

Le dilemme médical en situation de catastrophe. Étude par analyse de contenu du film « Five days at Memorial » dans l'ouragan Katrina.

The medical dilemma in a disaster situation. A content analysis study of the film "Five Days at Memorial" during Hurricane Katrina.

Hachelafi Hamid *

Faculté de médecine. Université Oran1, Algérie,
hachelafimed@gmail.com

Reçu le: 21/12/2025 Acceptée le: 06/06/2026

Résumé:

L'analyse de contenu du huitième épisode de la mini-série est motivée par l'authenticité des faits. Le film est séquencé par unité de temps en secondes. Le descriptif de l'acharnement contre le présumé fautif Dr. Pou est marqué par les démarches de la justice (41.25 %), et les interventions des médecins légistes pour consolider le dossier d'accusation (58.73 %). Le tableau sémiologique de la souffrance psychique du Dr. Pou est marqué par la reviviscence du drame au cours de son discours narratif (55.09 %), et de sa peur de la presse (13.2 %). Les formes de soutien au Dr. Pou par son conjoint sont multifformes (30.88 %). Le soutien professionnel est effectif par l'aide financière octroyée (44.85 %). La résilience religieuse est présente par des citations (52.94 %), des prières (8.23 %) ou des symboles religieux (5.88 %). L'analyse filmographique est une approche illustrée dans la prise de décisions médicale en situation de catastrophe.

Mots Clés: Médecine narrative; Cinéma et médecine; Film catastrophe; Dilemme éthique; Éthique médicale; Film « Five days at Memorial »; Ouragan katrina

Abstract:

The content analysis of the eighth episode of the miniseries is motivated by the authenticity of the events. The film is sequenced by time unit in seconds. The description of the relentless persecution of the alleged culprit Dr. Pou is marked by the legal proceedings (41.25%) and the interventions of forensic pathologists to strengthen the prosecution's case (58.73%). The semiological picture of Dr. Pou's psychological suffering is marked by the reliving of the trauma during his narrative discourse (55.09%) and his fear of the press (13.2%). The forms of support Dr. Pou receives from his spouse are multifaceted (30.88%). Professional support is provided through financial assistance (44.85%). Religious resilience is expressed through quotations (52.94%), prayers (8.23%), or religious symbols (5.88%). Film analysis is an approach illustrated in medical decision-making during disaster situations.

Keys Words: Narrative medicine; Cinema and medicine; Disaster film; Ethical dilemma; Medical ethics; Film "Five Days at Memorial"; Hurricane Katrina

INTRODUCTION:

Les catastrophes naturelles n'épargnent aucune zone géographique de la planète, elles ne se cantonnent pas dans des marges de temps spécifiques, et elles impactent sur plusieurs plans la vie des citoyens. L'ouragan Katrina est un exemple de la catastrophe naturelle qui avait ruiné l'état de Nouvelle Orléans aux États-Unis en 2005 et causant la mort des centaines de citoyens, et « outre le risque d'inondations liées à l'ouragan Katrina, les personnes qui n'ont pas évacué étaient également exposées aux risques de maladies infectieuses d'origine hydrique et à des toxines dues à la contamination par les déchets des fosses septiques, ainsi que par les déchets agricoles, d'eaux usées et industriels. L'ouragan Katrina a fait plus de 1 300 morts » (Reininger, 2013).

Les plans d'urgence en situation de catastrophes sont mis à jour régulièrement par les autorités compétentes avec l'intervention de plusieurs secteurs dans la gestion de ces situations qualifiées d'état d'urgence et faisant appel dans leurs gestions logistiques aux services de sécurité et à l'armée selon les cas.

Le drame survenu dans les suites de l'ouragan Katrina après le constat d'une quarantaine de décès dans l'hôpital de Mémorial et les accusations d'un médecin avec deux infirmières pour homicides commis à l'encontre des patients placés dans l'unité des soins palliatifs. Bien que les conditions de travail en situation de crise dans l'hôpital Mémorial étaient noyées par les allégations de la presse, et controversées par les récits documents et des témoignages du personnel hospitalier, à l'exemple du témoignage du Dr. Deichmann qui image son vécu au sein de l'hôpital par un récit poignant d'abandon et de survie : « Après la rupture des digues, un véritable bouillon de culture toxique a encerclé le Memorial Medical Center de La Nouvelle-Orléans. Plus, de deux mille personnes se sont retrouvées piégées dans des conditions insalubres, sans aucune sécurité, tandis que le nombre de morts ne cessait d'augmenter. Les corps s'entassaient dans la chapelle, la température suffocante dans cet hôpital surpeuplé et la situation devenait de plus en plus désespérée. Médecins, infirmières et personnel travaillaient sans relâche, soignant les patients et tentant d'évacuer l'établissement » (Deichmann, 2008).

