

EXISTE T'IL UNE PSYCHIATRIE HUMANITAIRE ?

ASPP

LILLE 17 NOVEMBRE 2016

(Présentation)

Médecins du Monde existe maintenant depuis plus de 30 ans. On voit bien aujourd'hui combien ses premiers slogans : dénoncer et combattre la barbarie, aller où les autres ne vont pas, soigner les exclus, concerne aussi bien les problématiques somatiques que psychiques. Et les deux missions initiales, emblématiques de notre fondation : l'Ile de Lumière (réfugiés vietnamiens) et l'Éthiopie (famine et répression politique) touchaient des populations également blessées psychologiquement. Néanmoins cette dimension était alors totalement absente du discours comme des interventions. Le fondateur de MDM, Bernard Kouchner aurait probablement considéré une mission psychiatrique comme une fantaisie inutile, tout à fait inappropriée sur un terrain d'urgence. Tout le monde, nous compris, partageait la notion que les souffrances physiques, visibles étaient d'emblée plus évidentes, généraient plus l'identification et l'empathie. La souffrance psychique, est invisible, parfois tue ou cachée, souvent culpabilisée, ce qui peut vouloir dire pour certains qu'elle n'existe pas, Aujourd'hui encore la détresse et le trauma liés aux situations extrêmes ne sont pas enseignés dans les cursus médicaux de base, l'existence du psycho trauma (PTSD) a longtemps été discutée et de mon temps, apparaissait dans les manuels comme une particularité mise en évidence par les psychiatres militaires seulement en temps de guerre. Les psychiatres humanitaires ont certainement contribué à consolider et à généraliser le concept.

La première campagne qui parle de la santé mentale date de la toute fin du XXème siècle, est intitulée « nous soignons les blessures

qui se voient et celles qui ne se voient pas », accompagne la photo d'un SDF allongé sur un carton dans la rue et concerne les actions de MDM en France.

Cela étant, des psychologues et des psychiatres rejoignent MDM et vont initier des missions qui participent de ce qu'on pourrait appeler « l'élan humanitaire », un désir d'aller vers et de soigner, avec une grande motivation et peu de conceptualisation.

En 1990, un quarteron de psychiatres se retrouve à MDM, décidés à proposer leurs services, et pourquoi pas à créer « Psychiatres du Monde ». Cette proposition quelque peu mégalomane ne sera pas retenue, mais nous allons dès lors nous engager dans des actions spécifiques, à l'étranger d'abord, puis en France, au sein de ce qu'on appelle aujourd'hui les CASO (jadis Missions France).

Au fil du temps et des missions, la nécessité de clarifier les objectifs de ce que peut être le travail psychiatrique au sein d'une ONG humanitaire s'impose. La création du groupe Santé Mentale a permis ce travail.

1er axe : soigner témoigner.

L'intervention doit à la fois apporter des soins, s'allier au système de soins existant, susciter l'émergence de la société civile, témoigner du sort fait aux populations touchées, dénoncer les coupables.

2ème Axe : les situations extrêmes

- Les catastrophes (Arménie, Turquie, Iran), qui nous permettent parfois d'intervenir dans des pays fermés, qui touchent plus les plus vulnérables.
- Les dictatures (Roumanie, Birmanie), où le système oppresse la population, persécute les minorités, ceux qui sont différents

- (les enfants handicapés, les usagers de drogues), et fabrique des filières d'exclusion qui peuvent conduire à la mort.
- Les famines (Ethiopie) qui sont souvent orchestrées ou amplifiées par des pouvoirs totalitaires.
 - Les guerres, (Kosovo, autres états de l'ex Yougoslavie, Tchétchénie, Rwanda et aujourd'hui Irak et Syrie). Les conflits récents sont spécifiquement des conflits qui visent les populations civiles, en raison de leurs origines ethniques ou religieuses. Les populations sont les victimes de leurs voisins, ou de groupes armés de même nationalité. Les ravages touchent, les personnes, les maisons, les biens. Les viols, les tortures sont la règle. Le traumatisme psychique est la marque d'un groupe ethnique ou d'un pays tout entier.
 - Occupation : la Palestine. A la guerre, (répression de l'Intifada, bombardements récurrents sur GAZA), s'ajoute l'occupation du territoire, l'expansion des colonies qui morcelle le pays, en désorganise ou paralyse l'organisation. Aucun dispositif cohérent de Santé Mentale ne peut exister.
 - Les réfugiés. Partout. Ils ont quitté l'horreur, l'ont revécu à chaque étape de leur parcours et le revivent ici.
 - Trafic d'êtres humains.
 - Pauvreté/précarité en France, exclus, migrants, personnes prostituées, usagers de drogues...

