

Patrick David

Anesthésiste-Réanimateur en chirurgie cardiaque, Vice-Président de Médecins du Monde.

Entretien réalisé le 14 janvier 2005 au siège de l'association humanitaire, Paris.

Christophe Schaeffer :

En tant que « médecin du Monde », le mot séparation t'évoque-t-il quelque chose ? ¹

Patrick David :

Chaque lieu donne son prix à la vie... Et quand tu es jeune médecin inexpérimenté, tu penses qu'il y a un seul prix pour la vie, partout dans le monde. Mais après, quand tu décodes ta pratique, tu te dis que non. Les mondes sont séparés. Et dans ces mondes séparés, chacun donne son prix à la vie. En Afghanistan, le prix de la vie d'un enfant, il n'est affiché qu'à l'âge de cinq ans parce qu'avant cet âge, on ne sait pas s'il va vivre. Parfois même, on ne lui donne pas de prénom avant ce moment...

Cette *séparation* est dure à admettre. Mais c'est ça qui est l'aboutissement d'une compréhension de ta démarche. Il faut faire en sorte de ne pas devenir schizophrène, ne pas tordre le bâton là où tu ne peux pas le tordre. Pour comprendre ce prix de la vie, cette *séparation* des destinées, tu dois t'orienter vers une connaissance des cultures, des populations avec lesquelles tu t'investis. Tu ne peux le comprendre que quand tu t'y confrontes.

¹ Nous ne nous connaissons pas auparavant, mais un proche en commun, les contacts par mails et une conversation téléphonique assez longue nous ont rapprochés. Le tutoiement est venu naturellement.

On pense que la médecine que l'on enseigne est universelle, en fait elle ne l'est pas. La médecine que l'on t'enseigne est liée au niveau technologique et économique du pays dans lequel tu travailles. Ta pratique médicale n'est pas exportable si facilement, il faut qu'elle soit modulée en fonction de ces *séparations* économiques et de ces destinées. La médecine est universelle dans sa conception, mais dans ses objectifs pratiques, elle ne l'est pas. Il faut qu'elle se conforme à des réalités que toi tu ne maîtrises pas. Si tu n'as pas compris ça, que les destins sont séparés, ta pratique médicale pourra même être dangereuse.

En quels sens ?

Si les médicaments auxquels tu as accès ici ne sont pas dangereux pour la santé, dans d'autres contextes économiques, ils peuvent être iatrogènes,² c'est-à-dire qu'ils ne vont pas rendre service, au contraire même, ils vont faire sécréter des maladies qui n'existaient pas avant ou induire des effets secondaires qui peuvent être plus dangereux que la maladie elle-même. Il faut toujours bien peser le pour et le contre quand tu inities une action. De même, il faut faire attention à l'usage de médicaments mal utilisés. Parfois, il vaut mieux ne rien apporter dans le pays si tu sais que tu n'auras pas la maîtrise de leur usage une fois la mission terminée. La Corée du nord est un bon exemple. On a apporté du matériel de chirurgie et on s'est aperçu que la formation des chirurgiens de Corée du nord était catastrophique. Mais le fait de leur avoir fourni du matériel les a fait opérer, et à ce niveau, c'était beaucoup plus dangereux pour les patients d'être opérés que de ne pas l'être. Il y a des contextes où il vaut mieux ne pas y aller, où il vaut mieux ne pas avoir initié l'action...

Il faut accepter que les destins soient différents parce que les mondes dans lesquels on vit sont différents même si cette *séparation* n'est pas visible quand tu regardes la mappe monde. Toutes tes valeurs que tu crois universelles ne le sont pas, elles sont référées à un monde qui est séparé des autres, où les destins sont séparés des autres. Le prix de la vie est complètement différent. C'est un grand signe d'impuissance pour un médecin, car ton idéal correspondrait au fait que le monde soit le

² En grec *iatros* signifie médecin, *gène* signifie qui a pour origine : la maladie *iatrogène*, c'est la maladie provoquée par le médecin.