Les questionnements émergeant du vécu de la catastrophe naturelle de l'ouragan Katrina concernent la découverte énigmatique des décès survenu dans l'hôpital avec la forte suspicion d'un homicide intentionnel commis par les membres du staff hospitalier ce qui remet en question des discussions éthiques sur les opérations de tri des patients en situations extrêmes de survie, la nature des affects des médecins confrontés aux procédures judiciaires et médiatiques, et l'apport du soutien social multiforme et de la résilience religieuse.

Les objectifs assignés à l'étude sont de comprendre par l'étude des conditions de travail et l'analyse des comportements de l'équipe soignante dans une situation extrêmes et de survie.

2.Méthode:

La méthode d'étude est l'analyse de contenu du huitième épisode de la mini-série « Five days at Memorial » réalisée par Mike Makowsky en 2022. L'épisode intitulé le « Jugement » décrit les circonstances de mise en accusation d'un médecin et deux infirmières

d'homicides commis contre au moins quatre patients parmi une quarantaine de décès de patients survenu à l'hôpital Mémorial au cours des suites de l'ouragan Katrina.

La méthode d'étude est basée sur la sémiotique narrative et la communication verbale et non-verbale par le séquençage des scènes du film. La grille de lecture filmographique est élaborée pour identifier les manifestations expressives ou comportementales qui imagent la nature du vécu du personnel hospitalier accusé d'homicides, du descriptif des démarches judiciaires et de la couverture médiatique des faits qui rhétorise la problématique éthique dans le tri des patients au cours des opérations d'évacuation, de la nature du vécu des accusés et l'apport du soutien sur leur santé psychique.

Les items retenus dans l'analyse sont intitulés : l'acharnement judiciaire et médiatique contre Dr. Pou, la souffrance psychique du Dr. Pou et les formes de soutien du Dr. Pou.

Les unités de mesure du temps des scènes du film sont évaluées en secondes.

Résumé du film: les médecins et les infirmières de l'unité de soins intensifs d'un hôpital de la Nouvelle-Orléans ont du mal à traiter les patients pendant l'ouragan Katrina dû à une panne électrique de cinq jours (Imdb, 2022).

3. Résultats:

La durée du huitième épisode intitulé « le jugement » est 53 minutes et 32 secondes soit l'équivalent total de 3 212 secondes. Le film est inspiré du livre « Five Days at Memorial: Life and Death in a Storm-Ravaged Hospital » qui résume: « Une enquête marquante sur les décès des patients dans un hôpital public dans la ville de la Nouvelle-Orléans aux États-Unis en 2005 qui fut ravagée par l'ouragan Katrina – et le récit poignant de la quête de vérité et de justice – par un médecin et journaliste lauréat du prix Pulitzer » (Fink, 2016). Le film décrit des faits réels sur les impacts de l'ouragan Katrina et surtout sur le drame découvert par la mort d'une quarantaine de patients et l'inculpation d'homicides de quatre patients commis par un médecin et deux infirmières à l'hôpital Mémorial. Le film est séquencé en unités dont la valeur de mesure est en seconde.

Les intitulés des unités d'analyse de contenu du film concernent Dr. Pou qui a subi des poursuites judiciaires et un acharnement médiatique, sur la suspicion d'actes d'euthanasie qualifiés par le Procureur de la ville d'homicides. L'expressif mixte, imagé et oral, comporte:

3.1. Descriptif de l'acharnement judiciaire contre Dr. Pou. L'unité d'analyse totalise 369 secondes. Elle est marquée par les différentes démarches de l'instance judiciaire (41.25 %), et par les interventions des médecins légistes pour consolider scientifiquement le dossier d'accusation contre Dr. Pou (58.73 %). (Table.1.).

Table1. Acharnement judiciaire contre Dr. Pou.

Expressif mixte	Timing scène	Durée	%
Annonce des poursuites judiciaires	5'01''-5'40	39	<u>26.71</u>
Persécution par la presse chez elle par téléphone	5'58''-6'20''	22	15.06
Accusations à la presse par les proches des victimes	14'30''-15'16''	46	<u>31.50</u>
Disculpation judiciaire et médiatique du Dr. Pou.	36'07''-36'46''	39	<u>26.71</u>
Total		146	100

3.2. Acharnement médiatique: il totalise 146 secondes marquées par les accusations des proches des patients décédés contre Dr. Pou (31.50 %), et à proportion égale dans les annonces de son inculpation (26.71 %) ou de sa disculpation 26.71 %). (Tableau n°: 2).

Table2. Acharnement médiatique contre Dr. Pou.