- **3^{ème} axe : souffrance psychique/maladie mentale**

Après avoir scotomisé la dimension du psychique dans nos interventions, certains sont tentés de coller un volet psy à toute action sans vraiment distinguer le malheur de la pathologie mentale. Un travail sur les objectifs, les moyens et la nature du travail reste toujours nécessaire.

- 4^{ème} axe : ici et là bas

À l'époque, cela a été un vrai débat au sein de MDM, le malheur des exclus précaires sur nos trottoirs ne pouvant pas être abordés dans le même groupe car les paramètres étaient incompatibles. Aujourd'hui, CALAIS, KOS, LAMPEDUSA, VINTIMILLE les camps roms démontrent à quel point ce débat est caduc.

FOCUS 1. ROUMANIE : les enfants en situation d'abandon.

Totalitarisme, perversion du lien social. Toute situation particulière, qu'elle soit sociale (appartement trop petit, père en prison, mère malade), qu'elle résulte d'une pathologie physique, psychique ou d'un handicap mental, tout retard scolaire déterminait, sans même l'accord des parents, un placement en institution, à « confier son enfant à l'état ». Les orphelinats, comme on disait alors, n'en étaient souvent pas.

Des pouponnières aux maisons d'enfants, des scoala ajutatoare aux établissements pour enfants recuperabili, semi recuperabili ou nerecuperabili (classification inscrite dans le code de la famille), la Roumanie en 1990 comptait 126.000 enfants institutionnalisés.

Cette exclusion rompait souvent définitivement le lien parental, majorait les troubles de la relation et a pu conduire dans certains cas à une véritable extermination douce. (visite en 1991 avec le président de MDM et des représentants du Secrétariat d'Etat à l'action Humanitaire, d'un établissement où sur 128 enfants 40 étaient morts durant l'hiver)

Nos objectifs ;

Réhabilitation des établissements.

Evaluation des situations, cas sociaux, retard scolaire, handicap mental, autisme

Refaire du lien social (retrouver les familles.., créer des associations de parents)

Concourir à l'amélioration, la transformation du système de santé formation des professionnels (recommandations OMS)

histoire des noms sur les sparadraps

FOCUS 2 : KOSOVO : guerre et post guerre/épuration ethnique

Objectif : PTSD

Prises en charge aigüe et subaigüe de civils chassés de leur pays, victimes ou témoins d'exactions, de destructions. Ils ont vu la mort en Face. (Crocq). Prise en charge directe avec traducteurs ou indirecte (MDM étant l'ONG de référence pour la Santé Mentale dans les camps, les psychiatres Kosovars travaillaient avec nous. Individuel, groupe (ouvert et fermé), mère enfant.

Travail avec les traducteurs

Leutrim

FOCUS 3 : PALESTINE occupation

Objectif : trauma, restaurer un système de santé mentale.

Un territoire morcelé, des formations de professionnels insuffisantes et archaïques.

Avec PRC, faire de la santé mentale de secteur, clinique mobile, former les généralistes, les infirmières, les travailleurs sociaux. Interpeller sur le sort des malades mentaux en situation de guerre.

Check point

FOCUS 4 : les missions en FRANCE

Objectif : observatoire. Désespoir/ maladie mentale

Réflexion sur la psychiatrisation du malheur

Evolution vers prise en charge des MM dans la rue. Interpellation du secteur.

