

L'urgence comme politique

« Certes, là où règne la famine, une aide matérielle immédiate et convenablement acheminée est indispensable.

Encore faudrait-il qu'elle ne devienne pas une panacée et qu'elle ne soit pas génératrice d'une mentalité d'assisté qui attend toujours que la manne tombe du ciel. Comme le dit l'adage, "la main qui reçoit est toujours au-dessous de la main qui donne". Prenons garde à ne pas fabriquer des générations de mendiants ».

Amadou Hampate Ba, discours d'ouverture du séminaire sur *L'extrême pauvreté et l'exclusion en Afrique* (Paris, 19 avril-21 mai 1981).

LE développement de la médecine d'urgence se signale en France par un fracas médiatique remarquable auquel depuis peu viennent se joindre sur les écrans de nos téléviseurs des professeurs de médecine apparemment fascinés, qui abandonnent temporairement leurs hôpitaux pour se joindre à ces kermesses communiales où le malheur du monde doit être résolu par le recours à la bourse des particuliers.

C'est bien, virtuellement, de la tentation ou de la tentative d'une nouvelle politique de santé qu'il s'agit, puisqu'aussi bien des associations d'urgence sont subventionnées par l'État, voire reconnues causes nationales, tandis qu'un certain nombre d'associations de développement sont abandonnées ou fragilisées par les pouvoirs publics qui leur retirent leurs financements.

Ce phénomène n'est pas anodin et l'on peut se demander quelles sont sa signification, sa portée et ses conséquences.

La tentation de la politique du spectacle

Le caractère spectaculaire des catastrophes confère à celles-ci une portée médiatique dont les sociétés de communication, celles qui utilisent des prothèses technologiques pour mieux communiquer, sont extrêmement friandes. Participation visuelle aux événements, aussi bien que sécurité d'en être protégé par l'épaisseur d'un tube cathodique de 10 000 ou 20 000 km, le téléspectateur français jouit de savoir et d'être là où il est assis.

La vision spectaculaire des faits n'est pas limitée aux catastrophes naturelles. Elle provoque aussi une perception théâtrale des pathologies, à l'intérieur d'une appréhension catastrophiste du monde. L'information, sur laquelle se fonde une appréciation, voire un diagnostic, n'est pertinente que pour quelques spécialistes capables d'analyser les causes de l'événement et les solutions à apporter. Les catastrophes sanitaires, sur lesquelles les associations d'urgence établissent leur légitimité aussi bien que leur notoriété, se présentent en complète continuité avec les catastrophes naturelles. Un dispositif technique est toujours nécessaire pour pallier les dérèglements de la nature, que ceux-ci se présentent sous la forme d'un raz de marée ou d'une épidémie.

L'explication la plus courte est donc la meilleure. Il faut faire vite. Il faut faire bien. Entre le besoin, identifié sur place et les besoins suggérés par les images, une chaleureuse confusion s'établit qui rend indispensable une intervention — mais surtout indispensable « notre » intervention — la vôtre, téléspectateur généreux donateur et la nôtre, association expérimentée, ou encore cellule d'urgence de l'État. Qui parle, du journaliste, du médecin, de l'homme d'État ou du diplomate ? Probablement cet être polymorphe et difficilement identifiable qui décrète l'urgence d'une situation à la face d'une population de sauveteurs en pantoufles, nos compatriotes, nos concitoyens. Son identité n'est jamais certaine, car on n'entend que ses porte-voix. A défaut de le rencontrer, on peut analyser les représentations majeures qui légitiment le discours qu'il nous tient.