même pour tous, mais ce n'est pas ça... Au mieux, tu vas te référer à l'idéal d'une population dans un contexte donné. Mais le destin de vie n'obéit pas du tout aux mêmes lois. Entre les gens que j'opère aujourd'hui dans mon service de chirurgie cardiaque à Reims qui ont plus de quatre-vingt ans et la réalité d'un patient dans la vallée afghane, il y en a un qui est sur la terre, l'autre qui est sur la lune. Un qui peut être opéré à plus de quatre-vingt ans pour vivre, l'autre qui à soixante ans atteint sa limite de vie. Ça c'est dur, parce que tu ne peux pas grand chose. Tu ne peux pas remonter le niveau économique du pays, lutter contre la corruption, t'occuper de l'agriculture, voilà...

Il n'y a pas de pont entre les deux mondes, éventuellement il peut en exister quand des médecins comme nous débarquent et essaient d'améliorer les standards de vie, mais ta présence reste ponctuelle dans ce contexte.

Quel est l'objectif donné par rapport à cette présence ponctuelle ?

Il y a deux façons de faire. Soit tu te trouves dans une situation de crise aiguë, et à ce moment là, tu fais de la substitution en apportant ce qui manque dans le pays, par exemple, la chirurgie, les vaccinations, etc. Mais dans ce cas, tu ne te préoccupes plus de la situation une fois que tu quittes le pays. Tu viens pour apporter ton savoir faire et l'intervention s'arrête ici. Soit tu n'es pas dans une crise aiguë et il faut que tu aies une pensée sur ce que tu vas laisser derrière toi. Il faut que tu mettes en place des acteurs locaux pour qu'il y ait une transmission d'un certain savoir. Ce n'est pas le même contexte.

Comment abordes-tu des personnes qui par le comportement , la langue, etc. te sont complètement étrangères ? Comment vis-tu cette différence ?

Mon investissement à Médecin du monde est lié à ce type de problématique. Ce qui me préoccupe le plus, c'est de parvenir à aller faire mon métier auprès de minorités ethniques, là où la distance entre moi et cette population est très grande, à tous points de vue. Il n'existe d'ailleurs aujourd'hui de minorités ethniques que là où il y a un certain isolement géographique, lié à des conditions d'accès très difficiles. Ce

qui préserve des cultures est souvent lié à la distance géographique... J'ai travaillé sur la Sibérie et la Papouasie, c'est-à-dire dans la région de l'Oural, à l'Ouest, chez les populations des Nétz et, à l'Est, chez les Tchouch dans le détroit de Béring. Chez les papous, j'étais dans les montagnes de l'intérieur de la Papouasie dite indonésienne appelée West Papoua... Les clés pour entrer dans leurs problématiques, on ne les a pas seuls bien évidemment, on travaille beaucoup avec des ethnologues. Ce n'est pas possible autrement. Ils t'aident à décrypter les codes culturels et t'évitent d'être iatrogènes. J'aime bien ce mot, parce que quand tu inities une action, il faut faire en sorte que le bénéfice de l'action soit plus important que les inconvénients. Et ce n'est jamais gagné...

Comment, concrètement, la mission s'engage-t-elle ?

En général, on ne nous demande pas de venir. « Médecins du monde » repère des problématiques de santé liées souvent à des problèmes politiques. Il s'agit aussi parfois de remontées d'informations sur des difficultés de populations. A ce moment là, on s'investit dans tel ou tel contexte. Mais il est clair que les populations qui se trouvent en difficultés, notamment dans un contexte géographique isolé, n'ont pas forcément les moyens de savoir que « Médecin du monde » existe. Par contre, nous on sait qu'elles existent et c'est pourquoi souvent la démarche vient de nous...

Tu viens faire un acte médical auprès de telle population... Comment ça se passe ? Tu rencontres la personne directement ou vous passez toujours par un tiers ?

