

27/02/2013

Tamazouzt Sarah

CCO MEDECINE HUMANITAIRE : ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Note : la prof qui est venue faire ce cours n'avait ni diapo, ni plan ce qui rend le roneotypage un peu compliqué...

A propos du stress post traumatique (SPT) : on peut dire que la formation des psychiatres sur ce sujet s'appuie sur deux piliers :

- Les travaux du général Crocq (psychiatre militaire) qui a permis d'élargir le champ de recherche sur le SPT du aux guerres. Ces travaux sont à l'origine des cellules d'aide médico psychologiques (mis en place par Chirac suite aux attentats du RER).
- Les travaux qui ont été effectués dans les pays en développement. Pour les français, ce sont surtout des travaux effectués à Dakar effectués par des personnes issues du mouvement de psychiatrie transculturelle.

La médecine mentale humanitaire a été mise en place dès 1989 par MSF avec les tremblements de terre en Arménie puis de plus en plus d'actions ont été mises en place pour lutter contre les atteintes à la santé mentale.

Il y a toutes les actions qui ont à voir avec les conflits, les catastrophes, les populations déplacées qui vont être très vulnérables qui sont mises en place en urgence.

De l'autre côté les actions de la « post urgence » : actions plus durables dites psychosociales (avec des psychiatres, des psychologues).

Dans les pays en voie de développement, la psychiatrie est la branche de la médecine où l'accès aux soins est le moins important donc depuis quelques années l'OMS met un point d'honneur à améliorer cette situation, notamment la prise en charge des patients psychotiques. Il y a environ 3% de la population mondiale qui souffre de troubles mentaux sévères.

Donc le rôle de la psychiatrie humanitaire va être bien sûr de prendre en charge les patients qui ont subi un choc lors de la catastrophe mais aussi tous les patients qui avaient antérieurement un trouble qui vont avoir leur trouble augmenté ou être en rupture de médicaments s'ils étaient sous traitement.

Maintenant on prend l'exemple d'une catastrophe, le dernier en date est Haïti (tremblements de terre), des villes sont entièrement détruites mais les souffrances sont avant tout sociales. Ceci arrivant dans un pays aux traditions et à la culture très différente de la notre (la prof mentionne le vaudou).

C'est ce qui est difficile dans la psychiatrie humanitaire, on est à la fois dans une situation d'urgence avec énormément de personnes en détresse, mais avant de s'occuper de la détresse psychologique, il faut s'occuper de la détresse de « tous les jours » c'est à dire tant qu'un accès à l'eau, à la nourriture, qu'un abri n'est pas garanti, parler de santé mentale paraît ridicule car il y a toutes les actions psycho-sociales en amont qui vont aider les populations à se réorganiser.

A Haïti, la situation était qu'il y avait 2 ou 3 psychiatres des services publics et des hôpitaux détruits et délabrés, on se retrouvait donc à gérer des patients dans la catastrophe et des familles entières qui étaient déplacées.

Le SPT a fait l'objet de beaucoup de publications dans les années 1990 (« effet de mode ») surtout aux Etats Unis avec de nouvelles classifications en psychiatrie qui ont un but « universaliste » c'est à dire passer au-

delà des problématiques culturelles mais il y a eu beaucoup de débordements avec notamment le risque lorsqu'on arrive sur une catastrophe de s'occuper uniquement des gens traumatisés car on laisse de côté un certain nombre de patients qui relèvent de la psychiatrie et pas seulement du soutien psychologique qui avaient des troubles antérieurs en plus des troubles réactionnels à ce qui vient de se passer.

Dans une population standard, il y a 3% de personnes qui ont un trouble psychiatrique grave et environ 10% de personnes avec un trouble psychologique.

Dans une situation de conflit, de déplacement, de catastrophes naturelles, etc., on passe à environ 10-12 % de personnes en détresse psychologique et à 5-6% de personnes en détresse psychiatrique (on forme une pyramide).

