

Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence:

ce que les acteurs
de santé humanitaires doivent savoir



Remerciements

Ce document a été élaboré par le Groupe de référence pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence en consultation avec le Global Health Cluster (Groupe "Santé Responsabilité Sectorielle").

Nous remercions le Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS d'avoir mis à disposition du personnel pour l'élaboration de cette publication (grâce au soutien financier du Gouvernement italien).

Photos de couverture : © Comité international de secours (gauche) et UNICEF (centre).

Mention de la source

Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence (2010). *Santé mentale et soutien psychosocial dans les situation d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir*. Genève.

Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence:

ce que les acteurs
de santé humanitaires doivent savoir

IASC

Inter-Agency Standing Committee
IASC Reference Group for Mental Health and
Psychosocial Support in Emergency Settings

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	1
1.1 Contexte	1
1.2 Impacts des situations d'urgence	2
1.3 Principes	3
2. Matrice des interventions : aperçu des mesures minimales à prendre en situation d'urgence	4
3. Coordination et évaluation	6
3.1 Coordination	6
3.2 Évaluation	7
4. Connaissances essentielles sur la santé mentale et le soutien psychosocial pour le secteur de la santé	10
4.1 Mobilisation et soutien communautaires	10
4.2 Prise en compte de considérations psychologiques dans les soins de santé généraux	11
4.3 Prise en charge des personnes souffrant de graves troubles mentaux dans les Soins de Santé Primaire (SSP)	12
4.4 Médicaments psychotropes	13
4.5 Systèmes d'information sanitaire SSP	13
4.6 Personnes placées en institution	14
4.7 Alcoolisme et autres abus de substances	14
4.8 Liaison avec d'autres systèmes de soins / Travail en réseau avec les autres systèmes de soins	14
5. Défis opérationnels : quoi faire et quoi éviter ?	15
6. Activités de restructuration menées par le secteur de la santé au sortir de la situation d'urgence	17
7. Ressources humaines	19
7.1 Recrutement	19
7.2 Orientation et formation des acteurs humanitaires dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychologique	20
7.3 Bien-être du personnel et des volontaires	21
8. Principaux instruments et références	22
Appendice A: Médicaments appropriés dans la liste OMS des médicaments essentiels (2009)	24
Appendice B: Définitions du Système d'Information Sanitaire (SIS) du UNHCR (2009)	25

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Ce document est destiné aux acteurs humanitaires du domaine de la santé qui interviennent, aux niveaux national et local, dans des pays qui traversent des situations d'urgence et de crise. Il s'adresse aux partenaires du Health Cluster (Groupe "Santé Responsabilité Sectorielle") y compris aux prestataires de services de santé gouvernementaux et non gouvernementaux.

Cette publication, qui est basée sur les *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (CPI, 2007), passe en revue les connaissances essentielles que doivent posséder les acteurs humanitaires sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. Les responsables devront veiller à ce que le personnel des secteurs sanitaire consulte les chapitres de ce document qui les concernent.

Le terme « psychosocial » met en lumière les liens et les interactions permanentes entre les processus psychologiques et sociaux. Dans ce document, l'expression « santé mentale et soutien psychosocial » décrit tout type de soutien endogène et exogène visant à protéger et/ou promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental.

Le soutien psychosocial, qui est essentiel pour préserver la santé mentale et le bien-être psychosocial dans les situations d'urgence, doit être organisé dans plusieurs cadres (par exemple gestion des camps, éducation, sécurité alimentaire et nutrition, santé, protection, habitat et eau et assainissement). Les acteurs humanitaires du domaine de la santé sont invités à promouvoir les directives du CPI et les principaux messages qui y figurent auprès de leurs collègues d'autres disciplines, d'autres groupes sectoriels et d'autres secteurs afin de s'assurer que des mesures appropriées sont prises pour lutter contre les facteurs de risque sociaux liés à la santé mentale et au bien-être psychosocial.

Face à des problèmes urgents et spécifiques, des interventions psychiatriques et de psychologie clinique de base doivent être mises en œuvre pour des problèmes spécifiques et urgents. Ces interventions ne doivent être mises en place que sous le contrôle de professionnels de santé mentale, qui travaillent généralement dans le secteur de la santé.

La prise en compte de la santé mentale et du bien-être psychosocial permet de préserver la dignité des victimes et d'améliorer l'action sanitaire en général.

1.2 IMPACTS DES SITUATIONS D'URGENCE

Les situations d'urgence créent toute une série de problèmes auxquels sont confrontés les individus, les familles, les communautés et la société. À chacun de ces niveaux, ces situations fragilisent ou déstabilisent des dispositifs de protection efficaces en temps normal, augmentent les risques d'apparition de divers problèmes et aggravent les problèmes préexistants. Si des problèmes sociaux et psychologiques surviennent dans la plupart des groupes, on notera que, face au même événement, chacun réagira différemment et mobilisera des ressources et des moyens propres.

Les problèmes de santé mentale et psychosociaux apparaissant dans les situations d'urgence sont étroitement liés entre eux, mais peuvent avoir un caractère essentiellement social ou essentiellement psychologique. Les problèmes importants ayant un caractère essentiellement social sont notamment les suivants :

- problèmes sociaux préexistants (antérieurs à la situation d'urgence) (par ex. extrême pauvreté ; appartenance à un groupe discriminé ou marginalisé; oppression politique);
- problèmes sociaux provoqués par la situation d'urgence (par ex. éclatement de la famille ; désorganisation des réseaux sociaux, destruction des structures, de la confiance et des ressources communautaires ; augmentation de la violence basée sur le genre);
- problèmes sociaux provoqués par l'aide humanitaire (par ex. affaiblissement des structures communautaires ou des mécanismes de soutien traditionnels).

De même, les problèmes ayant un caractère essentiellement psychologique sont notamment les suivants :

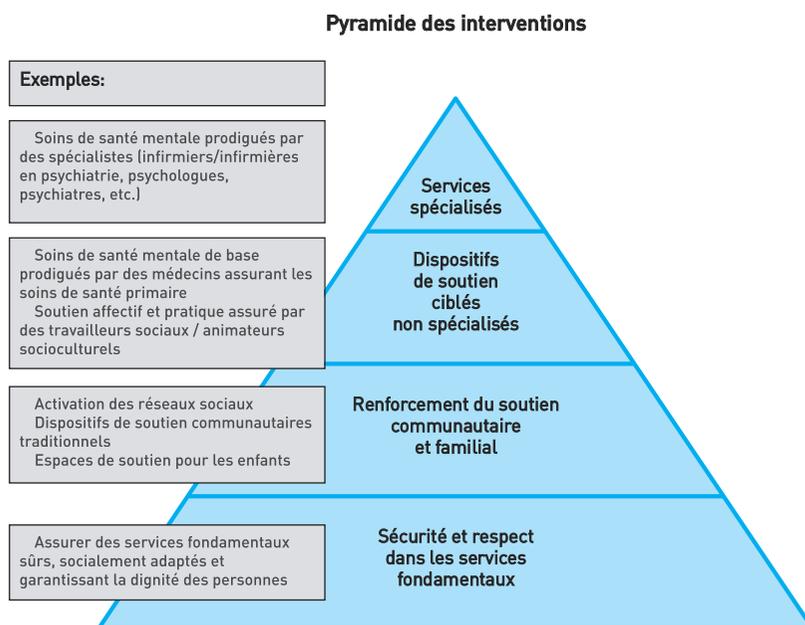
- problèmes préexistants (par ex. trouble mental grave, alcoolisme);
- problèmes provoqués par la situation d'urgence (par ex. deuil, détresse non pathologique, les troubles de l'anxiété, notamment l'état de stress post-traumatique (ESPT));
- problèmes liés à l'aide humanitaire (par ex. angoisse liée au manque d'information sur la distribution de vivres).