Urgence et nécessité se présentent toujours ensemble. Ainsi, « nous » sommes indispensables. Cela se discute rarement et se justifie plus rarement encore. Derrière des moyens essentiels se profilent des hommes dont l'opinion croit désormais qu'ils sont eux-mêmes indispensables. Ces hommes ne sont pas seulement ceux qui iront sur le terrain et, à l'occasion, justifieront leur présence par les dangers qu'ils ont a posteriori encourus lorsque leurs résultats ont été modestes. C'est désormais tout le public qui est primordial et la principale caractéristique de ce public, c'est qu'il est blanc et réside dans les pays développés. Sa représentation du monde n'est

pas très différente de celle de nos compatriotes des années 20 qui se considéraient comme de nécessaires civilisateurs du reste de la planète. Le néo-colonialisme latent qui se terre aujourd'hui derrière la « morale de l'extrême urgence » n'est pas tout à fait neuf, même s'il véhicule bien d'autres composantes qu'une dimension néo-coloniale.

A force de prendre sa part financière dans la solution suivant le modèle associatif de charité planétaire, chacun de « nous » perd de vue les vrais opérateurs des vraies solutions ou des vraies actions. Le désengagement de l'État, et à terme d'un certain nombre d'instances spécialisées, est amorcé dès lors que tout paraît soumis à la bonne volonté d'un public aussi bienveillant que partiellement informé. Chacun sait, depuis Tocqueville, que la dictature d'une opinion publique versatile et passionnelle n'est pas le comble de la démocratie. Ainsi les vraies urgences seraient celles dont parleraient les médias, les autres n'existant pas. Le risque de sélection, arbitraire et artificielle, est énorme lorsqu'on mesure les enjeux politiques et économiques sous-jacents. Progressivement, au nom d'une urgence dont on ne sait qui l'a décrétée et où elle a été décrétée, une vision catastrophiste du monde est invitée à la table de nos contemporains à l'heure des journaux télévisés.

Son effet sur les politiques de santé est négatif dans la mesure où elle accentue les tendances naturelles à la démission, qui sont celles de toute institution face à l'opinion publique. A quoi bon affirmer une politique de coopération sanitaire, si des campagnes publicitaires bien menées produisent beaucoup plus d'effets dans notre société ? Pourquoi expliquer des problèmes complexes, lorsque des idées simples tiennent lieu d'analyse et enthousiasment les contribuables qui sont aussi des électeurs ?

Lorsque les principales associations ont atteint la taille de groupes de pression bien implantés qui sont en concurrence, la politique de santé ne consiste plus à opérer des choix pour atteindre des objectifs ; elle se réduit à donner satisfaction aux groupes les plus puissants et les mieux installés. A cet égard, la place des deux associations d'urgence les plus importantes, Médecins du Monde et Médecins sans Frontières, conduit la puissance publique à une savante distribution de bons points qui un jour pourrait tenir lieu de politique de santé à l'égard du tiers monde.

Ce grand « nous » anonyme à qui l'on fait décréter les urgences, c'est-à-dire les priorités qui supposent des diagnostics, est un vaste corps émotionnel et apolitique qui délègue à des associations privées l'exercice des choix et la mise en œuvre des solutions à apporter. On connaît les dangers des « politiques apolitiques » qui en résultent et l'on sait aujourd'hui que MSF a quitté l'Éthiopie pour des motifs politiques, parfaitement acceptables bien que discutables.

Dès lors, si agir en urgence dans le domaine de la santé, c'est faire de la politique par d'autres moyens, comme l'affirme J.-C. Ruffin (1), il est tout à fait clair que la notion traditionnelle de politique de santé en direction des pays en développement est en voie d'éclatement.

Une tentative de neutralisation des États du tiers monde

La plupart des « urgenciers » l'affirment volontiers ; tout serait presque pour le mieux dans le meilleur des mondes si les États n'exigeaient pas des formalités administratives, des autorisations humiliantes, des droits de douane parfois..., le tout dans des délais qui transforment à l'occasion la notion d'urgence en farce tropicale, dont heureusement les donateurs ne se doutent pas.

La notion d'urgence suppose une incapacité complète ou relative des pouvoirs publics locaux à venir à bout d'une situation. Cette incapacité est un corollaire de l'urgence. Les conditions de santé d'une large partie de la planète sont telles qu'on n'est pas loin d'admettre qu'à un environnement pathogène ou défavorable s'ajoute une incapacité étatique chronique pour mettre en place une politique sanitaire réaliste, efficace et accessible.

