

LE RÔLE DU MÉDECIN DANS LES CAMPS

par Pierre Boissier

Un symposium international sur les soins médicaux et la protection des prisonniers et détenus a été organisé par la Fondation Ciba à Londres, du 27 au 30 novembre 1972. Les communications ainsi que les discussions qui ont suivi ont porté principalement sur les règles minima pour le traitement de toutes les personnes détenues, les dispositions prises par divers gouvernements en matière d'hygiène, de soins, d'alimentation etc., et le rôle du médecin dans ce domaine. Les textes en ont été réunis, et ils constituent la manière d'un volume paru il y a quelque temps¹.

Nous y trouvons une étude qui s'inspire notamment des expériences des délégués du CICR, et qui sera lue sans nul doute avec grand intérêt par nos lecteurs. Elle est l'œuvre du regretté Pierre Boissier, et nous remercions très vivement la Fondation Ciba qui nous a autorisés à la reproduire (Réd.).

Seul, ici, je vous parlerai des camps. De ces espaces plus ou moins vastes, ceinturés généralement de fil de fer barbelé et de miradors derrière lesquels des hommes attendent. Des hommes, mais souvent aussi des femmes et des enfants. Ils sont là 1000, 10 000, 20 000, 30 000 et parfois bien davantage. Qui sont-ils ? Ce que peuvent être les victimes de grandes catastrophes naturelles, des réfugiés qui, vastes troupeaux hagards, ont fui leur patrie, des prisonniers de guerre, des internés civils au pouvoir d'un belligérant adverse ou encore des détenus politiques.

¹ Medical Care of Prisoners and Detainees, Ciba Foundation Symposium 16, Associated Scientific Publishers, Amsterdam, 1973, 238 p. Ce volume a paru en anglais.

Nous vivons un temps où les camps abondent. C'est un fait. Le déplorerons-nous ? Pas toujours. Car il y a des camps qui dénotent des progrès dans les mœurs et qui sont des preuves de civilisation. Ceux, par exemple, qui accueillent des malheureux qui sont secourus plutôt que d'être abandonnés à leur sort. Il y a aussi les camps où l'on retient en captivité des adversaires qui, jadis, auraient été massacrés. Des captifs certes, mais qui ont la vie sauve et qui peut-être ne manquent matériellement de rien. Le cas se produit, plus souvent même qu'on ne le croit communément, et il n'est que justice de marquer cet actif.

Au passif, nous mettrons tous les camps dont l'existence même témoigne de l'intolérance, de la discrimination, de l'excès de force ou de l'excès de faiblesse du pouvoir et de la conception qu'il se fait de la raison d'Etat.

Pendant cette brève demi-heure, je voudrais me limiter aux camps que j'appellerai « fermés », ceux, précisément, qui sont enceints de barbelés et de miradors et dont on ne saurait s'échapper sans risquer le feu des sentinelles. Les observations que je vais tenter de vous présenter s'inscrivent donc toutes dans le contexte plus général d'un conflit international ou d'un conflit interne.

J'ai choisi cette catégorie de camps pour une raison très personnelle : ce sont les camps que je connais pour les avoir visités, en bien des pays du monde, depuis un quart de siècle. Ces visites, longues souvent de plusieurs épuisantes journées, sont celles que font les délégués du Comité international de la Croix-Rouge. Ils ont accès à ces camps en vertu principalement des Conventions de Genève de 1949 qui protègent, notamment les blessés de guerre relevés sur le champ de bataille par leur ennemi, les prisonniers de guerre et les internés civils.

Je ne vous en parlerai pas en médecin puisque je suis juriste, mais en homme qui a été le témoin des tâches redoutables et multiples qui se posent au personnel médical dans les camps.

* * *

La dynamique de la vie dans un camp

Celui qui effectue pour la première fois une visite de camp en ressort généralement avec quantités d'idées fausses. Il y a bien des chances. Tout d'abord, qu'il se soit laissé tromper par les silences, par les demi-

vérités, par les manœuvres, par les mises en scène du commandant du camp qui, averti de la visite plusieurs jours à l'avance, a pris les dispositions nécessaires pour dissimuler ce qui ne va pas et pour créer des apparences aussi favorables que possible. Mais notre néophyte sera victime d'une illusion bien plus fallacieuse encore.