Expressif mixte	Timing scène	Durée	%
Conférence de presse Procureur général : homicide.	3'23''-5'	42	<u>18.83</u>
Réunion des experts médecin légiste pour inculper Dr. Pou d'homicide	8'15-9'55''	100	<u>44.84</u>
	20'36''-20'40''	04	1.79
Conférence de presse médecin légiste.	31'24''-31'51''	27	12.10
Acharnement pour la relance des poursuites judiciaires. Procureur: « Quelle est la valeur d'une vie humaine et dans quelle condition peut-on décider de l'ôter ».	37'17''-38'07''	50	<u>22.42</u>
Total		223	100

3.3. Descriptif du tableau sémiologique de la souffrance psychique du Dr. Pou: le séquençage totalise 265 secondes, et qui est marqué par la reviviscence du drame vécu par Dr. Pou au cours de son discours narratif (55.09 %), de sa peur de la presse qui pourrait détruire sa réputation et sa carrière professionnelle (13.2 %) (Tableau n°: 3).

Table3. La souffrance du Dr. Pou.

Expressif mixte	Timing scène	Durée	%
regard figé Dr. Pou : Je n'ose mm pas sortir ..	5'41''-5'51'	10	3.77
je n'arrive pas à décrire ce qui viens de se passer	6'21''-6'36''	15	5.66
Dzvant les proches victimes : “leurs discours est faux”.	15'22''-15'26''	04	1.50
Peur du Dr Pou de la presse : “peut détruire ma carrière”	15'40''-15'50''	10	3.77
Panique du Dr. Pou au studio de la Télévision	17'-17'25''	25	9.43
Je ne suis pas une meurtrière ...Je n'ai jamais était favorable à l'euthanasie ...	17'34''-20'28''	146	<u>55.09</u>
Confusion suite à la declaration du légiste : Comment il peut dire le contraire?	31'55''-32'05''	10	3.77
Il faut que j'occupe mon esprit sinon je vais devenir folle.	32'19''-32'30''	11	4.15
La plus atroce des tortures est d'attendre le verdict du jury	33'41'-34'06'	25	9.43
Après un an ...c'est plus éprouvant. Ce n'est que de cette façon que je peut le décrire.	48'54''-49'03''	09	3.39
Total		265	100

3.4. Descriptif des formes de soutien au Dr. Pou: le soutien de son conjoint est multiforme dans son expressif ou gestuel (30.88 %). Les mots francs de conviction de son innocence (32.35 %), ou le descriptif de son état vécu (7.35 %) témoignent de la teneur du lien solide dans le couple dans le mal et dans les moments de joie au cours de l'annonce de sa disculpation (11.76 %).

Le soutien de son environnement professionnel est effectif par l'aide financière octroyée par ses collègues au travail (44.85 %) et qui rassure Dr. Pou.

La résilience religieuse est très présente et totalise 85 secondes marquée par des citations de la divinité (52.94 %) et des prières de remerciements (8.23 %) ou des symboles religieux (5.88 %). (Tableau.4).

Table4. Les formes de soutien du Dr. Pou.

Expressif mixte		Timing scène	Durée	%
Soutien époux	Tu es persécuté ...	5'52''-5'57''	05	7.35
	Tu es innocente Anna...	16'23''-16'45''	22	<u>32.35</u>
	Gestuel	20'-20'21''	21	<u>30.88</u>
	Se faire un petit voyage	32'6''-32'18''	12	17.64
	Joie du couple	36'59''-37'07''	08	11.76
Total			68	100
Soutien collègues	Solidarité financière pour sa défense. On se serrent les coudes	6'56''-7'44''	48	<u>44.85</u>
	Dr.Ness : « La communauté médicale est à 100 % avec vous...c'est plutôt rassurant ».	22'48''-23'12''	24	22.42
	Infirmière : « Vous êtes un vrai modèle pour moi ...et je prie pour vous...merci...je prie pour moi aussi ».	34'42''-35'17''	35	32.71
Total			107	100
Résilience religieuse	La Bible et la croix dans le bureau du légiste Frank Minyard .	23'26''-23'31''	05	5.88
	Que dieu vous bénisse de ce que vous avez fait	25'22''-25'27''	05	5.88
	Nous allons faire tout ce que nous pouvons pour elle ...avec l'aide de dieu ...amen	34'07''-34'30''	23	<u>27.05</u>
	Prostration joie pour sa disculpation : Oh mon dieu ...Seigneur merci ...	36'51''+36'58''	07	8.23
	Dieu s'est montré plus miséricordieux...il a eu la bonté tellement de monde et tellement de soutien ...mes amis ...ma famille. Mes patients ...mes collègues ...le courage que vous m'avez donné est un don du ciel ...votre amour et la grandeur de dieu qui m'ont permis de me lever tt les matins	44'-47'45'	45	<u>52.94</u>
Total			85	100

3.Discussion:

Le film décrit les événements historiques sur des circonstances éprouvantes du décès des patients à l'hôpital.