Dans une situation comme Haïti, tout le monde est en détresse psychologique avec les processus de deuil etc. Il faut prendre en compte l'isolement de certains, le fait d'être séparé de la famille, du groupe sociale et aussi tous les processus traditionnels et religieux qui vont aider les personnes à surmonter ces épreuves. On observe, que, progressivement, après quelques semaines, les personnes vont sortir de leur état de détresse sans oublier ce qui s'est passé mais vont faire face à leurs obligations de tous les jours (s'occuper des enfants...). Face à cela il ne s'agit pas d'amener une horde de psychologues car risques de débordements comme au Kosovo en 1999 (l'un des premiers terrains de la prof), il y avait non seulement énormément de personnes dans la détresse dont il fallait s'occuper mais aussi l'ensemble des humanitaires et des psychologues du monde entier qui venaient pour faire des études, des évaluations et écrire des articles. Il faut être prudents et patients afin de prendre en compte le décalage culturel et pouvoir approcher et aider ces populations, il y a donc de grands avantages à travailler avec des équipes locales et à leur donner des outils dont ils ne disposent pas forcément pour apporter une réelle aide aux populations, le rôle des humanitaires sera donc ici plus une aide à l'organisation.

Sur les souffrances liées aux conflits, on a avoir :

- Des personnes en difficulté liée aux phénomènes de deuil, de séparation, que la plupart vont réussir à surmonter
- Par contre il y a aussi les 20% de personnes qui vont être dans des souffrances plus durables et des handicaps dans leur vie quotidienne qui vont être plus lourds et sur lesquels des interventions vont être nécessaires
- Et pour finir il y a environ 5% des gens qui vont avoir besoin de soins psychiatriques faute de quoi les pathologies vont s'accroître et surtout avoir un retentissement sur tout l'équilibre familial.

En santé mentale il est important de savoir que la famille et en particulier les enfants vont être affectés de manière indirecte, par exemple si l'un des parents n'est plus en état d'assumer ses responsabilités, on est donc obligé de travailler aussi à un niveau familial.

Les principaux troubles que l'on retrouve sont :

- L'état de SPT
- Les dépressions graves (les deux sont souvent intriquées)
- Les états psychotiques réactionnels à la catastrophe qui vont être beaucoup plus « culture dépendants » (problème majeur en Haïti tandis qu'en Tchétchénie ils étaient beaucoup plus rares). Ce qui est aussi le cas dans les populations africaines, les traumatismes se manifestent très souvent sous forme de psychoses aiguës. Ce qui était très fréquent en Haïti c'est les personnes qui décompensaient car elles pensaient être responsables de toute la catastrophe.

Pour revenir sur le syndrome de SPT : c'est quelque chose de très bien identifié cliniquement. Dans les suites immédiates d'un événement traumatique, beaucoup de gens vont être envahis par le souvenir de cette catastrophe et ne vont réussir à s'en débarrasser.

Le SPT va s'observer après une période qu'on appelle de latence : après plusieurs mois ce sont des personnes qui ne vont pas voir leurs difficultés diminuer comme pour les autres mais au contraire une augmentation de leurs difficultés (aggravation) avec l'apparition de nouvelles problématiques.

Différents symptômes pour le décrire :

- Reviviscences (flash back) traumatiques : visions brutales pendant la journée ou la nuit par le biais de cauchemars récurrents, les patients sont se retrouver à revivre la scène la plus traumatique de ce qu'ils ont vécu (généralement les personnes développant ce SPT ont vu la mort de près). Ce qui peut considérablement réduire les activités du patient atteint, il pourra également avoir des comportements d'évitement (éviter les situations qui peut leur faire revivre la situation passée), leur vie en est très réduite
- Trouble / changements dans la personnalité
- Dépression grave. Il est normal d'être dans la détresse psychique après des événements graves mais cela devient pathologique quand il y a des répercussions sur la vie quotidienne et que cela dure.

Les différents types de programmes de santé mentale humanitaire :