Il se persuadera, plus ou moins inconsciemment, que le camp est un milieu statique et que rien de bien nouveau ne saurait survenir. Les lieux demeureront à peu de choses près les mêmes, les captifs ne changeront pas et, pas davantage, les autorités responsables du camp. Seul le temps va s'écouler mais, dans cette enceinte, le temps n'est-il pas aboli ? Quel changement la durée pourrait-elle apporter ? Si notre visiteur est mauvais observateur, sa seconde visite, un mois, deux mois plus tard, le confirmera peut-être dans cette opinion. Mais quelle erreur est la sienne ! Des modifications profondes, mais longtemps souterraines, longtemps presque invisibles, se sont produites à son insu et qui auront, un jour ou l'autre, les plus graves conséquences.

Ce sont ces changements que je voudrais tout d'abord mettre en lumière en me fondant principalement sur des observations personnelles.

Sur ce sujet la littérature est rare. Les sociologues se sont peu préoccupés des phénomènes dont je voudrais vous rendre compte. Certains récits de captivité en revanche les illustrent assez bien.

* * *

Commençons par le commencement; par le tout début du camp.

Dans la grande majorité des cas, un camp se remplit d'un seul coup ou par afflux massifs. Car les réfugiés déferlent tous à la fois, les prisonniers de guerre sont le plus souvent faits par unités entières et les internés civils sont fréquemment arrêtés tous en même temps, à la suite d'une décision brutale.

Un brusque afflux donc d'une quantité de captifs parmi lesquels on compte un nombre considérable de blessés ou d'hommes physiquement épuisés au dernier degré. Le moral est au plus bas, ce sont des hommes qui ont tout perdu ou des vaincus. En bref, une masse démoralisée, abattue physiquement et nerveusement. Or, neuf fois sur dix, l'événement se produit en un temps et en un lieu plus ou moins imprévisibles. C'est dire que le camp commence par être déplorable. L'eau, la nourriture arrivent irrégulièrement; les tentes ou les baraques sont

encore mal installées et en nombre souvent insuffisant. C'est la période des ajustements plus ou moins chaotiques, des colères sporadiques, des incidents de toutes sortes. C'est pourquoi la tension marque tout d'abord des dents de scie plus ou moins aiguës.

Puis vient une période d'acclimatation. Les installations du camp se sont notablement améliorées grâce aux efforts, très souvent méritoires, de l'autorité. Côté captifs, on note un phénomène d'accoutumance. On s'organise des deux côtés. On fait son trou. Des micro-milieus se créent. Les joueurs de cartes se retrouvent, les intellectuels aussi et puis les hommes venus de la même région et parlant le même patois. Un même espoir soutient le moral de tous : la libération. Elle est pour demain ; les échanges, les libérations ne sauraient tarder. On y croit envers et contre toute raison, même si tout indique que la captivité doit être longue. L'espoir est tenace au cœur de l'homme. Pour la direction du camp, pour la garde, c'est la période euphorique ; la machine est rôdée, la routine commence et avec elle la tentation de s'endormir.

C'est alors bien souvent que les choses commencent tout doucement à se gâter. L'inaction devient pesante ce qui est une source constante d'irritation et de frictions mineures. Il n'y a toujours pas de nouvelles des familles. On ne sait rien de ce qui se passe à l'extérieur ; il n'y a guère que de fausses nouvelles. L'homosexualité se répand très largement avec son cortège de jalousies et bientôt de drames. Des groupes rivaux se forment peu à peu dans la masse du camp. Les hésitants sont pris à partie, sollicités de part et d'autre. C'est aussi le temps des premières évasions, des premières infractions contre la discipline, des premières mesures de répression trop souvent prises à rebours du bon sens. C'est enfin la montée des troubles psychiques de toutes sortes et des névroses les plus contagieuses.

Nous voici au seuil de la phase où les choses vont commencer à se gâter beaucoup plus sérieusement. La rivalité entre groupes de détenus s'accroît jusqu'à la violence ; parfois des tribunaux occultes se créent dans les profondeurs du camp. Ils prononcent des condamnations et vont, parfois, jusqu'aux exécutions capitales. Les évasions continuent, entraînant des mesures collectives qui frappent des innocents. Pour restaurer ou pour maintenir la discipline, les gardiens, convaincus maintenant que les mesures disciplinaires légales sont inopérantes, mettent en œuvre d'autres moyens et certains décès deviennent difficiles à expliquer. La courbe monte de plus en plus verticalement jusqu'au

moment où quelque chose se passe, que souvent personne n'a prévu.

