

TEST CF Item = Barcode Top - Note at Bottom =
CF_Item_One_Barcode_BC5-Top-Sign-narrow

Page 1
Date 02/Dec/2004
Time 10:06:24 AM
Login Name Margaret Girge



CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2004-00114

Expanded Number **CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2004-00114**

External ID **CF-LIB-U1.1 REM 1983 - 90001100- P01**

Title

**40,000 ENFANTS PAR JOUR Vivre la Cause de l UNICEF - scanned copy
Part 1 of 3**

Date Created
01/Jan/1983

Date Registered
02/Dec/2004 at 9:28 AM

Date Closed

Primary Contact
Owner Location **Library & Special Collections Related Functions**
Home Location **Library & Special Collections Related Functions**
Current Location/Assignee **At Home Location: Library & Special Collections Related Functions**

FI2: Status Certain? **No**
FI3: Record Copy? **No**
ut, Internal Rec or Rec Copy

Contained Records
Container

umber 3

Field 1

Field 2

Full Classification Number
Published =d3: Doc Type - Forma 1:Date First Publish: Priority

Record Type **A01 DPP-LIB ITEM**

Source Document

ment Details **Record has no document attached.**

de = RAMP-TRIM Record Number: **CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2004-00114**

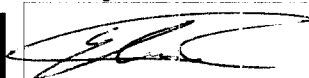
Notes

*2 SIDED
SCAN*

Print Name of Person Submit Image

EDUIN RAMIREZ

Signature of Person Submit



Number of images
without cover

82

3C AWK



Dr François Remy

40 000 ENFANTS PAR JOUR

VIVRE LA CAUSE
DE L'UNICEF



U 1 / 1 Rem 1983
90001000

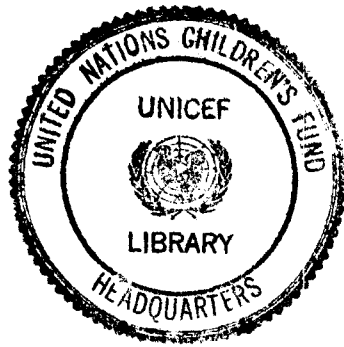
ROBERT LAFFONT
MICHEL ARCHIMBAUD

Blank

of
Cover

6, 1983

Library of UNICEF



U1.1
REM
1983

1

B L A W K

2

40 000 ENFANTS PAR JOUR

BLANK

4

60001100

D^r FRANÇOIS REMY

40 000 ENFANTS PAR JOUR

Vivre la cause de l'UNICEF

Postface d'Yves MALECOT
Président du Comité français de l'UNICEF

ROBERT LAFFONT
MICHEL ARCHIMBAUD

U 1.1
REM
1983

5

*Ce livre n'aurait pas été possible
sans la collaboration de François Thibaux*

F. R.

Si vous désirez être tenu au courant des publications de l'éditeur de cet ouvrage, il vous suffit d'adresser votre carte de visite aux Éditions Robert Laffont, Service « Bulletin », 6, place Saint-Sulpice, 75279 Paris Cedex 06. Vous recevrez régulièrement, et sans aucun engagement de votre part, leur bulletin illustré, où, chaque mois, sont présentées toutes les nouveautés que vous trouverez chez votre libraire.

© Éditions Robert Laffont, S.A., Paris, 1983
ISBN 2-221-01204-6

6

« Cette année a donc été à nouveau une année d'urgence " silencieuse " : chaque jour, sans bruit, 40 000 enfants sont morts; chaque soir, 100 millions d'enfants se sont endormis silencieusement en ayant faim; 10 millions d'enfants ont été, sans bruit, frappés d'incapacités physiques et mentales; 200 millions d'enfants de six à onze ans ont silencieusement regardé d'autres enfants se rendre à l'école; un cinquième de la population a lutté pour sa survie.

« Jamais les espérances d'un développement mondial et l'espoir de voir disparaître une pauvreté qui dénie le droit même à la vie n'ont reflué si loin.

« Dans un tel contexte, demander qu'il soit procédé sans tarder à une accélération des progrès du développement en faveur du milliard d'hommes et de femmes les plus pauvres du globe est une invitation à être taxé de naïveté.

« Cette naïveté, l'UNICEF a l'intention de la défendre avec la plus extrême vigueur. »

James GRANT,
Directeur général
du Fonds des Nations unies
pour l'enfance (UNICEF).

Blank

AVANT-PROPOS

Blank

10

Il existe en Mauritanie, sur une des côtes les plus poissonneuses du monde, un village de pêcheurs où la mortalité infantile est, depuis deux ans, de 1 000 ‰. Depuis deux ans, *tous* les enfants nés dans ce village sont morts, victimes du sous-développement.

La tragédie de ces pêcheurs installés depuis des siècles sur une côte que le désert recouvre chaque jour un peu plus n'est que l'expression ultime d'une situation qui affecte les trois quarts de l'humanité.

Chaque jour, 40 000 enfants meurent à travers le monde, dans le silence.

Le sous-développement est le fléau de notre temps. Ses causes et ses conséquences, la pauvreté, la malnutrition, les grandes endémo-épidémies, font tous les ans plus de victimes que la Première Guerre mondiale.

La lutte contre ce fléau est une urgence qui se renouvelle sans cesse. James Grant, l'actuel directeur général de l'UNICEF, parle à son propos d'« urgence silencieuse ».

L'UNICEF est né de cette urgence. Depuis sa fondation, en 1946, sous l'égide des Nations unies, ses membres sont présents sur tous les « fronts », sur tous les continents, partout où les enfants ont besoin d'eux.

40 000 ENFANTS PAR JOUR

L'UNICEF, ce sont les grandes opérations spectaculaires de secours et d'assistance comme celles du Biafra, du Bangladesh et du Cambodge, qui ont permis, sur tous les « points chauds » du globe, de sauver des centaines de milliers d'enfants. Mais l'UNICEF effectue aussi et surtout un travail de longue haleine; un travail de formation et de coopération qui vise à amener les habitants du tiers monde à prendre en main leur propre destin, à arriver à se passer de l'assistance et de la « charité », à préserver eux-mêmes la vie et l'avenir de leurs enfants.

Depuis bientôt quarante ans, des hommes et des femmes venus des horizons les plus divers agissent dans ce but. Leurs motivations sont les mêmes. En évoquant, à travers mon expérience personnelle, la lutte que l'UNICEF mène tous les jours contre le sous-développement, c'est en leur nom que je voudrais m'exprimer.

F.R.

I

FORMATION

Maroc : 1949-1960

« Nous avons proposé le fardeau au ciel, à la terre et aux montagnes. Mais ils ont tremblé et l'ont refusé. L'homme s'en chargera. » Ainsi parle le Coran. Ces trois phrases résument à elles seules le choc qui, en 1949, décida de ma vie et m'attacha pour toujours à ce qu'on appelle aujourd'hui le « tiers monde ». Tout engagement résulte d'un traumatisme. Celui que j'essaie d'assumer de mon mieux depuis trente-quatre ans naquit de la découverte simultanée de la misère et de la beauté, d'une souffrance acceptée depuis des siècles et de la splendeur d'un ciel dont le bleu, lorsque je le vis pour la première fois, me révéla un univers et une civilisation jusque-là inimaginables, du moins pour moi. « La volupté, dit encore le Coran, a la beauté des montagnes. » Cette beauté, je n'ai jamais pu l'oublier. Mais je n'ai jamais pu oublier non plus la vie pénible qui l'accompagne et dont elle est le témoin silencieux.

Paradoxalement, tout commença sous des trombes d'eau. Le 30 décembre 1948, une tempête s'abattit sur le golfe du Lion et déclencha un raz de marée dans la rade de Tanger. Cette tempête terrifia les passagers de *La Koutoubia*, un navire qui, parti de Marseille, faisait route vers Casablanca. Seules quelques personnes se risquèrent sur le pont pour jouir du spectacle, prélude à ce que fut le lendemain, une fois le calme revenu et la mer apaisée,

l'escale de Tanger, apparition irréelle, entre le bleu du ciel et de la Méditerranée, d'une ville trempée luisant sous le soleil d'hiver. Ma femme et moi étions du voyage. Elle avait vingt ans, j'en avais vingt-quatre. Après avoir quitté Nancy, où je venais de terminer mes études de médecine, nous nous étions mariés quelques jours plus tôt, à Assise. Nous nous étions ensuite embarqués pour le Maroc, où on m'offrait un poste de médecin résident.

Du Maroc et de l'empire français en général, je ne connaissais que ce qu'en avaient appris les adolescents d'avant-guerre, c'est-à-dire pas grand-chose. L'idée que je me faisais des pays d'outre-mer se limitait aux quelques clichés alors en usage dans les collèges religieux de la métropole : de bons nègres aux dents blanches entourant un missionnaire juché en équilibre instable sur un vieux vélo noir ; la moustache et les cheveux en brosse du maréchal Lyautey, vieillard légendaire qui avait fini sa vie tout près de chez moi, à Thorey, entouré d'étudiants catholiques dont il aimait la jeunesse comme il avait jadis aimé la prestance de ses serviteurs berbères ; la fougue du spahi Henri de Bournazel, « l'homme à la cape rouge », héros discuté tué net en chargeant au grand galop une « horde d'insoumis », et sanctifié pour les besoins de la cause par son biographe Henry Bordeaux ; le père de Foucauld priant dans son ermitage du Hoggar et des enfants de toutes les couleurs récitant aux quatre coins du monde *Le Lac* de Lamartine. Ces images toutes faites n'avaient jamais exercé sur moi la moindre fascination. Mes horizons s'étaient toujours bornés aux paysages sombres de Lorraine, à la neige et à la vie épuisante mais équilibrée d'un médecin de province. Il me semblait qu'il y avait là de quoi remplir une existence. Rien ne m'avait préparé à un départ, ni au choc qui allait bouleverser ma vision du monde. Rien, sinon peut-être ce regard qui, s'il ne fait pas du médecin un homme différent des autres, le distingue pourtant de ses semblables. Ce regard ressemble à celui de l'artiste. Mais là où l'artiste perçoit l'essence des choses, le médecin, lui, ne peut s'empêcher de voir l'envers du décor, de deviner du premier coup d'œil ce que cachent un visage, une attitude, une démarche ou même une foule affairée et vivante : l'insatisfaction, une certaine misère, la souffrance et la mort. Ma femme et moi avions des regards parallèles : j'étais médecin, elle était peintre. Nous partions à l'aventure sans

FORMATION

idées préconçues, sans savoir que notre rencontre avec les paysages du Maroc et l'humanité marocaine serait à la fois un éblouissement et une prise de conscience. Notre destination, nous ne l'avions même pas choisie. Après avoir décidé, pour des raisons d'ordre privé, de m'arracher à un pays et à un milieu où je m'étais toujours senti à l'aise, j'avais étudié les offres d'emploi que publiaient les revues médicales. On proposait trois situations de médecin résident « aux colonies » : une à la Martinique, l'autre dans un chantier forestier du Gabon, la troisième au Maroc. Le Maroc avait répondu le premier. C'était tout.

J'arrivais d'une région austère où le soleil lui-même a quelque chose de froid. Même dégagé, même lumineux, le ciel de Lorraine reste bas. Il ne s'ouvre pas sur l'infini, comme celui du Maghreb dont l'éclat baigne tout et qui, le soir, laisse en s'assombrissant une fumée bleutée au-dessus des montagnes et des villes. Je n'avais encore jamais vu de ciel semblable. Je ne connaissais ni la chaleur ni les odeurs qu'elle soulève. Je n'avais jamais respiré le parfum des figues et du bois de cèdre, les senteurs de crottin d'âne mêlées à l'odeur de sueur qui, l'hiver, imprègne les vêtements de laine, les relents de thé sous le soleil ni les émanations un peu troubles dont parle Jean Genet, ces odeurs enivrantes de bas-fonds et d'eau croupie qui viennent de l'ombre des cours et de la pauvreté qu'elle dissimule. Je ne connaissais rien de tout cela. Pourtant, je n'étais pas totalement innocent. Le regard du médecin n'est pas de tout repos et celui qui l'acquiert ne s'en libère plus. A moins d'avoir choisi la médecine par opportunisme ou par appât du gain, il sera toujours confronté, partout où il ira, à la vérité nue, au mystère incompréhensible de la naissance, de la vie et de la mort de l'homme.

J'appris l'importance du terme « survivre ». Si j'étais devenu médecin « par tradition », parce que mon père l'avait été avant moi, je l'étais aussi devenu par conviction, poussé par la certitude qu'il n'existait pour moi aucune activité possible en dehors de celle qui consiste à soulager l'inquiétude et la douleur. Sur ce plan, la guerre avait été bonne formatrice. Dès 1940, les hôpitaux de Lorraine avaient manqué de personnel. Je m'étais donc formé sur le tas en faisant à dix-sept ans, dès le début de mes études, fonction d'externe, passant de service en service jusqu'en hiver 1944, date

de mon engagement dans la 2^e DB du général Leclerc comme « médecin-auxiliaire ». Cet hiver avait été rude. Pour en imposer dans mon régiment d'hommes mûrs, j'avais dû jouer les durs. C'était pour moi la seule façon de supporter ce que je voyais, les soldats allemands congelés sur des kilomètres dans leur trou individuel après avoir été méthodiquement écrasés, le fusil à la main, par les chenilles des chars, ou les corps coupés en deux, comme celui de cet autre Allemand scié par une rafale de mitrailleuse alors qu'il montait la garde en fumant la pipe à l'entrée d'un village. Avant de mourir, il avait grillé avec son bazooka l'équipage d'un char français dont les occupants, eux aussi, avaient ensuite gelé, à tel point qu'ils semblaient tous, les Français calcinés et le demi-Allemand à la pipe entre les dents, témoigner sous le ciel glacé de la réalité de la guerre.

Cette réalité était monstrueuse. Mais il fallait bien en passer par là. Pour moi et pour les miens, le patriotisme était beaucoup plus qu'un salut au drapeau ou le discours creux d'un traîneur de sabre. Originaire d'Alsace, ma famille s'était réfugiée de l'autre côté des Vosges après la débâcle de 1870. La notion de terre natale, de *home-land*, parce qu'elle avait pris pour nous la valeur d'un mythe, était profondément enracinée dans nos esprits. Si je m'étais engagé en 1944, ce n'était pas par désœuvrement ou par envie de voir du pays, mais parce qu'il me paraissait anormal de ne pas contribuer à la défaite de l'occupant et de laisser à des armées étrangères le soin de libérer la France. Ce patriotisme n'était ni du nationalisme désuet ni, comme me l'ont par la suite reproché des amis anglo-américains, du chauvinisme. J'estimais simplement et j'estime toujours que tout groupe humain a droit à un territoire où il puisse vivre en paix sans avoir à supporter des « protecteurs » dont il n'a que faire. De là vient la sympathie que j'ai toujours éprouvée pour les peuples dominés qui, même s'il ne leur reste plus que le terrorisme pour se faire entendre, ne réclament que la justice la plus élémentaire. Ce fut cette soif de justice que je retrouvai à mon arrivée au Maroc, puis, beaucoup plus tard, au Vietnam et au Proche-Orient.

A cette revendication s'en ajoute une autre, plus fondamentale encore : le droit à la survie et la vie. Les milliers de cadavres que j'avais vus en Allemagne, à l'annexe du camp de Dachau, entassés

FORMATION

les uns sur les autres et poussés comme des feuilles vers d'immenses fosses communes, étaient l'expression la plus brutale et la plus barbare de la négation de ce droit. Mais la mort en elle-même, la mort naturelle et ordinaire m'impressionnait autant, précisément à cause de sa banalité, que ces gigantesques charniers. J'étais fasciné par cet instant où le médecin ne peut qu'avouer son impuissance et laisser le destin s'accomplir, par la résignation subite dont font preuve les mourants couchés sur leur lit d'hôpital et qui décident tout d'un coup de cesser de lutter, renonçant le soir à la vie pour mourir à l'aube, dans la solitude et le silence. A l'inverse, rien ne me paraissait plus émouvant qu'un accouchement. Rien ne me semblait plus précieux que l'investissement à la fois physique, instinctif et émotionnel qui aboutit à une naissance, que le lien qui se tisse dès l'apparition d'une vie nouvelle entre une mère et son enfant. Mais je ne connaissais rien de plus triste, rien de plus désolant que la venue d'un enfant mort-né ou la mort d'un bébé de quelques jours. Un tel désastre était pour moi plus effroyable, plus incompréhensible encore que les horreurs qui, pendant la campagne d'Allemagne, m'avaient sauté au visage. Dans le service de maternité de l'hôpital de Nancy, de tels cas étaient rares. Je ne savais pas, en débarquant à Casablanca le 1^{er} janvier 1949, encore étourdi par la colère de la mer, que cette désolation constituait dans les pays où allait désormais se dérouler mon existence le lot quotidien de millions d'êtres humains et que je passerais ma vie, comme tous ceux que j'ai par la suite retrouvés à l'UNICEF, à essayer de lutter contre ce gâchis.

Fès, janvier-avril 1949

Je me souviens de la cohue et du vacarme, des dizaines d'aveugles, d'estropiés, de vieillards au corps misérable et d'enfants au cuir chevelu ravagé par la teigne qui se précipitaient bruyamment vers la table du « centre de triage » de l'hôpital dès qu'on en ouvrait les deux portes. Je me souviens aussi du regard d'une femme.

Maigre et voûtée, elle avait l'air en guenilles, comme tous les Marocains tristes de l'hiver qui mettent, pour se protéger du froid, des vêtements de laine effilochés et lourds d'humidité. Ridée, fixant de ses yeux noirs l'infirmier assis près de moi derrière la grande table du centre, elle parlait en arabe en s'aidant de ses mains. Avec un sourire timide, collant contre son pouce l'extrémité des autres doigts de sa main droite, elle se frappa la poitrine. Puis elle tendit son bras gauche et, toujours avec sa main droite, le cogna plusieurs fois. L'infirmier écoutait. Sans cesser de le regarder, la femme répéta ses gestes. L'infirmier se pencha sur moi et traduisit.

