

Médecine de catastrophe : le métier et l'être

Autor(en): **Roulet, Michel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue de Théologie et de Philosophie**

Band (Jahr): **63 (2013)**

Heft 1

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-514913>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

MÉDECINE DE CATASTROPHE : LE MÉTIER ET L'ÊTRE

MICHEL ROULET

Résumé

L'auteur nous parle ici de son expérience de médecin pédiatre intervenant dans les situations de catastrophes. Il présente les principes éthiques qui régissent les interventions humanitaires sur le terrain. Au travers de divers exemples, il met en avant les difficultés et les risques spécifiques à son métier.

Médecin pédiatre, mon savoir en éthique humanitaire s'est mis en place tout au long de mes multiples missions en zones de catastrophe dans plus de vingt-cinq pays, dont Haïti – pays auquel je me référerai souvent dans ce texte. Je vais donc essayer de vous faire partager mon expérience de terrain.

Vous ne vous en souvenez vraisemblablement pas, mais le 12 janvier 2010 était un magnifique jour d'hiver. Heureux et fatigué après une splendide journée de ski de fond, je somnolais devant la télévision quand j'entendis qu'un tremblement de terre venait de secouer Haïti. Les premières images montraient une épaisse poussière jaunâtre s'élevant du centre de la ville de Port-au-Prince. Au cours des heures suivantes, le nombre de victimes augmentait inéluctablement. Connaissant bien cette ville, je savais qu'une catastrophe humanitaire majeure venait de frapper sa population. Il était temps de prendre contact avec l'équipe médicale du Corps suisse d'aide humanitaire de la Direction du Développement et de la Coopération et de préparer mes bagages.

Trois jours plus tard, nous étions à Port-au-Prince dans une ville entièrement dévastée – avec des corps entassés à chaque coin de rue comme des stères de bois. Une affreuse odeur sucrée de cadavres en décomposition nous prenait à la gorge. Pour compliquer encore les choses, de nombreux coups de feu retentissaient à nos oreilles. Nous avions le sentiment d'être arrivés en enfer.

Moins de 12 heures après notre arrivée, nous opérions nos premiers enfants blessés sous les bananiers et procédions aux premiers accouchements et aux premières césariennes. Les jours suivants, nous montions en puissance et après une dizaine de jours, nous avions un bloc opératoire et un hôpital pédiatrique certes simples, mais fonctionnels.

Une *catastrophe humanitaire* est un événement inopiné et inhabituel, survenant brusquement et frappant une collectivité humaine. C'est également un événement de grande ampleur, avec plusieurs milliers de victimes et qui entraîne des dégâts importants, tant au point de vue humain que matériel. Elle

est dite *majeure* lorsque la riposte pour essayer de corriger ses effets néfastes est totalement dépassée. De telles catastrophes humanitaires majeures ont souvent lieu aujourd'hui en terrains à hauts risques d'agressions, de viols et d'enlèvements – aussi bien pour les victimes survivantes que pour les sauveteurs.

Dans de telles situations humaines extrêmes, chaotiques et souvent sans foi ni loi, pas le temps de beaucoup réfléchir. Il faut avoir bien en tête trois principes humanitaires fondamentaux : *humanité*, *impartialité* et *indépendance*.

Le principe d'*humanité* renvoie à l'*altérité* et à cette conscience humaine qui, empreinte d'*empathie* pour la souffrance de l'autre, guide le geste de *solidarité*. C'est aussi faire son travail médical en respectant la *dignité* de l'autre et en assurant sa *protection*. Il comprend aussi les principes de *bienfaisance* et de *non-malfaisance*.

Le principe d'*impartialité* est là pour affirmer que la réponse humanitaire est une réponse adaptée aux besoins exprimés par la population victime survivante et non pas adaptée aux besoins constatés par les sauveteurs. Cette réponse doit être juste et indépendante de toute autre considération, notamment nationale, raciale, de genre, religieuse, idéologique, partisane. Comme a dit Louis Pasteur, «Je ne te demande pas quelle est ta race ou ta religion, je te demande quelle est ta douleur.»¹

Le principe d'*indépendance* est, quant à lui, évocateur de liberté pour les sauveteurs, qu'elle soit dans l'initiative, les moyens utilisés ou l'action entreprise.

Après cette minute de théorie sur ces trois principes fondamentaux, auxquels j'essaie d'adhérer lors de mes missions humanitaires, il est temps de passer à une approche plus pratique. Bien que cela puisse paraître prétentieux au premier abord, je parlerai dès à présent à la première personne pour la simple raison que mes propos n'engagent que moi. D'ailleurs que pourrais-je faire d'autre puisqu'il n'existe pas et n'existera jamais à mon avis d'éthique humanitaire universelle ?