Depuis 1986, MDM a ouvert des dispensaires gratuits appelés aujourd'hui CASO pour les personnes en grande précarité, les sans domicile, les migrants, les malades mentaux vivant à la rue, tous ceux qui n'ont pas d'accès satisfaisant aux soins. En 1995, une première étude de notre Observatoire de l'accès aux soins soulignait l'importance des troubles mentaux dans cette population. Dans ce groupe ont été identifiées plusieurs catégories :

- La souffrance psychique liée à la précarité, la marginalisation et à l'exclusion est un des premiers symptômes exprimés en consultation. Fréquemment, c'est une demande somatique sert de prétexte, et l'entretien va révéler des signes de dépression, une insomnie, des troubles psychosomatiques.
- L'afflux de réfugiés, de migrants légaux et illégaux, de demandeurs d'asile a multiplié la demande d'aide psychologique. Ils portent les signes de nombreux psycho traumatismes, tortures, abus survenus dans leur pays d'origine, sur leur parcours d'exil. Ils souffrent d'isolement, de rupture culturelle, de terribles conditions de vie en France, et d'angoisse pour l'avenir.
- Le dispositif de soins en santé Mentale a cessé d'être un service de proximité ouvert à tous. Les réductions de budgets et de personnels, les exigences de rentabilité, mais aussi l'incapacité où s'est trouvé le secteur de répondre aux nouvelles précarités font qu'aujourd'hui, de nombreux psychotiques sont dans la rue, sans domicile, sans soins parce qu'ils sont psychotiques.

Ainsi nos CASO reçoivent chaque jour des malades mentaux, des personnes en grande souffrance psychique que les institutions classiques ne peuvent pas ou ne veulent pas soigner. Certains ne parlent pas français, d'autres présentent des pathologies qu'on ne

nous a jamais enseignées à la fac, la plupart sont sans ressources, sans papiers, sans droits. Des équipes de maraude avec infirmiers psy, psychologues organisent des maraudes, et nous avons eu il y a quelques années une mission très médiatisée de psychiatrie de rue. Les missions de RDR (personnes usagères de drogues), prostitution (personnes offrant des services sexuels tarifés) sont nées du travail des CASO.

Squat autogéré de la rue Curial

*
* * *

La question du lien social et de ses distorsions dans les situations où l'humanitaire intervient pourrait être le fil rouge que nous avons suivi pendant toutes ces années.

En Juin 1992, le quarteron de psychiatres qui ont fait entrer la psychiatrie à MDM, organisaient avec des collègues roumains un Colloque à BUCAREST intitulé :

SANTÉ MENTALE, SOCIÉTÉS ET CULTURES : POUR UNE PSYCHIATRIE HUMANITAIRE. Le thème principal en était : quid du lien social dans les situations extrêmes. Les crises, les catastrophes naturelles ou écologiques, les guerres, les famines, les réfugiés, les totalitarismes engendrent une raréfaction, une distorsion, une rupture ou une perversion du lien social. Les populations soumises à ces situations, et plus encore en leur sein les populations vulnérables (femmes, enfants, minorités religieuses ou ethniques, handicapés, malades) vivent toutes les formes d'exclusion, de violence, d'abus, de rejet et d'abandon.

Bien sûr, le fait que nous nous trouvions en Roumanie où un système totalitaire devenu ubuesque avait conduit à l'abandon et souvent à la mort des enfants souffrant de divers types de désavantages a servi de socle à notre propos. Mais les victimes du tremblement de terre de BAM en Iran (2003), les enfants de la

guerre à SARAJEVO (1991), les survivants des bombardements de GROZNYI en TCHÉTCHÉNIE (1999), les schizophrènes SDF de nos rues et aujourd'hui, les Mineurs Isolés Étrangers éparpillés sur notre territoire doivent pouvoir dans les soins que nous leur apportons restaurer des liens fructueux et rassurants avec les preneurs en charge, renouer si possible le contact avec leurs proches, reconstruire du lien avec ceux qui ont traversé les mêmes épreuves. C'est sans doute là que réside pour moi la dimension spécifique de ce que doit être une psychiatrie humanitaire.