– Elle souffre depuis longtemps. Un oiseau lui dévore le cœur et, avec son aile, lui poignarde le bras.

Autour d'elle, les consultants se bousculaient. Dehors, au-delà

FORMATION

du porche qui délimitait l'entrée de l'hôpital aux pavillons disséminés sous les oliviers, le soleil brillait sur la médina de Fès, sur les ruelles étroites descendant vers la rivière qui charriait les ordures, sur la ville nouvelle aux avenues bordées de palmiers entre lesquels passaient les calèches et les bus, sur les boutiques serrées les unes contre les autres autour des mosquées aux toits de tuiles moussus et verts et sur les pierres tombales, les gros cailloux ou les simples tumulus des cimetières qui s'étendaient à perte de vue entre les agaves, les aloès et les figuiers. Le ciel était bleu comme la ville qu'il portait et que coloraient par endroits le rose des murs en pente, le vert des toits et l'or scintillant des minarets.

Pour l'heure, je ne voyais rien de tout cela. J'avais simplement devant les yeux le visage crispé de cette femme torturée par l'angine de poitrine. Aux senteurs d'olives fermentées et de pierre chaude avaient succédé, depuis 8 h 30 du matin, l'odeur d'éther de l'hôpital et celle de la foule qui tambourinait aux portes avant de piétiner le sol du pavillon de triage, une odeur composite que dominait, avec celle des cheveux huileux ou couverts de henné, le parfum sucré des enfants.

C'était ainsi tous les jours. Tous les matins défilaient devant nous ceux qui, comme la femme au cœur malade, avaient eu la force ou tout simplement l'idée de venir à l'hôpital. « Le pavillon de triage. » Cette appellation qualifiait bien le genre de médecine qu'on y pratiquait : une médecine incroyablement simpliste et qui ne pouvait que parer au plus pressé. Les médecins faisaient de leur mieux. Mais comment examiner longuement et convenablement des dizaines et des dizaines de consultants dont la plupart étaient incapables de localiser leur mal ? Nous réussissions parfois, comme je le fis pour cette femme dévorée par son oiseau, à isoler un malade dans un coin et à l'ausculter un peu plus longtemps que les autres. On essayait alors de pousser les choses plus loin, de faire un diagnostic, de prescrire un traitement.

L'hôpital Cocard, où j'avais été affecté quelques jours après mon arrivée au Maroc, devait son nom bizarre, du moins pour un hôpital, au D^r Cocard, un vieux médecin français qui avait consacré sa vie à en établir la réputation. Les Marocains, eux, l'appelaient l'hôpital des Cherardas. A l'époque du protectorat

français, tout y était gratuit, y compris les médicaments très simples dont nous disposions et que nous distribuions « en vrac ». Les consultants les « testaient » à l'hôpital même, avalaient leurs comprimés devant nous. Mais ils réclamaient surtout des piqûres. Ils aimaient notamment les ampoules intraveineuses de calcium qui, sitôt l'injection faite, répandaient dans le corps une chaleur bienfaisante. C'était magique et réconfortant.

Après avoir été auscultés, certains malades nous demandaient une « ordonnance ». Il en résultait une autre magie : celle d'aller chez le pharmacien, en ville, acheter des médicaments aux boîtes rutilantes. Cette magie coûtait cher. La grande majorité de nos patients devaient se contenter pour vivre de quelques pièces de monnaie par jour. Leur pauvreté limitait considérablement l'efficacité de nos prescriptions. Ils utilisaient la petite quantité de médicaments qu'ils pouvaient s'offrir sur une période trop courte. Conséquence : les traitements prescrits étaient peu suivis et, dans certains cas, pas du tout.

De toute façon, même s'ils avaient été suivis, auraient-ils vraiment servi à quelque chose ? La consultation terminée, leur bout de papier à la main ou leurs médicaments dans la poche, nos clients retournaient chez eux, dans la médina. En regagnant leurs maisons exigües, froides en hiver et brûlantes en été, ils se replongeaient dans leurs conditions quotidiennes d'existence et retrouvaient du même coup les raisons qui les rendaient malades : le sol glacé, l'absence de chauffage, l'eau contaminée, l'alimentation mal équilibrée.

Cette précarité, source de toutes les contaminations, ne les empêchait pas d'être gais et d'avoir le sens de l'humour. Tout en prenant ce qu'on leur donnait, ils gardaient leur franc-parler. Je n'aurais pas été étonné d'apprendre qu'ils se moquaient, une fois de retour dans la médina, du mythe et du rite de la consultation. Cette bonne humeur permanente leur faisait apprécier le bon côté des choses. Ils savaient compenser la gêne du quotidien en organisant avec des amis une fête autour d'une théière. Ils savaient aussi contempler la grandeur et la sérénité du paysage. Assis sur la rondeur des collines qui bordent Fès, appuyés contre les troncs des oliviers, nombre d'entre eux passaient de longues heures à méditer ou à bavarder loin de la fourmilière agglutinée au bord de

l'oued. Avoir mal ici où là, tousser ou marcher avec difficulté, cela faisait partie de la vie. Alors pourquoi s'inquiéter du lendemain? Entre médecins, nous mettions des étiquettes sur tous les maux qui les frappaient : rhumatismes, syphilis, tuberculose. Eux, ils les endossaient. Il en avait toujours été ainsi. Ils ne s'y résignaient pas, comme auraient pu le croire les Occidentaux qui ont inventé à propos des musulmans l'expression commode de « fatalisme », mais ils s'en accommodaient. Seule la lèpre leur faisait peur : ceux qui en étaient atteints finissaient à la léproserie ; emprisonnement d'autant plus effrayant que les chances de guérir de la lèpre, à cette époque, étaient minces.

Les autres maladies et les douleurs qu'elles provoquaient, il était possible de les soulager. C'était ce soulagement que les habitants de Fès venaient nous demander. Même s'ils « montaient » jusqu'à Cocard comme on va au souk, pour rencontrer des gens, ils venaient y chercher une sécurité. Ils savaient qu'ils avaient une petite chance d'être hospitalisés, surtout s'ils avaient un gros foie ou une grosse rate. Les hôpitaux de la ville ne comptaient pas assez de lits pour accueillir tous les grands malades de Fès et de sa région, où s'entassaient des centaines de milliers de personnes. L'admission à l'hôpital était donc un privilège. Ce pouvait être aussi un échec de la vie. On pouvait y mourir, comme les innombrables nourrissons qu'on nous amenait et chez qui nous diagnostiquions ces troubles apocalyptiques que sont la dysenterie, les fièvres diverses ou les éruptions. Mais on en sortait souvent guéri, ou presque. Et les malades qu'on renvoyait chez eux après quelques jours de soins avaient l'impression d'avoir vécu une aventure. Ils repartaient la tête farcie d'histoires qu'ils racontaient le soir à leur famille et à leurs proches, dans la pénombre de leur maison.

La nuit, Fès devenait une ville fantasmagorique. Cachés derrière leurs enceintes, les palais et les universités s'enfonçaient dans l'obscurité. Les chandelles posées sur le pas des portes et les vieilles lanternes qui éclairaient le perron des échoppes faisaient sortir de l'ombre les vantaux au bois finement travaillé et les mosaïques bleues des fontaines dont l'eau tintait dans les vasques. Cette eau de Fès, elle était bonne, belle et joyeuse. Les nomades du Sahara, qui connaissaient la ville, capitale religieuse, appelaient ce

ruissellement « la miséricorde de Dieu ». Mais il y avait à Fès une autre eau, redoutable, une eau qui suintait partout, le long des murs et sous les maisons. Elle se déversait dans les séguias, ces conduites menant à la rivière qui coupait en deux, comme un livre entrouvert, le milieu de la ville et, drainant les déchets, faisait le bonheur des germes, des vecteurs et des parasites. La nuit, on entendait son clapotis. On entendait aussi des soupirs et des plaintes. Derrière les murs, des femmes accouchaient, assistées par des matrones traditionnelles aux méthodes plus ou moins orthodoxes et aux mains plus ou moins propres.

On accouchait très peu à l'hôpital. Mais on y amenait des centaines d'enfants malades. En 1949, les médicaments miraculeux d'aujourd'hui n'existaient pas encore et on commençait à peine à parler de « protection maternelle et infantile ». Nous ne connaissions pas avec précision le sort des nourrissons de Fès. On peut pourtant affirmer sans risque d'erreur qu'environ la moitié des enfants n'atteignait pas l'âge de cinq ans. Cette mortalité paraissait à certains, sinon normale, du moins « naturelle ». Ils la justifiaient avec des slogans légèrement teintés de colonialisme : « Les meilleurs, disaient-ils, échappent à la mort grâce à la sélection. S'ils ont passé le cap de l'âge de cinq ans, ils sont prêts à affronter toutes les agressions de l'enfance et de l'adolescence. » Ces propos n'étaient pas à la gloire de la médecine. Mais ils préfiguraient une vérité aujourd'hui admise par tous : il est aussi important, pour lutter contre la mortalité infantile, d'améliorer le mode de vie que de construire des dispensaires.

A l'époque, le lien entre le développement économique et la santé publique n'était que vaguement perçu. Fès restait la ville qu'elle avait toujours été. C'était un monde en friche où le vent froid de l'hiver et le « chergui d'été » semaient des enfants comme ils avaient semé des maisons et des montagnes. Mais cette friche était pleine de vitalité. Le matin, les souks s'animaient. Les artisans ouvraient leurs boutiques de bijoux, de cuir et de bois; le rouge du tannin coulait dans les cuves des tanneurs de peaux de mouton et de chèvre. Lavée de son suin, la laine séchait. La ville entière devenait un gigantesque marché. Au milieu de la foule se faufilaient des centaines d'infirmes et de paralysés. On entendait les cannes des aveugles qui cherchaient leur chemin.

FORMATION

Peut-être se dirigeaient-ils vers l'hôpital, comme les mille consultants qui, chaque jour, nous confiaient leurs douleurs en s'exprimant par gestes. C'était souvent leur seul moyen de se faire comprendre. Exemple : joindre plusieurs fois, en levant la main, le pouce et les autres doigts, signifiait : « dysenterie ». Lorsqu'on poussait l'interrogatoire ou l'examen du patient, il finissait, heureux d'être écouté et compris, par ajouter : « *Koulchi* ». « J'ai tout. » Ce « tout », mélange de l'ensemble des maladies qui infestaient la ville, affections vénériennes aiguës ou chroniques, amibiases, paludisme, nous l'appelions la « koulchite ».

Même si elles n'étaient pas sélectionnées très scientifiquement, les drogues que nous distribuions pour la soigner avaient presque toujours un effet bénéfique sur l'un ou l'autre de ses symptômes, ce qui explique en partie la fidélité de cette clientèle patiente. L'hôpital était concurrencé – ou aidé – par les marabouts et surtout par l'efficacité des sources thermales de la banlieue de la ville, toutes situées sur un lieu saint. L'humidité et la « koulchite » provoquaient des douleurs spécifiques : tout le monde avait mal aux articulations. Pour atténuer ces souffrances, les habitants de Fès allaient se tremper dans l'eau chaude et sulfureuse de Moulay-Yacoub.

Leur sort, aujourd'hui, s'est considérablement amélioré. La foule de Fès n'a plus le même aspect. Les dispensaires ont poussé dans les quartiers comme des champignons, la jeunesse est belle et saine ; les enfants qui meurent sont moins nombreux qu'autrefois et on a construit à côté de la source au soufre un hôtel pour touristes. Mais le tableau que j'ai eu sous les yeux pendant les trois premiers mois de 1949, ce tableau qui m'a tellement marqué, je l'ai retrouvé par la suite dans des décors différents, aux quatre coins du monde. C'est en pensant au tourbillon humain de l'hôpital Cocard que j'ai parlé du « magma infra-médical » dans lequel pataugent encore des millions d'hommes, de femmes et d'enfants d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine. Dans le magma, sous la croûte terrestre, les roches bouillonnent à plus de mille degrés. Le magma infra-médical est à son image. La misère et les miasmes y mutilent l'espérance de vie. Pour parler comme un médecin forcément un peu cynique, je dirai que les habitants du tiers monde n'ont pas le temps de laisser se développer en eux les

maladies occidentales et bourgeoises comme le cholestérol, le cancer ou l'hypertension.

Au lendemain de la guerre, les médecins n'avaient encore qu'une conception restrictive de leur rôle. A l'hôpital Cocard, une fois la journée terminée, nous ne nous interrogeons que peu sur les limites de notre action et sur ses paradoxes. Nous soulagions les malades, nous leur tendions la main, nous les guérissions quelquefois. Mais nous renvoyions aussi les convalescents dans leur magma, où l'insalubrité et la pauvreté leur donnaient toutes les chances d'être exposés de nouveau à ce qui leur ferait reprendre le chemin de l'hôpital. Cette situation semblait sans issue.

Les trois mois que je passai à Fès furent pour moi décisifs. Je ne les ai jamais oubliés. Je n'ai pas oublié non plus la brutalité de certaines scènes, comme le spectacle de ces deux femmes qui moururent devant moi de la rage. Je vois encore les infirmiers, effrayés par les risques de contagion, les plaquer au sol et les immobiliser avec leurs pieds avant de leur injecter des calmants qui adouciraient leur agonie.

En dépit de ces chocs, ce qui m'avait ébloui lors de mon arrivée au Maroc ne se démentit pas. Le ciel de Fès, la brume bleutée qui montait au-dessus de la ville en même temps que l'odeur du bois brûlé dans les fours, tout cela m'envahissait, nous envahissait, ma femme et moi. Mais il m'était impossible de me défaire du regard du médecin. Et certains soirs, lorsque ma femme, très impressionnée par tout ce que je lui racontais, me proposait quand même d'aller faire un tour dans la médina pour me rassasier avec elle de la beauté des ruelles sous les étoiles, il m'arrivait de refuser. Ces soirs-là, je ne me sentais aucun goût pour l'esthétisme.

Étant demandeur d'emploi, je ne pouvais qu'accepter les offres qui m'étaient faites. En avril 1949, on m'ordonna de me joindre aux équipes médicales chargées de mener à bien, dans le sud du Maroc, une grande campagne de vaccination BCG.

C'était une opération révolutionnaire, une des premières du genre à être réalisée dans le monde. Pendant des années, seules les vaccinations contre la variole, que les Marocains connaissaient et appréciaient, et contre le typhus, avaient été pratiquées de façon systématique. Depuis, le BCG était devenu classique; son application n'était plus le privilège des phthisiologues. Les autorités médicales se tournaient à présent vers les campagnes d'immunisation de masse. Pour la Direction de la santé publique du protectorat, assumée par le D^r Sicault, un pionnier d'une intelligence et d'une vision très en avance sur son temps, il s'agissait d'un virage capital.

Le quartier général des équipes de vaccination se trouvait à Agadir-Inezgane. De là, elles rayonnèrent sur toute la partie méridionale du pays, de l'Atlantique à ce qui était alors le Sahara espagnol.

A l'extrême-sud du Maroc, les paysages changent. De vastes étendues rocheuses coupées d'oueds à sec où les troupeaux de chameaux errent à la recherche des ronces annoncent le désert. Le

soleil écrase les maisons en pisé et les palmeraies poussant près des points d'eau. Les nomades qui sillonnent cette région sont discrets. On les voit peu. En 1949, ils n'étaient pas encore des objets de curiosité pour les Européens fascinés par les civilisations qui s'estompent. Ils vivaient leur vie sans rien demander à personne. Mais ils en connaissaient la fragilité et acceptaient l'aide, même modeste, que pouvaient leur apporter les médecins. Il faut dire que les autorités les y encourageaient avec énergie. Cet encouragement, qui allait parfois jusqu'à la coercition, était compréhensible. Pour être efficace, une campagne de vaccination contre la tuberculose devait toucher tout le monde. Celle à laquelle je participai couvrit 80 % de la population concernée. Les officiers des affaires indigènes avaient sans doute donné des ordres aux caïds locaux pour que personne ne soit tenté de se soustraire au BCG. Jointe à une bonne explication, cette fermeté porta ses fruits. En dépit des distances, les nomades furent exacts aux rendez-vous que nous leur avions fixés aux carrefours des pistes et sur les places des villages isolés où nous nous rendions en voiture, à cheval, à dos de mulet et quelquefois à pied. Descendant de leurs chameaux ou de leurs chevaux, ils se laissaient vacciner sans difficulté. Certains, plus convaincus que d'autres, nous demandaient deux piqûres au lieu d'une. Pendant trois mois, deux mille personnes furent ainsi vaccinées tous les jours.

Pour la première fois depuis mon arrivée au Maroc, j'eus le sentiment de contribuer, grâce à une action ponctuelle, au règlement d'un problème grave. C'était satisfaisant pour l'esprit. D'autant que je découvris une humanité différente de celle que j'avais côtoyée jusqu'alors et les vertus de l'amitié. Mes supérieurs n'avaient pas prévu que je pouvais être marié. Qui plus est, ma femme attendait un enfant. Le territoire du Sud lui était interdit. Elle m'accompagna quand même. Avec la complicité des nouveaux amis, médecins ou officiers, que je rencontrai dans les postes et qui lui suggérèrent le déguisement grâce auquel elle passa inaperçue, elle voyagea de chambre d'hôte en chambre d'hôte, dissimulant sa silhouette sous la djellaba d'un *mokhrazni* (gendarme marocain).