Là où les états sont forts comme pour la Sibérie et West Papoua qui fait partie de l'Indonésie, on ne t'autorise pas forcément en tant que médecin à prodiguer des soins. Il y a forcément des interfaces avec des acteurs locaux. Mais c'est arrivé aussi que l'on rencontre directement la population. Une fois en Sibérie, notre mission était de former des techniciens de santé dans les populations isolées de la Toundra, des populations de nomades. On n'a pas soigné les gens, mais on a formé directement les acteurs qui eux allaient prodiguer des soins. En général, en dehors de la crise aiguë, notre mission ne porte pas sur le soin

immédiat, on fédère plutôt les acteurs qui peuvent prodiguer le soin en fonction des conditions juridiques du pays ou des relais locaux que l'on a pu mettre en place. Nous sommes plutôt des fédérateurs de soins ou des initiateurs de soins...

Je voudrais maintenant aborder un autre aspect de la séparation, celle qui te concerne plus personnellement.

Quand on part de chez soi pour une mission à l'autre bout du monde, avec le risque que cela implique, comment le vit-on ? Est-ce vécu comme un exil ?

C'est un problème de mémoire. (*silence*)

Quand tu pars loin de chez toi, dans ce type de mission, ce que tu vis, c'est une histoire faite de morceaux de populations, de morceaux d'aventures personnelles... Et ce qui t'aide à recomposer ta propre histoire quand tu reviens chez toi, c'est ton lieu de référence. Dans cette *séparation*, ce qui est thérapeutique, c'est d'avoir un vrai lieu de référence, une vraie boîte à lettres et c'est à cette condition que tu peux mesurer ton histoire sur le temps. Personnellement, depuis le début de mon action humanitaire, j'ai conservé le même lieu d'habitation, car ce sont les murs, les objets qui m'aident à rassembler les morceaux. Le fait de conserver le même logement me permet de m'exiler sans avoir une identité fluctuante. Grâce à ce lieu de référence, tu arrives à te recomposer à chaque retour de mission. Tu reviens avec un morceau de puzzle en plus, mais le puzzle a un sens puisque tu ne l'as pas éparpillé. J'ai besoin de ça pour visualiser le sens, l'articulation des choses...

Tu parles de « mesurer ton histoire sur le temps ». Qu'est-ce que ça veut dire ?

Il y a deux temps. Le temps de ton lieu de référence, de ton logement et celui de la mission. Ce ne sont pas les mêmes temps. En mission, il y a une fusion du temps, une heure peut être égal à un jour, à une semaine, à un mois. Tu peux très bien passer dix ans de ta vie sans avoir eu ce filtrage du temps que l'on vit dans le lieu de référence, là où le prix d'une seconde, d'une minute, d'une heure a toute sa valeur, là où tu lui affectes le plus de sens. Il y a une *séparation* du temps qui passe

entre ton lieu de référence et les lieux dans lesquels tu t'exiles. Ce n'est pas le même prix du temps. La raison de cette *séparation* tient à la nature de ton investissement. Il ne porte pas sur des journées de travail avec des objectifs au quotidien, mais sur un projet qui s'inscrit dans une certaine durée. En mission, l'action n'est pas la même que dans un travail où après avoir travaillé cinq jours, tu as deux jours de congés. Le temps de ton action est confondu avec ton projet. Tu ne sais plus si tu as passé dix jours, un mois...C'est l'aspect passionnant de la mission, mais en même temps ton destin peut t'échapper au sens où tu vas le laisser filer en laissant passer dix ans de ta vie sur un projet. C'est rétrospectivement que tu t'aperçois que ce morceau de vie t'a complètement échappé. On en a pas vraiment le contrôle, mais il faut en avoir conscience. Dans mes choix du puzzle, je ne me suis jamais expatrié complètement, j'ai toujours fait l'aller-retour. C'était aussi dans une volonté de maîtriser cette notion de temps séparé.

Justement à propos de cet aller-retour, qu'est-ce qui prend le pas sur l'autre ? A-t-on plus envie de partir ou de revenir ?