On voit donc que, dans les situations d'urgence, les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux ne se limitent pas, loin s'en faut, à l'état de stress post-traumatique ou à la dépression. S'intéresser exclusivement à ces deux troubles s'est risquer de passer à côté de bien d'autres problèmes liés à la santé mentale et au soutien psychosocial en situation d'urgence et de ne pas tenir compte des ressources psychosociales dont disposent les individus. Une erreur habituelle est de ne pas tenir compte de ces ressources pour ne se concentrer que sur les seuls

déficits du groupe touché – c'est-à-dire les faiblesses, les souffrances et les pathologies. Ainsi, il faut non seulement connaître les problèmes mais aussi savoir quelles sont les ressources disponibles au niveau local, si elles sont utiles ou non, et dans quelle mesure les personnes touchées peuvent y avoir accès.

1.3 PRINCIPES

Figure 1. Pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (Pour une explication des étages, se reporter aux pages 13 à 15 des directives du CPI)



Dans les situations d'urgence, les personnes sont touchées de différentes manières et nécessitent des dispositifs de soutien adaptés aux besoins. L'un des principes fondamentaux est de **mettre en place un système « à étages » de dispositifs de soutien complémentaires qui répondent aux besoins des différents groupes** (voir Figure 1). Tous les étages de la pyramide sont importants et doivent en principe être mis en œuvre simultanément.

Un autre principe clé – dès le début d'une situation d'urgence – est de **favoriser la mobilisation des ressources locales**, de soutenir les moyens d'entraide et de renforcer les capacités existantes. Là où c'est possible, les acteurs humanitaires doivent proposer leur soutien et moyens à la fois au gouvernement et à la société civile. À chaque niveau de la pyramide, une des tâches principales est d'identifier, de mobiliser et de renforcer les compétences et les capacités des individus, des familles, des communautés et de la société.

Les activités et les programmes doivent autant que possible être intégrés dans des **systèmes plus larges** (comme, par exemple, les mécanismes de soutien communautaires, les systèmes d'enseignement officiels ou non, les services de santé et de santé mentale généraux, les services sociaux, etc.). La prolifération de services indépendants, tels que ceux qui ne traitent que les victimes de viol ou les personnes pour lesquelles un trouble spécifique a été diagnostiqué, tend à poser problème car ils peuvent entraîner une fragmentation dommageable des systèmes de soutien. En revanche, des activités qui sont intégrées à des systèmes plus larges bénéficient à un plus grand nombre de personnes, sont souvent plus durables et généralement moins stigmatisantes.

2. MATRICE DES INTERVENTIONS : APERÇU DES MESURES MINIMALES À PRENDRE EN SITUATION D'URGENCE

Les mesures minimales à prendre sont récapitulées au Tableau 1. Les activités essentielles auxquelles le secteur de la santé doit absolument participer sont indiquées *en italique et en bleu*. Le secteur de santé peut aussi participer, si possible, à d'autres interventions, notamment dans le domaine de la mobilisation et du soutien communautaires. Les directives du CPI indiquent comment mettre en œuvre chacune des mesures minimales.

TABLEAU 1 : AIDE-MEMOIRE POUR UNE REPONSE MINIMALE (DIRECTIVES DU CPI, PP. 22-33)

Fonction ou domaine	Titre de l'Aide-mémoire
A. Fonctions communes à tous les domaines	
1 Coordination	1.1 <i>Assurer la coordination intersectorielle de la santé mentale et du soutien psychosocial</i>
2 Evaluation des besoins, suivi et évaluation	2.1 <i>Procéder à des évaluations des problèmes de santé mentale et des problèmes psychosociaux</i> 2.2 <i>Mettre en place des systèmes participatifs de suivi et d'évaluation</i>
3 Normes en matière de protection et de droits de l'homme	3.1 <i>Mettre en place un cadre pour assurer le respect des droits de l'homme par le biais de la santé mentale et du soutien psychosocial</i> 3.2 <i>Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection sociale</i> 3.3 <i>Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection juridique</i>
4 Ressources humaines	4.1 <i>Trouver et recruter du personnel et engager des volontaires qui comprennent la culture locale</i> 4.2 <i>Faire respecter les codes de déontologie et d'éthique concernant le personnel</i> 4.3 <i>Organiser l'initiation et la formation des acteurs humanitaires dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial</i> 4.4 <i>Prévenir et traiter les problèmes de santé mentale et de bien-être psychosocial parmi le personnel et les volontaires</i>

B. Domaines de la santé mentale et du soutien psychosocial de base

5 Mobilisation et appui aux communautés	5.1 <i>Créer les conditions pour une mobilisation des communautés, leur appropriation et leur contrôle de l'intervention d'urgence dans tous les secteurs</i> 5.2 <i>Promouvoir l'entraide et le soutien social communautaire</i> 5.3 <i>Créer des conditions favorables à des pratiques communautaires de conciliation culturelle, spirituelle et religieuse</i> 5.4 <i>Favoriser l'appui aux jeunes enfants (0 à 8 ans) et à ceux qui leur apportent des soins</i>
6 Services de santé	6.1 <i>Incorporer des aspects psychologiques et sociaux spécifiques aux soins de santé générale</i> 6.2 <i>Assurer l'accès aux soins pour les personnes souffrant de graves troubles mentaux</i> 6.3 <i>Protéger et soigner les personnes souffrant de graves troubles mentaux ou d'autres handicaps mentaux ou neurologiques placées en institution</i> 6.4 <i>Apprendre à connaître et, le cas échéant, collaborer avec les systèmes de santé locaux, autochtones et traditionnels</i> 6.5 <i>Réduire au minimum les méfaits de la consommation d'alcool et d'autres substances</i>
7 Éducation	7.1 <i>Renforcer l'accès à une éducation protectrice et attentive aux besoins des élèves</i>
8 Diffusion de l'information	8.1 <i>Fournir à la population affectée des informations sur la situation d'urgence, les secours et ses droits juridiques</i> 8.2 <i>Permettre l'accès à l'information sur les méthodes positives d'adaptation</i>

C. Aspects sociaux à prendre en considération dans les domaines sectoriels

9 Sécurité alimentaire et nutrition	9.1 <i>Incorporer des aspects sociaux et psychologiques spécifiques dans le soutien alimentaire et nutritionnel (aide pour tous dans la sécurité et la dignité, attention portée aux pratiques culturelles et aux rôles domestiques)</i>
10 Abri et planification des sites d'installation	10.1 <i>Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la planification des sites d'installation et la fourniture d'abris (aide guidée par les principes de sécurité et de dignité et tenant compte des facteurs culturels et sociaux)</i>
11 Eau et assainissement	11.1 <i>Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la fourniture de l'eau et des installations d'assainissement (accès pour tous, en toute sécurité et dignité et en accord avec la culture)</i>

3. COORDINATION ET EVALUATION

3.1 COORDINATION (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 1.1)

Les activités relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial doivent être coordonnées à l'intérieur des secteurs/groupes de responsabilité sectorielle (<Clusters>) et entre ceux-ci. Le dispositif de coordination doit être adapté au contexte. Les acteurs des différents secteurs/ groupes de responsabilité sectorielle doivent avoir la possibilité de se réunir régulièrement afin de coordonner les plans d'action et les stratégies concernant la santé mentale et le soutien psychosocial.

La santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) supposent la mise en place d'activités qui doivent être discutées et intégrées dans les plans d'action des groupes sectoriels/ groupes de responsabilité sectorielle appropriés, dans la mesure où elles constituent des éléments fondamentaux de ces secteurs/ groupes de responsabilité sectorielle essentiels (par exemple la santé, la protection et l'éducation). Les activités relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial relèvent de la responsabilité des groupes sectoriels concernés. Il est important d'inclure les projets SMSPS dans les chapitres pertinents (santé, protection et éducation) des documents d'appel éclair (Flash Appeal) ou de la procédure d'appel global (CAP Appeal). Ces documents ne doivent pas comporter de chapitre distinct pour la santé mentale et le soutien psychosocial. Il ne faut pas non plus créer de groupe sectoriel distinct pour la santé mentale et le soutien psychosocial.

