

L'autre grande nouveauté de ce mouvement est le droit d'ingérence qui postule que la souffrance des hommes doit prédominer le droit des Etats. Un concept généreux imaginé pour ne plus assister impuissants aux massacres d'êtres humains au nom de l'indépendance des Etats.

Comme le déclare la charte européenne de l'action humanitaire de Cracovie: «le principe de non-ingérence s'arrête à l'endroit précis où naît le risque de non-assistance».

On pourrait disserter longtemps sur l'utilisation politique de ce concept, manipulé jusqu'à l'extrême par certaines belles âmes pour justifier des bombardements «humanitaires» ou l'invasion militaire d'un pays à la recherche d'hypothétiques armes de destruction massive.

Mais il reste éthiquement un des fondements de l'action humanitaire d'ONG comme Médecins du Monde puisqu'il nous oblige à penser nos interventions non pas en fonction d'une stratégie géopolitique, mais en fonction des victimes, quels que soient l'origine de leurs souffrances et le territoire de leur calvaire.

Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises victimes: malheureusement les catastrophes du tsunami et du tremblement de terre au Pakistan nous ont démontré qu'il y a des victimes qui ont plus de valeur que d'autres... je ne parlerai pas ici du tsunami permanent qu'est la situation sanitaire en Haïti!

Lors d'une conférence à Paris organisée par MDM, un rescapé du tsunami déclara avec ironie qu'il y avait eu deux catastrophes dans son pays, une première vague d'eau de mer et une deuxième «vague humanitaire».

Effectivement les habitants ont vu déferler sur eux une foule assez colorée de personnes plus ou moins compétentes débarquant d'avions venus du monde entier avec le stéthoscope dans une main et la bonne volonté dans l'autre. Ce qu'on pouvait comprendre en 1972 avec

l'exemple des débuts de MSF, est intolérable en 2005. Aujourd'hui, on sait qu'une intervention d'urgence est efficace dans les 72 premières heures, que peu d'organisations humanitaires sont en capacité d'y répondre et que le mythe selon lequel les victimes sont dépendantes de l'aide extérieure est erroné. Lors du tsunami, les victimes ont été essentiellement sauvées par des voisins et soignées par des institutions locales comme les sociétés nationales de la Croix-rouge ou du Croissant-rouge. A Bam par exemple quand nos équipes sont arrivées le lendemain déjà du tremblement de terre la majorité des habitants était morte et les quelques blessés graves avaient été évacués vers des hôpitaux iraniens. Avec le tsunami la plupart des ONG ont cédé à la dramatisation instillée par les médias et aggravée par les gouvernements qui faisaient de la surenchère pour bien paraître au hit parade de l'aide internationale ou plus cyniquement comme les Etats-Unis pour se faire pardonner auprès des populations musulmanes leurs errances irako-afghanes.

Comme le dit Rony Braumann: «Chaque ONG a ensuite fabriqué les urgences qui justifiaient son intervention: des épidémies pour l'OMS annonçant 150000 à 200000 morts par typhoïde, par choléra et même par paludisme (une épidémie de paludisme provoquée par de l'eau de mer!!!!!!!), des orphelins pour l'UNICEF et des famines pour d'autres...»

– Alors me direz-vous, les humanitaires ne servent-ils à rien?

Au contraire! Face au désengagement des pouvoirs publics dans le domaine de la santé et pas seulement dans les pays dits «du Sud», les ONG ont un bel avenir devant elles.

Par contre il nous faut tirer les leçons du tsunami et avoir le courage de nous évaluer sérieusement sur nos capacités d'intervention et surtout ne pas nous laisser aveugler par

l'émotion médiatique et concrétiser les magnifiques devises de MDM: «Aller où les autres ne vont pas» et «Soigner ceux que le monde oublie peu à peu».

Lors d'une émission de télévision sur la crise de l'humanitaire, un des protagonistes a posé cette question: «Peut-on empêcher quelqu'un de faire le bien?» Même si on ne peut pas être contre la vertu, on peut tout de même répondre par l'affirmative. Parce que le «bien» à nos yeux n'est pas toujours le «bien» aux yeux des populations qu'on est sensé aider et notre «bien» peut même se transformer en nouvelle catastrophe humaine ce qui n'est tout de même pas le but de l'action humanitaire.