La campagne s'acheva en juin, au début des grosses chaleurs. Je n'en avais été qu'un exécutant. J'ignorais tout de la façon dont

FORMATION

elle avait été conçue et organisée. Je n'appris que plus tard qu'elle avait été pensée et financée par le gouvernement chérifien, les Croix-Rouge scandinaves et le Centre international de l'enfance, qu'animait le professeur Robert Debré. Avait également participé à cette campagne une organisation internationale jusque-là spécialisée dans la livraison de secours d'urgence aux pays européens ravagés par la guerre et qui se lançait pour la première fois dans une opération technique de grande envergure : le Fonds international de secours à l'enfance (Fise), connu surtout sous son appellation anglo-saxonne : United Nations International Children's Emergency Fund.

Ce fut la première fois que j'entendis parler de l'UNICEF.

Toujours ballotté au gré des affectations, j'assurai au cours des mois suivants des intérim à Casablanca puis à Beni-Mellal, dans le centre du Maroc où, cet été-là, le thermomètre monta certains jours au-delà de 50 °C. Tous les après-midi, un vent très sec, le chergui, balayait la plaine du Tadla, torréfiant la nature et les êtres. Ma femme protégeait comme elle pouvait la croissance de notre future fille. Trois mois durant, je travaillai sans interruption de 7 heures du matin à 10 heures du soir, cumulant les fonctions de médecin généraliste, de chirurgien, d'accoucheur, de contrôleur des viandes. J'avais également la charge de 150 prostituées qu'il fallait surveiller régulièrement pour tenter d'enrayer la propagation des maladies vénériennes, véritable fléau national. Autre activité, dont je me serais bien passé : celle de médecin légiste. Je dus plusieurs fois, sur ordre des autorités judiciaires, disséquer des corps putréfiés qu'on avait retirés des points d'eau. Travail écœurant, et qui me dégoûta autant que la découverte d'une des tares des services de santé « chérifiens » : la vente de la médecine.

Officiellement, à l'époque du protectorat français, les soins étaient gratuits. Mais certains médecins, imités par des infirmiers, faisaient croire à leurs malades qu'ils seraient mieux soignés s'ils arrivaient à la consultation avec des pièces de monnaie dans la poche. C'était un marché de dupes : à Beni-Mellal, neuf consultants sur dix avaient le paludisme; gratuit ou non, le traitement prescrit était le même pour tout le monde.

Cette forme de mépris me heurta de nouveau à Marrakech, où

je me retrouvai au début de l'automne pour un autre remplacement. Là, la femme d'un médecin français me dit un jour :

– Il n'existe ici qu'un seul médecin marocain. Tous les autres sont français. Il vous faudra choisir. Vous comprenez?

J'avais compris. Entre « le » médecin marocain et ses confrères français, je n'hésitai pas longtemps. Ma femme, qui me rejoignit le soir même avec notre petite fille âgée de quelques jours, comprit elle aussi très vite. Comme moi, elle était venue au Maroc non pas pour jouer au bridge avec des Lorrains ou des Parisiens exilés, mais pour apprendre à aimer et à comprendre un pays. Le médecin marocain devint donc notre ami. Il fut, des années plus tard, le Premier ministre de la Santé du Maroc indépendant.

Ainsi se poursuivait notre approche de la réalité marocaine. Pour ma femme comme pour moi, cet apprentissage fut progressif et long. Mais, à l'image d'autres hommes de ma génération qui vivaient aux quatre coins du monde la même expérience que la mienne, il me permit de dépasser le cadre étroit de la médecine, de me rendre compte de ses limites. Bien que je n'en aie eu à l'époque qu'une conscience diffuse, mon évolution avait commencé à Fès, avec la découverte du magma. Après s'être approfondie pendant des années, elle finit par aboutir à une vision d'ensemble des problèmes immenses que doivent affronter les pays pauvres. En arrivant au Maroc, j'avais encore de la médecine une conception idéale, presque romantique. Le contact avec la réalité me fit comprendre le dilemme de tous les médecins. La médecine seule ne résout pas grand-chose, sinon pour quelques-uns. Celle que nous pratiquions au début des années cinquante avait sur la santé des populations une influence dérisoire. J'eus rapidement l'occasion de m'en apercevoir. Quelques jours avant Noël, je reçus ma première vraie affectation. J'allais enfin avoir la responsabilité de tout un secteur et de l'ensemble de ses habitants. J'étais nommé médecin de la Santé publique dans une bourgade, une croisée de pistes dont je n'avais jamais entendu parler et que j'aurais été bien incapable de situer sur une carte : Boulmane-du-Dades, de l'autre côté de l'Atlas.

FORMATION

Lorsqu'on quitte Marrakech en direction du sud, on arrive, après trois heures de route à travers le Haut Atlas, à Ouarzazate, sur l'oued Draa. Bifurquant vers l'est, il faut alors emprunter une piste taillée dans le roc. Trois heures encore et on pénètre dans la vallée du M'goun, puis dans la vallée du Dades, en plein cœur du territoire berbère.

C'est le pays des *Ksour*, ces citadelles de terre ocre aux fenêtres grillagées bâties jadis pour protéger les agriculteurs et les éleveurs berbères des razzias des pillards. Altières, hautes de six à sept étages, accrochées aux falaises ou blotties sur les plates-formes qui coiffent les berges de la rivière, elles veillent depuis des siècles sur la vallée où poussent des figuiers, des amandiers, du tamaris, et, bordant les canaux d'irrigation, des plantes vivrières.

Pendant six mois, un vent brûlant assèche l'oued et les torrents, obligeant les nomades à émigrer avec leurs troupeaux vers des régions humides. Mais le reste de l'année, c'est le paradis sur terre. Au début de l'hiver, l'oued se gonfle. Les torrents, à qui il n'a fallu que quelques heures, au moment des pluies, pour se charger d'une eau tumultueuse, déversent dans la vallée des flots dévastateurs. La rivière déborde et la fraîcheur s'installe, couronnant les montagnes d'une brume bleuâtre qui contraste avec la couleur du ciel.

Seuls les bords de l'oued sont cultivables. Après les crues de l'hiver, les fellahs vont chercher dans le lit du Dades la glaise qui a glissé. Ils la remontent dans des paniers et l'étalent entre les séguias d'irrigation dont l'eau, venue de la rivière, donne la vie à des bouts de terrain accrochés à flanc de coteau.

La région produit aussi de l'or et de l'essence de rose. L'or provient d'une mine perdue dans le Djebel Sagho. Quant à l'essence de rose, elle est fabriquée à partir des roses sauvages que les femmes cueillent à la fin du printemps.

En 1950, ce pays connu aujourd'hui de tous les touristes du monde comptait 100 000 habitants. Boulmane-du-Dades, sa « capitale », groupait à l'intersection de trois routes une vingtaine de casbahs de terre mêlée de paille, toutes des chefs-d'œuvre d'architecture. Les Européens y étaient rares. Outre les officiers des affaires indigènes qui s'ennuyaient dans les postes et venaient

parfois au chef-lieu échanger leurs impressions avec le colonel et les deux ou trois capitaines qui commandaient le *goum*, unité formée de volontaires berbères, il m'arrivait de croiser le propriétaire grec du seul bistrot-hôtel de l'endroit. Deux écoles et un hôpital de 25 lits : c'était tout ce dont disposait, en fait d'infrastructure, une circonscription large, d'ouest en est, de 100 km et longue, du nord au sud, de 60 km. Nous étions sur les terres du Glaoui, pacha de Marrakech. Ce seigneur féodal exerçait par l'intermédiaire de ses rhalifats une autorité absolue sur la région. Pour rendre un territoire imperméable aux sollicitations extérieures, il suffit de l'isoler. C'est ce qu'avait fait le protectorat dès 1930, en accordant aux Marocains d'origine berbère une autonomie de fait vis-à-vis du sultan. En 1950, cette politique, appliquée par les officiers des affaires indigènes et destinée à préserver les sujets du Glaoui de l'influence arabe et nationaliste du Nord, n'avait pas changé. La zone de Boulmane était donc considérée comme une « zone d'insécurité ». Seuls quelques Européens de marque, dont Winston Churchill, que je vis passer plusieurs fois dans une superbe voiture, avec son chapeau et son cigare, pouvaient y pénétrer. Churchill s'arrêtait à Tinghir. Installé sur la terrasse du gîte d'étape, il y peignait ses fameuses aquarelles. J'eus aussi l'occasion de fréquenter quelques dignitaires français qu'on autorisait à chasser les mouflons et les gazelles. Pour le reste, je n'eus de contacts réels qu'avec les « indigènes » : mon infirmier, Basso, qui m'apprenait chaque jour 25 mots d'arabe, les rares malades qui venaient se faire soigner à l'hôpital et tous ceux que j'allais voir au volant de ma vieille jeep, rescapée de la campagne d'Italie.

Ils me rendaient la sympathie que j'éprouvais pour eux. Ils faisaient une différence entre le « toubib » et les autorités locales. Ils devaient gratifier d'un salut militaire les officiers qu'ils croisaient. Lorsqu'ils apercevaient le tourbillon de poussière soulevé par ma Jeep, ils se redressaient et se préparaient à me saluer. Mais dès qu'ils reconnaissaient ma guimbarde et ma barbe, ils interrompaient leur geste pour me faire de grands signes d'amitié. S'ils obéissaient aux ordres, ils n'en pensaient pas moins. Ils craignaient le Glaoui, témoignaient à ses subordonnés toutes les marques du respect. Cette attitude ne trompait pas grand monde.

FORMATION

Une nuit, on m'amena à l'hôpital de Boulmane un chef de Ksar blessé. Chargé de collecter les impôts du pacha, il avait reçu une grosse pierre sur le crâne. Au moment de pénétrer dans la salle d'opération, je vis des dizaines de Berbères rassemblés dans la cour. Prévenus par le « téléphone arabe », ils venaient aux nouvelles. Je leur dis que j'allais opérer le chef. Ils répondirent :

– Fais ce que tu as à faire. Nous, nous allons prier pour qu'il meure. Dieu décidera.

Aidé par ma femme, qui m'éclaira avec une lampe de poche, je trépanai le chef. Dans la cour, les hommes prièrent toute la nuit. Dieu ne les exauça pas. Quinze jours plus tard, le chef, guéri, repartit sur son cheval.

Tout en valorisant aux yeux des Marocains la notion de médecine, cet épisode me révéla les sentiments véritables de ceux que j'étais chargé de soigner. Ils venaient souvent se plaindre dans mon cabinet de consultation des exactions dont ils étaient victimes. Je me gardais bien de répéter ces confidences aux officiers des affaires indigènes, avec qui j'avais des rapports courtois. Ces officiers croyaient profondément à ce qu'ils faisaient. S'ils utilisaient les villageois, astreints à la corvée, comme main-d'œuvre pour construire des routes ou des ponts, ils étaient persuadés d'agir pour le bien de la population et ne doutaient pas un instant de son attachement à la présence française. Je suis sûr que ceux qui vivent encore ne sont toujours pas revenus du revirement des sujets du Glaoui qui, en 1955, firent allégeance en quelques heures au sultan du Maroc indépendant.

Tels étaient les habitants de la vallée du Dades et des montagnes environnantes : têtus, fiers et pleins d'humour. Amoureux de la vie, ils reflétaient avec noblesse le charme et la grandeur de leur pays. Les naissances, les mariages, les moissons et la cueillette des roses, tout était pour eux une occasion de faire la fête et de tuer le mouton. Jadis célèbres pour leur amour de la *siba*, la guerre civile, ils n'aspiraient à présent qu'à la dignité et à la paix. A l'inverse de ce qui se passait à Fès, la pauvreté de leurs conditions d'existence ne sautait pas aux yeux. Pourtant, comme à Fès, le magma était là. Il tuait la beauté, la rendait illusoire et cruelle. L'éclat des couleurs et des formes qui m'éclaboussaient tous les

cent mètres, l'ombre des palmiers, le tremblement des pierres et le miroitement du soleil dans l'eau bleue des torrents, des milliers de femmes, d'hommes et d'enfants n'en jouissaient pas. La grande maladie de cette zone, c'était le trachome. Il touchait presque tous les enfants de moins de quinze ans. On disait qu'à cause de lui, de l'autre côté de l'Atlas, des milliers de Marocains, chaque année, devenaient aveugles.

L'hôpital de Boulmane avait été construit par les habitants eux-mêmes. Il était en terre, comme les casbahs et la maison où je logeais. Je crus tout d'abord que ses 25 lits ne suffiraient jamais. Je me trompais : la plupart du temps, ils restaient vides. Les malades de la vallée ne se laissaient hospitaliser qu'avec réticence et ils étaient ravis, une fois guéris, de s'en aller. Je découvris assez rapidement la raison de cette attitude. Elle illustre très bien un des paradoxes de la médecine « importée » et la maladresse avec laquelle les Européens, tout en étant animés des meilleures intentions, du moins en ce qui concernait la Santé publique, avaient plaqué sur les pays qu'ils dominaient des structures inadaptées. Au Maroc comme en Europe, on habillait de blanc les malades hospitalisés. Or, dans tous les pays musulmans, le blanc est la couleur du deuil.

Je recevais quand même une moyenne de 60 consultants par jour. Un médecin exerçant en France, où il y a aujourd'hui un médecin pour 500 habitants, aurait trouvé ce rythme suffisant. Mais 60 consultants par jour pour une population de 100 000 personnes, c'est peu. Ne venaient à l'hôpital que ceux qui le voulaient bien et qui étaient surtout capables de se déplacer. Il est difficile à un homme affaibli ou à une femme enceinte de parcourir, à pied ou à dos d'âne, plus de 5 à 6 kilomètres. Je n'avais donc affaire, à Boulmane, qu'aux gens des alentours.

Ceux-là connaissaient l'hôpital. Ils avaient eu l'occasion d'apprécier le travail de mes prédécesseurs et ils savaient que la médecine peut servir à quelque chose. Mais les autres habitants de la circonscription, cloîtrés dans leurs villages ou perdus dans la montagne, ne voyaient pas très bien l'utilité des auscultations, des

FORMATION

diagnostics et des traitements. Sans doute avaient-ils été déçus, non par le manque de qualités des médecins qu'ils avaient rencontrés, mais par la faiblesse des résultats de leur travail, conséquence de conditions d'exercice rudimentaires et de moyens dramatiquement limités.

Je n'avais ni radio ni laboratoire. Seul au centre d'un territoire immense, à 150 kilomètres de mon confrère le plus proche, j'avais droit à 5 flacons de 100 000 unités de pénicilline tous les 6 mois. A moi de me débrouiller. Il me fallait sélectionner les cas de façon draconienne, soigner, si l'on peut dire, les gens au compte-gouttes.

A Boulmane même, trois infirmiers m'assistaient : Basso, le meilleur de tous, un autre Marocain surnommé le *brel* (« le mulet ») par ses pairs, et un militaire. Basso me fut d'un grand secours. Il avait appris lui-même à lire le français et l'arabe. Après s'être formé sur le tas, il était presque devenu un médecin à part entière. Né dans la vallée, il jouissait auprès de la population d'une réputation de compétence et de sérieux. Pour tous, il faisait figure de savant et de sage.

Totalement analphabète, le *brel*, lui, était bon à faire les pansements; d'où son autre surnom : « le panseur ». Quant au militaire, c'était un jeune soldat du *goum* affecté à l'hôpital.

A chacune des quatre extrémités de la zone, un infirmier tenait un poste sanitaire. Il avait à sa disposition une salle de consultation et des médicaments usuels. Il assurait les soins de base et mettait de côté les cas trop difficiles pour lui. Deux fois par semaine, Basso et moi faisions avec la Jeep la tournée des postes. Lorsque nous tombions sur un malade grave, nous le ramenions à l'hôpital. S'il pouvait attendre, nous lui faisions prendre l'autobus qui, trois fois par semaine, reliait les postes à Boulmane.

L'année que je passai dans la vallée du Dades acheva de m'ouvrir les yeux sur les lacunes de la Santé publique de l'époque et décida de mon orientation future. Si je finis, après un long cheminement, par entrer à l'UNICEF, je le dois un peu aux Berbères de ce pays. Je m'aperçus à mes dépens que l'action d'un médecin en charge de toute une population aboutit à peu de chose. Elle n'est pas inutile, mais elle ne touche qu'une infime partie des malades. Pour les autres, sans la prévention, sans l'éducation, sans

l'apprentissage des gestes simples qui leur permettent de prendre en main leur hygiène de vie et d'atténuer ainsi les effets du magma, elle n'est qu'une fiction. Il faut que les gens se sentent concernés par l'amélioration de leur état de santé, qu'ils y participent. C'est ainsi, et ainsi seulement, que naissent la confiance et la demande.

Dans le Dades, la confiance n'allait pas de soi. Les gens vivaient repliés sur eux-mêmes, avec leur défiance et leurs coutumes. Même s'ils n'étaient pas à priori hostiles au médecin, ils l'ignoraient. Les traditions y étaient pour beaucoup. Les femmes, par exemple, sortaient peu. Et elles accouchaient chez elles, aidées, comme partout au Maroc, par des matrones. En un an, deux femmes seulement vinrent accoucher à l'hôpital. Une troisième accoucha sous ma surveillance dans des circonstances assez spéciales. Elle avait fait appel à moi pour des raisons qui n'avaient rien à voir avec la médecine. L'enfant qu'elle portait était illégitime. J'en connaissais le père et je fus donc complice de cette naissance clandestine. Après avoir mis son bébé au monde, la femme disparut. Je n'entendis plus parler d'elle. Je confiai son enfant, un splendide garçon, à un sous-officier berbère dont le ménage était stérile. A huit jours, le bébé illégitime quitta donc triomphalement Boulmane sur le cheval de son père adoptif.

Autre signe de l'influence limitée du médecin : en un an, mis à part les blessures dues à des rixes ou à des crimes, comme celle qui faillit coûter la vie au collecteur d'impôts, je ne vis pas une seule urgence abdominale, pas une seule fracture.