Le besoin d'experts étrangers venus donner des conseils ne paraissant pas porter les fruits attendus, c'est donc sur le terrain, déserté par les médecins nationaux qui préfèrent s'expatrier, qu'une vraie et complète substitution s'impose d'urgence. Il s'agit bien d'un retour radical à la notion de substitution, hier déclarée aliénante et improductive. L'urgence est là, exclusive de tout débat, imminente.

Dans ces États, soi-disant incapables de mettre en œuvre une politique de santé, représentés par des fonctionnaires corrompus et indifférents au malheur de leurs semblables, les médecins d'urgence sont dans leur élément, car plus la représentation de la société locale est négative (manque de tout !), plus leur vocation salvatrice est positive. Les populations locales sont des cibles passives pour lesquelles l'urgence est une prothèse tombée du ciel. Qu'importe si demain la même prothèse sera revendue à un commerçant local... Nous n'en saurons rien.

En prenant en compte des besoins immédiats de survie, les urgenciers s'exposent à se voir reprocher leur ignorance du long terme. Personne ne discute l'existence d'urgences vitales et les médecins des grandes associations reçoivent aujourd'hui un bagage d'infor-

(1) J.-C. Ruffin, *Le piège*, Jean-Claude Lattès, Paris, 1986.

mation et une formation meilleurs que par le passé. Sensibles à cette critique, certaines associations s'engagent dans le « long terme », ce qui en soit est un progrès, mais renforce l'effet de substitution évoqué. En outre, dans les délais qui leur sont en général impartis et dans les lieux où ils exercent, comme dans les camps de réfugiés qui sont des créations artificielles, les urgenciers sont souvent amenés à présenter comme révolutionnaires des solutions techniques utiles mais insuffisantes, voire des gadgets. Pas plus qu'on ne fait reverdir le Sahel avec des pompes solaires, on ne construit une politique de santé à coup de latrines.

Ainsi, la tentative de neutraliser les États des PVD déclarés incapables ne tient nullement lieu de politique de santé. S'adressant à des hommes « abstraits », concrètement dans le besoin, mais sans voix au chapitre, les actions d'urgence trouvent leur meilleur terrain d'élection dans des lieux d'enfermement comme les camps. Elles s'adressent à des hommes vivant dans des conditions d'une extrême précarité, qui aspirent autant à survivre qu'à pouvoir s'organiser socialement et culturellement. C'est en ignorant cette deuxième exigence — que la vie ne vaut d'être vécue qu'en société — que la médecine d'urgence touche son incontournable limite qui en fait une politique de santé du pire. Obsédés par les goulags de tous bords, les urgenciers nous livrent une vision catastrophiste d'un monde dont ils sont les pompiers, lorsqu'ils n'en sont pas les pyromanes.

Un risque de régression des politiques de santé

De la tentation d'une politique de santé, peut-être plus spectaculaire qu'efficace, à la tentative inavouée de dessaisir les États de cette responsabilité, les politiques d'urgence manifestent essentiellement l'indifférence qu'elles portent aux hommes qu'elles sauvent dans un premier temps. Les acteurs locaux sont totalement absents de ces actions, sauf comme salariés. C'est pourquoi des journalistes s'étonnent parfois naïvement des médiocres rapports des sauveteurs avec la population lors des grandes catastrophes, ou plus simplement remarquent les relations des plus réduites qu'entretiennent ces équipes avec la population locale. Il faut ici distinguer les spécialistes des secours après catastrophes qui restent très peu de temps sur le terrain et distribuent une variante de la médecine militaire type « protection civile », des urgenciers d'associations comme Médecins sans Frontières ou Médecin du Monde. Ceux-ci entretiennent un certain type de contact avec la population, tout en l'ignorant presque autant que les militaires ou paramilitaires. Pour eux, la mission ou la croisade humanitaire, c'est-à-dire morale et idéologi-

que, peut faire écran lorsqu'il s'agit de comprendre ce que veulent les hommes qui réclament plus souvent des biens matériels ou de l'argent que des services de santé.