- Souvent on met en place des programme de soutien psychologique dans des programmes d'aide psychiatrique
- Il y a aussi, comme chez MSF, des « volets » de santé mentale dans des actions humanitaires plus larges
- Dans les programmes de nutrition (par Action Contre la Faim par exemple), la santé mentale de la mère et de l'enfant prend une place de plus en plus importante car il y a beaucoup de mamans qui vont se désinvestir d'un enfant qui commence à maigrir pensant qu'il va mourir, c'est un mécanisme de défense pour se protéger du deuil potentiel de l'enfant. Et les enfants désinvestis sont s'enfoncer plus rapidement que les autres dans des problématiques de dépression. Mais ce sont plutôt des psychologues et pas des psychiatres qui vont faire ce travail
- Les programmes où il y a plus de psychiatrie sont les programmes contre les tuberculoses multi-résistantes (de plus en plus développée dans les pays de l'est), il y a des protocoles très lourds et un pronostic très grave d'où les fortes répercussions psychologiques (stigmatisation, traitements aux multiples effets secondaires...). On retrouve des effets secondaires psychiatriques et à MSF on aide les personnes à être adhérents à leur traitement pour augmenter leurs chances de guérison. On essaie de faire des formations, d'intégrer des psychiatres nationaux quand il y en a aux équipes
- Prise en charge des personnes victimes d'abus sexuels : prise en charge des effets traumatiques, certaines femmes (ce sont souvent elles les victimes) vont avoir beaucoup de mal à surmonter cela. Le principal étant de faire en sorte qu'elles n'attrapent pas le Sida (si elles se présentent dans les 3 jours après le viol, on peut faire de la prophylaxie) et ne tombent pas enceinte ce qui constitue déjà un grand soulagement pour les victimes et dans ce cas seul l'accompagnement psychologique est nécessaire.
Les programmes contre les violences mis en place à MSF : il y en a un au Kenya, un autre en Colombie, le plus choquant est la forte prévalence des violences sexuelles sur les jeunes mineurs (moins de 12ans) par le voisinage par exemple ce qui rend les actions très difficiles à mettre en place.
- Ce qui est de plus en plus développé chez MSF ce sont les programmes de soutien psychologique dans les hôpitaux, ce qu'on appelle la psychiatrie de liaison, très présents en Haïti

dans les services d'hospitalisation pour s'occuper des personnes amputées par exemple. Des groupes de parole étaient mis en place pour surmonter des handicaps, les amputations, les chirurgies lourdes.

M. Oberlin demande à la prof de décrire une situation pratique de ce qu'elle a vu en Tchétchénie, comment cela s'est passé quand elle arrivée, avec qui elle a travaillé, comment elle a rencontré les patients, par quels intermédiaires (barrière de la langue, culturelle) :

La Tchétchénie est une situation particulière où elle a beaucoup appris, la 2^{ème} guerre à eu lieu en fin 1999, il y avait environ 400 000 réfugiés. La chance qu'ils ont eu c'est d'avoir dès le début un psychiatre tchéchéne dans leur équipe (il n'y en avait que 5 dans tout le pays) et la seule psychologue clinicienne du pays. Médecins du Monde sont intervenus dans les deux plus grands camps. La première chose à faire est de mettre en place un camp d'accueil pour les enfants où ils pouvaient se retrouver, jouer, pleurer et être consolés, dans les deux premiers mois c'était réellement un espace d'apaisement, ensuite c'est devenu un espace de soins.

Il y a des ONG dites psychosociales dont le rôle va être de mettre en place dès le début des aires de jeux pour les enfants, de remettre en route les écoles. A partir du moment où les enfants pourront reprendre une vie d'enfant, les soins pourront être apportés à ceux qui en ont besoin sous forme de jeux en groupe, de dessins. Il y a aussi une information faite aux enseignants pour qu'ils puissent reconnaître les signes de détresse chez les enfants. On remarque que les groupes thérapeutiques ont une très grande efficacité chez les enfants.

Une autre difficulté est que l'accès aux soins psychologique et surtout psychiatriques ne fait pas parti de la « culture » tchéchéne (« la psychiatrie c'est pour les fous »), par contre ils sont très sensibles à une offre de soin pour leurs enfants : on a pu soigner un grand nombre de mamans (groupe de parole, de relaxation) parce que les enfants avaient besoin de soin.

Ce programme de santé mentale était en parallèle bien sur du programme de santé primaire (principale « porte d'accès » aux patients en souffrance psychologique : environ 30% des consultations pour des douleurs sont d'origine psychique).

Oberlin : on n'arrive pas dans un camp en mettant « consultation de psychiatrie », on est un spécialiste à disposition dans un ensemble de soins médicaux, chirurgicaux et on vient proposer ses soins de façon plutôt ludique. Maintenant est ce qu'on peut avoir une description d'une situation avec un psychotique qui décompense ou alors de la situation du patient qui pensait être responsable des tremblements de terre de Haïti ?