Dans le Dades, seule la petite chirurgie oculaire attirait du monde. Les gens y croyaient d'autant plus que c'était l'unique moyen d'essayer de réparer les ravages causés par le trachome. Le trachome, je l'ai dit, frappait l'ensemble de la population, surtout dans le sud du pays, et principalement les enfants. Nul, à cette époque, ne savait d'où venait le virus qui en était responsable. Peut-être était-il lié au cycle alimentaire. En tout cas, il contaminait le milieu tout entier : ce virus, presque tout le monde l'avait dans l'œil.

L'été, au moment de la saison des fruits, il se compliquait d'une conjonctivite aiguë provoquée par le bacille de Weeks, que transportaient les mouches. L'absence d'hygiène, le fait que les

FORMATION

gens, en partie à cause du manque d'eau, ne se lavaient ni les mains ni les yeux, favorisaient une épidémie qui aboutissait à des catastrophes. A la fin de la saison, la conjonctivite purulente, associée au trachome sous-jacent, séchait. En cicatrisant, la paupière se rabattait vers l'intérieur et se rétractait. A ce moment-là, les cils balayaient et irritaient la cornée. C'était le trichiasis. La cornée devenait opaque. L'infection aidant, les yeux fondaient dans leur orbite. On aboutissait à une cécité totale.

On pouvait empêcher ce processus d'arriver à son terme en opérant les yeux malades. Mais il fallait savoir le faire. Or je n'avais jamais pratiqué la chirurgie oculaire. Et, au cours de mes études, on ne m'avait rien appris sur le trachome.

Je savais que les *dadsi*, les chirurgiens berbères traditionnels qui, traqués par les autorités, travaillaient clandestinement dans des conditions d'hygiène épouvantables, opéraient les trichiasis et même les cataractes. Parfois ils réussissaient. Mais ils aboutissaient le plus souvent à des résultats désastreux. Basso, mon infirmier, me poussait à tenter moi aussi ces opérations. Je m'en ouvris à mes supérieurs, qui m'envoyèrent faire un stage à Marrakech. En huit jours, j'appris cette chirurgie très simple. L'opération consistait à ouvrir la paupière, à redresser les cils et à proposer une cicatrisation dans le bon sens. De retour à Boulmane, je commençai à opérer, traitant un ou deux cas par jour. Quelquefois, la cornée redevenait normale.

J'expérimentai plusieurs fois une méthode bizarre dont m'avait parlé un vieux médecin de Marrakech. Lorsqu'il avait affaire à des patients dont la cornée restait opaque après une première intervention, il insérait sous la conjonctive de petits bouts de placenta prélevés sur des femmes qui venaient d'accoucher. Bien placé, ce placenta provoquait de temps à autre, sans qu'on sache pourquoi, la régénération de la cornée. L'opération durait trois minutes. Il suffisait de donner un petit coup de bistouri puis d'insérer le placenta avec une pince. Seul problème : avoir en permanence du placenta frais. Pour ne pas être en manque, j'en stockais dans mon frigidaire, ce qui mettait ma femme dans des colères noires. Chaque fois que je tombais sur un « bon cas », j'essayais. J'opérai ainsi environ 25 personnes. 5 d'entre elles, aveugles depuis des années, retrouvèrent la vue.

Par l'intermédiaire de Basso, qui avait lui aussi appris à opérer les trichiasis en étudiant les gestes des praticiens et en les répétant avec une grande dextérité, j'entrai en contact avec les *dadsi*. Au lieu de les pourchasser, il me paraissait plus judicieux de collaborer avec eux. Basso les connaissait tous. Il n'eut aucun mal à les convaincre de ma bonne foi, à les persuader que je ne leur tendais pas un piège. Je me mis d'accord avec eux : je leur laissais les cas faciles; s'ils se trouvaient confrontés à une situation plus complexe, ils m'envoyaient le malade. En échange, je m'engageais à leur fournir de l'alcool pour stériliser leurs outils.

Cette coopération porta ses fruits. Mais la chirurgie ne suffisait pas. Elle n'était que le dernier recours contre une maladie dont on aurait pu empêcher l'évolution. Si les antibiotiques n'étaient pas encore disponibles en grandes quantités, les vieux médicaments dont on se servait à l'époque, comme le nitrate d'argent ou le sulfate de zinc, faisaient très bien l'affaire. En les distribuant à la population, en apprenant aux gens à s'en servir, à se mettre trois fois par jour des gouttes ou de la pommade dans l'œil, on serait parvenu non pas à éliminer le trachome, mais à assurer une certaine protection des yeux et à éviter les catastrophes. Chaque village n'avait besoin que d'une table de soins où on aurait placé ces médicaments. Une femme ou un homme à qui on aurait montré les gestes élémentaires les aurait appris aux villageois.

Je tentai une expérience de cet ordre à deux kilomètres de l'hôpital, avec l'aide d'une vieille femme que j'avais formée. Cette femme était *hadja* : elle avait fait le pèlerinage de La Mecque; et elle l'avait fait à pied. Ce voyage avait pris deux ans de sa vie. Depuis son retour au pays, elle jouissait auprès des siens d'un immense respect. La confiance qu'elle inspirait à tous joua un rôle décisif dans le succès de l'expérience.

Il s'agissait dans mon esprit de libérer le médecin de la part la plus mécanique de son travail. Pour mettre des gouttes dans l'œil, on n'a pas besoin d'un spécialiste. On n'a pas besoin non plus d'une personne qualifiée pour apprendre à faire bouillir l'eau ou à se laver les mains. En devenant habituels, ces gestes tout simples peuvent sauver des milliers de vie. C'est la base de l'éducation sanitaire. Il faut créer de nouveaux automatismes, provoquer de

FORMATION

nouveaux réflexes. Et sans bouleverser les traditions, qui ont souvent du bon, il faut modifier ou supprimer ce qu'elles ont de néfaste et parfois de dramatique.

Il existait, près d'une annexe où je me rendais tous les mardis, une importante colonie juive. Nul ne savait si les membres de cette tribu descendaient de Juifs authentiques de la Diaspora ou de Berbères judaïsés. Mais ils respectaient la plus stricte orthodoxie talmudique et n'avaient que de rares contacts avec les Musulmans. Il en résultait une consanguinité responsable de nombreuses anomalies congénitales. A l'inverse, cette tribu donnait de temps en temps naissance à des êtres « surdoués » et beaux comme des dieux. Leurs coreligionnaires se cotisaient et les envoyaient à Casablanca, où ils ne tardaient pas à devenir des membres influents de la communauté juive marocaine.

Ces Juifs avaient un douar à eux. Commerçants, marchands de bijoux ou d'argent, ils servaient depuis toujours de notaires et de comptables aux populations environnantes et leur prêtaient de l'argent, sans doute à des taux usuraires. Ces activités leur valaient quelques réactions hostiles. Tentés de faire disparaître certaines traces, certains « clients » attaquaient parfois le mellah, le « quartier juif ». Je n'entendis pas parler de pogroms pendant mon séjour. Mais je sais qu'il y en avait eu avant mon arrivée et qu'il y en eut après mon départ.

Les membres de cette tribu ne s'intéressaient pas du tout à la médecine. Très fermés, ils se soignaient eux-mêmes, selon des méthodes traditionnelles. Un jour, au dispensaire, on m'amena une petite fille née dans leur communauté et âgée de dix-huit mois. Très maigre, elle avait les cheveux décolorés et le ventre gonflé d'acite. C'était un cas typique de kwashiorkor, comme on en diagnostique aujourd'hui tous les jours dans les pays du tiers monde. Forme extrême de la malnutrition protéino-calorique, cette maladie, appelée aussi « la maladie de l'enfant triste » ou la « maladie de l'enfant sans mère », provoque chez les nourrissons une apathie grave. Si l'enfant n'en meurt pas, elle peut compromettre pour toujours son développement cérébral et psychique. Elle est une des causes principales de la mortalité infantile dans les pays pauvres.

En examinant la petite fille, je confondis les symptômes

qu'elle présentait avec le bériberi, forme de malnutrition due à une carence en vitamine B1. C'était en 1950 une erreur courante. Je proposai d'emmener l'enfant en Jeep jusqu'à l'hôpital. Ses parents acceptèrent, à condition que sa mère l'accompagne.

Je n'étais pas plus renseigné sur les causes profondes et sur les effets de la malnutrition que les médecins de ma génération. Partant d'un diagnostic faux, j'administrai à la petite fille un traitement à base de vitamines qui, sans être nocif, n'était pas adapté à son cas. Son état s'améliora quand même un peu. Au bout de quinze jours, elle quitta l'hôpital avec sa mère.

Une semaine plus tard, je demandai à la revoir. Elle était au plus mal. Je voulus la reprendre. Sa grand-mère refusa en m'insultant. « Jamais, me dit-elle, je ne la laisserai repartir. » Elle ajouta qu'elle n'avait aucune confiance en moi. Elle n'avait pas tort, mais j'étais persuadé d'avoir raison. Avec l'aide des autorités françaises, je ramenai la petite fille à l'hôpital. Il m'aurait suffi, pour la sauver, de lui faire avaler du lait en poudre. Je ne le savais pas. La petite fille continua à dépérir. Elle mourut sous mes yeux, au milieu des imprécations de sa famille.

J'eus par la suite l'occasion de retrouver une personne de son entourage. Elle me raconta que la petite fille avait commencé à présenter des signes de marasme à l'âge de douze mois. Suivant la tradition de sa tribu, on lui avait alors fait avaler tous les jours, pour lui redonner des forces, un petit verre à thé d'alcool de figue. Comme elle maigrissait toujours, on lui en donna deux. Ce « remontant » accéléra sa fin. A dix-huit mois, elle était morte, en fait, d'une cirrhose alcoolique. A la malnutrition classique intervenant après le sevrage de l'enfant, on avait opposé un remède mortel.

Cette histoire me fit toucher du doigt les insuffisances de ma formation. Mais elle me fit également approfondir ma réflexion d'homme de Santé publique. Le facteur principal de la stagnation ou de la détérioration de l'état de santé de la population du Dades, c'était l'ignorance. Ce constat rejoignait les conclusions auxquelles j'étais arrivé en méditant sur le trachome et sur les moyens qu'il aurait fallu mettre en œuvre pour limiter ses ravages. Soigner ne suffisait pas, surtout lorsque le médecin ne pouvait toucher que quelques centaines de personnes. Il fallait agir sur une grande

FORMATION

échelle, s'attaquer aux causes, les identifier, puis apprendre aux gens les gestes élémentaires qui les neutraliseraient. Il fallait travailler à la base, sortir de l'hôpital pour aller vers les villages.

Partout dans le monde, cette idée commençait à prendre corps. Dans tous les pays, des médecins confrontés aux mêmes problèmes et à la même solitude que moi se rendaient compte qu'une politique efficace de santé publique, telle qu'elle est aujourd'hui appliquée par l'OMS et l'UNICEF, devait s'articuler autour de trois axes fondamentaux : la prévention, l'éducation et le contrôle du milieu.

J'envoyai dans ce sens un rapport à mes supérieurs. Je suggérai la création dans les postes et les casbahs d'un certain nombre de relais où on apprendrait aux gens, par l'intermédiaire d'infirmiers improvisés, les gestes essentiels. J'ajoutai que cette politique serait dix fois plus efficace si elle s'accompagnait d'une prévention systématique, d'un contrôle de l'eau, de la recherche des indices de la syphilis et de la tuberculose.

On me prit au mot. Mes supérieurs me demandèrent de diriger dans ma circonscription une campagne BCG identique à celle dont j'avais été un opérateur un an plus tôt. Cette directive était une nouveauté. La politique sanitaire tendait désormais à confier au médecin chargé d'une circonscription, en plus de l'exercice de la médecine, la responsabilité d'actions préventives destinées non plus à quelques clients privilégiés mais à l'ensemble de la population dont il avait la charge. On passait de la notion de clientèle à celle de la responsabilité d'un groupe d'individus dont le médecin partageait la vie. Je me mis aussitôt au travail. Acheminé par Air France du Danemark à Casablanca dans des containers glacés, le vaccin arrivait à Boulmane à bord d'avions militaires. J'avais installé dans l'ambulance Chevrolet qui avait remplacé ma Jeep des caisses réfrigérées qui me permirent de le transporter jusque dans les villages les plus reculés. Avec l'aide de mes infirmiers et d'infirmières internationales, je vaccinai 93 % des habitants de la vallée et de la montagne. On me demanda alors de poursuivre ma campagne dans toute la zone du Glaoui, de Ouarzazate à Mahamid. On mit à ma disposition six équipes dont j'étais le stratège. Cette fois, je touchai 90 % de la population.

40 000 ENFANTS PAR JOUR

La campagne terminée, on me proposa d'entrer dans les services de médecine préventive du protectorat, comme « médecin-chef » des services d'hygiène d'une région. Je fus nommé à Fès, d'où j'étais parti dix-huit mois plus tôt. J'y arrivai le 2 janvier 1951. Je devais y rester quatre ans et demi. Jamais plus je n'exercerais la médecine telle que je l'avais pratiquée jusqu'alors. Une étape importante de ma vie professionnelle s'achevait.

Au cours des années qui suivirent, j'ai donc élargi mon action en m'attaquant à des problèmes de base, en essayant d'aller au-delà de la médecine classique. Je n'ai pas renié la médecine pour autant. Et je n'ai pas cessé d'admirer la valeur, la compétence, l'efficacité et le dévouement des médecins que j'ai vus, d'abord au Maroc puis dans l'ensemble du tiers monde, donner le meilleur d'eux-mêmes et s'épuiser à la tâche. J'étais l'un d'eux. Je suis toujours l'un d'eux et je sais que leur rôle est capital. Mais ils ne peuvent à eux seuls régler les problèmes presque insolubles des pays récemment ouverts au progrès technique. Ces problèmes s'imbriquent les uns dans les autres; ils forment une gigantesque toile d'araignée dont chaque fil dépend de celui auquel il se rattache. Qu'un fil casse et la toile s'effondre.

On dit pudiquement des nations en retard qu'elles sont « en voie de développement ». La santé est au cœur de ce développement; elle en est la condition essentielle. Sans elle, rien n'est possible. Un pays dont la population souffre de malnutrition et de maladies endémiques ne peut que rester un pays infirme. La vigueur de son « capital humain » est à la base de tout. D'un autre côté, si, dans ce pays, les infrastructures indispensables n'existent pas, si, par exemple, l'absence de routes isole des régions entières, privant leurs habitants des échanges ou des secours nécessaires à

leur survie, si son économie stagne ou s'écroule, l'état de santé de sa population continuera à peser sur son développement; le manque de vigueur de son capital humain le paralysera. Les enfants, dès lors, continueront à mourir. Impossible de sortir de ce cercle. Tout est lié, indissolublement.

En 1951, cette interpénétration des problèmes commençait à être perçue. Mais il fallut des années pour que des administrateurs, des diplomates et des économistes arrivent à en prendre conscience. Les hommes de Santé publique, comme le D^r Sicault, directeur de la Santé publique du protectorat français au Maroc, eurent dans cette évolution une part prépondérante. Comme le D^r Sicault, nombre d'entre eux étaient médecins. J'eus la chance d'appartenir à leur école. Mon regard de médecin m'avait fait admettre les limites de mon travail et comprendre que, tout en étant indispensable, la médecine ne devrait normalement intervenir qu'en cas d'échec des mesures préventives, qu'elle n'est que le sommet d'une pyramide dont la prévention et l'éducation forment la base. Ces conclusions m'amènèrent petit à petit, au fil des années, à travers l'épidémiologie, élément clé de la Santé publique, puis l'étude des problèmes de nutrition, son complément logique, à aborder les aspects globaux du développement. Ce fut cette nouvelle disposition d'esprit qui me poussa, au début des années soixante, à entrer à la FAO puis à l'UNICEF, à m'intégrer à un petit noyau d'hommes venus d'horizons très divers. Ces hommes avaient eux aussi réfléchi pendant de longues années. Tout en étant très différent du mien, l'itinéraire qu'ils avaient suivi leur avait fait adopter une vision identique à la mienne. Mais en ce qui me concerne, si je n'avais pas d'abord été médecin, et médecin avant tout, je ne les aurais peut-être jamais rejoints.

« Saint-Georges-Bouche-d'or. » Georges Sicault devait ce surnom à sa denture étincelante, à son autorité et à la vénération presque religieuse qui lui vouaient ses collaborateurs. Pour tous ceux qui l'approchèrent et travaillèrent sous ses ordres, il fut un maître. Il avait réussi à inculquer au protectorat une conscience aiguë de la médecine préventive, ce qui était nouveau dans le

FORMATION

monde entier. Ses directives nous stimulaient. Tout au long des quatre années que je passai à sillonner la région qui ceinture la ville de Fès, on me laissa une totale liberté d'action. Épaulé par une excellente équipe comprenant quatre adjoints de santé français et de bons infirmiers marocains, je pus appliquer mes idées sur le terrain. Au cours de cette période, le médecin fit chez moi place à l'épidémiologiste puis au nutritionniste. Le magma était toujours là, nourri par les grandes maladies endémiques : la variole, dont il subsistait quelques cas, le typhus, le trachome, la syphilis, le paludisme. Il fallait être sur place en permanence, savoir ce qui se passait à l'est, au nord ou au sud, aller voir, chercher à comprendre pourquoi telle maladie flambait à tel endroit, pourquoi elle s'éteignait ailleurs, monter de bons réseaux d'information pour être très vite au courant des situations anormales.

Là encore, les problèmes se chevauchaient. Mais il était désormais possible d'en discerner les causes, de s'attaquer aux racines du mal, de travailler avec méthode.