Les faits des poursuites judiciaires engagées contre Dr. pour et les deux infirmières deviennent un sujet d'actualité internationale, et qui relatent:« Au moins que 34 patients,

sont décédés à l'hôpital Mémorial pendant et après l'ouragan Katrina, et peu après, des articles de presse ont commencé à suggérer que certains patients avaient été euthanasiés. En juillet 2006, le procureur général de Louisiane, Charles Foti, a choqué le pays par l'arrestation du Dr. Pou et deux infirmières, les accusant d'avoir administré de la morphine et du midazolam pour tuer quatre patients âgés le 1er septembre 2005, jour de l'évacuation des patients » (Okie, 2008).

Le cas de l'hôpital Mémorial est symbolique par rapport aux contraintes de l'exercice de la profession médicale et les aléas de l'évolution du progrès humain pour répondre aux besoins et aux exigences pour les soins et d'améliorer autant que possible le pronostic des maladies des patients.

La documentation scientifique relative aux poursuites judiciaires engagées contre les médecins est cosmopolite et concerne des domaines variés, et l'exemple de poursuites pour négligence médicale est le thème récurrent et qui inflige à certaines spécialités (psychiatrie, réanimation et soins palliatifs, etc.) un poids conséquent sur ses praticiens. La négligence est devenue un risque professionnel qui demeure de lourdes conséquences au point que les comportements se sont créés et adaptés, puisque « les praticiens estiment que les questions juridiques les empêchent de renoncer à certains traitements, même lorsque le risque potentiel est supérieur au bénéfice potentiel. Ceci concorde avec d'autres études portant sur les attitudes et les convictions des urgentistes concernant la pratique de la médecine défensive ou la plupart des urgentistes admettent prescrire plus d'examens que nécessaire par crainte d'être mis en cause » (Grudzen, 2012).

Cette voie consensuelle enracinée dans l'esprit des praticiens confrontés au risque de poursuites judiciaires, un ancrage mental dicte un comportement d'évitement du risque aux dépens de la logique thérapeutique. Conséquemment, tout observateur placé au rang de contrôleur et d'expertise médicale quadrille les pratiques médicales dans le but d'identifier le manque de prescription pour condamner le médecin. On parle d'excès sans limites, et qui impacte considérablement le système de santé, où il est chiffré par exemple suite à « l'ampleur du problème qui demeure considérable. Le système de responsabilité médicale, qui inclut la médecine défensive, devrait coûter aux États-Unis plus de 55 milliards de dollars par an, soit entre 2.4 à 10 % des dépenses totales de santé » (Antocci, 2023). Dans cette situation, la main autoritaire de l'expertise médicale est allouée aux médecins légistes qui constituent la pierre angulaire dans l'inculpation des médecins pour faute professionnelle quelle que soit sa nature.

Cependant, et avec l'avènement des nouvelles technologies numériques, il s'avère dans une étude rétrospective de tous les cas présumés de faute professionnelle médicale (350 au total) entre 2007 et 2016 traités par les services de médecine légale, « les commissions d'experts ont confirmé diverses carences et omissions dans la prise en charge médicale dans 232 cas (72 %) parmi ceux étudiés. Des obstétriciens étaient impliqués dans 82 cas (23.4 %). L'application de la technologie de traitement intelligent des données (« exploration de données ») et de la méthode des arbres de décision a révélé que les insuffisances relatives aux dossiers médicaux (Taux d'utilisation des attributs : 100 %) Constituaient l'attribut le

plus informatif pour l'évaluation par les experts des soins obstétricaux inappropriés. Les carences dans la prise en charge obstétricale surviennent avec une probabilité de 0.71 simultanément aux niveaux préhospitalier et hospitalier et entraînent avec une forte probabilité ($p = 0,83$) des conséquences graves » (Franchuk, 2023). Ce qui explique la controverse observée dans les déclarations des médecins légistes « Dr Minyard », puis les études académiques ont conclu que « les abus liés au témoignage d'expert sont une réalité. Elles sont toutefois en partie la conséquence du refus de certains des meilleurs médecins d'aider les victimes de fautes professionnelles, créant un vide que les moins scrupuleux comblent » (Hawkins, 2005).

