autorisés, dans la mesure où la source d'information est mentionnée. Toutefois, la documentation du Réseau, reproduite en grand nombre, doit être référée à l'ODI qui en détient les droits d'auteurs. Le coordinateur du Réseau Aide d'Urgence et de Réhabilitation serait reconnaissante d'être informée de tout usage de la documentation du Réseau aux fins de la formation, de la recherche ou aux fins de la conception, mise en application ou évaluation de programmes.

Table des matières

1. Résumé	1
2. Introduction	3
La politique et les contraintes juridiques et morales	3
3. Etudes de cas sur Haïti, Cuba et l'Iraq	9
Vue d'ensemble	9
Conséquences macro-économiques	12
Conséquences des sanctions pour la santé et les soins de santé	13
Conséquences pour les services de santé	16
Conséquences pour la sécurité alimentaire	17
Stratégies permettant d'affronter les difficultés	18
4. Evaluer l'impact	21
Enjeux méthodologiques	21
Points faibles des méthodes de suivi/d'enquête actuelles	23
Evaluations humanitaires futures	24
5. Conclusions	31
Références	33
Bibliographie	34

Liste des tableaux

Tableau 1 : Topologie des sanctions	5
Tableau 2 : Sanctions instituées par l'Onu	6
Tableau 3 : Les droits de l'homme qui peuvent être enfreints par les embargos économiques	8
Tableau 4 : Recommandations visant à des modifications humanitaires des sanctions imposées en Iraq	11
Tableau 5 : Indicateurs comparés pour les pays faisant l'objet des études de cas	19
Tableau 6 : Minimum recommandé d'indicateurs de suivi pour les sanctions	27
Tableau 7 : Indicateurs de santé et de bien-être	28
Tableau 8 : Principes directeurs pour les bonnes pratiques d'évaluation des conséquences occasionnées par les sanctions	29

1

Résumé

En tant qu'instrument de politique étrangère coercitive, les sanctions commerciales ont très couramment été employées au cours des années 90. Il s'agit pour la plupart de sanctions bilatérales prises par les USA, mais le nombre de sanctions imposées par l'Onu a également augmenté et des groupements régionaux d'états commencent aussi à y avoir recours. Des embargos commerciaux assez exhaustifs ont été imposés, par exemple, à Cuba (USA), à Haïti (Organisation des Etats américains, Onu), à l'Iraq (Onu), au Sierra Leone (CEDEAO - Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'ouest) et au Burundi (états avoisinants).

A présent, suffisamment de preuves de fond existent pour montrer que les embargos commerciaux éprouvent durement les populations civiles et provoquent une profonde dislocation sociale et économique. Leur effet ne s'arrête pas à la crise humanitaire et déclenche de graves récessions économiques et un sérieux appauvrissement social. En bref, les sanctions inversent les bénéfices en « développement » et leurs conséquences ne peuvent être atténuées que par l'assistance humanitaire.

Il n'existe aucun instrument juridique spécifique pour réglementer les sanctions, mais elles devraient tout au moins respecter les principes fondamentaux du droit humanitaire international, comme la « distinction » et la « proportionnalité ». La distinction oriente les belligérants vers des cibles militaires plutôt que civiles. La proportionnalité éloigne les combattants des cibles susceptibles de causer du tort aux civils de manière disproportionnée par rapport aux avantages militaires.

Dans ce dossier, nous examinons le fait que les sanctions imposées à Cuba, à Haïti et à l'Iraq ont un effet, spécifiquement sur la santé et les services de santé. Nous examinons les mesures actuelles qui tentent d'évaluer ces conséquences ; nous cernons les points faibles courants dans le choix des indicateurs et de la méthodologie d'évaluation ; et nous recommandons une réforme des politiques nationales sur la santé et des mécanismes d'exclusion aux sanctions, en vue d'en atténuer les conséquences sur la santé. Un meilleur suivi et une meilleure évaluation de leur effet permettront également de parvenir à des arguments plus convaincants, car de telles données sont fiables, leur source est estimée objective et un lien crédible peut être établi entre les changements observés du bien-être des populations et l'imposition de sanctions.

L'effet des sanctions sur la santé et les services de santé ne se limite pas aux difficultés d'approvisionnement de médicaments. La santé et les services de santé dépendent du bon fonctionnement de l'infrastructure pour l'eau et l'assainissement ; ils dépendent aussi de l'électricité et du bon fonctionnement d'autres équipements, comme les ambulances, le matériel de radiographie ou les réfrigérateurs pour conserver les vaccins. Même si les exclusions humanitaires étaient effectives, ce qui n'est pas souvent le cas dans la réalité, ceci ne suffirait pas à maintenir la santé et les services de santé. Une infrastructure physique et médicale affaiblie - non seulement en raison du manque d'imports vitaux, mais aussi en raison d'une réduction des fonds publics pour les investissements en capital, les frais d'entretien et de fonctionnement (elle-même due à une perte de revenu en conséquence d'un embargo) - met à rude épreuve la capacité des services de santé d'assurer leurs soins et de



répondre aux urgences médicales. Plus le nombre et la qualité des services de santé diminuent, moins les populations sont enclines à continuer à les utiliser. Parallèlement, les taux d'accès et d'utilisation baissent parce que les civils sont obligés de s'engager dans d'autres activités sociales et économiques, afin de faire face à l'effet macro-économique des sanctions sur l'emploi et leurs moyens d'existence.

Les faits révèlent que la vulnérabilité des populations devrait être évaluée et non pas présumée. Il ne fait aucun doute que les mères et les enfants représentent un groupe vulnérable, mais si des services de santé publique appropriés sont en place et que les ressources peu abondantes sont regroupées, les tendances négatives de mortalité dans ce groupe peuvent cesser, voire même s'inverser, comme c'est le cas à Cuba. Les changements des taux de mortalité et de morbidité chez les enfants âgés de moins de cinq ans plutôt que chez les nourrissons sont de meilleurs indicateurs que les données sur les nourrissons (de moins d'un an). Mais une attention devrait aussi être accordée à d'autres groupes vulnérables, souvent négligés, comme les malades chroniques et les personnes âgées, ou à d'autres groupes marginalisés et exclus pour des raisons économiques, sociales ou politiques.

Un examen des faits disponibles indiquant une surmortalité en Iraq, par exemple, révèle des points faibles dans la méthodologie de nombreuses études et statistiques. Des enquêtes plus récentes, dont la méthodologie est plus fiable, montrent une surmortalité de 300 000 enfants âgés de moins de cinq ans. Plusieurs facteurs contribuent à ce résultat : l'Iraq dépend fortement du commerce extérieur pour son revenu et ses produits de base ; l'aide humanitaire a été retardée et fournit moins que ce qui est estimé nécessaire ; le système médical est hospitalier, curatif et orienté vers la

technologie de pointe ; aucune réforme importante de la politique sur la santé n'est orientée vers des mesures en faveur de la santé publique ; les systèmes d'information sur la santé nationale se sont effondrés ; et des actions non coordonnées entreprises par des experts techniques internationaux n'ont pas permis d'établir un état de la situation détaillé et suivi depuis le début.

Un meilleur suivi de l'effet des sanctions peut s'effectuer, si :

- les systèmes actuels d'information sur la santé sont renforcés ;
- les indicateurs sont mieux choisis ;
- les méthodes d'enquête sont améliorées ;
- les méthodes de suivi et d'enquête sont coordonnées, afin d'obtenir des résultats compatibles ;
- les données quantitatives et les données qualitatives sont regroupées, non seulement celles concernant la santé, mais aussi celles concernant les mécanismes sociaux et économiques des ménages leur permettant d'affronter les difficultés dans les pays affectés.

Une meilleure évaluation de l'aspect du système médical et de l'utilisation qui est faite des services de santé, peut contribuer à l'élaboration de sanctions et de règles d'exclusion aux sanctions, avant qu'elles ne soient imposées. Un meilleur suivi d'indicateurs de santé et de bien-être sélectionnés, après l'imposition de sanctions, devrait permettre de réexaminer ultérieurement cette élaboration de sanctions et d'exclusions.

2

Introduction

Sanctionner un pays, c'est en interrompre les moyens de communication, les relations diplomatiques et/ou économiques (cf. Tableau 1). Bon nombre de sanctions commerciales ont été instaurées depuis la fin de la guerre froide, du fait que l'intervention militaire directe de la part des grandes puissances est stratégiquement moins importante. Ces dernières années, l'impact macro-économique et politique des sanctions a été l'objet de nombreux débats. Dans ce dossier, nous examinons à la place l'effet que les embargos portant sur tous les aspects commerciaux ont sur la santé, les services de santé et le bien-être des populations. Les sanctions commerciales peuvent aggraver les souffrances et le nombre des décès des civils, en particulier parmi les groupes défavorisés et vulnérables. Des politiques et des actions humanitaires visant à réduire ces conséquences négatives sont proposées et une analyse comparée des sanctions imposées à l'Iraq, à Haïti et à Cuba est présentée. Tous ces aspects relatifs aux sanctions sont d'un intérêt pertinent au domaine plus étendu des droits de l'homme et de l'intervention humanitaire dans les situations de conflit.

Les organismes humanitaires (comme UNICEF et Save the Children), les établissements religieux (dont les Quakers et le Vatican), les réseaux d'établissements médicaux professionnels (comme American Public Health Association et l'Association mondiale de la médecine) et les groupes chargés des droits de l'homme (comme Amnesty International et Human Rights Watch) ont tous désapprouvé l'imposition de sanctions commerciales globales. Aucune politique simple et uniforme sur les sanctions n'est peut-être possible, mais les conséquences humanitaires majeures peuvent être anticipées et empêchées ou atténuées. En outre, les pays

affectés peuvent être conseillés sur la manière de répondre aux besoins essentiels de leurs citoyens pendant l'imposition de sanctions et, ce faisant, leur capacité de redressement et de développement peut être renforcée.

Dans cette introduction, nous examinons tout d'abord les motivations politiques qui ont poussé les gouvernements à imposer davantage de sanctions au cours des années 90, et les contraintes juridiques et morales qui devraient s'appliquer. Dans la mesure où des sanctions sont imposées sans déclaration de guerre officielle ou sans l'autorisation du Conseil de sécurité de l'Onu (Chapitre VII: autorisation d'employer la force pour imposer une résolution), les normes internationales des droits de l'homme sont applicables. Lorsque des sanctions sont imposées dans un milieu d'hostilité et où la force est employée, le droit humanitaire international doit s'appliquer. Pour ce faire, des principes fondamentaux doivent être respectés, comme la « distinction » entre les cibles militaires et civiles et la « proportionnalité » pour combattre les actes hostiles qui peuvent causer des souffrances aux civils.

La politique et les contraintes juridiques et morales

La politique des sanctions

Pendant le XX^{ème} siècle, les sanctions ont généralement été considérées comme un moyen d'intervention moins violent que la guerre. Au cours des années 20, le président américain, Woodrow Wilson, a défini les sanctions comme étant un « remède pacifique, silencieux et meurtrier » auquel aucune nation ne peut résister. Entre les deux guerres mondiales, les sanctions ont été jugées être un instrument de premier ordre pour une

politique étrangère coercitive, en vertu de la Ligue des Nations ; leur importance a été réitérée ultérieurement dans la Charte des Nations unies après la Deuxième Guerre mondiale. Notons toutefois qu'avant 1991, l'Onu n'avait imposé des sanctions qu'à la Rhodésie du Sud (1966) et à l'Afrique du Sud (1977). Pendant la guerre froide, les superpuissances pouvaient, en effet, appliquer leur veto dans le Conseil de sécurité, afin d'empêcher l'imposition de sanctions par l'Onu et contrecarrer l'effet des sanctions bilatérales en offrant une assistance au pays concerné.

Depuis 1991, l'Onu ou les organismes régionaux ont introduit 10 régimes de sanctions (cf. Tableau 2). Après leur débâcle militaire en Somalie, les USA ont souvent opté pour les sanctions plutôt que pour l'intervention militaire. Entre 1993 et 1996, ils ont, en effet, introduit 35 nouveaux régimes de sanctions. En 1997, des sanctions d'une sorte ou d'une autre étaient imposées à plus de 50 pays qui comprenaient 68 pour cent de la population mondiale (Meyers, dans le *New York Times* du 20 avril 1997). La majorité de ces sanctions limitent les relations commerciales ou la coopération militaire. Celles qui portent sur tous les aspects et tentent de couper un pays sur le plan économique ou diplomatique sont rarement appliquées.

Certains estiment que les sanctions sont un instrument qui permet de faciliter la résolution de conflits d'une manière moins violente. On leur accorde le pouvoir d'empêcher que le gouvernement qui a renversé le président élu à Haïti, en 1991, devienne légitime. On leur a également accordé le pouvoir d'influencer des régimes comme en Iraq, de manière à permettre aux inspecteurs d'armes de l'Onu de faire le suivi et d'effectuer la destruction d'armes ; comme en République fédérale de Yougoslavie, de manière à ce que les Accords de paix de Dayton soient signés ; et comme en Libye, en vue de faciliter le procès de ceux soupçonnés d'avoir fait exploser l'avion au-dessus de Lockerbie. Là où le succès des sanctions est le plus souvent cité est en Afrique du Sud. Elles ont aidé à convaincre le gouvernement de l'apartheid qu'il devait s'orienter vers un gouvernement élu à la majorité (Coovadia, 1999). Les facteurs qui ont permis aux sanctions imposées à l'Afrique du Sud d'être effectives - l'appui général de ceux qui étaient les plus affectés et un gouvernement sensible à l'opinion internationale - sont rares.

Les scientifiques politiques affirment que les sanctions n'ont guère atteint leurs objectifs prévus (Hufbauer *et al*, 1990 ; Dashti-Gibson *et al*, 1997 ; Pape, 1997). Pourquoi les sanctions sont-elles alors si courantes ? Premièrement, parce qu'elles envoient un message précis de désapprobation ; dans le cas extrême, les sanctions isolent un pays de la communauté internationale en le désignant comme « mauvais exemple ». Une autre raison est la valeur qu'elles représentent pour le public national : elles montrent une action rapide de la part des décideurs et favorisent les sanctions qui visent à répondre aux

demandes des électeurs. Enfin, bien qu'elles provoquent des coûts économiques aux activités commerciales nationales, on estime qu'elles ne reviennent pas cher par rapport au coût d'une intervention militaire. A Haïti, par exemple, l'intervention militaire a coûté 8 milliards de dollars US, écrasant ainsi le prix de trois ans d'assistance humanitaire pendant la durée des sanctions, qui s'élevait à 250 millions de dollars US.

Les sanctions extériorisent la majorité des coûts sur le pays sanctionné. Bon nombre de ces frais retombent, toutefois, sur la population civile et non pas sur le gouvernement incriminé. De même que d'autres tendances dans la mondialisation économique, les sanctions sont presque exclusivement utilisées par les économies de marché développées à l'encontre d'états plus faibles et plus dépendants. Elles peuvent donc être considérées comme étant un complot général contre les états qui résistent la pénétration culturelle, politique ou économique de l'ordre mondial après la guerre froide, dirigé par les USA.

Les sanctions économiques qui affectent les secteurs du commerce et des finances peuvent occasionner une grave déstabilisation économique et de sérieuses conséquences pour les moyens d'existence et le bien-être des populations des pays concernés. C'est la raison pour laquelle de nombreux groupes religieux et humanitaires s'opposent actuellement à toutes les formes de sanctions. Cependant, les conséquences négatives causées par une sanction doivent être évaluées en les comparant aux autres possibilités qui consistent, soit à entrer dans une guerre ou à laisser impunis des crimes aussi graves que le génocide.

Contraintes juridiques et morales

L'article 41 de la Charte des Nations unies autorise des « mesures qui n'impliquent pas l'emploi de forces armées ... dont l'interruption totale ou partielle des relations économiques ... » lorsqu'un état met en danger la paix et la sécurité du monde. Cette mesure peut être suivie d'une action militaire si le Conseil de sécurité approuve. En vertu de cette disposition, des embargos ont été mis en vigueur contre la Rhodésie (à présent, le Zimbabwe), la Libye, l'Iraq et la Yougoslavie. Des sanctions ont également été établies par l'Organisation des Etats américains (OEA) contre Haïti, par les pays voisins contre le Burundi, et par la Communauté européenne contre la République fédérale de la Yougoslavie. Les sanctions collectives ne constituent qu'une minorité de l'ensemble des sanctions. Bon nombre des sanctions américaines, comme celles imposées à Cuba, sont purement bilatérales et l'on se demande donc quel rapport (et légitimité) existe entre les sanctions imposées par des états membres de l'Onu, bilatéralement ou en groupements régionaux, et les sanctions autorisées par le Conseil de sécurité de l'Onu.