Le premier grand ennemi, c'était l'eau. Cause directe ou indirecte d'une grande partie des maladies du magma, comme le paludisme, les dysenteries et la typhoïde, elle était responsable de la mort d'innombrables nourrissons. Son contrôle devint à cette époque une opération majeure de la Santé publique, aussi importante que la création d'hôpitaux ou de blocs opératoires. L'hygiène individuelle aujourd'hui banale, comme le nettoyage des biberons sales ou la nécessité de faire bouillir l'eau avant son utilisation, se doublait d'opérations d'assainissement elles aussi très simples. Au Maroc, les sources étaient contaminées par les déjections animales et surtout humaines. Après avoir répertorié toutes celles des environs de Fès que nous pouvions atteindre, nous les avons traitées une à une, les entourant de barbelés pour les isoler avant de les désinfecter. Nos méthodes étaient artisanales et rudimentaires. Lorsque nous avons repéré une source contaminée, nous installions à sa naissance une vieille bonbonne d'eau de Javel reliée à un tuyau étranglé par une pince à linge. L'eau de Javel coulait goutte à goutte dans la source. La plupart du temps, ce système fonctionnait à la grande satisfaction de tout le monde. Le goût de l'eau de Javel se diluait. Mais si nous augmentions la

dose pour assainir une source plus contaminée que les autres, les gens protestaient. Ils ne voyaient pas pourquoi il leur fallait avaler cette mixture et réserver l'eau délicieuse des sources non traitées aux travaux domestiques. Ce genre de contradiction nous créait parfois des difficultés.

A cette action sur l'eau se sont ajoutées les classiques grandes campagnes de vaccination BCG qui nous permettaient de rassembler et de soigner des gens que les médecins, en temps normal, ne voyaient jamais. Le but était toujours le même : contrôler le milieu pour que les patients soignés à grands frais ne soient pas exposés, dès leur retour chez eux, aux maladies dont on venait de les débarrasser.

Nous profitions de ces séances de vaccination dans les villages les plus reculés pour rechercher systématiquement les indices sérologiques de la syphilis. On disait que son agent causal était au Maroc moins nocif qu'ailleurs. Très répandue, elle était responsable du mauvais taux de fécondité des femmes et des nombreuses complications qui surgissaient au moment des accouchements.

Les antibiotiques venaient d'arriver. Chaque fois que nous trouvions dans les villages un indice de syphilis sérologique supérieur à 18 %, nous piquions tout le monde. Cette éradication systématique eut d'importants effets annexes : tout en traitant les maladies vénériennes, les antibiotiques libéraient l'organisme des malades de cette « koulchite » dont m'avaient parlé jadis les consultants du pavillon de triage de l'hôpital Cocard. Ce « choc thérapeutique » assura à la population un mieux-être certain.

Autre gros problème : le trachome.

Toujours lui. Il sévissait surtout au sud-est de Fès, dans la vallée désertique du Moulouya. L'UNICEF qui, à cette occasion, croisa ma route pour la deuxième fois, s'y intéressait de près. Il fournissait des antibiotiques en grandes quantités, sous forme de pommades à l'auréomycine. En accord avec la direction de la Santé, qui agissait dans d'autres régions, je mis au point un programme de trois ans qui combinait prévention et éducation. Ma femme avait peint de grandes toiles qui, représentant des yeux sains et des yeux malades, expliquaient par l'image ce qu'il fallait faire pour se prémunir contre la contagion. Ce fut, à ma connaissance, une des premières formes d'éducation « audio-

visuelle ». Nous promenions ces toiles de village en village, rassemblant les habitants comme pour un spectacle. Nous leur racontions comment l'infection se propageait grâce aux mouchoirs sales ou aux mouches. Nous leur montrions ensuite comment étaler la pommade ou instiller les gouttes. Nous leur disions : « Faites-le deux fois par jour. C'est très facile. Vous n'avez pas besoin de docteurs pour ça. »

La première année, nous leur fournissions gratuitement les médicaments. Au bout d'un an, les gens avaient pris l'habitude de s'occuper de leurs yeux. Nous les estimions alors capables d'aller se procurer eux-mêmes les pommades et les gouttes. Ils les achetaient au prix très bas fixé par les autorités chez les marchands de tabac, plus nombreux dans les campagnes que les « marchands de santé ». Seconde habitude, aussi importante que la première. La troisième année, le système fonctionnait tout seul, sans notre intervention.

Dans la banlieue de Fès, dans les souks où les médecins et les infirmiers assuraient deux consultations par semaine, le problème était plus complexe. Les clients des souks, naturellement suspicieux et sceptiques, franchissaient rarement le seuil des centres de consultation. Les médecins et les infirmiers n'examinaient chaque fois qu'un très petit nombre de malades, prescrivaient des traitements et renvoyaient les patients chez eux sans savoir ce qu'ils devenaient. Il fallait là aussi éduquer les gens et faire en sorte qu'ils aient les médicaments nécessaires sous la main au lieu d'être obligés d'aller les chercher au dispensaire. Mais comment leur apprendre, sans provoquer leur méfiance, ce que nous voulions leur enseigner ? Il n'y avait qu'un seul moyen : nous fondre dans la foule, lui parler son langage.

J'avais sous mes ordres deux infirmiers peu qualifiés mais très bavards et doués d'un exceptionnel talent de conteur. Comme tous les Orientaux, les Marocains adorent les histoires. Pour les séduire, il fallait rendre la « légende du trachome » aussi passionnante que celle d'Ali Baba ou de Shéhérazade. J'habillai donc mes deux infirmiers en bonimenteurs. Après leur avoir donné avec précision les grandes lignes du message qu'ils devaient faire passer, je les lâchai dans les souks avec les gouttes, les pommades et les toiles peintes par ma femme. Debout sur des tréteaux ou entre les

40 000 ENFANTS PAR JOUR

boutiques, ils ameutaient la foule, gesticulaient, s'époumonaient, racontaient aux badauds l'histoire du trachome et du bacille de Weeks, évoquaient leurs ravages. Puis ils exhibaient les médicaments.

– Ces collyres miraculeux, disaient-ils, sont aussi puissants que les médecins!

Sous les applaudissements, l'infirmier-bonimenteur se mettait lui-même les gouttes dans les yeux. Ou bien, comme les camelots, il choisissait un cobaye parmi les spectateurs. Puis il criait :

– Achetez les collyres miracles! Vous ne deviendrez jamais aveugles!

Tout cela était parfaitement illégal. Les services de santé n'avaient pas le droit de vendre quoi que ce soit et donnaient gratuitement les médicaments dont ils disposaient. Mais à des gens pour lesquels le marchandage est un jeu et l'achat le résultat d'une décision inspirée, ce qui est gratuit paraît toujours suspect. Seul ce qui se monnaye éveille leur curiosité. Voilà pourquoi nos « potions miracles » s'arrachaient. Les bénéfices recueillis allaient alimenter un fonds qui me permettait d'augmenter mon stock. Ce subterfuge eut un énorme succès. Grâce à lui, les gens de la banlieue de Fès prirent eux aussi l'habitude de faire tous les jours les gestes nécessaires à la sauvegarde de leurs yeux. Mes deux camelots-conteurs furent ainsi les premiers agents d'éducation sanitaire du Maroc.

Au début du siècle, un médecin français qui rentrait par bateau d'une mission en Asie, le P^r Lapique, se trouva bloqué à Djibouti à la suite d'une avarie. Profitant de cette escale prolongée, il alla visiter l'Éthiopie. Il observa le mode de vie des habitants de ce pays, les interrogea sur leurs moyens de subsistance et surtout sur leur façon de se nourrir. Lorsque son navire put enfin quitter Djibouti, Lapique avait dans ses bagages les éléments d'une des premières études de nutrition connues dans le monde.

Comme toutes les sciences, la nutrition a ses précurseurs. Lavoisier fut l'un d'eux. Mais l'idée simple selon laquelle ce que mangent les hommes influe directement sur leur état de santé, donc sur leur pathologie, mit près de deux siècles à faire son chemin. L'étude des problèmes nutritionnels ne fut d'abord, pour ceux qui s'y intéressaient, qu'un passe-temps parmi d'autres. Il fallut attendre les années 1920 pour que la nutrition, sans devenir encore une science à part entière, soit petit à petit considérée comme un élément important de l'hygiène générale. La Société des Nations joua dans cette évolution un rôle prépondérant. Son intérêt pour la nutrition fut un accident. Entre 1920 et 1922, une épidémie de typhus décima les populations du Proche-Orient. Envoyé sur place par la SDN, un des grands spécialistes de cette maladie, le D^r Burnet, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis,

constata que l'épidémie n'avait pas le même effet sur tout le monde : les populations bien nourries résistaient mieux à ses attaques et « en mouraient moins » que les populations sous-alimentées. Commandés par la section d'hygiène de la Société des Nations, dirigée par le Polonais Ludwig Rajchmann, qui fut après la Seconde Guerre mondiale un des fondateurs de l'UNICEF, d'autres travaux suivirent, faisant cette fois le lien entre la santé, la nutrition et les conditions économiques. Et en 1932, la conférence de Rome, réunie sous l'égide de la SDN, tenta de définir « les besoins nutritionnels de la femme enceinte, de l'enfant et du travailleur » ; besoins dont la satisfaction constitue aujourd'hui un des buts primordiaux de l'UNICEF.

Les pionniers de la nutrition comptaient quelques Français. Mais les grands nutritionnistes de l'entre-deux-guerres furent surtout britanniques. Ce fut aux Indes que vit le jour le premier laboratoire de nutrition, créé par l'Anglais Mac Carrisson. Un autre Anglais, Aykrod, s'associa avec le Dr Burnet pour mener à bien au Chili une série d'enquêtes. Lord Boydor, qui devait devenir en 1946 le premier directeur de la FAO, publia d'importants travaux sur les protéines animales qui servirent de base, pendant la Seconde Guerre mondiale, à la politique de restriction imposée au gouvernement britannique par l'isolement économique de la Grande-Bretagne, politique fondée sur une sélection rigoureuse des importations et, pour la première fois dans l'Histoire, du moins sur une aussi grande échelle, une utilisation « nutritionniste » des produits alimentaires.

Après la guerre, les grands nutritionnistes, comme le Français Meyer et l'Anglais Aykrod, se retrouvèrent à la FAO autour de lord Boydor. Mais la connaissance des problèmes nutritionnels restait encore le privilège de quelques-uns. Il était indispensable de diffuser cette connaissance, de former dans le monde entier des hommes venus de tous les horizons et capables de l'intégrer à leur activité, que cette activité fût l'économie, la santé ou l'agriculture. Cette tâche revint à un Français, Marcel Autret. Pharmacien de formation, Autret s'était spécialisé dans la nutrition en Indochine. Mandaté par la FAO, il mit sur pied dès 1952 un enseignement destiné à tous ceux, médecins, biochimistes, vétérinaires, administrateurs ou agronomes, qui partici-

FORMATION

paient au développement des pays tropicaux et subtropicaux aux prises, même avant la décolonisation, avec de graves difficultés alimentaires.

Marcel Autret fut un de mes maîtres. Il eut sur le cours de mon existence une influence déterminante. Ce fut sous son ascendant que prit corps ma vocation de nutritionniste, dont je n'avais eu jusque-là qu'une conscience diffuse. Ce fut donc en partie grâce à lui que j'achevai de m'éloigner de la médecine pour me consacrer définitivement à la réflexion sur le sous-développement.

En 1952, je n'avais jamais entendu parler de lui. J'ignorais presque tout des travaux et des expériences des nutritionnistes. Si le rôle de l'alimentation dans l'état de santé me paraissait évident, je ne connaissais rien à la nutrition proprement dite. Comme tous les médecins français de ma génération, j'étais livré à mes seules impressions et à mes seules déductions.

Ce fut le trachome qui me révéla pour la première fois l'importance de la nutrition. J'avais été frappé, dans la vallée du Dades, par le caractère saisonnier de l'épidémie de conjonctivite qui rendait tant de Berbères aveugles. Son irruption coïncidait avec le début de la saison des fruits. On retrouvait cette situation dans l'ensemble du Maroc. Le développement de la conjonctivite était lié dans les vallées de l'Atlas à l'apparition des figues; elle correspondait à l'apparition des grenades dans les plaines et des raisins dans le Rif. Cette série de faits m'amena à me demander s'il n'existait pas un rapport entre la conjonctivite et l'absorption massive de sucre, si ce sucre ne prédisposait pas l'organisme à l'infection ou bien si les fruits, qui formaient en été l'essentiel de l'alimentation des Marocains, ne détruisaient pas son harmonie et son équilibre.

Pour lier de façon certaine le cycle alimentaire et la pathologie saisonnière, il fallait savoir avec précision ce que mangeaient les gens, de quoi se composait, tout au long de l'année, leur ration journalière. Alors que la nutrition, grâce à Marcel Autret et aux dirigeants de la FAO, commençait à prendre la place qui lui revenait, alors que Georges Sicault était depuis longtemps convaincu de son importance, un seul médecin, au Maroc, s'était intéressé à l'alimentation. Il avait interrogé les prisonniers maro-

cains de droit commun, non pas, bien sûr, sur ce qu'on leur servait en prison, mais sur ce qu'ils mangeaient d'habitude chez eux. Ce fut en lisant cette étude que je pris conscience de notre ignorance. Je décidai alors, en m'inspirant de la méthode de ce médecin, d'enquêter auprès de la partie la plus accessible de la population marocaine, les enfants d'âge scolaire. Je mis à contribution les instituteurs de village. Il s'agissait, en demandant aux enfants de décrire tous les jours la composition des repas qu'ils avaient pris chez eux la veille, de mesurer la fréquence des cycles de nourriture, de déterminer par exemple les périodes de l'année où les gens mangeaient la plus grande quantité de viande, de fruits ou de couscous.

Malgré une grande part d'erreurs et d'approximations, car les enfants fabulent toujours pour se rendre intéressants, cette série d'enquêtes confirma à la fois le caractère cyclique de leur alimentation et sa monotonie, masquée avec talent par l'art culinaire marocain. Cette monotonie entraînait des carences beaucoup plus perceptibles en milieu rural qu'en milieu urbain. Les villes, en effet, drainaient l'ensemble de la production agricole du pays. Les habitants des campagnes, eux, ne consommaient que ce qu'ils produisaient. Et le surplus qu'ils vendaient à bas prix ne leur procurait pas de revenus suffisants pour acheter ce qu'on cultivait dans d'autres régions que la leur. D'où un déséquilibre, source de malnutrition.

Malnutrition chronique, que les médecins ne décelaient que lorsque arrivaient dans les hôpitaux des enfants malades dont on s'apercevait qu'ils étaient mal ou sous-alimentés. Là encore, le réflexe curatif prenait le dessus. Les médecins réhydrataient les enfants et les remettaient sur pied avec tous les moyens médicaux dont ils disposaient. Puis ils les renvoyaient chez eux. Ils faisaient certes les choses qui convenaient, mais ils s'interrogeaient rarement sur l'état effroyable des enfants qu'ils soignaient. Ils ne voyaient en eux que des malades et non les victimes d'une situation générale.

On connaissait à présent les effets de la malnutrition. Identifié d'abord en Indochine, où on l'avait appelé la « boursoflure d'Annam », le kwashiorkor avait été redécouvert par une des grandes pédiatres françaises du Maroc, Mme Delon,

FORMATION

sous le nom de « maladie œdémateuse du sevrage ». Cette découverte n'avait pas entraîné une politique nutritionnelle cohérente. On soignait les symptômes de la malnutrition, mais on ne faisait pas grand-chose pour les empêcher d'apparaître. Cet immobilisme n'était pas toujours volontaire. Il y avait un certain mode de gestion des problèmes humains et économiques : on attribuait une grande importance aux préjugés alimentaires difficiles à combattre. Je m'en rendis compte en essayant de promouvoir dans la zone de Fès une politique nutritionnelle basée, comme la médecine préventive, sur l'éducation. Pour moi, le créneau idéal, c'était l'école. Les enfants sont très sensibles au prestige de leurs maîtres. J'essayai donc de convaincre les instituteurs de s'écarter un peu des programmes scolaires, définis à Paris par des gens qui ne savaient rien des conditions de vie des « petits Marocains ». Je me souviens de leçons de choses qui parlaient de plantes et d'animaux qu'on ne trouvait qu'en France, comme la betterave ou la vache normande. J'avais l'impression que l'enseignement aurait été mieux adapté s'il avait été appuyé sur l'environnement des enfants, sur les activités de leurs parents et sur ce qu'ils voyaient tous les jours en quittant la classe. Dans mon idée, cette adaptation aurait dû permettre d'intégrer aux programmes un enseignement nutritionnel de base débouchant sur des applications pratiques. Après avoir pénétré les enfants de l'importance d'une alimentation équilibrée, on leur aurait appris, au sein même de l'école, à planter et à cultiver les légumes et les autres éléments qui manquaient à leur alimentation. Formés par nous, les écoliers auraient ensuite formé leurs parents. C'était naïvement et merveilleusement utopique. Mais après tout, pourquoi ne pas essayer ?

De nombreux instituteurs m'aidèrent à réaliser cette expérience de jardins scolaires. D'autres se montrèrent réticents. Leur mentalité de métropolitains les rendait imperméables aux changements. « Puisque notre enseignement est bon pour les élèves français, disaient-ils, pourquoi ne le serait-il pas pour les autres ? » Ceux-là, j'eus du mal à les convaincre. Mais ce fut peut-être leur résistance qui me poussa à m'obstiner dans mon idée fixe : l'éducation, l'éducation inlassable et patiente liée à l'horizon du village.

J'en étais là de mes réflexions et de mes expériences lorsque Georges Sicault me demanda de « servir de guide » à un membre de la FAO qui voulait se rendre compte par lui-même de la situation alimentaire au Maroc. Ce personnage, c'était Marcel Autret.