Dans un camp de réfugiés qui abrite des individus brisés par l'histoire, que peuvent demander les acteurs locaux, sinon ce qu'on leur propose... Face à ces patients irresponsables, qui sont le rêve d'une certaine médecine efficace et expéditive pratiquée en Afrique dans les années 30, on assiste à une déresponsabilisation des États du nord et du sud, dont les choix sont manipulés par les médias ou les chantages humanitaires. Traiter les maladies au jour le jour sans s'attaquer aux causes souvent socio-économiques de celles-ci revient à appliquer « un cautère sur une jambe de bois ». Le médecin y gagne plus que le malade qui mourra après-demain faute de soins ou plus probablement de famine.

La régression des politiques de santé qui se profile derrière la vogue de l'urgence, c'est celle d'États africains dessaisis des problèmes de santé de la partie pauvre de leur population, avant d'être dessaisis sous diverses formes d'une part de leurs responsabilités politiques. La question n'est pas ici de savoir si ces États exercent correctement leurs responsabilités sanitaires. Ce n'est pas toujours le cas, mais est-ce une raison suffisante pour mettre en place, en sourdine, un retour à une médecine coloniale qui bénéficiait d'une assez bonne insertion du fait de sa durée. L'urgence passe et les hommes trépassent le lendemain.

Au-delà de ses bataillons de travailleurs à la fois courageux, obscurs et épuisés, l'urgence met sur orbite des héros salvateurs dont la principale fonction est de motiver les donateurs. Ces vedettes médicales nous parlent du tiers monde comme d'autres de bébés phoques qui seraient réunis dans des camps pour trouver refuge.

Sans remettre un instant en question la nécessité première d'un certain type d'actions, adaptées si possible à des contextes divers, force est de constater que des professionnels compétents de l'urgence sont en train d'investir les parties « molles » de la santé publique. Au milieu des hésitations liées à la mise en œuvre des soins de santé primaires, les robustes certitudes des urgenciers rassurent. Elles évoquent insensiblement cette médecine coloniale qui obtenait des résultats et qui ignorait superbement les populations, car le sujet n'était pas encore à l'ordre du jour. On sait qu'il est tout à fait évident que la mise en quarantaine des porteurs du Sida dans des camps arrangerait beaucoup de monde, tout comme le fameux « devoir d'ingérence » au nom des droits de l'homme.

La régression des politiques de santé évoquée, est-ce le retour déguisé à la médecine coloniale avec les campagnes de vaccination de masse réalisées avec l'armée et Bioforce, ou bien est-ce la participation des populations sur laquelle s'appuient les soins de santé primaires ?

Des politiques d'urgence à la politique de l'urgence, il n'y a qu'un pas, facile à franchir par les idéologues planétaires des catastrophes. Le monde n'est pas un camp de réfugiés et il faut beaucoup de naïveté et de présomption pour le croire. Les urgences des populations sont le plus souvent sociales ou économiques. Elles sont rarement prises en compte, car un patient est par nature muet en médecine coloniale et il dit merci en médecine néo-coloniale.

Bien que nécessaires dans leur champ, les politiques d'urgences signalent un risque de régression de la santé publique où elles s'affirment comme « la politique de l'urgence ». Celle-ci, outre qu'elle engage les jeunes médecins dans des débats idéologiques qu'ils ne maîtrisent pas toujours très bien, s'appuie sur une vision simpliste où l'homme est un déchet de l'histoire et l'État un tyran.

La médecine d'urgence ne saurait tenir lieu de politique de santé. On peut penser que, comme les prêts des banques aux PVD augmentent leur dette et les conduisent à la faillite, l'urgence généralisée augmenterait l'incapacité des États et des populations à faire face à leurs problèmes de santé et les enfermerait dans une dépendance accrue.

A moins que cela ne soit le résultat attendu, il s'agit donc, pour la santé, de la politique du pire.

Bernard Hours
ORSTOM