Une autre difficulté est l'obligation de l'Onu de respecter la souveraineté des états membres. De ce fait, le débat concernant les sanctions soutient qu'il appartient à un

Tableau 1 : Topologie des sanctions

<i>Mesures diplomatiques et politiques</i>
<ul style="list-style-type: none"> • protestation publique, censure, condamnation ; • report, annulation des visites officielles, réunions, négociations concernant les traités et les accords ; • réduction, restriction de la représentation diplomatique affectant le status des fonctions, le personnel diplomatique, les bureaux consulaires ; • interruption des relations diplomatiques ; • refus de reconnaître les nouveaux gouvernements ou états ; • vote contre, admission opposée par veto aux organisations internationales ; vote en faveur d'une dénégation des pouvoirs, interruption provisoire ou expulsion ; retrait du pays cible des sièges, bureaux régionaux des organismes internationaux.
<i>Mesures culturelles et de communication</i>
<ul style="list-style-type: none"> • réduction, annulation des échanges culturels, de la coopération scientifique, des liens éducationnels, des contacts sportifs, du tourisme ; • restriction, retrait des privilèges accordés aux nationaux cible ; • restriction, annulation des liaisons téléphoniques, câbles et postales ; • restriction, interruption provisoire, annulation des privilèges d'atterrissage et de survol de l'espace aérien ; des privilèges de la navigation, d'arrimage et privilèges portuaires ; privilèges de passage à l'intérieur d'un territoire.
<i>Mesures financières</i>
<ul style="list-style-type: none"> • réduction, interruption provisoire, annulation de l'assistance en développement et de l'assistance militaire ; • réduction, interruption provisoire, annulation des facilités de crédit à des taux réduits ou du cours libre ; • gel, confiscation des avoirs bancaires des gouvernements cible, nationaux cible ; • confiscation, expropriation d'autres avoirs du pays cible ; • gel des paiements d'intérêt ou d'autres opérations de transfert ; • refus de financer à nouveau, reporter les remboursements de dettes (capital et intérêt) ; • vote contre les prêts, concessions, subventions, financement d'une assistance technique ou autre offerts par des organismes internationaux.
<i>Mesures commerciales et techniques</i>
<ul style="list-style-type: none"> • quotas d'importation, exportation ; • octroi restrictif de licences d'importation, exportation ; • embargo limité, total, sur les importations, exportations (note : embargos sur les armes) ; • politique douanière discriminatoire, y compris le refus du status de partenaire commercial préféré, l'accès au Tarif préférentiel général ; • restriction, annulation des droits de pêche ; • interruption provisoire, annulation de projets en commun ; • interruption provisoire, annulation des accords commerciaux ; • interdiction des importations en technologie ; • 'boycott' de ceux qui font du commerce avec le pays cible ; • réduction, interruption provisoire, annulation de l'assistance technique, des programmes de formation ; • interdiction des services d'assurance et autres services financiers ; • taxe sur les exportations du pays cible afin de dédommager ses victimes.

Tableau 2 : Sanctions instituées par l'Onu

Pays	N° de la résolution de l'Onu et date d'adoption	Composition des sanctions	Dates de mise en vigueur
Rhodésie du sud	217 (20-11-65) 232 (16-12-66) 253 (29-05-68) 460 (21-12-79)	· embargo militaire et pétrolier · appels aux membres leur demandant d'interrompre les relations économiques · formation du Comité des sanctions · levée des sanctions	1965–1979
Afrique du Sud	418 (04-11-77) 421 (09-12-77) 919 (25-05-94)	· embargo militaire · formation du Comité des sanctions · levée des sanctions	1977–1994
Irak/ Koweït	661 (06-08-90) 670 (25-09-90) 687 (03-04-91)	· sanctions commerciales de toutes sortes · formation du Comité des sanctions · embargo aérien · résolution de cessez-le-feu ; embargo commercial total reste en vigueur en attendant que l'Irak remplisse les conditions établies	1990 – jusqu'à présent (jusqu'à avril 1991 pour le Koweït)
Irak (uniquement)	712 (19-09-91) 986 (14-04-95) 1111 (06-04-97) 1143 (12-04-97) 1175 (06-19-98) 1210 (11-24-98) 1242 (06-04-99)	· première autorisation pour des accords « vente de pétrole contre vivres » · autorisations ultérieures pour un programme « vente de pétrole contre vivres »	
Ancienne Yougoslavie	713 (25-09-91) 724 (15-12-91) 757 (30-05-92) 820 (17-04-93) 942 (23-09-94) 943 (23-09-94) 1022 (22-11-95) 1074 (01-10-96)	· embargo militaire · formation du Comité des sanctions · sanctions commerciales de toutes sortes, blocus aérien, boycott culturel/sportif imposé à la Serbie & à Montenegro · renforcement des sanctions · sanctions imposées aux Serbes bosniaques · relâchement de certaines sanctions imposées à la Serbie & à Montenegro · interruption illimitée des sanctions, suite à l'accord de paix de Dayton · levée des sanctions imposées à la Serbie & à Montenegro et aux Serbes bosniaques	1991–1996
Somalie	733 (23-01-92) 751 (24-04-92)	· embargo militaire · formation du Comité des sanctions ;	1992 – jusqu'à présent
Libye	733 (23-01-92) 883 (11-11-93)	· embargo militaire et blocus aérien ; sanctions diplomatiques et formation du Comité des sanctions · gel des capitaux du gouvernement libyen ; interdiction sur le matériel pétrolier	1992–1999
Liberia	788 (19-11-92)	· embargo militaire	1992 – jusqu'à présent
Haïti	841 (16-06-93) 861 (27-08-93) 873 (13-10-93) 917 (06-05-94) 944 (29-09-94)	· embargo militaire et pétrolier ; gel des avoirs étrangers ; formation du Comité des sanctions ; · interruption de l'embargo militaire et pétrolier, suite à la signature de l'accord insulaire du gouvernement · rétablissement de l'embargo pétrolier et militaire ; · sanctions incluant les avoirs commerciaux et financiers · levée des sanctions mise à effet le 16-10-94	1993–1994 (précédée par l'OEA l'embargo de 1991-1993)
Angola	864 (15-09-93)	· embargo militaire et pétrolier contre UNITA et le gouvernement angolais · formation du Comité des sanctions	1993 – jusqu'à présent
Rwanda	918 (17-05-94) 1011 (16-08-95)	· embargo militaire ; formation du Comité des sanctions · levée des sanctions le 1-9-96 pour le gouvernement rwandais toujours en vigueur pour les forces non gouvernementales	1994 – jusqu'à présent
Sierra Leone	1132 (08-30-97)	· embargo militaire, embargo économique et diplomatique	1997 – jusqu'à présent
Soudan	1054 (26-04-96) 1070 (16-08-96)	· sanctions diplomatiques · imposition conditionnelle du blocus aérien effective dans les 90 jours ; différée en attendant un autre examen des conséquences des sanctions	1996 – jusqu'à présent

pays de décider de sa souveraineté, dans la mesure où il respecte ses obligations envers ses citoyens. S'il manque totalement à ses obligations, une intervention internationale peut se justifier. La communauté internationale peut de cette façon occasionner des violations des droits de l'homme, alors qu'elle lutte contre celles commises par un gouvernement national.

Les conséquences des sanctions commerciales sur les citoyens de certains pays soulèvent la question du rapport qui existe entre les droits civils et politiques et les droits sociaux et économiques. En vertu de sa Charte, l'Onu est en effet tenu de promouvoir un meilleur niveau de vie pour les êtres humains et leur meilleur développement. La Déclaration des droits de l'homme et la Convention des droits de l'enfant, entre autres, condamnent les actions qui entravent l'exercice de droits fondamentaux, comme les droits à l'hébergement, aux soins médicaux et à des vivres, dont la privation peut même affecter la survie de certaines personnes. Dans plusieurs cas, comme à Haïti et en Iraq, l'Onu se retrouve à jouer le double rôle d'agent hostile et de défenseur humanitaire. Rien d'étonnant à ce que l'assistance humanitaire offerte par les institutions onusiennes ait été parfois rejetée par les populations affectées et leurs gouvernements, car l'Onu leur semblait être à l'origine de leur infortune.

Les sanctions peuvent être imposées avant, pendant ou après une guerre. Elles peuvent, toutefois, être introduites sans qu'une guerre soit déclarée et ne relèvent pas des règles de la guerre. Ces règles ont été conçues en vue d'assurer une protection aux populations civiles et aux non combattants. Les Conventions de Genève (1949) et ses Protocoles complémentaires (1977) interdisent les mesures qui privent une population civile de produits indispensables à sa survie. L'article 70 du Protocole I et l'article 18 du Protocole II, par exemple, demandent qu'une aide de secours soit apportée aux populations civiles qui traversent de dures épreuves en raison du

manque d'approvisionnements essentiels à leur survie. L'article 14 du Protocole II garantit la protection des produits indispensables à la survie : « Il est interdit d'avoir recours à la famine comme méthode de combat. Par conséquent, il est interdit de s'attaquer ... aux cultures, au bétail, aux installations d'eau potable et aux installations d'approvisionnement d'eau et d'irrigation ».

Deux principes essentiels des lois de la guerre sont la proportionnalité et la distinction. La proportionnalité éloigne les combattants des cibles susceptibles de causer des souffrances inutiles aux civils par rapport aux avantages militaires. La distinction oriente les belligérants de façon à ce qu'ils se concentrent sur des cibles militaires plutôt que civiles. Mais lorsque les sanctions sont imposées en période de guerre, elles ne relèvent pas des règles de la guerre. Les autorités qui imposent ces sanctions n'ont ainsi aucune obligation légale de sélectionner avec soin leurs cibles, de prendre des précautions en vue de réduire les souffrances des civils et éviter de faire des victimes parmi les civils, et d'examiner les avantages et désavantages relatifs d'un mode d'action susceptible de causer des souffrances aux populations civiles. De ce fait, on peut soutenir que si des sanctions d'aspects divers sont examinées de près en vertu des principes de différenciation et de proportionnalité, elles peuvent enfreindre plus de droits que la guerre même.

Les instruments juridiques internationaux ne facilitent également pas le droit à réparation et il est donc très difficile de tenir les autorités qui imposent les sanctions responsables de leurs conséquences sur les civils. D'ordinaire, la procédure juridique exige qu'une personne prouve que des torts ont été causés par l'action d'une autre personne. Ceci est difficile à établir sans l'ombre d'un doute, compte tenu qu'il y ait rarement de relation directe de cause-effets entre les changements dans le bien-être et des sanctions imposées.

Tableau 3 : Les droits de l'homme qui peuvent être enfreints par les embargos économiques

Droits de l'homme	Documents pertinents des Nations unies
Droit à la vie	DUDH (3), PIDCP (6)
Droit à la liberté et à la sécurité d'une personne	DUDH (3), PIDCP (9)
Droit à la liberté d'opinion et d'expression	DUDH (19), PIDCP (19), CDE (13)
Droit à des vivres adéquats et à ne pas être affamé	DUDH (25), PIDESC (11)
Droit au niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale	CDE (24), PIDESC (12)
Droit à l'offre d'une assistance médicale et de soins médicaux	DUDH (25), PIDESC (12), CDE (24)
Droit à des vêtements et à un logement adéquats	DUDH (25), PIDESC (11)
Droit à des conditions environnementales adéquates	PIDESC (12)
Droit à un niveau de vie adéquat pour la santé et le bien-être	DUDH (25), PIDESC (11), CDE (27)
Droit à l'éducation	DUDH (26), PIDESC (13), CDE (28)
Droit à l'emploi, et à des conditions de travail équitables et favorables	DUDH (23), PIDESC (6, 7)
Droit à la sécurité sociale	DUDH (22), PIDESC (9), CDE (26)
Droit à participer au gouvernement	DUDH (21), PIDESC (25)

Une protection et une assistance aussi grandes que possible doivent être accordées à la famille. Une protection spécifique doit être accordée aux mères pour une durée raisonnable avant et après la naissance de l'enfant. Des mesures spécifiques de protection et d'assistance doivent être prises au nom de tous les enfants et des jeunes personnes.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), article 10.

Les Etats parties à la Convention doivent assurer dans la mesure maximale du possible la survie et le développement de l'enfant. Les Etats parties à la Convention reconnaissent le droit de chaque enfant à un niveau de vie adéquat pour son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

Convention sur les droits de l'enfant (CDE), articles 6 et 27.

Documents pertinents des droits de l'homme :

- Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH)
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)
- Convention sur les droits de l'enfant (CDE)

Source : Hoskins, 1998.

3

Etude de cas sur Haïti, Cuba et l'Iraq

Vue d'ensemble

Les pays les plus susceptibles d'être affectés par les sanctions commerciales sont ceux qui :

- dépendent le plus des importations, en particulier de vivres et d'énergie ;
- dépendent du revenu d'exportation sur un ou quelques produits faciles à contrôler ;
- sont isolés sur le plan géographique et politique ;
- connaissent une rapide mise en oeuvre des sanctions, qui ne leur donne pas le temps de réorganiser leurs sources d'approvisionnement ;
- n'ont pas de réserves financières suffisantes pour leur permettre d'importer des produits essentiels ;
- sont perturbés en raison d'autres crises sociales concomitantes ;
- sont le moins capables d'affronter les difficultés en s'engageant dans des activités agricoles de petite envergure et d'autres cultures de base ;
- ont une infrastructure médicale orientée principalement vers des soins hospitaliers et curatifs sophistiqués qui requièrent des produits importés ;
- n'ont guère de systèmes d'information et qui ne sont donc guère capables de modifier de façon efficace le système médical et d'autres activités sécurité sociale, lorsque les maladies changent et que les ressources s'amointrissent.

Sur le plan géographique, Cuba est isolé, mais pas sur le plan politique ; de nombreux pays continuent à faire du commerce avec Cuba, en dépit de l'embargo des USA. La frontière poreuse entre Haïti et la République dominicaine a aidé Haïti à se procurer une quantité

minimale de carburant pendant la durée des sanctions. Les populations urbaines à Cuba et à Haïti sont retournées dans les exploitations agricoles familiales, lorsque les emplois urbains ont progressivement disparus, offrant ainsi une aide de secours contre l'une des pires conséquences causées par les sanctions. L'Iraq n'a pas bénéficié de tels avantages. Il est difficile d'imaginer, en effet, un pays plus vulnérable à des sanctions de toutes sortes.

Cuba

Au cours des années 80, Cuba était l'un des rares pays en développement dont les taux de mortalité infantiles, enfantines et maternelles étaient proches de ceux des pays développés. Mais, tandis que les taux de croissance des autres pays aux bons indicateurs - la Chine, Costa Rica, l'état de Kerala en Inde et le Sri Lanka - se situaient dans une fourchette modérée / élevée, le revenu par habitant à Cuba était en baisse.

Les USA ont imposé des sanctions commerciales à Cuba en 1964. Au cours de la détente des années 80, les sanctions ont été relâchées, ce qui a permis à Cuba d'acheter des produits à des sociétés américaines par le biais de pays tiers. En 1992, l'embargo des USA s'est resserré lorsque la Loi sur la démocratie cubaine a été adoptée, projet de loi du Congrès qui tira profit du recul économique et de la vulnérabilité politique de Cuba, lors de la dissolution de l'ancien bloc soviétique. Depuis, tout le commerce américain auxiliaire a pour ainsi dire été interdit. Les navires d'autres pays ne sont pas autorisés à amarrer aux ports américains pendant six mois, après s'être rendus à Cuba, même si leurs cargaisons sont des produits humanitaires. Depuis la Deuxième Guerre mondiale, la législation afférente aux

embargos a généralement permis des exceptions pour les produits humanitaires, mais la législation de 1992 concernant Cuba n'autorise pas la vente de vivres et exige que des « vérifications sur place » sans précédent aient lieu pour les dons de produits médicaux. La législation n'exclut pas que Cuba ne puisse acheter des médicaments auprès de sociétés américaines ou de leurs filiales étrangères ; cependant, les demandes pour une telle licence ont habituellement été retardées ou refusées. Malgré les critiques exprimées par la majorité des alliés des USA, et un léger relâchement résultant de l'intervention papale en 1998, les sanctions continuent à être appliquées.

Haïti

Haïti a été le pays le plus pauvre de l'hémisphère occidentale pendant la majeure partie des deux siècles qui se sont écoulés après son passé colonial. Lorsque Aristide a été élu premier président d'Haïti en février 1991, la moitié de la population active était au chômage, la moitié des adultes étaient analphabètes et un tiers de

la population n'avait pas accès à des services médicaux modernes. Aristide a été évincé de la présidence par un coup d'Etat qui a eu lieu au mois de septembre suivant et des sanctions ont été imposées par les USA et l'OEA en octobre.

Les premières sanctions ont eu pour effet de bloquer les avoirs du gouvernement haïtien aux USA et d'interdire les paiements au régime *de facto*. Par la suite, d'autres sanctions ont été introduites : l'interdiction de la majorité des importations et exportations d'Haïti (à l'exception des produits humanitaires), une restriction des vols commerciaux et un gel des expéditions d'armes et de pétrole. Les sanctions n'ont été levées qu'en 1994 après l'accord de *Governor's Island* et une intervention militaire EU/OEA, (afin que la période transitoire de transfert des pouvoirs à Haïti se déroule dans le calme) a été mis en application. Cet accord a conduit au rétablissement du gouvernement élu. Pendant la durée des sanctions, des ONG et des gouvernements ont assuré des fonctions essentielles en dehors des structures

Etude de cas : Evaluation du Programme de vente de pétrole contre des vivres en Iraq

Huit ans après la fin de la guerre du Golfe de 1991, les sanctions commerciales les plus exhaustives qui n'aient jamais été imposées au cours du XX^{ème} siècle sont encore en vigueur en Iraq. Outre l'affirmation qu'il y aurait eu un excédent de plus d'un million de décès, une évaluation n'a guère été faite des changements de vie dues aux sanctions que les 22 millions d'Iraqiens ont connus. Ce genre d'enquête est essentielle afin d'évaluer le « Programme de vente de pétrole contre des vivres » (PVPV) de l'Onu qui assure la fourniture de produits humanitaires à l'Iraq. Lancé en 1996, ce programme représente actuellement la plus grande activité d'aide de secours dans le monde. En janvier 1999, une évaluation a été prescrite par vote de l'Assemblée générale de l'Onu et comprenait un budget de 100 000 dollars US en capitaux de l'Onu non iraqiens. Un chef d'équipe pour l'évaluation a été engagé, des procédures ont été élaborées et des institutions onusiennes en Iraq ont commencé à collecter des renseignements généraux. Mais aucun mandat n'a été présenté et aucune équipe d'évaluation n'a été envoyée sur le terrain. Bien qu'aucun membre du Conseil de sécurité n'ait opposé par veto le projet d'évaluer le PVPV, plusieurs grandes puissances ont décidé par derrière de bloquer le projet d'envoyer une équipe d'évaluation indépendante sur le terrain. Eventuellement, plusieurs diplomates et membres du personnel du secrétariat de l'Onu à New York se sont servis de rapports existants pour négocier et synthétiser un document récapitulatif décrivant les conditions humanitaires. Même les recommandations modestes formulées par cette équipe visant à améliorer les conditions humanitaires en Iraq ont été ignorées ; lors de la rédaction de ce dossier, six mois après la publication du rapport du Comité humanitaire, aucune de leurs recommandations n'a été votée par le Conseil de sécurité ou l'Assemblée générale et aucune n'est sur le point d'être mise en oeuvre par le bureau onusien du programme d'Iraq.