Ma rencontre avec cet homme un peu sec et curieusement pince-sans-rire fut pour moi décisive. Pendant trois jours, au volant de ma Chevrolet toute neuve, je fis en sa compagnie des milliers de kilomètres. Et pendant trois jours, je me contentai de l'écouter. Sa méthode d'investigation ressemblait à celle que mes confrères du Service d'hygiène et moi employions lorsque nous voulions nous faire une idée de l'état de santé des habitants d'un village : nous allions d'abord faire un tour au cimetière pour recenser les tombes fraîches et les petits tumulus recouvrant les cadavres d'enfants. Autret agissait de la sorte. Rien ne lui échappait : la maigreur ou la bonne santé des chevaux et des chiens qui rôdaient autour des habitations, les produits disponibles sur les marchés, l'aspect des champs, tout se traduisait pour lui en termes de nutrition. C'était cette acuité du regard et ce réflexe du nutritionniste, conséquences de connaissances encyclopédiques, que je voulais acquérir. Aussi sautai-je sur l'occasion le jour où Georges Sicault me proposa d'aller passer à Marseille un diplôme international de nutrition. Ce diplôme était une création d'Autret, qui assurait d'ailleurs les cours avec d'autres grands nutritionnistes. Pendant trois mois, je pus enfin acquérir les bases fondamentales d'une science que je n'avais fait que humer, apprendre à fond la pathologie nutritionnelle et tout ce qu'elle impliquait, ses relations avec l'agriculture, l'économie, le niveau de vie, les circuits d'échanges et de distribution. Cet enseignement, que je suivis avec des ingénieurs, des vétérinaires et des économistes, fut un des plus intéressants de mon existence. Il acheva de m'ouvrir à tous les aspects du développement. Il ne me restait plus, une fois de retour au Maroc, qu'à en découvrir le moteur : la justice sociale, que seul un bouleversement politique peut apporter aux peuples asservis.

FORMATION

Les stratifications sociales existent partout. Les bidonvilles de Casablanca n'échappaient pas à la règle. Ils formaient autour de la ville une immense ceinture qui allait de la mer à la mer. Venues de toutes les régions du Maroc, 250 000 personnes s'y entassaient dans des maisons de carton, de planches ou de tôles serrées les unes contre les autres, mais groupées en quartiers bien distincts. Poussés par l'exode rural, ces milliers d'êtres déracinés avaient échoué là, au bord de l'Océan, face à la vitrine qu'était pour eux une grande cité, étalage de biens inaccessibles mais convoités. S'ils avaient quitté leur terre, ils ne l'avaient pas oubliée. Dans les bidonvilles, la solidarité entre familles, entre clans, entre tribus et entre régions existait toujours, du moins au début. Elle aidait les nouveaux arrivants à s'installer, à s'adapter et à survivre.

Il suffisait de deux mauvaises récoltes pour que les agriculteurs plient bagage et s'en aillent tenter leur chance là où on leur avait dit que la vie était facile et les emplois nombreux. Ceux qui se décidaient à vivre cette aventure arrivaient en ville avec toute leur fortune. Ils gardaient encore leurs illusions et ils avaient de quoi tenir quelque temps. Le bidonville où ils s'installaient avait un aspect moins précaire, moins touffu que les autres. Sur place, les nouveaux arrivants retrouvaient des membres de leur famille ou de leur village. On s'épaulait, on se donnait des tuyaux. Les anciens plaçaient leurs cousins. Chaque tribu se réservait une série de petits emplois. Les gens du Dades, par exemple, étaient cochers de fiacre ou garçons d'hôtel. D'autres étaient dockers, laveurs de voitures, cireurs de chaussures. Leur territoire, c'était la ville elle-même. A chaque quartier du bidonville correspondait une parcelle du centre de Casablanca. Les habitants des différents quartiers se battaient pour la « possession » des trottoirs « riches » où ils imposaient aux automobiles des Européens et des nantis des frais de gardiennage.

Avec le temps, les nouveaux devenaient des anciens. La ville les retenait. Habitants des bidonvilles à part entière, ils changeaient de quartier; ou bien leur quartier changeait. Il fallait toujours lutter pour conserver sa place, rapporter chaque jour de quoi nourrir les femmes et les enfants. Pour ceux qui avaient eu la chance de trouver une source de revenus, la vie était encore possible. Mais il existait un troisième bidonville où échouaient

ceux qui n'avaient rien trouvé et qui avaient perdu tout espoir d'intégration. A ceux-là, il ne restait que deux possibilités : végéter ou retourner dans leur douar d'origine. La plupart s'y refusaient. Une fois qu'on a connu la ville, même si elle n'apporte que désillusion et amertume, on ne veut plus la quitter. Ce phénomène est aujourd'hui un des grands problèmes du tiers monde, où l'exode rural atteint parfois des proportions catastrophiques. La Mauritanie, par exemple, comptait, en 1965, 770 000 nomades pour 159 000 sédentaires, soit 83 % de sa population. En quinze ans, à la suite de la sécheresse qui a anéanti le cheptel, cette proportion s'est inversée. En 1980, les Mauritaniens nomades n'étaient plus que 350 000 et ne représentaient plus que 25 % de l'ensemble des habitants du pays. Quant à Nouakchott, la capitale, elle était en 1958 un poste militaire regroupant 90 familles. Conçue pour abriter 25 000 habitants en 1990, la ville moderne en avait 5 800 en 1965. Elle en a aujourd'hui 250 000, dont l'écrasante majorité vit dans les bidonvilles. Plus de 90 % de ces anciens nomades déclarent que même si les pluies redevaient normales, ils ne reprendraient jamais leur ancienne existence.

Tout le monde connaît les effets du gonflement des villes du tiers monde. Au bout de quelques années, les structures traditionnelles éclatent. La solidarité ne joue plus, les gens se retrouvent livrés à eux-mêmes. La misère s'installe définitivement. A la fin du protectorat français, les bidonvilles de Casablanca préfiguraient les monstrueuses concentrations infra-urbaines d'aujourd'hui. La mortalité infantile y était de 200 ‰. Sur les 800 enfants survivants, 150 mouraient avant l'âge de cinq ans. On retrouvait à Casablanca tous les effets de la malnutrition : le kwashiorkor, la déshydratation, les gastro-entérites, les carences en vitamines, plus toutes les maladies infantiles qui, comme la rougeole ou les complications pulmonaires, tuaient les enfants par milliers. Il y avait autant de cimetières dans les bidonvilles qu'ailleurs.

Je fus nommé à Casablanca en 1955, à mon retour de Marseille. Mes débuts à Fès mis à part, je n'avais connu, depuis mon arrivée au Maroc, que des paysages de palmeraies, de déserts et de montagnes. Je me retrouvai tout d'un coup plongé dans un monde nouveau, à la fois inquiétant et attirant.

L'atmosphère des bidonvilles était particulière : d'aucuns y

percevaient un certain degré de jalousie et de haine. La guerre d'Indochine venait de se terminer. Celle d'Algérie commençait. Au Maroc, l'opposition à la présence française, qui avait toujours existé, se faisait chaque jour plus sanglante. Les villes, Casablanca en particulier, formaient le cœur de cette opposition. Mêlés à la population, les résistants clandestins s'y cachaient. Quant aux habitants des bidonvilles, ils réclamaient simplement la justice. Et la justice, pour eux, passait par l'indépendance de leur pays. Pour exprimer leurs revendications, ils n'avaient, hélas, qu'un seul moyen : la violence. Tous les matins, Casablanca comptait ses morts de la nuit. A chaque attentat, à chaque manifestation, les autorités françaises réagissaient de la même manière. Terrorisme, contre-terrorisme, « maintien de l'ordre », répression : le protectorat avait du mal à briser cette logique. « Le Maghreb ne deviendra jamais l'Indochine. » C'était le mot d'ordre. Je me souviens d'avoir rencontré sur le quai de Casablanca un officier français qui rentrait du Vietnam. Après avoir joué un rôle dans le désastre de Cao Bang, où une colonne française avait été anéantie par le Vietminh, il venait d'être nommé général. « Je suis là pour servir de nouveau le Maroc, me dit-il. Notre cher Maroc. » Deux jours plus tard, il dirigeait la répression dans la région.

Cette répression m'était, ainsi qu'à quelques amis, intolérable. Les rues et les axes qui quadrillaient les bidonvilles étaient souvent bloqués par des chars. De temps en temps, des avions plongeaient en piqué au-dessus des quartiers, simulant les bombardements. Il s'agissait d'intimider la population, de faire taire la rumeur qui, le soir, montait de l'amphithéâtre de carton et de planches cernant la ville française. J'étais sensible à cette rumeur. J'y reconnaissais un besoin de dignité et de respect. Les « ultras » de « Présence Française » y voyaient, eux, une menace insupportable. Ils n'avaient qu'une seule pensée : l'immobilisme ; qu'un seul argument : la force. Leur haine englobait à la fois les Marocains et les autorités, qu'ils accusaient de « laxisme ». Un jour, un médecin portant le même nom que moi fut assassiné. J'assistai aux funérailles de ce D^r Remy. J'entendis ce jour-là, au milieu des injures et des vociférations, les slogans d'usage sur la « lâcheté des pouvoirs publics » et les anathèmes sur les « bradeurs d'empire ». La presse les amplifiait. Il était instructif, quand on avait assisté à

un événement, d'en lire le lendemain le compte rendu dans les journaux.

Au début de mon affectation à Casablanca, la situation dans la région était tellement tendue que je n'eus pendant deux mois aucun emploi fixe. On me chargea de représenter le directeur de la Santé publique auprès de l'état-major mixte des forces opérationnelles. C'était un poste d'observation intéressant. J'entendis ainsi à la radio de l'état-major les derniers mots du général Duval, dont l'avion s'écrasait quelques instants plus tard.

Les villes prenaient feu. Organisées par les chefs nationalistes, certaines émeutes dégénéraient en tueries, comme le soulèvement d'Ouezzem, qui aboutit au massacre d'un grand nombre de Français, dont le médecin-chef de l'hôpital et ses malades, achevés dans leur lit.

Les résistants étaient emprisonnés. Certains étaient fusillés. Des années plus tard, je rencontrai à l'aéroport de Bamako un officier français qui avait vécu cette période. Je déjeunai avec lui. Il me raconta qu'il avait commandé le peloton d'exécution des condamnés. Leur attitude devant la mort l'avait marqué. « Ils étaient courageux et dignes, me dit-il. Au moment de mourir, ils criaient : " Vive le sultan! " » Ce souvenir troublait son sommeil.

Seuls quelques rares militaires et administrateurs français comprenaient vraiment la situation. Conscients de la nécessité du dialogue, ils étaient en contact avec l'élite libérale marocaine, que la politique du protectorat avait rejetée dans une semi-clandestinité. L'un d'eux, neveu de Lyautey, me fit rencontrer des hommes qui devinrent mes amis et qui, un an plus tard, se retrouvèrent tous dans le premier gouvernement du Maroc indépendant. Leurs idées étaient les miennes. Elles étaient aussi celles de la plupart des Français qui vivaient en permanence au milieu de la population : infirmiers, assistantes sociales, instituteurs, personnel des services de Santé publique. Les habitants des bidonvilles savaient très bien faire la différence entre ces hommes et ces femmes et les partisans de la répression. Ils ne se montrèrent jamais agressifs à leur égard. Ceux qui s'occupaient des femmes et des enfants marocains évoluaient et travaillaient librement. Il n'était pas question pour eux d'avoir une arme dans leur tiroir ou dans leur boîte à gants. J'appris par la suite que nous étions, dès que nous pénétrions dans

FORMATION

les bidonvilles, automatiquement pris en charge par les services de sécurité clandestins. Cette protection, de toute façon, était inutile. Un jour de grève générale, alors que les bidonvilles étaient submergés par les patrouilles de police et des contingents de l'armée, j'aperçus, en roulant vers un dispensaire, des centaines de Marocains attroupés autour d'une voiture arrêtée dont le propriétaire se tenait debout au milieu de la chaussée. Descendant de voiture, je m'avançai vers le groupe, les mains ouvertes et tournées vers le ciel. En m'approchant, je reconnus celui que la foule entourait. C'était un médecin. Je demandai ce qui se passait. Un Marocain me répondit : « Le docteur a crevé son pneu. Alors on lui change sa roue, pour qu'il garde les mains propres. »

Telle était l'ambiance singulière dans laquelle je travaillais. Responsable temporairement des services médico-sociaux pour toute la ceinture de la ville non française, j'avais la charge de la Santé publique, des garderies, des jardins d'enfants, des centres de santé et des dispensaires de protection maternelle et infantile. Créés sous l'impulsion de Georges Sicault, ces dispensaires étaient pour l'époque une nouveauté extraordinaire. Les préoccupations purement sociales et médicales de Sicault rejoignaient les buts moins désintéressés du protectorat. Dans une situation de domination coloniale, quand tout va mal, on « fait du social ». Pour rattraper le temps perdu, alors qu'on a depuis longtemps atteint le point de non-retour, on construit des routes, des hôpitaux, des dispensaires. On pense ainsi pouvoir récupérer les « bons indigènes ». Ce fut la politique de la France en Algérie après l'insurrection de 1954. C'est aujourd'hui celle d'Israël dans les territoires occupés. Cette politique échoue toujours car elle vient trop tard : les rancœurs sont trop fortes, les humiliations ont été supportées trop longtemps. Mais l'action de développement social entreprise au Maroc à la fin du protectorat, caractérisée par un effort important de scolarisation, la construction d'un grand nombre de dispensaires et de centres de jeunesse et de sport, contribua fortement à l'amélioration des conditions d'existence dans les bidonvilles.

Bien sûr, cette action était insuffisante. Si elle profitait aux dix mille personnes qui sollicitaient les services du ministère, elle ne changeait en rien le mode de vie des centaines de milliers de femmes, d'hommes et d'enfants dans le besoin et qui avaient à

peine de quoi subsister. Même dans leur habitat de carton et de tôle, ils s'efforçaient de préserver une certaine qualité de vie. L'intérieur de leurs maisons était propre et accueillant. Mais il n'y avait pas d'eau, pas d'égout. Et l'hiver, il y faisait très froid.

Casablanca est une ville humide, insalubre. Le brouillard recouvre souvent la côte. Aux conséquences de ce climat s'ajoutaient les effets de la malnutrition, dont les enfants étaient les grandes victimes. Deux éléments entraient en ligne de compte : le pouvoir d'achat très faible des familles et le manque d'éducation des mères. Dans les bidonvilles, on mangeait du pain, des fèves, un peu de poulet, des légumes de saison et de la viande tous les quinze jours. On consommait beaucoup d'huile. Cela donnait une alimentation très grasse, pauvre en protéines et totalement inadaptée aux besoins des jeunes enfants. D'un autre côté, de nombreuses femmes travaillaient ou cherchaient du travail. Le soir, lorsqu'elles rentraient, elles n'avaient pas la force de préparer à leurs enfants une alimentation convenable. Et elles étaient trop faibles, trop mal nourries elles-mêmes pour allaiter leurs bébés. D'où un abandon des traditions rurales et un attrait pour les solutions commodes. Les « dames de la ville » donnaient depuis longtemps à leurs enfants du lait en poudre ou du lait concentré. Encouragées par la publicité des grandes marques européennes de lait, les femmes des bidonvilles les imitaient. Il y avait des réclames de Nestlé dans tous les dispensaires. Ce lait en boîte, il fallait l'acheter. Au début du mois, c'était faisable. Au bout de quelques jours, la provision était épuisée et les femmes n'avaient plus de quoi la renouveler. On revenait aux aliments normaux : le lait frais, les pommes de terre, la farine. Il fallait du temps pour les préparer, du bois pour les faire cuire. Or le temps manquait, et le bois était rare. D'un autre côté, les enfants, habitués au goût raffiné des produits européens, n'absorbaient plus les aliments qu'à contre-cœur.

Pauvreté, malnutrition, eau non potable. Ce sont les trois causes des maladies et de la mort des enfants. On ne sort pas de ce cercle. A Casablanca, les moyens employés pour lutter contre cette situation étaient les mêmes que partout ailleurs : vaccinations et éducation sanitaire. On essayait de les compléter par une éducation nutritionnelle, d'apprendre aux mères à trouver des formules

FORMATION

de nutrition correspondant à leur pouvoir d'achat au lieu de se lancer dans des dépenses désastreuses et inutiles. On leur disait : « Nourrissez vos enfants de bouillies que vous ferez vous-même et dans lesquelles vous mettez un œuf, un peu de viande ou un peu de poisson. » En apparence, c'était simple. Mais cela ne résolvait en rien le fond du problème. La nutrition n'est qu'une porte ouverte sur toute une série de questions qui aboutissent fatalement à la remise en cause de l'ordre établi. On en arrive toujours aux mêmes points : les inégalités sociales et économiques, non seulement à l'intérieur des nations, mais entre les nations elles-mêmes. La nutrition acheva ainsi de me politiser. La lutte contre la désorganisation des habitudes alimentaires provoquée par l'entassement dans les bidonvilles de populations rurales déracinées m'amena bien au-delà d'un anticolonialisme de principe. Ce qui était en cause, ce qui est toujours en cause, c'est le système de production, de distribution et d'échanges. Voilà pourquoi le simple fait de poser la question nutritionnelle était considéré en 1955 par les éléments les plus conservateurs comme une attitude subversive.

L'idée de base du nutritionniste est simple : les gens doivent pouvoir se nourrir convenablement avec ce que produit leur pays. Or la logique du système colonial voulait que les puissances colonisatrices extraient des pays sous-développés des matières premières dont avaient besoin les métropoles. Le Maroc, par exemple, a toujours été un gros producteur de poisson, aliment complet par excellence. On en faisait de la farine qui allait nourrir les veaux français, dont on exportait ensuite la viande vers le Maghreb. La farine de poisson n'a pas un aspect très engageant. Mais, mélangée aux bouillies qu'on donne aux enfants en bas âge, elle leur apporte toutes les protéines nécessaires. Je conçus donc une grande campagne encourageant la consommation de cette farine, avec toutes sortes de recettes destinées à la rendre plus présentable. Les événements politiques de 1956 allaient me donner l'occasion de la développer sur une grande échelle. Cette année-là, le Maroc accéda à l'indépendance. Le gouvernement de Mohamed V se retrouva à la tête du pays. J'aurais dû, comme la plupart des Français travaillant pour le protectorat, rentrer en France. Mes amis du nouveau gouvernement me demandèrent, ainsi qu'à

d'autres hommes qui, pendant toutes ces années, avaient soutenu leur combat, de rester et de contribuer à la marocanisation des Services de santé publique.