CICR – Missions courtes

Carnets de missions de deux médecins généralistes neuchâtelois

*Drs Mario Ombelli et Willy Buss,
Val-de-Ruz.*

Avant-propos

Le Comité International de la Croix-Rouge est dépositaire des conventions de Genève, sa mission fondamentale est de tenter sans relâche de les faire respecter par les Etats signataires, tâche de plus en plus ardue. C'est le versant diplomatique de son activité.

L'aide aux victimes de conflits armés, internationaux ou de guerres civiles représente le versant opérationnel de l'activité du CICR et mobilise de considérables ressources humaines et financières.

Qui sont ces victimes – les prisonniers de guerre, les détenus politiques, les populations civiles dans les zones de combats, les familles séparées et les populations déplacées en raison des conflits.

L'éventail des secours apportés à ces victimes est très étendu et va des visites aux prisonniers à la reconstruction de systèmes d'évacuations des eaux d'égouts en passant par l'installation d'hôpitaux de campagne là où les infrastructures sanitaires ont été détruites et par la distribution d'aliments dans les zones de famine liée à des conflits.

La confidentialité est un outil essentiel qui permet au CICR d'accomplir sa tâche la plus traditionnelle, la protection des prisonniers de guerre et des détenus politiques ou internés d'opinion. Cet aspect confidentiel, « on dit ce qu'on fait, mais pas ce qu'on voit » est difficile à comprendre et donne parfois le sentiment que les porte-paroles du CICR parlent une langue de bois très opaque dans les médias. Ce n'est cependant pas un culte du secret mais en réalité c'est pour permettre d'améliorer les conditions de détentions des personnes détenues par la négociation avec les autorités et pas par la dénonciation publique. Amnesty International, par exemple, dénonce les exactions mais n'a pas accès aux lieux de détention. Dans certaines circonstances, le président de CICR peut dénoncer publiquement des situations intolérables et qui ne s'améliorent pas malgré des tentatives répétées de négociation.

Jusqu'au début des années 1970 il n'y avait pas de médecins permanents au CICR. Des médecins étaient sollicités pour des missions et des besoins spécifiques, obligatoirement de nationalité suisse. L'aspect médical des secours aux victimes devenait de plus en plus complexe et le besoin d'une plus grande professionnalisation s'imposait, d'autant plus que le CICR qui avait jusqu'alors le quasi monopole de l'assistance humanitaire, voyait une concurrence naître avec l'apparition d'ONG de plus en plus nombreuses qui voulaient s'octroyer des parts de marché de ce qu'on nomme maintenant un peu cyniquement « le marché humanitaire ». C'est alors qu'a été créée la division médicale qui aujourd'hui compte des médecins spéciali-

sés en médecine carcérale, chirurgie de guerre, médecine communautaire, médecine tropicale. Certains d'entre eux travaillent au siège du CICR à Genève, d'autres sur le terrain pour des contrats de six mois à deux ans.

Cependant il existe encore un pool de médecins installés et qui sont sollicités pour des missions courtes de quelques semaines. Les soussignés font partie de ce pool depuis un peu plus de 25 ans.

Mario Ombelli :

L'évocation de ces carnets se voudrait de mettre en exergue des temps forts liés à des rencontres ou des situations souvent émotionnellement intenses, car vécues dans des contextes de rupture personnelle, lors des visites à des prisonniers ou collective dans des zones de guerre.

Dans les moments de découragement, surtout lors de visites répétées à des personnes incarcérées et que nos efforts pour tenter d'améliorer leur sort restent vains, il me vient souvent à l'esprit des passages des mémoires de Nelson Mandela où il évoque les visites du CICR dans sa prison de Roben Island. Ces visites semestrielles étaient pour lui comme une bouffée de liberté, un contact avec le monde extérieur, même si elles ne changeaient rien à ses conditions de détention, un moment où il était reconnu comme un être humain.

1979. Tchad. Faya-Largeau, Oasis isolée à 1000 km de N'djamena dans le Tibesti. Guerre civile. Zone de combat entre les alliés du nord et l'armée régulière.

La sous-délégation du CICR est en inaction forcée pour des raisons de sécurité. Les télécommunications sont alors très primitives, morse. L'avion qui faisait la liaison avec la capitale s'est crashé dans le sable deux mois auparavant. Les cinq délégués sont isolés de tout.