Une évaluation humanitaire de l'Iraq devrait porter sur le bien-être de la population en général et des groupes vulnérables en particulier. Des données devraient être collectées sur les changements des niveaux de pauvreté, sur les niveaux et sources de revenu et sur la part du revenu qui est affectée à l'alimentation. Les répercussions spécifiques des changements économiques et de l'assistance sociale sur les femmes devraient faire l'objet d'une enquête, ainsi que les répercussions de ces changements sur la fertilité, le mariage et les choix de migration nationale et internationale. Ceci faciliterait l'identification des mécanismes plus ou moins effectifs permettant à divers secteurs de la population d'affronter les sanctions, et des modifications nécessaires afin d'obtenir de meilleurs résultats du programme.

La négligence prolongée de l'infrastructure pour l'eau, les installations sanitaires, les routes, l'agriculture et l'électricité devrait être spécifiée. Les difficultés et complexités encourues dans la gestion du PVPV et les différences qui existent entre la gestion effectuée par les ONG et leurs rôles dans le centre et le sud de l'Iraq, par rapport aux gouvernorats autonomes kurdes dans le nord, devraient être réexaminées. Le PVPV est fortement orienté vers une distribution des produits vitaux sans la formation, les systèmes d'information et le développement d'une infrastructure administrative qui caractérisent les programmes d'aide de secours au développement. Ceci peut expliquer les résultats limités si contrariants du PVPV jusqu'à présent en matière de malnutrition infantile, en particulier dans le centre et le sud de l'Iraq, par rapport à la région kurde dans le nord gérée par l'Onu.

Tableau 4 : Recommandations visant à des modifications humanitaires des sanctions imposées à l'Iraq

Rapport du Comité humanitaire de l'Onu (mars 1999)
Garantir une augmentation des capitaux pour le PVPV relevant de la résolution 986 du Conseil de sécurité :
<ul style="list-style-type: none"> • augmenter le plafond des exportations de pétrole ; • autoriser des accords bilatéraux pour un partage de production afin d'augmenter la production ; • autoriser les investissements privés dans les secteurs du pétrole et de l'alimentation ; • essayer d'inclure les exportations de pétrole qui ne relèvent pas de la résolution 986 dans le programme qui en relève ; • obtenir des capitaux de source non iraquienne pour l'assistance humanitaire ; • interrompre provisoirement les déductions du programme 986 pour les remboursements du Koweït , etc. ; • libérer les avoirs irakiens détenus par d'autres pays dans le programme.
Améliorer les procédures d'approbation pour les demandes de contrat :
<ul style="list-style-type: none"> • approuver au préalable les produits humanitaires non ambigus ; • autoriser le gouvernement iraquien à acheter ces produits à l'aide des paiements provenant de comptes spécifiques, lorsque les produits atteignent la frontière ; • accélérer la procédure d'approbation en la ramenant à un délai de 2 jours pour les produits non approuvés au préalable et non destinés à une double utilisation ;
Modifier le programme humanitaire :
<ul style="list-style-type: none"> • établir un élément trésorerie dans le centre/sud de l'Iraq ; • utiliser les capitaux 986 pour acheter plutôt que de casser le marché des céréales irakiennes ; • inclure installations et formation dans les contrats pour l'achat de matériel ; • établir des primes pour les produits livrés dans des délais plus courts ; • encourager les ONG et d'autres organismes à créer des programmes orientés vers l'éducation et la jeunesse.
Autres recommandations formulées par des personnes non associées au PVPV :
<p>(McHugh, sans date ; Garfield, non publié) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • égaliser les niveaux de financement des programmes humanitaires entre le nord et le centre/sud ; • arrêter de bombarder les fournitures humanitaires et fournir des réparations lorsque des cibles humanitaires sont touchées ; • passer d'une procédure de « non objection » à un mécanisme « décision par majorité » pour approuver les demandes de l'Iraq ; • demander aux états qui votent souvent de placer les contrats en attente, de justifier leurs objections ; • redéfinir l'aide de secours pour permettre la formation, l'infrastructure, l'évaluation, les communications ; • créer des cycles de planification/dépenses d'une durée supérieure à 6 mois ; • entreprendre des études d'évaluation longitudinales ; • accroître progressivement l'élément trésorerie et transférer progressivement les capitaux du compte bloqué de l'Onu dans un compte iraquien transparent ; • autoriser l'Iraq à vendre du gaz naturel afin de générer un revenu plus élevé ; • rendre transparentes les délibérations des comités chargés des sanctions.
Recommandations formulées dans la proposition du Royaume-Uni /Pays-Bas (juin 1999) :
<ul style="list-style-type: none"> • interrompre provisoirement l'interdiction de toutes les exportation irakiennes ; • accorder au Secrétaire général de l'Onu l'autorité directe d'approuver les demandes de contrats humanitaires.
Recommandations formulées dans la proposition de la France (juin 1999) :
<ul style="list-style-type: none"> • interrompre provisoirement à la fois les importations et les exportations d'Iraq, à l'exception des produits militaires ; • change le pouvoir de prise de décision du Conseil de sécurité en faveur de la notification des contrats.
Etude de mortalité Annan après Unicef : (août 1999)
<ul style="list-style-type: none"> • affecter 1 milliard de dollars US du revenu excédentaire anticipé à la santé et nutrition infantiles.

gouvernementales, en vue d'éviter de légitimer le régime militaire. Un grand nombre de bons membres du personnel ont quitté leur poste gouvernemental à cette époque et n'y sont jamais revenus. En conséquence, l'administration publique d'Haïti s'est affaiblie.

Iraq

Le 6 août 1990, les sanctions ont commencé à être imposées sur tous les articles importés en Iraq, à l'exception des médicaments. Suite à la guerre du Golfe, en janvier et février 1991, les sanctions ont été renforcées par l'Onu. Le 3 avril 1991, l'Iraq a été autorisé à importer des vivres en sus des médicaments. En réalité, environ 10 pour cent seulement des quantités antérieures de chacun de ces produits ont été importés. Entre 1991 et 1993, les organismes humanitaires n'ont importé que 5 pour cent des médicaments et vivres estimés nécessaires à l'Iraq, du fait que leurs demandes n'ont pas été financées par des gouvernements hostiles au pays.

Afin de répondre aux besoins humanitaires de l'Iraq, le Conseil de sécurité de l'Onu a adopté la résolution 706 en août 1991, en vertu de laquelle une vente limitée de pétrole a été autorisée pour payer les importations de produits humanitaires. En 1995, le Conseil de sécurité a autorisé une fois de plus la vente de pétrole pour l'achat de produits humanitaires. Le gouvernement de l'Iraq, exprimant ses inquiétudes en matière de souveraineté et pariant que le Conseil de sécurité lèverait les sanctions avant que les produits emmagasinés ne s'épuisent, n'a approuvé le programme (résolution 986 du Conseil de sécurité de l'Onu) qu'en 1996, et les premières livraisons de produits humanitaires ont commencé en 1997. Ce « Programme de vente de pétrole contre des vivres » (PVPV) est actuellement le plus important programme d'aide de secours dans le monde. L'Assemblée générale de l'Onu a décidé par vote d'effectuer une évaluation exhaustive sur le terrain du PVPV, d'ici mars 1999. Cependant, les manoeuvres politiques des états membres du Conseil de Sécurité ont empêché qu'une équipe soit envoyée sur le terrain pour collecter des renseignements initiaux. Le rapport du Comité humanitaire qui en a résulté était un document de compromis rédigé par le personnel au siège qui avait puisé dans les rapports existants de l'Onu.

Conséquences macro-économiques

Vue d'ensemble

Les embargos portant sur tous les transactions commerciales constituent un choc économique majeur. Les fortes restrictions d'importations et d'exportations réduisent la production globale, non seulement dans l'industrie mais aussi dans le secteur agricole, dans la mesure où il dépend d'apports importés. L'emploi baisse dans les secteurs orientés vers l'exportation. Les réserves en devises diminuent et le service de la dette prend du retard. La baisse du revenu public est susceptible d'entraîner une réduction des placements en capital et de l'entretien infrastructurel, ainsi que de moins bons

services sociaux de moins bonne qualité. Un recul global du PNB et du revenu par habitant affecte pratiquement tout le monde, mais ce sont les plus pauvres qui sont frappés de façon disproportionnée. Le niveau d'inégalité dans la société est donc susceptible d'augmenter. Aucune de ces conséquences macro-économiques ne peut être compensée de manière effective par l'assistance humanitaire et la situation ne se redresse pas non plus rapidement lorsque les sanctions sont levées.

Cuba

Le produit national brut de Cuba a baissé de 35 pour cent entre 1989 et 1994. Il est impossible de quantifier l'ampleur de ce recul économique causé par chaque « circonstance initiale », mais il est généralement reconnu que l'embargo a eu moins d'effet que la perte des relations commerciales et des relations en matière d'aide avec l'ancien bloc soviétique. Le degré d'équité sociale à Cuba est très élevé ; comme le niveau des 20 pour cent de revenus les plus élevés est deux à trois fois celui des 20 pour cent les moins élevés, cet écart est l'un des plus faibles du monde. En 1994, il a diminué davantage, étant donné que la crise économique a réduit les revenus en général, tandis que le logement, l'éducation, les vivres rationnés et les soins médicaux ont continué à être des produits accessibles au public ; ces derniers n'étant pas acquis par le biais de mécanismes de marché, ont moins été affectés par le recul économique. Depuis 1994, cependant, l'économie s'est accrue d'environ 3 pour cent par an. Cette croissance s'est produite en majeure partie dans les secteurs traditionnels et est liée au fait que l'écart social augmente entre ceux dont le revenu est en peso et ceux dont le revenu est en dollars.

Haïti

Il est généralement admis que les militaires et les élites traditionnelles se partagent l'une des plus grosses concentrations de fortunes du monde, tandis que la population en général vit principalement dans la pauvreté.

Depuis 1986, le rendement industriel et agricole à Haïti a eu tendance à baissé, mais ce taux s'est accéléré entre 1991 et 1994. Au cours des cinq années entre 1986 et 1991, l'emploi dans les usines de montage a diminué de 8 pour cent ; entre 1991 et 1994, alors que des sanctions ont été imposées, le taux d'emploi dans ce secteur a chuté de 80 pour cent. L'embargo est associé à la perte d'environ 30 000 emplois dans les industries du vêtement, de l'électronique, des sports et du montage de jouets. De même, la production agricole au cours des années 80 a baissé en moyenne de 1 pour cent par an ; entre 1991 et 1994, ce taux a baissé au total de 20 pour cent, soit plus de quatre fois plus vite.

Pendant les trois années où les sanctions ont été appliquées, le PNB par habitant a diminué de 120 dollars US, soit de 30 pour cent ; au cours de la même période, la communauté internationale (le gouvernement

américain, principalement) a offert à Haïti une assistance humanitaire d'une valeur totale estimée à 250 millions de dollars US, soit 35 dollars US par habitant. Ce montant a compensé d'environ un tiers la perte de revenu encourue pendant la durée des sanctions. Environ 15 pour cent de cette assistance a été fournie par le biais du système onusien ; la majeure partie des 95 pour cent restants a été assuré par le gouvernement américain qui a contribué près de 190 millions de dollars US sur une période de trois ans. Ceci représente une somme énorme pour l'assistance humanitaire, mais en comparaison, la saisie, l'acheminement, la détention et le transport des *boat people* haïtiens par la *Cost Guard* américaine, entre 1993 et 1994, a coûté autant, et l'intervention militaire de 1994-1995 a coûté huit fois plus que trois ans d'assistance humanitaire, soit 2 milliards de dollars US.

Iraq

En 1990, avant l'imposition de sanctions et la guerre du Golfe, l'Iraq produisait environ 3 millions de tonnes de pétrole par jour, dont 2,5 millions étaient exportés. Cette exportation générait des revenus de 19 milliards de dollars US par an et assurait 95 pour cent des capitaux pour le budget national et 64 pour cent du PDB. Toutefois, il est estimé que ce commerce étranger a diminué de 90 pour cent dû aux sanctions. Au cours des huit premières années de l'embargo, l'Iraq estime avoir perdu 120 milliards de dollars US de revenus en devises. Pendant cette période, l'Iraq a reçu environ 1 milliard de dollars US en dons humanitaires. Ces dons ont diminué et ont pratiquement disparus depuis que le PVPV a commencé à fournir des produits humanitaires financés par les Iraquiens, en 1997.

Le revenu par habitant est estimé avoir baissé d'environ trois-quarts entre 1990 et 1993, entraînant un plus grand écart d'inégalité entre les riches et les pauvres. Des études sur les ménages représentatifs menées en 1988 et en 1993 ont révélé que les gros salariés ont perdu la moitié de leur revenu, les salariés moyens en ont perdu les deux tiers, et les petits salariés (représentant deux tiers de toutes les familles) en ont perdu plus des trois-quarts.

Pendant les cinq premiers cycles de six mois du PVPV, les ventes de pétrole ont généré 7,7 milliards de dollars US pour les produits humanitaires. Toutefois, le montant réel affecté à l'achat de ces produits s'élevait à un peu plus de la moitié du montant total de ces capitaux (53 pour cent de tous les capitaux générés sont destinés aux approvisionnements ; le reste couvre la gestion de l'Onu, les réparations, etc.). Ceci représente 394 dollars US par habitant dans le centre et le sud de l'Iraq et 480 dollars US par habitant dans le nord (région principalement kurde et gérée par l'Onu). Même si bien plus de produits sont importés en Iraq dans le cadre du PVPV que depuis l'imposition de l'embargo, il n'empêche que la valeur de 3 à 4 dollars US de vivres et

de médicaments distribués par habitant par mois ne représente qu'une fraction du montant estimé à 12 dollars US par habitant par mois des produits importés entre 1988 et 1989.

Conséquences des sanctions pour la santé et les soins de santé

Vue d'ensemble

Les conséquences des sanctions commerciales ne concernent pas uniquement les difficultés d'approvisionnement en médicaments. La santé et les services de santé dépendent du bon fonctionnement des installations d'eau et des installations sanitaires, de l'électricité et du bon fonctionnement des équipements comme les ambulances, le matériel de radiographie et les réfrigérateurs pour conserver les vaccins. Même si les exclusions humanitaires de médicaments étaient effectives, ce qui n'est pas souvent le cas en réalité, ceci ne suffirait pas à maintenir la santé et les services de santé.

La mortalité infantile (nourrissons âgés de moins d'un an) n'est pas le meilleur indicateur pour mesurer les conséquences des sanctions sur la santé. Comparativement, il est facile de concentrer les ressources et soins médicaux rares sur les femmes enceintes et celles qui allaitent leurs nourrissons et sur les bébés. Ceci peut s'effectuer en adaptant la politique nationale vers des mesures portées sur la santé publique - ce à quoi les organismes et experts internationaux peuvent contribuer. En réalité, il se peut, en effet, que la mortalité infantile baisse réellement lorsque des sanctions sont imposées, en conséquence de ces mesures. Des résultats positifs ont été obtenus à Cuba, mais pas en Iraq où la politique sur la santé et le corps médical sont fixés sur une médecine hospitalière et curative de haute technologie. Une bien meilleure évaluation des conséquences des sanctions est le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Les groupes vulnérables que l'on ignore souvent, toutefois, sont également les malades chroniques, qui ont besoin de médicaments et de traitements spécialisés, et les personnes âgées.

Cuba

Malgré les échecs à court terme dans certains domaines depuis 1992, le niveau de santé chez les nourrissons, les enfants et les mères, qui est déjà l'un des meilleurs en Amérique Latine, a continué à s'améliorer. En 1998, le taux des décès infantiles, par exemple, n'a jamais atteint un niveau aussi bas à 7,1 pour 1000 enfants nés vivants. Malgré une baisse importante des calories disponibles, le pourcentage de toutes les naissances de moins de 2,5 kilos n'a jamais été aussi bas à 6,7 pour cent au cours de cette même année. Pendant cette période, plus de 99 pour cent de toutes les naissances ont eu lieu dans des établissements médicaux et le taux le plus bas jamais atteint de 47 décès maternels pour 100 000 naissances a été enregistré.