L'acharnement médiatique contre l'équipe soignante peut aisément enraciner les pratiques médicales qui se focalisent sur une thématique non-consensuelle, ou un terrain miné par des cadres philosophiques affiliés au domaine de l'éthique médicale, mais entremêlée à la politique et ses connexes. En plus, les représentations sociales de la profession médicale ont été depuis longtemps controversées, à l'exemple de la télévision où « la société entretient une relation d'amour-haine avec les médecins à l'écran. Cela reflète peut-être l'attitude envers les médecins dans la réalité, qui font preuve de toute la palette des comportements moraux et dont les succès comme les erreurs sont désormais relayés quasi instantanément sur Internet. Parfois, les reportages sur les médecins dans les médias ont renforcé l'image positive des praticiens.

Cependant, il arrive aussi, et surtout ces derniers temps, que les médias sèment la méfiance envers une profession qui s'engage avant tout à ne pas nuire » (Jiwa, 2012). Ainsi, on retrouve à proportion égale l'intervention médiatique comme sources d'information de l'inculpation ou de disculpation du Dr. Pou. Cependant, les médias sont utilisés comme une voie de recours par les proches des victimes pour revendiquer des indemnisations et de consolider leurs accusations contre le staff médical et devant un large public, et bien que « globalement, les recherches suggèrent que la couverture médiatique du contentieux civil présente une image systématiquement déformée de ce dernier et qu'elle peut influencer les perceptions et les résultats des procédures de diverses manières » (Robbennolt, 2003). Nonobstant que l'analyse des faits demeurent souvent éparse en absence de données objectives ou une insuffisance dans leur crédibilité. Les préjugés s'accommodent souvent pour imprégner la réalité ou la déformé. Ainsi, l'image est façonnée selon les connaissances ou les convictions personnelles qui obéissent à des objectifs visibles ou non, certes d'informations dans un cadre professionnel, mais qui peut entrer dans le cercle de la manipulation pour répondre à des objectifs politiques non dévoilés. A cet effet, il était louable de recadrer les recherches par d'autres visions académiques en impliquant par exemple les experts en médecine du travail pour analyser les conditions de travail et l'évaluation de la santé mentale des intervenants dans cette crise qui dépassent les capacités des humains. Contrairement aux démarches exclusives limitées aux seules expertises des décès. Une approche holistique émanant d'une journaliste dopée de connaissances académiques et d'auteur du livre était plus profitable d'intégrer en complément une vision pluridisciplinaire, et c'est pour cette raison que « pour améliorer le journalisme médical, il a

été suggéré qu'une meilleure compréhension des conditions de travail dans les médias est nécessaire » (Larson, 2019).

Une autre variable supplémentaire s'imbrique dans le vécu des victimes de la catastrophe naturelle est la crainte des suites pénalisante du refus d'obtempérer à l'ordre d'évacuation obligatoire décidé par les autorités, et qui implique « un devoir gouvernemental de subvenir aux besoins de la population et de prendre des décisions à sa place : l'État doit mobiliser les ressources essentielles et déployer des efforts soutenus pour convaincre les citoyens réticents d'évacuer » (Fairchild, 2006). Ce qui sous-entend que l'ossature de la décision d'évacuation des hôpitaux relève exclusivement des prérogatives des autorités gouvernementales y compris pour le secteur de la santé dans la mise en place des protocoles de prise en charge des patients qui intègrent les opérations de tri d'évacuation en priorité selon les moyens et la durée fixée (le marquage par des bracelets en couleur). Donc, il s'agit d'une logique administrative contraire au raisonnement médical qui prévoyait au départ l'évacuation en priorité des patients qui étaient dans un état clinique critique. Conséquemment, les conditions éprouvantes induites par la catastrophe de l'ouragan Katrina ont impacté négativement la gestion et dans la prise en charge de la population locale, et plus particulièrement dans l'évacuation des patients et le personnel des structures sanitaires.

Le soutien de la communauté médicale au Dr. Pou et aux deux infirmières était réconfortant pour éviter de sombrer dans la souffrance psychique qui rallie « le syndrome de la seconde victime et qui désigne un ensemble de symptômes ressentis par les professionnels de santé ayant commis une erreur ayant entraîné un préjudice pour un patient. Cependant, cela se produit également s'il est traumatisé par les conséquences de violences subies lors de soins de santé, par une action en justice ou par un article diffamatoire dans la presse ou sur les réseaux sociaux » (Madan, 2024). Les actes de solidarité envers leurs collègues accusés ont consolidé le lien confraternel et démontraient la crédibilité de leur réputation professionnelle bafouée par les allégations de la presse. Il s'agit d'un soutien nourri par l'interactivité quotidienne et par une meilleure connaissance professionnelle des personnes incriminées, de leur forte perception sur leur engagement sincère et de leur dévouement sans faille en situation de crise prouvé. Parallèlement, « le soutien social réduit les effets négatifs du stress et de l'anxiété psychologique » (He, 2025), ce qui permet de renforcer la résilience psychologique des victimes.