Les directives du CPI préconisent de créer un seul groupe intersectoriel de coordination des activités SMSPS. Il est conseillé de mettre en place un tel groupe lorsque les acteurs en SMSPS sont présents en nombre. Le groupe de coordination doit avoir des Termes de Référence. Les principales questions opérationnelles intersectorielles doivent être traitées par le Groupe de Coordination Intersectoriel lorsqu'il en existe un. Lorsqu'il y a peu d'acteurs en SMSPS, il peut ne pas être approprié de créer un groupe intersectoriel. Dans ce cas, il est important d'organiser des réunions régulières entre les acteurs en SMSPS des différents secteurs ou de mettre en place un système de points focaux en SMSPS, qui se rencontrent régulièrement, pour les différents groupes de responsabilité sectorielle /secteurs concernés.

Il est à noter que, à la fois sur un plan politique et pratique, il est souvent plus efficace que le groupe de coordination des activités SMSPS soit coprésidé par un organisme chargé de la santé et un organisme chargé de la protection, ou par un organisme chargé de la santé et un organisme chargé des services communautaires dans le cas des camps de réfugiés). Les organisations qui

dirigent le groupe doivent bien connaître les questions relatives au SMSPS ainsi que les processus de coordination participative (qui consistent, par exemple, à éviter qu'une seule approche ou un seul secteur ne domine).

Le groupe de coordination des activités relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial doit travailler avec tous les groupes de responsabilité sectorielle /secteurs concernés afin de s'assurer que leurs activités sont conduites de façon à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial.

3.2 EVALUATION (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 2.1)

Le *Formulaire d'évaluation initiale rapide (EIR)* du CPI est un outil intersectoriel standard dont se servent les groupes de responsabilité sectoriels pour évaluer la situation humanitaire dans les premières semaines après la survenue d'une situation d'urgence à évolution rapide. En ce qui concerne les aspects de la santé mentale et du soutien psychosocial du secteur santé, il faut vérifier d'urgence que les personnes placées en hôpital psychiatrique ou dans un autre établissement (par exemple maison de retraite, orphelinat) n'ont pas été oubliées ou abandonnées et laissées sans eau potable, sans nourriture, sans soins et à la merci d'actes de violence. Dans le cadre d'une EIR, il est donc indispensable que les évaluateurs se rendent dans ces établissements.

Le *Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS)* du Groupe de responsabilité sectoriel Santé mondial facilite le recueil et l'analyse des données et permet ainsi de mieux appliquer de bonnes pratiques pour le recensement des ressources et des services de santé. Le système HeRAMS comporte une liste de contrôle des services de santé, classés par niveaux de soins et par sous-secteurs, correspondant aux interventions pratiquées dans les établissements de santé, les dispensaires ambulants et les communautés. Certains points de la liste de contrôle concernent précisément la santé mentale (soins primaires et soins secondaires et tertiaires).

Il existe aussi une version pilote d'un outil qui sert à déterminer qui est où, depuis/jusqu'à quand et pour faire quoi (« les 4W ») dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial. Il permet de rassembler davantage de renseignements sur l'ensemble des activités, y compris celles menées par d'autres secteurs. Il est possible de relier cet outil – disponible sur demande auprès du groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial – au système HeRAMS.

Dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial, la plupart des évaluations ont lieu quelques semaines, voire quelques mois, après la survenue d'une situation

TABLE 2: SYNTHES DES INFORMATIONS IMPORTANTES NECESSAIRES POUR LES EVALUATIONS

Type d'information	Portant notamment sur
Données démographiques et contextuelles pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> • La taille de la population et la taille (et, le cas échéant, le lieu de résidence) des groupes de la population qui peuvent courir un risque particulier • La mortalité et les menaces pour la mortalité • Accès aux besoins matériels de base (par ex. l'alimentation, les abris, l'eau et l'assainissement et les soins médicaux) et à l'éducation • Les violations des droits de l'homme et les cadres de protection • Les structures et les dynamiques sociales, politiques, religieuses et économiques (par ex. les questions de sécurité et les questions liées aux conflits, y compris les divisions ethniques, religieuses, de classe et de sexe au sein des communautés) • Les changements apportés aux activités liées aux moyens d'existence et à la vie communautaire quotidienne • Des informations ethnographiques de base sur les ressources, normes, rôles et attitudes culturels (par ex. les attitudes à l'égard du trouble mental et de la violence basée sur le genre, les comportements d'appel à l'aide)
Expérience de la situation d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • La situation d'urgence telle qu'elle est vécue par la population (perception des événements et de leur importance, causes perçues, conséquences escomptées)
Problèmes de santé mentale et psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de détresse psychologique et sociale, y compris problèmes comportementaux et affectifs (par ex. agressivité, repliement sur soi, troubles du sommeil) et indicateurs locaux de la détresse • Symptômes d'une perturbation du fonctionnement quotidien • Désorganisation des mécanismes de solidarité sociale et de soutien, par ex. déstabilisation des formes de soutien social, conflits familiaux, violence, décrédibilisation des valeurs communes • Informations sur les personnes souffrant de graves troubles mentaux, par ex. par l'intermédiaire des systèmes d'information des services de santé (pour d'autres renseignements)
Sources existantes de bien-être psychosocial et de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Façons dont les individus s'aident eux-mêmes et aident autrui – c'est-à-dire techniques de survie/d'apaisement (par ex. convictions religieuses ou politiques, recherche de l'appui de la famille ou des amis) • Façons dont la population a pu avoir, antérieurement, à faire face à l'adversité • Types de soutien social (recenser les aides qualifié(els) et de confiance dans une communauté) et sources de solidarité communautaire (par ex. continuation des activités normales de la communauté, prise de décision participative, dialogue/respect intergénérationnel, soutien apporté aux groupes marginalisés ou à risque)
Capacités et activités organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Structure, sites, effectifs et ressources des programmes de soutien psychologique dans les services éducatifs et sociaux et impact de la situation d'urgence sur ces services • Structure, sites, effectifs et ressources du secteur de la santé en ce qui concerne les soins de santé mentale (y compris les politiques, les disponibilités en médicaments, le rôle des soins de santé primaire et des hôpitaux psychiatriques, etc. – voir le <i>Mental Health Atlas</i> de l'OMS pour les données de départ concernant 192 pays) et impact de la situation d'urgence sur ces services • Recensement des compétences psychosociales des agents communautaires (par ex. travailleurs communautaires, chefs religieux ou assistants sociaux) • Recensement des partenaires potentiels et importance et qualité/contenu de la formation antérieure à la SMSPS • Recensement des programmes de SMSPS d'urgence
Besoins et possibilités en matière de programmation	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations des différentes parties prenantes • Etendue de la mise en œuvre des différentes interventions principales indiquées dans les présentes Directives du CPI • Fonctionnalité des systèmes de référencement entre les secteurs sanitaire, social, éducatif, communautaire et religieux et au sein de chacun de ces secteurs

d'urgence à évolution rapide. Ce sont les groupes de responsabilité sectoriels qui doivent, si possible, intégrer les questions dans les évaluations. Comme celles portant sur d'autres domaines de l'aide, les évaluations relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial doivent être coordonnées. Les organisations doivent d'abord déterminer quelles sont les évaluations qui ont déjà été menées et elles ne doivent concevoir d'autres évaluations sur le terrain que si celles-ci sont nécessaires. Dans la plupart des situations d'urgence, différents acteurs (ministères, organisations des Nations Unies, ONG, etc.) de différents secteurs recueilleront, dans plusieurs zones géographiques, des informations sur plusieurs aspects de la santé mentale et du soutien psychosocial, et il faut déterminer quel type d'informations recueillir, où le faire et qui s'en chargera. Les responsables de la coordination doivent veiller autant que possible à ce que toutes les informations récapitulées au Tableau 2 soient disponibles dans la zone touchée.