Plusieurs facteurs sont associés à ces bons résultats, entre autres, un programme bien établi de médecins de famille ; le rationnement alimentaire ; le suivi régulier du poids et du gain de poids des femmes enceintes et des jeunes enfants ; une surveillance médicale des grossesses ; des investissements à long terme dans l'éducation générale ; un fort degré d'unité sociale en ce qui concerne la santé des enfants ; et une éducation publique approfondie sur les questions relatives à la santé publique. Au lieu de s'égarer à faire le suivi de l'état de santé et du bien-être de la population, Cuba a fortement amélioré ses systèmes d'information en matière de santé. Depuis le resserrement de l'embargo, les autorités cubaines ont donc été en mesure de prendre des décisions bien plus appropriées au moment et bien plus efficaces, quant à l'utilisation des ressources très rares.

Ce n'est que pendant les pires années du recul économique et du rééquipement du système médical, en 1993 et 1994, que de mauvais résultats en matière de la santé ont été enregistrés. La mortalité maternelle, par exemple, parmi les Cubaines s'est rapidement accru pendant cette période par rapport aux bas niveaux antérieurs. Des mesures extraordinaires prises en vue de procurer des rations alimentaires supplémentaires aux femmes enceintes et rénover les procédures natales ont rapidement redressé la situation. Pendant cette période, le taux de mortalité infantile est resté stable. D'autres mesures ultérieures visant à améliorer le niveau de nutrition et les conditions des mères qui accouchaient, ont entraîné une baisse de ce taux de mortalité, comme il est mentionné plus haut.

A Cuba, le taux total de mortalité par 1000 habitants est passé de 6,4 en 1989 à 7,2 en 1994. Cette hausse était presque entièrement due à une augmentation de 15 pour cent du taux de mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus, représentant un excédent de 7500 décès. Entre 1992 et 1993, le taux des décès causés par la grippe, la pneumonie, la tuberculose, la diarrhée, le suicide, les blessures involontaires, l'asthme et les maladies cardiaques parmi les personnes plus âgées, a augmenté d'au moins 10 pour cent, et ce, principalement en raison du manque de médicaments essentiels et de réactifs de laboratoire pour ceux atteints de maladies chroniques pour lesquelles un suivi régulier est nécessaire. Dans d'autres groupes d'âge, les taux de mortalité sont restés stables ou ont baissé.

A Cuba, la mauvaise nutrition, les logements en état de détérioration et les conditions sanitaires en dégradation ont été associées au taux croissant des cas de tuberculose, qui est passé de 5,5 pour 100 000 habitants en 1990, à 15,3 pour 100 000 habitants en 1994. Au cours des années 80, Cuba a connu une forte pénurie de logements et pratiquement aucun logement n'a été construit depuis. En conséquence, 15 pour cent des logements dans le pays sont en mauvais état (y compris 1000 habitations qui se sont écroulées en Havane, en 1994) et 4000 autres qui sont actuellement très instables. En outre, les pénuries

de médicaments ont été associées à une augmentation de 48 pour cent du taux de mortalité due à la tuberculose, entre 1992 et 1993. Entre 1989 et 1993, ces conditions ont également été associées à une augmentation de 67 pour cent du taux des décès dus aux infections et aux maladies parasitaires (qui est passé de 8,3 à 13,9 pour 100 000 habitants) et à une augmentation de 77 pour cent du taux des décès causés par la grippe et la pneumonie (qui es passé de 23,0 à 40,7 pour 100 000 habitants).

Haïti

Malgré les difficultés causées par les sanctions à Haïti, une grande famine a été évitée, les épidémies ont été maîtrisées et le minimum de services sociaux a au moins été maintenu. Une catastrophe humanitaire a peut-être été évitée - grâce aux programmes d'alimentation, aux services d'immunisation et à un programme humanitaire de carburant, par exemple - mais cela n'a pas été le cas relativement au recul économique et à la dislocation sociale.

Les services de santé professionnels et les hôpitaux étaient bien moins accessibles à Haïti qu'à Cuba ou en Iraq. Il est vrai que la majorité de la population n'avait accès qu'occasionnellement aux services de santé, dans le meilleur des cas. Peu de systèmes d'information utiles en matière de santé étaient en place et bon nombre d'entre eux étaient dans les ONG et n'avait guère de coordination avec le gouvernement et ses services.

Une étude de 1994/1995 sur la santé et la démographie financée par USAID a révélé qu'entre 1987 et 1994 le taux de mortalité chez les enfants âgés entre un et quatre ans est passé de 56/1000 à 61/1000. Un taux si élevé avait été enregistré la dernière fois 17 ans auparavant, en 1977. Pendant la même période, le taux de mortalité infantile a baissé de 101 à 74/1000, soit de 38 pour cent. Dans l'ensemble du pays, le nombre total de décès parmi les 237 000 nourrissons est estimé avoir diminué d'environ 6400 par an, tandis que parmi les 882 000 enfants âgés entre un et quatre ans, un excédent de 4400 décès par an est estimé s'être produit. Dans l'ensemble, la durée de vie moyenne des Haïtiens a diminué de 2,4 années pendant la crise et, en 1994, elle était de 54,4 ans.

Le taux accru de mortalité parmi les enfants âgés entre un et quatre ans a été engendré, en grande partie, à une épidémie de rougeole entre juin 1991 et novembre 1993. Le Comité technique pour le programme d'immunisation, comprenant des représentants d'organismes internationaux et d'ONG, et des représentants du ministère de la santé publique, ont examiné si une campagne contre la rougeole devait être lancée sous le gouvernement formé par le coup d'Etat. Les partisans d'Aristide ont soutenu que l'état de sécurité ne permettait pas à de grandes foules de se rassembler autour de postes de santé, car elles risquaient d'être attaquées par les forces militaires. En outre, pour une

campagne de grande envergure, il serait nécessaire d'utiliser les structures publiques et, ce faisant, accorder une légitimité au régime *de facto*. En conséquence, une foule d'enfants ont souffert de malnutrition et sont restés sans protection, conditions idéales pour provoquer une forte épidémie.

Iraq

Pendant l'imposition des sanctions, la production de céréales et de viande a diminué, le pouvoir d'achat et le niveau éducationnel ont faibli, et l'infrastructure pour l'électricité, l'eau, les soins médicaux et les transports a décliné dans l'ensemble du pays. Ces changements ont entraîné un plus grand risque de mauvaise santé pour tous les Iraquiens, en particulier ceux qui habitaient les régions rurales où les revenus sont moins élevés et souvent aussi le niveau éducationnel.

L'Iraq a investi lourdement dans les services de santé et d'éducation pendant les 15 années qui ont précédé l'embargo et, en 1990, son système de soins médicaux curatifs était très moderne. Toutefois, les systèmes d'information et les services de santé publique n'avaient pas aussi bien progressé et se sont dégradés le plus fortement depuis. A partir de mars 1991, les rapports prédisant une catastrophe humanitaire imminente étaient courants. En juin 1991, Sadruddin Aga Khan, ancien Haut Commissaire de l'Onu pour les réfugiés a signalé : « Notre intention n'est ni de crier au loup, ni de faire de la politique à ce sujet, mais il est évident que pour un très grand nombre d'Iraquiens, chaque mois qui passe les rapproche de la calamité ». Des impressions similaires ont été exprimées en 1996, lorsque Philippe Heffinck, représentant de l'Unicef en Iraq, a déclaré : « La situation est désastreuse pour les enfants. Bon nombre d'entre eux sont au bord de la survie » (Programme humanitaire interinstitutionnel de l'Onu en Iraq, 1991 ; Unicef, 1996).

Les cas de diarrhée et le taux de mortalité associé à la guerre ont augmenté très rapidement en Iraq pendant et après la guerre du Golfe et l'insurrection d'après-guerre en 1991, en raison de la destruction des fournitures médicales, des réserves alimentaires et des installations d'eau et d'électricité. A partir de 1991, le niveau de malnutrition s'est accru sensiblement parmi les nourrissons qui atteignaient l'âge de 12 mois (lorsque la protection offerte par l'allaitement cesse et que les risques de sevrage inadéquats augmentent). Les nourrissons qui n'étaient pas protégés par un allaitement étaient encore bien plus en danger. En outre, comme les femmes qui accouchaient souffraient de malnutrition, les taux des naissances de poids faibles et de mortalité périnatale étaient élevés. Compte tenu que l'hygiène, les sources alimentaires et les soins médicaux n'ont pas connu d'amélioration significative, bon nombre des enfants qui souffraient gravement de malnutrition après le sevrage, ont souffert de malnutrition chronique pendant leurs années de bas âge. En conséquence, ils risquaient davantage d'attraper de graves maladies et de décéder, en particulier de la rougeole, de la diarrhée et d'infections pulmonaires.

Les données présentées concernant le niveau de surmortalité prêtent à confusion et sont contradictoires. Celles fournies par le gouvernement iraquien montrent que le taux de mortalité parmi les enfants âgés de moins de cinq ans a augmenté rapidement, en passant de 592 par mois en 1989 (tous les chiffres sont pour 100 000 enfants) à 2289 par mois en 1991 et 4409 par mois au début de l'année 1994. Ces données ont été extraites des rapports sur les décès survenus en hôpital ; elles représentent une proportion inconnue mais variable de tous les décès et ne peuvent être considérées comme étant un indicateur fiable du changement du taux de mortalité. En 1996, le ministère iraquien pour la santé, avec l'assistance d'un consultant de l'OMS, a publié un rapport indiquant un excédent mensuel moyen de 4500 décès parmi les enfants âgés de moins de cinq ans (OMS, 1996). L'OMS a signalé que ces données étaient les leurs ; dorénavant, les institutions humanitaires de l'Onu ont signalé 4500 décès associés à l'embargo comme étant un fait véridique. D'autres hauts responsables iraquiens ont signalé un excédent de 6000 décès par mois parmi les enfants âgés de moins de cinq ans en 1998. Compte tenu de ces taux élevés de surmortalité, il est estimé qu'en 1995, 560 000 enfants âgés de moins de cinq ans et 1,2 million de personnes de tous les âges (y compris les moins de cinq ans) sont décédés en conséquence des sanctions. Cette estimation est passée à 1,5 million de personnes à la deuxième moitié de l'année 1998. Au début de l'année 1999, le ministre iraquien de la santé, Umeed Mubarak a déclaré que plus d'un million d'enfants étaient décédés en raison des sanctions.

Ceux qui sont partisans de mettre fin aux sanctions ont accepté les déclarations iraqiennes sans en faire un examen critique. Un premier rapport, par la suite retiré pour cause d'informations contradictoires et d'erreurs dans les méthodes d'enquête, estimait l'excédent de décès des enfants âgés de moins de cinq ans à 500 000 en 1995 (Zaidi & Smith Fawzi, 1995). Bien que cette étude ait été retirée ultérieurement (Zaidi, 1997), on y fait souvent encore référence. Des articles parus dans la presse ont parfois affirmé que l'Iraq était le pays le plus pauvre du monde ou qu'il affichait le taux de mortalité infantile le plus élevé du monde. D'autres soutiennent que les données iraqiennes de mortalité ont été faussement haussées, que les séries de données se contredisent ou que les données démographiques résultant du recensement de 1997 révèlent qu'aucun niveau haussé de mortalité des nourrissons et jeunes enfants n'existe (cf., par exemple, Clawson, 1998 ; Cordesman, 1997). Ces sceptiques laissent entendre que la crise humanitaire n'est principalement qu'un outil de propagande du gouvernement iraquien.

En 1999, deux études ont établi des estimations plus fiables sur le changement du taux de mortalité parmi les enfants âgés de moins de cinq ans. La première estimation concernant ce groupe au cours de l'année 1996, avait été faite à l'aide de données valides sur les indicateurs sociaux, comme la qualité de l'eau,

l'alphabétisation chez les adultes et le retardement de la croissance dû à la malnutrition, outre les taux connus de mortalité dans d'autres pays (Garfield, 1999). La deuxième estimation était une étude démographique de grande envergure effectuée par Unicef au cours du premier semestre 1999. Dans cette étude, des enquêteurs irakiens ont été formés, des vérifications sur le terrain ont été faites pendant la collecte des données, les données ont été régulièrement vérifiées en cas d'erreurs, et les séries de données initiales ont été conservées pour une analyse ultérieure. Les deux études indiquaient que les taux de mortalité après 1995 étaient le double de ceux à la fin des années 80 et que les taux de mortalité dans le nord étaient moins élevés que dans le centre et le sud de l'Iraq.

La première étude estimait le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à 87 +/- 7/1000 enfants nés vivants ; l'étude d'Unicef plus définitive estimait le taux de mortalité à 125 entre 1994 et 1999. Sans tenir compte des suppositions qui ont été utilisées pour les variables démographiques, ces études ont confirmé sans le moindre doute possible qu'une hausse sérieuse et soutenue des taux de mortalité s'était produite en Iraq. Elles ont également révélé que cette hausse était beaucoup moins élevée que ce que le gouvernement irakien affirmait, mais qu'il s'est produit quand même un excédent d'environ 300 000 décès parmi les enfants âgés de moins de cinq ans.

Conséquences pour les services de santé

Vue d'ensemble

Les pays moins développés se caractérisent souvent de par leur accès limité aux services cliniques et leurs manques de médicaments et d'équipement. Ces caractéristiques peuvent être aggravées par les sanctions.

Au cours des dernières décennies, presque toute la législation afférente aux sanctions a prévu des dispenses pour les médicaments (et/ou pour l'alimentation). Les sanctions ont néanmoins occasionné des restrictions sur l'importation de médicaments et de vivres, en raison de la perturbation des accords commerciaux, des complications en matière de transport ou du manque de capital dans le pays sous embargo, avec lequel acheter des produits exclus de l'embargo. Malgré l'exclusion des produits médicaux, de nombreuses sociétés qui produisent du matériel médical et des médicaments n'ont pas rempli les commandes provenant des pays sous embargo à cause du manque d'assurance absolue que les articles en question étaient en effet exclus de l'embargo. Dans de nombreux pays, le manque de capital lié aux sanctions a eu plus de conséquences que les restrictions directement imposées sur les importations de médicaments ou de vivres. Dans les pays sanctionnés, dont Cuba et la Yougoslavie, l'interdiction directe sur l'achat de médicaments a existé. Cependant, même si les pays affectés ont régulièrement blâmé presque

entièrement les sanctions pour le manque de produits pharmaceutiques essentiels, de fournitures médicales et d'équipement chirurgical, il a rarement été possible de confirmer que le manque de ces produits était dû aux interdictions d'achat plutôt qu'au manque de capitaux.

Une infrastructure physique et médicale affaiblie empêche quelque peu le système de la santé de répondre aux urgences pendant les accouchements. Même à Cuba, où le taux de mortalité maternelle est bien moins élevé qu'à Haïti ou en Iraq, les signalements de femmes qui accouchent loin d'un hôpital en raison du manque de pièces de rechange pour les ambulances, ou au milieu d'un accouchement par césarienne lorsque l'électricité est coupée, sont devenus courants. De nombreuses femmes accouchent sans assistance médicale ou dans un établissement médical sans électricité, transport ou équipement et fournitures pour les interventions d'urgence. Si les femmes savent que les hôpitaux manquent de médicaments ou ne sont plus dans un état de propreté adéquat par manque de fournitures, bon nombre d'entre elles préfèrent accoucher ailleurs que dans ces établissements ; souvent le nombre des urgences obstétriques n'est pas compté. Dans les trois pays, le taux de mortalité maternelle a augmenté durant l'imposition des sanctions.

L'évaluation des conséquences des sanctions sur la santé porte en majeure partie sur les services de santé médicaux. En outre, le manque de médicaments, l'incapacité à diagnostiquer ou soigner les maladies courantes, et le non fonctionnement du matériel en raison du manque d'accès à des pièces de rechange, est un phénomène courant. Ces données décrivent rarement quelles en sont les conséquences les plus importantes pour la vie des personnes concernées et il est presque impossible d'en rendre les sanctions seules responsables.

Cuba

Entre 1990 et 1994, le nombre d'analyses en laboratoire offertes dans les 273 hôpitaux du pays a diminué de 36 pour cent et le nombre de radiographies a baissé de 75 pour cent. Par le passé, Cuba avait 1300 produits préparés d'après une formule ; ces dernières années, ce nombre est descendu à 889 et il n'a pas été possible de se procurer au moins un tiers de ces produits à un moment ou un autre. Au cours des 20 dernières années, environ la moitié de tous les nouveaux produits pharmaceutiques ont été produits par des sociétés uniquement brevetées aux USA. Il est donc impossible de se les procurer à Cuba à n'importe quel prix, sauf en fraude. Parfois, les médecins passent une bonne partie de leurs journées non pas à soigner leurs patients, mais à se rendre d'un centre à l'autre en quête d'un médicament rare pour un seul malade. Les ambulances sont rares étant donné la difficulté croissante à se procurer des pièces de rechange. La majorité des ambulances cubaines fonctionnaient au cours des années 80 ; moins de la moitié étaient en état de fonctionnement en 1994.

Haïti

Les produits humanitaires offerts à Haïti pendant l’embargo comprenaient des fournitures médicales - bien que de nombreuses ONG ont gardé leurs stocks de façon à ne pas laisser supposer que « tout était comme à la normale » et rendre ainsi légitime le régime résultant du coup d’Etat. D’autres produits importants manquaient, comme le carburant pour allumer les lampes à kérosène, faire marcher les réfrigérateurs pour les vaccins, ou effectuer les livraisons.