Ce travail dura deux ans. En 1958, les membres du personnel français du ministère marocain de la Santé firent savoir au ministre qu'il était temps pour eux de renoncer aux postes de responsabilité qu'on leur avait confiés pour laisser la place à des médecins et à des administrateurs marocains. J'avais été pendant ces deux ans chef des services de prévention sociale de la Santé publique. Les hôpitaux et la prévention médicale (hygiène et maladies épidémiques) mis à part, j'avais la charge de l'ensemble des services de santé : dispensaires, centres de protection maternelle et infantile, éducation sanitaire, prévoyance sociale. Une fois ces services structurés, il me semblait normal de m'effacer. Je dis au ministre que j'étais disposé soit à quitter le pays, soit à me rendre utile dans un autre secteur. J'ajoutai que j'étais prêt à créer un service de nutrition. Ma proposition fut acceptée. On me donna de faibles moyens mais on me laissa une entière liberté d'action.

Le service de Nutrition fut incorporé à la politique du Plan. Il s'agissait, par la persuasion et l'éducation, non pas de bouleverser les habitudes alimentaires des Marocains, mais de les transformer en intégrant à la ration journalière de chaque habitant du pays les éléments qui lui manquaient. Ce fut une politique de longue haleine, menée avec la collaboration de tous les services de Santé publique.

On ne le répétera jamais assez : les principales victimes de la malnutrition, ce sont les enfants. Les erreurs alimentaires, dues à la faiblesse du pouvoir d'achat des familles et au manque de connaissance des mères, favorisent l'apparition dans les pays en voie de développement d'un magma propre à l'enfance, où la malnutrition, combinée avec la rougeole, les dysenteries et la déshydratation, aboutit à une mortalité importante. Notre but consistait à améliorer l'alimentation de l'ensemble de la population. Mais il était primordial pour nous de lutter contre ce magma, d'en limiter les effets.

FORMATION

Nous savions déjà que les enfants des écoles présentaient, selon les couches sociales dont ils étaient issus, des différences importantes du coefficient poids/taille. A la naissance, les bébés marocains avaient un poids qui, sans être « normal », du moins suivant les critères en vigueur en Europe, n'était pas mauvais. Et les nourrissons allaités par leur mère croissaient à peu près normalement. Mais dès l'âge de six mois, à l'époque du sevrage, leur croissance se détériorait et leur poids tombait au-dessous de la normale, à cause, précisément, d'une alimentation insuffisante ou déséquilibrée, et de toutes les agressions qu'elle encourageait.

L'alimentation marocaine souffrait d'un léger déficit calorique, d'un manque de protéines et d'une carence en vitamine B 2 et en vitamine C. La vitamine C est fournie principalement par les agrumes, dont le Maroc exportait d'énormes quantités. Quant à la vitamine B 2 et aux protéines animales, un des aliments qui en contient le plus, c'est le poisson.

La côte occidentale de l'Afrique est une des côtes les plus poissonneuses du monde. Le Maroc, comme tous les pays africains bordés par l'Océan, profitait de cette manne. Il profitait également de la richesse de la Méditerranée. Il en résultait une production de 200 000 tonnes de poisson par an. Mais cette richesse du Maroc, paradoxalement, ne profitait pas à sa population. Alors que les pêcheurs marocains ramenaient chaque jour dans leurs filets des tonnes de sardines, de maquereaux et de mulets qui se vendaient au prix dérisoire de 5 francs anciens le kilo, le poisson ne faisait que très peu partie de l'alimentation marocaine.

La cause de cette situation absurde, qui durait depuis des siècles, c'était le profit. Les mareyeurs marocains préféraient vendre sur les marchés des soles ou des langoustes aux Européens ou aux membres de la communauté juive, grands amateurs de poisson. Quant aux milliers de tonnes de sardines ou de maquereaux, elles finissaient dans des boîtes de conserve destinées à l'exportation, ou sous forme de farine utilisée en Europe comme engrais et comme nourriture animale.

Cette attitude des mareyeurs, responsables d'un circuit économique où l'intérêt de la population n'entrait pas en ligne de compte, s'appuyait sur les préjugés de la population à l'encontre du poisson. Alors que le mouton, à l'image de ce qu'est le porc

pour les Européens, est pour eux un animal « complet », puisqu'il donne non seulement de la viande, mais aussi de la laine et des peaux, le poisson était considéré par les Marocains comme un aliment « sale » et créateur de déchets. Une enquête faite pour mon service, avec l'aide d'un expert de la FAO, dans les colonies de vacances, révéla que les enfants venus de l'intérieur du Maroc ne savaient même pas ce qu'était le poisson consommable.

Mettre cette richesse inemployée à la disposition des Marocains : tel fut le but du service de Nutrition. Le fer de lance de notre action, notre « arme choc », ce fut la farine de poisson. Sa consommation par les enfants fut encouragée sur une grande échelle. Le produit existait. Il était fabriqué sur place par un industriel français. Restait à convaincre les mères de ses bienfaits. Dans tout le pays, chaque infirmière, chaque assistante sociale, chaque responsable d'un centre de jeunesse ou de protection maternelle et infantile reçut pour mission d'assurer l'éducation nutritionnelle des femmes.

L'enfant qui vient de naître n'a pas de goût déterminé. Si ses préférences vont au sucre, c'est parce qu'il en a pris l'habitude en buvant le lait de sa mère. La farine de poisson contient de tout, sauf du sucre. Mais quelques cuillerées de cette farine produisaient sur les enfants mal nourris des effets spectaculaires. C'était cela qu'il fallait montrer aux mères, à qui il appartenait, non pas de faire aimer à leurs enfants ce produit à première vue peu comestible, mais de les habituer à en manger.

Les nourrissons n'étaient pas les seuls concernés. Nous devions également faire accepter cette nouvelle habitude alimentaire aux enfants plus âgés, les convaincre eux aussi de la richesse en protéines du poisson et surtout leur en donner le goût. Un instituteur de Marrakech inventa une pizza à la farine de poisson, relevée avec des oignons et des tomates. J'ai appris qu'on en vend encore aujourd'hui sur les marchés. Je mis au point une autre recette, dite de la « sardine amoureuse ». Il s'agissait d'une sardine vidée et grillée entre deux feuilles de laurier. La sardine amoureuse est toujours, m'a-t-on dit, le sandwich habituel des ouvriers travaillant sur les routes.

En ce qui concernait les enfants, nous voulions que les repas servis dans les cantines scolaires compensent les carences en

FORMATION

protéines, en vitamine C et en vitamine B2 de l'alimentation coutumière familiale. On introduit dans les cantines des conserves de poisson elles aussi fabriquées sur place et contenant beaucoup moins d'huile que les conserves exportées. Là encore, la persuasion joua un grand rôle. Lorsqu'un instituteur goûtait une cuillerée de poisson et l'avalait avec un grand sourire en disant : « Comme c'est bon! », les enfants l'imitaient de bon cœur.

Cette action en faveur de la consommation du poisson fut d'abord menée le long de la côte. Elle s'étendit ensuite à l'intérieur du pays et toucha les villages les plus reculés dont les habitants, bien souvent, n'avaient jamais vu une sardine ou un maquereau de leur vie. Le ministre de la Santé nous appuya et mit à notre disposition les grands moyens d'information. Tandis que des équipes se consacraient à l'éducation nutritionnelle des populations rurales, la direction des pêches industrielles assura le transport du poisson dans des caisses réfrigérées, à l'intérieur du pays.

L'opposition des mareyeurs nous causa quelques soucis. Je me souviens par exemple du lancement de la « campagne du poisson » dans les marchés des quartiers de Casablanca. Le lancement de la campagne avait été annoncé à grand bruit. J'accompagnais le ministre de la Santé, le gouverneur de la ville et de nombreuses notabilités. Des centaines de Marocains se pressaient autour des voitures officielles. Mais les marchés étaient vides. Sur les étals des mareyeurs, il n'y avait pas une seule sardine, pas un seul maquereau. Les mareyeurs nous faisaient clairement comprendre, par cette « grève », que notre campagne en faveur du poisson bon marché ne les enthousiasmait pas.

Autre échec, plus singulier, et qui concerne les agrumes. Le Maroc est un gros producteur d'oranges. Comme les sardines, les oranges non calibrées pour l'exportation se vendaient à des prix dérisoires. Je voulus encourager les marchands ambulants de Casablanca qui, aussi bien dans les rues du centre que dans les bidonvilles, vendaient du chewing-gum et du Coca-Cola, à remplacer ces deux produits coûteux et inutiles (le Coca-Cola est le grand ennemi des nutritionnistes) par du jus d'orange. Je m'aperçus, des années plus tard, que cette idée était appliquée depuis longtemps à Beyrouth, où l'on trouve des marchands d'oranges pressées à tous les coins de rue. Mais à Casablanca, mes tentatives

échouèrent. Les marchands ambulants restèrent fidèles au chewing-gum et au Coca-Cola.

Les nutritionnistes, comme les savants des romans de Jules Verne, sont de grands naïfs. Ils échafaudent des systèmes parfaits dont la réalisation suffirait, pensent-ils, à éliminer la malnutrition à la surface de la terre. La réalité se charge toujours de les ramener à plus de modestie. La naïveté, pourtant, n'est pas inutile. En se heurtant à des pesanteurs dues autant à des oppositions systématiques qu'à une certaine forme d'indifférence, les naïfs et les enthousiastes, même s'ils n'arrivent pas à les résoudre, finissent par poser les vrais problèmes.

L'action nutritionnelle que mena pendant deux ans le service que j'avais créé contribua à améliorer l'alimentation des Marocains, donc leur état de santé. Même s'il subsiste toujours au Maroc de nombreux cas de malnutrition, même si les impératifs économiques ont parfois repris leurs droits au détriment des besoins de la population, les idées nutritionnelles, dans ce pays, sont aujourd'hui entrées dans les mœurs. C'est déjà quelque chose.

Je quittai le Maroc en 1960. J'y avais passé onze ans. Pendant ces onze années, j'avais touché à tout ce que j'allais par la suite approfondir au sein de la FAO puis surtout de l'UNICEF. Le choc qu'avait provoqué en moi la découverte du « magma » de Fès m'avait fait prendre conscience des limites de la médecine classique, de la nécessité d'une forme de santé publique plus vaste et d'une prévention généralisée. Après m'être consacré à l'épidémiologie et à la question primordiale de l'eau, j'avais découvert la nutrition, puis, dans les bidonvilles de Casablanca, les problèmes sociaux des zones péri-urbaines. L'indépendance du Maroc m'avait ensuite permis de mener une action nutritionnelle d'envergure tout en me familiarisant avec les rouages compliqués d'une administration centrale. En onze ans, j'avais acquis une formation empirique et diversifiée. Mais mon expérience restait malgré tout limitée. Même si le Maroc était un peu devenu, en onze ans, ma seconde patrie, je ressentais le besoin d'agir sur une plus grande échelle, de ne pas me cantonner à un seul pays. Il me semblait que seule une organisation internationale pouvait répondre à ce désir.

II

RENCONTRE
AVEC L'UNICEF

*Côte-d'Ivoire, New York, Algérie
1960-1975*

L'Histoire est parfois ingrate. Il lui arrive d'oublier ceux qui, avec discrétion, sans ostentation ni vanité, ont infléchi son cours. Ainsi, peu de gens savent ce que les enfants du monde à qui les Nations unies, depuis bientôt quarante ans, ont pu venir en aide, doivent au D^r Ludwig Rajchmann, dont l'action aboutit, le 11 décembre 1946, à la fondation de l'UNICEF.

De nationalité polonaise, le D^r Rajchmann, spécialiste de médecine sociale, avait dirigé entre les deux guerres mondiales la section d'hygiène de la Société des Nations. S'étant intéressé très tôt au sort des pays les plus pauvres, notamment la Chine, où il avait effectué une mission de plusieurs années, il avait été un des premiers internationaux à comprendre le rôle capital que joue la nutrition dans le développement des sociétés humaines. Et il s'était déjà fait l'avocat des enfants en prenant une part importante, en 1932, aux travaux de la conférence de Rome, dont les participants essayèrent d'établir de façon concrète les « besoins nutritionnels de la femme enceinte, de l'enfant et du travailleur ».

Rajchmann passa une grande partie de la Deuxième Guerre mondiale aux États-Unis, comme chef de la mission d'approvisionnement de la Pologne auprès du gouvernement américain. À la fin des hostilités, il continua à servir son pays, cette fois auprès

des Nations unies. En 1946, il représentait la Pologne au Conseil de l'UNRRA, l'« Administration des Nations unies pour le secours et le relèvement », ou « United Nations Relief and Rehabilitation Administration ».

Créée par les puissances victorieuses au moment de la fondation des Nations unies, cette institution avait pour but de porter secours aux enfants des pays victimes de la guerre. Disposant d'énormes moyens financiers, fournis principalement par les États-Unis, elle accomplit jusqu'en 1946 un travail gigantesque. Puis, la situation des enfants d'Europe devenant moins dramatique et les nations libérées amorçant lentement leur redressement, les principaux bailleurs de fonds de l'UNRRA, estimant que cette administration n'avait plus de raison d'être, décidèrent de ne pas lui renouveler leurs contributions. L'UNRRA mourut donc de sa belle mort, laissant derrière elle un solde de plus de 50 millions de dollars.

Réuni à Genève au cours de l'été 1946, son Conseil, qui regroupait tous les représentants des pays membres, estima que l'œuvre qu'elle avait accomplie en faveur des enfants et des adolescents ne pouvait être interrompue aussi brutalement. Sous l'impulsion de Ludwig Rajchmann, le Conseil adopta une résolution stipulant que les avoirs de l'UNRRA seraient utilisés, après sa disparition, au bénéfice des enfants et des adolescents du monde et qu'un tel but ne pourrait être « efficacement et convenablement atteint que par la création d'un fonds international de secours à l'enfance ».

Rajchmann était connu et apprécié des autorités américaines. Il reçut l'appui de l'ex-président Hoover, qui s'était occupé pendant la guerre du ravitaillement des pays dévastés, et du président Truman qui, après avoir effectué une tournée à travers le monde, venait d'ordonner une enquête sur les besoins des nations alliées des États-Unis.

La résolution de l'UNRRA n'avait rien d'un vœu pieux. Rajchmann était bien décidé à faire tout ce qui était en son pouvoir pour que son projet aboutisse à une décision concrète. Le Conseil de l'UNRRA approuva la création d'une « Commission permanente pour la protection de l'enfance et de l'adolescence », dont Rajchmann devint le président. Cette commission se proposait

RENCONTRE AVEC L'UNICEF

d'élaborer les statuts du futur fonds de secours à l'enfance. Ses travaux aboutirent à un texte rédigé par Rajchmann et transmis par lui au Conseil économique et social des Nations unies.

« La Commission a décidé que les Nations unies devraient créer un organisme chargé de la protection de l'enfance et de l'adolescence, et que celui-ci devrait assurer la gestion des crédits attribués par les gouvernements, les institutions bénévoles ou provenant d'autres sources, ou de ceux qui pourraient être transférés par l'UNRRA, pour permettre l'accomplissement de cette tâche. »

Le Conseil économique et social approuva ce projet et le recommanda à l'Assemblée générale de l'ONU qui, le 11 décembre 1946, l'adopta à l'unanimité. La résolution 57 (I) de l'Assemblée générale entérinait la création d'un fonds international chargé de « porter secours aux enfants et aux adolescents des pays victimes d'agression ».

Ainsi naquit l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), connu également sous son appellation française : FISE (Fonds international de secours à l'enfance).

Ce Fonds n'était que provisoire. Il avait simplement pour mission d'utiliser au mieux le solde de l'UNRRA, avant de disparaître à son tour une fois que la situation des pays où il exercerait ses activités, c'est-à-dire la Chine et les pays européens qui s'étaient retrouvés dans le camp allié à la fin de la guerre, serait redevenue normale. C'était un début modeste. Personne n'imaginait que cet organisme symboliserait un jour dans tous les pays du monde, sans distinction de régime ou d'idéologie, ce que le système des Nations unies peut avoir de plus désintéressé, de plus utile et de plus fiable. Et personne, aujourd'hui, ne songerait à remettre en question son existence. Pourtant, son caractère provisoire n'a jamais été modifié. Le Fonds pourrait être dissous à tout moment par une simple résolution de l'Assemblée générale des Nations unies.

Ce caractère provisoire explique l'extraordinaire souplesse qui, dès le début, caractérisa le fonctionnement et l'action de l'UNICEF. Cette souplesse, mélange de rapidité de décision et de pragmatisme sur le terrain, deux hommes en garantirent le succès : Ludwig Rajchmann, premier président du conseil d'ad-

ministration du Fonds, composé des représentants des cinq grandes puissances et des 23 autres États membres, et Maurice Pate, son premier directeur général.

Les deux hommes se complétaient parfaitement. Tête pensante et fondateur de l'UNICEF, Ludwig Rajchmann, animateur de premier ordre, lui apportait son expérience, sa largeur de vue et son immense culture. Il connaissait bien Maurice Pate qui, entre les deux guerres, avait travaillé en Pologne comme homme d'affaires, après avoir collaboré pendant la Première Guerre mondiale avec Herbert Hoover, alors chargé du ravitaillement de la Belgique et du nord de la France. Pate était américain. De l'Américain, il avait le sens pratique et le goût des réalisations concrètes. Il en avait aussi l'obstination et la volonté. Ce fut lui qui, immédiatement après la naissance de l'UNICEF, imposa son caractère universel en obtenant des gouvernements alliés que les enfants des pays vaincus, Autriche, Japon, Italie et Allemagne, seraient secourus par le Fonds au même titre que les autres. En dépit d'énormes réticences, surtout en ce qui concernait l'Allemagne, il réussit à faire admettre par tous l'idée que les enfants, quelle que soit leur nationalité, n'ont de dette envers personne.