Les deux ! C'est dans les deux sens que ça se passe... Il y a une force d'attraction des deux côtés. Quand tu es chez toi, tu as envie de rester la différence, et quand tu es là-bas, tu as également envie de rester la différence dans l'autre sens. Chaque fois, il faut le mètre étalon de ces deux mondes pour essayer d'être le plus sujet possible de son histoire, de conscientiser le plus possible ses choix. A chaque fois, il faut des références différentes pour pouvoir réétalonner son histoire au risque de se perdre. Si on perd son lieu de référence, le risque c'est d'être sur un bateau avec sa grand voile et laisser le vent te pousser sans avoir la maîtrise de grand chose. Les événements s'enchaînent les uns derrière les autres, mais ce n'est plus toi qui décide. Tu n'as plus de centre. Pour ne pas tomber dans ce piège, il y a en moi cette espèce de volonté illusoire qui consiste à vouloir garder la maîtrise de mes déplacements.

La notion de choix existe-t-elle encore dans ce type de contexte, pris dans l'entre-deux de sa propre vie ?

Tu ne peux pas faire une mission si tu n'as pas fait un choix de vie. C'est vrai que la mission a une durée finie, mais ton choix de vie t'engage pour une durée que tu ne connais pas au départ. Il y a des gens qui partent et qui finissent par revenir, et puis il y a ceux qui ne reviennent pas, qui fondent une famille ailleurs. Il faut savoir que dans l'humanitaire, on vit dans une économie artificielle, c'est-à-dire que la qualité de vie que tu peux avoir dans une mission présente souvent plus d'avantages et d'opportunité que là où tu vis ordinairement. Du coup, quand tu fondes une famille dans ce contexte, ce n'est plus possible après de revenir, par exemple, dans le XVIIIème arrondissement de Paris pour vivre dans un deux pièces de 20 m². La personne avec qui tu a fondé une famille dans un autre contexte ne comprendrait pas un tel décalage de vie. Il y a des choix que tu fais qui te bloquent tout retour...

Partir, est-ce un signe de stabilité ou d'instabilité affective ? Je veux dire par là, faut-il avoir une certaine stabilité pour engager une vie faite d'allers-retours dans le temps et dans l'espace ou est-ce notre instabilité intrinsèque qui nous pousse à chercher la stabilité ailleurs, ou du moins croire ou rêver que l'on puisse la trouver ainsi ?

On est pas disponible par hasard. Il y a un choix d'être disponible et pas forcément pour des raisons familiales. Mais le mauvais choix, c'est quand tu es en rupture affective et que tu penses que tu vas régler tes problèmes dans l'éloignement. C'est en général une très mauvaise solution. Une vraie disponibilité, ça se construit. Elle se construit aussi sur des choix de rupture puisque c'est au moment où elle a lieu que tu deviens disponible, mais de façon plus positive. L'aspect positif de la rupture correspond au désir, à l'aspiration d'embrasser d'autres cultures, d'autres contextes professionnels...

Pourquoi certains décident-ils de couper le cordon avec la médecine pratiquée de façon sédentaire et d'autres pas ?

C'est assez contradictoire pour un jeune médecin de vouloir partir. Dans les jeunes qui m'entourent, la priorité est à l'installation pour la capitalisation des études, trouver sa place dans un dispositif professionnel. Certains ont également fait médecine pour avoir du pognon... Il y a aussi le fait que les études de médecine sont longues et des contraintes familiales s'installent au cours des études qui ne laissent plus l'opportunité de faire les choix qu'on aurait fait si on avait été seul. Il y a toutes sortes de raisons, mais il est certain que ceux qui sont disponibles en fin d'études sont assez peu nombreux. C'est une minorité qui va couper le cordon ombilical. Ceux-là n'improvisent pas, ils avaient déjà ça en tête depuis un bon moment.

Qu'est-ce qui est moteur ? La rencontre avec d'autres gens, d'autres cultures ou l'intérêt pour la pratique de la médecine dans d'autres contextes ?

Moi ce qui m'avais enthousiasmé dans les études de médecine, c'était l'idée de pouvoir rentrer dans l'intérieur des gens, voir comment ils vivent, d'avoir ce privilège. Personne ne voit ce qu'il y a à l'intérieur des maisons, mais toi, oui.