J'arrive avec le nouvel avion, des produits frais et du courrier dans une

ambiance qui m'évoque le Huis-Clos de Sartre. Ma présence permet de sorte de catharsis, ces délégués désœuvrés et déprimés ne se parlaient plus, ne se rasaient plus et vivaient dans un état d'hygiène limite.

Contraste frappant avec les prisonniers de guerre détenus dans des grottes depuis plus de deux ans, à 2 jours de route et à l'écart de toutes pistes. Leur grotte est propre, leurs couvertures bien pliées et alignées, leurs uniformes étonnamment bien tenus. Leur moral est bon malgré une nourriture insuffisante et sans accès à des soins médicaux. La discipline militaire aurait-elle du bon pour survivre dans une situation très dure sans perdre sa dignité ?

1981. Pologne de Jaruzelski et Solidarnosc. Blocus des pays occidentaux pour faire fléchir la répression du gouvernement et les nombreuses arrestations arbitraires.

Les hôpitaux manquent de tout y compris les hôpitaux universitaires. Des seringues aux pièces détachées de scanner. La CEE a mandaté le CICR pour faire une évaluation des besoins urgents. Je suis sollicité pour cette mission et décide d'abord de visiter des hôpitaux choisis au hasard à travers le pays. Selon une planification toute soviétique les hôpitaux sont des modules multipliés par deux ou trois, etc., selon l'importance de la population desservie. En toute bonne logique occidentale, pour être plus efficace j'envoie alors à tous les hôpitaux du pays un questionnaire standardisé pour connaître leur activité et leurs besoins.

J'apprends après mon retour en Suisse que, malgré toutes les autorisations obtenues, ce questionnaire a été considéré par le gouvernement comme un acte d'espionnage et que je suis dorénavant persona non grata en Pologne et suspecté de travailler pour la CIA ! Le perfectionnisme helvétique m'a-t-il mal inspiré ?

1982. Liban. Sanglante guerre civile, les différentes factions se tirent dessus dans tous les sens et les véhicules du CICR circulent dans Beyrouth sans jamais être pris pour cible. Forte sensation de sécurité sous la protection de l'emblème de la Croix-Rouge qui était respecté par toutes les factions, ce qui n'est plus le cas dans les zones de conflits actuels comme j'ai pu le vivre en Irak. Dans une rue de Beyrouth où des factions se battent à l'arme légère et au mortier d'une maison à l'autre, le Croissant-Rouge libanais signale un blessé grave qui ne peut pas être évacué à cause des tirs et demande au CICR d'agir. Le chef de délégation propose un cessez-le-feu aux responsables des différentes factions pour raison humanitaire, ce qu'il obtient. Le regard éperdu de reconnaissance, en voyant arriver des secours, que nous jette ce jeune blessé, une fesse arrachée par un éclat d'obus, fait fondre ma peur de recevoir une balle perdue.

1988. Madagascar. Troubles politiques. Arrestation d'opposants en masse. Visites de prisonniers dans des lieux de détention disséminés à travers le pays. L'état des routes nous contraint à louer un avion. Rencontre avec un jeune homme détenu au nord du pays, sa famille habite dans le sud et il n'a plus de contact avec elle depuis plus de deux ans. Il nous confie un message pour son père. Dans la semaine qui suit, ce père voit un petit avion qui survole en cercle son village et se demande s'il est en difficulté. Quelques minutes plus tard deux étrangers lui remettent une lettre de son fils qu'il croyait mort. L'intense émotion de cette rencontre nous fait oublier l'inconfort d'avoir dû atterrir dans un pâturage.

1993. Bouthan. Petit royaume bouddhiste coincé entre la Chine et l'Inde. A la suite d'un recensement de population, l'ethnie Drukpas, dirigeante et dont le roi est issu voit la population d'origine népalaise et hindouiste devenir une trop vaste

minorité et entreprend un nettoyage ethnique en renvoyant au Népal des populations installées depuis longtemps au Bouthan. Des groupes reviennent clandestinement, se font arrêter et incarcérer. Leurs conditions de détention sont très dures.

