

Christian Laval

Sociologue
Lyon

Introduction et devenir d'une préoccupation sur la santé mentale dans le monde humanitaire

Lorsqu'à l'orée des années 1990, les acteurs humanitaires introduisent la thématique de santé mentale en Arménie puis en ex-Yougoslavie, ils sont animés par un souci pratique qui consiste à témoigner d'une souffrance psychique qui ne se voit pas et qui ne peut être médiatisée. Les organisations non gouvernementales (ONG) sont motivées par une dimension morale et, afin de décrire ce qu'elles voient sur le terrain, elles ont besoin d'un vocabulaire d'expert. Pour ce faire, elles vont faire appel à des « psys » – psychiatres et psychologues – afin d'authentifier la santé mentale dégradée des populations. Ainsi, au fur et à mesure des années, deux objectifs distincts vont être poursuivis.

Le premier objectif de cette démarche porte le souci du témoignage et du « prendre soin ». Les premiers psys humanitaires ne parlent pas de *post-traumatic stress disorder* (PTSD). La dimension morale est princeps. C'est le souci de l'autre souffrant qui caractérise leur démarche éthique. Lorsque les soignants psys humanitaires annoncent « *Nous soignons les blessures qui ne se voient pas* », ce n'est pas la catégorie nosographique de la clinique psychiatrique qui est l'essentiel de leur préoccupation. Bien au contraire, leur engagement s'accompagne d'une mise à distance importante par rapport aux classifications académiques¹. Les risques de stigmatisation nosographique sont dénoncés.

Le second objectif, basé sur le travail clinique, s'appuie sur des concepts forgés par la discipline psychiatrique afin d'asseoir un solide plaidoyer concernant le poids des souffrances psychiques engendrées par les guerres et les catastrophes. Au fur et à mesure de leur engagement, les psys cherchent et expérimentent des concepts plus ajustés aux situations complexes qu'ils rencontrent. D'une part, cela explique l'apparition et le succès de certains termes dans le monde humanitaire, tels que le psychotraumatisme, la résilience, mais aussi la détresse psychique, ainsi qu'*a contrario*, le bien-être psychique et la santé mentale positive. D'autre part, cela a également participé à faire émerger diverses controverses sur les manières de « faire de la santé mentale » en contexte humanitaire (les arguments avancés sont, à titre d'exemple : la rareté des ressources, l'hégémonie des théories occidentales, les différences culturelles, l'existence aléatoire des systèmes de santé, l'autoplacement de certaines ONG qui se proclament innovantes sur ce sujet).

L'intervention humanitaire en santé mentale a donc oscillé entre une activité de reconnaissance de diverses formes de souffrances psychiques et une meilleure identification des troubles mentaux en contexte de grande vulnérabilité sociale. C'est au creux de l'écart existant entre l'accent mis en prioritairement

sur le travail humanitaire ou alors sur l'évaluation biomédicale, que se sont construites des collaborations entre acteurs humanitaires soignants psys et chercheurs. Ces derniers souhaitant tout d'abord quantifier, expliciter, analyser les causes et les corrélations qui provoquent des troubles psychiques en situation dite humanitaire, le risque demeure que les priorités initiales du travail humanitaire (témoigner et consoler pour réduire l'injustice) soient inversées.

Mais de quelle sorte d'injustice parle-t-on ? De la pratique psychiatrique aux interventions qui se font au nom de la santé mentale, le rapport entretenu entre soin psychique et injustice sociale est en mutation profonde. Depuis sa création, la psychiatrie, en tant qu'elle traite des pathologies mentales, a été régulièrement traversée par des sentiments collectifs d'injustice. Ceux-ci se réfèrent aux expériences morales vécues par les acteurs du soin (soignants et patients) et ont donné lieu à des critiques de l'institution asilaire, mais aussi à l'invention d'alternatives aux pratiques de soins en vigueur. Durant la période dite de désinstitutionnalisation, ces sentiments d'injustice ont contribué à redéfinir la folie non comme une exception (qui justifierait le fait asilaire), mais comme partie intégrante de la condition humaine. Plus récemment encore, la demande de justice visant à moins de subordination et à plus de réciprocité dans les échanges, issue du mouvement des usagers, s'est posée plus particulièrement en matière de dé-stigmatisation et de droit à la différence.

Aujourd'hui, de nouvelles formes de comptes rendus se cherchent. Appelons cette situation nouvelle *une préoccupation de santé mentale*. Notons d'emblée que la constitution d'une représentation commune de ce qu'est et de ce que devrait être la santé mentale (socle scientifique, public cible, technologies propres) n'est pas encore faite. Loin de là. Notons, toutefois, une caractéristique essentielle qui la différencie de la psychiatrie. Un cycle renouvelé de sentiments collectifs d'injustice portés, entre autres, par des acteurs moraux, soit les intervenants au front de l'humanitaire (mais aussi de la précarité sociale ou du monde du travail), a contribué à rendre visible une souffrance psychique d'origine sociale différenciée des pathologies psychiatriques. S'est ainsi ouverte une théorie d'intervention dans le champ humanitaire labellisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par les concepts de *santé mentale* et de *soutien psychosocial*².

Au sein de cette reconfiguration sociétale, où l'intériorité acquérant une valeur économique et sociale appelle une politique de la preuve, il devient essentiel de rester vigilant sur les mouvements généraux de quantification et de classification exponentiels des états mentaux, soit à des fins morales et cliniques, soit à des fins de gestions des populations. ▶

¹ Fassin, D. et Rechtman, R. (2011). *L'Empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime*. Paris : Champs Essais Flammarion.

² Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (IASC). Repéré à <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>