L'exemple du soutien de l'époux du Dr. Pou dans une situation tragique permet de se ressourcer pour ses capacités d'adaptations psychologiques personnelles pour la confrontation des aléas de la crise. Effectivement, dans une récente étude américaine sur un échantillon 2 103 médecins a conclu dans ses résultats que « le niveau de soutien professionnel apporté par le conjoint ou le partenaire est associé à la satisfaction quant à l'équilibre vie professionnelle-vie privée et au syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins » (O'Sullivan, 2025).

Les sentiments de regret et de malaise qu'éprouvait le personnel de santé sur le plan personnel par l'impact de l'ouragan Katrina par l'épuisement physique, le manque de

sommeil, le manque d'eau et de nourriture, la peur des agressions, l'isolement dans l'obscurité et la peur pour leur famille en absence de communications, etc. Toutes ces conditions terrifiantes ne peuvent pas être évaluées par des tests statistiques, et le témoignage des victimes ne reflétera pas complètement leur vécu réel dans les conditions périlleuses de travail., ou communément décrit par la terminologie des ergonomes du travail, « le décalage entre le prescrit théorique et le réel du terrain ». Bien que des études ont démontré que « les participants ayant lu des vignettes décrivant le meurtre d'un civil innocent ont éprouvé des niveaux de honte et de culpabilité plus intense que ceux ayant lu des vignettes décrivant le meurtre d'une personne porteuse d'une bombe. La religiosité et l'idéologie politique se sont révélé être de puissants prédictors de la culpabilité et de la honte en réaction aux descriptions de fusillades à des points de contrôle » (Hertz, 2022). Ce qui est démontré chez Dr. Pou dans les attitudes d'inadvertance et d'esprit figé avec sa personnalité empilée par sa religiosité et puisque « la détresse morale est une atteinte à l'intégrité morale résultant d'un conflit entre ce qu'une personne estime devoir faire, conformément à ses valeurs, et ce qu'elle est empêchée de faire » (Locke, 2025).

Dans le sillage de l'équation de coût-bénéfice imposée à la moralité des intervenants hospitaliers, une dichotomie réflexive s'imposa dans la compassion et dans les sentiments d'abandon des patients alités et handicapés avec des circonstances pesantes (arrêt des soins prononcé, les critères de tri des sujets en priorité à évacuer selon les protocoles institutionnels, la contrainte de temps pour l'évacuation imposée, etc.) et de l'engagement professionnel à soulager les souffrances et d'offrir au mieux les conditions optimales d'un bon accompagnement. Ainsi les conduites adoptées s'intègrent dans la logique de prise de décision définie par des mesures d'autoprotection qui « n'interviendront qu'une fois que les individus auront atteint les stades finaux des trois croyances pertinentes : la vulnérabilité, la gravité et l'efficacité des précautions. Un autre facteur à considérer est l'écart entre les intentions et les actes ; nombreuses sont les personnes qui se disent convaincues de l'utilité d'une précaution, qui affirme vouloir agir, mais qui ne passe pas à l'acte » (Weinstein, 1988). Ainsi, la logique du Dr. Pou et de son équipe est en adéquation possible selon les modèles d'analyse du comportement humain en situation de crise.

Le dévouement du personnel de l'hôpital Mémorial était sans faille et il a donné de ce qu'il pouvait en donner avec engagement sans précédent. Les exemples des actes humanistes dans cet hôpital citent la volonté des médecins néonatalogues avec leurs équipes pour sauver les vingt nouveau-nés sous les couveuses en situation de coupure d'électricité et le risque mortel d'asphyxie...Le parcours d'évacuation et de leur transport concerne un poids qui dépasse les 110 kg pour les couveuses...l'effort collectif déployé pour remonter au toit de l'hôpital pour leur évacuation par hélicoptère. Leur réussite est le symbole de vie donnée à des prématurés de poids de 700 grammes et sous oxygène, comme en témoigne Dr.Barkemeyer dans son article (Barkemeyer, 2006). Il s'agit d'une image réelle qui dicte la nature saine dans la prise en charge des patients de l'hôpital et tous étaient contaminés par ce bon état d'esprit dès le début de l'Ouragan. Ils ont choisi de rester dans leur poste de travail et dans des conditions effroyables de survie, « il s'agit d'un acte concret de sacrifice,

de courage et de bravoure puisque le « sacrifice est considéré comme un effet secondaire du dévouement au bien-être du patient » (Aluri, 2024).