Lors du recueil des informations récapitulées au Tableau 2, il faut appliquer les principes généraux de l'évaluation participative rapide. Les méthodes qualitatives pertinentes de recueil des données sont la revue de littérature, les ateliers de travail en groupe (par exemple des discussions), les interviews d'informateurs clés, les observations et les visites de sites. Des méthodes quantitatives (questionnaires courts et examen des données disponibles dans les systèmes de santé) peuvent aussi être utiles.

Malgré l'engouement qu'elles suscitent, les enquêtes qui visent à évaluer l'épidémiologie des troubles mentaux entraînés par une situation d'urgence sont généralement difficiles, exigent beaucoup de ressources et sont souvent controversées. L'expérience a montré que la réalisation fiable et rapide d'enquêtes sur les troubles mentaux exige un savoir-faire considérable pour que ces enquêtes puissent influencer sur les programmes dans les situations d'urgence. Si les enquêtes sur les troubles mentaux s'inscrivent parfois dans une action plus complète, selon les directives du CPI, elles vont au-delà des réponses minimales, définies comme des interventions prioritaires essentielles à mettre en œuvre aussitôt que possible dans une situation d'urgence. Pour plus d'informations sur les enquêtes et la difficulté de distinguer un trouble d'une détresse, voir les directives du CPI à la p. 49-50.

4. CONNAISSANCES ESSENTIELLES DE LA SANTE MENTALE ET DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL POUR LE SECTEUR DE LA SANTE

4.1 MOBILISATION ET SOUTIEN COMMUNAUTAIRES (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 5.1–5.4)

Tous les secteurs, y compris celui de la santé, se doivent de faciliter la mobilisation et le soutien communautaires. Dans ce document, comme dans les directives du CPI, l'expression « mobilisation communautaire » s'entend de l'action menée pour associer les membres d'une communauté (groupes de personnes, familles, autres parents et alliés, pairs, voisins ou autres personnes ayant un intérêt commun) à l'ensemble des débats, décisions et actions ayant des incidences pour leur avenir. Les communautés sont généralement constituées d'un grand nombre de groupes aux besoins différents et souvent en lutte pour détenir influence et pouvoir. Faciliter une authentique participation communautaire suppose une bonne connaissance de la structure locale du pouvoir et des formes de conflits et un travail avec les différents groupes, dont il convient de ne privilégier aucun en particulier (voir l'aide-mémoire 5.1 des directives du CPI).

Pour faciliter l'entraide communautaire et le soutien social, il faut recenser les mécanismes de soutien psychosocial déjà disponibles, ainsi que les moyens de résilience et ceux permettant de faire face à la situation, par le biais de l'observation participative et d'autres méthodes psychosociologiques similaires. Il faut pour cela, le cas échéant, soutenir les initiatives communautaires existantes, notamment celles qui favorisent le soutien familial et communautaire de toutes les personnes touchées par une situation d'urgence, y compris celles qui sont les plus susceptibles de connaître des problèmes de santé mentale et psychosociaux. Il faut non seulement soutenir les initiatives communautaires spontanées mais aussi envisager d'autres initiatives pour l'ensemble des membres de la communauté touchés par la situation d'urgence et en particulier pour les personnes les plus à risque (pour plus d'informations et pour consulter de nombreux exemples, concernant notamment la facilitation de la protection communautaire et le soutien aux très jeunes enfants, voir les aide-mémoire 5.2, 5.3 et 5.4 des directives du CPI). L'auto-prise en charge est vitale, car les personnes ayant traversé des événements traumatisants seront en meilleure santé mentale et ressentiront davantage de bien-être psychosocial si elles peuvent maîtriser un maximum d' aspects de leur vie.

4.2 PRISE EN COMPTE DE CONSIDERATIONS PSYCHOLOGIQUES DANS LES SOINS DE SANTE GENERAUX (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 6.1)

Dans le cadre des soins de santé généraux, il faut envisager les mesures suivantes :

- Communiquer avec les patients, leur donner des informations claires et exactes sur leur état de santé et sur les services qui peuvent leur être utiles à l'intérieur et hors du secteur de la santé. On pourrait aborder, dans le cadre d'une formation, la manière d'annoncer les mauvaises nouvelles avec tact, la conduite à tenir face à des patients en grande tension, très anxieux, suicidaires, présentant des symptômes psychotiques ou repliés sur eux-mêmes, et la manière de réagir aux témoignages sur des événements très intimes et émouvants.
- Faciliter la gestion des problèmes en aidant les gens à exprimer plus clairement leurs difficultés, en réfléchissant ensemble à des moyens d'y faire face, en faisant des choix et en évaluant l'intérêt et les conséquences de ces choix.
- Orienter les personnes vers les services de recherche de victimes, les services sociaux et les services juridiques.
- Orienter les enfants malnutris vers des programmes de stimulation afin d'atténuer les risques de retard de développement et d'améliorer le développement.
- Prendre en charge les plaintes somatiques médicalement inexplicables, principalement par le biais de méthodes non pharmacologiques (voir le manuel *Where There is No Psychiatrist*, pp.85-101 (consulter la bibliographie)).
- Apporter une aide psychologique d'urgence : il s'agit de proposer un soutien psychologique adapté non intrusif, axé sur l'écoute, sans forcer les personnes à parler ; d'évaluer les besoins et de faire en sorte que les besoins de base soient satisfaits ; d'encourager les gens, sans les y obliger, à rester en compagnie de proches ; et de protéger les gens d'une aggravation de leur situation. L'aide psychologique d'urgence est donc une aide non clinique et humaine apportée à une personne qui souffre et qui peut avoir besoin de soutien immédiatement après un événement extrêmement stressant. Cette aide est tout à fait différente du débriefing psychologique, qui ne suppose pas nécessairement d'aborder l'événement à l'origine du stress. **Le débriefing psychologique est une technique à la mode mais controversée (dans le meilleur des cas, elle est inefficace) elle ne doit pas être mise en œuvre.** Tous les intervenants auprès des victimes, notamment les agents de santé, doivent être capables d'apporter une aide psychologique d'urgence de base.
- Dans quelques cas, lorsqu'un stress aigu et grave, consécutif à la situation d'urgence, altère les fonctions vitales et cognitives et/ou est intolérable, une prise en charge clinique sera

probablement nécessaire (pour plus de précisions, voir *Where There is No Psychiatrist*).

- En ce qui concerne le traitement médicamenteux du stress aigu, **dans la plupart des situations d'urgence, les benzodiazépines sont généralement trop souvent prescrites.** Toutefois, il est parfois utile d'en prescrire pendant une très courte période pour traiter certains problèmes précis (par exemple une insomnie sévère). **Les benzodiazépines sont à utiliser avec prudence car elles peuvent rapidement entraîner une dépendance.**
- Dans quelques cas, un trouble thymique ou anxieux chronique (y compris une forme sévère de stress post-traumatique) peut déclarer. Les troubles sévères doivent être pris en charge par un clinicien qualifié dans le cadre de la réponse minimale d'urgence (décrite dans l'aide-mémoire 6.2 du CPI). Les troubles qui ne sont pas sévères (par exemple si la personne est capable de réagir normalement et tolère sa souffrance) doivent être pris en charge dans le cadre d'une mesure d'aide plus globale. Le soutien doit, si possible, être assuré par des agents de santé communautaires qualifiés (par exemple travailleurs sociaux, conseillers) appartenant aux services de santé et encadrés par des cliniciens.