On essayait au maximum les hospitalisations car il n'y avait pas de lieux où cela pouvait se faire (même si parfois cela a du être nécessaire), la majorité des patients psychiatriques sont gérables en ambulatoire avec une alliance avec la famille. Ce sont soit des psychoses aiguës soit chroniques, ce qu'il faut savoir c'est que lorsqu'il manque des médicaments, le traitement neuroleptique n'est pas la seule réponse à une décompensation psychiatrique grave : il y a souvent recours à une contention physique. Le rôle du psychiatre humanitaire va donc être de proposer une contention chimique pour palier à la contention physique afin de calmer les symptômes. A Haïti, dans ce genre de situation, si la personne qui venait avec sa famille lors d'une décompensation vivait près du centre médical, on essayait de le voir tous les jours et au bout de 3 ou 4 jours, on voyait la symptomatologie la plus grave disparaître et les familles étaient très adhérentes aux traitements. La prise en charge des malades mentaux est très compliquée du fait de la stigmatisation qui peut en découler et des traitements traditionnels normalement utilisée dans ces pays : souvent les patients en décompensation sont emmenés chez des guérisseurs traditionnels. Quelques fois, ils peuvent prendre en charge les symptômes des patients mais parfois non donc il faut trouver un équilibre entre les soins psychiatriques et les soins traditionnels, on arrive toujours, en

respectant les croyances des gens, à soigner la personne. La psychiatrie n'entre pas forcément en contradiction avec les soins traditionnels, en général les deux peuvent coexister.

Exemple de la Côte d'Ivoire : quand un patient décompense, souvent la famille pense à une cause extérieure, un mauvais sort, une vengeance, le patient est une victime. Contrairement aux cultures occidentales qui vont avoir tendance à stigmatiser les malades mentaux : c'est leur faute ou celle de la famille. Si on arrive à travailler avec la personne, la famille à les convaincre que le traitement fait disparaître les symptômes les plus graves, une fois cela fait, on observe que la réhabilitation de la personne est beaucoup plus rapide qu'en occident (où même si elle va mieux la personne restera toujours un peu marginalisée), elle peut vite réintégrer son groupe social.

Oberlin : peut-on alors parler d'une relation de « collègue à collègue » avec les tradi-praticiens ?
Peut-être pas de collègue à collègue mais il est important de parler avec le tradi-praticien, de le respecter et d'accepter son importance pour les patients. Par exemple en Haïti, certains prêtres vaudou qui prescrivent des neuroleptiques donc pas d'opposition systématique avec la psychiatrie occidentale. Ces tradi-praticiens ont un certain charisme relationnel qui fait qu'ils peuvent apaiser certaines choses qui relèvent de la psychiatrie. Cependant parfois il peut y avoir des débordements, la prof a des exemples où des malades ont passé du temps avec des tradi-praticiens et qui étaient maltraités, violés, etc.

Question des étudiants :

Quelle attitude adopter si l'un des parents d'un enfant mentalement malade est formellement opposé à ce qu'il voit un psychiatre ?

Prof : Exemple d'une jeune fille d'environ 15ans qui était dans un grave état de sidération, il est décidé de l'hospitalisée. Elle reste à l'hôpital pendant environ 2 jours, son état s'améliorait mais le père insiste pour qu'elle quitte l'hôpital pour qu'elle voie un tradi-praticien tandis que la mère voulait qu'elle reste à l'hôpital.

Oberlin : c'est une situation qui arrive souvent et pas seulement en psychiatrie. Consultation de médecine générale en Centre Afrique : un policier amène un papi qui était en prison car il était accusé de s'être transformé en caïman et d'avoir mangé une petite fille. Plusieurs jours après le médecin dine avec le juge d'instruction de la région et lui raconte cette anecdote, le juge lui répond que ces histoires de sorcellerie étaient très difficiles à prouver pour les juges...

(Je trouve qu'aucun des deux ne répond à la question, mais c'est tout ce qui a été dit)

Est-ce que le psychiatre expatrié peut être l'objet d'agressions particulières ?

Soit le psychiatre travail avec un interprète qui est aussi son médiateur culturel et donc il y a un contact direct avec le patient, soit on est dans l'idée de développer un programme et on est donc plus en position d'organisateur de l'équipe nationale, c'est un rôle de coordinateur.

Pour répondre à la question, quand on fait du soin direct, c'est dans des situations de catastrophe, on est confronté à un sentiment d'impuissance.