Au milieu du camp ce seront peut-être des gardiens qui vont se croire attaqués; ils ouvrent le feu, appuyés aussitôt par la mitrailleuse d'un mirador: 50, 100 morts sur le carreau. C'est le drame. Une décision est prise à l'échelon supérieur: la moitié de la population du camp sera transférée dans un autre camp dont la moitié viendra à son tour combler le vide ainsi créé. L'homme de confiance des prisonniers sera « déboulonné »; la garde sera changée et avec elle, le commandant du camp. En quelques heures ce sera de nouveau une situation analogue à celle du début. Et les mêmes causes produisent les mêmes effets, la courbe de la tension, imperceptiblement, recommencera son ascension. Il se peut aussi que, passé le point de rupture, des demi-mesures soient prises, solution toujours mauvaise qui entraînera une série d'incidents en dents de scie qui se succéderont parfois pendant très longtemps. Pitié alors pour ceux qui seront dans ce camp, détenus ou gardiens. Leur existence sera proche de l'enfer.

Je vous disais tout à l'heure qu'il m'était impossible d'assigner des durées précises à ces diverses phases qui varient considérablement d'un cas à l'autre, comme varie également la hauteur de la courbe. Il est évident, en effet, que si le commandant du camp est un homme humain et capable, que si le camp est suffisamment vaste pour que chacun puisse avoir, de temps à autre, un moment de solitude, que si les captifs sont apathiques et fatalistes, la courbe peut alors s'allonger considérablement et devenir bien plus horizontale. Inversement, des gardiens brutaux, une trop grande surpopulation et des détenus au sang chaud conduisent plus rapidement à de sanglants affrontements.

* * *

Le médecin du camp

Conscients maintenant de cette dynamique du camp, approchons le médecin qui est là à temps partiel ou à temps complet.

Ce n'est pas toujours le meilleur médecin du pays... Car le corps médical est à rude épreuve. Les médecins militaires considérés comme les plus capables, sont au front, dans les lazarets, dans les hôpitaux de campagne. Les médecins civils, qui n'ont pas été mobilisés, sont débordés

de travail, surtout lorsqu'il y a des cités bombardées. Le praticien qui, dans ces conditions, aura été détaché par l'armée ou le ministère de la santé sera parfois celui dont personne ne veut. Je pense à ce cher homme d'un pays d'Europe occidentale que j'ai vu dissoudre dans le creux de sa main une pilule dans un peu d'eau du robinet, agiter le mélange d'un index douteux et injecter le tout, sans penser à mal, à un prisonnier par voie de piqûre. Mais il y avait aussi ce dentiste qui, de propos délibéré, procédait à des extractions dentaires sans anesthésie estimant que cette racaille de prisonniers ne valait pas mieux.

Quel qu'il soit, ce médecin aura, à l'ouverture du camp, une tâche redoutable. Partant de zéro au moment même où les blessés et les malades sont les plus nombreux, il devra improviser et mettre sur pied tout l'appareil médical du camp.

Les choses iraient mieux et plus rapidement si notre médecin avait immédiatement une vision claire de l'équipement, de la pharmacie, du personnel qu'il faudrait avoir dans le camp.

Mais c'est là une science qui ne s'acquiert pas à l'université et à laquelle sa pratique antérieure ne l'a généralement pas préparé. S'il est médecin militaire, il pourra, dans un certain nombre de pays, s'inspirer de normes et de règlements qui répondent aux besoins de l'armée mais non à ceux — assez différents — des camps.

Que faut-il dans un camp lorsque l'hôpital le plus proche, compte tenu des difficultés d'alarme, de communication et de transport, n'est atteignable qu'au bout de 15 heures, 20 heures ou 30 heures? Que faut-il lorsque l'on a 10 000, 20 000 prisonniers? On le découvrira peu à peu et à la suite de tâtonnements et d'erreurs souvent funestes. Mais là n'est pas tout. Le médecin de camp devrait avoir de solides connaissances d'hygiène. Il devrait être le conseiller du commandant et donner des directives pratiques sur quantités de points: l'établissement des latrines, l'aération des baraques, l'écoulement des eaux usées, l'exercice physique des captifs. Mais, à nouveau, c'est une science qu'il ne possède pas toujours. De grandes difficultés seraient évitées si l'on disposait, en la matière, de documents extrêmement simples, extrêmement clairs que l'on pourrait remettre, dès l'ouverture du camp, au médecin responsable.