Iraq

Dans un pays habitué à des services de santé offrant des soins curatifs de haute qualité, le bouleversement causé par un manque soudain de ressources a été énorme. Depuis 1997, ce recul a été atténué, en partie, grâce aux importations de produits médicaux par le biais du PVPV. Les limites dues au fait que les services de santé sont fortement concentrés sur les soins curatifs, demeurent importantes. Les fonds sont souvent affectés à l’achat d’un matériel de pointe plutôt qu’à des maux courants et évitables grâce à des immunisations ou des médicaments curatifs simples, par exemple. En outre, bon nombre des produits importés par le biais du PVPV nécessitent un matériel dont on ne dispose pas ; environ un quart de tout le matériel médical importé demeurent dans des entrepôts à moitié chemin pendant plus d’un an en attendant des pièces complémentaires. Environ la moitié de tout le matériel envoyé aux hôpitaux en Iraq n’a pas été en service par crainte qu’il ne fonctionne pas ou qu’il soit détruit en raison de l’approvisionnement en électricité auquel on ne peut plus se fier actuellement. Comme le système continue d’opérer faveur de soins curatifs, d’autres capitaux ont été réservés à l’achat d’instruments pour les soins et diagnostiques parmi les plus modernes plutôt qu’à l’hygiène de base, qui demeure critique même à l’intérieur des hôpitaux après dix ans de négligence presque totale. A Bagdad, en 1996, compte tenu que l’importation des pneus était interdite pendant la période des sanctions, du fait qu’elles auraient pu être utilisées par les militaires, seulement cinq des 100 ambulances publiques étaient en état de fonctionnement ; les parkings ressemblaient plutôt à des cimetières de voitures.

Conséquences pour la sécurité alimentaire

Vue d’ensemble

Les pays qui dépendent le plus des importations ont connu la plus forte baisse des niveaux de nutrition des enfants pendant l’imposition des sanctions. Les sanctions sont souvent associées à une augmentation très forte du prix des denrées de base. Ceux qui sont le plus touchés sont les femmes enceintes et celles qui allaitent leurs nourrissons, les enfants âgés de moins de cinq ans, ceux qui souffrent de maladies chroniques et les personnes âgées. Lorsque les vivres se font rares, les risques de ne pas avoir un poids adéquat en début de grossesse, de prendre peu de poids pendant la grossesse et d’avoir une

déficience en microéléments nutritifs, augmentent tous. Chacun de ces symptômes accroît le risque d’avoir des nourrissons d’un poids insuffisant ou malades, des enfants souffrant de malnutrition ou des adultes dont l’état de santé s’aggrave.

Un fait révélateur est que, à Haïti et en Iraq, bien que la population ait pu se procurer une quantité de calories adéquate pendant l’imposition des sanctions, les enfants ont souffert d’un manque de nutrition. Même si le rationnement peut assurer une distribution équitable des vivres aux familles, la longue série d’étapes qui s’écoule entre le moment où les éléments nutritifs atteignent le logis jusqu’au moment où ils sont absorbés par un jeune enfant, peut être affectée par de nombreux facteurs de changement : l’accès aux combustibles pour la cuisson, la qualité de l’eau et la quantité, le niveau éducationnel de la mère, l’allaitement au sein, la manière d’élever l’enfant et l’éducation de la mère pour nourrir son enfant. Si les femmes doivent passer plus de temps à des activités générant un revenu ou à d’autres activités de substitution au revenu, elles consacrent moins de temps et d’attention à élever et à nourrir leurs enfants. En Iraq, cette situation s’est accentuée, lorsque le gouvernement a insisté pour que les rations contiennent du lait maternisé : le nombre d’allaitements au sein a diminué en conséquence.

Cuba

Environ la moitié de toutes les protéines et calories étaient importées avant l’imposition des sanctions. L’importation de denrées alimentaires a baissé d’environ 50 pour cent entre 1989 et 1993 et la production de lait a diminué de 55 pour cent entre 1989 et 1992, due à une perte de vivres et de carburant importés. La réduction des importations et le changement en faveur de produits contenant des protéines de qualité inférieure sont des facteurs qui suscitent des risques importants pour la santé : par le passé, un verre de lait par jour était offert à tous les enfants dans les écoles et les crèches jusqu’à l’âge de 13 ans ; par la suite, il n’a été offert aux enfants que jusqu’à l’âge de six ans.

Il est estimé que les sanctions imposées à Cuba créent une « taxe virtuelle » de 30 pour cent sur toutes les importations. Leurs coûts d’achat et d’expédition sont plus élevés, car elles doivent être achetées dans des marchés plus éloignés et plus coûteux.

Le mode d’action de Cuba s’est fondé sur la double politique d’équité et de priorité à l’égard des groupes vulnérables. Le gouvernement savait déjà comment rationner les vivres et autres produits rares, avant 1989. Depuis, il s’est servi des médias de masse et des lieux de travail pour encourager l’usage de la bicyclette au lieu de la voiture, d’animaux au lieu des tracteurs et des camions (pour lesquels le carburant et les pièces de rechange sont en manque), et la consommation d’aliments à base de légumes à la place des protéines animales rares. Dans les hôpitaux, des chambres où les accouchées peuvent garder leur nouveau-nés auprès

d'elles et d'autres changements conviviaux ont encouragé davantage l'allaitement au sein. Quarante pour cent de toutes les naissances ont actuellement lieu dans des hôpitaux aménagés pour les nouveau-nés. Le pourcentage des allaitements au sein est passé de 63 pour cent en 1990, à 97 pour cent en 1994.

La distribution de vivres, vêtements et autres produits rares aux groupes vulnérables, dont les femmes, les personnes âgées et les enfants, est facilitée par le biais des institutions de services sociaux, des lieux de travail, des maternelles et des centres de maternité. Le nombre d'enfants en maternelle a doublé et le nombre de femmes enceintes qui visitent les centres de maternité a augmenté de 26 pour cent entre 1988 et 1993. Peser les femmes enceintes et les jeunes enfants en vue de vérifier leur gain de poids régulièrement, fait actuellement partie de la routine. Ces consultations permettent d'informer les mères en matière de nutrition.

Haïti

A Haïti, le prix des denrées de base a quintuplé entre 1991 et 1993, le chômage a augmenté rapidement et l'exportation de mangues, dont dépendait bon nombre de pauvres gens, a été arrêtée. La valeur de la monnaie nationale a chuté entraînant une hyperinflation ; en conséquence, un salaire mensuel moyen équivaut au prix du marché de dix-huit oeufs.

En 1994, une étude nationale sur la démographie et la santé a révélé que 18 pour cent des femmes souffraient de malnutrition due à une carence en protéines-énergie ; parmi les femmes rurales, le taux était de 21 pour cent. Le pourcentage estimé de nouveau-nés au poids insuffisant est passé de 10 pour cent à 15 pour cent. En outre, 7,8 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans s'avèrent souffrir d'un niveau de malnutrition aigu, par rapport à 3,4 pour cent dans l'étude faite en 1990. Un facteur important à la source de cette hausse du niveau de malnutrition est l'absence des mères au foyer en raison de l'activité économique. Dans le contexte haïtien, moins d'attention a été accordée, en conséquence, à l'allaitement, aux aliments de sevrage pour les jeunes enfants et aux soins des enfants malades. L'emploi du temps des femmes peut être un facteur clé - mais rarement évalué - influant sur la santé nutritionnelle de toute la famille.

Une étude longitudinale sur les Haïtiens ruraux a révélé que la proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique s'est accrue entre 1991 et 1992, en passant de 5 pour cent à 23 pour cent. Ce taux a augmenté encore, du fait que les sanctions ont empêché l'importation d'apports agricoles. Toutefois, durant toute la crise, les enfants en maternelle à Port-au-Prince ont souffert d'un niveau plus élevé de malnutrition que les enfants ailleurs à Haïti, à l'exception de ceux dans la région du nord-ouest enclive à la sécheresse. En 1993, les données provenant de 42 établissements de santé à travers le pays ont montré que 18 pour cent - et dans les établissements à Port-au-Prince, 21 pour cent - des enfants âgés de moins

de cinq ans qui se rendaient dans les cliniques souffraient d'un niveau de malnutrition modéré ou grave. En septembre 1994, ce taux est passé à 24 pour cent dans ces 42 établissements, indiquant que le niveau de malnutrition en dehors de la capitale avait atteint celui de Port-au-Prince.

Iraq

L'Iraq dépendait encore davantage de l'importation de vivres - 70 pour cent de toutes les protéines et calories étaient importées avant l'imposition des sanctions. Entre 1991 et 1996, le niveau de malnutrition aiguë parmi les enfants âgés de moins de cinq ans est passé de 3 à 11 pour cent. Le taux de malnutrition chronique est passé de 19 à 31 pour cent. Le pourcentage des enfants nés en hôpitaux pesant moins de 2,5 kilos est passé de 5 à 22 pour cent.

Pendant les 18 premiers mois du PVPV, aucune amélioration sensible du niveau de malnutrition chez les enfants dans le centre et le sud du pays n'a été enregistrée. Dans le nord, toutefois, une réduction du taux de malnutrition s'est produite, suivie d'une petite réduction dans le centre et le sud du pays, au milieu de l'année 1999. Environ un quart de tous les enfants âgés de moins de cinq ans souffrent encore, néanmoins, de malnutrition. Il ne fait aucun doute que les meilleures rations offertes par le biais du PVPV ont amélioré la situation nutritionnelle globale des familles iraqiennes à travers le pays : le prix des vivres non rationnés a diminué, les vivres rationnés assurent plus de repas par mois qu'auparavant, et les familles dépensent moins de leur revenu total en d'autres vivres que les rations. Dans le nord, les familles ont bénéficié d'autres avantages : elles reçoivent plus d'argent par habitant par le biais du PVPV, une partie de cet argent leur est donné en espèces plutôt qu'en produits de base. Elles bénéficient également du travail d'un plus grand nombre d'ONG. En outre, l'administration onusienne encourage l'éducation en vue de promouvoir la nutrition des enfants, les activités visant à encourager l'allaitement au sein, la décentralisation de l'administration en vue de faciliter le développement agricole, et l'expansion de programmes afin de procurer des suppléments nutritionnels à ceux qui sont dans le besoin. La sécheresse de 1999, toutefois, a durement affecté le niveau nutritionnel des familles dans le nord, portant le taux de malnutrition aiguë, de 1 à 3 pour cent.

Stratégies permettant d'affronter les difficultés

Dans ces trois pays, les stratégies permettant d'affronter les difficultés ont de nombreuses similarités, et ont été bien documentées pour le Haïti (par exemple, Gibbons, 1998).

A Cuba et à Haïti (mais pas en Iraq), l'agriculture de petite envergure a éloigné la population des villes et la proportion de toute la population a augmenté en conséquence dans les zones rurales. A Haïti, par

Tableau 5 : Indicateurs comparés pour les pays faisant l'objet des études de cas

	Cuba 1992	Cuba 1996	Iraq 1990	Iraq 1996	Haïti 1990	Haïti 1994
Calories disponibles en moyenne	3100	1865	3150	2277	2125	n/d
Calories disponibles par les rations	1400	1200	n/d	1500	n/d	n/d
Produit domestique brut par habitant en \$EU	2000	1300	3508	540	370	250
% des mères allaitant	63	97	60	80	n/d	96
% des nouveau-nés pesant moins de 2,5kg	7,3	8,7	4,5	22,1	10	15
% de calories importées avant les sanctions	50	n/d	70	n/d	moins de 50 %	n/d
Malnutrition parmi les enfants âgés de moins de cinq ans (pourcentage de tous les enfants âgés de moins de 2 ans deviation standard de la norme)						
Retardement de croissance (petite taille pour l'âge ; évaluation du niveau de malnutrition chronique)	>5	>5	>22	32	n/d	32
Poids insuffisant (poids insuffisant pour l'âge; évaluation mixte du niveau de malnutrition chronique et aiguë)	>5	>5	>12	23	18	28
Perte (poids insuffisant pour l'âge ; évaluation du niveau de malnutrition aiguë)	>5	>5	>3	11	n/d	8
Valeur de la monnaie nationale/US\$	1	35	1	1500	7	15
Valeur des importations pour la santé (en millions)	\$70	\$135	\$500	\$50	n/d	n/d
Valeur de la perte de production due aux sanctions	n/d	>\$2Md		\$120Md		\$850m
Valeur de l'assistance humanitaire	n/d	>\$1Md	n/d	\$1Md	n/d	\$250m
Estimation minimale de l'excédent de décès chaque année de sanctions	n/d	7500*	n/d	5500**	n/d	27,000***

Source : Gibbons, 1999 ; Garfield & Santana, 1997 ; Croix-Rouge, 1998.

* chez les adultes de plus de 65 ans

** chez les enfants âgés entre 1 et 4 ans

*** chez les enfants âgés entre 0 et 4 ans

exemple, où 80 pour cent des familles à Port-au-Prince vivent dans des quartiers marginaux sans services de base, quelque 300 000 personnes ont fui la ville pour s'établir dans les zones rurales. Bien que pauvres et avec un niveau de vie de subsistance, les familles d'agriculteurs ont été en mesure de pourvoir à plusieurs besoins de survie de leurs parents urbains sans emploi. En outre, pendant la crise, l'aide alimentaire internationale a été plus abondante dans les zones rurales.

Afin de se procurer un revenu, de nombreuses personnes ont vendu leurs biens personnels. Dans une étude de 1994/1995 sur le nord-ouest, 32 pour cent des personnes interviewées ont signalé avoir vendu des ustensiles, des bijoux et autres objets de valeur au cours des six mois précédents. Dans les quartiers urbains pauvres, des familles ont même vendu des tables et des chaises. Dans un quartier de Fort Liberté, 42 pour cent des ménages possédaient une télévision en 1986 ; en 1993, seulement 11 pour cent en avait une. De même, seulement 55 pour cent des ménages marginaux avaient l'électricité en 1993, par rapport à 90 pour cent en 1986. De plus, la pénurie de gaz propane induite par l'embargo a entraîné une augmentation de 18 pour cent de la consommation du charbon de bois et une hausse de prix de 82 pour cent, entre août 1991 et juin 1993. Afin de compenser la vente de leurs atouts et réduire les frais de logement, des familles ont emménagé ensemble. Dans l'étude de 1986, 53 pour cent des ménages avaient trois membres de famille ou plus dans chaque pièce ; en 1993, 73 pour cent de ces ménages vivaient ainsi les uns sur les autres. Les femmes, en particulier celles avec des enfants, étaient

plus susceptibles de continuer à vivre avec des partenaires qui les maltrahaient et plus souvent dans des unions non-formalisées.

L'emploi dans le secteur non structuré était le premier refuge des travailleurs qui avaient été mis au chômage dans les usines de montage. Ce secteur comprenait la préparation de nourriture, les métiers de tailleur, coiffeur pour hommes, cireur de chaussures, réparateur de pneus, la production artisanale et le petit commerce. En 1993, 39 pour cent des hommes et 29 pour cent des femmes qui vivaient dans les zones marginaux travaillaient dans le secteur non structuré. Compte tenu de la baisse du pouvoir d'achat du pays, la capacité d'absorption de ce secteur était limitée : 27 pour cent des hommes et 12 pour cent des femmes ont affirmé n'avoir aucun travail rémunérateur quel qu'il soit. Davantage de travailleurs encore ont été mis au chômage par la suite, comme l'embargo a forcé les petits magasins et les petites activités commerciales, dont les Haïtiens moyens étaient propriétaires, à fermer.

La baisse de revenus a obligé des ménages à réduire leurs dépenses familiales. La qualité et la quantité des vivres ont diminué et le plantain, puis le fruit de l'arbre à pain ont remplacé le riz comme denrées de base principales. Dans les campagnes du nord-ouest, les familles mangent habituellement deux repas par jour ; pendant la crise, 70 pour cent n'ont pris qu'un repas par jour et 17 pour cent en ont été réduit à ne manger qu'un jour sur deux. En outre, le temps passé par les femmes au marché ou à se déplacer pour gagner de l'argent a également affecté le niveau de nutrition des familles.

4

Evaluer l'impact

Enjeux méthodologiques

Vue d'ensemble

Suffisamment de faits confirment que l'assistance humanitaire à elle seule ne peut assurer un filet de sécurité aux pays assujettis à un embargo commercial global. Ce n'est pas pour autant que toutes les difficultés doivent uniquement être attribuées aux sanctions. Une campagne crédible concernant l'effet des sanctions repose sur trois facteurs : la fiabilité des données, l'intégrité de leur source, et une argumentation qui détermine un lien crédible entre les conséquences identifiées et le régime des sanctions. La communauté humanitaire peut, et doit mieux faire à cet égard.

Les enjeux méthodologiques visant à établir une évaluation valide de l'effet d'un embargo sont intimidants :

- Les embargos accroissent légèrement les risques de décès, de maladies ou de pression sociale pour de très nombreuses personnes. Les petits risques sont difficiles à évaluer avec précision.
- Ce léger changement du risque peut être dissimulé par des événements concomitants qui contribuent indépendamment aux conséquences négatives pouvant résulter d'un embargo, comme une guerre, une migration en masse ou une crise économique.
- Les conséquences des sanctions commerciales sur la santé et le bien-être des populations sont légèrement modifiées par le régime économique et social d'un pays. Toutefois, les sanctions ont un effet considérable sur la production, l'importation et la

distribution de produits vitaux. Il existe donc de multiples voies et mesures par lesquelles une influence est exercée sur les conséquences en matière de santé et de bien-être.