Exemple de la Tchétchénie : c'était un pays un peu abandonné du monde donc pas beaucoup d'espoir quant à la réussite des différents programmes humanitaires mis en place. Ensuite, la prof parle d'un pays où elle a travaillé et qui sortait de 15ans de guerre civile, ici les Nations Unies sont arrivées massivement, avec une grande aide humanitaire. En situation de catastrophe, selon la détermination politique, de la reconnaissance ou non de ce qui est arrivé le pronostic et la capacité à surmonter ne vont pas être les mêmes, au niveau individuel mais aussi de la population en générale. « *Je ne répond pas à ta question mais c'est ce qui me vient à l'esprit* »

Question : les besoins en soins psychiatriques ou en soutien psychologiques dépendent énormément des conditions politiques, familiales, culturelles... En Israël, le ministre de la santé dit qu'il a compté 100 organisations qui faisaient du soutien psychologique là bas mais que seulement 6 le faisaient avec du personnel qualifié. Si on regarde les critères de développement humain, de santé, c'est un pays qui est, certes dans une guerre, mais qui est classé dans les pays développés. Cet apport massif de psychiatres extérieurs, selon Oberlin, est complètement décalé par rapport à la réalité du terrain qui est celle de familles hautement éduquée, sans analphabétisme et avec des critères de développement humains qui sont ceux d'une société développée. Donc est ce qu'il y a des études pour connaître les sociétés dans lesquelles on envoie tous ces psychiatres ?

La prof préfère travailler avec des équipes nationales quand cela est possible car la santé mentale est qqch qui s'inscrit dans une certaine continuité.

Question : vous disiez qu'en Haïti vous ne pouviez pas hospitaliser les patients car pas de structures, donc pour faire un suivi au long comment faisiez-vous ?

Pour les patients qui doivent prendre des médicaments tous les jours, cela dépend de la pathologie, si c'est un grand psychotique, on s'organise avec la famille, et si c'est un cas de dépression, le patient peut venir seul.

Question : est ce que professionnellement parlant l'entente avec les psychologues et les psychiatres locaux est toujours facile ? Comme la formation n'a pas été la même.

C'est parfois assez compliqué surtout pour les psychologues car il y a des psy cliniciens, psychanalystes, ect... la longueur des études n'est pas la même dans les autres pays. Mais globalement l'entente est toujours possible, si on essaie de s'adapter aux populations locales. En travaillant longtemps avec les équipes locales, on arrive à avoir un socle commun même si la formation n'a pas été la même pour pouvoir aider et consoler les gens. Parfois sur certains programmes, on est amenés à « recruter » des personnes non diplômées mais pour lui qualités personnelles d'écoute et leur expérience dans des ONG d'aide psycho-sociale par exemple. Mais le plus important reste de passer du temps avec cette équipe pour bien pouvoir travailler ensemble.

Question : est ce qu'il y a un suivi des patients après la fin du programme de santé mentale ? Et est ce que les locaux sont « formés » pour pouvoir assurer cette suite de soins ?

En général les programmes de santé mentale sont mis en place pour plusieurs années. Ensuite on essaie de faire en sorte que le système de soin du pays va se réorganiser et que les gens auront accès aux soins. Et on compte aussi sur les familles qui vont rechercher activement un accès aux soins pour soigner leurs malades. Donc même si on reste que quelques années on arrivera quand même à soigner beaucoup de maladies, comme les dépressions graves par exemple.

Question : *je n'entends pas la question*

Il y a comme un « effet de mode » autour du syndrome de stress post traumatique, car on voit que beaucoup de psychiatres traitent ces symptômes en occultant un peu le reste.

Question : on a pas du tout parlé des problèmes de toxicomanie (qui en France sont à la charge du psychiatre), est ce que le psychiatre humanitaire peut être confronté à cela ?

C'est une prise en charge très compliqué, et en encore plus sur des terrains humanitaires.

Question : MSF ne met pas en place de traitements substitutifs dans ces cas là ?

Pas toujours, par exemple il y a un « programme méthadone » à Kaboul. Mais en général ce sont plutôt des programmes de sensibilisation auprès des adolescents notamment, de la prévention. On va essayer de calmer les angoisses liées à l'addiction.

Question : en France on a vu qu'on avait « calmé le jeu » en créant des réseaux de médecins qui peuvent délivrer ces traitements substitutifs, on ne peut pas faire la même chose dans ces pays ?

Non car on se heurte aux problèmes de législation dans certains pays, même avec les psychotropes simples : il y a beaucoup de pays où les tranquillisants par exemple sont interdits.

Question : pourquoi ces médicaments sont interdits ?

Ce sont des médicaments qui entraînent des dépendances, qui peuvent donc être détournés. C'est aussi un peu culturel, ce sont des médicaments diabolisés.

Désolée si certains passages ne sont pas clairs, j'ai du réécouter certains passages 3 fois et parfois c'était toujours flou. Bon courage !!