4.3 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE GRAVES TROUBLES MENTAUX DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP) (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 6.2)

Les troubles mentaux graves peuvent être préexistants ou provoqués par la situation d'urgence. Extrêmement vulnérables, les personnes atteintes de troubles mentaux graves sont souvent abandonnées à elles-mêmes dans ce genre de situation. L'aide-mémoire 6.2 décrit plusieurs aspects de l'organisation des soins à ces personnes (par exemple évaluation, formation et supervision, diffusion d'information sur l'existence du service, information de la population sur les prestations). Il existe plusieurs modèles possibles pour l'organisation des services de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires (SSP) :

- le détachement de spécialistes de la santé mentale auprès d'équipes SSP relevant du secteur public ou d'ONG ;
- la formation et la supervision du personnel local des SSP pour intégrer les services de santé mentale dans la pratique normale et leur consacrer le temps nécessaire ;
- la formation et la supervision d'un membre de l'équipe locale des SSP (un médecin ou un agent infirmier) chargé d'assurer à plein temps des services de santé mentale en même temps que les autres services de SSP.

4.4 MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Il faut veiller à ce que des médicaments psychotropes essentiels soient disponibles en quantité suffisante dans les services de SSP et d'autres services de santé (*directives du CPI, aide-mémoire 6.2*). Les acteurs humanitaires doivent savoir :

- que, d'une façon générale, il est recommandé de prescrire des médicaments génériques dont le brevet est arrivé à expiration parce que, dans la plupart des pays, ils sont beaucoup moins chers que les psychotropes visés par un brevet tout en étant aussi efficaces. Si les nouveaux médicaments comportent généralement moins d'effets secondaires, ils sont cependant à peine mieux tolérés que les autres ;
- qu'il faut disposer au minimum d'un antipsychotique, d'un antiparkinsonien (pour prendre en charge les effets secondaires extrapyramidaux éventuels), d'un anticonvulsivant/antiépileptique, d'un antidépresseur et d'un anxiolytique (pour le traitement des cas graves d'abus de substances et de crises convulsives), tous médicaments à prendre sous forme de comprimés et qui figurent sur la liste type de médicaments essentiels de l'OMS (voir appendice A). La trousse sanitaire d'urgence inter institutions 2010 contient ces médicaments.

4.5 SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE SSP (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 6.2)

Les SSP d'urgence sont une occasion toute particulière d'aider les gens atteints de problèmes de santé mentale. Les agents des SSP doivent savoir identifier ces problèmes en faisant appel à des catégories simples. Un agent des SSP de niveau moyen n'a besoin que d'une orientation minimale pour utiliser les sept catégories suivantes (voir appendice B pour les définitions du HCR) :

- Crises convulsives/épilepsie
- Alcoolisme et troubles liés à l'abus de substances
- Retard mental/déficiência intellectuelle
- Troubles psychotiques
- Troubles émotionnels sévères
- Autres troubles psychologiques
- Troubles somatiques sans explication médicale.

4.6 PERSONNES PLACÉES EN INSTITUTION (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 6.3)

Dans une situation d'urgence, les personnes placées dans des hôpitaux psychiatriques ou d'autres institutions sont souvent oubliées ou abandonnées à elles-mêmes, et se retrouvent exposées à la violence, au manque de soins ou à une violation de leurs droits fondamentaux. Tout au long de la crise, les responsables sanitaires doivent porter attention aux personnes placées en institution et s'occuper des besoins urgents, en veillant à ce que ces personnes soient protégées et prises en charge.

4.7 ALCOOLISME ET ABUS D'AUTRES SUBSTANCES (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 6.5)

Eventuellement le secteur de la santé, en collaboration avec d'autres, prendra des mesures pour réduire le plus possible les effets nocifs de la consommation d'alcool et d'autres substances dans les situations d'urgence lorsque cela entraîne d'importants problèmes de protection et de prise en charge médicale ou socio-économique. Les directives du CPI mettent en relief les premières mesures à prendre en situation d'urgence pour atténuer autant que possible les effets nocifs de la consommation d'alcool et d'autres substances. Il s'agit notamment des évaluations (voir HCR/OMS, 2008), de la prévention de la consommation nocive et de la dépendance, des interventions visant à réduire les effets nocifs dans la population ainsi que la prise en charge du phénomène de retrait social.

4.8 LIAISON AVEC LES AUTRES SYSTEMES DE SOINS (DIRECTIVES DU CPI, AIDE-MEMOIRE 6.4)

Bien souvent, il importe de s'informer des systèmes locaux, autochtones et traditionnels de soins et, le cas échéant, de collaborer avec eux. Que les approches traditionnelles soient efficaces ou non sur le plan clinique (ce qui varie selon les cas), le dialogue avec les tradipraticiens peut donner des résultats positifs, et notamment permettre de mieux comprendre l'univers spirituel, psychologique et social des personnes concernées et, en particulier, d'améliorer les systèmes d'orientation, d'accès et de recours aux soins. Il se peut que certains tradipraticiens soient réticents à collaborer. De plus, le personnel de santé risque d'être méfiant, voire hostile à l'égard des pratiques traditionnelles, qu'il ne connaît d'ailleurs peut-être pas. Bien que, dans certaines situations, le mieux est de maintenir

une certaine distance, les principales mesures indiquées dans l'aide-mémoire 6.4 devraient permettre des rapports constructifs entre les différents systèmes de soins. Ce qui est à privilégier.

5. DEFIS OPERATIONNELS : A FAIRE ET A NE PAS FAIRE

L'expérience dans bien des situations d'urgence montre que certaines interventions sont judicieuses mais que d'autres doivent généralement être évitées (voir tableau 3). Le responsable du programme de santé doit être au courant de ce qu'il faut faire ou ne pas faire et se servir de ces instructions comme liste de contrôle pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du programme.

Tableau 3 : À faire et à ne pas faire

À faire	À ne pas faire
Créer un groupe de coordination coiffant le soutien à la santé mentale et le soutien psychosocial.	Ne pas créer de groupes distincts pour la santé mentale et le soutien psychosocial qui ne se concertent pas ou ne coordonnent pas leur action.
Favoriser une intervention coordonnée, en participant à des réunions de coordination et en ajoutant de la valeur en complétant le travail des autres intervenants.	Ne pas travailler de façon isolée ou sans se demander comment son activité est en adéquation avec les autres intervenants.
Recueillir et analyser les informations pour déterminer si une intervention est nécessaire et, dans l'affirmative, le type d'intervention à lancer.	Ne pas répéter inutilement des évaluations de besoins et ne pas accepter de données préliminaires sans les vérifier.
Adapter les outils d'évaluation au contexte local.	Ne pas utiliser d'outils d'évaluation dont le bien-fondé n'a pas été prouvé dans le contexte local de la situation d'urgence.
Prendre conscience du fait que les personnes réagissent différemment à une situation d'urgence. Celles qui sont capables d'adaptation peuvent fonctionner normalement, tandis que d'autres peuvent être gravement affectées par la situation et avoir besoin d'un soutien spécialisé.	Ne pas présumer que toutes les personnes confrontées à une situation d'urgence sont traumatisées ni que les personnes résilientes n'ont pas besoin de soutien.
Poser des questions dans la ou les langue(s) locale(s) et d'une façon réconfortante et confidentielle.	Ne pas répéter des évaluations de besoins ni poser de questions particulièrement éprouvantes sans apporter un soutien au titre du suivi.
Tenir compte des différences entre les sexes.	Ne pas présumer que les situations d'urgence affectent les hommes et les femmes (ou les garçons et les filles) exactement de la même façon ou que les programmes conçus pour des hommes seront aussi utiles ou accessibles pour les femmes.
Vérifier les références fournies par le personnel ou les bénévoles au moment du recrutement et renforcer les capacités des personnes engagées au sein de la communauté locale et/ou affectée.	Ne pas recourir à des pratiques de recrutement qui fragilisent gravement les structures locales existantes.
Superviser et suivre les personnes ayant reçu une formation à la santé mentale et au soutien psychosocial afin de s'assurer de la bonne marche des interventions.	Ne pas avoir recours à des stages de formation ponctuels et indépendants ou à des stages très courts sans suivi s'il s'agit de préparer des personnes à prendre en charge des interventions psychologiques complexes.