Peut-être en raison des préceptes de compassion bouddhiste le CICR voit ses recommandations suivies à la lettre et même au delà, ce qui peut être une source de problèmes. Des douches chaudes sont installées dans des prisons où les villageois des alentours n'ont pas d'eau courante. Les conditions de vie en prison deviennent meilleures qu'à l'extérieur au risque de mécontenter la population. Etait-ce vraiment de la compassion ?

Bien d'autres moments forts pourraient ainsi être évoqués, vécus dans d'autres contextes et d'autres pays. Pour des raisons difficiles à expliquer, ces missions CICR ont toujours été une source de regain d'empathie envers mes patients dans ma pratique quotidienne. La souffrance est malheureusement universelle, elle est peut-être plus spectaculaire là où il y a la guerre ou des catastrophes naturelles, mais c'est la même partout. Peut-être est-il bon de « booster » sa réserve de compassion de temps à autre en côtoyant de tout près des victimes de catastrophes ou de la cruauté humaine, pour éviter qu'elle ne s'endorme par la routine.

Willy Buss :

Missions d'évaluation :

1979. Mozambique. Première mission et joie de revoir les responsables du ministère de la santé, connus en 75-76 comme coopérants. Feu vert pour un futur centre orthopédique CICR pour les amputés du Zimbabwe puis du Mozambique (guerre civile terrifiante juste après).

1980. Philippines. Evaluation du nombre et des besoins des personnes déplacées dans le sud du pays touché par des guerillas (New people army, île de Samar, Moro National liberation front à Minda-

nao). Traversée de zones de guérilla avec un grand drapeau Croix-Rouge comme seule protection !

1982. Somalie. Guerre de l'Ogaden avec l'Ethiopie. Les Somaliens demandent au CICR deux équipes chirurgicales et deux hôpitaux de campagne. L'évaluation dénombre quarante blessés très bien pris en charge par des équipes chirurgicales d'Egyptiens et d'Italiens que le CICR a soutenu avec du matériel chirurgical.

1994. Cachemire. Côté indien puis pakistanais. Evaluation des besoins des équipes médicales dans les principaux hôpitaux du pays. Atmosphère de terreur avec des nids de mitrailleuses dans chaque carrefour, nombreux médecins abattus sur leur chemin à l'hôpital pour des urgences. Jeunes toubibs faisant des thèses de doctorat sur les conséquences médicales des mauvais traitements infligés par les forces de sécurité !

1996. Bangladesh. Evaluation de la capacité du Croissant-Rouge bengladeshi face à une possible guerre civile. L'organisation, très liée au gouvernement, n'aurait rien pu faire et la foule aurait tiré sur les secouristes... Admirable boulot des hôpitaux d'Etat, malgré des moyens dérisoires. Absence de tests HIV dans tous les centres de transfusion, faute de moyens et « parce que les bons musulmans ne courent pas le guillidou » (traduction libre).

Missions avec participation directe dans les soins

1995. Rwanda juste post-génocide. Le CICR a pris en charge l'intégralité de l'approvisionnement en eau, nourriture et en soins des prisons du pays. Une infirmière par prison, un médecin pour trois prisons. Vision dantesque dans la prison de Gitarama, tant surpeuplée (4 dét./m²) que les détenus avaient des abcès ou des nécroses aux pieds par écrasements mutuels et que d'autres tentaient de dormir dans des toilettes bouchées par d'énormes monceaux

de selles. Prisonniers par ailleurs tous «génocidaires», présumés ou reconnus.

1999. Dili. Capitale de Timor oriental. Après le saccage de la ville par des milices et le départ de l'armée indonésienne, le CICR a repris en charge intégralement l'hôpital principal. Ballet incessant d'urgences, à pied ou en ambulance. Le généraliste du Val-de-Ruz a été un tantinet submergé, de boulot, d'angoisses et de sueurs, tutoyant parfois le seuil d'incompétence.