Les victimes d'une catastrophe humanitaire majeure civile ou militaire – soit les blessés, les disparus et les morts, mais aussi la population victime survivante – sont presque exclusivement des civils et pour près des deux tiers d'entre eux des femmes enceintes, des mères allaitantes et des enfants en bas âge.

En tant que médecin humanitaire, je vise non seulement à *apporter l'aide médicale* la meilleure possible aux victimes et à la population survivante – c'est ma préoccupation majeure –, mais aussi à *témoigner* pour leur conférer une forme de protection en attirant sur elles l'attention de l'opinion publique.

Apporter l'aide médicale la meilleure possible sous-entend un haut savoir-faire, en d'autres termes une bonne connaissance de son métier de base – la pédiatrie en ce qui me concerne. En plus, il est indispensable d'avoir une bonne

¹ Cité par F. CHAGUÉ lors de sa présentation du 31 octobre 2002 à la Faculté de médecine de Dijon sur les «Problèmes éthiques posés par l'action des ONG». Le texte de la conférence est disponible sur le site web du PHANS (Projet Humanitaire Afrique Nord Sud) <http://www.phans.asso.fr>, rubrique «historique» (dernière consultation le 27.02.2014).

connaissance de la médecine de catastrophe – à noter que cela est malheureusement ignoré de très nombreux confrères imbus de leur savoir dit de «développés».

En Haïti, durant les dix premiers jours, sans examens sanguins, sans radiologie, sans banque de sang, nous étions à mille lieux de faire une pédiatrie suisse classique. Ceci ne signifie de loin pas que nous avons improvisé. Nous avons suivi les règles d'une pédiatrie de catastrophe bien codifiée, en particulier par l'OMS.

Aujourd'hui, la grande majorité des intervenants en zones de catastrophe suit la *Charte humanitaire et les normes minimales à respecter lors des interventions de catastrophes*² de l'Inter-Agency Standing Committee (IASC). Dans notre jargon, on parle des critères SPHERE. Cette norme est d'ailleurs souvent imposée – je dis bien imposée – par les bailleurs de fonds institutionnels, tel par exemple qu'ECHO – l'office humanitaire de la Communauté européenne. Vous voyez que le principe d'indépendance cité ci-dessus est dans ce cas bafoué. L'influence des bailleurs de fonds devient de plus en plus forte et cela nous pose réellement un problème. Je suis de l'avis que les organisations non gouvernementales ne doivent pas devenir de simples prestataires de service ! Aux normes imposées, les organisations non gouvernementales préfèrent une démarche de qualité. En effet, la normalisation fait courir le risque de «se bien conduire», plutôt que de «bien penser» les actions.

Malheureusement, la multiplication des acteurs de l'aide humanitaire au cours de ces dix dernières années ne s'est pas faite forcément en termes de qualité et de sérieux. Lors du tremblement de terre d'Haïti de 2010, il a été constaté de trop nombreux actes médicaux mal indiqués et/ou mal exécutés. En réaction, sous l'impulsion de la Confédération suisse, la certification des organisations non gouvernementales agissant en zones de catastrophe dans le domaine de la santé se met doucement en place, sous l'égide des Nations Unies.

Une fois ces compétences en médecine de catastrophe assurées, il reste encore à développer beaucoup d'autres savoirs dans des domaines très variés, tels que la nutrition, l'eau, l'assainissement, les abris, la protection sociale, etc., et ce n'est pas à la Faculté de médecine que vous aurez appris une telle approche holistique de l'Homme.

Les besoins essentiels d'un être humain dans les jours qui suivent une catastrophe humanitaire majeure sont dans l'ordre de boire, de s'alimenter, de s'habiller, de s'abriter, de se laver, etc. Un autre besoin vital, malheureusement souvent oublié par les sauveteurs, est celui de la *protection des victimes*. Ce dont souffrent le plus les victimes lors de catastrophes humanitaires majeures, c'est de l'absence de protection. Dans les quatre à cinq premiers jours de fonctionnement de notre hôpital pédiatrique de fortune à Port-au-Prince, nous avons enregistré le viol de deux fillettes blessées et plusieurs enlèvements d'enfants hospitalisés. Le principe d'humanité cité ci-dessus volait en éclat, parce que, dans le chaos régnant, il avait été temporairement laissé de côté.

² La charte est disponible sur Internet à l'adresse : www.spherehandbook.org/fr/la-charte-humanitaire (dernière consultation le 27.02.2014).