Tableau 3 : À faire et à ne pas faire (cont.)

Favoriser l'élaboration de programmes auxquels les communautés soient parties prenantes et qui soient gérés et dirigés par elles.	Ne pas appliquer un modèle caritatif qui considère les membres de la communauté locale essentiellement comme des bénéficiaires de services.
Renforcer les capacités locales, appuyer les efforts propres aux communautés concernées et consolider les ressources déjà présentes parmi les groupes affectés.	Ne pas mettre en place de dispositifs de soutien qui fragilisent ou contournent les responsabilités et les capacités locales.
Se familiariser avec les pratiques culturelles locales et, le cas échéant, les utiliser dans le cadre de l'appui à apporter à la population locale.	Ne pas présumer que toutes les pratiques culturelles locales soient utiles ou que l'ensemble de la population locale soit favorable à telle ou telle pratique.
Mettre en œuvre des méthodes extérieures à la culture considérée si cela est approprié.	Ne pas présumer que les méthodes venues de l'étranger sont nécessairement meilleures. Ne pas les imposer à la population locale d'une façon propre à marginaliser les pratiques et convictions pouvant offrir un soutien.
Renforcer les capacités gouvernementales et intégrer les soins de santé mentale à fournir aux victimes des situations d'urgence aux services de santé générale et, s'ils existent, aux services de santé mentale communautaires.	Ne pas créer de services de santé mentale parallèles pour des groupes de population spécifiques.
Organiser l'accès à un éventail de dispositifs de soutien, y compris les premiers secours psychologiques, pour les personnes souffrant de détresse aiguë après avoir été exposées à un stress extrême.	Ne pas prévoir de séance unique de debriefing psychologique, à titre d'intervention précoce, pour des personnes ayant été exposées à un conflit ou à une catastrophe naturelle.
Former les agents de soins de santé générale aux bonnes pratiques en matière de prescription et au soutien psychologique de base et les superviser.	Ne pas fournir de médicaments psychotropes ou de soutien psychologique sans formation et supervision.
Ne prescrire que les médicaments génériques figurant sur la liste des médicaments essentiels du pays.	Ne pas utiliser de médicaments de marque nouveaux dans les contextes où ils ne sont pas d'usage courant.
Mettre en place des systèmes efficaces de référencement et de soutien pour les personnes gravement touchées.	Ne pas organiser de dépistage des troubles mentaux sans que soient en place des services appropriés et accessibles pouvant traiter les personnes pour lesquelles un diagnostic aura été posé.
Prévoir des solutions adaptées au contexte local pour les personnes risquant d'être placées en institution.	Ne pas placer les gens en institution (à moins que cela ne soit indiscutablement la solution temporaire de dernier recours en matière de soins et de protection).
Utiliser les spécialistes de la communication de l'organisation pour promouvoir la communication bidirectionnelle avec la population affectée et avec le monde extérieur.	Ne pas utiliser les spécialistes de la communication pour communiquer uniquement avec le monde extérieur.
Utiliser des moyens tels que les médias pour fournir des informations exactes qui réduisent le stress et permettent à la population d'avoir accès aux services humanitaires.	Ne pas créer ou montrer dans les médias des images qui dramatisent les souffrances de la population ou lui fassent courir des risques.
S'employer à intégrer les aspects psychosociaux à tous les secteurs de l'aide humanitaire en tant que registre pertinent de cette aide.	Ne pas se concentrer uniquement sur les activités cliniques en l'absence d'intervention multisectorielle.

6. ACTIVITES DE RESTRUCTURATION MENEES PAR LE SECTEUR DE LA SANTE AU SORTIR DE LA SITUATION D'URGENCE

La pyramide à quatre étages (voir Figure 1) et le cadre multisectoriel exposé dans le présent document constituent également la base des activités de santé mentale et de soutien psychosocial de restructuration au sortir de la situation d'urgence. Les activités de relèvement pour différents secteurs sont décrites dans la colonne générale de la matrice figurant dans les pages 24-33 des directives du CPI. On trouvera ci-dessous une description des différentes activités à confier au secteur de la santé.

Pour ce dernier, les principales activités de restructuration au sortir de la situation d'urgence sont les suivantes :

- Actualiser les politiques et la législation nationales concernant la santé mentale, selon les besoins.
- Rendre disponibles les soins de santé mentale pour un large éventail de troubles mentaux associés à la situation d'urgence ou préexistants, par le biais de services de santé généraux et de services de santé mentale de proximité.
- S'employer à pérenniser les nouveaux services de santé mentale.
- Pour les personnes placées en hôpital psychiatrique, favoriser les soins de proximité et le choix d'un autre milieu de vie plus approprié.

Il est important de noter qu'une situation d'urgence humanitaire n'est pas seulement une tragédie ; c'est aussi une formidable occasion de mettre en place un système de santé mentale adapté aux besoins des personnes. Quelle que soit l'interprétation des données épidémiologiques disponibles, on constate que la fréquence de différents troubles mentaux (troubles de l'humeur et troubles anxieux, y compris ESPT et troubles liés à l'abus de substances) augmente à la suite d'une situation d'urgence, de sorte qu'il est tout à fait justifié de mettre en place sur le long terme une base de services de santé mentale de proximité dans les régions touchées par la situation d'urgence. Toutes les populations du monde devraient disposer de ces services, en particulier lorsqu'elles sont victimes d'une catastrophe. Les rapports en provenance de différents pays – Albanie, Chine, Indonésie, Jordanie, Iraq, Kosovo, Macédoine, Pérou, Sri Lanka, territoires Palestinien occupés et Timor-Leste – montrent qu'une situation d'urgence peut déboucher à long

terme sur la création de services de santé mentale durables.

Bien que la plupart des soins doivent être dispensés dans un cadre de proximité, il est paradoxal de constater qu'une unité hospitalière dotée du personnel nécessaire pour assurer des soins psychiatriques en cas de phase aiguë de la maladie soit l'un des pivots d'un système pérenne de santé mentale au niveau du district / d'un secteur géographique donné. Cette unité est souvent le lieu de coordination des activités destinées à : a) organiser les soins de proximité dans tout le district, et b) soutenir et superviser les activités de santé mentale cruciales dans les dispensaires de SSP. Ainsi, dans les districts qui ne disposent pas de service psychiatrique hospitalier, les plans de création d'hôpitaux généraux prévus dans le cadre des investissements réalisés pour relever le secteur de la santé doivent inclure la création d'une unité de soins psychiatriques hospitaliers dotée du personnel nécessaire pour les phases aiguës des troubles. Toutefois, il arrive que les plans de (re)construction au sortir d'une situation d'urgence prévoient la création de nouveaux hôpitaux psychiatriques de niveau tertiaire – ce qui est très malavisé. La décentralisation des ressources en santé mentale (personnel, budgets et lits) du niveau tertiaire vers les niveaux secondaire et primaire est une stratégie primordiale pour l'organisation et le développement du traitement de proximité des troubles mentaux dans la population. Les ressources humaines sont capitales pour la pérennité du développement des services de santé mentale. Les investissements à long terme réalisés dans la formation du personnel de niveau communautaire (médecins, agents infirmiers et autres agents des SSP) doit inclure la santé mentale.