- Les changements dans la répartition des produits vitaux au sein de la famille ou en raison d'une mobilisation politique ou sociale modifient l'effet du changement des ressources causé par les sanctions commerciales. Ces influences modifiantes sont difficiles à cerner et, souvent, elles ne sont ni reconnues, ni évaluées. Même une baisse considérable des ressources vitales n'entraîne pas nécessairement ou immédiatement une hausse du taux de morbidité ou de mortalité, et ce en raison du ressort des « atouts de santé », comme l'éducation publique, les comportements sains, un personnel médico-sanitaire formé, et l'infrastructure, qui ne se détériorent que progressivement.
- Chaque sanction sur le commerce économique est une sorte d'« expérimentation naturelle », où la portée de l'intervention est nationale et où des groupes témoin avec lesquels faire des comparaisons n'existent pas. Dans les pays sanctionnés, le champ d'application et la qualité de l'information de base accessible sont habituellement limités et, à l'exception de Cuba, la qualité de l'information portant sur la santé et le bien-être de la population a diminué sous le régime des sanctions.
- L'information accessible provient, en majeure partie, des statistiques relatives aux services fournies par les institutions qui offrent des services de santé ou des services sociaux. Des organismes ont des

informations sur les services offerts ou sur les personnes qui en bénéficient (un numérateur), mais elles possèdent rarement des informations sur les populations sous-jacentes (le dénominateur) où se trouvent les utilisateurs de ces services. D'ordinaire, cette information ne peut servir à établir des taux valides ou à identifier les niveaux variables de demande, de besoin ou de sévérité.

- Si les évaluations quantitatives bénéficient d'un préjugé favorable, une attention souvent excessive est accordée à ces statistiques ou à des indicateurs de population incomplets, alors qu'ils ne sont, en réalité, que des comptes partiels. L'attention doit davantage porter sur l'identification des changements importants qui surviennent dans la vie des populations (indicateurs qualitatifs), afin de se concentrer sur les interventions qui amélioreront le plus efficacement possible les chances de vie et réduiront les taux de mortalité. Pour ce faire, des études spécifiques doivent suivre des groupes de personnes pendant des périodes prolongées ; les études effectuées à un moment déterminé ne peuvent cerner ces changements.
- Lorsque des indicateurs quantitatifs sont utilisés, l'information est presque toujours présentée sous un seul chiffre, par exemple, un taux de décès de 100/1000. Ce genre de présentation n'informe pas du niveau relatif de précision possible pour les chiffres présentés. Il serait plus exact d'inclure un intervalle de confiance statistique de 95 pour cent - par exemple, 100/1000 +/- 10/1000. Les chercheurs devraient également formuler leurs opinions sur les imperfections des données utilisées et les préjugés qui s'y rattachent, afin de communiquer le niveau d'incertitude associé à un indicateur numérique.

Difficultés concernant l'évaluation et la communication d'informations relatives aux décès

Même si la collecte d'informations est efficace, les données qui ont le plus d'intérêt, comme les taux de mortalité infantile, ne peuvent habituellement pas être évaluées avec précision et rapidité. Les registres des hôpitaux ne renferment pas toutes les naissances et tous les décès. De ce fait, des études sur la population représentative doivent être effectuées pour évaluer les taux de mortalité infantile et des enfants âgés de moins de cinq ans. Dans la majorité des cas, d'autres indicateurs, comme la cause du décès, l'état nutritionnel des enfants en vie, et la qualité de l'infrastructure des services de santé publique sont les meilleurs indicateurs de santé en temps réel dont on dispose. En conséquence, même si les changements encourus par de larges secteurs de la population pendant une période prolongée sont du plus grand intérêt, il se peut que les seules sources d'informations fiables dont on dispose soient des données transversales sur des petits groupes de la population, qui ne peuvent pas être généraliser.

Ceux qui s'expriment en faveur d'une interdiction des sanctions ne font souvent pas la distinction entre les conséquences des sanctions et les autres malheurs d'une population. Il est important au moins de faire la distinction entre les conditions sociales et les indicateurs de santé au moment où les sanctions ont été imposées et les indicateurs de changement qui surviennent au cours des années suivantes.

Le taux de mortalité infantile est d'un grand intérêt, car plus que tout autre chiffre à lui seul, il sert à représenter les conditions générales de santé dans un pays. Toutefois, précisément parce qu'il s'agit d'un indicateur de résultat affecté par bon nombre de facteurs sociaux et médicaux différents, il est analytiquement difficile de déterminer si, ou comment les sanctions causent une hausse des taux de mortalité. S'ajoute à cela la difficulté d'identifier les changements à court terme du taux de mortalité infantile de manière opportune et valide, et l'on conçoit pourquoi la santé publique est souvent accablée par la politique en argumentant pour ou contre les sanctions en fonction des données sur les décès infantiles.

Éviter les dilemmes méthodologiques

Les indicateurs d'apports (comme les vivres qui sont distribués ou la valeur des médicaments importés) ou de processus (nombre de visites médicales, nombre de cas de diarrhée ou de rougeole signalés, ou le nombre d'enfants hors des écoles) sont plus faciles et plus rapides à collecter et plus fiables que les indicateurs de résultat (comme les taux de mortalité). Ajouté à cela, d'autres indicateurs de résultat, comme le pourcentage d'enfants qui souffrent de malnutrition ou le pourcentage d'habitations qui ont l'eau potable, bien qu'exprimant seulement partiellement la situation générale de la santé publique, sont relativement faciles à collecter dans des études spécifiques et s'avèrent fort utiles pour faire le suivi des conditions humanitaires. En revanche, une légère hausse du risque de décès, événement rare même à des taux relativement élevés, est bien plus difficile à déterminer avec précision.

Si un indicateur de résultat concernant la santé de jeunes enfants est souhaité, il est préférable de se concentrer sur le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans que sur celui des nourrissons. Le taux de mortalité chez les nourrissons peut être modifié par plusieurs interventions sélectionnées. Le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans fournit un indicateur plus représentatif de l'état de santé et du bien-être général.

Les études spécifiques peuvent présenter des informations d'excellente qualité en assurant de couvrir tous les aspects, ou de donner un échantillon représentatif d'une petite population. En revanche, les méthodes nationales utilisées pour enregistrer les maladies qui peuvent être signalées et les décès, peuvent être sujettes à des préjugés, des omissions et des erreurs. L'interprétation des données provenant des ministères

de la santé de ces pays requiert une connaissance approfondie de la qualité des systèmes d'information. A Cuba, par exemple, la qualité de ces méthodes, qui était déjà bonne avant 1992, s'est encore améliorée. Chaque ministère provincial de bureau de la santé envoie par télécopie et par téléphone des informations sur les décès et les maladies qui peuvent être signalées au bureau national, au moins une fois par semaine. En Iraq, les systèmes d'information se sont fortement détériorés. Alors qu'ils avaient été informatisés en grande partie avant l'imposition des sanctions, faute du manque même de papier, les signalements en sont réduits à être inscrits sur des bouts de papier de toutes sortes, au dos de vieux graphiques et sur l'emballage intérieur de produits pharmaceutiques. Ajouté à cela, compte tenu du nombre décroissant de malades qui sont envoyés dans les hôpitaux et cliniques publics, il est presque impossible d'interpréter directement ces données.

Points faibles des méthodes de suivi/ d'enquête actuelles

A Haïti, à Cuba et en Iraq, les études spécifiques sur la santé et le bien-être des populations n'ont souvent été effectuées qu'une seule fois. Elles ont fourni des informations intéressantes sans toutefois être en mesure d'élucider les changements ou leurs causes sur des périodes prolongées. Dans la recherche future en matière de sanctions, il devrait être prévu d'effectuer des études continues ou répétées aussi souvent que possible. En Iraq, des études sur la démographie et le niveau de nutrition des familles au niveau national ont été effectuées tous les cinq ans (1983, 1988, 1993). Les questions concernant les sources et niveaux de revenu, la constitution familiale et la maternité, présentent des variables à suivre sur des périodes prolongées, afin de cerner les changements qui affectent la vie des populations. La dernière de ces études a été faite en 1993 ; le gouvernement iraquien a accepté, en principe, le projet d'effectuer une autre étude similaire, mais attend le financement international pour le faire.

Souvent, les sources d'information ne sont pas spécifiées de façon adéquate dans les rapports sur les sanctions. Les données provenaient-elles des systèmes de signalement habituels du pays ? Dans ce cas, quel est le niveau estimé du domaine couvert par le système ? Comment l'utilisation des services s'est-elle accrue ou a-t-elle diminué ? Les groupes vulnérables sont-ils plus ou moins susceptibles d'utiliser ces services, ces dernières années ?

Les informations sont-elles venues d'une étude ? Dans ce cas, comment l'échantillon a-t-il été sélectionné ? Dans quelle proportion ? Des procédures ont-elles été utilisées, afin de s'assurer que l'échantillon soit représentatif d'une grande partie de la population ? Dans ce cas, quelles étaient-elles ? Décrire l'échantillon comme étant « pris au hasard » ne suffit pas pour convaincre que les chercheurs ont effectué, ou même

savent ce qu'est une randomisation. Très souvent, par exemple, une certaine procédure systématique est employée pour sélectionner un échantillon. Il se peut qu'elle soit la meilleure procédure dans une situation donnée, mais il ne s'agit pas alors d'une procédure prise au hasard et il se peut que les résultats en soient généralisés. Combien de participants potentiels à l'étude ont refusé d'y participer ou en ont été exclus ? Des vérifications ont-elles été faites pour déterminer dans quelle mesure l'échantillon différait de la population en général ? Quel est l'intervalle de confiance statistique ?

Il est particulièrement important de spécifier la méthodologie, lorsque des études communes sont entreprises entre des chercheurs internationaux, des représentants d'ONG, et des autorités nationales dans les pays soumis à un embargo. Des internationaux ont-ils pris part à la supervision du personnel d'exécution ou à l'analyse des données à l'intérieur du pays ? Certaines personnes parlaient-elles couramment la langue locale ? Des vérifications de toutes sortes ont-elles été faites pour confirmer ou corriger les données collectées ? Comment et par qui le personnel d'exécution était-il formé ? Le personnel a-t-il été observé sur le terrain ? Des vérifications ont-elles été faites pour déterminer les erreurs logiques contenues dans les informations générées ? De quelle manière les questions ont-elles été posées ? Les préjugés possibles ont-ils été examinés dans l'élaboration du projet ? Dans ce cas, comment y a-t-on remédié ?

Souvent, les résultats ne sont pas présentés de manière fiable. Lorsque des estimations différentes proviennent de sources multiples, les différences qui existent entre elles peuvent être signalées et comparées, afin de donner une indication du niveau de confiance que renferment les données. La majorité des rapports concernant les conséquences négatives cherchent à établir un nombre maximal de faits, comme « plus d'1 million de décès ». Si nous calculons avec précision le nombre de décès qui sont survenus, nous devons le spécifier en indiquant, par exemple, 1,2 million. Mais ces chiffres sont souvent des suppositions ou des projections. Une estimation prudente est souvent plus révélatrice, spécifique et claire, comme « un excédent d'au moins 300 000 décès a été enregistré ».

Les organismes humanitaires qui dirigent des programmes d'assistance sur place représentent une grande ressource potentielle, mais sous-utilisée, pour évaluer les conditions humanitaires. Leurs informations sont souvent qualitatives et peuvent être systématisées et comparées à celles d'autres organismes et aux données quantitatives, en vue de contribuer à une évaluation d'ensemble. Il sera important de perfectionner les compétences, standardiser les procédures et la coordination parmi les nombreux petits et moyens organismes, afin de contribuer à ces évaluations.

En Iraq, par exemple, plus de 40 évaluations nutritionnelles ont été effectuées par des enquêteurs

internationaux, au cours des années 90. A l'exception de quatre évaluations, les données des autres n'ont pu être comparées, en raison des différentes méthodes d'évaluation, y compris les groupes d'âge, ou de la méthode de sélection de l'échantillon utilisées. Une coordination, dès le début, entre les organismes et les enquêteurs aurait fortement accru la comparabilité des données et amélioré la contribution de chaque petite étude à la vue d'ensemble du niveau de malnutrition sur des périodes prolongées. De même, bien que des centaines de personnes et de groupes se soient rendus dans les hôpitaux irakiens au cours des dix dernières années, un seul groupe seulement s'est servi d'une liste de questions typiques et d'objectifs d'observation pour établir un niveau de base pour les évaluations (Garfield *et al*, 1997). En assurant une coordination mineure, les autres groupes auraient pu en faire autant et contribuer ainsi à une identification des tendances et conditions variables à travers le pays, pendant l'imposition des sanctions. A la place, les impressions qualitatives et non systématiques des observateurs n'ont guère contribué à une évaluation d'ensemble des hôpitaux et de leur état.

Souvent, les autorités nationales ne sont pas au courant des évaluations entreprises par des organismes extérieurs et, de toute façon, soit elles n'ont pas l'expertise de donner des conseils à propos de ces études, soit elles sont trop occupées à diriger des services nationaux de soins, pour pouvoir se concentrer sur ce sujet. Il revient donc aux enquêteurs internationaux, non seulement d'essayer de « faire quelque chose d'utile » lors d'une crise humanitaire, mais aussi de déterminer les populations prioritaires dont la vulnérabilité sera évaluée et de coordonner et de discuter entre eux et avec les autorités nationales des efforts qu'ils devront déployer, afin de garantir que leur contribution est utile. Etant donné les difficultés de méthodologie à évaluer les sanctions, les comparaisons sur des périodes prolongées entre des groupes de la population ou entre les régions devraient être encouragées. Parallèlement, les internationaux peuvent cerner les points faibles des institutions nationales et se concentrer à consolider la capacité de recherche et d'évaluation nationale.

Les informations, mêmes si elles sont générées de façon acceptable, ne sont pas pour autant évidentes. Les représentants des ONG et les enquêteurs internationaux devraient soumettre les résultats de leur recherche aux autorités techniques nationales, afin que des interprétations plus crédibles et approfondies soient faites sur la signification des données. Ce processus facilite le mélange des informations qualitatives et quantitatives pour faire le résumé de la « vue d'ensemble ». Les internationaux peuvent aussi être en mesure d'encourager les acteurs non traditionnels à participer aux estimations humanitaires. Il peut s'agir de groupes gouvernementaux qui ne sont pas habituellement considérés comme étant humanitaires, comme les ministères de l'énergie et des transports, les étudiants nationaux dans l'enseignement supérieur en matière de planification ou de sociologie,

ou des étudiants provenant d'institutions étrangères qui peuvent faire de la recherche de thèse sur des sujets locaux pertinents.

Le personnel international a aussi un rôle important à jouer, en ce sens qu'il peut renforcer la capacité nationale à effectuer des études pour évaluer les conditions humanitaires. Dans chaque pays sanctionné, des chercheurs respectés et leurs institutions devraient être identifiés ; un soutien technique devrait leur être accordé, afin d'éviter l'isolation, ainsi qu'un appui politiquement neutre pour leur permettre d'étendre davantage leurs activités de recherche et de suivi. Aucun groupe de ce genre n'a été identifié à Haïti. Outre « l'Unité d'analyse [épidémiologique] » à Cuba, plusieurs instituts de recherche privés ont rempli une fonction importante et ont eu une certaine participation internationale. Les grandes institutions irakiennes capables d'assumer ces activités - l'Organisation statistique centrale et l'Institut de recherche national pour la nutrition, et le Bureau des statistiques du ministère de la Santé - n'ont reçu aucun soutien international avant 1995, et peu depuis.

Evaluations humanitaires futures

L'analyse des études de cas indique que la vulnérabilité devrait être évaluée plutôt que présumée. Il est vrai que les femmes et les enfants constituent un groupe vulnérable, mais ils ne sont peut-être pas les seuls ou les plus vulnérables. Dans ce dossier, nous avons porté l'accent sur les malades chroniques et les personnes âgées qui souffrent de façon disproportionnée en raison de la baisse des soins médicaux causée par les sanctions commerciales, et d'autres groupes socio-politiques et socio-économiques non intégrés et hautement vulnérables existent peut-être. Deuxièmement, les données médicales cliniques sont une évaluation indispensable mais insuffisante de l'effet des embargos. Des données macro-économiques doivent être complétées avec des données d'information au niveau méso-économique et des ménages au niveau micro-économique. Les embargos portant sur tous les aspects commerciaux perturbent durement l'économie dans son ensemble. Ces perturbations économiques, et les stratégies que les populations mettent en place pour en affronter les difficultés, affectent le bien-être général d'une population et peut influencer sur les changements sociaux qui continueront après que les sanctions aient cessé.

Une attention poussée centrée sur les questions médicales cliniques donne peut-être un sens d'objectivité qui manque énormément dans le milieu politisé des questions relatives aux sanctions, mais elle ne tient pas compte de nombreux aspects humanitaires importants. Les évaluations futures devront porter davantage sur l'aspect de « bien-être » de « la santé et du bien-être ». Chez les enfants, il s'agira d'entreprendre une étude sur les changements de leur capacité mentale, de leurs résultats scolaires et du matériel éducationnel dont ils disposent à l'école, et parmi ceux qui ne vont pas à l'école, une étude

sur l'emploi et les stratégies leur permettant d'affronter les difficultés. Les changements survenus dans les domaines de l'enseignement supérieur et de la formation dans l'emploi, en ce qui concerne les opportunités d'éducation et d'emploi, devront également être explorés.

Les types et niveaux variables de la délinquance et les actions des familles et des gouvernements à cet égard devront être examinés. Les types et niveaux variables de la constitution familiale, du fonctionnement des familles et des pathologies sociales associées à la famille devront être identifiés. La base variable de la connaissance et des usages des professionnels, coupée de l'échange international régulier, devra également être examinée. Nous devons apprendre davantage sur l'état nutritionnel des enfants plus âgés et des adultes, tout autant que sur celui des enfants plus jeunes, et poursuivre une recherche permettant d'identifier les voies par lesquelles les changements se produisent. Les façons variables de générer et d'utiliser les ressources, y compris les ressources formelles (l'argent) et informelle (travail non rémunéré) devront être identifiées. Ces évaluations du bien-être aideront à cerner les stratégies effectives permettant d'affronter les difficultés, les points forts dans une société, et les opportunités d'aide de secours et de reconstruction.