Le transfert vers l'UNICEF du solde de l'UNRRA ne se fit pas du jour au lendemain. Maurice Pate commença à travailler dans le sous-sol d'un immeuble de Washington, avec une seule secrétaire. Il lui fallait d'abord continuer l'œuvre de l'UNRRA qui, dès la libération des pays européens, leur avait distribué des repas scolaires composés d'aliments fournis par le gouvernement américain. Cinq semaines après sa fondation, l'UNICEF expédia en Europe une première livraison de nourriture.

Il ne s'agissait encore que de secours « d'urgence ». A court d'argent, Maurice Pate sollicita en premier lieu l'aide financière de ceux qu'on appelait alors les « grands techniciens de la charité », les États-Unis et le Canada. Outre de la nourriture, le Fonds distribuait des produits de première nécessité, des vêtements et des couvertures. Mais très vite, toujours sous l'impulsion de Rajchmann, qui trouva un appui important en la personne du grand pédiatre français Robert Debré, l'UNICEF élargit le cadre de son assistance. Une fois les enfants d'Europe nourris et protégés

du froid, il fallait les soigner. L'UNICEF commença par apporter son soutien à une grande campagne de lutte contre la tuberculose, qui faisait alors de gros dégâts parmi les enfants européens. Proposée par les pays scandinaves et gérée par un Danois, Johannes Olm, cette campagne, la première vaste opération ponctuelle appuyée par l'UNICEF, déborda les frontières de l'Europe, puisque ce fut à cette occasion, alors que je venais d'arriver au Maroc, que j'entendis parler du Fonds pour la première fois.

Ludwig Rajchmann avait d'autres ambitions. Il souhaitait entreprendre des réalisations à long terme qui, une fois lancées, auraient été laissées à la charge des pays bénéficiaires. Cette ambition entraînait dans l'esprit de la résolution 57 (I). Le texte de l'Assemblée générale de l'ONU précisait que l'UNICEF jouirait d'une complète indépendance financière, gérerait à sa guise les ressources que lui fourniraient les États et les particuliers et agirait toujours en collaboration étroite avec les gouvernements qui profiteraient de son aide. Rajchmann avait deux grands objectifs : la reconstruction de l'industrie du lait dans les pays ravagés et la mise à la disposition de leurs populations des grandes découvertes scientifiques et médicales faites pendant la guerre, notamment la pénicilline.

Des fabriques de lait en poudre furent construites en Europe de l'Est. L'UNICEF signa avec les pays concernés des contrats qui stipulaient que les usines produiraient du lait destiné aux repas scolaires et aux centres de protection maternelle et infantile. Cette politique de longue haleine fut ensuite étendue à l'Amérique latine et à l'Inde. Il en alla de même pour les usines de pénicilline et les fabriques de DDT, éléments de base d'une action de grande envergure contre le paludisme.

Ces réalisations marquèrent les débuts de l'implantation de l'UNICEF dans les pays du tiers monde. Le Fonds eut d'abord des contacts avec ces pays par l'intermédiaire des puissances coloniales. Dans les territoires dominés par la France, par exemple, il collabora avec les autorités et les équipes médicales françaises en leur apportant son soutien dans la lutte contre les grandes endémies. Les services français travaillaient dans toute l'Afrique francophone depuis des années et obtenaient des résultats impres-

sionnants. Ils présentaient pour l'UNICEF un avantage appréciable : leurs équipes étaient sur place et disposaient d'une infrastructure efficace. Le Fonds les aida à diffuser les nouveaux médicaments : la pénicilline, les antibiotiques et un sulfamide de fabrication anglaise qu'on employa sur une grande échelle pour tenter de venir à bout de la lèpre. L'UNICEF contribua également à la disparition du pian. Cette maladie très spectaculaire, cousine germaine de la syphilis, provoquait de graves lésions de la peau et des contractions des membres. Elle mutilait les enfants de façon atroce. Or, les antibiotiques avaient sur le pian un effet immédiat. Une seule piqûre suffisait.

L'UNICEF entreprit des actions similaires en Inde et au Pakistan, devenus indépendants en 1947. Il s'occupa aussi de l'Amérique latine, dont les nations, indépendantes depuis plus d'un siècle, n'arrivaient pas, et n'arrivent toujours pas à contrôler tous les facteurs du sous-développement. Le Fonds collabora aussi avec le gouvernement chinois jusqu'en 1949, date de la prise de pouvoir par les révolutionnaires, qui décidèrent de rejeter toute aide « occidentale », et à partir de Manille et de Bangkok, avec d'autres gouvernements d'Asie.

Petit à petit, l'UNICEF déplaçait son champ d'action vers les pays « neufs ». En 1948, il lança au monde entier « l'Appel des Nations unies en faveur de l'enfance ». Il s'agissait d'une collecte internationale conçue par M. Ordning, représentant la Norvège à l'Assemblée générale de l'ONU. Par l'intermédiaire des Comités nationaux de l'UNICEF, qui virent le jour à cette occasion et qui, formés de bénévoles, avaient pour tâche de rassembler les sommes recueillies, le Fonds demanda à tous les citoyens du monde de donner en faveur de l'enfance l'équivalent d'une journée de travail. Cette campagne, à laquelle participèrent 45 pays et 30 territoires sous domination coloniale, rapporta près de 30 millions de dollars. L'UNICEF était encore, officiellement, un fonds « d'urgence » destiné à venir en aide aux nations « victimes d'agressions », c'est-à-dire, en priorité, à celles que la Deuxième Guerre mondiale avait ruinées. Mais l'appel de 1948 favorisa une prise de conscience générale des problèmes de l'enfance et amorça le développement d'une solidarité beaucoup plus vaste.

RENCONTRE AVEC L'UNICEF

Cette solidarité nouvelle consacra l'UNICEF. Les États-Unis, qui assuraient à eux seuls 70 % du financement du Fonds, voulaient lui réserver le même sort qu'à l'UNRRA. En 1950, cinq ans après la fin de la guerre, les pays alliés n'avaient plus réellement besoin d'assistance. Quant aux pays sous-développés, le gouvernement américain préférait mettre au point avec eux une série de programmes d'assistance bilatérale qui lui permettraient de les garder éventuellement dans son giron.

Mme Roosevelt, représentante des États-Unis à l'Assemblée générale, défendit donc une résolution américaine prévoyant la disparition de l'UNICEF. Par l'intermédiaire de son délégué, Mme Bastid, la France affirma au contraire qu'il était indispensable que l'UNICEF continue d'exister et que son action s'oriente de façon définitive vers la protection de l'enfance des pays en voie de développement. Le représentant du Pakistan résuma la position de nombreux délégués en déclarant, à propos de la collecte mondiale de 1948 : « Nous avons accepté de participer à cette campagne et de venir en aide aux enfants d'Europe victimes de la guerre. Mais nous avons pu remarquer, sur les affiches diffusées à cette occasion par l'UNICEF, que les enfants qu'on nous montrait étaient en meilleur état que les nôtres. Les enfants d'Europe ont souffert des bombardements et des désastres de la guerre. Nos enfants, eux, souffrent depuis des siècles de malnutrition chronique. Nous avons répondu à votre appel de 1948. À vous, maintenant, de nous aider. »

Ce discours emporta l'adhésion de la majorité des membres de l'Assemblée générale. La résolution américaine fut retirée et l'UNICEF put dès lors se consacrer entièrement à sa véritable vocation : la lutte contre le sous-développement, responsable des souffrances et de la mort de millions d'enfants à travers le monde.

Mais l'UNICEF n'était encore qu'un fonds, une « organisation d'assistance ». Ses membres travaillèrent d'abord, dans les pays du tiers monde, en collaboration avec les grandes organisations internationales : l'OMS, la FAO et, plus tard, l'UNESCO, se contentant modestement de participer à la réalisation des programmes mis au point par leurs experts. L'UNICEF finançait les projets : il ne les concevait pas, du moins pas entièrement. Mais

l'action de ses membres sur le terrain, action toujours ponctuelle et empirique, en leur faisant appréhender tous les aspects de la situation de l'enfance, l'aspect nutritionnel avec la FAO, sanitaire avec l'OMS, social et éducatif avec l'UNESCO, les amena petit à petit à avoir leur démarche propre, à acquérir une indépendance à la fois technique et intellectuelle. De simple bailleur de fonds, créé à l'origine pour remplir une tâche limitée dans l'espace et dans le temps, l'UNICEF se transforma au fil des années en une organisation autonome travaillant en relation directe avec les gouvernements du tiers monde, non plus suivant des décisions prises en haut lieu, au sein du conseil d'administration et souvent inspirées par les représentants des nations développées, mais en fonction des besoins réels des pays en difficulté. En aidant les gouvernements à identifier et à évaluer leurs priorités, les membres de l'UNICEF furent parmi les premiers à prendre conscience de l'interpénétration de tous les problèmes liés au développement, donc de la nécessité d'une action en profondeur et de projets à très long terme. Ils furent aussi les premiers, et pendant longtemps les seuls, à comprendre que la protection de l'enfance n'est pas un aspect marginal ou secondaire de la lutte contre le sous-développement, mais qu'elle en constitue au contraire le pivot, le centre, le préalable indispensable.

Après la grande explosion de la décolonisation, les agents de l'UNICEF sur le terrain commencèrent par étudier la situation de chaque pays, à mener des enquêtes pour savoir avec précision ce qu'il y avait à faire, et surtout ce qu'il était possible de faire une fois évaluée « l'urgence permanente » des besoins des populations. Les programmes de simple assistance, les livraisons de nourriture ou de vêtements n'ont jamais été relégués au second plan : en cas de guerre, de famine ou de catastrophe naturelle, on pare au plus pressé. Mais ces opérations spectaculaires se sont doublées, dès le milieu des années cinquante, d'un travail beaucoup plus discret, moins bruyant et moins connu. Un travail patient, difficile et souvent ingrat, un travail de longue haleine qui, dans la majorité des cas, ne commençait à porter ses fruits qu'après de longues années.

Cette activité des représentants de l'UNICEF sur le terrain

RENCONTRE AVEC L'UNICEF

fut d'abord spontanée. Ils agissaient de leur propre initiative, en s'adaptant aux situations qu'ils avaient à affronter sur place. Ce ne fut qu'au début des années soixante que la somme de leurs expériences provoqua le bouleversement de la nature même de l'UNICEF, de ses mobiles et de ses buts. Deux Français jouèrent dans cette transformation un rôle prépondérant : le Pr Robert Debré, fondateur du Centre international de l'enfance, et Georges Sicault, mon ancien « patron » des Services de santé au Maroc.

L'activité de Robert Debré, un des « grands » de la pédiatrie mondiale, fit faire à l'UNICEF d'énormes progrès dans le domaine de la santé ; elle l'aida à passer du stade de l'assistance médicale et de fourniture de matériel à celui d'une coopération réelle, basée sur la formation dans les pays du tiers monde d'hommes et de femmes spécialistes, non seulement de la protection sanitaire de l'enfance, mais aussi des problèmes psychologiques et sociaux qui perturbent de façon dramatique la vie des millions d'enfants victimes du sous-développement.

Fondé en 1949, le Centre international de l'enfance dépend du gouvernement français. Mais, subventionné par l'UNICEF depuis sa création, il travaille en liaison étroite avec lui. Son but, c'est l'enseignement. Faire connaître, grâce à des cours, des conférences et des enquêtes, la situation de l'enfance dans le tiers monde, chercher les meilleurs moyens de la rendre moins pénible en s'attaquant à tous ses aspects, qu'ils soient médicaux, nutritionnels, sociaux, ou éducatifs, se consacrer au développement de cette « tranche d'âge » qui va de la conception d'un enfant à son entrée dans l'âge adulte, parce que la vigueur de cette « tranche d'âge » est essentielle à la survie du « capital humain » : cette conception d'ensemble, à laquelle Robert Debré resta fidèle jusqu'à sa mort, rejoignait en tout point la pensée de Georges Sicault.

J'étais encore au Maroc lorsque « Saint-Georges-Bouche d'or » entra à l'UNICEF et en devint directeur général adjoint. Jusqu'à son arrivée, l'UNICEF avait évolué de façon empirique, « au coup par coup », en fonction des problèmes concrets qu'il avait à résoudre. Lié aux circonstances de sa création, à la souplesse de son fonctionnement et à l'influence de la mentalité anglo-saxonne dont se réclamaient la plupart de ses dirigeants, cet

empirisme avait abouti à une formule de travail toujours en vigueur : le pragmatisme, qui consiste à choisir une solution rationnelle en fonction de son efficacité immédiate.

Ce travail, l'UNICEF n'avait pas à en rougir. Depuis 1946, le Fonds avait consacré des dizaines de millions de dollars à la lutte contre le paludisme, qui reste un des fléaux du tiers monde, non seulement parce qu'il tue les enfants mais parce qu'il diminue à jamais ceux qu'il frappe sans les tuer, la tuberculose (près de 150 millions d'enfants vaccinés), le pian (plus de 30 millions de personnes traitées en Afrique et en Asie), la lèpre, qu'il avait aidé à combattre dans 39 pays, dont 23 en Afrique, le trachome (15 millions d'enfants soignés), le typhus et la malnutrition.

Le principal mérite de Sicault fut, en apportant à l'UNICEF la largeur de vues et l'esprit visionnaire qui avaient fait merveille au Maroc, d'amener le Fonds à aller au-delà de cet « empirisme », à ne plus agir uniquement par secteur mais à s'occuper désormais de l'enfance dans son ensemble. Ce fut lui qui lança l'idée d'une « planification pour l'enfance ». Les pays nouvellement indépendants accordaient une grande importance à la planification. Sous l'influence de Sicault, l'UNICEF leur demanda d'intégrer l'enfance dans leurs plans de développement. Ce fut également sous son influence que l'UNICEF finit par déclarer aux dirigeants de ces pays qu'il était prêt à collaborer avec eux dans tous les domaines où l'enfance se trouvait impliquée, et à le faire sur les bases des demandes formulées par les gouvernements eux-mêmes.

En 1960, au moment où l'UNICEF croisa véritablement ma route pour la première fois et où j'eus l'occasion de constater la valeur de son travail sur le terrain, ces idées n'étaient pas acceptées par tout le monde. « L'esprit charitable » des années d'après-guerre était encore vivace. En dépit de l'appui de Maurice Pate et d'un autre homme dont j'aurai l'occasion de reparler, l'Australien Richard Heyward, qui fut directeur général adjoint du Fonds de 1949 à 1981, Sicault n'imposa pas ses vues du jour au lendemain. Mais elles progressaient quand même; l'UNICEF n'avait déjà plus rien à voir avec la modeste organisation de secours et d'assistance destinée à l'origine à disparaître au bout de quelques années.

RENCONTRE AVEC L'UNICEF

Ludwig Rajchmann avait été un précurseur. Dès la création de l'UNICEF, il l'avait encouragé à préférer à la charité une véritable coopération. Robert Debré, Georges Sicault, Heyward et tant d'autres ne firent que mettre en pratique, en les approfondissant et en les perfectionnant, les conceptions de Rajchmann.

En 1960, alors que s'amorçait la grande mutation qui allait faire de l'UNICEF ce qu'il est aujourd'hui, Rajchmann l'avait quitté depuis longtemps. Sa carrière aux Nations unies s'était achevée avec la guerre froide. La politique avait eu raison de lui.

Rajchmann, en la représentant à la SDN puis à l'ONU, avait toujours servi la Pologne. Il continua à la servir après qu'elle eut basculé dans le camp communiste. Cette fidélité lui valut d'être persécuté par les partisans du sénateur McCarthy. Malgré son statut de diplomate international, la commission McCarthy voulut le faire comparaître devant elle. Rajchmann refusa. Les maccarthystes se présentèrent alors à son hôtel pour lui remettre la sommation en main propre. Rajchmann se savait recherché : il ne quittait plus sa chambre. On lui téléphona du hall de l'hôtel, lui disant qu'un Polonais qui avait besoin d'aide demandait à le voir d'urgence. Rajchmann descendit et se trouva nez à nez avec ceux qui le traquaient. Mais au lieu de prendre la sommation qu'ils lui tendaient, il la laissa tomber par terre.

Il ne lui restait plus qu'à quitter les États-Unis. Son départ fut organisé par Air France. Un véhicule vint le prendre à son hôtel et le conduisit à l'aéroport. Il y circula, encadré et protégé par ses amis, jusqu'au décollage de l'avion qui le conduisit en France, où il désirait prendre sa retraite.

Ludwig Rajchmann se retira et mourut à Chenu, un petit village de la Sarthe. Les habitants de ce village ont gravé une plaque à sa mémoire : « À Ludwig Rajchmann, citoyen de la République polonaise, ami des hommes et des enfants. »

Maurice Pate, lui, mourut en 1965. D'autres hommes, de toutes origines et de toutes nationalités, ont pris la relève des deux fondateurs de l'UNICEF et poursuivent le même but que le leur : assurer la sauvegarde des enfants du tiers monde, faire en sorte qu'ils puissent un jour, eux ou les enfants de leurs enfants, avoir

40 000 ENFANTS PAR JOUR

une vie normale et digne. Ce but est aussi le mien. Même s'il peut paraître utopique, même si l'action de l'UNICEF n'est qu'une goutte d'eau dans la mer, l'œuvre accomplie par ses membres depuis trente-huit ans et à laquelle ils continuent à travailler tous les jours se justifie d'elle-même. Il est possible que les immenses problèmes du tiers monde ne soient jamais résolus, que le sous-développement reste pendant des siècles le lot de la majorité des hommes. Malgré tout, l'action de l'UNICEF est efficace et utile. Je suis là pour en témoigner.