Je ne dirai rien de la seconde phase de la vie du camp. Par hypothèse, nous admettons que les services médicaux ont maintenant trouvé leur équilibre, que les évacuations ont désormais été organisées et que les installations du camp se sont améliorées.

Pendant la troisième phase, le médecin va se trouver aux prises avec des problèmes très particuliers qui, de nouveau et très souvent, vont le trouver mal préparé. Je veux parler de la progression géométrique des troubles d'origine psychologique et nerveuse. La promiscuité, l'inaction, l'isolement du reste du monde vont faire que tous les détenus seront peu ou prou des névropathes. Le délégué du Comité international de la Croix-Rouge qui a avec eux des entretiens sans témoin, le constate très clairement même s'il n'a aucune compétence médicale.

Le phénomène est particulièrement sensible chez les détenus politiques pour qui s'ajoute un facteur redoutable: l'angoisse. Quelque part, dans l'ombre, l'autorité constitue des dossiers. On procède à des interrogatoires; les chefs d'accusation sont vagues mais d'autant plus inquiétants. L'attente se double de peur: c'est l'atmosphère du « Procès » de Kafka. D'où la montée en flèche des troubles cardio-vasculaires et des ulcères d'estomac. Là encore, notre médecin dont nous avons vu déjà qu'il devrait être chirurgien, hygiéniste, nutritionniste, devrait se doubler encore d'un psychiatre, voire même d'un sociologue. Il ne peut s'attaquer à la racine du mal mais il peut faire de grandes choses en donnant des conseils avisés en matière d'information, de distraction, d'exercice physique. Il devrait aussi obtenir le transfert de certains individus dont l'état mental empoisonne le camp.

Ses solutions, ses directives pratiques feront beaucoup pour diminuer le nombre des incidents qui caractérisent la dernière phase au cours de laquelle il aura déjà bien trop d'occasions de pratiquer la chirurgie. C'est ici le lieu de parler de ce phénomène, hélas si fréquent, des mauvais traitements et de la torture.

* * *

Parce que le phénomène me paraît amédical, je ne parlerai pas ici des cas où le médecin approuve les tortures qui sont pratiquées dans le camp ou va même mettre sa science au service de ceux qui recherchent le meilleur moyen d'infliger des souffrances à autrui. Je ne m'étendrai pas davantage sur les médecins qui ont pratiqué sur des captifs tant d'expériences pseudo-médicales de sinistre mémoire. Ces médecins existent; nous le savons mais notre propos est ailleurs.

Si, pour la dernière fois, nous considérons notre courbe de la tension des camps, nous relèverons que les mauvais traitements, les sévices

corporels, les tortures, se situent le plus souvent — lorsqu'ils ont lieu, car il faut se garder de généraliser — aux deux extrémités de la courbe. Et nous avons, là, affaire à deux phénomènes très différents l'un de l'autre.

Au tout début de la détention, au tout début de la courbe, c'est, dans beaucoup de camps, la phase des interrogatoires. Pour la suite de leurs opérations, l'armée ou la police ont besoin d'informations rapides et la tentation est grande d'essayer de les obtenir plus vite et en plus grand nombre en pratiquant ce que l'on appelle pudiquement des « interrogatoires renforcés ».

Ces policiers, ces militaires, sont donc des personnages extérieurs au camp qui d'ailleurs exercent souvent leur triste besogne dans des locaux à eux, situés eux aussi hors du camp. Mais, d'ordinaire, les sévices infligés vont conduire ceux qui les ont subis à l'infirmerie du camp.

Le médecin du camp ne s'y trompera pas et se doutera immédiatement de l'origine de ces lésions.

Il va soigner. N'en doutons pas. Mais le voici confronté avec un terrible cas de conscience. Terrible, en effet, car les sévices dont nous parlons en ce moment sont généralement voulus, ordonnés ou, à tout le moins, connus et tolérés à l'échelon gouvernemental. Un rapport ? Une protestation ? A qui ? Le seul effet d'une démarche risque bien d'être sa mutation à un autre poste et son remplacement par un autre médecin plus sensible aux « nécessités du moment ».