Le préjugé excessif des journalistes et des chercheurs envers les conséquences causées par les sanctions, exprimé en terme médical, a eu tendance à conduire à une sous-estimation des informations qualitatives sur la manière dont les populations vivent et se servent des ressources limitées disponibles. En combinant les deux, il sera possible d'élucider la série d'événements qui provoquent des conséquences humanitaires négatives, de la résilience et des facteurs atténuants et modifiants. Pour ce faire, des aperçus et des mesures d'allègement seront nécessaires, découlant non seulement de la médecine clinique, mais aussi de la démographie, la sociologie, l'économie, l'anthropologie et la psychologie.

Atténuer les conséquences humanitaires négatives

Au cours d'une décennie de débats au sujet des avantages relatifs qu'offrent les sanctions, une méthode systématique a sérieusement fait défaut pour évaluer et minimiser leurs conséquences humanitaires. Après la débâcle de l'Iraq, qui a occasionné bien plus de décès liés aux sanctions qu'il n'y en avait eu pendant la guerre du Golfe, la communauté mondiale ne peut plus prétendre que les sanctions sont un mode d'action moins violent. Afin de réduire les conséquences négatives, il devrait être envisagé ce qui suit :

- Avant d'introduire des sanctions, des données de base sur la santé et le bien-être devraient être recueillies, ainsi que des informations sur l'effet probable des sanctions. C'est ce qui s'est produit au Soudan, et le blocus aérien a été reporté indéfiniment en conséquence. L'exemple significatif, qui a convaincu l'Assemblée générale de l'Onu qu'un tel embargo

entraînerait des conséquences négatives humanitaires, a été que plusieurs centaines de patients n'auraient plus pu prendre l'avion pour aller suivre un traitement spécialisé contre le cancer dans d'autres pays comme la Jordanie.

- Les vulnérabilités probables de la société cible devraient être anticipées et une action directe entreprise par le biais des organismes d'aide et de développement, afin de les atténuer. La vulnérabilité peut reposer sur la situation physiologique (telle que les jeunes enfants et les immunisations, les personnes âgées et les médicaments pour les maladies chroniques), la position sociale (telle que le rôle des femmes), la situation politique / religieuse / ou ethnique des groupes (comme les groupes minoritaires). Il est essentiel de déterminer le niveau probable de souffrances, afin d'évaluer si de telles conséquences négatives peuvent être atténuées par une action directe. Le fait, par exemple, que les fermiers haïtiens n'ont plus pu vendre leurs mangues et que la chaîne froide pour les vaccins a cessé en raison de l'embargo pétrolier, aurait pu être anticipé et empêché si des exclusions spécifiques ou une aide humanitaire avait été mises en place.
- Une capacité de suivi intensifiée devrait être établie dès le premier jour des sanctions, afin de pouvoir identifier dès le début la détérioration du bien-être des populations. Le suivi devrait inclure au moins des indicateurs de la santé publique, de la situation économique, du dynamisme de la population, et du respect du gouvernement pour les droits des citoyens dans les pays sanctionnés (cf. Tableau 6). Il devrait également comprendre des indicateurs de la situation de base des populations (à savoir, les niveaux d'indicateurs sociaux au moment où les sanctions sont imposées), ainsi que des évaluations des changements à court terme. Les taux de décès, par exemple, des nourrissons et des enfants âgés de moins de cinq ans sont de bons indicateurs de base, mais les changements à court terme des taux de mortalité peuvent mieux être évalués en se fondant sur les données relatives au nombre de cas de rougeole, sur le pourcentage de tous les décès pour cause de diarrhée, ou sur la fréquence variable de la malnutrition chez les enfants. Il en va de même pour les informations de base sur la scolarisation et le niveau des élèves, qui sont importantes, mais les changements à court terme du nombre des écoles qui ont des toits et murs en bon état seraient des indicateurs plus effectifs pour un suivi permanent.
- Des procédures rationalisées doivent être entreprises, afin d'accélérer l'approbation des produits humanitaires vitaux. Il pourrait s'agir à la fois d'une liste ordinaire des produits exclus et des exclusions globales pour un groupe sélectionné d'organismes d'aide de secours internationaux. Il s'agirait également de conférer à un groupe technique l'autorité de

spécifier les produits qui sont essentiels, les produits qui sont sans aucun doute humanitaires, et ceux qui pourraient de façon crédible faire double usage. Dans la majorité des pays sanctionnés, ce ne sont pas des experts techniques, mais des politiciens qui décident comment traiter une demande d'exclusion donnée. Le désir des politiciens d'assurer le contrôle des affaires est compréhensible, mais il en est résulté une plus grande confusion pour les fournisseurs potentiels, des retards dans la prise de décision, et la politisation de l'assistance humanitaire. Des conséquences tragiques en ont résulté, dont le refus d'accorder des droits d'achat de pièces de rechange pour du matériel de mammographie à Cuba - la raison donnée étant la possibilité de « terrorisme médical » [*sic*] ; et le refus de permis pour importer de la pâte de nitroglycérine pour les Iraquiens souffrant d'une angine de poitrine, en raison de la conviction erronée que le médicament pouvait éventuellement être utilisé à la confection de bombes.

- Les procédures utilisées pour procéder aux demandes de dispenses et à la distribution des produits dans les pays sanctionnés devraient être normalisées, et une vérification sur place effectuée, de façon à réduire la politisation des procédures de dispenses humanitaires.
- Il devrait être reconnu que l'infrastructure - dont les installations d'eau et les installations sanitaires - les systèmes d'information pour la gestion des services de santé, le matériel de laboratoire et les réactifs, et les sources d'énergie (c'est-à-dire, l'électricité et le carburant), peuvent être des éléments vitaux pour un programme d'assistance humanitaire effectif. Comme presque tous les produits peuvent sans doute être utilisés à des fins commerciales ou militaires plutôt qu'à des fins humanitaires, il est essentiel de formuler des définitions et des principes de manière à éviter que les puissances qui imposent les embargos fassent des interprétations subjectives et changeantes.

Tableau 6 : Minimum recommandé d'indicateurs de suivi pour les sanctions

Catégorie	Indicateurs de base	Indicateurs de changement
Santé publique	Mortalité infantile	<ul style="list-style-type: none"> hausse des décès infantiles, comme signalé par les hôpitaux et dans les systèmes d'enregistrement des événements vitaux
	Hôpitaux et médical	<ul style="list-style-type: none"> diminution du nombre d'interventions chirurgicales et de radiographies réalisés
	Capacité des systèmes	<ul style="list-style-type: none"> disponibilité réduite des vaccins nombre réduit des visites aux services médicaux
	Poids insuffisant à la naissance	<ul style="list-style-type: none"> hausse du pourcentage signalé des enfants ne pesant pas suffisamment hausse du nombre de femmes enceintes ne prenant pas suffisamment de poids
	Accès à de l'eau potable sûre	<ul style="list-style-type: none"> baisse du pourcentage de la population recevant de l'eau pompée pannes de chlore disponible
Conditions économiques	Niveau de développement économique (comme évalué par PDB/par habitant) Dépendance des importations et exportations	<ul style="list-style-type: none"> changements de la répartition des revenus à travers différents groupes de revenu baisse de la disponibilité/hausse du prix du marché des denrées alimentaires baisse de la disponibilité/hausse du prix des produits pharmaceutiques
	Forme de spécialisation économique	<ul style="list-style-type: none"> changements du mélange urbain/rural de la population
Migration	Présence de camps de réfugiés et populations de personnes déplacées	<ul style="list-style-type: none"> hausse de la migration involontaire début de nouveaux flux de populations migratoires création ou expansion rapide de camps de réfugiés et/ou concentrations de personnes déplacées à l'intérieur du pays (IDP)
Gouvernement et société civile	Situation de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> changements des attributions budgétaires du gouvernement hausse de la criminalité et des troubles civils baisse du nombre d'organismes civiques indépendants
	Degré de liberté politique	<ul style="list-style-type: none"> suppression des partis politiques baisse du nombre des médias indépendants nombre accru des arrestations politiques
Activités humanitaires	Niveau d'activité humanitaire	<ul style="list-style-type: none"> changements du pourcentage de personnes bénéficiant des programmes d'aide par rapport aux personnes qui en font la demande baisse de la capacité des organismes humanitaires à fournir des services

Source : Minear et al, 1998.

Tableau 7 : Indicateurs de santé et de bien-être

Nutrition
<ul style="list-style-type: none"> • % des enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition (poids/âge, taille/âge, et/ou poids/taille) • % des nouveau-nés ne pesant pas suffisamment • % des enfants de moins d'un an ou de moins de deux ans allaitants • nombre de calories en moyenne contenues dans chaque ration par jour • durée moyenne des vivres rationnés dans les familles par mois • nombre de fois en moyenne que de la viande est mangée par mois • % du revenu disponible affecté à la nourriture • % des adolescents, adultes ou personnes âgées ayant un faible indice de poids
Installations sanitaires/eau
<ul style="list-style-type: none"> • nombre de litres d'eau livrés par habitant par jour • nombre de familles ayant accès à l'eau en tuyau • % de sources d'eau contaminées • % d'installation de traitement d'eau propre sans chlore • capacité de traitement d'eau propre • capacité de traitement des eaux usées
Hôpitaux
<ul style="list-style-type: none"> • nombre de médecins et infirmiers par population • visites médicales par population • hôpitaux et centres de santé en activité • hospitalisations, examens en lab., radiographies et interventions chirurgicales réalisés par population • nombre des décès enregistrés dans les hôpitaux • cas de maladies gastro-intestinales ou pulmonaires aiguës diagnostiqués et soignés • présence ou absence de médicaments importants
Education
<ul style="list-style-type: none"> • % de la population en âge scolaire en scolarité • % des écoles sans livres ou autres fournitures • % d'étudiants réussissant aux examens
Infrastructure
<ul style="list-style-type: none"> • nombre de maisons détériorées ou détruites • capacité de génération d'énergie • nombre de pannes de courant
Assistance sociale
<ul style="list-style-type: none"> • % de la population dans la pauvreté ou pauvreté extrême • nombre de mineurs incarcérés • nombre de mineurs qui travaillent, ne vont pas à l'école, vivant sans famille • % de la population handicapée • changements de la fréquence des crimes, attaques ou autres violence entre personnes • nombre de personnes par ménage • fréquence des changements de la composition des familles • changements des cas de dépression, méthodes pour affronter les difficultés, changements de comportement
Economie
<ul style="list-style-type: none"> • Produit national brut par habitant • revenu familial en moyenne • ménages au-dessus du niveau de pauvreté • pouvoir d'achat d'un salaire moyen ou salaire minimum

Tableau 8 : Principes directeurs pour les bonnes pratiques d'évaluation des conséquences occasionnées par les sanctions

- *Etablir des indicateurs de base et de changement pour le suivi des conditions humanitaires* : Les tableaux 6 et 7 montrent les indicateurs utilisés dans la plupart des pays, mais ce qui est en réalité disponible pour les pays individuellement varie. Pour un suivi à long terme et l'identification de changements, il est important d'établir de bonne heure des indicateurs-clés.
- *Identifier des groupes de comparaison pertinents à l'intérieur ou à l'extérieur du pays* : Chaque sanction est un événement unique et les groupes de comparaison pertinents sont limités. Mais les variations régionales au sein d'un pays subissant des sanctions souligneront les différences en terme de vulnérabilités, politiques et/ou mise en place. Les orientations d'un pays sous sanctions peuvent aussi être comparées, avec prudence, à celles des pays voisins.
- *Identifier non seulement les résultats d'un intérêt particulier, mais aussi les sources d'information sur les apports et les procédures, y compris des stratégies pour affronter les difficultés* : Des changements dans les taux de mortalité par exemple, sont difficiles à interpréter si l'on ne comprend pas la série d'événements qui ont abouti à la mortalité. Identifier les changements dans les ressources clés (y compris accès et répartition) et les effets sur le processus santé-maladie suggèrent quelles interventions sont les plus importantes pour améliorer la survie.
- *Évaluer la qualité des systèmes d'information utilisés, y compris les changements du domaine couvert et de la collecte le données et de la capacité d'établissement de rapports* : Comment l'agence reportant l'information a-t-elle collecté celle-ci? Si cela n'est pas clair, on connaît l'impact potentiel des préjugés et de rapports incomplets et il est impossible d'expliquer si et comment l'information doit être connue par le public.
- *Identifier les préjugés dans les sources d'information régulières* : La qualité des rapports s'est-elle améliorée ou détériorée? Des régions ont-elles été exclues? La population a-t-elle quitté la région? Chacune de ces questions affecte la signification de l'information rapportée.
- *Spécifier non seulement le nombre de cas enregistrés, mais aussi le pourcentage de la population d'où proviennent les cas, si l'aspect démographique change* : Les taux sont plus significatifs que le nombre de cas ou de morts.
- *Centrer l'attention pas tant sur des changements possibles du taux de mortalité infantile, mais sur les changements du taux des décès et changements non mortels dans d'autres groupes d'âge et les groupes vulnérables de la population* : Le nombre de morts ne raconte qu'une partie de l'histoire. En plus de la mortalité, quels sont les autres problèmes? Et les enfants en bas-âge sont-ils le groupe le plus vulnérable— peut-être mais on ne peut pas l'assumer.
- *Fournir non seulement le nombre estimé d'événements, mais expliquer pourquoi cette estimation est susceptible d'être la meilleure, et quelle fourchette de données existe dans d'autres estimations* : Quelles sont raisonnablement les estimations les plus hautes et les basses? A quoi l'écart entre les deux s'élève-t-il? Ne pas affirmer quel sera l'impact des sanctions mais évaluer son effet minimum estimé.
- *Fournir et combiner des informations qualitatives et quantitatives* : Les chiffres ne parlent pas d'eux-mêmes. Les choses que nous mesurons ne peuvent être bien comprises que dans un contexte d'évaluations qualitatives, et vice-versa.
- *Éviter de trop généraliser les résultats d'une petite étude pour les appliquer à une grande population nationale* : Trop généraliser conduit à des hypothèses questionables et rend le groupe étudié moins réel. Des informations claires et exactes sur un petit nombre de gens affectés, influencent souvent plus qu'une information de pauvre qualité sur de nombreux supposés affectés.
- *Coordonner et combiner les informations provenant de petites études en normalisant et en décrivant comment ces informations ont été collectées* : En observant les tendances, à travers les régions, les groupes d'âge ou de temps, l'image globale peut être plus révélatrice que la somme d'études individuelles.
- *Faire participer aux études les ressortissants nationaux et les ONG appropriés* : Des étrangers peuvent souvent collecter des informations qui sont vues comme plus exactes ou valides. La participation locale est nécessaire afin d'identifier les variables locales les plus importantes et en interpréter les résultats.
- *Collecter des informations qui peuvent être comparées sur des périodes prolongées* : Bien que nous avons tendance à attendre que les situations d'urgences se terminent quelquefois aussi vite qu'elles ont commencé, cela arrive rarement. Un plan d'étude à long terme recueille en général beaucoup plus d'informations utiles que des enquêtes répétitives mais qui manquent de vision.

5

Conclusions

Après une guerre, les pouvoirs vainqueurs gèrent souvent l'administration gouvernementale dans le pays vaincu. Sous un régime de sanctions, le pouvoir « ennemi » garde son autorité. Dans ce genre de situation, la fourniture de produits humanitaires a eu tendance à être utilisée pour intervenir davantage dans la politique du pays. L'Onu, par exemple, a insisté pour qu'ils déterminent et supervisent la réglementation pour la distribution des produits humanitaires fournis par le biais du PVPV en Iraq. Bien que cela soit nécessaire, afin d'administrer le programme d'aide de secours, le Conseil de sécurité, en rejetant les demandes d'achat de l'Iraq, a parfois exprimé des intérêts politiques ou commerciaux plutôt qu'un souci humanitaire. A Cuba, les USA ont insisté pour qu'ils effectuent une supervision sur place de la distribution des produits humanitaires provenant de groupes américains privés. Les produits de bienfaisance ont été autorisés seulement après que les USA et les autorités cubaines se soient organisés pour que la supervision soit assurée par des pays tiers plus neutres.

Les gouvernements sanctionnés expriment leur outrage contre les puissances qui imposent les embargos, et leur façon d'intervenir qu'ils considèrent être un non respect de leur souveraineté nationale. Dans le cas de l'Iraq, cette politisation et cette crainte d'intervention dans la politique interne du pays ont été les raisons majeures pour lesquelles le lancement du PVPV a été retardé de six ans.

Les sanctions commerciales qui affectent le plus la santé de la population en général sont celles qui sont multilatérales et portant sur tous les aspects ; qui sont imposées à des pays dépendant fortement des

importations, et mises en oeuvre rapidement ; et qui surviennent lorsqu'un pays subit d'autres coups économiques et sociaux. C'est tout à fait le cas de l'Iraq et ce pays est donc particulièrement vulnérable. Haïti se caractérise par les grands bouleversements qu'ont connus les familles pendant et après l'imposition des sanctions. Au cours de cette période, les USA ont essayé activement de remplacer les produits vitaux par une assistance humanitaire ; les autres pays sanctionnés n'ont même pas reçu un tiers de leur perte de revenu en assistance humanitaire, et le fait qu'Haïti ne s'est pas encore remis laisse à réfléchir. Des années après que l'embargo ait été levé, les processus économiques, sociaux et politiques catalysés par les sanctions semblent, en effet, s'enfoncer dans une crise plus permanente.