Je vous ai déjà cité les trois principes humanitaires fondamentaux : *humanité*, *impartialité* et *indépendance*. Il y en a bien sûr encore beaucoup d'autres à respecter, tels que la neutralité, par exemple. Pas toujours facile ! Comment rester « neutre » lorsque vous êtes en mission dans la bande de Gaza dans les derniers jours de la guerre « Plomb durci » en janvier 2009 et que vous voyez les dégâts disproportionnés sur les civils faits par une armée régulière ? Un autre principe est la transparence. À ce propos, souvenez-vous de la triste histoire en 2007 de l'organisation non gouvernementale française, *L'Arche de Zoé*, qui a tenté d'enlever en toute illégalité des enfants tchadiens pour adoption en France. Un autre principe est la *redevabilité* envers non seulement les donateurs, mais aussi les bénéficiaires. Dans ce domaine, il y a encore beaucoup de travail à faire, car les victimes n'ont pas à l'évidence d'« ombudsman » à qui aller se plaindre en cas de mauvais traitement.

Une activité bien particulière qui nous pose de sérieux problèmes éthiques et moraux, c'est le *triage*. En fonction du personnel et des moyens à disposition, toujours insuffisants par définition dans une catastrophe humanitaire majeure, il nous arrive parfois de nous abstenir de traiter une victime. Nous parlons alors d'*éthique des moyens*. Ce fut le cas à trois reprises en Haïti sur plus de 800 enfants pris en charge. Nous n'avions pas les compétences et les moyens de les traiter et nous n'avions pas la possibilité, dans le chaos ambiant, de les transférer à une équipe médicale plus performante. Trier, dans ces trois cas, c'était les condamner à mort. Un soignant normalement constitué ne peut pas prendre seul une telle décision. Aussi nous avons fixé que tout triage devait se faire à trois soignants expérimentés et que les trois devaient être du même avis. Il était aussi tenu compte dans la mesure du possible de l'avis de la personne accompagnant l'enfant. Nous avons pratiqué de même pour toute décision grave, telle que l'amputation d'un membre.

Je me souviens de ce petit garçon de deux ans, amené par son très vieux père après plus de cinq jours de marche sans avoir reçu la moindre aide en chemin. Il fallait sans aucun doute possible l'amputer de son avant-bras droit, mais nous étions très hésitants, tellement son état général était mauvais. Il était hautement septique et nous pensions qu'il allait mourir sur table. Devant l'insistance du père, nous l'avons amputé en début de soirée, et cela dans des conditions de sécurité très aléatoires pour l'équipe. Le lendemain à midi, je le voyais manger sa bouillie de la main gauche avec une cuillère, comme si de rien n'était.

En décembre dernier, je me trouvais à Juba, la capitale du Sud Soudan, face à plusieurs centaines d'enfants des rues maltraités, exploités, violés. Tous sniffaient de la colle, le goulot d'une bouteille en plastique de Coca Cola coincé entre leurs dents supérieures. Que faire si on pense éthique *communautaire* ? Rien. Leur cerveau est irrémédiablement lésé et ils sont à jamais perdus pour leur communauté. Que faire si on pense éthique *individuelle* ? Un minimum. Il s'agit en particulier de leur assurer une protection minimale et, autant que possible, une mort digne, car malheureusement un grand nombre d'entre eux vont mourir très jeunes. Nous avons choisi cette option et, ces jours mêmes, nous ouvrons avec *Terre des hommes* une petite délégation à Juba. Pourquoi une activité minimale,

me demanderez-vous ? Tout simplement parce que les bailleurs de fonds sont malheureusement très peu enclins à soutenir une telle activité.

En tout début de présentation, je vous ai dit qu'être un médecin humanitaire, c'est non seulement apporter l'aide médicale la meilleure possible aux victimes, mais aussi *témoigner* pour leur conférer une forme de protection.

Témoigner fait partie intégrante de notre métier. Comme l'ont dit André Glucksmann et Thierry Wolton: «Par quelle pénible perversion en vient-on à interdire à ceux qui soignent de témoigner et à ceux qui témoignent de soigner ?»³. C'est un sujet difficile, car tout l'art est de ne pas aller trop loin pour ne pas se faire jeter dehors par les autorités du pays d'intervention. En plus de témoigner dans les médias avec une certaine retenue, nous sommes à *Terre des hommes* proactifs au niveau du *plaidoyer*. Nous établissons un contact étroit, répété et insistant avec les autorités sanitaires et politiques locales pour les mettre face à leurs responsabilités, pour leur parler non pas de santé, mais de droit. Comme l'école, la santé est un droit que l'État a le devoir d'assumer.

Toute action humanitaire présente des risques – je ne parle pas ici des risques pour les sauveteurs, mais de ceux liés à l'action elle-même.

Un risque indéniable est le *prosélytisme*. À ce propos j'aime bien cette pensée de Jomo Kenyatta, le père de l'indépendance du Kenya.

«Quand les Blancs sont arrivés, nous avions les terres, ils avaient la Bible. Ils nous ont appris à prier les yeux fermés. Quand nous les avons rouverts, nous avions la Bible, ils avaient les terres.»⁴

Après le glaive et le goupillon, certains peuples auraient-ils raison de se méfier du bistouri !?! Autrement dit, auraient-ils raison de se méfier du risque que nous importions notre mode de vie, notre médecine occidentale – médecine très peu préventive et très coûteuse.