La maison du corps ?

Oui. C'est vrai. Mais je parle des maisons où l'on habite ! Au départ, je voulais être médecin généraliste pour voir comment les gens vivaient, voir leur salle à manger, leur cuisine, leur chambre à coucher, ce qu'ils ont accroché au mur... voir l'intérieur de leur vie. Et cette curiosité là, tu l'as aussi pour les autres cultures, les autres populations, les autres langues, les autres croyances. C'est aussi un privilège de pouvoir avoir ce regard qui se porte très loin. En cela, ma démarche est cohérente, il n'y a pas de *séparation...* (sourire).

Le grand privilège, c'est d'avoir accès à une vraie richesse qu'est la diversité culturelle, la diversité des lieux, la diversité des gens, des croyances. Il y a deux façons de s'enrichir : lire et voyager. Le fait que cette profession te donne accès à d'autres cultures en te donnant des clés pour y accéder, c'est une vraie richesse. Au départ, je n'avais pas souhaité que mon regard porte aussi loin, les maisons où je travaillais me

suffisaient, mais progressivement ton regard se porte de plus en plus loin, et quand tu arrives à avoir les moyens de le porter encore plus loin, il n'existe pas de plus grande richesse au monde. Faire ce que je fais, ce n'est pas un sacrifice, c'est un privilège ! Ce qui m'étonne, c'est que les jeunes médecins ne voient pas ce privilège, ils ne comprennent pas cette richesse potentielle à laquelle on peut avoir accès.

En quoi la médecine a-t-elle spécifiquement ce privilège, car après tout, beaucoup d'autres professions conduisent à rencontrer des cultures différentes ?

La médecine entre dans l'intimité des gens, et c'est dans cette intimité que tu comprends le mieux comment ils vivent. Au plus près des gens tu te trouves, au mieux est ta compréhension de ce qu'est leur problématique. La médecine, est un véhicule de proximité... Tu es au plus près des gens, parce que tu es au plus près des corps, et ce dans un temps extrêmement réduit. Tu arrives dans n'importe quel milieu où il y a un besoin médical, tu dis que tu es médecin, tu n'as pas besoin d'apprendre à connaître ces personnes pendant trois mois. La relation est immédiate.

Justement la relation au corps. Comment l'aborder ? J'imagine que la pratique médicale, l'intervention sur le corps, selon sa représentation du fait des cultures et des religions, n'est pas du tout perçue de la même façon dans le monde. Comment se poser face à ce type de problématique ?

C'est un vrai problème. Par exemple, la représentation du corps chez les papous n'a rien à voir avec la nôtre. Je me souviens, en consultation, un jour une dame est venue me voir pour une côte cassée. Mais après examen, on ne trouve rien... En réalité, c'était son cochon qui avait une côte cassée, et dans sa représentation à elle, le cochon, c'était la représentation de son corps. Si tu n'as pas compris ça, tu ne comprends rien... Toi, tes repères objectifs, ce sont les vraies maladies codifiées, paludisme, etc. Tu vas pouvoir avoir des réponses sur des cas d'extrêmes gravités, mais pour tout ce qui est en deçà de cette extrémité, si tu es parachuté dans une culture sans avoir la possibilité de la comprendre de

l'intérieur, tu es impuissant. Tout dépend en fait à quel moment de la maladie tu intervies. Si tu es dans la phase aiguë, tu auras des réponses parce que le corps se trouve dans une telle difficultés que dans ce cas, tu vas pouvoir traiter directement avec la maladie. Et puis il y a toutes les échelles intermédiaires de la gravité de la maladie, où si tu ne prends pas le temps de t'investir dans la représentation du corps, tu auras des réponses inefficaces et inadaptées. Quand on a, par exemple, mis en place un travail sur le sida en Papouasie, on a envoyé dans premier temps un ethnologue. Il est resté un an sur le terrain avant ne serait-ce que d'imaginer prodiguer des soins...