La symbolique religieuse (prières, discours, chapelle à l'hôpital, la bible dans le bureau du médecin légiste, etc.) marque un attachement solide à la spiritualité dans le secteur de la santé de la ville de la nouvelle Orléans, et à titre indicatif pour signaler la religiosité dans les établissements de santé américains, les résultats d'une étude américaine sur un échantillon de 2097 médecins a conclu que « 44.7 % d'entre eux ont déclaré prier fréquemment, et 20.7 % ont affirmé avoir prié avec leurs patients » (Robinson, 2017). Ce qui dénote en général sur la nature de l'esprit du citoyen américain en face des crises, puisque « plus de 70 % des Américains s'identifient à une communauté religieuse et utilisent leur foi comme un moyen de faire face aux épreuves de la vie, notamment après des catastrophes » (Leavell, 2012). De même, le plus réconfortant dans la communauté médicale américaine est la fréquence des moments de connexion significatifs, mémorables et parfois spirituels – qui surviennent dans le domaine des soins de santé où l'étude indique à titre indicatif sur un échantillon de 1 421 médecins internistes sélectionnés aléatoirement : « 67.7 % ont déclaré avoir vécu un moment marquant avec un patient. Les facteurs associés incluent le fait de se considérer comme une personne très spirituelle. Ces résultats suggèrent que vivre régulièrement des moments sacrés et en discuter avec ses collègues peut améliorer le bien-être des médecins » (Ameling, 2025).

Les faits relatifs à la prise de décisions pour le tri des soins des patients et dans des situations extrêmes de survie conjuguent le comportement humain, de l'état de santé et de l'âge et quelle que soit la nature de l'affiliation religieuse. L'exemple de la crise sanitaire mondiale de la Covid-19 démontre l'application de la règle où « l'argument moral en faveur d'une priorité accordée aux patients en début de vie repose sur l'adage : la mort est toujours un malheur ; la mort prématurée est un malheur et une tragédie » (kucewicz-, 2020). Donc, les dilemmes éthiques ont été en continu posé dans l'histoire de la pratique médicale et qui n'ont jamais cessé de se reproduire dans notre époque contemporaine au point de surmonter cette impasse et de léguer la responsabilité aux nouvelles techniques numériques « dans ce contexte, l'idée d'utiliser des algorithmes d'intelligence artificielle pour suppléer les professionnels de santé dans le processus décisionnel émerge » (Neves, 2020).

Ce positionnement de prise de décision pour l'arrêt des soins de maintien en vie d'un patient est un autre exemple concret avec une tonalité émotionnelle éprouvante pour le personnel de santé et devant la famille du patient. Une situation confrontée souvent à des actes de jurisprudence internationale ou l'exemple plausible concerne le jugement de la cour suprême canadienne qui avait autorisé l'arrêt du traitement et en argumentant « à savoir que le caractère sacré de la vie n'est pas un principe absolu. La cour a considéré que la vie est sacrée, non pas au sens de la simple existence, mais au sens personnel: la façon dont le patient conçoit une vie pleine de sens – sa vie telle qu'il la perçoit et telle qu'il souhaite la vivre. Une qualité de vie insuffisante au regard des valeurs connues du patient influencent la validité d'une décision prise par un mandataire à son sujet. » (Godlovitch, 2005).

Conclusion:

Le drame de la catastrophe Katrina dans sa réplique liée à l'événement de l'hôpital Mémorial renseigne sur la précipitation des préjugés des actes des soignants, des verdicts des média avec méconnaissances réelles des conditions de travail, de l'état de souffrance psychologiques des équipes soignantes qui ont occultés leurs propres besoins pour satisfaire celles des patients.

La médecine défensive prend de l'ampleur avec ses coûts faramineux d'assurance par crainte galopante des poursuites judiciaires intentés sous les motifs classiques de négligence et de fautes professionnelles. La médecine légale qui est la passerelle entre la médecine et l'instance judiciaire se heurte elle-même à l'hypothèse des erreurs d'expertise, notamment quand elle pointe son doigt accusateur sur la base d'un dossier médical, muet, et sur une technicité d'un décès. Il est capital de redresse les démarches d'expertise par l'intégration d'autres spécialités qui renouent avec la réalité des faits, à l'exemple de la médecine du travail ou de la psychiatrie et la psychologie.

Le recours à l'analyse de contenu de films permet une nouvelle approche académique sur le plan didactique dans la formation universitaire des médecins et de moyens pour mieux identifier les failles dans l'organisation des protocoles en situation de crise qui continuent à se reproduire dans le monde actuellement et probablement dans le futur.