Aujourd'hui, sauf situation exceptionnelle – par exemple dans les premières semaines qui suivent une catastrophe humanitaire majeure –, il est exclu d'être en substitution, de faire à la place des autorités sanitaires et des soignants locaux. La substitution empêche l'autonomisation des systèmes de soins locaux, entre en concurrence avec eux et entretient un trafic des médicaments. C'est un frein au développement.

Au Burkina Faso, j'ai travaillé étroitement avec le Dr Pierre Yaméogo, dans son hôpital sans eau courante, souvent sans électricité, avec un laboratoire plus qu'élémentaire et sans radiologie. Excellent médecin praticien, il fait actuellement un master en santé publique à Genève et travaille au Ministère de la Santé du Burkina Faso. L'occasion rêvée pour moi de lui faire visiter le CHUV, tout en décidant de manière délibérée de lui montrer les activités les plus complexes. Nous avons alors passé aux soins intensifs adultes, au bloc opératoire en salle de neurochirurgie et finalement en radiologie, voir les scanners et autres IRM. À la sortie du CHUV, il m'a dit tout de go «voilà le type de médecine qu'il ne faut surtout pas que l'on développe dans mon pays.»

³ A. GLUCKSMANN, TH. WOLTON, *Silence, on tue*, Paris, Grasset & Fasquelle, 1986, p. 11.

⁴ Cité par F. CHAGUÉ, *art. cit.*

Un autre risque est celui d'une *ingérence culturelle*. Il faut constamment garder à l'esprit que les populations que nous tentons d'aider ont survécu sans nous et ont leurs propres mécanismes de résilience, ont leur propre culture et leurs habitudes culturelles, leurs propres modes de vie. Par exemple, que faisons-nous quand nous imposons à des réfugiés de manger une infecte bouillie faite de céréales, d'huile et de sucre ? Et faisons-nous autre chose ici en Suisse, quand nous imposons aux requérants d'asile déboutés de ne manger que des repas froids et, pire, tous les jours, des sandwiches au thon ? Encore heureux que nous ne leur refilions pas des sandwiches au jambon !

Dans un tel cas, on manque clairement au principe d'impartialité, qui est là pour affirmer que la réponse humanitaire est une réponse adaptée aux besoins exprimés par la population victime et non pas à ceux imaginés par les sauveteurs.

Un autre risque est bien sûr l'*ingérence politique*. C'est un problème complexe dont je ne parlerai pas ici. Sauf un point. Qu'est-ce aujourd'hui que la souveraineté nationale, alors qu'elle est bafouée par l'OMC, le FMI et la Banque mondiale ? Pensez à la Grèce et, plus récemment, à Chypre, pays mis sous tutelle par la Commission européenne. Avec l'ingérence politique, on n'est plus dans l'aide humanitaire, mais dans l'*intervention humanitaire*. Cette dernière masque le plus souvent des objectifs moins avouables, tels que des intérêts économiques et géopolitiques. À mon humble avis, elle ne peut avoir lieu que sous l'égide de l'ONU, aussi imparfaite soit-elle, avec son Conseil de sécurité issu de la Seconde Guerre mondiale et ignorant les pays émergents. Des interventions unilatérales – telles que celle des États-Unis en Irak et, plus récemment, de la France au Mali – ne sont pas des interventions humanitaires, mais des guerres.

Comme Suisse, il est normal que je vous parle encore d'*argent*. Un principe de l'humanitaire est le désintéressement financier. Ce qui est bien sûr difficile à respecter, vu qu'il existe une forte compétition entre les diverses organisations non gouvernementales pour s'attirer des donateurs. De plus, l'aide humanitaire est souvent l'avant-garde des politiques et est utilisée pour la prévention et la résolution des conflits. Par conséquent, les États se montrent de plus en plus soucieux de maîtriser les aspects humanitaires de leur politique internationale. L'humanitaire est devenu une chose trop sérieuse pour la laisser aux mains des associations de citoyens. Il en est de même pour les bailleurs de fonds institutionnels tels qu'ECHO et l'Unicef. Ils imposent de plus en plus leur mode de pensée aux organisations non gouvernementales. Comme je l'ai relevé plus haut, les organisations non gouvernementales risquent de devenir à moyen terme de simples prestataires de services.

Pour terminer, je vous dirai encore que pour être un «bon» humanitaire, il faut de multiples qualités : abnégation, don de soi, générosité, compassion, empathie et courage.

En fait, je plaisante. Il est toujours bon de se jeter des fleurs avec une aussi belle liste. Mais vous le savez bien, la réalité est fort différente.

Pour moi, aider n'est pas un acte caritatif digne d'éloges, mais une obligation morale.