7. RESSOURCES HUMAINES

7.1 RECRUTEMENT

Les acteurs humanitaires qui s'occupent de la santé peuvent recruter des responsables de programme de santé mentale chargés de diriger les interventions en santé mentale. Les compétences suivantes sont exigées :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Diplôme universitaire en santé publique/médecine/soins infirmiers/psychologie ou en sciences du comportement/sociales• Expérience de terrain dans la gestion des programmes et de la santé mentale et du soutien psychosocial dans des contextes de crise humanitaire• Expérience de terrain de l'action dans le secteur de la santé dans des pays à faible ou moyen revenu• Connaissances linguistiques appropriées | <ul style="list-style-type: none">• Bonne connaissance des interventions d'urgence dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial (telles qu'exposées dans les directives du CPI)• Bonne connaissance des différentes attitudes culturelles, pratiques et des systèmes de soutien social• Bonne connaissance du réseau humanitaire des Nations Unies et des ONG• Intérêt pour la collaboration inter institutions et intersectorielle• Sensibilité à d'autres cultures |
|---|--|

L'aide-mémoire 4.1 des directives du CPI donne des indications détaillées sur les moyens de trouver et recruter du personnel ou des volontaires qualifiés. Les responsables du programme de santé doivent chercher à recruter des agents de santé mentale et de soutien psychosocial familiarisés avec la culture locale et les codes à respecter. Les tâches cliniques et les autres tâches de soutien psychosocial interpersonnel doivent pour l'essentiel être confiées à un personnel local. Le responsable du programme de santé doit examiner attentivement, selon des critères validés, les offres d'assistance présentées par des spécialistes de la santé mentale étrangers indépendants qui peuvent essayer de se faire « parachuter » pour offrir leurs services (voir les directives du CPI, pp 82).

7.2 ORIENTATION ET FORMATION DES ACTEURS HUMANITAIRES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE ET DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Des acteurs mal orientés et insuffisamment formés qui ne présentent pas les attitudes et la motivation voulues peuvent faire plus de mal que de bien aux populations qu'ils cherchent à secourir. L'aide-mémoire 4.3 prévoit d'un côté de brefs séminaires d'initiation et de l'autre une formation plus complète. Les séminaires d'initiation (d'une demi-journée ou d'une journée) visent à apporter les connaissances et compétences opérationnelles essentielles compte tenu des besoins psychosociaux, des problèmes rencontrés et des ressources dont disposent l'ensemble des acteurs à chaque niveau d'interventions. Peuvent participer tous les acteurs humanitaires dans tous les secteurs (notamment services sociaux, santé, éducation, protection et interventions d'urgence). Les séminaires de formation visent notamment à inculquer des connaissances et compétences plus approfondies aux personnes s'occupant de l'action SMSPC ciblée et spécialisée (voir les deux étages supérieurs de la pyramide représentée dans la Figure 1). Attention, le calendrier des séminaires de formation ne doit pas gêner le déroulement de l'intervention d'urgence.

Il est recommandé de recourir à des modules successifs de courte durée en vue d'un apprentissage cumulatif car : a) cela réduit la nécessité pour les intéressés de s'absenter de leur poste pendant des périodes prolongées, et b) ils peuvent mettre en pratique leur nouveau savoir-faire entre les séances de formation. Chaque module court ne dure que quelques heures ou jours (selon la situation) et est suivi d'un stage pratique sur le terrain au cours duquel les stagiaires bénéficient d'un soutien et d'une supervision avant le déroulement du module suivant quelques jours ou semaines plus tard. **Les séminaires de formation doivent toujours faire l'objet d'un suivi sous la forme d'un appui et/ou d'une supervision sur le terrain.** Il peut s'agir de formation/supervision en cours d'emploi ou de réunions régulières de supervision comportant des jeux de rôle liés à des cas cliniques ardu récemment rencontrés. Il est irresponsable de conférer des compétences poussées en santé mentale sans organiser un système de suivi et de supervision. L'aide-mémoire 4.3 donne des indications sur l'organisation de l'orientation et de la formation (par exemple la sélection des formateurs, les méthodes d'apprentissage, le contenu des séances et les problèmes d'organisation de la formation des formateurs).

7.3 BIEN-ETRE DU PERSONNEL ET DES VOLONTAIRES

Les membres du personnel et les volontaires appelés à intervenir dans des situations d'urgence travaillent souvent sous pression de longues heures d'affilée et dans des conditions de sécurité difficiles. Beaucoup d'entre eux ne bénéficient pas d'un appui suffisant en matière de gestion et d'organisation, ce qu'ils rapportent généralement comme le principal facteur de stress. Qui plus est, le fait d'être confronté à la détresse humaine, à l'horreur et au danger est psychologiquement éprouvant et peut affecter la santé et le bien-être psychologiques des acteurs humanitaires.

L'aide-mémoire 4.4 (points 2 à 4) indique les principales mesures à prendre pour favoriser un environnement de travail sain et éliminer les éventuels facteurs de stress dans le travail quotidien.

Il n'est plus recommandé de procéder à un débriefing psychologique. Les membres du personnel qui ont connu ou vécu des événements extrêmes (incidents critiques, événements potentiellement traumatisants) doivent avoir accès à un soutien psychologique de base (premiers secours psychologiques (PSP) – voir Partie 4.2 plus haut). Lorsque la détresse des rescapés est si aiguë qu'elle limite leur fonctionnement de base (ou qu'ils sont considérés comme constituant un risque pour eux-mêmes ou pour autrui), ils doivent s'arrêter de travailler et se faire soigner immédiatement par un professionnel de la santé mentale formé au traitement factuel du stress traumatique aigu. Il peut y avoir lieu de prévoir une évacuation médicale accompagnée.

Il est important de s'assurer qu'un professionnel de la santé mentale prenne contact avec tous les membres du personnel qui ont vécu un incident critique entre un et trois mois après cet incident. Ce professionnel devra évaluer l'état psychologique des intéressés et donner toutes indications utiles concernant le traitement clinique qu'il recommande aux personnes dont les troubles importants n'ont pas disparu avec le temps (voir aide-mémoire 4.4, points 6 et 7).

8. PRINCIPAUX INSTRUMENTS ET SOURCES

- Bolton P. (2001). *Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness* (Phase II). CERTI, Johns Hopkins University, World Vision.
<http://www.certi.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>.
- Forum for Research and Development (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>.
- IASC (2005). Aide-mémoire 8.3 : *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Genève : IASC, pp. 69-71.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (existe également en anglais, arabe et espagnol).
- IASC (2007). *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Genève : IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (existe également en arabe, anglais et espagnol ; la version papier des directives inclut un CD-ROM contenant également des ressources documentaires sous forme électronique).
- IASC (2008). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Checklist for Field Use*. Genève : IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>.
- IASC Global Health Cluster (2009). *Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster*. Genève : OMS.
- PAHO/OMS (2004). Sociocultural aspects. Dans : *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*, pp. 85-106. Washington : Washington DC : PAHO.
<http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf> (existe aussi en espagnol).
- Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists.
<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>.
- Le Projet Sphère (2004). Norme concernant les aspects mentaux et sociaux de la santé. Dans : *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*, pp. 291-293. Genève : le Projet Sphère.
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm> (disponible en plusieurs langues).

- UNHCR/OMS (2008). *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide* (Instrument d'évaluation rapide des effets de l'alcool et d'autres substances parmi les populations déplacées et touchées par le conflit). Genève : UNHCR/OMS.
- OMS (2003). *La santé mentale dans les situations d'urgence : aspects mentaux et sociaux de la santé des populations exposées à des facteurs de stress extrême*. Genève : OMS. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf (existe également en anglais, arabe, bahasa, chinois, espagnol et russe).
- OMS (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Genève : OMS. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf (existe aussi en espagnol).
- OMS (2006). *Santé mentale et bien-être psychosocial des enfants en situation de pénurie alimentaire sévère*. Genève : OMS. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf (existe aussi en anglais et espagnol).
- OMS (2009). *Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care*. Genève : OMS.
- OMS/UNHCR/FNUAP (2004). *Gestion clinique des victimes de viol : guide pour le développement des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays* (édition révisée). Genève : OMS/UNHCR. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/ (existe également en anglais et arabe).