En revanche, il s'est avéré que, par exemple, le taux de mortalité infantile a baissé dans certains pays sanctionnés, même durant les périodes de fortes pénuries de ressources (Garfield, 1992). C'est le cas lorsque des ressources rares sont distribuées de façon plus efficace et ciblée, lorsque les responsables de la santé et dirigeants nationaux mobilisent des actions en faveur de la santé infantile, et lorsque la situation sociale et politique d'urgence incite les parents à entreprendre des actions spécifiques. A Cuba, par exemple, plus de 90 pour cent des femmes ont allaité leurs enfants - par rapport à environ 50 pour cent auparavant - pendant les trois premiers mois des sanctions, lorsque les dirigeants ont encouragé l'allaitement au sein pour compenser la perte des importations de lait maternisé. De la même manière, une campagne conseillant de faire bouillir l'eau avant de la boire a été suivie, lorsqu'il a été diffusé que, dû à l'embargo, il n'y avait pas suffisamment de chlore pour traiter l'eau. Dans d'autres pays, les campagnes

encourageant le suivi de la croissance des enfants et des femmes enceintes, la vaccination, la promotion de la phytothérapie et la participation de la communauté à l'hygiène périfamiliale en vue de réduire la transmission du paludisme et de la dengue, ont donné de bons résultats dans les conditions spécifiques de pénurie de ressources imposées de l'extérieur, causées par les embargos. En Iraq, l'élaboration de programmes de nutrition infantile basés dans la communauté et de programmes de développement communautaire a été encouragée ces dernières années. Certes, toutes ces mesures de santé de base auraient été salutaires avant l'embargo, mais elles ont été encouragées par une sensation d'urgence collective et la constatation de l'opportunité d'agir. Les scientifiques politiques soutiennent que les embargos peuvent être contre productifs lorsqu'une population « se rallie autour du drapeau » pour s'identifier avec les dirigeants de la nation, en cas de menace étrangère. Cette solidarité sociale peut, toutefois, être forgée par les humanitaires pour encourager le développement intégré localement et les activités de santé qui peuvent profiter à un pays bien après la levée des embargos. Pour ce faire, les ONG doivent établir des relations de travail étroites avec les ressortissants nationaux qui exercent des activités humanitaires et reconnaître les points forts et les ressources d'un pays et de sa population, même si de nouveaux points faibles et des désavantages se présentent. Ce genre de mode d'action tourné vers l'avenir exige de la créativité et une initiative de leur part. On a souvent fort conscience que la capacité d'importation d'un pays est en baisse pendant la durée des sanctions, mais il est souvent moins évident qu'on reconnaisse et utilise les ressources humaines et matérielles utiles qui existent.

Les objectifs des sanctions commerciales devraient être mieux déterminés en vue de l'expérience généralisée au cours des années 90. Les sanctions sont rarement associées à un renversement souhaité des gouvernements répressifs ; une intervention militaire est nécessaire pour cela. Les politiques « d'endiguement » ou d'isolation d'une nation, sous prétexte de tenter de renverser un gouvernement, sont peut-être une forme de punition collective, illégale et odieuse, en vertu du droit international et du droit coutumier. Lorsque quelques personnes sont en tort, le blocage des avoirs, l'interruption des échanges culturels et les interdictions de voyager peuvent provoquer les changements de politique désirés.

Un grand espoir repose actuellement sur le fait que ce genre de sanctions ciblées permettra d'éviter les conséquences humanitaires majeures décrites plus haut, tout en affectant de façon plus effective les politiques incriminées du gouvernement sanctionné. Des sanctions plus ciblées peuvent, en effet, susciter un meilleur respect des principes de différenciation et de proportionnalité ; il est pourtant probable qu'elles occasionneront des conséquences humanitaires négatives si le ciblage n'est pas précis, si les élites agissent en punissant d'autres ressortissants nationaux ou si une réduction du capital se produit dans un milieu politique instable. En conséquence, il sera encore nécessaire d'améliorer le suivi, d'étendre l'action humanitaire et de modifier les politiques nationales visant à protéger la santé publique des plus vulnérables par des actions simples et peu coûteuses, si l'on désire réduire les conséquences humanitaires négatives et obtenir un redressement rapide.

Références

- Clawson, P (1998) 'Oil for Food' or the end of sanctions' (« Vente de pétrole contre des vivres » ou la levée des sanctions) dans *Policywatch* 303:1-4.
- Coovadia, H M (1999) 'Sanctions and the struggle for health in South Africa' (Les sanctions et la lutte en faveur de la santé en Afrique du Sud) dans *American Journal of Public Health* 89:1505-8.
- Conseil de sécurité de l'Onu, Rapport du Comité humanitaire sur l'Iraq établi conformément à la Note du Président du Conseil de sécurité, le 30 janvier 1999 (S/1999/100).
- Cordesman, A H (1997) *Sanctions and the Iraqi People: The WHO report and conflicting views* (Les sanctions et les Iraquiens : rapport de l'OMS et points de vue opposés) (Washington, DC: *Centre for Strategic and International Studies*).
- Dashti-Gibson et al (1997) 'On the Determinants of the Success of Economic Sanctions: an empirical analysis' (Sur les déterminants du succès des sanctions économiques : analyse empirique) dans *American Journal of Science* 41(2)608-618.
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (1998) *World Disaster Report 1998. Chapter 8: Iraq Sanctions Create Their Own Disaster* (Rapport 1998 sur les catastrophes dans le monde: chapitre 8 : les sanctions en Iraq créent leur propre catastrophe) (Genève: Croix-Rouge).
- Garfield, R (1999) 'Morbidity and mortality among Iraqi children from 1990-1998; assessing the impact of economic sanctions' (Les taux de morbidité et de mortalité chez les enfants iraqiens, entre 1990 et 1998 : évaluation de l'effet des sanctions économiques) document de circonstance 16.3 (*Kroc Institute for International Peace Studies*: Notre Dame, Indiana; <<http://fourthfreedom.org/sanctions/garfield.html>>)
- Garfield R, (1999) *An evaluation of the Oil for Food Programme in Iraq* (Une évaluation du Programme pour la vente de pétrole contre des vivres en Iraq), non publié.
- Garfield, R (1992) 'Health Care in Nicaragua: Primary Care Under Changing Political Regimes' (Les soins médicaux au Nicaragua : soins primaires sous des régimes politiques changeants) (New York: *Oxford University Press*).
- Garfield, R & Santana, S (1997) 'The Impact of Economic Crisis and US Embargo on Health in Cuba' (Les conséquences de la crise économique et de l'embargo américain sur la santé à Cuba) dans *American Journal of Public Health*: 87(1):15-20.
- Garfield, R, Zaidi, S & Lennox, J (1997) 'Medical care in Iraq after six years of sanctions' (Les soins médicaux en Iraq après six ans de sanctions) dans *British Medical Journal* 315:1474-5.
- Gibbons, E (1998) *Sanctions in Haiti: Human Rights and Democracy Under Assault* (Les sanctions à Haïti : les droits de l'homme et la démocratie sous attaque) (Westport: *Centre for Strategic and International Studies/Praeger Press*).
- Hoskins, E (1998) *The Impact of Sanctions. A study of UNICEF's perspective* (L'effet des sanctions : étude de la perspective d'UNICEF) (New York: UNICEF, *Office of Emergency Preparedness*).
- Hufbauer et al (1990) *Economic Sanctions Reconsidered: History and Current Policy* (Les sanctions économiques réexaminées : le passé et la politique actuelle) (Washington DC: *Institute for International Economics*) 2ème édition.
- McHugh, G P 'A strategy for incremental lifting of UN sanctions on Iraq' (Une stratégie pour une levée progressive des sanctions de l'Onu en Iraq) *Iraq Policy Memo Series 4* (Massachusetts: MIT).
- Meyers, S L 'Converting the Dollar into a Bludgeon' (Conversion du dollar en matraque) dans *The New York Times* 20/4/97, pE5.
- Minear, L et al (1998) 'Toward More Humane and Effective Sanctions Management, Enhancing the Capacity of the UN System' (Vers une gestion de sanctions plus humaines et effectives renforçant la capacité du système onusien) document de circonstance 31 (Providence: Brown University).
- Ministère de la santé publique et de la population (1997) Haïti 1995 *Nutrition Surveys by Department* (Etudes sur la nutrition par département) (Port-au-Prince, Haïti).
- Organisation mondiale de la santé (1996) *The health conditions of the population in Iraq since the Gulf crisis* (L'état de santé de la population en Iraq depuis la crise du Golfe) (Bagdad: OMS/EHA/96.1).
- Pape, R (1997) 'Why Economic Sanctions Do Not Work' (Raison pour laquelle les sanctions économiques n'ont pas l'effet voulu) dans *International Security* 22(2)90-136.
- Programme humanitaire interinstitutionnel de l'Onu en Iraq, Rapport au Secrétaire général sur les besoins humanitaires en Iraq rédigé par une mission dirigée par Sadruddin Aga Khan, représentant exécutif du Secrétaire général, le 15 juin 1991.
- UNICEF (1996) *Disastrous Situation of Children in Iraq* (Situation désastreuse des enfants en Iraq), le 4 octobre.
- UNICEF (1999) *Child and Maternal Mortality Survey, Preliminary Report* (Etude sur les taux de mortalité infantile et maternelle, rapport préliminaire; <http://www.unicef.org/reseval/iraqr.htm>) (Bagdad: Iraq).
- Zaidi, S & Smith Fawzi, M (1995) 'Health of Baghdad's Children' (La santé des enfants à Bagdad) dans *The Lancet* 346(8988):1485.
- Zaidi, S (1997) 'Child Mortality in Iraq' (Le taux de mortalité infantile en Iraq) dans *The Lancet* 350:1105.

Bibliographie

Ascherio, A et al (1992) *'Effect of the Gulf War on infant and child mortality in Iraq'* (Effet de la guerre du Golfe sur la mortalité infantile et des enfants en Iraq) (dans *New England Journal of Medicine* 327(13):931–6.

Berggren et al (1993) *Sanctions in Haiti: Crisis in Humanitarian Action* (Sanctions à Haïti : crise de l'action humanitaire), série des documents de travail (Boston: *Harvard School of Public Health, Programme on Human Security*).

Braunmuhl, C & Kalessa, M (1995) *The Impact of Sanctions on Health Assistance Activities* (Conséquences des sanctions sur les activités d'assistance sanitaire) (Berlin: DNUAH).

Doudi, M A & Dajan, M S (1993) *Economic Sanctions: Ideas and Experiences* (Sanctions économiques : idées et expériences) (Boston: Routledge and Kegan).

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (1998) *'Iraq Sanctions Create Their Own Disaster' World Disaster Report 1998. Chapter 8* (« Les sanctions en Iraq créent leur propre catastrophe » Rapport 1998 sur les catastrophes dans le monde : chapitre 8) (Genève: Croix-Rouge).

Feinsilver, J (1993) *Healing the Masses: Cuban health politics at home and abroad* (Guérir les populations : politiques cubaines de la santé dans le pays et à l'étranger) (San Fransisco: University of California Press).

Garfield, R & Neugut, A (1991) *'Epidemiological Analysis of Warfare'* (Analyse épidémiologique de la guerre) dans *Journal of the American Medical Association*, 266 (5):688–692.

Garfield, R & Santana, S (1997) *'The Impact of Economic Crisis and US Embargo on Health in Cuba'* (Les conséquences de la crise économique et de l'embargo américain sur la santé à Cuba) dans *American Journal of Public Health* 87(1): 15–20.

Garfield, R (1997) *'The impact of economic embargoes on the health of women and children'* (Conséquences des embargos économiques sur la santé des femmes et des enfants) dans *Journal of the American Medical Women's Association* (52):4, 181–4.

Garfield, R, Frieden, T & Vermund, S H (1987) *'Health Effects of the War Against Nicaragua'* (Effets sur la santé de la guerre contre le Nicaragua) dans *American Journal of Public Health* 77: 615–618.

General Accounting Office (1992) *Economic Sanctions: Effectiveness as Tools of Foreign Policy* (Sanctions économiques : efficacité en tant qu'instruments de la politique étrangère) (Washington: United States General Accounting Office).

Gibbons, E & Garfield, R (1999) *'The impact of economic sanctions on health and human rights in Haiti, 1991–1994'* (Conséquences des sanctions économiques sur la santé et les droits de l'homme à Haïti, 1991-1994) dans *American Journal of Public Health* 89:1499–1504.

Gutman, R & Reif, D (1999) *Crimes of War* (Crimes de guerre) (Norton and Co: New York).

Haas, R (ed) (1998) *Economic Sanctions and American Diplomacy* (Les sanctions économiques et la diplomatie américaine (New York: *Council on Foreign Relations*).

Hoskins, E & Nutt, S (1997) *'The humanitarian impact of economic sanctions on Burundi'* (Impact humanitaire des sanctions économiques sur le Burundi) document de circonstance 29, *Watson Institute for International Studies* (Providence: Watson Institute).

Hoskins, E (1997) *'Public health and the Persian Gulf war'* (La santé publique et la guerre du Golfe persique) dans *War and Public Health* (New York: *Oxford University Press*).

Hoskins, E (1998) *The Impact of Sanctions. A study of UNICEF's perspective* (L'effet des sanctions : étude de la perspective d'UNICEF) (New York UNICEF: *Office of Emergency Preparedness*).

Hufbauer, G C *et al* (1990) *Economic Sanctions Reconsidered: History and Current Policy* (Les sanctions économiques réexaminées : le passé et la politique actuelle)(Washington: IIE).

Kirkpatrick, A F(1996) '*Role of the USA in shortage of food and medicine in Cuba*' (Rôle des USA dans la pénurie de vivres et de médicaments à Cuba) dans *The Lancet* 348:1489–91.

Krinsky, M & Golove, D (1993) '*Scope of United States Economic Measures*' (Portée des mesures économiques des Etats-Unis) dans '*United States Economic Measures Against Cuba: Proceedings in the United Nations and International Law Issues*' (Mesures économiques des Etats-Unis contre Cuba : procédures aux Nations unies et aspects du droit international) p85–134 (Northhampton, Massachusetts: Alethia Press).

Ministère de la santé publique et de la population (1997) Haïti 1995 *Nutrition Surveys by Department* (Etudes sur la nutrition par département) (Port-au-Prince, Haïti).

Rojas Ochoa, F & Lopez Pardo, C M (1997) '*Economy, politics, and health status in Cuba*' (Situation économique, politique et de la santé à Cuba) dans *International Journal of Health Services* 27(4):791–807.

Shulman, M R & Howard M C (1992) *Laws of War: Constraints on Warfare in the Western World* (Les lois de la guerre : contraintes en matière de guerre dans le monde occidentale) (New Haven: Yale University Press).

Stremlau, J Sharpening (1996) *International Sanctions* (Sanctions internationales) (New York: *Council on Foreign Relations*).

Unjovic, M (1993) '*The Yugoslav Economy Under Sanctions*' (L'économie yougoslave pendant la durée des sanctions) dans *Review of International Affairs* 94(1):4–5.

Van Brabant, K (1999) *Sanctions: The Current Debate, a summary of selected readings* (Sanctions : le débat actuel, résumé de lectures sélectionnées) (Londres : ODI).

Weiss, T G *et al* (eds) (1997) *Political Gain and Civilian Pain: Humanitarian Impacts of Economic Sanctions* (Le gain politique et la douleur des civils : conséquences humanitaires des sanctions économiques) (Rowman & Littlefield).

RRN

Historique

Le Réseau aide d'Urgence et Réhabilitation (RRN) a été conçu en 1992 et inauguré en 1994. Son objectif est de permettre l'échange de renseignements professionnels dans le domaine croissant de l'aide humanitaire. Le besoin pour un tel système a été identifié au cours de recherches menées par l'Overseas Development Institute (ODI) concernant le rôle changeant des ONG dans les opérations d'aide d'urgence et de réhabilitation. Il a été établi après que d'autres réseaux administrés au sein de l'ODI eurent consultés. Depuis avril 1994, le RRN offre régulièrement trois types de publications: des Revues sur l'état des connaissances, des Dossiers thématiques et des Bulletins d'information en anglais et en français. Le RRN entre actuellement dans sa seconde phase de trois ans (fin 1996 - fin 1999), avec le soutien de quatre nouveaux donateurs – DANIDA, le Ministère irlandais des affaires étrangères, SIDA (Suède) et DFID-UK. Au cours de cette phase de trois ans, le RRN cherchera à accroître sa portée et son importance pour le personnel des organismes d'aide humanitaire et à promouvoir encore davantage la bonne pratique.

Objectif

Améliorer la politique de l'aide et son application, comme elle concerne des situations politiques d'urgence complexes.

But

Contribuer à l'apprentissage individuel et institutionnel en encourageant l'échange et la diffusion d'informations pertinentes au développement professionnel de ceux dont l'activité consiste à assurer une aide humanitaire.

Activités

Commissionner, publier et diffuser les études et les observations concernant les questions de bonne application pratique en matière de politique et de programmation dans les opérations humanitaires, principalement sous la forme de publications écrites en anglais et en français.

Public ciblé

Les personnes et les organismes dont l'activité consiste à assurer une aide humanitaire aux niveaux national et international, au siège et hors siège, dans le 'Nord' et le 'Sud'.

Le Réseau aide d'Urgence et Réhabilitation a le soutien de :

Ministry of Foreign Affairs
DANIDA

Sida

DFID

Department of Foreign Affairs,
Ireland

Netherlands *Ministerie van*
Buitenlandse Zaken/Ministry of Foreign Affairs