Moi je suis anesthésiste, si je veux faire de la chirurgie, les réponses sont simples, une rate qui saigne, tu l'enlèves. Après, c'est comment le malade s' imagine guéri, là, c'est moins simple...

Justement, quelles difficultés tu rencontres avec l'anesthésie ?

L'anesthésie est non seulement quelque chose de très occidental, mais en plus, c'est une spécialité qui est le plus en lien avec l'avancée technologique. Le problème, c'est que tu ne peux pas exporter la technologie comme ça. Un appareil informatisé pour qu'il soit efficace demande des conditions qui sont liées aux fondations économiques du pays. Par exemple, aujourd'hui, les dernières innovations en anesthésie, ce sont des seringues informatisées où tu intègres le poids du malade, son âge, etc. C'est la seringue qui va délivrer ce dont le malade a besoin pour dormir. Tu pourrais emmener ce dispositif en mission, mais si ta seringue tombe en panne, tout devient alors très compliqué dans des endroits où notamment il y a beaucoup de poussière et d'humidité. Ma spécialité est celle qui connaît le plus de frontière par rapport aux questions technologiques. Il n'y a pas ici de greffes technologiques possibles. Tu peux exporter la spécialité, mais rarement les moyens. Du même coup, ce sont vraiment deux pratiques différentes. Tu es obligé de les séparer.

Comment appréhendes-tu la douleur ailleurs qu'en Occident ?

C'est un problème de seuil à la tolérance de la douleur.

Je pense que chaque culture a son propre seuil. Il me semble que la différence se trouve dans la façon de travailler sur soi pour élever son seuil. Une partie de la douleur est culturelle. Dans certaines cultures, montrer ses faiblesses, c'est perçu comme négatif, il faut faire en sorte de ne pas exprimer cette faiblesse qu'est la douleur. Dans d'autres cultures, elle est valorisée, plus tu as mal, plus tu existes... Tu as des différences de cet ordre là. Il y a des cultures où dans les maternités, tu n'as pas cette facilité à exprimer ta douleur. Quand tu vas par exemple à la maternité au Cambodge, tu n'entends pas beaucoup les femmes crier et pourtant il n'y a pas de péridurale. Même si ces femmes ont mal, elles travaillent à ne pas le montrer, parce que il n'y a pas une propension à montrer des états d'âme. C'est une pudeur... La péridurale enlève cette dimension. Quand une femme en France sur le point d'accoucher me dit : « je ne veux pas de péridurale ! », il faut qu'elle ait, pour aller au bout de sa démarche, des arguments culturels très forts. La difficulté, c'est que quand tu te coinces le doigt dans une porte, si tu sais qu'il suffit d'ouvrir la porte pour ne plus avoir mal, et même si tu avais conceptualisé la chose avant en te disant : « De toute façon, je laisserai le doigt dans la porte », il n'empêche que quand tu as la solution à cette douleur là, il y a alors très peu de femmes qui disent au final : « je ne veux pas de péridurale ! » Même si tu as fait ce choix un peu courageux au départ, quand tu es dans la douleur, et que tu sais que tu as la solution technique de l'ordre de dix quinze minutes, il faut être extrêmement fort pour se dire : « Je vais au bout de ce que j'ai décidé... » Encore une fois, si tu as le doigt dans la porte, et si tu sais qu'il suffit de l'ouvrir pour ne plus avoir mal, c'est difficile de résister.

Quand je suis à l'étranger, loin d'ici, tu penses autrement les choses, tu décodes différemment, et la question que tu te poses, c'est : « A quel point cette personne a mal ? » Tu essaies de mettre le filtre culturel, c'est-à-dire que tu essaies de prendre en considération une partie ou la totalité de la douleur en fonction des différences culturelles. Si telle personne éprouve une grande douleur dans une culture où la douleur n'est pas exprimée, il faut que je prenne en compte cette douleur à 100%.