Les mauvais traitements, avons-nous dit, se produisent aussi à l'autre extrémité de la courbe. Il s'agit alors de tout autre chose. Ce sont les gardiens, donc des hommes de l'intérieur du camp, qui ont recours à la violence. Le commandant du camp n'ignore généralement pas ce qui se passe : il l'a ordonné, approuvé ou toléré. Quant à l'autorité militaire supérieure, elle est très souvent dans l'ignorance complète des moyens mis en œuvre pour assurer la discipline du camp. Car c'est bien de cela qu'il s'agit. Gardiens et captifs sont dans un état d'exaspération mutuelle ; les troubles se multiplient et c'est l'éclosion de la violence qui va du « pack-drill » ou du passage à tabac, jusqu'à des sévices physiques ou psychiques, parfois mortels.

Et de nouveau bien des cas aboutissent à l'infirmerie. Et de nouveau, le médecin ne s'y trompe pas. Son diagnostic est même beaucoup plus facile que dans les cas envisagés tout à l'heure, car les moyens mis en œuvre par les gardiens de camps sont généralement plus frustrés que les

méthodes des policiers qui, de nos jours, savent tous comment il faut s'y prendre pour torturer sans laisser de traces. Toujours est-il que notre médecin est de nouveau devant un cas de conscience. Relevons simplement que dans ce genre de situation, il est généralement possible d'alerter une autorité supérieure qui le plus souvent désapprouve ces pratiques et prendra les mesures pour y mettre fin.

Médecins détenus

Un dernier mot pour évoquer, très brièvement, la situation assez particulière des médecins qui sont eux-mêmes prisonniers. On en trouve dans les camps de détenus politiques car, dans nombre de pays, les médecins ont la passion de la politique; on en trouve aussi et surtout dans les camps de prisonniers de guerre, lorsque, par exemple, une grande unité s'est rendue avec tout son personnel médical. Dans ce dernier cas, on est dans le domaine des Conventions de Genève de 1949 qui confèrent à ce personnel médical un statut privilégié destiné à lui permettre de continuer à soigner ses compatriotes également prisonniers.

L'article 28 de la première Convention de Genève prévoit, en effet, que les membres du personnel sanitaire « continueront à exercer... en accord avec leur conscience professionnelle, leurs fonctions médicales... au profit des prisonniers de guerre appartenant de préférence aux forces armées dont ils relèvent ».

Pour quantités de raisons diverses, les autorités de la Puissance détentrice montrent parfois peu d'empressement à accorder les facilités prévues. L'une de ces raisons réside, paradoxalement, dans le fait que, dans bon nombre de camps, ces médecins prisonniers témoignent eux-mêmes d'un zèle plus que mitigé à exercer leur ministère. Ils constatent que tous les autres officiers prisonniers sont affranchis de tout travail et regardent comme une pénible injustice le fait d'être les seuls à devoir se fatiguer. Disons-le franchement, quand des médecins sont animés d'un tel état d'esprit, mieux vaut ne pas les mettre à contribution.

J'ai plaisir, en revanche, à évoquer le souvenir de médecins prisonniers qui, dans bien des camps, ont noué avec les médecins de la Puissance détentrice des rapports de confiance et de collaboration qui allaient parfois jusqu'à organiser des séminaires en commun pour perfectionner ensemble leurs connaissances médicales. Lorsque l'éthique médicale

s'élève ainsi en dessus de la politique, tout le camp en profite. Les soins médicaux atteignent alors leur optimum du fait que les médecins captifs parlent la même langue que les prisonniers et connaissent mieux que personne leurs traditions et leurs usages. A quoi s'ajoute que la concorde est aussi contagieuse que la querelle et que l'atmosphère générale s'en ressent de la manière la plus positive. C'est déjà un peu de paix de demain qui s'est glissée dans le camp à la faveur de la confraternité médicale.

* * *

Pour faire mieux apparaître certains problèmes, peut-être m'est-il arrivé de noircir ici ou là le tableau et de peindre le diable sur la muraille. Je n'oublie pas cependant qu'il y a de bons camps. J'en ai vu, comme j'ai constaté, à maintes reprises, la bonne volonté des responsables.

Mais une chose est certaine : une meilleure formation et une meilleure information des hommes qui, de près ou de loin, assument des responsabilités dans les camps, seraient une source de grands progrès. Au nombre de ces hommes dont l'action peut contribuer à modifier un camp, je place les intermédiaires neutres qui sont admis à les visiter et à s'entretenir sans témoin avec les captifs.