Liste Bibliographique:

- Aluri, J., Chisolm, M., Liao, L. (2024). Sacrifice as a Part of Medical Education: A Reflection on the COVID-19 Pandemic. *Journal of medical education and curricular development*; 11, 23821205241250144.
- Ameling, J., Houchens, N., Greene, M., Ratz, D., Quinn, M., Kuhn, L., et al. (2025). Sacred Moment Experiences Among Internal Medicine Physicians. *JAMA network open*; 8(5), e2513159.
- Antoci, A., Galeotti, M., Rabitti, G., Russu, P. (2023). A coevolution model of defensive medicine, litigation and medical malpractice insurance. *Communications in Nonlinear Science and Numerical Smulation* ; 117: 106935.
- Barkemeyer B. M. (2006). Practicing neonatology in a blackout: the University Hospital NICU in the midst of Hurricane Katrina: caring for children without power or water. *Pediatrics*, 117(5 Pt 3): S369–S374.
- Deichmann, R. (2008). Code Blue: A Katrina Physician's Memoir. iUniverse
- Fink Sheri. (2013). Five Days at Memorial: Life and Death in a Storm-Ravaged Hospital. New York: Crown Publishing.
- Fairchild, A. L., Colgrove, J., & Jones, M. M. (2006). The challenge of mandatory evacuation: providing for and deciding for. *Health affairs (Project Hope)*, 25(4), 958–967.
- Franchuk, V., Myroshnychenko, M., Hnatjuk, M., Kalyniuk, N., Humenna, N., Narizhna, A., et al. (2023). Implementation of the decision tree method in expert analysis of the medical errors in obstetric practice. *organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*; 51(2): 128–134.
- Godlovitch, G., Mitchell, I., Doig, C. (2005). Discontinuing life support in comatose patients: an example from Canadian case law. *CMAJ* ;172(9) :1172-1173.

- Grudzen, C., Richardson, L., Hopper, S., Ortiz, J., Whang, C., Morrison, R. (2012). Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *Journal of pain and symptom management*, 43(1): 1–9.
- Hawkins, T. (2005). Expert testimony: a perspective from the trenches. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 2(2): 126–130.
- He, T., Tu, C., Wang, Z., Hao, D., Huang, X. Potential effect of social support on perceived stress and anxiety in college students during public health crisis: Multiple interactions of gender. *PLoS One*. 2025; 20(4): e0319799.
- Hertz, U., Snider, K., Levy, A., Canetti, D., Gross, M. (2022). To shoot or not to shoot: experiments on moral injury in the context of West Bank checkpoints and COVID-19 restrictions enforcement. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2013651.
- IMDb. (2022). <https://www.imdb.com/fr/title/tt3283594/>.
- Kucewicz-Czech, E., Damps, M. Triage during the COVID-19 pandemic. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2020 ;52(4) :312-315.
- Jiwa M. Doctors and the media. (2012). *Australas Med J* ;5(11) :603-608.
- Larsson, A., Appel, S., Sundberg, C., Rosenqvist, M. (2019). Medicine and the media: Medical experts' problems and solutions while working with journalists. *PLoS One* ;14(9) : e0220897.
- Leavell, K., Aten, J. D., & Boan, D. (2012). The Lived Coping Experiences of South Mississippi and New Orleans Clergy Affected by Hurricane Katrina: An Exploratory Study. *Journal of Psychology and Theology*, 40(4), 336-348.
- Locke A, Rodgers TL, Dobson ML. (2025). Moral Distress as a Critical Driver of Burnout in Medicine. *Glob Adv Integr Med Health* ;14 :27536130251325462.
- Madan, R., Das, N., Patley, R., Nagpal, N., Malik, Y., Math, S. (2024). Consequences of medical negligence and litigations on health care providers - A narrative review. *Indian J Psychiatry*. ;66(4) :317-325.
- Neves, N., Bitencourt, F., Bitencourt, A. (2020). Ethical dilemmas in COVID-19 times: how to decide who lives and who dies? *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 66Suppl 2(Suppl 2) :106–111.
- Okie S. (2008). Dr. Pou and the hurricane--implications for patient care during disasters. *The New England journal of medicine*; 358(1): 1–5.
- O'Sullivan, C., Jenkins, S., Leep Hunderfund, A., Ruddy, K., West, C., Marshall, A. (2025). Spousal Support and Physician Work-Life Integration and Burnout. *JAMA network open*, 8(5), e259507.
- Reininger, B., Raja Alam, S., Sanchez Carrasco, A., et al. (2013). Intention to comply with mandatory hurricane evacuation orders among persons living along a coastal area. *Disaster Med Public Health Prep* ;7(1) :46-54.
- Robbennolt, J., Studebaker, C. (2003). News media reporting on civil litigation and its influence on civil justice decision making. *Law and human behavior*, 27(1): 5–27.
- Robinson, K., Cheng, M., Hansen, P., Gray, R. (2017). Religious and Spiritual Beliefs of Physicians. *Journal of religion and health*, 56 (1): 205–225.
- Weinstein, N. (1988). The precaution adoption process. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 7(4): 355–386.