Le fait d'être médecin implique de voir des gens mourir. Dans le cas de médecins du monde, la mort est-elle encore plus présente qu'ailleurs ? Cette présence change-t-elle le rapport à la vie ?

Ici la mort est anormale. Alors qu'il y a des pays où elle est normale.

Ici, ce n'est pas facile d'annoncer la mort de quelqu'un, car ce n'est pas normal de mourir. Je parle de mon expérience, en chirurgie cardiaque, d'un monsieur de quatre-vingt deux ans à qui l'intervention n'a pas sauvé la vie. Ce n'est pas normal de mourir même à cet âge d'une opération d'un pontage coronaire. La famille ne l'accepte pas et c'est compliqué de leur expliquer. Ici la difficulté, c'est d'expliquer que la mort, c'est la fin du voyage, c'est comme ça, on n'y peut rien. Je ne juge pas, mais la mort dans notre société est anormale. Si tu en viens à mourir, il faut que tu aies quelques arguments : Le cœur n'allait plus et puis le rein nous a fait problème... Chez nous, il faut que tu justifies la mort, il faut que tu la documentes, alors qu'ailleurs, je dirais l'anomalie, c'est la vie, et la normalité, c'est la mort, tellement c'est dur... C'est ça la différence. Ici tu ne peux pas mourir comme ça. Il te faut trouver des raisons. Ailleurs, c'est le fatalisme qui l'emporte parce que la mort fait partie de la normalité. A un moment donné, tu ne luttas plus contre la mort, et même quand tu as des opportunités de vie, tu ne les prends peut-être pas parce que mourir est plus normal que le fait de vivre. Et toi, avec tes repères où la mort est une anomalie, tu interpelles les gens en leur disant : « Vous pouvez peut-être vivre ! Battez-vous un peu ! Il y a moyen de faire autrement ! La vie, ça vaut peut-être le coup... » Mais pour eux, la vie, ça vaut le coup si elle se prend en charge toute seule. S'il faut se battre pour vivre, la force va peut-être leur manquer.

C'est quelque chose que nos cultures doivent apporter auprès de ces gens, cette envie de se battre ?

Non. Parce que le pendant de notre vision occidentale, c'est qu'on est pas capable de mourir chez soi. Comme mourir ne fait plus partie de la normalité de la vie, de notre quotidien, il faut donc déléguer ça à une extraterritorialité. On mange chez soi, on dort chez soi, mais on ne meurt

pas chez soi... C'est quelque chose qui ne se fait pas. C'est sorti de notre culture. On meurt aujourd'hui à l'hôpital.

Ailleurs, il y a une accoutumance à la mort puisque l'espérance de vie est bien moindre que chez nous, y compris chez les enfants. Au quotidien, dans la charge émotionnelle, la mort est là.

A un moment toi, il faut que tu te blindes pour ta survie, si tu ne veux pas devenir fou, il faut que tu acceptes que ce soit une donnée au quotidien. La mort est à côté de toi, elle est dans ta maison et quand ton dernier souffle arrive, tu n'appelles pas le SAMU pour aller mourir dans un service de réanimation déshumanisé...

Ce sera ma dernière question : Comment envisages-tu ton avenir dans ce métier en terme de séparation ?

J'ai de plus en plus de difficultés à partir pour des raisons familiales. J'ai peur de pas voir mes enfants grandir. J'ai quatre enfants, un bébé de 3mois 1/2, un de 6 ans, un de 8 ans, et une grande de 27 ans. Quand je pars, c'est un morceau d'eux qui m'échappe. Comme j'avance en âge, je fais attention à ces choses-là. Il n'y a pas de marche arrière : Si tu loupes quelque chose avec eux, tu le loupes définitivement... Après, c'est trop tard. Récemment, j'ai pris la décision de ne pas aller en Tchétchénie. C'est un endroit où je devais pourtant aller. Mais je me suis dit que je n'avais pas le droit de le faire.

J'ai envie d'économiser ce temps avec eux, ce temps qui file. Je pars de moins en moins joyeux en mission parce que cette *séparation* commence à me peser. Je la supporte de moins en moins...