Missions détention

Missions les plus nombreuses, souvent les plus émouvantes, derrière un canevas technique : eau, assainissement, hygiène, habitat, surpopulation, état de nutrition, état de santé, accès aux soins, mauvais traitements (physiques ou psychologiques). Il faudrait au moins un livre, ce ne seront que quelques flashes :

- Quels visages choisir parmi des milliers et des milliers de détenus : fermés, souriants, décharnés, hostiles, désespérés, confiants, cassés, indomptables, mourants.
 - Cet unique soldat cubain, dans une prison perdue de Somalie, preuve de la présence cubaine en Ethiopie. Presque aveugle, écrivait des poèmes et des pièces de théâtre, confiné dans une cellule de 2,5 x 1,5 m pendant huit ans, avec un moral extraordinaire.
 - Cette femme algérienne, condamnée à mort pour avoir vengé sa fille violée par un oncle, abandonnée par toute sa famille et privée de ses enfants.
 - Cet Egyptien, professeur d'anglais à Kaboul chez les Talibans et se retrouvant à Guantanamo avec des mesures de sécurité dignes d'une paranoïa collective, humilié et refusant d'écrire à sa mère « pour ne pas la tuer de chagrin ».
 - Au même endroit, cet autre détenu, yéménite, menotté à son lit alors qu'il est cul de jatte.

- Le Dr Mohamed K., officier de l'armée marocaine, capturé par le front Polisario dans le Sahara Occidental, avec quelques milliers de soldats marocains. Il a soigné dans le désert ses compagnons d'infortune avec des médicaments CICR pendant vingt-trois ans, avant d'être libéré en 2004.

- Ces militants de l'indépendance de Timor oriental (Fretilin), déportés par les autorités indonésiennes à Jakarta à des milliers de kilomètres de chez eux, coupés de leurs familles, visités en 1985 et 1987. Personne ne pouvait alors croire que leur pays serait indépendant en 1999 !

- Les prisonniers visités et enregistrés par le CICR sont quasi certains de ne plus disparaître. La difficulté majeure est d'avoir accès aux détenus sous interrogatoire, parfois dans des endroits secrets. Le CICR n'a jamais eu accès aux cachots de la brigade présidentielle de Mobutu, ni à ceux de la DRS (département de renseignement et de sécurité) algérienne, ni à ceux, clandestins, de la CIA.
- Un contraste énorme et choquant a existé entre les conditions de détention désastreuses des petites gens qui ont effectué le génocide rwandais et détenus dans leur pays, de celles, quasi hôtelières, des organisateurs du génocide (généraux et ministres du gouvernement Habiarimana), détenus par le Tribunal pénal international à Arusha en Tanzanie et traités comme des coqs en pâte.
- Les pathologies rencontrées en prison sont très différentes de celles de notre boulot helvétique, notamment toutes les variétés et degrés de malnutrition, y compris spécifiques, type scorbut ou beri-beri. Parmi les maladies infectieuses, la tuberculose (souvent multirésistante) et le sida (patients abandonnés) sont les plus fréquentes, à côté des gales, parasitoses et épi-

démies de dysenterie. Sur le plan psychiatrique, il y a énormément de syndrome de stress post-traumatique sous toutes ses formes et, parfois des phénomènes de résilience extraordinaire.

Pour terminer, le très étrange mélange d'histoires très tristes et dramatiques, avec des lueurs d'espoir ; les guerres se terminent, le Timor oriental est indépendant et l'Apartheid aboli en Afrique du Sud. Qu'en sera-t-il de la Palestine et du Sahara occidental ? Les délégués humanitaires paient aussi parfois de leur vie leur engagement. Le 17 décembre 1996, dans l'hôpital du CICR de Novye-Atagi, au sud-ouest de Groznyï, la capitale tchétchène, six collaborateurs de la Croix-Rouge ont été assassinés, à l'aube, dans leur sommeil, par un commando d'hommes masqués chacun armé d'un pistolet muni de silencieux. Parmi les victimes, Fernanda, une amie chère, infirmière espagnole, qui avait travaillé autrefois à l'hôpital de Fleurier, puis comme infirmière-chef de l'hôpital CICR de chirurgie de guerre de Quetta au Pakistan (frontière d'Afghanistan). Je voulais lui rendre hommage ici.

ACTUALITÉ

Convention-cadre de gestion des coûts chez les médecins

Le Conseil fédéral a approuvé, le 22 février, la convention, conclue entre l'association des assureurs-maladie, santésuisse, et la Fédération des médecins suisses, FMH, pour gérer les prestations et les coûts dans le domaine TARMED. La convention va constituer la base des négociations qui auront lieu entre assureurs et fournisseurs de prestations au niveau cantonal après la période de neutralité des coûts. Celle-ci établit un concept qui uniformise les mécanismes de régulation des coûts et des prestations ainsi que le calcul de la valeur du point tarifaire technique.