APPENDICE A

MÉDICAMENTS APPROPRIÉS DANS LA LISTE OMS DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS (2009)

Psychotropes

<input type="checkbox"/> chlorpromazine	solution injectable : 25 mg (chlorhydrate)/ml en ampoule de 2 ml ; forme buvable : 25 mg (chlorhydrate)/5 ml ; comprimé : 100 mg (chlorhydrate)
<input type="checkbox"/> fluphénazine	solution injectable : 25 mg (décanoate ou énantate) en ampoule de 1 ml
<input type="checkbox"/> <i>halopéridol</i>	solution injectable : 5 mg en ampoule de 1 ml ; comprimé : 2 mg ; 5 mg
<input type="checkbox"/> <i>amitriptyline</i>	comprimé : 25 mg (chlorhydrate)
fluoxétine	comprimé ou gélule : 20 mg (présente sous forme de chlorhydrate)
carbamazépine	comprimé (sécable) : 100 mg ; 200 mg
carbonate de lithium	comprimé ou gélule : 300 mg
acide valproïque	comprimé (gastro-résistant) : 200 mg ; 500 mg (valproate de sodium)
<input type="checkbox"/> <i>diazépam</i>	comprimé (sécable) : 2 mg ; 5 mg
clomipramine	gélule : 10 mg ; 25 mg (chlorhydrate)

Antiparkinsoniens (pour traiter les effets secondaires extrapyramidaux potentiels des antipsychotiques)

<i>bipériden</i>	solution injectable : 5 mg (lactate) en ampoule de 1 ml ; comprimé : 2 mg (chlorhydrate)
------------------	--

Anticonvulsivants/antiépileptiques

carbamazépine	forme buvable : 100 mg/5 ml ; comprimé (à croquer) : 100 mg ; 200 mg ; comprimé (sécable) : 100 mg ; 200 mg
<i>diazépam</i>	gel ou solution par voie rectale : 5 mg/ml en tubes de 0,5, 2 et 4 ml
<input type="checkbox"/> lorazépam	présentation parentérale : 2 mg/ml en ampoule de 1 ml ; 4 mg/ml en ampoule de 1 ml
<i>phénobarbital</i>	solution injectable : 200 mg/ml (phénobarbital sodique) ; forme buvable : 15 mg/5 ml (sous forme de phénobarbital ou de phénobarbital sodique) ; comprimé : 15-100 mg (phénobarbital)
phénytoïne	gélule : 25 mg ; 50 mg ; 100 mg (sel de sodium) ; solution injectable : 50 mg/ml en flacon de 5 ml (sel de sodium) ; forme buvable : 25-30 mg/5 ml ; comprimé : 25 mg ; 50 mg ; 100 mg (sel de sodium) ; comprimé (à croquer) : 50 mg
acide valproïque	forme buvable : 200 mg/5 ml ; comprimé (dispersible) : 100 mg ; comprimé (gastro-résistant) : 200 mg ; 500 mg (valproate de sodium)

= résultat clinique similaire dans une classe pharmacologique.

Les médicaments indiqués en *italique de couleur bleue* figurent dans la version 2010 de la trousse d'urgence inter institutions.

APPENDICE B

DEFINITIONS DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) DU UNHCR (2009)

NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS

1. Épilepsie/crises convulsives

Le sujet a présenté au moins deux épisodes convulsifs non attribuables à une cause apparente telle qu'une fièvre, une infection, un traumatisme ou une privation éthylique. Ces épisodes sont caractérisés par une perte de connaissance avec tremblement des membres s'accompagnant parfois de blessures, d'incontinence fécale/urinaire et d'une morsure de la langue.

2. Alcoolisme et autres troubles liés à l'abus de substances

Le sujet cherche à consommer quotidiennement de l'alcool (ou d'autres substances engendrant une dépendance) et a des difficultés à contrôler sa consommation. Les relations interpersonnelles, les performances professionnelles et la santé physique sont souvent altérées. Le sujet continue à consommer de l'alcool (ou d'autres substances engendrant une dépendance) en dépit de ses problèmes.

Critères d'exclusion : Cette définition ne peut être appliquée aux sujets qui sont de gros consommateurs d'alcool (ou d'autres substances) mais qui sont capables de contrôler leur consommation.

3. Retard mental/déficience intellectuelle

Le sujet a un très faible niveau d'intelligence qui lui cause des problèmes dans la vie quotidienne. Dans l'enfance, il a présenté un retard d'apprentissage du langage. À l'âge adulte, il ne peut travailler que si les tâches sont simples. Le sujet est rarement capable de vivre de manière indépendante ou de s'occuper de lui-même et/ou d'enfants sans l'aide d'autres personnes. Lorsque le retard mental est sévère, il peut avoir du mal à s'exprimer et à comprendre les autres, et peut avoir besoin d'une assistance permanente.

4. Troubles psychotiques

Il arrive que le sujet entende ou voie des choses qui n'existent pas ou croie fermement à des choses qui ne sont pas vraies. Il peut parler tout seul, avoir un discours confus ou incohérent et une présentation inhabituelle. Il peut se négliger. Il peut aussi passer des phases de grande exaltation ou d'irritation, d'hyper énergie, de volubilité et d'insouciance. Il est considéré comme très bizarre (« fou ») par d'autres personnes de même culture.

5. Troubles émotionnels sévères

Dans la vie quotidienne, le comportement du sujet est fortement entravé pendant plus de deux semaines par : a) une tristesse/une apathie insurmontable, et/ou b) une anxiété/une peur exagérée et incontrôlable. Les relations interpersonnelles, l'appétit, le sommeil et la concentration sont souvent altérés. Le sujet peut être incapable d'engager ou de poursuivre une conversation. Il peut se plaindre d'être très fatigué et se tenir socialement en retrait, restant souvent au lit la plus grande partie de la journée. Les pensées suicidaires sont fréquentes.

Critères d'inclusion : Cette catégorie ne s'applique que s'il y a un ralentissement marqué des activités de la vie quotidienne.

AUTRES ANOMALIES CLINIQUEMENT PRÉOCCUPANTES

6. Autres troubles psychologiques

Cette catégorie englobe les troubles qui ont rapport aux émotions (par exemple humeur dépressive, anxiété), aux pensées (rumination, mauvaise concentration) ou au comportement (par exemple apathie, agressivité). Le sujet semble être capable de s'acquitter de toutes ou de la plupart des activités quotidiennes normales. Ce dont il se plaint peut être le symptôme de troubles émotionnels de moindre gravité ou correspondre à des problèmes normaux (c'est-à-dire sans véritable pathologie).

Critères d'inclusion : Cette catégorie ne peut s'appliquer que : a) si la personne demande de l'aide, et b) si elle n'entre dans aucune des cinq catégories susmentionnées.

7. Troubles somatiques sans explication médicale

Entrent dans cette catégorie tous les troubles somatiques/physiques sans cause organique apparente.

Critères d'inclusion : Cette catégorie ne doit être appliquée : a) qu'après avoir procédé aux examens cliniques nécessaires ; b) que si la personne n'entre dans aucune des six catégories susmentionnées ; et c) que si la personne demande de l'aide.

Ce document s'adresse aux acteurs humanitaires s'occupant de la santé aux niveaux national et sous national dans des pays confrontés à des urgences humanitaires. Il s'adresse également aux partenaires du Health Cluster, y compris les personnels de santé gouvernementaux et non gouvernementaux.

Fondé sur les **Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence** (CPI, 2007), cet opuscule présente une synthèse des connaissances essentielles que doivent posséder les acteurs humanitaires s'occupant de la santé à propos de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les situations d'urgence humanitaire. Les directeurs de programme devront veiller à ce que les personnels de santé soient orientés vers les parties de ce document qui les concernent plus spécialement.

Cette publication du Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial a été mise au point en consultation avec le Global Health Cluster (Groupe "Santé Responsabilité Sectorielle") du CPI.